

Universidade Federal do Paraná
Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes
Programa de Pós-Graduação em Letras

INTERPRETAÇÃO E ATRIBUIÇÃO DE SIGNIFICADO:

QUE PRESSUPOSTOS SÃO RELEVANTES
DURANTE O PROCESSO DE ESCUTA
NA CLÍNICA PSICANALÍTICA?
Um estudo na perspectiva pragmática

Curitiba
2010

EDUARDO VICENZI

INTERPRETAÇÃO E ATRIBUIÇÃO DE SIGNIFICADO:

QUE PRESSUPOSTOS SÃO RELEVANTES
DURANTE O PROCESSO DE ESCUTA
NA CLÍNICA PSICANALÍTICA?
Um estudo na perspectiva pragmática

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Letras da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Letras. Área de concentração: Estudos Linguísticos.

Linha de pesquisa: Texto, discurso, pragmática: teorias e interfaces.

Orientadora: Prof. Dra. Elena Godoi.

Coorientadora: Prof. Dra. Gertrud Frahm.

Curitiba
2010



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
 SETOR DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
 COORDENAÇÃO DO CURSO DE PÓS GRADUAÇÃO EM LETRAS

PARECER

Defesa de tese do doutorando EDUARDO VICENZI para obtenção do título de **Doutor em Letras**.

Os abaixo assinados ELENA GODOI, FABIO THÁ, NADJA NARA PINHEIRO, SEBASTIÃO LOURENÇO DOS SANTOS, e LÍGIA NEGRI arguíram, nesta data, o candidato, o qual apresentou a tese:

“INTERPRETAÇÃO E ATRIBUIÇÃO DE SIGNIFICADO: QUE PRESSUPOSTOS SÃO RELEVANTES DURANTE O PROCESSO DE ESCUTA NA CLÍNICA PSICANALÍTICA - UM ESTUDO NA PERSPECTIVA PRAGMÁTICA”

Procedida a arguição segundo o protocolo que foi aprovado pelo Colegiado do Curso, a Banca é de parecer que o candidato está apto ao título de **Doutor em Letras**, tendo merecido os conceitos abaixo:

| Banca | Assinatura | APROVADO Não APROVADO |
|-------------------------------|------------|-----------------------------|
| ELENA GODOI | | A |
| FABIO THÁ | | A |
| NADJA NARA PINHEIRO | | A |
| SEBASTIÃO LOURENÇO DOS SANTOS | | A |
| LÍGIA NEGRI | | A |

Curitiba, 18 de junho de 2010

Prof. Dr. Maria José Foltran
 Coordenadora

EPÍGRAFE

“Nada acontece entre eles [psicanalista e paciente], salvo que conversam entre si. O analista não faz uso de qualquer instrumento – nem mesmo para examinar o paciente – nem receita quaisquer remédios. [...] O analista concorda em fixar um horário com o paciente, faz com que ele fale, ouve o que ele diz, por sua vez conversa com ele e faz com que ele ouça” (FREUD, 1926/1976, p. 213).

DEDICATÓRIA

Ao meu amor, Lílian, sempre me incitando a ir além.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à minha orientadora, Elena Godoi, por ter apostado naquele menino que queria saber quem era Saussure. Obrigado por sua curiosidade em acompanhar mais um psicanalista neste maravilhoso caminho no mundo da linguagem, por sua paciência e por sua extrema habilidade de desconstruir mitos e preconceitos. O mundo novo que apresentastes pra mim modificou meu armazém de suposições factuais!

Aos meus mestres Fábio Thá e Nínive Mauruto Filho, pela escuta, pelo encaminhamento, pelas discussões teóricas, pelas lições de vida e por serem pessoas em quem vale a pena se espelhar. Obrigado aos mestres.

À minha psicanalista Sandra Fuga, pela sua sabedoria e acolhimento.

À professora Gertrud Frahm, pelo auxílio na parte metodológica da pesquisa e ao professor Sebastião Lourenço dos Santos, por disponibilizar seu profundo conhecimento sobre a Teoria da Relevância e pelas discussões durante nossos almoços.

À professora Lígia Negri e à professora Nádja Nara Barbosa Pinheiro, pela deliciosa interlocução e pelas observações muito acuradas sobre os êxitos e incoerências da minha tese no momento da qualificação.

Às amigas e psicanalistas Priscila Fhrese e Verônica Fleith, pelos profícuos debates sobre a função da linguagem no trabalho analítico e pela disponibilidade em escutar um psicanalista em suas divagações e ao amigo Rodrigo Tadeu Gonçalves, por ser um verdadeiro modelo para mim e pelas oportunidades que tive em escutar seus conselhos sobre qual era o ‘caminho das pedras’. Obrigado.

Aos psicanalistas que aceitaram participar do estudo de campo. Infelizmente não posso identificá-los, mas fica aqui registrada a minha profunda gratidão a estes artesãos da linguagem que muito me ensinaram sobre a maravilhosa arte da análise.

Ao Programa de Pós Graduação em Letras da UFPR, ao programa da CAPES e ao programa REUNI, os quais me permitiram uma profunda dedicação na realização da presente pesquisa.

Enfim, agradeço à minha família. Lílian, minha amada esposa, te agradeço pelo cuidado, apoio e paciência nos momentos de angústia, euforia e árduo trabalho, por seu carinho e por seu amor incondicional dedicados a mim. Agradeço aos meus pais e ao meu irmão, por serem minhas referências de vida e por terem me ensinado a amar o mundo do saber.

RESUMO

Nesta tese propomos a análise do modelo de atribuição de significado e interpretação utilizado pelo psicanalista no contexto clínico a partir da perspectiva linguística/pragmática da Teoria da Relevância de Sperber e Wilson (1986/2001). Na primeira parte do nosso trabalho apresentamos o ‘estado de arte’, revisitando algumas das teorias pragmáticas mais significativas e apresentamos também os conceitos e pressupostos básicos da Teoria da Relevância. No terceiro capítulo retornamos à obra freudiana para expormos os conceitos psicanalíticos que fundamentam a forma como o psicanalista interpreta o que o paciente comunica em sessão. Na segunda parte da tese descreveremos a elaboração e aplicação de um estudo de campo com um grupo de 7 psicanalistas, estudo este desenvolvido com a finalidade de coletar dados relativos à forma como os participantes da pesquisa entendem ser um modelo psicanalítico de atribuição de significado em contexto clínico. Finalmente, no capítulo 5, utilizando a Teoria da Relevância como paradigma de análise, realizaremos a discussão dos dados colhidos no estudo de campo e identificamos as principais similaridades e distinções entre o modelo interpretativo psicanalítico e o pragmático.

Palavras chaves: Psicanálise freudiana; Pragmática linguística; Teoria da Relevância; interpretação psicanalítica; comunicação em contexto clínico.

ABSTRACT

In this dissertation, we propose an analysis of the model of attribution of meaning used by the psychoanalyst in the clinical context with the linguistic/pragmatic perspective of the Relevance Theory developed by Sperber and Wilson (1986/2001). In the first part of the work we present the 'state of the art', reviewing some of the most significant pragmatic theories, and we also present the basic concepts and presuppositions of the Relevance Theory. In the second chapter, we revisit the works of Freud, in order to expose the psychoanalytic concepts which are basic to the way psychoanalysts interpret what patients communicate in the sessions. In the third part of the dissertation, we describe the elaboration and the application of a field study with a group of seven psychoanalysts, developed with the aim of gathering data relative to the way subjects understand how a psychoanalytical model of attribution of meaning in the clinical context should be. Finally, in chapter 5, using the Relevance Theory as a paradigm for analysis, we discuss the data collected in the field study and identify the main similarities and differences between the psychoanalytical and the pragmatic model of interpretation.

Key words: Freudian psychoanalysis, Linguistic Pragmatics; Relevance Theory; psychoanalytical interpretation; clinical context communication.

SUMÁRIO

| | |
|---|-------------|
| EPÍGRAFE..... | IV |
| DEDICATÓRIA | V |
| AGRADECIMENTOS | VI |
| RESUMO..... | VII |
| ABSTRACT | VIII |
| INTRODUÇÃO | 11 |
| PARTE I..... | 19 |
| CAPÍTULO 1 – MODELOS DE INTERPRETAÇÃO..... | 19 |
| 1.1. OS MODELOS CRIPTOGRÁFICOS DE INTERPRETAÇÃO | 21 |
| 1.2. OS MODELOS HERMENÊUTICOS DE INTERPRETAÇÃO..... | 23 |
| 1.3. OS MODELOS DE INTERPRETAÇÃO PRAGMÁTICA | 24 |
| 1.4. OS MODELOS CAUSAIS DE ESTRUTURA PROFUNDA | 28 |
| CAPÍTULO 2 – A PRAGMÁTICA DA LINGUAGEM E SEUS MODELOS DE INTERPRETAÇÃO | 31 |
| 2.1. TEORIA GRICEANA..... | 34 |
| 2.2. AUSTIN E O ASPECTO PERFORMATIVO DA LINGUAGEM..... | 39 |
| 2.3. TEORIA DA POLIDEZ | 45 |
| 2.3.1 <i>Conceitos fundamentais da Teoria da Polidez.....</i> | <i>47</i> |
| 2.3.2 <i>As estratégias de polidez.....</i> | <i>50</i> |
| 2.4. TEORIA DA RELEVÂNCIA | 52 |
| 2.4.1 <i>Contextualizando a Teoria da Relevância</i> | <i>53</i> |
| 2.4.2 <i>Os fundamentos cognitivos da Teoria da Relevância</i> | <i>56</i> |
| 2.4.3 <i>O princípio de Relevância.....</i> | <i>59</i> |
| 2.4.4 <i>A noção de ‘contexto cognitivo’</i> | <i>65</i> |
| CAPÍTULO 3 – O MODELO DE INTERPRETAÇÃO PSICANALÍTICO..... | 71 |
| 3.1. O PERÍODO PRÉ-PSICANALÍTICO | 72 |
| 3.1.1 <i>A causalidade psíquica dos sintomas neuróticos</i> | <i>73</i> |
| 3.1.2 <i>Os anos pré-psicanalíticos: primeiras experiências com a fala</i> | <i>77</i> |
| 3.2. O NASCIMENTO DO MÉTODO DA ASSOCIAÇÃO LIVRE | 84 |
| 3.2.1 <i>Dois exemplos de aplicação do método da associação livre</i> | <i>85</i> |
| 3.2.2 <i>Implicações técnicas do método da associação livre.....</i> | <i>89</i> |
| 3.3. A NOÇÃO FREUDIANA DE ‘CONFLITO PSÍQUICO’ | 95 |
| 3.3.1 <i>O conceito de ‘processo primário’.....</i> | <i>98</i> |
| 3.4. CARACTERÍSTICAS DAS CADEIAS ASSOCIATIVAS E AS PARTICULARIDADES DO MODELO INTERPRETATIVO PSICANALÍTICO..... | 104 |
| 3.5. O PROCESSO DE ANÁLISE E O ACESSO AOS CONTEÚDOS LATENTES..... | 107 |
| 3.6. A TRADUÇÃO E A ANÁLISE DOS DE ELEMENTOS NÃO VERBAIS NO CONTEXTO CLÍNICO PSICANALÍTICO | 111 |
| 3.6.1 <i>O fenômeno da ‘transferência’.....</i> | <i>114</i> |
| 3.7. O PROCESSO DE INTERPRETAÇÃO E ATRIBUIÇÃO DE SIGNIFICADO NA CLÍNICA PSICANALÍTICA | 117 |
| 3.7.1 <i>‘Construções’ em análise.....</i> | <i>119</i> |
| PARTE II..... | 123 |
| CAPÍTULO 4 – ESTUDO DE CAMPO | 123 |
| 4.1. SOBRE A BASE EPISTEMOLÓGICA E METODOLÓGICA DO ESTUDO EMPÍRICO | 124 |
| 4.1.1 <i>‘Metodologia científica’, ‘método quantitativo’ e ‘método qualitativo’</i> | <i>128</i> |
| 4.1.2 <i>Em busca de uma metodologia científica nas ciências humanas.....</i> | <i>131</i> |
| 4.1.3 <i>Um exemplo de pesquisa qualitativa em linguística e psicanálise.....</i> | <i>133</i> |
| 4.2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DO ESTUDO DE CAMPO E ESTUDOS PILOTOS 1 E 2..... | 136 |
| 4.2.1 <i>Sobre a elaboração e fundamentação metodológica dos instrumentos de pesquisa.....</i> | <i>137</i> |

| | |
|---|------------|
| 4.2.2. <i>Aplicação do EP2 e resultados</i> | 143 |
| 4.3. RESULTADOS DO ESTUDO DE CAMPO E DISCUSSÃO PRELIMINAR..... | 149 |
| CAPÍTULO 5 – ANÁLISE DA COMUNICAÇÃO NO CONTEXTO PSICANALÍTICO E DO MODELO DE ATRIBUIÇÃO DE SIGNIFICADO E INTERPRETAÇÃO UTILIZADO PELOS PSICANALISTAS SOB A PERSPECTIVA DA TEORIA DA RELEVÂNCIA | 175 |
| 5.1. ATRIBUIÇÃO DE SIGNIFICADO EM CONTEXTOS COMUNICATIVOS ESPONTÂNEOS E NO CONTEXTO CLÍNICO PSICANALÍTICO: OPERAÇÕES BÁSICAS DE PENSAMENTO PARA O PROCESSAMENTO DE INFORMAÇÕES | 177 |
| 5.1.1. <i>A seleção das hipóteses interpretativas</i> | 185 |
| 5.1.2. <i>As formas básicas do funcionamento mental dedutivo e o processo de verificação das hipóteses</i> | 188 |
| 5.1.3. <i>Alguns exemplos de aplicação do raciocínio lógico dedutivo inferencial no contexto clínico psicanalítico</i> | 197 |
| 5.2. SUPOSIÇÕES BÁSICAS DO PSICANALISTA INTERENTES AO PROCESSO DE ATRIBUIÇÃO DE SIGNIFICADO NO CONTEXTO CLÍNICO | 201 |
| 5.2.1. <i>A pressuposição da diferença dos lugares do psicanalista e do paciente</i> | 203 |
| 5.2.2. <i>Sobre o processo de escuta e o ‘tempo’ necessário para a atribuição de significado em psicanálise</i> | 205 |
| 5.2.3. <i>A escuta psicanalítica das referências à questão do “o melhor” e à questão da “morte” realizadas pelo paciente do seriado</i> | 211 |
| 5.2.4. <i>Sobre a comunicação não verbal</i> | 219 |
| 5.2.5. <i>Sobre a relevância dos dados concernentes à transferência</i> | 224 |
| 5.2.6. <i>Sobre os processos de associação livre e construção em análise e sobre a questão da ‘realidade’ no contexto psicanalítico</i> | 233 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 241 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 247 |
| SPERBER, D. E HIRSCHFELD, L. (2007) CULTURE AND MODULARITY. IN: CARRUTHERS, P., LAURENCE, S., STICH, S. (EDS.) THE INNATE MIND: CULTURE AND COGNITION. OXFORD: OXFORD UNIVERSITY PRESS..... | 253 |
| ANEXOS..... | 254 |
| ANEXO 1 – RELATO FICTÍCIO DE SESSÃO UTILIZADO NA PRIMEIRA VERSÃO DE ESTUDO PILOTO.. | 254 |
| ANEXO 2 – QUESTIONÁRIO DIRIGIDO AOS PSICANALISTAS N ESTUDO PILOTO 1 | 255 |
| ANEXO 3 – QUESTIONÁRIO DIRIGIDO AOS PSICANALISTAS NO ESTUDO PILOTO 2 | 256 |
| ANEXO 4 – TRANSCRIÇÕES DAS ENTREVISTAS COM OS PSICANALISTAS PARTICIPANTES DO ESTUDO DE CAMPO..... | 257 |
| <i>PSICANALISTA C</i> | 257 |
| <i>PSICANALISTA F</i> | 268 |
| <i>PSICANALISTA M</i> | 275 |
| <i>PSICANALISTA A</i> | 283 |
| <i>PSICANALISTA N</i> | 289 |
| <i>PSICANALISTA S</i> | 297 |
| <i>PSICANALISTA L</i> | 304 |
| ANEXO 5 – EPISÓDIO ALEX – WEEK ONE DA SÉRIE IN TREATMENT..... | 314 |

INTRODUÇÃO

Pode a linguagem ser utilizada para outras atividades além de informar ou denotar? Sim, com toda a certeza. Há séculos disciplinas como a filosofia, a retórica e, mais recentemente, a linguística e a pragmática vêm esclarecendo a multiplicidade de funções que o uso da linguagem adquire nas relações humanas. Mais do que trocar informações, durante uma interlocução os falantes redefinem seus papéis sociais, demonstram distanciamento ou intimidade, influenciam o outro a realizar determinados atos, agridem, acolhem, entre outras incontáveis possibilidades.

Nesta tese nos propomos a abordar um tipo de uso da linguagem que ainda se mostra obscuro aos olhos de filósofos, linguistas, pragmaticistas, neurocientistas, antropólogos, pedagogos e daqueles que o utilizam cotidianamente como ferramenta de trabalho: o uso psicanalítico da linguagem. Utilizaremos nesta tese a expressão ‘uso psicanalítico da linguagem’ para designar o tipo específico de interlocução que se constitui entre paciente e psicanalista no contexto clínico que tem como finalidade promover efeitos terapêuticos, em contraposição ao ‘uso espontâneo da linguagem’, o qual referiremos também por expressões como ‘comunicação espontânea’, ‘comunicação cotidiana’ e ‘comunicação padrão’. No contexto desta tese, utilizaremos tais expressões como forma de referência aos padrões comunicativos utilizados pelos interlocutores em contextos comuns (usuais, espontâneos) tais como os estudados pelas teorias linguísticas e pragmáticas¹. Apesar da dificuldade de definir a expressão ‘uso espontâneo da linguagem’ (considerando a infinidade de formas de uso da linguagem existentes), a empregaremos para circunscrever as formas de comunicação que não se estabelecem a partir de princípios psicanalíticos.

A principal característica do uso psicanalítico da linguagem é a sua propriedade terapêutica, pois, pessoas em estado de extremo sofrimento, seja ele de natureza psíquica ou decorrente de sintomas somáticos originados por fatores psíquicos, podem beneficiar-se com tratamentos efetuados exclusivamente a partir do manejo da linguagem, via constituição de um processo comunicativo com um psicanalista. Utilizaremos o conceito de ‘comunicação’ segundo o modo como a tradição pragmática griceana o define, como sendo um processo que envolve variáveis relativas ao uso de um código comum entre interlocutores e de elementos extralinguísticos

¹ Há um amplo debate referente à filiação da pragmática da linguagem. Autores como Levinson (1983) e Dascal (2006) afirmam que a pragmática deve ser considerada como um ramo da linguística, enquanto que outros como Verschueren (2002), Brown e Levinson (1987) defendem a posição de que a pragmática é uma área de estudo que ‘inclui’ a linguística. Para os fins deste trabalho, optamos pela segunda alternativa, pois, consideramos que a pragmática extrapola os limites do campo linguístico ao abordar fenômenos sociológicos, antropológicos e psicológicos.

(reconhecimento do contexto conversacional, busca das intenções do interlocutor, entre outras que serão apresentadas na sequência deste trabalho). É importante salientar que não pretendemos restringir o uso do conceito de comunicação como similar à experiência de troca de informações visando necessariamente um efeito de compreensão. Também entendemos que o termo ‘linguagem’ refere-se a um campo mais amplo que o dos dados verbais ou escritos, pois, estamos considerando que a linguagem envolve os fenômenos não verbais como comportamentos e atos. Contudo, no decurso desta tese, optamos, por uma questão de recorte de objeto, estudar a ‘linguagem verbal’ e enfatizar os elementos linguísticos, especialmente no que diz respeito à análise dos dados colhidos na pesquisa de campo (capítulos 4 e 5).

Os resultados decorrentes da interlocução que se constitui entre paciente e psicanalista num tratamento psicanalítico impressionam, pois, exclusivamente a partir de uma experiência comunicativa, os pacientes experimentam efeitos terapêuticos significativos frente a estados de depressão, obsessão, compulsões, dores corporais crônicas, sofrimento profundo, fobias, entre outras formas de padecimento psíquico. Mas como é possível que mudanças tão significativas sejam promovidas a partir de uma experiência que, em sua maior parte, se realiza num campo de linguagem? Se por um lado dispomos de inúmeros indícios que comprovam a eficácia de um tratamento psicanalítico, por outro nos restam dúvidas sobre quais são os fatores que fazem com que a experiência comunicativa entre psicanalista e paciente possa gerar efeitos de ordem terapêutica. Nossa motivação subjacente à realização deste trabalho nasce da perplexidade do psicanalista frente aos efeitos que a aplicação da técnica psicanalítica proporciona aos pacientes, sem que se consiga explicar de maneira clara como tais efeitos são gerados.

A questão de pesquisa por nós proposta é inédita na medida em que trata de um objeto de estudo (o uso da linguagem na clínica psicanalítica) a partir de uma perspectiva teórica específica, a Teoria da Relevância de Sperber e Wilson (1986/2001). Os trabalhos que mais se aproximam da nossa proposta de estudo são aqueles que abordam temas como a ‘interpretação em psicanálise’ ou os ‘princípios a serem adotados pelo psicanalista no contexto do tratamento’². Também encontramos trabalhos de cunho psicanalítico que tratam de fatores tipicamente estudados por teorias linguísticas e pragmáticas, porém sem que haja qualquer referência a estas³. Já as pesquisas de campo sobre o tipo de processo comunicativo que se estabelece entre paciente e psicanalista na

² Ver Arlow (1979), Klauber (1972), Freud (1911/1969a, 1914/1969, 1916 [1915]/1976, 1917 [1916-1917]/1976, 1923 [1922]/1976, 1925 [1924]/1976, 1926/1976, 1937/1975), Kohut (1989), Lacan (1958 [1961]/1998 e 1958-1959/2002), Ogden (1994), Rycroft (1956), Ryle (2003), Stern et al. (1998), Stewart (1990) e Strachey (1934).

³ Ver, por exemplo, Arlow (1979), Freud (1910/1970, 1912/1969b e 1913/1969), Klauber (1972), Lacan (1958 [1961]/1998, 1957/1998 e 1958-1959/2002), Ogden (1994), Ricoeur, (1977a e 1977b), Ryle (2003), Stern et al. (1998), Stewart (1990) e Strachey (1934).

clínica psicanalítica são praticamente inexistentes⁴, pelo menos sob a perspectiva de análise que estamos propondo.

Também na literatura científica linguística e pragmática são escassas as referências sobre o tipo de uso da linguagem observado no contexto da clínica psicanalítica⁵ e sobre as particularidades do modelo de atribuição de significado ou da ‘escuta’⁶ própria do psicanalista. Existem autores que propõem inter-relações entre os campos da linguística e da psicanálise como Arrivé (2001), Flores (1999), Schäffer, Flores e Barbisan (2002) e Thá (2007), porém, nenhum deles elege especificamente como tema de pesquisa a análise do modelo interpretativo psicanalítico e os efeitos decorrentes da sua aplicação. A falta de pesquisa científica sobre este tema faz com que persistam dúvidas sobre quais são as particularidades do modo como a linguagem é utilizada no contexto clínico⁷ e, mais especificamente, sobre como o psicanalista atribui significado àquilo que o paciente comunica durante as sessões.

Concordamos com Lacan (1953 [1956]/1998) quando o autor afirma que há uma confusão entre os psicanalistas quando se trata de compreender como são obtidos os efeitos terapêuticos a partir da aplicação do método psicanalítico. Nas suas palavras:

Quando [...] se observa a maneira pela qual os diversos praticantes da análise pensam, exprimem, concebem a sua técnica, dizemo-nos que as coisas estão num ponto a que não é exagerado chamar a confusão mais radical. [...] não existe talvez um único [analista] que tenha, no fundo, a mesma idéia que qualquer outro dos seus contemporâneos ou vizinhos a respeito daquilo que se faz, daquilo a que se visa, daquilo que se obtém, daquilo de que se trata na análise.

[...] É por intermédio da linguagem freudiana que uma troca é mantida entre praticantes que manifestamente têm concepções bastante diferentes da sua ação terapêutica [...] (1953-1954/1996, p.19).

⁴ Uma das exceções é o trabalho de Pereira (2007), o qual será por nós retomado no tópico 4.1.3..

⁵ É válido lembrar o trabalho de Labov e Fanshel (1977) sobre o discurso terapêutico. Entretanto, a abordagem terapêutica por ele apresentada não é compatível com a abordagem psicanalítica. Também são dignos de nota os trabalhos de Ricoeur (1977a, 1977b), os quais abordam a questão da interpretação na psicanálise.

⁶ Em psicanálise, a expressão ‘escuta psicanalítica’ é frequentemente utilizada como forma de se referir ao processo específico pelo qual o psicanalista acolhe os dados comunicados pelo paciente para, na sequência, atribuir significado aos mesmos. Neste sentido, o termo ‘escuta’ não pode ser equiparado à atividade da audição ou apenas ao processamento de dados acústicos, pois implica outras modalidades de dados como visuais, tácteis e olfativos. Optamos por não utilizar o termo ‘escuta’ nesta tese como forma de não dar margem a mal-entendidos, considerando que assumimos a posição do pesquisador em pragmática.

⁷ Para Dascal (2006), a pragmática poderia explorar uma gama de fenômenos que ultrapassam o nível comunicativo ou do uso social da linguagem. Segundo o autor, a pragmática poderia acolher uma sub-disciplina chamada de ‘psicopragmática’, a qual teria como objetivo investigar os “usos não-comunicativos [da linguagem], como, por exemplo, aqueles nos quais ela está de algum modo envolvida em processos cognitivos não diretamente orientados para a comunicação, como a solução de problemas, os sonhos, o perceber etc.” (p. 658).

Reconhecemos que este debate permanece atual, tendo em vista a diversidade de pontos de vista psicanalíticos que coexistem atualmente (alguns absolutamente divergentes de outros). Frente a este contexto, entendemos que o saber linguístico pode ser utilizado por nós na tarefa de melhor esclarecer como psicanalista e paciente utilizam a linguagem num contexto de análise, o que consequentemente possibilita uma compreensão mais profunda das características particulares a um tratamento psicanalítico e dos efeitos a partir dele gerados. Pretendemos aprimorar a compreensão do modo como se constitui a comunicação entre paciente e psicanalista sob uma perspectiva linguístico/pragmática, enfocando especialmente as questões referentes ao modelo de atribuição de significado e de interpretação utilizado pelo psicanalista. O termo ‘interpretação’⁸ será por nós utilizado segundo a acepção que o mesmo possui nos campos da linguística e da pragmática, e não conforme o sentido que o mesmo adquire no campo da psicanálise (‘interpretação psicanalítica’). Justificamos nossa posição no fato de que assumimos a posição do pesquisador que dirige o olhar à psicanálise a partir de uma plataforma epistemológica pragmática. Além disso, no contexto desta tese, utilizaremos o termo ‘interpretação’ como equivalente à expressão ‘atribuição de significado’, tal como Dascal (2006, p. 216-32).

Justificamos a relevância do presente trabalho em dois fatores que lhe conferem um caráter inédito: 1) Realizaremos uma análise pragmática de como o psicanalista e o paciente utilizam a linguagem no contexto clínico, em contraposição às abordagens que tentam explicar a psicanálise exclusivamente a partir de categorias psicanalíticas. Esta análise terá um caráter mais epistemológico/teórico do que empírico propriamente dito, pois, nosso foco não será o de descrever os passos formais de um processo de atribuição de significado, mas avaliar as semelhanças e distinções existentes entre um processo de atribuição de sentido aplicado em contextos comunicativos espontâneos e o aplicado no contexto clínico psicanalítico; 2) Além do exame teórico da nossa questão de pesquisa, aplicaremos um estudo de campo com psicanalistas, o qual terá como objetivo fornecer fundamentos empíricos para a tarefa de descrição do modelo psicanalítico de interpretação e atribuição de significado.

Existe uma gama inumerável de formatos de interlocução ou de usos possíveis da linguagem: conversas informais ou espontâneas, diálogos técnicos, arguições, discussões, provocações, ofensas verbais, elogios, ordens, avisos, reprimendas, aconselhamentos, promessas, pedidos, lembretes, juramentos, piadas ou chistes, rituais, entre outros. Cada uma destas formas de utilização da linguagem pode produzir um ou mais efeitos – informativo, persuasivo, pedagógico, poético, humorístico, agressivo, imperativo, entre outros. Dentre tais possibilidades de interlocução,

⁸ Para uma visão psicanalítica lacaniana do conceito de interpretação ver, por exemplo, Puglia (1999, p. 55-6), Soler (1995, p. 34) e Lacan (1973, p. 11-2).

muitas já foram estudadas por teorias filosóficas, linguísticas e pragmáticas, dentre as quais destacamos a Teoria das Implicaturas Conversacionais de Grice (1975), Teoria da Performatividade da Linguagem de Austin (1975), a Teoria dos Atos de Fala de Searle (1981), a Teoria Pragmática de Levinson (1983), a Teoria da Polidez de Brown e Levinson (1987), a Teoria da Relevância de Sperber e Wilson (1986/2001) e as perspectivas pragmáticas de Verschueren (2002) e Dascal (2006). Tais teorias foram responsáveis por importantes avanços na compreensão do fenômeno da comunicação humana, dos princípios conversacionais utilizados pelos interlocutores, da função de marcação de lugar social dos interlocutores, do desencadeamento de processos cognitivos nos interlocutores via ‘explicaturas’ e ‘implicaturas’, da performatividade linguística, entre outros⁹. Optamos por utilizar a pragmática como paradigma de análise da comunicação psicanalítica por ser esta a área que se propõe a estudar a linguagem em uso, ou seja, levando em consideração fatores como o contexto e os interlocutores que a utilizam para se comunicarem ostensivamente¹⁰.

Apesar de não assumirem como objetivo descrever o tipo de comunicação própria do contexto psicanalítico, algumas teorias pragmáticas, em especial, a Teoria da Polidez de Brown e Levinson (1987) e a Teoria da Relevância de Sperber e Wilson (1986/2001), descrevem certos parâmetros que invariavelmente se apresentam nas situações comunicativas. Dentre eles, podemos destacar as relações de hierarquia, proximidade, aceitação/reprovação, acolhimento, a pressuposição de relevância daquilo que é comunicado, tentativa de identificação do contexto cognitivo do interlocutor e de suas intenções, entre outros.

Dentre as diferentes teorias pragmáticas, optamos por utilizar a Teoria da Relevância, de Sperber e Wilson (1986/2001), para nos servir de ponto de fundamentação para a análise do modo como o psicanalista utiliza a linguagem no contexto clínico, das regras implícitas à comunicação que se constitui neste contexto entre paciente e psicanalista e do modelo interpretativo e de atribuição de significado utilizado pelo psicanalista. Nosso objetivo é o de que, a partir desta análise, tenhamos condições de identificar quais são os fatores diferenciais do modelo psicanalítico de uso da linguagem. Assim, apesar de reconhecermos a existência e a importância que os fenômenos não verbais têm no processo de atribuição de significado, por inserirmo-nos no escopo da pragmática apenas serão por nós discutidos de forma preliminar e parcial. Nossa proposta é a de analisar o ‘discurso’ dos psicanalistas participantes do estudo de campo a respeito de uma situação

⁹ Os conceitos de ‘performatividade’, ‘implicatura’ e ‘explicatura’ serão definidos no capítulo 2 desta tese (respectivamente nos tópicos 2.2., 2.4.4. e 2.4.4.).

¹⁰ A noção de ‘ostensão’ equivale a ‘tornar algo claramente demonstrativo’. No contexto da Teoria da Relevância, um ‘ato ostensivo’ é aquele que tem a intenção de chamar a atenção de alguém para uma intenção que se deseja tornar manifesta. Abordaremos novamente este assunto no tópico 2.4.1..

de atendimento fictícia, sob um referencial teórico da pragmática e, especificamente, dentro do escopo da Teoria da Relevância.

Entendemos que a tarefa de analisar os fenômenos linguísticos próprios do contexto clínico psicanalítico sob uma perspectiva linguístico/pragmática tem o mérito de colocar em questão o modo como os psicanalistas entendem os fenômenos linguísticos inerentes à prática clínica. Isto porque, apesar de estarmos no início do século XXI, é comum encontrarmos psicanalistas que fundamentam seu ponto de vista sobre a linguagem em trabalhos que, apesar de terem tido um caráter revolucionário no contexto em que foram apresentados, hoje se mostram superados e obsoletos¹¹, especialmente frente às novas descobertas proporcionadas por pesquisas em linguística (teorias de aquisição da linguagem, teorias de análise do discurso, teoria dialógica), em pragmática (estratégias de polidez, máximas conversacionais, princípio da relevância), em psicologia (teorias do desenvolvimento infantil) e em neurociências (ciências cognitivas). Além disso, consideramos que a alteridade teórica e o não comprometimento do campo da pragmática com a psicanálise podem nos oferecer perspectivas de análise inéditas do nosso objeto de estudo.

Assumimos como ponto de partida da nossa pesquisa a hipótese de que existe um tipo específico de uso da linguagem que tem a propriedade de gerar efeitos terapêuticos e que esta especificidade está intimamente relacionada com o modelo interpretativo e de atribuição de significado utilizado pelo psicanalista no contexto clínico. Dito de outro modo, supomos inicialmente que o psicanalista fundamenta-se em princípios próprios do campo psicanalítico (e conseqüentemente diferentes dos utilizados automaticamente/espontaneamente por falantes não psicanalistas¹²) para interpretar o que o paciente comunica em sessão, e que os efeitos terapêuticos experimentados pelo paciente decorrem deste tipo de atividade. Também partimos da hipótese de que o psicanalista utiliza este modelo específico de atribuição de significado de forma concomitante ao modelo interpretativo espontâneo, considerando que o psicanalista também tem condições de, durante a sessão de atendimento, estabelecer uma comunicação de acordo com os padrões observados nas situações comunicativas usuais (apesar de não ser esta a direção proposta para a realização de um tratamento psicanalítico).

Para alcançarmos nosso objetivo de analisar linguisticamente (pragmaticamente) quais são as particularidades do modelo psicanalítico de atribuição de significado, precisaremos percorrer

¹¹ Dentre estas teorias citamos os trabalhos de Lemaire (1979), Miller (1988), Dor (1989), entre outros autores pós-lacanianos que restringem a abordagem dos fenômenos linguísticos à perspectiva saussuriana do início do século XX. Nossa opinião é a de que trabalhos como estes insistem em atribuir à psicanálise concepções de linguagem que já caíram em desuso nas demais áreas do conhecimento.

¹² Um falante 'não psicanalista' é aquele que não adota pressupostos psicanalíticos no processo de interpretação e atribuição de significado àquilo que lhe é comunicado. Também utilizaremos no intercurso desta tese termos como 'falante padrão' e 'falante usual' para denotar a classe de falantes que utiliza a linguagem de forma espontânea, não psicanalítica.

uma série de passos. Inicialmente contextualizaremos epistemologicamente a nossa questão frente aos campos linguístico e psicanalítico (capítulo 1) utilizando a noção de ‘modelos de interpretação’, proposta por Dascal (2006), como base para comparar os usos da linguagem descritos pelas teorias pragmáticas (modelo interpretativo da pragmática da linguagem) com o uso da linguagem psicanalítico (modelo interpretativo causal de estrutura profunda).

Na sequência apresentaremos os princípios fundamentais da pragmática da linguagem (capítulo 2), de forma a angariarmos as ferramentas teóricas necessárias para a tarefa de analisar o modelo interpretativo psicanalítico. Para tanto, examinaremos a Teoria das Implicaturas Conversacionais de Grice (1975), a Teoria da Performatividade da Linguagem de Austin (1975), a Teoria da Polidez de Brown e Levinson (1987) e a Teoria da Relevância de Sperber e Wilson (1986/2001). Tais teorias têm como objetivo comum explicar como as pessoas produzem e compreendem os enunciados, quais são as regras implícitas a estes processos e quais as funções que a linguagem pode exercer além de ferramenta para troca de informações. Por conferir maior ênfase às questões psicológicas envolvidas no processo comunicativo e por mostrar-se adequada para uma análise do modo como o ouvinte/psicanalista compreende os enunciados proferidos pelo falante/paciente, apresentaremos de forma mais detalhada os conceitos da Teoria da Relevância (a qual será por nós utilizada como paradigma teórico de análise do uso da linguagem na clínica psicanalítica).

Após revisitarmos as teorias pragmáticas, iniciaremos o terceiro capítulo, o qual será dedicado à retomada dos princípios teóricos psicanalíticos relacionados ao modo como o psicanalista maneja a linguagem na clínica psicanalítica. Para podermos construir uma visão mais fidedigna do modelo de interpretação psicanalítico retomaremos as primeiras descobertas freudianas sobre o potencial terapêutico da fala, faremos um percurso histórico desde a constituição dos primeiros métodos terapêuticos até o advento do método da associação livre e abordaremos noções psicanalíticas fundamentais como a de ‘conflito psíquico’, ‘inconsciente’, ‘recalque’ e ‘transferência’. Daremos ênfase ao modo como Freud compreendia o papel da linguagem e, mais especificamente, a importância da fala no processo de tratamento psicanalítico.

Depois de apresentarmos os três primeiros capítulos, passaremos à segunda parte da tese, composta pelos capítulos 4 e 5. No quarto capítulo faremos uma breve discussão sobre a base epistemológica e metodológica da nossa proposta de estudo empírico, apresentaremos os passos da construção e as questões inerentes à aplicação dos estudos pilotos e do estudo de campo e, finalmente, apresentaremos os resultados do estudo empírico definitivo, realizado com 7 psicanalistas.

Por fim, no último capítulo, discutiremos os resultados obtidos a partir da aplicação do estudo de campo no capítulo 5, utilizando a Teoria da Relevância de Sperber e Wilson (1986/2001) como paradigma de fundamentação para a nossa análise. Neste capítulo identificaremos quais são os pressupostos básicos utilizados pelos psicanalistas para a realização do processo de interpretação e atribuição de significado no contexto clínico psicanalítico e ofereceremos uma alternativa de resposta para a nossa questão de pesquisa.

Antes de iniciarmos o primeiro capítulo entendemos ser prudente justificar o grande número de notas de rodapé que o leitor irá encontrar durante a leitura dos capítulos. Optamos por utilizar este formato de exposição devido ao caráter interdisciplinar da presente tese, o que nos faz pressupor que haverá leitores familiarizados com termos linguísticos ou pragmáticos que não necessariamente dominam o ‘vocabulário’ psicanalítico e vice versa. Apesar de tornar a leitura da tese menos ‘fluida’ por conta das frequentes interrupções, entendemos que a utilização deste formato é compensadora na medida em que permite aos leitores transitarem por áreas do conhecimento até então desconhecidas. Para aqueles que têm maior interesse pelo assunto desta tese e para aqueles que pretendem lê-la integralmente, recomendamos que assistam ao episódio *Alex – Week one* da série *In Treatment*, utilizado como material audiovisual em nossa pesquisa de campo, antes da leitura dos capítulos 4 e 5¹³.

¹³ Anexo 5

PARTE I

CAPÍTULO 1 – MODELOS DE INTERPRETAÇÃO

Um das características mais marcantes do ser humano é o uso de um modelo de linguagem diferente dos utilizados por outras espécies animais. A complexidade deste modelo ainda intriga pesquisadores das áreas da linguística, filosofia, psicologia e ciências cognitivas. De acordo com Sperber e Wilson (1986/2001) a principal diferença entre o uso da linguagem pelos animais e pelos seres humanos é a de que, além de utilizá-la como instrumento primordial para o processamento e a memorização das informações como os animais, o ser humano ainda a utiliza como ferramenta para a comunicação. “A originalidade da espécie humana é precisamente a de ter encontrado essa utilidade adicional curiosa para algo que muitas outras espécies também possuem, tal como a originalidade dos elefantes é a de terem descoberto que podem utilizar os seus narizes para a finalidade adicional curiosa de levantar coisas” (p. 262-3). Depois de séculos de teorizações, hipóteses e especulações, hoje sabemos que a linguagem humana pode ser utilizada para a transmissão de informações para a expressão de pensamentos e estados mentais, para a negociação e definição dos lugares sociais, para a explicitação de relações de poder, hierarquia, para causar efeitos nos interlocutores, entre outros. Além disso, a linguagem humana mostra ser uma ferramenta adequada para efeitos como ironia, comicidade, falácia, metáfora, ordenação, entre outros.

Esta variedade de usos da linguagem revela as incontáveis possibilidades de combinação a que podem ser submetidas as palavras, os enunciados e demais componentes e estruturas linguísticas, sem contar toda a gama de comportamentos não verbais que também apresentam potencial comunicativo. Diferentemente de um código formado por um conjunto de sinais que correspondem cada um a um único significado, a linguagem humana possibilita ao falante a criação dos mais diversos significados, mesmo a partir da utilização dos mesmos sinais. No caso da comunicação verbal, por exemplo, enunciados idênticos podem sugerir significados diametralmente opostos, dependendo do contexto em que são produzidos, das intenções do falante, do conhecimento de mundo dos interlocutores, e de outros aspectos como prosódia, expressão corporal e facial do falante, entre outras variáveis.

Da mesma forma que existem inúmeras formas de utilização da linguagem, existem vários modelos de interpretação e atribuição de significado. Dispomos de inúmeros modelos de interpretação concebidos por linguistas, filósofos, psicólogos e psicanalistas no decorrer da história.

Notamos que a diversidade de pontos de vista sobre o fenômeno da interpretação é praticamente proporcional ao número de pensadores que se dedicaram a compreendê-lo.

Devido à amplitude que a noção de interpretação adquire na literatura linguística, filosófica e psicológica e devido ao escopo do nosso estudo, neste capítulo apresentaremos e discutiremos apenas os quatro modelos de interpretação identificados por Dascal (2006): o modelo criptográfico, o modelo hermenêutico, o modelo pragmático e o modelo causal de estrutura profunda. Cada um desses modelos remete a uma tradição filosófica distinta e fornece diretrizes próprias àqueles que se propõem a ‘encontrar/construir’ um significado a partir dos componentes e estruturas linguísticas e demais dados comunicados pelo falante.

Nossa hipótese é a de que os diferentes modelos de interpretação não são necessariamente incompatíveis entre si, apesar de se fundamentarem em pressupostos distintos, mas que podem ser complementares entre si. A seguir realizaremos a apresentação de dois modelos de interpretação semânticos (o criptográfico e o hermenêutico), dos modelos pragmáticos e dos modelos causais de estrutura profunda, estes últimos compatíveis ao formato psicanalítico de atribuição de significado e interpretação.

Os modelos criptográficos e hermenêuticos são correlatos das concepções filosóficas realista e relativista. No campo linguístico, o embate entre estas correntes filosóficas se apresenta no campo da semântica, área que se propõe a compreender as leis que regem a formação dos significados a partir de elementos linguísticos. Já os modelos pragmáticos oferecem um caminho alternativo para a compreensão do fenômeno da significação ao mudar o foco do estudo dos ‘sinais’ para o estudo das intenções do falante. Para tanto, os estudos pragmáticos extrapolam o nível linguístico estrito e adentram o campo dos fenômenos ostensivos não verbais. Por seu turno, os modelos causais de estrutura profunda diferenciam-se dos anteriores por adotarem princípios e regras particulares para o processo de interpretação, os quais se fundamentam em sistemas ideológicos que buscam desvendar causas e motivações subjacentes àquilo que é comunicado pelo falante. É comum que tais teorias assumam como pressuposto a possibilidade de o sujeito¹⁴ não ter consciência das causas que motivam seu modo de pensar, de agir e de se expressar linguisticamente. Dentre as teorias causais de estrutura profunda destacamos a psicanálise freudiana e o marxismo. Vejamos a seguir quais são as principais características de cada modelo de interpretação.

¹⁴ No decorrer deste trabalho utilizaremos o termo ‘sujeito’ apenas nos contextos teóricos que em que se supõe uma concepção de homem como ‘conflituoso’ compatível com a adotada no campo psicanalítico. Segundo esta perspectiva, o sujeito que não age apenas em função de uma intencionalidade acessível ao reconhecimento consciente, mas também por conta de motivações inconscientes. Para mais, ver o capítulo 3.

1.1. OS MODELOS CRIPTOGRÁFICOS DE INTERPRETAÇÃO

Segundo a concepção criptográfica ou realista, as palavras e os enunciados ‘contêm’ objetivamente um significado, o qual deve ser decifrado pelo intérprete no processo de interpretação. O sinal apenas serve como um suporte do significado. Sendo assim, os enunciados são interpretados corretamente quando o ouvinte consegue acessar o que se encontra subjacente aos sinais linguísticos. No caso do intérprete não conseguir ‘descobrir’ o significado inerente aos sinais, o processo de interpretação falha.

Conforme Dascal (2006), “para o modelo criptográfico, o significado é um conjunto de dados a ser inferido a partir de outros dados (como, por exemplo, os sinais) [...]” (2006, p. 217). O processo de atribuição de significado é objetivo e não abre margem para diferentes interpretações, a não ser que a palavra ou construção linguística apresente ambiguidades sintáticas ou semânticas. O significado dos enunciados sempre está pronto para ser desvelado, contanto que o intérprete seja fluente e que consiga usar suas ferramentas linguísticas de forma adequada.

Implícito à concepção criptográfica de interpretação subjaz o pressuposto de que a produção linguística é um dado objetivo. Independente do intérprete, o significado a ser descoberto permanece sempre o mesmo (salvo nos casos em que há ambiguidade). Como consequência, os modelos criptográficos não atribuem relevância às variáveis envolvidas no processo comunicativo que ultrapassam o nível das sentenças¹⁵ linguísticas como os interlocutores, suas intenções, o contexto, entre outros. Em resumo: “O modelo criptográfico afirma que o que o falante quer dizer pode ser apenas o que suas palavras significam, nada mais e nada menos que isso” (DASCAL, 2006, p. 672).

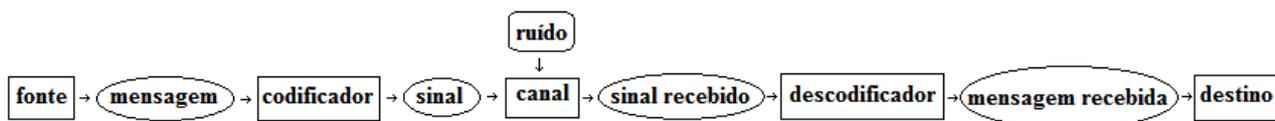
A concepção criptográfica de interpretação pode ser facilmente identificada em certas metáforas como ‘transformar em palavras nossos pensamentos’, ‘colocar as idéias para fora’, ‘passar os pensamentos para o papel’, entre outras amplamente utilizadas para explicar como ocorre o processo da comunicação. Segundo Sperber e Wilson (1986/2001):

Estas metáforas fazem-nos pensar que a comunicação verbal é como se fosse o empacotar de um *conteúdo* (ainda outra metáfora) composto de palavras para enviá-lo ao receptor e ser desembrulhado por ele no outro extremo. O poder destas figuras de retórica é tal que a nossa tendência é esquecermos de que não é possível ser verdade a resposta que sugerem. Ao escrevermos este livro, não lançamos literalmente os nossos pensamentos no papel. Aquilo que lançamos no papel foram

¹⁵ Utilizamos a noção de ‘sentença’ em contraposição à de ‘enunciado’. Abordaremos esta questão com mais especificidade no início do segundo capítulo.

pequenos sinais escuros, uma cópia dos quais está o leitor agora a ver. Quanto aos nossos pensamentos, permanecem onde sempre estiveram, dentro dos nossos cérebros (p. 25).

Os modelos criptográficos de interpretação mostram-se compatíveis com o ponto de vista semiótico da linguagem apresentado pelo diagrama de Shannon e Weaver (1949), segundo o qual a comunicação ocorre da seguinte maneira:



De acordo com esta concepção, uma mensagem produzida por um agente (fonte) pode ser duplicada por um receptor (destino), operação esta que equivale ao processo de comunicação. Para que a comunicação chegue a seu termo, é necessário que a fonte e o destino dominem um mesmo código, pois, é a partir de seu intermédio que os interlocutores veiculam e recebem mensagens.

Ao transpormos o diagrama anterior para a compreensão do fenômeno da comunicação humana, podemos estabelecer uma equivalência entre a ‘fonte’ e o falante, a ‘mensagem’ e o pensamento ou intenção do falante, o ‘codificador’ à operação de codificação linguística do pensamento, o ‘sinal’ ao sinal acústico/som, o ‘canal’ ao ar pelo qual é veiculado um sinal acústico, o ‘ruído’ às inúmeras interferências que podem distorcer o sinal acústico, o ‘sinal recebido’ ao sinal acústico captado pelo ouvinte, o ‘decodificador’ à operação de decodificação linguística realizada pelo ouvinte, a ‘mensagem recebida’ ao pensamento produto da decodificação linguística e, por fim, o ‘destino’ ao ouvinte¹⁶.

Esta concepção da comunicação que adota como pressuposto a idéia de que pensamentos são codificados por palavras para só então serem enviados ao receptor não é recente. Podemos encontrá-la já em Aristóteles, o qual afirmou que “os sons falados são símbolos das afeições existentes na alma” e que são “semelhanças das coisas reais” (1963, p. 53), e na *Gramática de Port-Royal*: “As palavras poderão, portanto, ser definidas como sons distintos e claramente articulados, utilizados pelos homens como sinais, a fim de exprimirem seus pensamentos” (ARNAULD e LANCELOT, 1968, p. 22). É expressivo o número de linguistas, teóricos da comunicação, teóricos literários, sociólogos, antropólogos e psicólogos que se inserem nesta tradição. Dentre eles podemos

¹⁶ Estamos considerando, para os fins desta tese, a comunicação face a face.

destacar Peirce (1931, 1972), Saussure (1916/1978), Leach (1976), Hjelmslev (1928 e 1959), Pike (1967), Vygotsky (1962), entre outros.

Contudo, devido ao fato do modelo criptográfico não abordar adequadamente os fatores que interferem no processo de atribuição de significado relativos ao papel dos interlocutores e do contexto, apresentaremos a seguir outra proposta de modelo interpretativo: a hermenêutica..

1.2. OS MODELOS HERMENÊUTICOS DE INTERPRETAÇÃO

Diferentemente dos modelos criptográficos, os modelos hermenêuticos de interpretação têm em comum o pressuposto de que o processo de interpretação está atrelado ao modo como o intérprete ‘vê’ os dados. Ou seja, a interpretação depende do ponto de vista, crenças, e outros fatores subjetivos do intérprete. Influenciado por sua carga cultural, preconceitos e valores, o indivíduo ‘constrói’ uma interpretação própria dos fenômenos/dados linguísticos com que tem contato. O significado de um enunciado a ser interpretado é variável e aberto, não só devido às variáveis próprias do intérprete, mas também por ter sua significação atrelada ao ‘co-texto’¹⁷ em que é produzido. Os modelos hermenêuticos enfatizam os processos relativos à atividade de ‘interpretação’ realizada pelo intérprete, diferentemente da abordagem criptográfica, a qual dedica maior atenção à ‘produção’ das sentenças e seus significados potenciais. Segundo Gadamer (1976): “Apenas após o processo de interpretação é possível transformar um vestígio morto de significado em significado novamente vivo” (p. 146 *apud* Dascal, 2006, p. 146). Ou seja, segundo a perspectiva hermenêutica, as atividades da compreensão e da interpretação não devem ser confundidas com uma ‘descoberta’ do significado inerente a determinados enunciados, pois resultam de uma atividade de constituição/construção de significados a partir dos dados comunicados pelo falante.

A concepção hermenêutica permite-nos compreender as situações comunicativas em que o significado do enunciado é distinto do significado literal¹⁸. São exemplos casos em que, por ocupar

¹⁷ Note-se a diferença entre ‘co-texto’ e ‘contexto’. Segundo Rodrigues (2005) a noção de ‘co-texto’ restringe-se ao nível textual, em contraposição à noção de ‘contexto’, a qual envolve elementos extra-verbais. Dascal (2006), por sua vez, identifica o conceito de ‘co-texto’ (chamado por ele de contexto “metalinguístico”) aos fatores situacionais como a definição de quem é o falante, o destinatário, a língua, o dialeto do falante, o gênero discursivo e as referências de espaço e tempo em que são produzidos os enunciados. Já o ‘contexto’ leva em consideração fatores como “o *genre*, o estilo e o registro linguístico empregado, as crenças, desejos e expectativas do falante e do destinatário, as normas comunicativas da comunidade, o conhecimento compartilhado pelos seus membros, os hábitos e as idiossincrasias do falante e do destinatário, entre outros [...] que se mostram eventualmente relevantes, no final das contas, para a compreensão até mesmo das elocuições mais simples” (p. 645). Para mais, ver Dascal (2006, 42-4 e 190 e ss).

¹⁸ Existe uma ampla discussão sobre a existência ou não do ‘significado literal’, também chamado de ‘significado semântico’ ou ‘significado convencional’. Eco (1993) aponta para exageros comumente cometidos por hermeneutas e desconstrucionistas radicais que consideram o texto como não possuindo qualquer significado em si mesmo. Em contraposição, o autor afirma que um texto não permite todas as possibilidades de interpretação. Segundo Eco, existe: “um nível literal na língua, um grau zero. A interpretação começa nesse nível e não pode ignorá-lo. [...] algumas

uma posição entre os enunciados (y) e (z), um enunciado (x) assume um significado distinto do significado que o mesmo enunciado (x) teria se estivesse isolado. Existem casos limites em que o intérprete pode concluir que um enunciado tem caráter irônico, o que significa que sua interpretação no co-texto sugere um significado diametralmente inverso do significado ordinário do enunciado. Veja-se o exemplo:

(*interlocutor 1*) ‘Querida, quebrei aquele vaso que você tanto adora...’

(*interlocutor 2*) ‘Poxa, que notícia boa, meu amor!’

(*interlocutor 1*): ‘você sabe que não foi por querer...’

Mesmo sem contarmos com muitas informações sobre os interlocutores e sobre o co-texto em que esta conversação ocorre, podemos perceber que o enunciado do interlocutor 2 não deve ser interpretado literalmente. A partir de uma análise do co-texto temos condições de perceber que a resposta do interlocutor 2 é uma ironia, pois, a fala do interlocutor 1 apresenta o dado de que o vaso tinha um valor para o interlocutor 2 e que a sua quebra não é uma boa notícia, e sim uma má notícia. Em suma, “O modelo hermenêutico sustenta que o falante (autor, paciente, terapeuta, ou seja lá quem for) não é o *locus* real do significado; que não existe algo como o ‘significado do falante’ a ser ‘descoberto’ e que o significado é, antes de tudo, uma criação do próprio falante” (DASCAL, 2006, p. 672).

Após termos demonstrado os principais fundamentos dos modelos hermenêuticos de interpretação, passemos à apresentação dos modelos de interpretação pragmática, os quais levam em consideração alguns fatores que não são abordados pelos modelos criptográficos nem pelos modelos hermenêuticos.

1.3. OS MODELOS DE INTERPRETAÇÃO PRAGMÁTICA

Além dos modelos criptográfico e hermenêutico de interpretação, dispomos de uma terceira alternativa teórica que nos permite uma descrição mais ampla e sofisticada dos processos de significação inerentes ao fenômeno comunicativo espontâneo: o modelo de interpretação pragmática¹⁹. A pragmática da linguagem propõe-se a compreender uma série de variáveis

interpretações de um texto simplesmente não podem ser aceitas como uma interpretação daquele texto” (ECO, 1993, s/p *apud* Dascal, 2006, p. 666). Para mais, ver Dascal (2006, p. 204-5, 580-611 e 645-6).

¹⁹ Existem inúmeras diferenças entre os modelos criptográficos e os pragmáticos de interpretação, principalmente quando comparamos os escopos e as propostas de cada um deles. Já as discrepâncias entre os modelos hermenêuticos e os pragmáticos não são igualmente óbvias, porém podem ser identificadas em pelo menos um ponto: a hermenêutica reserva um espaço especial para a concepção de falante/intérprete como um sujeito que motivado tanto por razões

‘extralinguísticas’ primordiais à constituição de situações comunicativas como o contexto, os falantes e as suas intenções, seus valores culturais, posição social, intimidade, relações de hierarquia, entre outros.

Para que possamos caracterizar de forma mais detalhada como ocorre o processo de comunicação, como se dá a interpretação e a atribuição de significação num contexto conversacional, é fundamental entendermos a noção de ‘contexto’. Reyes ilustra a questão do contexto ao afirmar que:

As palavras significam muitas coisas e se pode fazê-las significar muitas mais, dados os contextos adequados. Comparemos um signo tomado de um código simples com uma palavra qualquer, por exemplo, a luz vermelha do semáforo e a palavra *não*. Na linguagem, a palavra *não* pode significar “talvez”, “sim”, “estou cansada”, “não me importa”, “não sei”, “amanhã”, e uma série de coisas mais, que não poderíamos enumerar, pois dependem de cada circunstância de uso²⁰ (REYES et al., 2000, p. 13).

Ou seja, a tarefa de encontrar o significado de palavras, expressões ou constructos linguísticos está atrelada ao contexto em que são produzidos. Esta aparente instabilidade da linguagem, ao invés de dificultar a comunicação, a torna mais dinâmica e versátil, pois, possibilita a produção de um número incontável de enunciados a partir de combinações feitas com um pequeno número de elementos²¹.

Devemos ao ponto de vista da pragmática da linguagem a noção de que um ato comunicativo se realiza de forma satisfatória quando o ouvinte consegue reconhecer as intenções do falante subjacentes ao enunciado por ele produzido. O processo em que o ouvinte reconhece as intenções do falante é chamado de ‘interpretação pragmática’. Segundo Dascal:

conscientes quanto inconscientes – distinção esta não considerada pelas teorias pragmáticas. Isto explica a ênfase que teorias hermenêuticas conferem a fatores como que vão “desde as profundezas da interpretação psicanalítica, passando por considerações históricas e culturais abrangentes, até as intenções comunicativas dos falantes, autores e intérpretes” (DASCAL, 2006, p. 654-5).

²⁰ Tradução nossa. No original: “Las palabras significan muchas cosas y se las puede hacer significar muchas más, dados los contextos adecuados. Comparemos un signo tomado de un código simple con una palabra cualquiera, por ejemplo, la luz roja del semáforo y la palabra *no*. En el lenguaje, la palabra *no* puede significar “quizá”, “sí”, “estoy cansada”, “no me importa”, “no sé”, “mañana”, y una serie de cosas más, que no podríamos enumerar, pues dependen de cada circunstancia de uso”.

²¹ Podemos aqui evocar o argumento de Lacan (1974/1993, p. 11) a respeito da impossibilidade da compreensão integral, num processo comunicativo. Para Lacan, numa interlocução sempre há espaço para mal entendidos ou equívocos, o que impossibilitaria uma comunicação ideal, em que os interlocutores compreendem-se mutuamente. Tal ponto de vista se assemelha ao argumento de Canale (1995, p. 65) quando afirma que a incerteza não pode ser eliminada em todos os níveis de uma comunicação autêntica.

Extrair de uma interação com tantas facetas entre o significado codificado do que foi dito ou feito por alguém e a intenção daquela pessoa ao dizer ou fazer aquilo, naquele contexto (o que ela *quis dizer* por meio da sua ação) é fazer uma *interpretação pragmática*. A disciplina da *pragmática* estuda os princípios que explicam esse êxito (2006, p. 673).

Com base na definição de Dascal, podemos notar que o processo interpretativo ultrapassa o nível semântico, pois, durante o processo de comunicação, o ouvinte não restringe sua interpretação aos significados semânticos dos enunciados proferidos pelo falante. O objetivo último do processo interpretativo pragmático, por parte do ouvinte, é o de acessar as intenções e objetivos do falante subjacentes aos seus atos²².

A maior contribuição da pragmática da linguagem é ter identificado a importância do processo inferencial para o estabelecimento da comunicação humana. As inferências realizadas pelo ouvinte a partir de um significado codificado linguisticamente ocorrem a partir de suposições contextuais (extralinguísticas, ou, extra-código). Segundo a perspectiva griceana, ao se comunicar, o objetivo do falante é conseguir fazer com que o ‘receptor’ (ouvinte) consiga reconhecer sua intenção, e não só decodificar uma mensagem. Ao se propor a abordar toda a gama de fenômenos essenciais à comunicação que ultrapassam o nível do ‘código’ (visão semiótica clássica), a pragmática da linguagem mostrou-se como uma ferramenta teórica adequada para a compreensão dos usos ‘indiretos’²³ da linguagem como a ironia, metáfora, atos de fala indiretos e performativos, e outros frequentemente presentes nas situações comunicativas ordinárias.

Pensemos no seguinte exemplo: um indivíduo (*a*) quer que um indivíduo (*b*) feche a janela do ambiente onde ambos se encontram. Ao invés de falar algo como ‘por favor, feche a janela’, (*a*) dirige-se ao ouvinte dizendo ‘nossa, que vento frio está entrando por esta janela, assim vou pegar um resfriado’. Mesmo sem receber qualquer solicitação direta, (*b*) tem condições de inferir que (*a*) está pedindo a ele que feche a janela.

Vejamos outro exemplo do uso indireto da linguagem. Um falante (*a*) profere a seguinte sentença para (*b*) tendo como intenção de pedir dinheiro:

²² Dascal propõe uma modificação na fórmula ‘reconhecer as intenções do falante’ ao afirmar que “o intérprete não apenas detecta aproximadamente um “significado do falante” já existente, mas de fato *cria*, por meio da sua atividade interpretativa, esse significado para o próprio falante” (2006, p. 651). O autor justifica sua posição ao observar situações como a comunicação entre um adulto e uma criança pequena – em que o destinatário é capaz de compreender uma elocução [enunciado] do falante melhor do que o próprio falante [criança]. Neste sentido, Dascal aproxima seu ponto de vista pragmático à perspectiva hermenêutica há pouco apresentada.

²³ A seguir, no tópico 2.3.2., definiremos mais detalhadamente as diferenças entre um ato de fala direto e um ato de fala indireto.

(1) 'Por favor, se não for incomodar demais o senhor, será que seria possível me dar uns trocadinhos porque acontece que eu... Só umas moedinhas...'

Notemos que o conteúdo semântico seria similar se (a) realizasse seu pedido dizendo:

(2) 'Me dá o seu dinheiro!'

Os enunciados (1) e (2) poderiam ser produzidos por um mesmo pedinte de rua ou por uma mesma pessoa que teve seu dinheiro roubado. Contudo, podemos notar em (1) a presença maciça de 'acessórios atenuantes', os quais não interferem decisivamente no significado semântico da sentença, mas que fornecem como o tipo de posição social que o falante confere a si mesmo e ao seu interlocutor, distanciamento, respeito, poder, entre outros. Já em (2), o estilo é direto e sem qualquer atenuação. Estudos recentes em pragmática como os realizados por Brown e Levinson (1987) demonstram que a opção do falante em fazer um uso direto da linguagem não é frequente e que o uso dos acessórios na composição dos enunciados segue uma lógica estratégica²⁴.

Os modelos pragmáticos de interpretação têm o mérito de explicar um variado número de usos da linguagem nos mais diversos contextos e de demonstrar a importância de aspectos como o conhecimento de mundo e carga sócio-cultural (crenças, valores, posição social, grupos de pertença, comunidades de prática, etc.) dos interlocutores enquanto estabelecem uma interação comunicativa. Ao considerar tais fatores, os modelos de interpretação pragmática superam as principais desvantagens dos modelos criptográficos e hermenêuticos e oferecerem um ponto de vista que integra os principais avanços e conhecimentos próprios a cada um destes modelos. Ou seja, sob o ponto de vista da pragmática da linguagem, o significado é constituído tanto pelos componentes linguísticos quanto pelos extralinguísticos (sociais e mentais).

Contudo, mesmo apresentando grande potencial explicativo frente ao fenômeno da comunicação, os modelos pragmáticos de interpretação não têm como pretensão servir de paradigma para a abordagem e compreensão de formas de usos da linguagem significativamente distintos daqueles verificados em contextos espontâneos. Segundo Dascal (2006), os modelos pragmáticos não se mostram adequados para a elucidação de enunciados não produzidos intencionalmente pelos seus agentes como, por exemplo, situações em que o falante se comporta a partir de motivações não racionais ou a partir de padrões inconscientes. Para compreendermos estes tipos de casos precisamos recorrer a modelos interpretativos que pressuponham um outro nível de

²⁴ Abordaremos esta questão no tópico 2.3..

causalidade, os ‘modelos causais de estrutura profunda’. Vejamos a seguir quais são suas características.

1.4. OS MODELOS CAUSAIS DE ESTRUTURA PROFUNDA

Os modelos causais de estrutura profunda são modelos interpretativos pautados em pressupostos distintos dos modelos interpretativos semânticos e pragmáticos, principalmente porque admitem a existência de atos comunicativos que não são realizados intencionalmente pelos agentes, ou que sugerem intenções que são desconhecidas pelos próprios agentes que os produzem. Por relegarem a um segundo plano a questão da pretensão comunicativa e da intencionalidade dos interlocutores (especialmente a do falante), os modelos causais de estrutura profunda são apropriados para a compreensão de uma série de atos comunicativos que não são produzidos conforme os padrões geralmente assumidos nas situações comunicativas espontâneas. São exemplos as situações em que o falante não tem consciência das causas que o motivaram na produção de um enunciado, quando comete enganos, lapsos, entre outros. De acordo com a perspectiva adotada pelos modelos causais de estrutura profunda:

[...] o significado não é concebido nem como um *dado* objetivo, nem como uma *construção* do intérprete, nem como *produzido* pelos agentes intencionais. O significado é visto como *produto* de uma interação de forças subjacentes que determinam a atividade humana (DASCAL, 2006, p. 230).

Cada modelo causal de estrutura profunda ancora-se em princípios teóricos específicos para oferecer um paradigma de interpretação, porém, é comum a todos a idéia de que as causas reais subjacentes à produção de um enunciado podem ser diferentes daquelas supostas pelo próprio agente do enunciado. As teorias causais de estrutura profunda admitem que uma grande parcela das causas dos comportamentos não chega a ser conscientizada pelo próprio sujeito, o qual se satisfaz com explicações superficiais sobre as motivações dos seus próprios atos, ou nem mesmo chega a se ocupar com tais questões. Segundo Dascal, “O modelo causal sustenta que as intenções conscientes do falante são na verdade irrelevantes; elas constituem, no máximo, os sintomas dos seus motivos reais e profundos; são esses que contam e devem ser determinados” (2006, p. 672).

O exemplo de modelo causal de estrutura profunda que mais nos interessa é o psicanalítico. Em linhas gerais, a psicanálise admite a possibilidade de coexistência de dois tipos de funcionamento mental no sujeito, os quais são expressados de forma distinta, seja verbalmente, seja

de modo não verbal²⁵. Uma dessas formas de expressão é chamada de ‘discurso manifesto’, o qual é acessível à percepção consciente do sujeito. A outra equivale ao ‘discurso latente’, o qual só se torna perceptível após um trabalho específico de interpretação, também chamado de processo de análise.

Um exemplo da diferença entre os níveis manifesto e latente do discurso pode ser exemplificado pelo processo de interpretação psicanalítica do ato falho ou lapso de linguagem. Quando um sujeito comete um engano ao falar, sua tendência é tentar justificá-lo como sendo fruto de distração, cansaço, estresse, desatenção, entre outros. Contudo, o modelo psicanalítico permite ao intérprete propor outro tipo de interpretação em que se supõe a existência de um significado válido do ato falho, ultrapassando assim o nível explicativo usual. A partir do processo de associação de idéias realizado pelo falante a partir do ato falho, pode-se reconstruir o provável significado do engano. Segundo o ponto de vista psicanalítico, mesmo sendo considerados como atos que escapam à intencionalidade consciente do sujeito, os atos falhos, os sintomas, os sonhos, os chistes e as fantasias a enunciados ou a atos (indiretos) que, se submetidos a um processo adequado de interpretação, podem apresentar diversos significados.

Porém, é importante observarmos que os modelos causais de estrutura profunda só adquirem validade como modelos de interpretação quando são aplicados em contextos específicos. O modelo psicanalítico, por exemplo, não tem validade se for utilizado de forma indiscriminada em contextos conversacionais distintos do *setting* de tratamento. A expressão *setting* de tratamento refere-se ao conjunto de fatores que definem o espaço físico e simbólico no qual ocorre o tratamento tais como as regras e limites necessários para o estabelecimento da relação terapêutica. De acordo com as possibilidades de tradução, a palavra *setting* ainda pode adquirir as seguintes significações: moldura, cenário, guarnição, armação e cercadura. A utilização do modelo psicanalítico de interpretação em situações conversacionais ordinárias dificilmente pode trazer alguma vantagem aos interlocutores, a não ser que seja intenção do intérprete criar um efeito cômico, caricatura, gerar estranhamento no interlocutor ou algo do gênero.

Assim como Dascal (2006)²⁶, acreditamos ser possível uma convivência pacífica entre modelos interpretativos semânticos, pragmáticos e causais de estrutura profunda. Cada modelo é apropriado para uma determinada faixa de fenômenos e, por consequência, parcial ou complexa em demasia para outras. Considerando que cada um dedica-se a uma parcela específica do objeto de estudo ‘linguagem’, os modelos interpretativos podem ser utilizados de forma complementar.

²⁵ Abordaremos esta diferenciação com maior profundidade no tópico 3.6. desta tese.

²⁶ Ver também Borges (2004), em especial os capítulos *Diálogo sobre as razões da diversidade teórica na linguística e De que trata a linguística afinal?*.

Contudo, a metáfora escolhida por Dascal de que cada modelo de interpretação corresponderia a uma porção de um *iceberg*²⁷, no qual os modelos criptográfico, pragmático e os de estrutura profunda poderiam respectivamente ser localizados da superfície à profundidade não nos parece ser a mais adequada. Isto porque, ao invés de supor diferentes ‘profundidades’ de interpretação, parece-nos mais apropriado pensar que apenas são modelos diferentes que convivem lado a lado, numa mesma ‘altitude’. Isto inibe qualquer olhar valorativo e comparativo entre os diferentes modelos de interpretação. Nosso ponto de vista é o de que cada modelo mostra-se apropriado para determinados usos linguísticos, determinados contextos, e cada um se presta a finalidades particulares, sem interferir nos campos específicos dos outros modelos interpretativos. Ou seja, se quero interpretar o que um paciente diz durante um atendimento psicanalítico, lanço mão do modelo de interpretação psicanalítico. Porém, se pretendo conversar com amigos, utilizarei automaticamente um modelo pragmático de interpretação, evitando assim procurar mais significados do que o necessário para aquele tipo de contexto, pois, como diz o ditado psicanalítico, às vezes um charuto é apenas um charuto!

²⁷ Dascal (2006, p. 232).

CAPÍTULO 2 – A PRAGMÁTICA DA LINGUAGEM E SEUS MODELOS DE INTERPRETAÇÃO

Após termos apresentado os modelos de interpretação criptográfico, hermenêutico, pragmático e causais de estrutura profunda, ressaltando as particularidades de cada um, neste capítulo faremos uma retomada dos pressupostos e conceitos-chave do modelo de interpretação pragmática. Tendo em vista nossos objetivos nesta tese, realizaremos um retorno a alguns dos principais momentos de desenvolvimento da abordagem pragmática, como é o caso da elaboração do Princípio de Cooperação realizada por Grice (1975), da Teoria dos Atos de Fala de Austin (1975), da Teoria da Polidez de Brown e Levinson (1987) e da Teoria da Relevância de Sperber e Wilson (1986/2001).

Por propor um exame do fenômeno comunicativo através de uma perspectiva psicológica, tendo como enfoque os processos cognitivos realizados pelo ouvinte na interpretação do que é comunicado pelo falante, no capítulo 5 desta tese, reservado à análise dos dados colhidos no estudo de campo, utilizaremos os conceitos e categorias da Teoria da Relevância (TR) para nos auxiliar na discriminação e descrição do modo como o psicanalista processa os dados comunicados pelo paciente no contexto clínico. Por esta e outras características que abordaremos a seguir, entendemos que a TR é a teoria pragmática mais compatível epistemologicamente com a proposta de se analisar o tipo de relação comunicativa que se constitui entre paciente e psicanalista e o modelo de interpretação utilizado por este. Não podemos dizer o mesmo da Teoria da Polidez, considerando que esta teoria assume uma perspectiva de análise mais ‘sociológica’ e que sua proposta é descrever o fenômeno comunicativo através da perspectiva do falante, e não do ouvinte. Ou seja, estamos interessados em compreender como é o modo específico pelo qual o psicanalista atribui significado e interpreta o que é comunicado pelo paciente, consideramos como uma escolha mais coerente utilizar a Teoria da Relevância como paradigma de análise ao invés da Teoria da Polidez²⁸.

As teorias pragmáticas da linguagem dedicam-se à análise do uso concreto da linguagem e das condições que governam este uso, tendo como uma das maiores finalidades a compreensão do processo realizado pelo ouvinte de acessar as intenções do falante implícitas aos enunciados por ele produzidos. Esta definição permite-nos realizar uma primeira distinção entre ‘enunciados’ ou

²⁸ Em outra oportunidade realizamos o exercício de analisar as estratégias linguísticas utilizadas por Freud no caso “O homem dos ratos” a partir do ponto de vista da Teoria da Polidez. Para os interessados, ver Vicenzi (2006). Abordaremos novamente a questão da nossa opção pela Teoria da Relevância em detrimento da Teoria da Polidez no tópico 2.3.2..

‘elocuções’ e ‘sentenças’ ou ‘frases’²⁹. O enunciado ultrapassa o nível linguístico-semântico da sentença por ser constituído tanto por fatores verbais quanto não verbais. O estudo restrito da representação semântica das sentenças não contempla aspectos como quem é o falante, quais são suas intenções, o momento em que a sentença é proferida, o local, enfim, o contexto em que é produzida. A ‘sentença’ vista em seu contexto de proferimento passa a ter estatuto de ‘enunciado’. A abordagem dos fenômenos não verbais presentes nas situações comunicativas enriquece a visão sobre o processo de produção de sentido realizado pelos falantes, pois, tais fenômenos são decisivos para o falante construir seus enunciados e para o ouvinte interpretá-los. Vale ressaltar que as posições de ‘falante’ e ‘ouvinte’ não são fixos, pois os indivíduos envolvidos no processo comunicativo ora ocupam uma, ora outra.

Não é nosso objetivo tirar o mérito dos estudos semânticos tradicionais, pois concordamos com Sperber e Wilson quando afirmam que: “A representação semântica de uma [sentença] é uma espécie de núcleo comum de significado que é partilhado por todos os enunciados que se baseiam nela” (1986/2001, p. 36). Porém, o estudo dos significados potenciais das sentenças é radicalmente diferente do estudo dos significados dos enunciados. “O estudo das representações semânticas das [sentenças] pertence à gramática; o estudo das interpretações [dos enunciados] pertence ao que agora se conhece como ‘pragmática’” (SPERBER e WILSON, 1986/2001, p. 36-7). A gramática não tem condições e nem se propõe a explicar como o ouvinte consegue interpretar um enunciado, principalmente por não acolher em seu escopo de pesquisa questões não verbais inerentes às situações comunicativas. Contudo, frente a nossa perspectiva de análise do modelo comunicativo que se constitui entre paciente e psicanalista, é de fundamental importância ampliarmos as fronteiras impostas pelas subáreas linguísticas da sintaxe e da semântica, pois:

Se um uso central da linguagem é a descrição de estados de coisas e a troca de informações a respeito de estados de coisas, há também uma pluralidade de outras ações que podemos realizar falando. Disso resulta, por um lado, que o significado de uma expressão é sempre arraigado em práticas e convenções sociais relacionadas à verdade e à referência e, por outro, que é possível tirar partido dessas convenções de vários modos, até mesmo nos desviando dos padrões vigentes (CHIERCHIA, 2003, p. 234).

Considerando a linguagem de acordo com uma perspectiva mais ampla que a imposta pelos limites epistemológicos assumidos pela sintaxe e pela semântica, necessariamente nos deparamos

²⁹ Diferentemente da tradução portuguesa (de Portugal) da obra de Sperber e Wilson (1986/2001), na qual as palavras inglesas *utterance* e *sentence* são traduzidas por ‘elocuções’ e ‘frases’, optamos por utilizar as traduções mais comumente utilizadas no Brasil, respectivamente ‘enunciados’ e ‘sentenças’.

com uma série de fenômenos intervenientes na constituição de interlocuções, sejam aquelas com objetivo estritamente constataativo ou informativo, sejam aquelas com finalidades mais específicas (como no contexto clínico psicanalítico). Dentre estes fenômenos inerentes à ‘linguagem em uso’ destacamos os princípios e convenções assumidas implicitamente pelos interlocutores no processo comunicativo, as intenções e crenças dos indivíduos participantes deste processo, o contexto, a dimensão performativa da linguagem, entre outros.

Nos casos de enunciados, expressões ou discursos com características irônicas, propositalmente ambíguas, ou com significação estritamente ligada ao contexto em que são produzidos, o ouvinte não consegue interpretá-los se se mantém restrito ao nível semântico. Somente utilizando um modelo de interpretação pragmática é que o ouvinte consegue acessar uma série de informações contextuais fundamentais ao processo de compreensão. O mesmo acontece com a ironia, pois a interpretação pragmática do *enunciado* possibilita ao intérprete a construção de uma significação diametralmente oposta àquela sugerida pela *sentença* tomada de forma isolada³⁰.

A performatividade da linguagem, por sua vez, é ilustrada pela afirmação de Chierchia: “o homem interage com o ambiente que o cerca através de uma série de ações; algumas dessas ações, na medida em que se servem da linguagem, são atos linguísticos;” (2003, p. 238). Ou seja, mais do que ter uma função de transmitir uma informação estritamente relacionada à construção sintática e semântica de determinada sentença, uma elocução [enunciado] proferida por um falante corresponde a um ato que, dependendo do contexto e dos indivíduos envolvidos na interlocução, promove mudanças concretas nos interlocutores ou no ambiente. O autor complementa que “Nem toda sentença declarativa descreve um estado de coisas preexistente a ela. Algumas parecem construir estados de coisas. A explicação para isto reside no fato de que a língua é parte integrante de um complexo de ações” (CHIERCHIA, 2003, p. 240). Podemos assim distinguir claramente a proposta de estudo da ‘língua’ (sentenças) e de estudo da ‘fala’ (enunciados), segundo a distinção saussuriana fundante da disciplina linguística³¹.

Realizada esta pequena introdução, estamos preparados para seguir nosso percurso histórico que retoma das teorias pragmáticas mais significativas frente aos objetivos do nosso estudo. Nosso ponto de partida será a pragmática griceana.

³⁰ Tal como exemplificamos anteriormente, no tópico 1.2..

³¹ “A teoria de Saussure se funda na distinção entre “língua” e “fala”; a primeira considerada como um sistema abstrato e independente do fenômeno da “fala”; este último conceito é entendido como uma realização individual e concreta. A linguística estruturalista não se atém ao estudo do funcionamento da “fala”, mas somente às leis intrínsecas da “língua” (Vicenzi, 2006, p. 37). Para mais, ver o terceiro capítulo de Saussure (1916/1978).

2.1. TEORIA GRICEANA

Segundo Sperber e Wilson (1986/2001), a pragmática moderna tem seu marco inicial em 1967, ano em que o filósofo Paul Grice proferiu, em Harvard, suas *Lições em Homenagem a William James*³². Grice aproximou-se das questões referentes à linguagem a partir da tradição da ‘análise filosófica’ do ramo da ‘linguagem comum’. Segundo Dascal:

Nessa tradição, conceitos de interesse filosófico – tais como conhecimento, realidade, bondade, livre-arbítrio – são investigados por meio do estudo da ‘gramática lógica’ dos termos-chave que geralmente são usados para expressá-los – como, por exemplo, ‘conhecer’, ‘real’, ‘bom’, ‘voluntariamente’. Examinando as condições na qual se pode ou não dizer, por exemplo, ‘Eu conheço minha rua’ [...] seria possível descobrir fatos importantes sobre os significados dos termos-chave, e assim, sobre os conceitos que eles expressam (2006, p. 526).

O objetivo principal desse tipo de estudo era o de desenvolver um método filosófico baseado fundamentalmente na análise de fenômenos linguísticos que tivesse o potencial de solucionar ou dissolver enigmas filosóficos tradicionais. Contudo, a intenção inicial de Grice em utilizar procedimentos linguísticos para ultrapassar impasses filosóficos não foi levada a cabo. Isto porque Grice passou a questionar o pressuposto básico deste tipo de abordagem linguístico-filosófica ao afirmar que uma sentença não pode ser invalidada somente por não ter sido utilizada apropriadamente segundo critérios estritamente semânticos.

Grice pôde notar que inúmeros usos linguísticos que, num primeiro momento, pareciam estar relacionados com a origem de problemas filosóficos insolúveis (e que por isto deveriam ser abandonados), justificavam-se a partir de certas condições gerais de uso da linguagem como a do locutor ser informativo, relevante, cooperativo, entre outros. Frente a este cenário, Grice propôs uma nova forma de abordagem dos fenômenos linguísticos inerentes ao processo comunicativo, levando em conta variáveis como as regras implícitas à atividade interlocutória, o contexto em que esta se realiza e a intencionalidade dos interlocutores. Sperber e Wilson (1986/2001) atribuem a Grice a primeira caracterização do papel das intenções do falante e do seu reconhecimento por parte do ouvinte para o estabelecimento de uma situação comunicativa. Contudo, os autores afirmam que: “A originalidade maior de Grice não foi a de sugerir que faz parte da comunicação humana o reconhecimento de intenções. Até aqui, tal como já foi apontado, é do senso comum. Foi a de

³² A atribuição de paternidade da Pragmática a Grice não é unânime, apesar de ser a mais aceita. Dascal (2006, p. 657), por exemplo, identifica as origens da pragmática na filosofia analítica e no pragmatismo de Peirce. Em outra oportunidade apresentamos o ponto de vista de Levinson (1983), o qual atribui o uso moderno do termo ‘pragmática’ ao filósofo Charles Morris. Para mais sobre este debate, ver Vicenzi (2006, p. 62).

sugerir que essa caracterização é suficiente: desde que exista algum modo de reconhecer as intenções da pessoa que comunica, então é possível a comunicação”. (p. 59).

De qualquer forma, é fato inconteste que a perspectiva griceana permitiu um significativo avanço na compreensão da lógica dos enunciados que, a princípio, pareciam inadequados ou mal utilizados (aparentemente desnecessários por romperem uma sequência de tópicos coerentes, por revelarem-se descontextualizados, ambíguos ou obscuros). Para Grice, mesmo estes usos linguísticos que pareciam inadequados possuíam sentido e intencionalidade, ou seja, tinham potencial comunicativo. Pensemos no seguinte exemplo:

[...] a estranheza da elocução [enunciado] ‘Ele veio voluntariamente’ em um contexto no qual não há motivos para suspeitar que o ‘ele’ em questão foi arrastado ou forçado de algum modo a vir, poderia ser explicada pelo seu fracasso em transmitir alguma nova informação; em circunstâncias normais, não há novidade nenhuma em saber que alguém tem controle de suas ações. Nesse sentido, ‘Ele veio voluntariamente’ (dito no contexto mencionado acima) é tão estranho quanto ‘Ele veio usando um chapéu’ (dito em um contexto onde todos os homens usam chapéu) [...] (DASCAL, 2006, p. 526-7).

Com base no ponto de vista griceano, temos condições de supor que o falante tem alguma intenção que o motiva a proferir um enunciado que parece não conter nenhuma informação nova. Ou seja, numa situação como esta, o ouvinte passa a realizar uma série de inferências para tentar encontrar a relevância do que foi dito pelo falante realizando hipóteses como: 1) o falante pode saber de algo que o ouvinte não sabe, como que a pessoa estaria sendo coagida a vir; 2) o falante pode estar sendo irônico; 3) o falante pode estar reafirmando que não houve coação, invalidando qualquer suspeita contrária que venha a ocorrer futuramente; entre outras. Ou seja, frente a um enunciado que parece inadequado, o ouvinte é impelido a lançar mão de outras formas de raciocínio e processos mentais como, por exemplo, questionar se o falante está realizando uma comunicação cooperativa, se ele está violando as regras comunicativas de forma deliberada e assim por diante³³.

Grice formalizou seu ponto de vista sobre o fenômeno da interpretação no artigo intitulado *O significado*³⁴, de 1957. Segundo o autor, um falante [F], ao proferir o enunciado [x], tenciona produzir um efeito [y] no ouvinte de tal forma que este percebe qual foi sua intenção em proferir [x]. “Podemos dizer que ‘A quis dizer NN por meio de x’ é *grosso modo* equivalente a ‘A proferiu x’ com a intenção de induzir a uma crença por meio do reconhecimento desta intenção” (GRICE, 1957, p. 219).

³³ Este processo em grande medida é inconsciente ao próprio interlocutor, pois tais perguntas não são formuladas uma a uma pelo ouvinte, a não ser em situações especiais.

³⁴ Em inglês, *Meaning*. Para mais, ver Grice (1957).

Esta visão implica admitir que um enunciado pode ter diversos significados distintos do sentido semântico da sentença, de acordo com o contexto em que é produzido. Dessa forma, Grice reconhece a centralidade da operação de detecção da intenção do falante realizada pelo ouvinte, operação esta que depende de complexos processos cognitivos do falante³⁵ e do ouvinte. Não só o ouvinte precisa realizar uma série de operações mentais para recuperar a intenção do falante subjacente ao que por ele é dito, mas também o falante lança mão de tais operações para construir os enunciados e tentar, a partir deles, explicitar suas intenções. Nas palavras de Dascal: “Nessa teoria de interações comunicativas, a compreensão é uma questão de inferência daquilo que é dito para o que se quer dizer” (2006, p. 621). Em suma, uma comunicação que conta com processos inferenciais é ‘bem sucedida’ quando o ouvinte infere a intenção do falante a partir de alguma evidência por ele produzida³⁶.

Diferentemente do que observamos no campo semântico tradicional, os princípios descritos por Grice não se aplicam de forma dedutiva e, por consequência, não se mostram adequados para a construção de conclusões de força ‘analítica’, ou seja, conclusões com poder de previsibilidade, tal como no caso de processos dedutivos³⁷. As hipóteses que os interlocutores adotam durante o processo comunicativo (sobre quais seriam as intenções do falante) correspondem a inferências que podem ser canceladas a qualquer momento frente alguma informação que as contradigam ou que as invalidem. Caso contrário, as inferências tendem a ser assumidas pelo ouvinte como verdadeiras. Nas palavras de Dascal:

Embora as sugestões geradas com base nas máximas comunicativas não sejam analíticas, elas são fortes e estáveis o bastante para garantir o sucesso na comunicação. [...] exatamente por não serem analíticas, possuem a flexibilidade necessária para explicar as imprevisíveis e nada bem-comportadas – embora de modo algum não sistemáticas – características da linguagem (2006, p. 536).

Tal como discutimos anteriormente no tópico 1.3., podemos reafirmar que esta ‘flexibilidade’ da linguagem é essencial para que possa se prestar a usos tão diversos e a funções tão variadas. De forma análoga ao que verificamos na história das ciências³⁸, também no estudo da linguagem nos deparamos com um objeto que, se comparado a um círculo, apresenta um centro

³⁵ Para mais sobre o assunto ver o tópico 2.3., no qual abordamos a Teoria da Polidez.

³⁶ Segundo Sperber e Wilson (1986/2001) o “processo de codificação-decodificação é subserviente ao processo inferencial de Grice” (p.62).

³⁷ Abordaremos a diferença entre os processos dedutivos e indutivos no tópico 2.4.3.. Para mais, ver Dascal (2006, p. 535).

³⁸ Verificamos este fenômeno quando realizamos uma comparação entre as ‘ciências duras/exatas’ e as ‘ciências humanas’, ou quando comparamos os diferentes níveis de flexibilidade teórica dos campos linguísticos da sintaxe, da semântica e da pragmática.

mais estável e definido. Ao redor deste núcleo encontram-se sucessivas camadas periféricas que gradativamente mostram-se mais fluidas, flexíveis, pois obedecem a princípios mais abertos e mais facilmente canceláveis³⁹.

Grice revelou uma série de fenômenos de caráter inferencial-abduutivo essenciais e onipresentes no processo comunicativo. Dentre estes fenômenos podemos destacar as ‘implicaturas conversacionais’⁴⁰, as quais correspondem às implicações que o ouvinte pode produzir a partir de um determinado enunciado (implicações que podem ser canceladas). As ‘implicaturas’ correspondem às suposições e conclusões que o ouvinte constrói para compreender determinados enunciados, de forma a preservar a aplicação do princípio cooperativo e das máximas conversacionais. As implicaturas conversacionais diferenciam-se das implicaturas convencionais na medida em que estas podem ser deduzidas logicamente a partir de pistas semânticas. Já as implicaturas conversacionais são inferidas pelo ouvinte a partir do modo como o falante elabora os enunciados e como ele se posiciona frente aos princípios conversacionais (princípio de cooperação e máximas conversacionais). O processo de inferência das implicaturas conversacionais realizado pelo ouvinte só se torna possível quando os interlocutores envolvidos na situação comunicativa partilham tacitamente um pressuposto de cooperação mútua, chamado por Grice de ‘Princípio de Cooperação’. Reyes et al. (2000) o definem da seguinte maneira:

A conversação comporta, normalmente, um esforço por colaborar com nosso interlocutor: os falantes têm em geral algum propósito comum, mais ou menos definido, e tratam de alcançá-lo. O princípio de cooperação é o princípio geral que guia os interlocutores na conversação, e que vale também para outros comportamentos (2000, p. 36).

Para que a comunicação seja possível, é necessário que os interlocutores realizem algum esforço cooperativo que os permitam eleger uma direção mutua para a conversação. “Poderíamos então formular um princípio geral rudimentar que se esperasse [...] ser observado pelos participantes, nomeadamente: Faz a tua contribuição conversacional, tal como é requerida, na fase em que ocorre, seguindo a finalidade aceite ou a direcção de troca conversacional em que estás a tomar parte” (GRICE, 1975, p. 45).

O Princípio de Cooperação possibilita aos interlocutores envolvidos no processo da comunicação uma diminuição de esforço, pois oferece uma base comum para a produção das hipóteses interpretativas daquilo que é comunicado pelo falante. Esta base comum é constituída por

³⁹ Esta metáfora do círculo é semelhante a do ‘Modelo da Cebola’, utilizada por Dascal (2006, p. 176, 326), para referir-se às diferentes camadas de significados de uma elocução ou enunciado.

⁴⁰ Para mais, ver Grice (1975).

certas regras e pressupostos presentes na comunicação como, por exemplo, a tendência do ouvinte supor que o falante normalmente assume uma postura cooperativa e que ele tem uma intenção informativa. Estas e outras suposições implícitas à atividade comunicativa foram nomeadas por Grice como ‘máximas conversacionais’. Mesmo quando o falante parece estar mentindo ou quando parece não estar cooperando com o ouvinte, este tende a buscar motivos ou intenções que levam o falante a se expressar desta forma. Ou seja, nestes casos:

Uma inadequação ostensiva (como a de uma elocução [enunciado] que é ostensivamente irrelevante ao assunto em questão, ou a de uma pergunta que não é seguida de uma resposta e, sim, por outra pergunta) pode desencadear um processo de busca por uma interpretação alternativa da elocução [enunciado] (como uma ‘implicatura conversacional’), que demonstre como, apesar das aparências em contrário, a elocução [enunciado] de fato satisfaz à exigência conversacional (DASCAL, 2006, p. 648).

Ou seja, os princípios conversacionais não equivalem a regras que devem ser obedecidas integralmente pelos interlocutores, mas a suposições que são automaticamente assumidas por eles. Por serem canceláveis, tais suposições são abandonadas ou deixadas em suspenso na medida quando o ouvinte encontra dificuldades em compreender o que o falante comunica somente levando em consideração o seu intuito ‘cooperativo’.

São quatro as máximas conversacionais griceanas: ‘máxima de quantidade’, ‘máxima de qualidade’, ‘máxima de relação ou relevância’ e ‘máxima de modo ou maneira’:

Máxima de quantidade:

- 1-Que sua contribuição seja tão informativa quanto requer o propósito da conversação.
- 2-Que sua contribuição não seja mais informativa do que o que é requerido.

Máxima de qualidade: que sua contribuição seja verdadeira.

- 1-Não diga nada que creia ser falso.
- 2-Não diga nada de cuja verdade não tenha provas.

Máxima de relação: seja relevante [‘diga o que vem ao caso’].

Máxima de modo: seja claro.

- 1-Evite a obscuridade de expressão.
- 2-Evite a ambiguidade.
- 3-Seja breve (evite a prolixidade desnecessária).
- 4-Seja ordenado” (REYES et al., 2000, p. 36-7).

Cada máxima enuncia certos princípios de comportamento praticamente imprescindíveis ao processo comunicativo. Mesmo considerando as inúmeras situações em que são violadas, são estas

máximas que possibilitam a utilização das ‘implicaturas conversacionais’, as quais, por sua vez, permitem aos falantes entenderem o significado de enunciados que veiculam mais informações que seu significado estritamente semântico (significado da sentença). Em resumo, para Grice, ao estabelecer um processo comunicativo, o ouvinte supõe que o falante está falando apenas o necessário (nem mais e nem menos) a respeito do que pretende dizer, que está sendo sincero, que está falando algo relevante e que está sendo claro e ordenado. O falante, por sua vez, supõe que o ouvinte escuta o que é dito partindo do pressuposto de que o que o falante diz é sincero, relevante, claro, ordenado, e assim por diante. O ouvinte deixa de lado tais suposições na medida em que o falante fornece indícios de que está violando as máximas, pois este tipo de dado faz com que haja uma modificação do modo de se atribuir significado àquilo que é comunicado pelo falante⁴¹.

O ouvinte tende a eliminar as interpretações potenciais do enunciado proferido pelo falante que não obedecem às máximas conversacionais. Quando o ouvinte encontra uma interpretação satisfatória e compatível com as máximas, sua tendência é concluir o processo interpretativo, pelo menos até que surjam evidências contrárias à sua interpretação. Porém, nos casos em que não consegue estabelecer nenhuma interpretação tomando por base as máximas conversacionais, o ouvinte deflagra um processo inferencial (extremamente comum e frequente nas situações comunicativas) que tem como objetivo encontrar outro significado a partir do que lhe foi comunicado. Para tanto, o ouvinte passa a utilizar-se de outras operações cognitivas como a análise ampliada do contexto, a procura de possíveis intenções do falante que o motivaram a romper com os princípios de cooperação, a suposição de que o falante visa algum efeito cômico, hostil, entre outros possibilitados pelo uso indireto da linguagem.

Apresentados os fundamentos da teoria pragmática de Grice, a qual serviu de paradigma teórico para as teorias pragmáticas posteriores, vejamos como é o ponto de vista austiniano sobre a performatividade da linguagem e sua dimensão de ‘ato’.

2.2. AUSTIN E O ASPECTO PERFORMATIVO DA LINGUAGEM

Em consonância à nossa proposta de retomar as teorias pragmáticas da linguagem que abordam aspectos mais próximos àqueles que nos propomos a tratar nesta tese, não poderíamos deixar de abordar a obra de Austin, filósofo da linguagem, considerado como um dos principais representantes da escola de Oxford. A Escola de Oxford foi responsável por uma intensa produção intelectual no campo da filosofia analítica, a qual teve forte influência nos debates das humanidades

⁴¹ Para mais sobre o modo como o falante e o ouvinte lançam mão de tais suposições e como as suspendem, ver Vicenzi (2006, p. 65).

clássicas. Esta proposta surgiu como uma via alternativa à filosofia produzida em Cambridge, a qual propunha uma abordagem da linguagem a partir de um ponto de vista influenciado por estudos em matemática e outras ‘ciências naturais’.

A pretensão de Austin era a de resolver ou, pelo menos, esclarecer alguns tipos de problemas filosóficos a partir do exame da linguagem utilizada na formulação dos mesmos. Ao focar a linguagem sob uma perspectiva ordinária e não formal, Austin percebeu determinados fenômenos que até então não vinham sendo reconhecidos pelo paradigma dominante na época, o positivismo lógico. Como consequência, Austin estabeleceu as bases para uma nova forma de abordagem da linguagem, das suas funções e seu alcance, o que possibilitou avanços nos campos da pragmática da linguagem e da filosofia analítica.

Austin, tal como Grice e o segundo Wittgenstein⁴², propôs uma abordagem da linguagem a partir de seu viés ordinário, ou seja, a partir de seus usos concretos, em oposição aos modelos teóricos linguísticos que buscavam inspiração nas ciências exatas. Ao estudar a linguagem em uso, Austin identificou inúmeras propriedades linguísticas até então não abordadas pelos estudos filosóficos e semânticos tradicionais. Sua perspectiva aproxima-se da pragmática da linguagem por também reconhecer que os usos da linguagem não são adequados apenas para descrever fatos ou situações, mas para promover efeitos nos interlocutores tal como atos não verbais.

Antes de apresentarmos os principais argumentos e conceitos austinianos, consideramos importante distinguir os dois momentos da sua produção. No primeiro, Austin estabeleceu uma diferenciação explícita entre enunciados ‘constativos’ e ‘performativos’. No segundo, o autor diluiu gradativamente esta oposição na medida em que percebeu que um potencial performativo também nos enunciados constativos.

Devemos a Austin a distinção entre enunciados puramente comunicativos, que têm como função constatar estados de coisas (enunciados constativos), e enunciados que em si mesmo realizam ações (enunciados performativos). O reconhecimento deste segundo tipo de enunciados implicou na caracterização de uma faixa de fenômenos até então inexplorada pelos estudiosos da linguagem. Tornou-se então possível compreender que a linguagem pode servir para “[...] criar e para anular obrigações, para influenciar os pensamentos e as ações dos outros, e de um modo mais geral, para criar novos estados de coisas e novos relacionamentos sociais.”⁴³ (SPERBER e WILSON, 1986/2001, p. 357-8). Os enunciados com potencial performativo são aqueles que têm o

⁴² A designação ‘segundo Wittgenstein’ refere-se à segunda grande fase de produção intelectual do autor. A primeira delas refere-se às idéias apresentadas no *Tractatus Logico-Philosophicus*; a segunda fase, por sua vez, demarca a mudança de paradigma do autor, pois propõe um exame da linguagem ordinária e de seus usos. A obra mais significativa desta fase chama-se *Philosophische Untersuchungen (Investigações Filosóficas)*, publicada em 1953.

⁴³ Para mais ver Bach e Harnish (1979) e Katz (1977).

mesmo estatuto e função de um ato não verbal. Nas palavras de Austin, as enunciações performativas “[...] não ‘descrevem’ nem ‘relatam’ ou constatarem algo, elas não são ‘verdadeiras’ ou ‘falsas’; e a enunciação da sentença é a execução de uma ação, ou uma parte dessa execução, que, novamente, não deveria ser descrita como, ou somente como, dizendo algo” (AUSTIN, 1975, p. 5).

São exemplos de enunciações performativas: ‘eu te agradeço’, ‘eu te condeno’, ‘prometo que amanhã eu faço isso’, ‘declaro-os marido e mulher’ e ‘te peço perdão’. O traço comum a estes enunciados é o de que todos encerram em si um tipo de ação. Como consequência, um enunciado performativo não pode ser avaliado como ‘verdadeiro’ ou ‘falso’, mas como ‘bem sucedido’ ou ‘mal sucedido’. Para que um enunciado seja ‘bem sucedido’, não basta que ele seja proferido, mas que ele o seja num contexto em que adquire potencial performativo. Ou seja, um enunciado como ‘eu te batizo’ só pode ser considerado bem sucedido quando é proferido por uma pessoa reconhecida e habilitada socialmente para realizar o ato do batismo, num dos contextos possíveis de se ocorrer um batismo (por exemplo, num local adequado para se realizar um batismo tal como numa igreja, num templo, num rio). Um enunciado performativo é ‘mal sucedido’ quando não promove efeitos, seja porque as condições básicas para a sua efetividade não se apresentam (contexto inadequado, falante inabilitado), seja porque o falante age de modo contraditório àquilo que comunica verbalmente (por exemplo, quando o falante diz que perdoa seu interlocutor, porém continua agindo como se não o tivesse perdoado).

Contudo, Austin percebeu gradativamente que a distinção entre enunciados constativos e performativos não era tão clara como se supunha, pois, mesmo os enunciados constativos revelavam algum potencial performativo, podendo assim ser também considerados como ‘atos de fala’. Mais do que só ‘dizer’ sobre o mundo, os enunciados constativos também realizam ações no mundo. Ottoni (1998) aborda esta questão ao observar que:

Esta visão produz [...] uma virada brutal na questão da referência; ou seja, *verdade e falsidade* são conceitos que não terão mais um papel relevante nem prioritário para Austin. A partir deste momento podemos falar de uma visão performativa, na qual o sujeito não pode se desvincular de seu objeto fala e, conseqüentemente, não é possível analisar este objeto fala desvinculado do sujeito (s/ p.).

Ou seja, Austin percebeu que os enunciados até então classificados como constativos também precisavam ser produzidos por um sujeito falante que assume uma posição ao falar. Ou seja, além de descrever determinado estado de coisas, ao proferir um enunciado, o sujeito demonstra mais ou menos explicitamente que tem uma intenção subjacente à enunciação e conseqüentemente assume uma determinada posição frente àquilo que diz. De acordo com este

ponto de vista em que não mais é possível traçar uma distinção rígida entre enunciados constativos e performativos, Austin (1975) propôs em sua 8ª conferência as noções de ‘ato locucionário’, ‘ato ilocucionário’ e ‘ato perlocucionário’. Segundo o autor, todo ato de fala comporta estes três tipos de atos, cada um relativo a um aspecto particular do processo comunicativo.

O ‘ato locucionário’, também chamado por Austin de ‘ato fático’, refere-se aos fatores concretos envolvidos na produção do enunciado como os sons que o compõe, a entonação, a articulação entre a sintaxe e a semântica, a predicação, entre outros. O ‘ato locucionário’ ocorre no nível fonológico-sintático-semântico e é condição para que possa ocorrer o fenômeno da comunicação entre interlocutores. O ‘ato ilocucionário’ refere-se aos efeitos gerados pelo ‘ato locucionário’ que ultrapassam o nível exclusivamente informativo ou comunicativo da enunciação. Tais atos são estudados pela pragmática da linguagem, tendo em vista que só podem ser identificados ao se levar em conta, além da significação própria dos enunciados, o contexto em que são proferidos, quem são os interlocutores envolvidos na situação comunicativa, entre outros dados não verbais. Como forma de ilustrar um ato ilocucionário, imaginemos o seguinte diálogo:

- (1) ‘Você vai assistir ao jogo?’
- (2) ‘Eu não gosto de esportes.’

O interlocutor que proferiu (1), mesmo não tendo sua pergunta respondida de forma direta, tem condições de concluir que o interlocutor que proferiu (2) não vai assistir ao jogo. Tal conclusão não ocorre exclusivamente a partir de operações dedutivas de pensamento aplicadas sobre a forma lógica da sentença ‘Eu não gosto de esportes’, mas depende de um processo inferencial mais complexo que leva em consideração fatores que ultrapassam o nível de análise semântica. De acordo com os conceitos propostos por Austin, podemos afirmar que o interlocutor de (2) realiza um ‘ato locutório’ em que afirma não gostar de esportes, mas também realiza um ‘ato ilocucionário’ na medida em que seu enunciado também tem um potencial de responder à pergunta do interlocutor (1).

Por fim, o ‘ato perlocucionário’ refere-se ao efeito potencial de um enunciado sob a perspectiva do ouvinte, ou seja, é o efeito ou influência sentida pelo ouvinte frente a um enunciado proferido pelo falante. A diferença entre o ato ilocucionário e o perlocucionário corresponde à distinção entre o efeito que o falante pretendia causar no ouvinte e o efeito que seu enunciado realmente gerou nele.

Austin adota um paradigma pragmático ao afirmar que “A verdade ou falsidade de uma afirmação não depende só da significação das palavras, mas de qual ato se está executando em quais

circunstâncias (AUSTIN, 1975, p. 145). Esta perspectiva é semelhante à adotada pelos demais autores da pragmática da linguagem, os quais destacam invariavelmente o papel do contexto no processo de interpretação de enunciados.

Em relação ao nosso objetivo de compreender as especificidades do uso da linguagem no contexto da clínica psicanalítica, encontramos na abordagem austiniana uma possibilidade de fundamentar o ponto de vista de que a linguagem pode ser utilizada como um instrumento que promove efeitos terapêuticos. O reconhecimento do potencial performativo dos atos de fala por parte de Austin prova que o estudo da linguagem pode ultrapassar as fronteiras tradicionais da linguística (a qual enfoca as questões sintáticas, fonéticas, fonológicas e semânticas) e propor uma compreensão mais ampla do fenômeno da comunicação. É de nosso interesse notar que o conceito de ‘ato de fala’ não se refere apenas a enunciados proferidos por um falante. Isto porque o ‘silêncio’, apesar de não ser reconhecido como um enunciado, também tem potencial performativo, dependendo do contexto em que se apresenta e dos interlocutores envolvidos na situação comunicativa. Sob uma perspectiva psicanalítica podemos afirmar que um silêncio ‘bem colocado’ tem efeitos significativos na dinâmica do tratamento.

Dependendo do contexto em que são proferidos, os enunciados assumem funções que extrapolam a veiculação de um significado, a constatação de estados de coisa ou a transmissão de informações, e que podem chegar a interferir no modo como os interlocutores estabelecem relação entre si. Sobre esta questão, Ottoni (1998) afirma que:

O “eu” aparece nas reflexões austinianas como uma “entidade extralinguística”, isto é, um sujeito que pode empiricamente casar, batizar um navio, etc., realizando um ato de fala, mas somente se for o sujeito adequado para isto; o ato em si, de fala, não é ele sozinho suficiente para realizar esta ação (s/p).

Este “eu”, que só a partir de meados do último século passou a ser objeto das reflexões linguísticas, é o “eu” que realiza o ‘ato de fala’. Ele pode ser localizado no pronome “eu” que ocupa a posição de sujeito do enunciado ou pode estar oculto, nos casos em que ocupa o lugar sintático do objeto, na forma da voz passiva, entre outros. A pessoa falante revela sua atitude de acordo com o que fala e de acordo com a maneira como fala, pois o que ela comunica possui uma força locucionária, uma força ilocucionária e uma força perlocucionária.

Pensemos numa ilustração. Um enunciado como ‘Eu te condeno à morte’ pode ser proferido por qualquer sujeito. O significado que o enunciado virá a adquirir depende de ‘quem’ o proferiu e do contexto em que foi produzido. Ou seja, se este enunciado é proferido por um juiz americano,

num tribunal de um estado da federação em que a pena de morte é legalizada, o seu potencial performativo será alto, bem como o seu ‘grau de felicidade’. Um ato de fala é avaliado como ‘bem sucedido’ ou ‘mal sucedido’ de acordo com seu potencial de realização. No caso deste exemplo, é grande a probabilidade do réu ser executado em decorrência do ato de fala proferido pelo juiz.

Mesmo quando o sujeito que produz o enunciado não se apresenta explicitamente através do pronome ‘eu’, como nas construções indiretas, na forma passiva, no imperativo, entre outras, temos condições de localizá-lo. Pensemos nos seguintes exemplos:

- (1) ‘Faça aquilo que foi combinado.’
- (2) ‘Esta cidade é ruim para morar.’
- (3) ‘Ele não me respeita.’

Em (1) temos um enunciado na forma imperativa, aparentemente sem um ‘eu’. Porém, se pensarmos nas implicações da posição austiniana de que todo enunciado tem implicitamente um sujeito, um ‘eu’, podemos afirmar que existe também em (1) um ‘eu’ implícito tal como: (1’) ‘Eu estou ordenando que você faça o que foi combinado’. Desta forma conseguimos observar uma série de efeitos potencialmente implícitos ao enunciado (1), sempre a depender de quem o pronuncia e do contexto em que o faz. No caso do enunciado (2) também podemos reescrevê-lo como (2’): ‘Eu penso que esta cidade é ruim para morar’ ou (2’’) ‘Para mim, esta cidade é ruim de morar’. No caso (3), também temos condições de encontrar o ‘eu’ subjacente ao enunciado. Para isso, temos que tirar o foco do sujeito gramatical ‘ele’ e reconstruir o enunciado de uma forma semelhante a (3’) ‘Eu afirmo que ele não me respeita’⁴⁴.

O ponto de vista austiniano de que todo enunciado tem um sujeito, mesmo que implícito, pode auxiliar o psicanalista no processo de escuta clínica. Isto porque uma direção importante do tratamento é analisar o modo como o paciente se coloca e como se implica frente ao discurso que produz. Porém, podemos dizer que a psicanálise propõe um passo adicional à interpretação pragmática ao lançar os seguintes questionamentos frente a (3): ‘Como você está procedendo para que ele não te respeite?’, ‘Qual é a sua parte nisto que você reclama?’. Questões como estas abrem novas possibilidades para o paciente compreender suas queixas e qual é o seu papel no surgimento e manutenção das mesmas. O ‘eu’, até então objetivado, tal como um elemento que apenas sofre os efeitos de uma ação, é convocado a assumir o lugar do sujeito do enunciado e a reconhecer-se como

⁴⁴ Podemos neste ponto fazer uma referência à noção de ‘verbos de atitudes proposicionais’ discutidos por Bertrand Russell como ‘pensar’, ‘saber’, ‘ver’, ‘desejar’, ‘temer’, ‘achar’, ‘ver’, entre outros. Segundo Thá (2001), tais verbos “expressam alguma atitude que uma pessoa pode ter com respeito a uma posição” (p. 80). Para mais, ver Thá (2001, p. 110-20 e 2007, p. 100-4).

ativo frente ao que diz. O interesse de aproximarmos psicanálise e linguística se justifica na medida em que, a partir de uma análise dos componentes linguísticos (enunciados, estrutura gramatical, tempo verbal, o uso de advérbios, posição do agente, entre outros) que compõem o discurso do paciente, temos condições perceber qual é a sua posição subjetiva num nível mais amplo que o nível dos enunciados.

Austin nos oferece um ponto de partida para a compreensão dos fatores que interferem no potencial performativo de um enunciado (falante habilitado, contexto adequado)⁴⁵. Porém, devemos reconhecer que sua teoria não é suficiente para explicar certos efeitos performativos desencadeados no contexto do tratamento psicanalítico, em especial, os efeitos terapêuticos derivados dos usos que paciente e psicanalista fazem da linguagem. A seguir apresentaremos a Teoria da Polidez de Brown e Levinson (1987), teoria esta que assume como objetivo caracterizar as principais estratégias utilizadas pelos falantes em situações comunicativas. Devido ao grande escopo desta teoria pragmática, focaremos os aspectos que interessam diretamente aos nossos objetivos nesta tese, quais sejam, as estratégias de polidez e os fatores que interferem no modo como o falante produz enunciados e como os torna manifestos ao ouvinte.

2.3. TEORIA DA POLIDEZ

Inúmeros fenômenos demonstram que uso da linguagem se presta a variadas funções além da informativa estrito termo. Dentre eles podemos observar o grande número de elementos que funcionam como ‘acessórios’ nos enunciados produzidos pelos falantes, considerando que estes não são imprescindíveis para o ouvinte em sua tarefa de atribuir significado ao que lhe é comunicado. Um exemplo pode ser encontrado na diferença entre duas formas de um falante se dirigir a um mesmo interlocutor. Suponha-se que o falante seja um funcionário que precisa sair mais cedo do trabalho, e, para tanto, precisa conversar com seu superior:

(1) ‘Querido chefinho! Como vai sua família? Tudo bem? Sabe o que que é... preciso sair mais cedo hoje, mais ou menos 16:00h, porque tenho consulta médica. Tem algum problema?’

(2) ‘Preciso sair mais cedo hoje, em torno de 16:00h.’

Ambos enunciados remetem a um significado semântico comum, qual seja, um funcionário pedindo ao seu chefe dispensa do trabalho. Porém, um enunciado difere significativamente do outro tanto sob aspectos sintáticos, semânticos e pragmáticos. Em (1) notamos um preâmbulo em que o

⁴⁵ Retomaremos esta questão nos capítulos 3 e 5 desta tese.

funcionário demonstra interesse sobre a vida particular de seu superior, o qual funciona como uma espécie de atenuador do pedido de dispensa. Seu modo reticente de dirigir-se ao chefe bem como a maneira como justifica seu pedido são elementos significativos no enunciado, mesmo não interferindo no seu conteúdo informativo central, a saber, o pedido de dispensa. Já o modo de construção do enunciado (2) difere do primeiro, o que pode ser observado em seu estilo conciso e na ausência de ‘acessórios’ que pretendem atenuá-lo. O pedido é feito de forma direta, sem rodeios, o que sugere que a relação de poder entre falante (funcionário) e ouvinte (chefe) não é tão desproporcional como em (1).

Brown e Levinson (1987) notaram que em ambas as situações podemos verificar um tipo de racionalidade no modo de se utilizar a linguagem. Há uma intencionalidade e uma função implícita nos diferentes modos de uso da linguagem, tanto quando há quebras visíveis das máximas griceanas⁴⁶ como quando o falante as obedece integralmente. Os enunciados utilizados em situações comunicativas concretas geralmente não são integralmente compatíveis com o princípio cooperativo de Grice, ou seja, não obedecem as máximas conversacionais (qualidade, quantidade, maneira e relevância) de forma completa. Ao invés de ser algo desprovido de valor ou de atrapalhar o fenômeno comunicativo, a não obediência das máximas conversacionais no processo de construção dos enunciados possibilita a introdução de um segundo nível de significados, o qual vem se somar ao significado semântico da sentença. Ou seja, o uso ou o não uso de elementos ‘acessórios’ na produção de enunciados por parte do falante permite ao ouvinte compreender uma série de variáveis não verbais igualmente importantes para o processo de interpretação como, por exemplo, a posição social que o falante supõe ser a do ouvinte, a reafirmação de lugares e funções sociais, hierarquia, poder, distanciamento, entre outros.

O aumento do escopo da Teoria da Polidez⁴⁷ em relação às teorias semânticas tradicionais motivaram Brown e Levinson (1987, p. 55) a considerá-la como um ramo dos estudos em sociolinguística interacional. Para os autores, a Teoria da Polidez é concebida para funcionar como uma ferramenta de aplicação sociológica que proporciona a elucidação de princípios implícitos ao uso cotidiano da linguagem, pois, além de ser essencial ao processo de troca de informações semânticas, a formulação dos enunciados revela um uso ‘estratégico’ da linguagem. Os falantes se utilizam de uma variedade de estratégias linguísticas para alcançarem os efeitos desejados frente aos ouvintes, os quais, por sua vez, percebem o uso estratégico da linguagem realizado pelo falante

⁴⁶ Suposição padrão dos falantes de que seu interlocutor sempre tenderá a ser direto, verdadeiro, que irá falar apenas o necessário, que será relevante entre outras possibilidades.

⁴⁷ *Politeness*, no inglês. Este termo não deve ser confundido com o significado usual de polidez (educação, fineza, cortesia), pois é utilizado pelos autores como forma de denotar as diferentes formas possíveis de interação entre falantes.

e o consideram como dado importante na realização da interpretação. O uso de ‘acessórios’ por parte do falante geralmente tem como objetivo suavizar o potencial agressivo implícito aos enunciados, promovendo assim uma relação mais cooperativa entre os interlocutores⁴⁸. Contudo, há casos em que o falante utiliza determinadas estratégias conversacionais que aumentam o potencial agressivo de seus atos de fala, como é o caso de certos usos da *estratégia de polidez 1* (baldly).

Um exemplo é o do uso da forma imperativa em situações comunicativas. Sendo os sujeitos (a) e (b) desconhecidos, por mais que (a) deseje apenas ter o recipiente do sal em mãos, não irá proferir para (b) algo como ‘passe o sal’ ou ‘me dá o sal’, mas um enunciado como ‘por favor, o senhor poderia me passar o sal?’ ou ‘você pode me passar o sal?’. Todos estes os enunciados visam um mesmo objetivo, contudo, nos dois últimos notamos uma suavização do potencial agressivo em contraposição aos dois primeiros. Segundo Brown e Levinson (1987), tais modificações realizadas nos enunciados são resultados de um uso estratégico e racional da linguagem por parte do falante, o qual visa atingir objetivos específicos frente ao ouvinte. A proposta central da Teoria da Polidez é descrever e analisar as diferentes formas de estratégias utilizadas pelos falantes no processo de produção de enunciados e compreender como estas estratégias alcançam seus efeitos nas situações de interação comunicativa. Vejamos a seguir quais são os conceitos principais desta teoria.

2.3.1 Conceitos fundamentais da Teoria da Polidez

Por ser uma teoria que se propõe a explicar as diferentes estratégias de utilização da linguagem, um primeiro conceito fundamental da Teoria da Polidez é o de ‘pessoa-modelo’ (MP)⁴⁹, ou seja, a concepção de homem falante/ouvinte pressuposta pela teoria. Trata-se de um falante/ouvinte ideal, fluente em sua língua, adulto, membro de uma sociedade e dotado de duas propriedades cognitivas especiais: ‘racionalidade’ e ‘face’. A racionalidade é entendida como a disponibilidade de um modo preciso de raciocínio, o qual acessa os meios necessários para alcançar um fim desejado⁵⁰. Dito de outro modo, o falante elege intencionalmente uma direção, uma sequência de passos, para realizar determinados objetivos. Além da racionalidade, Brown e Levinson (1987) partem do pressuposto de que o falante é dotado de desejos de ‘faces’⁵¹ que,

⁴⁸ Para mais, ver o tópico 2.3.2..

⁴⁹ No original *model person*. Trata-se de um conceito ideal para ‘pessoa’, o que implica a recusa de certos ‘pessoas-modelo’ como crianças, pessoas com déficits, transtornos psicológicos ou mentais, entre outros. Este tipo de pressuposto tem como desvantagem diminuir o alcance da teoria, porém promove o aumento do seu poder explicativo frente aos fenômenos que se propõe a elucidar.

⁵⁰ Segundo Brown e Levinson (1987), o conceito de racionalidade adotado na Teoria da Polidez é proveniente da definição aristotélica de ‘raciocínio prático’. Para mais, ver Brown e Levinson (1987, p. 87-94).

⁵¹ Os autores explicitam que o termo ‘face’ foi emprestado de Goffman (1967) e escolhido de acordo com os usos do termo em situações como ‘perder a cara’ (*losing face*), que no inglês popular refere-se a situações de embaraço e

grosso modo, são equivalentes a duas vontades básicas do ser humano: 1) não ser impedido na realização de suas vontades (desejo da ‘face negativa’) e 2) ser aceito como participante de um grupo social (desejo de ‘face positiva’). O conceito de ‘face’ refere-se à imagem pública que cada um deseja para si. A face pode ser perdida, preservada ou valorizada nas situações de interação comunicativa. Pressupõe-se como universal nesta teoria que os falantes são dotados de faces, porém, cada cultura elege seus critérios para a determinação do que seja uma imagem socialmente aceita ou rejeitada.

Os desejos da face negativa correspondem ao anseio de liberdade de ação, de impor e realizar as vontades próprias. Também podem ser identificadas como desejos da face negativa a necessidade de território (simbólico), reservas pessoais e exigência de direitos. Por sua vez, os desejos da face positiva referem-se à vontade de que a auto-imagem seja apreciada e aprovada pelos outros membros do grupo social. Dessa forma, a pessoa sente-se segura e forte por ser aceita como parte integrante de um grupo composto por membros que têm interesses comuns aos seus. Em suma, os desejos da face negativa estão relacionados com a pretensão que as ações realizadas pelo indivíduo não sejam impedidas pelas outras pessoas. No caso dos desejos da face positiva, estes correspondem à vontade de ser aceito, de ser reconhecido como parte integrante de um grupo social.

Nas situações comunicativas, o falante enfrenta um embate entre querer preservar suas faces e/ou pretender preservar as faces do ouvinte. Isto porque é praticamente inevitável que os enunciados gerem algum tipo de agressão às faces do ouvinte e/ou às do próprio falante. A função principal das estratégias de polidez é a de oferecer aos interlocutores ferramentas que modifiquem o poder agressivo dos enunciados. De acordo com o pressuposto da racionalidade, o falante não considera apenas os fins comunicativos ao proferir os enunciados, mas também os fins relativos às faces, elegendo os meios mais adequados (as estratégias mais adequadas) para alcançar estes fins. Para Brown e Levinson (1987), o falante sempre utiliza sua racionalidade para escolher a estratégia que, com menos esforço e menos risco, consiga alcançar seus objetivos comunicativos. É importante notar que não são todos os casos em que o falante tem a intenção de diminuir o poder agressivo dos enunciados. São exemplos situações em que o falante quer deliberadamente agredir o ouvinte, reafirmar diferença de hierarquia, desconsideração ou mesmo situações de emergência (pedidos de socorro), entre outros.

Todos, falantes e ouvintes, são dotados de face positiva e face negativa além de serem agentes racionais. Além disso, as pessoas pressupõem que seus interlocutores também são dotados de face. É esta pressuposição que motiva o falante a diminuir ou aumentar o potencial agressivo de

humilhação. No português também são usadas expressões com sentido semelhante como ‘ficou com a cara no chão’, ‘levou/tomou na cara’, entre outras.

um ato/enunciado, o 'FTA' (*face threatening acts*)⁵². Os FTA's que agridem a face negativa são aqueles que limitam a liberdade de escolha e o espaço do interlocutor ou do próprio falante, pois implicam impedimentos e/ou restrições. Já os FTA's que agridem a face positiva promovem a exclusão, desaprovação ou a não aceitação do ouvinte ou do falante de um determinado grupo social.

O falante dispõe de várias estratégias para agredir a face negativa do ouvinte. Uma situação destas ocorre, por exemplo, quando o falante imprime uma pressão no ouvinte ao predizer algo que este fará no futuro, ao dirigir-lhe ordens, ao fazer-lhe solicitações, sugestões, dar conselhos, lembretes, ao ameaçá-lo, adverti-lo, desafiá-lo, entre outros. Imaginemos uma situação em que uma mãe profere o seguinte enunciado ao filho que não fez a lição de casa: 'Depois que você fizer a sua lição nós iremos passear'. Indiretamente a mãe agride a face negativa do filho ao restringir sua liberdade – pois a mãe condiciona o passeio à realização da lição. Porém, o nível de agressão é minimizado se comparado com um enunciado imperativo como: 'estou mandando você fazer agora sua lição'.

Já os atos que agridem a face positiva do ouvinte vão desde insinuações de que seus pontos de vista não são compartilhados pelos demais até agressões, desconsiderações de seus sentimentos, avaliações reprovadoras, ridicularizações, acusações, insultos, expressão de indiferença, demonstrações violentas de emoções, irreverência, interrupção da fala do interlocutor, desatenção, menção de tópicos tabus que buscam embaraçar o ouvinte, enfim, atos que indicam que o falante não se preocupa com as opiniões do ouvinte.

Além de distinguir os dois tipos de faces (positivas e negativas), Brown e Levinson (1987) destacam a existência de duas perspectivas de análise do ato comunicativo: a do falante e a do ouvinte. Assim, ao proferir um enunciado, o falante pode agredir ou proteger cada uma das faces do ouvinte ao mesmo tempo em que pode proteger ou agredir cada uma de suas próprias faces.

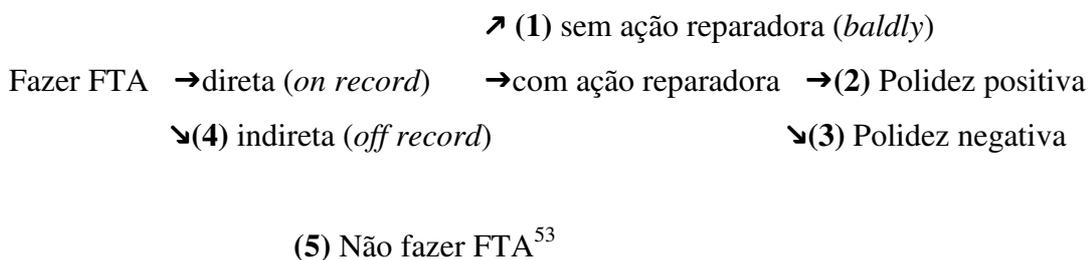
Entende-se por atos agressivos à face negativa do próprio falante atos como o expressar agradecimentos (o que frequentemente incorre de certa forma num débito do falante frente ao ouvinte), pedidos de desculpas, aceitar ofertas ou fazer ofertas ou promessas não sinceramente desejadas pelo falante, entre outras. A agressão à face negativa do falante se dá quando este produz enunciados que restringem sua própria liberdade ou seu 'território'. Agressões à face positiva do falante também podem ocorrer nas situações em que o falante age contrariamente ao seu desejo de ser respeitado e aceito pelo grupo. Este é o caso de pedidos de desculpas, auto-humilhações, confissões, admissões de culpa ou responsabilidade, descontroles corporais, entre outros.

⁵² 'Atos que agridem a face'. Tradução nossa.

Existe uma grande variedade de estratégias de polidez, sejam elas com potencial maior ou menor de agressão às faces do ouvinte ou do falante. Vejamos na sequência quais são as principais estratégias utilizadas verificadas nas situações comunicativas.

2.3.2. As estratégias de polidez

Brown e Levinson (1987) identificaram cinco grupos de estratégias de polidez disponíveis para a escolha do falante com a função de aumentar ou diminuir o risco de agressão das faces do ouvinte e das suas próprias faces. Estes grupos de estratégias de polidez se subdividem em inúmeras estratégias específicas. Existe uma forma de gradação entre efetuar um FTA (ato de agressão à face) sem ação reparadora – o que implica o risco máximo de agressão à face –, fazer um FTA com ação reparadora – ato com potencial agressivo reduzido – e não fazer FTA (risco zero). Vejamos o esquema proposto pelos autores:



Um dos méritos da Teoria da Polidez foi o de demonstrar que o processo de interpretação realizado comumente pelos interlocutores depende em grande medida de variáveis que ultrapassam o nível semântico estrito da sentença. Ao produzir e interpretar enunciados, os falantes/ouvintes contam com o conhecimento das estratégias de polidez e dos usos ‘estratégicos’ da linguagem. Se isso não fosse verdade, um ouvinte não conseguiria identificar quando o falante está sendo indireto, quando está fazendo ‘rodeios’, quando está sendo exageradamente respeitoso, irônico ou quando tem a intenção de agredi-lo⁵⁴.

Além de interpretar o significado da sentença, seu ‘valor de verdade’, o ouvinte se pergunta consciente ou inconscientemente sobre quais são as intenções do falante subjacentes aos enunciados

⁵³ Inspirado no esquema original de Brown e Levinson (1987, p. 69).

⁵⁴ Podemos dizer que quando o falante não consegue perceber tais características ou quando as percebe em desacordo com as intenções do falante ocorrem os *mal entendidos* ou *desentendimentos*. Para mais sobre o tema, ver Dascal (2006, p. 314-41).

por ele comunicados ('o que o falante está querendo dizer?', 'o que o falante pretende ao se dirigir a mim dessa forma?'). O ouvinte tende, em situações concretas, a se perguntar sobre o porquê do falante se portar de forma excessivamente educada e respeitosa, sobre o porquê do falante utilizar-se de subterfúgios, entre outros. Este processo ocorre comumente de forma automática e inconsciente, tal como os processos de produção da fala ou de interpretação semântica, tendo em vista a complexidade dos mesmos. São várias as situações em que o ouvinte percebe que a intenção do falante não é apenas transmitir uma informação, mas reafirmar seu poder, propor uma relação de maior proximidade e intimidade com o ouvinte, conservar uma boa auto-imagem após ter cometido algum erro grave, entre outros.

As estratégias de polidez têm um caráter semelhante às máximas griceanas, pois, são parâmetros implícitos à conversação, e não regras prescritivas. Falante e ouvinte supõem de partida que o que é falado é relevante, verdadeiro, suficiente e supõem que a maneira como se fala revela intenções agressivas, neutras ou amistosas. Isto não quer dizer que todas as interlocuções contarão com enunciados verdadeiros, relevantes, e claros. Também é tarefa do ouvinte tentar compreender as intenções do falante quando este se mostra irrelevante, mentiroso, obscuro, dúbio, não cooperativo, agressivo, desrespeitoso, entre outras características que se afastam dos princípios cooperativos.

Por abordar uma série de aspectos sociológicos, envolvidos no processo comunicativo como a relação de poder entre os interlocutores, distanciamento, marcação de posição social, aceitação, rejeição, e por reconhecer e descrever adequadamente os usos estratégicos da linguagem, poderíamos adotar a Teoria da Polidez como paradigma de análise dos usos da linguagem realizados pelo paciente e pelo analista no contexto da clínica psicanalítica. Em outra oportunidade⁵⁵ já realizamos um trabalho neste sentido ao propormos uma análise pragmática do artigo de Freud (1909/1969) *Notas sobre um caso de neurose obsessiva*, também conhecido como o "O homem dos ratos". Tivemos êxito em identificar os tipos de estratégias de polidez mais frequentemente utilizadas por Freud durante o tratamento do paciente e em elucidamos algumas variáveis subjacentes ao modelo de interpretação utilizado por Freud no tratamento de seu paciente. Porém, frente às finalidades do presente trabalho, não encontramos na Teoria da Polidez subsídios adequados para compreender as particularidades do modelo de atribuição de significado utilizado pelo psicanalista no contexto da clínica psicanalítica. Para realizar esta tarefa, entendemos que a nossa análise deve privilegiar a perspectiva do ouvinte, e não a do falante que produz enunciados. A Teoria da Polidez propõe um exame acurado dos fatores que são levados em consideração pelo

⁵⁵ Vicenzi (2006).

falante em sua atividade de produção de enunciados (em especial, as estratégias de polidez), porém não nos fornece subsídios para uma análise mais profunda dos elementos envolvidos no processo de interpretação realizado pelo ouvinte.

Por ser uma teoria pragmática adequada para a compreensão dos fenômenos relativos ao ouvinte e ao modo como este interpreta os enunciados proferidos pelos falantes, a seguir apresentaremos a Teoria da Relevância de Sperber e Wilson (1986/2001), a qual fundamentará a análise dos dados do estudo de campo com psicanalistas (apresentado na segunda parte da tese). Esta teoria assume alguns dos pressupostos griceanos, porém diferencia-se deste ponto de vista ao reconhecer que a máxima da relevância⁵⁶ tem um alcance maior que as demais máximas conversacionais, a ponto de sobrepor-se a estas. Em suma, frente aos nossos objetivos, a Teoria da Relevância apresenta pelo menos duas grandes vantagens frente às demais teorias pragmáticas: 1) enfoca o trabalho interpretativo realizado pelo ouvinte no contexto comunicativo e 2) propõe uma abordagem ‘psicológica’ dos processos envolvidos na atividade de interpretação do ouvinte ao recorrer a resultados de estudos e pesquisas realizados nas últimas décadas nos campos das ciências cognitivas⁵⁷ e da psicologia. Sobre este segundo ponto, podemos dizer que uma abordagem pragmática que destaca os fatores psicológicos envolvidos no processo comunicativo, ao invés de focar as variáveis sociológicas – tal como é a proposta da Teoria da Polidez –, a nós se mostra mais interessante, dado o caráter interdisciplinar do nosso problema de pesquisa.

2.4. TEORIA DA RELEVÂNCIA

Neste tópico apresentaremos e discutiremos as principais noções da Teoria da Relevância (TR) de Sperber e Wilson (1986/2001). Inicialmente realizaremos um retorno ao contexto de origem desta teoria, suas compatibilidades e divergências com a teoria pragmática griceana e com a concepção semiótica clássica. Examinaremos algumas noções importadas pelos autores das ciências cognitivas e, mais especificamente, da psicologia cognitivista que influenciam o modo como são definidos os conceitos de ‘relevância’, ‘contexto cognitivo’ e ‘inferência’, os quais serão apresentados na sequência. Por fim, abordaremos algumas questões preliminares sobre o fenômeno comunicativo sob a perspectiva da TR em comparação com a perspectiva psicanalítica.

⁵⁶ A máxima da relevância encontra-se descrita no tópico 2.1., juntamente com as outras três máximas griceanas.

⁵⁷ Recomendamos ao leitor um cuidado especial para não confundir o que chamamos atualmente de ‘Ciências Cognitivas’ com as correntes psicológicas cognitivista e cognitivista-comportamental, pois, enquanto aquelas sobrepõem um campo de pesquisa, estas equivalem a métodos psicoterapêuticos derivados em grande parte dos conhecimentos provenientes das ciências cognitivas. Para mais, ver Thá (2007) e Bucci (1997). Também julgamos extremamente válidas as iniciativas recentes de aproximar as disciplinas da psicanálise com as ciências cognitivas e as neurociências, tal como propõe Kaplan-Solms e Solms (2000).

2.4.1. Contextualizando a Teoria da Relevância

Ao elaborar a TR, Sperber e Wilson (1986/2001) assumiram como objetivo principal apresentar um modelo explicativo geral da comunicação humana. Para tanto, a TR propõe um exame profundo das questões psicológicas envolvidas no processo de comunicação humana, em especial, das operações e processos cognitivos realizados pelo ouvinte durante a interpretação de enunciados proferidos pelo falante. Segundo a definição dos próprios autores:

A teoria da relevância é uma nova abordagem da pragmática que tenta dar resposta não só às questões filosóficas que se relacionam com a natureza da comunicação, mas também às questões psicológicas que dizem respeito ao modo como o processo da interpretação se desenrola na mente do ouvinte (SPERBER e WILSON, 1986/2001, p. 7).

Para que a comunicação seja exitosa, tanto o falante quanto o ouvinte realizam um grande número de processos mentais dedutivos, indutivos e abdutivos. Para identificar quais são e como funcionam estes processos, os autores adotam como ponto de partida a noção de ‘relevância’, a qual é definida por dois princípios gerais: “o Princípio Cognitivo *de que a cognição humana tende a dirigir-se para a maximização da relevância; e o Princípio Comunicativo de que as elocuições criam expectativas de relevância*” (SPERBER e WILSON, 1986/2001, p. 11). Baseados em noções originárias do ramo da psicologia cognitiva, área de estudo dos processos cognitivos humanos relacionados à incorporação de informações, e em pressupostos da pragmática griceana, Sperber e Wilson (1986/2001), ao elaborar a TR, formularam uma teoria pragmática da linguagem que privilegia os aspectos psicológicos inerentes à atividade comunicativa.

O nome ‘Teoria da Relevância’ deve-se ao seu argumento central de que a máxima griceana da relevância rege o processo comunicativo. Sperber e Wilson (1986/2001) utilizam a noção de ‘relevância’, não claramente definida por Grice, sob uma perspectiva cognitiva, tal como uma característica intrínseca aos processos mentais envolvidos no fenômeno comunicativo. Os autores reconhecem a importância da teoria griceana, porém apontam para uma série de dúvidas que não foram adequadamente respondidas pelo autor como, por exemplo, se as quatro máximas conversacionais elaboradas por ele seriam suficientes para explicar o fenômeno comunicativo e se tais máximas poderiam ser consideradas como universais ou específicas em cada cultura. Outra crítica dirigida à teoria de Grice é a de que os interlocutores praticamente não utilizam formas

conscientes de raciocínio durante o processo de interpretação de elocuições vulgares, tal como afirmava o autor⁵⁸.

Baseando-se em dados provenientes de pesquisas em psicologia cognitiva⁵⁹, Sperber e Wilson (1986/2001) colocaram em questão a visão griceana dos processos inferenciais como conscientes e passaram a reconhecê-los como processos espontâneos, inconscientes e automáticos. “A pragmática inferencial de Grice não se coaduna bem com as abordagens modulares da psicologia: ela não sugere qualquer processo prático através do qual o significado da pessoa falante possa ser encontrado automática e inconscientemente” (SPERBER e WILSON, 1986/2001, p. 10). A TR também não adota o pressuposto griceano de que, para uma comunicação ser bem sucedida, é necessário que seja cooperativa, ou seja, que o falante precisa ser compreendido pelo ouvinte e o ouvinte compreender o falante.

Segundo Sperber e Wilson, o princípio de relevância, eleito por eles como o princípio que engloba os demais, não pode nem ser adotado, nem rejeitado pelos interlocutores. Ao invés de ser considerada apenas como uma dentre as quatro máximas conversacionais, a máxima da relevância funciona para a TR como uma “generalização sem exceções acerca da comunicação; [que] os falantes não precisam [conhecê-la] para comunicarem, e não poderiam violá-la mesmo que tentassem” (1986/2001, p. 14). Ou seja, a máxima da relevância não pode ser violada pelos interlocutores, pois, quaisquer que sejam os enunciados ou as intenções do falante e do ouvinte, a atribuição de maior ou menor relevância ocorre automaticamente e de forma independente.

O lugar que é dado ao conceito de ‘relevância’ na teoria griceana é radicalmente diferente do que é dado na TR, pois, naquela não encontramos um desenvolvimento da noção de máxima de relevância, enquanto que nesta o princípio de relevância é tido como fundamental para a realização da atividade de comunicação. Como consequência, na perspectiva da TR as demais máximas conversacionais griceanas (máximas de qualidade, quantidade, modo) são apenas consideradas como ‘submáximas’ da máxima de relevância.

Sperber e Wilson (1986/2001) apontam para uma indefinição do conceito de relevância deixada por Grice ao observarem que:

⁵⁸ Para Grice, a compreensão comunicativa ocorre a partir de um processo de raciocínio discursivo e consciente, de tal forma a supor que um ouvinte, frente a um enunciado que parece desobedecer às máximas conversacionais, tende a pensar que ‘o ouvinte deve estar rompendo tais máximas porque quer que eu atribua ao enunciado por ele proferido um significado específico e diferente do que o sugerido pela interpretação direta do enunciado’. Para mais, ver Sperber e Wilson (1986/2001, p. 10).

⁵⁹ Em especial, ver a teoria da ‘mente modular’ de Fodor (1983).

Grice deixou a máxima de Relação (‘ser relevante’) relativamente mal desenvolvida, e reconheceu que a sua formulação dessa máxima escondia uma série de problemas que ele achava serem “excessivamente difíceis”. Os seus sucessores têm geralmente evitado esses problemas. [...] (p. 10).

Diferentemente da postura griceana e de seus sucessores, Sperber e Wilson (1986/2001) propõem o desenvolvimento da noção de ‘relevância’ ao defenderem a tese de que um ato comunicativo, ao ser produzido, transmite por si só a suposição de que é relevante; caso contrário, nem seria produzido⁶⁰. Ou seja, ao se deparar com um enunciado, independentemente da interpretação que dele possa realizar, o ouvinte tem condições de saber que tal enunciado tem algum tipo de relevância e que foi proferido segundo certas intenções do falante (mesmo que num primeiro momento não consiga saber quais são estas intenções). Um ato comunicativo, também chamado de ato de ostensão, equivale a um estímulo que torna explícita a intenção do falante comunicar ou informar algo. Mesmo o ouvinte não tendo dados suficientes para compreender o que o falante pretende comunicar, ele tem condições de perceber que o falante tem a intenção de comunicar algo. “A pessoa que comunica produz um estímulo que torna mutuamente manifesto à pessoa que comunica e aos receptores que a pessoa que comunica tenciona, por meio desse estímulo, tornar manifesto ou mais manifesto aos receptores um conjunto de suposições {I}” (SPERBER e WILSON, 1986/2001, p. 238).

O modelo inferencial de comunicação difere do modelo de comunicação semiótico ou codificado, pois, este último não reconhece e não aborda os processos cognitivos realizados pelo falante e pelo ouvinte que ocorrem independentemente dos componentes linguísticos (sons, palavras, sentenças, sinais, código). O processo inferencial, ou seja, a atividade do ouvinte inferir o significado pretendido pelo falante, extrapola a interpretação semiótica, apesar de utilizá-la num primeiro momento – pois a atividade realizada pelo ouvinte de inferir a intenção do falante também depende dos elementos linguísticos descritos pela teoria semiótica da linguagem⁶¹. Ou seja, mesmo propondo um modelo que enfoca os aspectos inferenciais do fenômeno comunicativo, Sperber e Wilson (1986/2001) reconhecem que a TR adquire um potencial explicativo maior quando associada a uma teoria semiótica, pois, os componentes linguísticos têm papel fundamental nos processos de produção e interpretação de enunciados.

⁶⁰ Segundo Sperber e Wilson (1986/2001): “um acto de ostensão transmite em si próprio uma garantia de relevância e de que este facto – a que chamaremos o *princípio da relevância* – torna manifesta a intenção que se encontra por trás da ostensão. Cremos ser este princípio da relevância necessário para tornar explicativo o modelo inferencial da comunicação” (p. 95).

⁶¹ No entanto, os dois modos de comunicação são utilizados de maneiras fundamentalmente diferentes: a comunicação inferencial ostensiva pode ser utilizada independentemente, Para mais, ver Sperber e Wilson (1986/2001, p. 112).

Para que uma interlocução obtenha as características de uma comunicação, é imprescindível que o falante e o ouvinte assumam implicitamente valores como veracidade, valor informativo e inteligibilidade, os quais guiam a tarefa do falante em escolher os enunciados a serem proferidos e auxiliam o ouvinte a selecionar o tipo de informação a ser esperada. “Na comunicação verbal, o ouvinte é geralmente levado a aceitar uma suposição como verdadeira ou provavelmente verdadeira com base numa garantia dada pela pessoa falante. Parte da tarefa do ouvinte é procurar descobrir quais são as suposições que a pessoa falante está a garantir como verdadeiras” (SPERBER e WILSON, 1986/2001, p. 180). Nos casos em que o falante e o ouvinte assumem estes valores, o ouvinte tem condições de selecionar uma interpretação dentre um conjunto menor de possibilidades, em comparação com o grande número de significados linguísticos potenciais dos enunciados. Consequentemente, o processo de compreensão torna-se facilitado.

Neste sentido, o papel do falante no processo de comunicação inferencial ostensiva é o de elaborar enunciados que contenham evidências suficientes para o ouvinte inferir suas intenções. Ao produzir um enunciado, o falante invariavelmente pretende criar algum tipo de efeito no ouvinte. Dependendo do efeito pretendido, o falante adota uma estratégia comunicativa que exige um mínimo esforço de processamento do ouvinte e que seja suficiente para que este experimente o efeito visado.

Já a tarefa do ouvinte abarca uma série de subtarefas de decodificação e inferência. Inicialmente ele precisa atribuir à elocução uma única forma proposicional, eliminando possíveis ambiguidades semânticas ou gramaticais. Em seguida, realiza uma série de processos mentais que têm como ponto de origem a comparação entre a forma proposicional explicitada pelo falante e os demais *inputs* não verbais disponíveis no contexto da comunicação. No contexto da TR, estes processos mentais são reconhecidos como ‘inferências’.

Apesar de ser reconhecida como uma teoria pragmática da linguagem, a TR apresenta inúmeras particularidades se comparada às teorias pragmáticas por nós apresentadas nos tópicos anteriores, principalmente em decorrência da ênfase que confere ao funcionamento mental e seu papel na atividade comunicativa humana. Sendo assim, vejamos a seguir como a TR absorveu alguns conceitos e pressupostos das ciências cognitivas.

2.4.2. Os fundamentos cognitivos da Teoria da Relevância

Para Sperber e Wilson (1986/2001) a TR não assume como objetivo principal definir o que é a comunicação humana, e sim identificar quais são e como funcionam os mecanismos cognitivos inerentes à atividade da comunicação humana. Nas palavras dos autores: “O nosso propósito é o de

fazer a identificação dos mecanismos subjacentes, enraizados na psicologia humana, que explicam como os seres humanos comunicam uns com os outros” (1986/2001, p. 70). Para levar a cabo esta tarefa, Sperber e Wilson recorrem à teoria cognitiva de Fodor (1983) como forma de estabelecer as bases psicológicas da TR. Partem da noção de que a mente humana é composta por inúmeros sistemas especializados que funcionam de acordo com formas específicas de representação e de computação. Existem dois tipos gerais de sistemas: os sistemas de entrada (*input*), que processam dados linguísticos, visuais, e outros provenientes dos demais órgãos dos sentidos, e os sistemas centrais, os quais integram as informações perceptuais com dados de memória ao mesmo tempo em que são responsáveis pela realização das inferências.

Como comentamos acima, a TR fundamenta o seu ponto de vista de que o processo de compreensão ocorre quase que exclusivamente de forma inconsciente e automática nos resultados de pesquisas provenientes do campo das ciências cognitivas⁶². O ser humano tem ciência somente de uma pequena parcela dos seus processos mentais⁶³, enquanto que a grande maioria deles não chega a ser percebida conscientemente pelo indivíduo devido às limitações da própria atividade da consciência. Escrever, falar, dirigir ou tocar um instrumento musical são exemplos típicos de atividades essencialmente inconscientes. Enquanto dirige, o indivíduo não consegue ter consciência de todos os atos que executa e não tem condições de planejá-los um a um. Nas situações em que o motorista precisa pensar nos procedimentos a serem tomados como, por exemplo, o momento adequado para trocar as marchas, a força necessária para mover o câmbio, a pressão necessária para acelerar o carro, é comum que ele se atrapalhe e não consiga realizar tais atividades de modo satisfatório. O mesmo se dá com a atividade da fala. Ao falar, o indivíduo ativa diversos mecanismos cognitivos que não chegam à sua percepção consciente como, por exemplo, o processo de ordenação das palavras, entonação, respiração e expressão facial. O mesmo ocorre quando uma pessoa toca um instrumento, pois ela só o consegue se não tentar pensar conscientemente na posição que seus dedos devem ocupar, na intensidade dos movimentos que devem ser realizados no instrumento, entre outros, sob pena de atrapalhar-se na sua execução. Os três exemplos por nós evocados equivalem a atividades que só podem ser realizadas com êxito após um período inicial de treinamento e ‘automatização’ pois, por serem significativamente complexas, não podem ser processadas conscientemente pelo indivíduo no momento em que as realiza.

⁶² Ver Fodor (1983) e a concepção da ‘mente modular’.

⁶³ Este argumento não é recente na história da filosofia e da psicologia. Porém é inegável que, a partir de uma série de experimentos e testes realizados no campo das ciências cognitivas, principalmente a partir da segunda metade do século XX, a noção de inconsciente tornou-se incontestável. Também é importante mencionarmos que esta noção, tal como é definida pelas ciências cognitivas, difere do conceito de ‘inconsciente freudiano’ – o qual é produto do processo de repressão de um subconjunto de pensamentos.

Cientistas cognitivistas como Lakoff e Johnson (1999), Fauconnier e Turner (2003) e Kosslyn e Koenig (1995) exploraram em grande medida a noção de ‘inconsciente cognitivo’, a qual está ligada a todos os tipos de processamento mental realizados sem a percepção consciente do indivíduo. Podemos notar que o fenômeno da comunicação ocorre em sua maior parte através de processamentos mentais inconscientes, o que se justifica pela complexidade desta atividade. Numa conversação, tanto o falante quanto o ouvinte não têm consciência de todas as operações cognitivas por eles realizadas ao elaborar e interpretar os enunciados (identificação de sons, palavras, componentes linguísticos, sentenças, contexto, intenção dos falantes, prosódia, expressão corporal).

Outra influência decisiva proveniente das ciências cognitivas ao ponto de vista da TR pode ser identificada no modo como Sperber e Wilson (1986/2001) criticam as noções de ‘conhecimento mútuo’ e de ‘informação compartilhada’, amplamente utilizadas por teorias semânticas e pragmáticas que adotam implicitamente a idéia de um contexto ‘objetivo’, dado e igualmente acessível ao falante e ao ouvinte. Segundo a TR, o processo comunicativo não é objetivo, mas ocorre a partir de processos de representação mental. O ser humano deriva e constrói informações sobre o mundo físico de forma contínua, formando assim um conjunto de representações mentais. Devido às diferentes experiências que cada pessoa vive, à língua que fala, e às diferentes capacidades cognitivas próprias a cada um, a representação de mundo não é a mesma para duas pessoas. Também a capacidade perceptual e inferencial é particularizada, o que, em última instância, invalida a concepção de contexto comum ou compartilhado⁶⁴. “Nem que todos partilhassem o mesmo estreito ambiente físico, aquilo a que propomos chamar os seus *ambientes cognitivos* seria mesmo assim diferente” (SPERBER e WILSON, 1986/2001, p. 79).

A noção de ‘ambiente cognitivo’ corresponde à parcela do ambiente físico que pode ser reconhecida através das capacidades cognitivas da pessoa, ou, dito de outro modo, equivale a um conjunto de suposições representáveis pelo indivíduo como verdadeiras. Para Blackmore (1992, p. 22 *apud* SOUZA, 2005, 89), o ambiente cognitivo de um indivíduo equivale a “todos os fatos que um indivíduo é capaz de representar em sua mente e de aceitá-las como verdade ou prováveis verdades. A fonte desta informação pode ser a percepção (visão, audição, etc.) memória, ou inferência, que pode fazer uso das informações das outras duas fontes”. Segundo esta perspectiva, a comunicação não se realiza de acordo com o conhecimento mútuo ou com as informações compartilhadas pelos interlocutores, mas através de suposições que estes constituem enquanto partilham de um mesmo ambiente cognitivo – um ‘ambiente cognitivo mútuo’. Um ambiente cognitivo mútuo é criado quando duas ou mais pessoas estão expostas a um mesmo conjunto de

⁶⁴ Apresentaremos a noção de ‘contexto’ própria da TR logo adiante, no tópico 2.4.4..

suposições que são a elas manifestas. Uma suposição manifesta ou um fato manifesto é aquele que tem a propriedade de ser perceptível ou de ser inferido pelo indivíduo. Dependendo do momento em que se apresenta no ambiente físico e das capacidades cognitivas do indivíduo, um fato poderá ser considerado mais ou menos manifesto.

As suposições factuais correspondem às representações que o indivíduo faz dos diversos ambientes por ele experienciados. Existem quatro maneiras possíveis para se incorporar novas suposições factuais ao conjunto de suposições já existentes, também chamado de ‘armazém de suposições factuais’: 1) pela percepção, quando são atribuídos significados aos estímulos sensoriais; 2) pela decodificação linguística, quando é atribuída uma forma lógica a um *input* de ordem linguística; 3) pela construção de ‘suposições ou esquemas de suposição, quando o indivíduo complementa seus esquemas de suposições a partir dos dados que são por ele gradativamente incorporados e 4) via processo dedutivo, a partir do qual o indivíduo consegue derivar dedutivamente suposições dos esquemas de suposições que já dispõe. O objetivo da aquisição de novas suposições factuais é o aperfeiçoamento constante e o aumento da fidedignidade do modelo de representação de mundo utilizado pelo indivíduo. A modificação e o aperfeiçoamento deste modelo são realizados de forma ininterrupta durante a vida do indivíduo.

Contudo, frente à suposição de que o indivíduo modifica ininterruptamente seu modelo de representação do mundo contrapõem-se algumas experiências descritas pela literatura psicanalítica. É o caso, por exemplo, quando se expõe a um paciente neurótico a determinados dados de realidade e este não consegue reconhecê-los como verdadeiros, mesmo dispondo de todas as evidências que os comprovem. A verificação de tais situações foi fundamental para Freud poder diferenciar dois tipos de ‘saber’ presentes na vida mental dos indivíduos. Trataremos desta questão com maior profundidade no próximo capítulo (tópico 3.7.). Por hora, vejamos com maior detalhamento qual é o alcance do conceito de ‘relevância’ no contexto da TR.

2.4.3. O princípio de Relevância

O argumento central da TR é o de que existe um princípio conversacional que se encontra subjacente a qualquer situação comunicativa: o princípio da relevância. Este princípio aplica-se sem exceção a todo ato comunicativo, tal como em outras formas de *inputs* (entrada de dados, estímulos), como é o caso do processamento de pensamentos, memórias, ações, sons, imagens, cheiros, entre outros, sem que para isso seja necessária qualquer interferência voluntária dos interlocutores. Frente à infinidade de *inputs* disponíveis, o indivíduo seleciona aqueles que valem a

pena ser processados de acordo com os efeitos cognitivos e com os esforços necessários para a atividade de processamento.

Afirmar que o princípio de relevância é onipresente nas situações comunicativas implica afirmar que o ouvinte busca automaticamente algum tipo de relevância até mesmo em enunciados que a princípio pareçam irrelevantes. Isto porque, numa situação espontânea, “O comunicador, num ato ostensivo e intencional, deseja que o interlocutor obtenha uma informação e reconheça tal intenção como comunicativa, modificando ou ampliando seus conhecimentos” (SILVEIRA e IBAÑOS, 2002, p. 353). Ou seja, um ato comunicativo transmite em si mesmo uma garantia de relevância, o que por sua vez torna manifesta a intenção do falante ao realizar este ato.

Num exemplo limite, mesmo quando o falante tenta não ser relevante, ele o é, pois, também há um tipo de relevância no fato de um falante ‘não querer ser relevante’ frente a um ouvinte. Descartadas as possibilidades de interpretar o ato comunicativo como relevante dentro de suas expectativas imediatas, o ouvinte interpreta a postura do falante de ‘não querer ser relevante’ como um dado contextual que irá somar-se aos demais no processo de interpretação. O desejo do falante de mostrar-se como alguém que não quer ser relevante impele o ouvinte a lançar questões como: ‘Qual é a intenção do falante ao querer proferir enunciados que não parecem relevantes?’, ‘O que ele quer dizer com isso?’ ou ‘Por que o falante está demonstrando que quer romper o princípio de relevância?’⁶⁵. Não se deve esquecer que estas são perguntas tipicamente ‘pragmáticas’, pois, a semântica dedica seu interesse apenas ao significado de uma sentença, sem acolher como variáveis o falante e ouvinte. A pragmática, por sua vez, as acolhe em seu escopo e propõe não uma análise em primeiro grau (‘qual é o significado desta sentença?’), mas de segundo grau (‘o que o falante quis dizer com isso que disse?’). Nos capítulos 3 e 5 argumentaremos que a psicanálise propõe seus questionamentos numa terceira ordem ao lançar perguntas como ‘o que ele quer dizer ao revelar sua intenção implícita ao enunciado por ele proferido?’. Isto porque o modelo de interpretação psicanalítico supõe a existência de motivações no indivíduo que não são por ele conhecidas, e que ultrapassam o nível da intencionalidade.

A busca da relevância empreendida pelo ouvinte, ao deparar-se com determinados enunciados, está intimamente ligada com processos como ‘estreitamento’ e ‘alargamento/ampliação’ do significado literal da sentença. Tais processos ocorrem automaticamente nos casos em que o ouvinte não satisfaz sua expectativa de encontrar a relevância do(s) enunciado(s) proferido(s) pelo falante. O processo de ‘estreitamento’ refere-se à operação realizada pelo ouvinte de conferir à palavra ou enunciado um significado mais estrito do que

⁶⁵ Tal como afirmamos há pouco, tais perguntas geralmente não chegam a ser formuladas de forma consciente, uma a uma, mas são automaticamente aplicadas nas situações comunicativas.

aqueles que lhes são potenciais. Sperber e Wilson (1986/2001) propõem o seguinte exemplo: “No Natal, a ave estava deliciosa” (p. 14), em que o significado de ‘ave’ restringe-se aos significados de ‘peru’, ‘chester’ ou outras aves que são tradicionalmente servidas numa ceia de natal, excluindo-se assim todas as outras espécies de aves. Já o processo de ‘alargamento/ampliação’ obedece à lógica inversa: uma palavra ou enunciado adquire o potencial de remeter a inúmeras significações, extrapolando assim o escopo semântico original da sentença. É o caso do exemplo “Meu bairro é chato” (idem, p. 15), no qual a palavra ‘chato’ não tende a ser interpretada literalmente na medida em que é tem o seu significado ‘alargado/ampliado’ pelo ouvinte que sempre está a procura da relevância implícita ao enunciado.

Segundo a TR, tanto o estreitamento como o alargamento/ampliação dos significados não ocorrem ao acaso, mas segundo ordens de acessibilidade determinadas de acordo com o esforço cognitivo exigido para a atividade de interpretação. Quanto menor o esforço cognitivo necessário, maior a probabilidade do ouvinte se satisfazer com o significado hipotético (estreitamento). Contudo, quando o significado mais acessível não o satisfaz, a tendência é que ele recorra a novas hipóteses (alargamento/ampliação).

Na visão de Sperber e Wilson (1986/2001), uma das principais características do ser humano é a de ter capacidade de processar informações de forma eficiente. “A eficiência só pode ser definida em relação a uma meta” (p. 89), que tanto pode ser absoluta – quando se realiza integralmente –, quanto pode ser relativa – quando o objetivo é alcançar o melhor nível a um custo ou gasto de energia que valha a pena. O objetivo do ser humano é realizar o processamento das informações de maneira mais eficiente possível, seja de forma consciente ou inconsciente. Sobre a questão do carácter inconsciente do processamento cognitivo inerente à atividade comunicativa, Sperber e Wilson (1986/2001) afirmam que:

Todos os seres humanos têm automaticamente como objectivo adquirir o mais eficiente processamento possível de informações. Isso é assim quer tenham consciência disso quer não; de facto, os próprios interesses conscientes diversificados e oscilantes dos indivíduos resultam da perseguição desse objectivo permanente dentro das condições em transformação. Por outras palavras, a meta cognitiva especial de um indivíduo, num dado momento é sempre uma instância de uma meta mais geral: a maximização da relevância da informação processada (p. 93).

Isto implica que a avaliação da relevância dos estímulos ocorre fundamentalmente num nível inconsciente.

O ser humano procura maximizar a relevância das informações processadas, colocando-as em relação com o armazém de suposições factuais preexistentes. Dessa forma, novos efeitos

cognitivos são gerados e o seu modelo de representação de mundo experimenta sucessivos aprimoramentos. Nas palavras dos autores:

A relevância de uma nova informação irá ser avaliada em termos do melhoramento que ela traz à representação do mundo de um indivíduo. Uma representação do mundo é composta por um armazém de suposições factuais que se encontram dentro de uma organização interna qualquer (SPERBER e WILSON, 1986/2001, p. 168).

O grau de relevância de uma informação é determinado em função de sua fidedignidade com o suposto ‘mundo objetivo’, em função do seu poder explicativo a respeito deste e do esforço de processamento que exige do ouvinte para ser incorporada ao seu armazém de suposições factuais. Mesmo com todos os problemas de ordem filosófica acarretados pela noção de ‘realidade’, não podemos deixar de reconhecer que ela é assumida implícita ou explicitamente pelos interlocutores nas situações comunicativas ordinárias.

Basicamente, o indivíduo tem três possibilidades quando confrontado com novas suposições (informações): ou tais suposições fortalecem as já existentes (quando são compatíveis entre si); ou as novas suposições são descartadas por terem menor poder explicativo que as anteriores; ou as suposições recentes tomam o lugar das anteriores (quando são incompatíveis entre si e quando as suposições recentes apresentam maior potencial explicativo com um menor esforço de processamento em comparação com as antigas).

O indivíduo lança mão de processos cognitivos dedutivos, indutivos e abduativos para realizar estas três formas de processamento de informações. Via processo dedutivo, o indivíduo elimina a coexistência de suposições contraditórias no ‘armazém de suposições factuais’. “O mecanismo dedutivo tem o poder não só de ler e de anotar as suposições dentro da sua memória, mas também de as apagar.” (SPERBER e WILSON, 1986/2001, p. 182). Uma suposição é apagada quando se mostra mais fraca ou com menor poder explicativo frente às demais, ou quando apresenta um mesmo potencial explicativo, porém exige um esforço de processamento maior que as suposições preexistentes. Quando uma suposição é eliminada, as suposições que ela acarreta via relações analíticas e sintéticas também são eliminadas, pois estas se tornam automaticamente falsas ou têm seu potencial explicativo reduzido de forma drástica. “[...] esse processo é aplicado recorrentemente até que nada mais se possa apagar. Quando tal processo é possível, a contradição é eliminada pela raiz, e o processo dedutivo pode continuar.” (SPERBER e WILSON, 1986/2001, p. 183).

Quanto mais desencadeia novos processos inferenciais e quanto mais modifica o conjunto de suposições preexistentes no armazém de suposições factuais do indivíduo, mais pode ser considerada ‘relevante’ a nova informação. O grau de relevância da informação é diretamente proporcional à sua capacidade de desencadear novos processos cognitivos que auxiliem o indivíduo a aprimorar sua forma de representação do mundo. Este processo de aprimoramento é capital para o indivíduo, tendo em vista que o mesmo toma suas decisões baseando-se em seu modelo de representação de mundo, ou seja, tomando por base as suposições que para ele são as mais fortes e mais confiáveis.

Em contrapartida, existem três casos em que as suposições não são consideradas relevantes: 1) quando a suposição apresentada ao ouvinte equivale a uma informação que não se relaciona com as informações presentes no contexto (exigindo assim um esforço de processamento muito alto); 2) quando a suposição traz uma informação que já está presente ou implícita no contexto (não são gerados novos efeitos cognitivos) e 3) quando a suposição é incompatível com o contexto e não tem força suficiente para invalidar as suposições preexistentes⁶⁶.

Em resumo, existem dois fatores fundamentais para se avaliar a relevância de uma suposição e compará-la com outros *inputs*: o esforço requerido para o processamento e os efeitos cognitivos por ela proporcionados. “Em igualdade de condições, uma suposição com mais efeitos contextuais é mais relevante; e em igualdade de condições, uma suposição que requeira um menor esforço de processamento é mais relevante” (SPERBER e WILSON, 1986/2001, p. 199). Para calcular o esforço de processamento mental de uma suposição, Sperber e Wilson (1986/2001) recorrem a critérios cognitivos e sintáticos. Assim, suposições como ‘Guilherme é filho de Pedro’ e ‘Pedro é filho de Guilherme’ exigem uma mesma parcela de gasto de energia para o processamento, o que se justifica devido à estruturação sintática semelhante das mesmas. Nos casos em que suposições contraditórias possuem mesma força, como no exemplo anterior, o indivíduo recorre a outras formas de resolução da contradição através da procura de mais evidências. Ou seja, quando não é possível rejeitar automaticamente uma das suposições, o indivíduo recorre a outros processos cognitivos que o auxiliem a eleger apenas uma delas⁶⁷, sempre tendo em vista o objetivo último de adquirir um modelo de processamento de informações mais eficiente possível. Independentemente das oscilações dos interesses conscientes do indivíduo, este busca invariavelmente a maximização da relevância da informação processada ao mesmo tempo em que procura a alternativa que lhe

⁶⁶ Os autores reconhecem alguns tipos de situações em que o proferimento de um enunciado que parece não se ligar às informações contextuais pode ser relevante (por exemplo, quando é realizada com o intuito de mudar o assunto da conversação).

⁶⁷ A tarefa de quantificar o esforço cognitivo exigido na tarefa de interpretação de cada suposição dá margem a inúmeros questionamentos de ordem teórica e epistemológica, dada a dificuldade de se eleger critérios seguros para tal avaliação. Os autores da TR admitem esta dificuldade, porém a relegam ao campo da psicologia cognitiva.

permita realizar um menor esforço de processamento e que lhe proporcione um mesmo efeito cognitivo.

Um fator fundamental para se avaliar a relevância das suposições é a discriminação das intenções do falante. Paralelamente ao processo de interpretação do significado das sentenças proferidas pelo falante (nível semântico), o ouvinte realiza inferências sobre as suas intenções, ou seja, sobre o que ele quer dizer ao proferir determinada sentença. Segundo Sperber e Wilson:

A comunicação é bem sucedida não quando os ouvintes reconhecem o significado linguístico [do enunciado], mas quando inferem o ‘significado’ daquilo que a pessoa falante quer dizer com ela. Isso é demonstrado pela seguinte observação facilmente verificável: quando os ouvintes tomam consciência de que a pessoa falante usou mal uma palavra ou de que teve um *lapsus linguae*, geralmente fazem o desconto do significado errado. O significado errado que põem de parte, no entanto, não necessita de estar mal formado ou impossível de decodificar; está “errado” só por apresentar uma prova enganadora das intenções da pessoa falante (1986/2001, p. 56-7).

Este processo só é possível porque os falantes consideram implicitamente uma diferença entre o significado semântico de determinada sentença e o significado pragmático do enunciado ou, dito de outra forma, admitem que o significado do que uma pessoa comunica pode não ser igual ao significado que ela tem a intenção de comunicar. No processo comunicativo, o ouvinte tende a supor como verdadeiras as informações a ele dirigidas pelo falante⁶⁸. O processo de suposição de veracidade que o ouvinte atribui ao falante está diretamente relacionado ao grau de confiança que o ouvinte lhe confere. Porém, tal suposição é abandonada frente a qualquer sinal que aponte para uma divergência entre o que é dito pelo falante e sua intenção. O falante reconhece o objetivo do ouvinte de descobrir suas intenções e pode manejar esta variável de acordo com suas pretensões – o que lhe permite realizar ironias, atos de fala indiretos, efeitos retóricos, entre outros.

Ao dirigir-se ao ouvinte, o falante nada mais faz do que produzir um estímulo que tenha como meta modificar de alguma forma os seus ambientes cognitivos. É a partir deste estímulo que se apresenta no ambiente físico que o ouvinte tem condições de supor uma intenção comunicativa por parte do falante. Quanto mais relevantes forem os estímulos para o ouvinte, maiores serão as modificações em seus ambientes cognitivos. Neste sentido, podemos afirmar que o ouvinte sempre tem como meta maximizar a sua eficiência cognitiva. Para tanto filtra automaticamente os fenômenos segundo o critério de relevância ao dirigir sua atenção a eles.

⁶⁸ Retomaremos esta questão no tópico 3.6.1., ao abordarmos o conceito psicanalítico de ‘transferência’, e no tópico 5.2.5..

Também é fundamental para o estabelecimento de um processo comunicativo que gere efeitos cognitivos significativos nos interlocutores o reconhecimento por parte deles de um código comum e de um ambiente cognitivo mútuo. O código comum possibilita o reconhecimento de estruturas linguísticas necessárias à atividade comunicativa. Já o ambiente cognitivo mútuo é imprescindível para o falante construir enunciados que sejam compreensíveis ao ouvinte. Sperber e Wilson (1986/2001) destacam a importância do papel do falante para o êxito da atividade comunicativa, pois:

É deixada a responsabilidade à pessoa que comunica de fazer as suposições correctas sobre os códigos e as informações contextuais a que o receptor terá acesso e que provavelmente utilizará no processo da compreensão. A responsabilidade de evitar as incompreensões também fica com a pessoa falante, de tal modo que a única coisa que o ouvinte tem a fazer é ir para a frente na utilização de quaisquer que sejam o código e as informações contextuais que mais facilmente estejam ao seu alcance (p. 86).

O parâmetro utilizado automaticamente pelo ouvinte para interpretar os enunciados proferidos pelo falante é o de realizar o menor esforço de processamento suficiente para a obtenção de um efeito contextual relevante. Quanto menos o falante considera previamente este parâmetro, maior é a tendência de produzir enunciados que exijam dispêndio desnecessário de energia por parte do ouvinte – o que implica o aumento da possibilidade de o ato comunicativo falhar ou de gerar neste menos efeitos cognitivos.

Após termos apresentado o ‘princípio de relevância’ segundo o ponto de vista da TR passaremos a seguir para a discussão da noção de ‘contexto’ particular a esta teoria, a qual se diferencia das demais teorias pragmáticas da linguagem.

2.4.4. A noção de ‘contexto cognitivo’

A concepção de ‘contexto’ na TR não é compatível com definições amplamente assumidas por teorias pragmáticas da linguagem⁶⁹, as quais a concebem como um elemento previamente determinado. Influenciados por pressupostos da psicologia cognitiva, Sperber e Wilson (1986/2001, p. 45) definem o contexto como “o conjunto de premissas utilizado [pelo ouvinte] na interpretação de uma elocução”. Dentre estas premissas estão incluídas as suposições antigas que o indivíduo utiliza no momento em que interpreta determinado enunciado, as quais são combinadas com os novos *inputs* disponibilizados pelo falante durante a conversação. “Para cada item das informações novas, poderão ser seleccionados como contexto conjuntos diferentes de suposições que provêm de

⁶⁹ Para mais, ver Brown e Yule (1983, cap. 2), Levinson (1983, cap. 1.4) e Sperber e Wilson (1986/2001, p. 208-9).

fontes diversas (memória de longo prazo, memória de curto prazo, percepção) (SPERBER e WILSON, 1986/2001, p. 215). Dessa forma, a informação nova é combinada com um conjunto de suposições pré-existentes que são reevocadas por associação, as quais formam o ‘contexto’.

A noção ‘mental’ de contexto se justifica a partir da observação de que as pessoas nunca processam uma nova informação de ‘mente vazia’, mas lançam mão das informações imediatamente anteriores e das suposições contidas no armazém de memórias de curto, médio e longo prazo. Inicialmente via processos de dedução e, num segundo momento, pela realização de inferências, o ouvinte deriva as implicações dos enunciados proferidos pelo falante comparando-as com as informações preexistentes em seu armazém de suposições factuais. Ou seja, de acordo com a perspectiva da TR, o conceito de contexto está ligado à construção psicológica que o indivíduo realiza sobre o mundo a partir de suas suposições acerca deste. Dessa forma, há uma diferenciação clara entre ‘estado real do mundo’ e ‘contexto’, tendo em vista que este se refere à construção psicológica particular que cada indivíduo realiza acerca do meio. Ao adotar a perspectiva do contexto, a TR evita uma série de problemas de cunho filosófico implícitos a uma concepção ‘realista’.

O conjunto de suposições que cada indivíduo constrói sobre o mundo difere dos conjuntos de suposições de outras pessoas. Mesmo participando de uma mesma comunidade linguística, partilhando da mesma língua e das mesmas capacidades inferenciais, a construção de suposições sobre as variáveis contextuais não é a mesma entre os indivíduos. Segundo Sperber e Wilson (1986/2001), tal fenômeno pode ser explicado a partir de fatores como história de vida e diferenças de interesses:

As diferenças que existem na história da vida de cada um levam necessariamente a diferenças que existem nas informações memorizadas. Para além disso, tem sido demonstrado repetidamente que duas pessoas a testemunharem o mesmo acontecimento [...] podem construir representações radicalmente diferentes desse acontecimento que se opõem entre si, não só no que se refere às interpretações feitas desse acontecimento, mas também no que se refere às memórias que têm dos factos físicos básicos. Enquanto que as gramáticas neutralizam as diferenças que existem entre as experiências dissemelhantes, a cognição e a memória sobrepõem diferenças mesmo nas experiências comuns. (1986/2001, p. 46)

Segundo este ponto de vista, fatores como cognição e memória fazem com que cada indivíduo construa um contexto cognitivo particular frente uma mesma situação. Ao estabelecer um processo comunicativo, ambos os interlocutores levam em consideração este fato, pois, para que a comunicação tenha êxito, é essencial que o falante identifique pelo menos em linhas gerais qual é o

contexto cognitivo do ouvinte, bem como que o ouvinte suponha qual é o contexto cognitivo do falante no momento da comunicação. Se o falante ou o ouvinte falham nesta tarefa, a tendência é que ocorram equívocos do ponto de vista comunicativo (mal entendidos, desentendimentos).

Segundo a TR, o contexto “é constituído por suposições expressas e implicadas [pelos enunciados] anteriores, mais as entradas enciclopédicas ligadas a qualquer conceito utilizado em quaisquer dessas suposições, mais as entradas enciclopédicas ligadas a qualquer conceito utilizado [no enunciado novo]” (SPERBER e WILSON, 2005, p. 212). Ou seja, o contexto é construído e modificado no próprio momento da interlocução de maneira singular por cada interlocutor. Cada indivíduo elege um contexto dentre os vários possíveis no momento da interlocução. O que conta para a escolha de um contexto é sua relevância, ou seja, o contexto escolhido pelo indivíduo é aquele que tem um potencial explicativo maior e que exige um menor esforço cognitivo. Esta visão contraria o ponto de vista de que o indivíduo interpreta os enunciados a partir de um contexto objetivo e pré-determinado. De acordo com os autores: “[...] as pessoas esperam que a suposição que está a ser processada seja relevante (de outro modo não se preocupariam em a processar), e tentam selecionar um contexto que irá justificar essa esperança: um contexto que irá maximizar a sua relevância” (1986/2001, p. 220-1). Uma suposição considerada relevante para um indivíduo é aquela que, num dado momento, é relevante em um ou mais contextos acessíveis a este indivíduo, sendo que deve ao mesmo tempo implicar um grande número de efeitos contextuais e requerer pequeno esforço para ser processada.

Contudo, é de se esperar que uma informação consiga ativar não apenas um, mas vários contextos diferentes, considerando que um *input* pode relacionar-se com variados conjuntos de memórias (inclusive conjuntos de pensamentos incompatíveis entre si). Sperber e Wilson (1986/2001) abordam esta mesma questão, e mais uma vez recorrem ao princípio da relevância para resolvê-la:

Sugerimos até este momento que a escolha de um contexto para os processos inferenciais em geral, e para a compreensão em especial, é em parte determinada em qualquer dado momento pelos conteúdos da memória do mecanismo dedutivo, pelos conteúdos do armazém das finalidades gerais das memórias de curto prazo, e pelos conteúdos da enciclopédia e pelas informações que podem ser imediatamente tiradas do ambiente físico. Esses factores determinam, não um contexto singular, mas sim um leque de contextos possíveis. O que será que determina a selecção de um contexto especial desse leque? A nossa resposta é que a selecção de um contexto especial é determinada pela procura de relevância (1986/2001, p. 220).

A TR sugere uma compreensão particular sobre a sequência das atividades realizadas pelo ouvinte durante a conversação. Ao contrário da ordem comumente aceita pelas teorias pragmáticas de que primeiro é determinado o contexto, depois realizada a interpretação e, por fim, avaliada a relevância é invertida por Sperber e Wilson (1986/2001): “[primeiro] as pessoas esperam que a suposição que está a ser processada seja relevante (de outro modo não se preocupariam em a processar), e [depois] tentam seleccionar um contexto que irá justificar essa esperança: um contexto que irá maximizar a sua relevância” (p. 220-1).

Voltemos ao exemplo apresentado no tópico 2.2.. Mais do que interpretar sentenças que portam significados fixos e unívocos, o ouvinte identifica as implicaturas geradas pelos enunciados no processo comunicativo. Uma ‘implicatura’ é uma suposição contextual que o falante tem a intenção de tornar clara ao ouvinte, condição para que seu enunciado adquira relevância. O conceito de implicatura contrapõe-se ao de ‘explicatura’, o qual se refere às suposições logicamente dedutíveis de determinado enunciado. O conceito de implicatura auxilia-nos na tarefa de compreender porque a resposta proferida pelo interlocutor 2 pode ser considerada adequada frente a pergunta realizada pelo interlocutor 1.

(*interlocutor 1*): Você torce para que time?

(*interlocutor 2*): Eu não gosto de esportes.

Mesmo não respondendo diretamente à pergunta, o *interlocutor 2* proferiu uma resposta intencionalmente implicada, tendo em vista o contexto em que é produzida. O conteúdo implicado a partir da resposta do *interlocutor 2* está submetido aos mesmos princípios da conversação ‘direta’, o que faz com que o *interlocutor 1* possa inferir com segurança que a resposta do *interlocutor 2* é intencional, verdadeira e relevante. Além de inferir que o *interlocutor 2* não torce para nenhum time, o *interlocutor 1* tem condições de inferir outras informações, porém, com graus de certeza gradativamente menores. É o caso, por exemplo, de se supor que o *interlocutor 2* não gosta de ir a estádios de futebol ou de assistir aos programas televisivos esportivos. Ainda com menos segurança, o *interlocutor 1* poderia supor que o *interlocutor 2* tem um estilo de vida sedentário, que não tem hábitos saudáveis e assim por diante.

O uso de processos cognitivos dedutivos tem como principal função checar a existência de contradições e, no caso de encontrá-las, invalidá-las automaticamente⁷⁰ – considerando que a coexistência de suposições contraditórias na rede de suposições faz com que esta perca seu

⁷⁰ A não ser nos casos em que uma suposição nova mostra-se mais relevante que o conjunto de suposições já estabelecido pois, neste caso, a suposição antiga é eliminada.

potencial explicativo. Contudo, este é apenas o primeiro passo do processo interpretativo, segundo a perspectiva da TR. Após a resolução das contradições via eliminação das suposições menos relevantes, o indivíduo passa a utilizar regras heurísticas na atividade de interpretação. Tais regras têm o demérito de serem menos objetivas em comparação com o modelo de pensamento dedutivo, porém têm a vantagem de possibilitar construções mais complexas e abrangentes.

Mesmo sem ter garantias, os interlocutores frequentemente realizam suposições mais ou menos prováveis a partir dos enunciados do falante. Tais suposições são formadas a partir da aplicação de pelo menos três formas de pensamento: a dedutiva, a indutiva e a abdutiva⁷¹. A primeira delas é a única que garante a certeza das implicações, como quando se conclui que, se ‘Paulo parou de fumar’, então ele já foi fumante. A forma indutiva de pensamento é aquela em que as suposições derivam de repetidas observações de um fato ou de um tipo de relação entre elementos como, por exemplo, quando se supõe que Paulo comparecerá à aula, pois sempre esteve presente nos dias em que houve aulas. Apesar de ser grande a probabilidade do evento ocorrer, não se pode ter certeza acerca do mesmo. Por fim, a forma abdutiva de pensamento é aquela que nos permite fazer relações por alusões e similaridades, mesmo que não haja qualquer garantia que justifique tais relações. São exemplos afirmações como ‘homem não presta’ ou ‘as mulheres não sabem dirigir’ fundamentadas apenas na observação de um único evento ou num número restrito de eventos. Contudo, apesar de ser a que menos oferece garantias, a forma abdutiva de pensamento é utilizada com grande frequência pelos interlocutores nas situações comunicativas.

Ainda não dispomos de nenhum sistema de lógica indutiva que explique satisfatoriamente quais são os processos cognitivos envolvidos no processo inferencial. Sabemos que este processo não ocorre de forma aleatória, caso contrário não seria possível estabelecer um processo comunicativo em que os interlocutores conseguem compreender-se mutuamente. O que se sabe sobre o processo inferencial é que ele ocorre de forma instantânea e inconsciente durante uma conversa usual.

São inegáveis os avanços que a TR proporcionou na compreensão do papel do ‘contexto’ no processo interpretativo e das funções cognitivas nele envolvidas. Por reconhecermos que a TR é a teoria mais adequada para se compreender como o ouvinte realiza a atividade de interpretação, e em especial, das atividades psicológicas inerentes ao processo comunicativo, a escolhemos como paradigma de análise dos dados colhidos em nosso estudo de campo (apresentados no quinto capítulo da tese).

⁷¹ Para mais, ver Dascal (1983, p. 142 e ss) e (2006, p.40).

A seguir passaremos a apresentar a teoria e, conseqüentemente, o modelo de interpretação psicanalítico, sempre tendo como intenção compreender o modo como o psicanalista realiza a interpretação daquilo que é comunicado pelo paciente no contexto clínico e as similaridades e distinções deste modelo de atribuição de significado e o modelo interpretativo utilizado por interlocutores em situações comunicativas espontâneas.

CAPÍTULO 3 – O MODELO DE INTERPRETAÇÃO PSICANALÍTICO

Após termos diferenciado alguns dos principais modelos de interpretação e atribuição de significado (Capítulo 1) e após termos realizado um retorno às teorias pragmáticas, especialmente a Teoria da Polidez e a Teoria da Relevância (Capítulo 2), neste capítulo apresentaremos os fundamentos teóricos que embasam o modelo psicanalítico de atribuição de significado utilizado pelo psicanalista e discutiremos quais são as principais características do uso psicanalítico da linguagem no contexto do tratamento. Apesar de reconhecermos que fatores como postura corporal, comportamentos, expressão facial, entre outros são fundamentais para o processo de interpretação realizado pelo psicanalista, inicialmente daremos ênfase à função da fala no tratamento, ou seja, ao aspecto verbal da linguagem. Apesar de privilegiarmos neste primeiro momento a função da ‘fala’, no decorrer da tese teremos oportunidade de apontar para a relevância que fatores extra-verbais têm para a atividade de atribuição de significado e interpretação psicanalíticas.

O método psicanalítico consiste numa técnica de tratamento psíquico constituída fundamentalmente por uma interação comunicativa entre paciente e analista, na qual a fala ocupa um lugar privilegiado. Por mostrar-se adequada para a nomeação de sentimentos, expressão de pensamentos, questionamento, revisão e redefinição de significados, a fala tem uma função instrumental primordial no contexto clínico. Além de servir a todas estas operações, a fala também viabiliza o processo de catarse, tendo em vista que, através da atividade do falar, o paciente consegue diminuir seu sofrimento psíquico e aliviar-se, mesmo que temporariamente. Catarse é o termo utilizado para designar um tipo de descarga afetiva ou emocional proporcionado pelo ato de falar que traz um ‘alívio’ ao falante. Sinônimo de ‘purificação’ e ‘purgação’, a catarse era reconhecida já pelos gregos, principalmente quando da apresentação de peças teatrais. As tragédias gregas, por exemplo, tinham um caráter ‘catártico’ por emocionar o expectador, fazê-lo chorar – o que lhe possibilitava uma certa sensação de alívio e relaxamento. No campo médico, a palavra catarse tem um significado próximo ao de ‘evacuação’.

Contudo, não é qualquer tipo de uso da linguagem que se mostra adequado para o tratamento de sintomas e estados de sofrimento psíquico intensos. Existem determinadas condições para que um processo comunicativo desenvolvido entre paciente e psicanalista adquira potencial terapêutico. Uma delas é que o paciente utilize a linguagem numa relação de alteridade específica, ou seja, frente a um outro com características distintas de um interlocutor ordinário. No caso do processo psicanalítico, o lugar deste outro é ocupado pelo analista. Estas observações se justificam na medida em que se observa que uma pessoa em estado de sofrimento psíquico não experimenta

efeitos terapêuticos significativos apenas pensando ou falando consigo mesma, com amigos ou familiares de acordo com os padrões comunicativos usuais. Ou seja, se o uso da linguagem pode implicar efeitos terapêuticos, estes só são viabilizados na medida em que é feita uma utilização específica da linguagem, frente a uma outra pessoa que se porta de maneira peculiar (psicanalista).

Para melhor compreendermos quais são as especificidades do uso psicanalítico da linguagem, realizaremos um retorno à teoria freudiana, percorrendo desde as suas primeiras versões – chamadas ‘pré-psicanalíticas’ –, passando pela elaboração de conceitos fundamentais e do método psicanalítico propriamente dito até suas formulações posteriores. Para não perdermos nosso foco de pesquisa frente a uma teoria de tão grande envergadura, utilizaremos como chaves de leitura e análise a questão do papel da linguagem, em especial da fala, no tratamento psicanalítico e a identificação dos fatores que fundamentam o modelo interpretativo psicanalítico (o modo como o psicanalista atribui significado ao que é dito e expressado pelo paciente). Neste entremeio, abordaremos algumas concepções freudianas como a da ‘regra fundamental do tratamento’, a noção de ‘conflito psíquico’ e conceitos como o de ‘inconsciente’, ‘recalque’, ‘sintoma’ e ‘transferência’, os quais nos auxiliarão a discriminar as especificidades do uso psicanalítico da linguagem.

3.1. O PERÍODO PRÉ-PSICANALÍTICO

O desenvolvimento da teoria psicanalítica freudiana inaugurou um novo paradigma de compreensão do modo funcionamento mental humano. Paralelamente às descobertas sobre os processos mentais inconscientes, Freud lançou as bases para uma nova forma de utilização da linguagem bem como um novo modelo de atribuição de significado. Diferentemente do processo interpretativo espontâneo, segundo o qual os interlocutores buscam estabelecer uma relação de compreensão mútua a partir de princípios como racionalidade, coerência e intencionalidade, o processo de interpretação psicanalítico oferece uma alternativa de atribuição de significado a uma gama de fenômenos que tendem a ser considerados como irracionais, desprovidos de sentido e de lógica.

Apesar de compararmos constantemente aquilo que chamamos de modelo interpretativo psicanalítico e modelo interpretativo espontâneo, concordamos com a afirmação de Gadamer (1976) de que existe uma espécie de *continuum* entre ambos. Segundo suas palavras: “Quando alguém começa a dialogar com a outra pessoa e se deixa levar pelo diálogo, não é mais a vontade do sujeito, preservando-se ou expondo-se, que é determinante. Antes, a lei do conteúdo está em pauta no

diálogo; ela provoca enunciados e contra-enunciados e, no fim, joga um no outro” (1976, p. 66 *apud* Dascal, 2006, p. 653).

A proposta de interpretar o que parece não ter significação se tornou viável na medida em que Freud construiu uma nova forma de compreensão do funcionamento mental humano. Para Freud, ao expressar-se via fala ou comportamentos não verbais, o sujeito oferece pistas sobre o seu funcionamento mental, especialmente quando relata suas fantasias, sonhos, quando realiza atos falhos, chistes ou fala sobre seus sintomas de origem psíquica. Para podermos aprofundar nossa compreensão sobre as particularidades do modelo psicanalítico de atribuição de significado e interpretação, iniciaremos a seguir uma retomada histórica dos passos de sua construção e das problemáticas que motivaram seu nascimento.

3.1.1. A causalidade psíquica dos sintomas neuróticos

Em finais do século XIX a ciência médica experimentou profundos desenvolvimentos, principalmente em decorrência de novas descobertas em campos como o da física, da química e da biologia. Como consequência, o domínio e a compreensão do médico sobre as causas e formas de tratamento de doenças e sobre o funcionamento do organismo humano evoluíram de forma considerável. Procedimentos cirúrgicos, até então de alto risco, tornaram-se gradativamente mais seguros e eficientes com a disseminação das recentes descobertas sobre o funcionamento do corpo e de suas afecções e sobre o efeito de novos medicamentos.

Porém, os resultados propiciados por esta revolução do conhecimento médico não puderam ser desfrutados por um grupo de pacientes que possuíam distúrbios mentais ou físicos sem causa orgânica, denominados ‘neuróticos’ ou ‘doentes dos nervos’. Tais pacientes geralmente sofriam de um ou mais sintomas como, por exemplo, incapacidade de realizar trabalhos intelectuais, impossibilidade de concentrar a atenção, dores de cabeça crônicas, cansaço corporal, problemas de digestão, problemas intestinais, paralisias, dores corporais, obsessões, insônia, apatia extrema, entre outros. O que se sabia sobre estes doentes era que a ocorrência de seus sintomas variava de acordo com condições externas da vida (viagens, encontros, perdas de pessoas importantes) ou conforme a dinâmica dos pensamentos do paciente (lembranças, projeções futuras, dúvidas, sentimentos de culpa, etc.). Ou seja, o aparecimento, o aumento ou diminuição dos sintomas parecia depender das condições de excitabilidade, da vivência de determinadas emoções e afetos e das preocupações e angústias vivenciadas pelo paciente.

Porém, mesmo de posse deste saber, a atitude mais comum dos médicos desta época era a de atribuir a causalidade das ‘doenças dos nervos’ a fatores exclusivamente orgânicos como tumores

cerebrais⁷² ou disfunções em áreas pontuais do sistema nervoso. Nos casos em que os pacientes neuróticos apresentavam sintomas somáticos (com expressão no corpo), os procedimentos padrões da medicina resumiam-se a tentativas de tratamento do órgão afetado (estômago, intestino, cabeça, membros), aconselhamentos, sugestões⁷³ e recomendações ao paciente de que realizasse tratamentos em estâncias termais ou clínicas de repouso durante longos períodos. Tais procedimentos, na melhor das hipóteses, promoviam efeitos terapêuticos temporários frente à doença do paciente. Sobre o modo de tratamento das neuroses nesta época, Freud diz que:

Em geral, ele consistia em medidas destinadas a ‘endurecer’ o paciente – na prescrição de remédios e em tentativas, na maioria muito mal imaginadas e executadas de maneira inamistosa, de aplicar-lhe influências mentais por meio de ameaças, zombarias e advertências, e exortando-o a decidir-se a ‘conter-se’ (1924 [1923]/1976, p. 240).

Principalmente devido à eficácia praticamente nula dos métodos terapêuticos disponíveis, o tratamento de pacientes neuróticos permaneceu segregado do interesse da medicina tradicional da época. Segundo a opinião de Freud (1905/1972), este desinteresse pelo estudo do efeito da mente sobre o corpo devia-se ao fascínio dos médicos pelas descobertas físicas e fisiológicas da época, associadas com um temor de abandono das bases científicas da medicina derivadas do ponto de vista fisicalista. Frente à neurose, o médico via-se numa posição de impotência e não-saber, pois, as recentes descobertas da medicina não o auxiliavam na tarefa de tratar os pacientes neuróticos. Não era raro que o médico, como forma de encontrar algum tipo de explicação para a doença, atribuísse culpa ao doente, acusando-o de estar fingindo, de ser preguiçoso ou de querer apenas a sua atenção. Não é raro encontrarmos médicos que, mesmo nos dias atuais, adotam este tipo de postura ao fazerem afirmações do gênero: ‘eu receitei um remedinho para esse paciente só para ele parar de me procurar; o que ele quer é atenção’, ‘este cara é um malandro, um preguiçoso; não quer trabalhar e fica aí de corpo mole, dizendo que sente dor. Isso é frescura!’ ou ‘esta mulher é uma mal amada; por isso é que ela fica aí se queixando de dores de cabeça, dores no corpo... Se arrumasse um namorado estaria tudo resolvido’.

Apesar de não serem objeto de interesse da grande ‘ciência médica’, os pacientes neuróticos também puderam usufruir dos avanços obtidos a partir do uso de uma técnica bastante incomum aprimorada em finais do século XIX: a hipnose. Alguns grupos isolados de pesquisadores, formados

⁷² Para mais, ver Freud (1925 [1924]/1976, p. 23).

⁷³ A prática da sugestão equivale a atitudes como ‘influenciar’, ‘convencer’ ou ‘persuadir’ o paciente a respeito de uma determinada opinião.

principalmente por psiquiatras e neurologistas⁷⁴, começaram a realizar experiências com a aplicação da hipnose em pacientes neuróticos. Duas importantes conclusões resultaram destas experiências: 1) O corpo está sujeito a modificações ocasionadas unicamente por influências mentais; 2) Existem processos mentais inconscientes, inacessíveis à reflexão consciente e intencional, que estão diretamente relacionados ao surgimento de sintomas neuróticos.

Freud também utilizou o método hipnótico para o tratamento de pacientes neuróticos, o que lhe permitiu descobrir as principais características de um fenômeno histérico. Em seu texto intitulado *Alguns pontos para um estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e históricas*, de 1893, Freud descreve a causalidade ‘mental’ da histeria nos seguintes termos:

A histeria ignora a distribuição dos nervos [...]. Ela toma os órgãos pelo sentido comum, popular, dos nomes que eles têm: a perna é a perna até sua inserção no quadril, o braço é o membro superior tal como aparece visível sob a roupa. [...] na paralisia histérica, assim como na anestesia histérica, etc., o que está em questão é a concepção corrente, popular, dos órgãos e do corpo em geral. Essa concepção não se fundamenta num conhecimento profundo de neuroanatomia, mas nas nossas percepções tácteis e principalmente visuais. Se é isto o que determina as características da paralisia histérica, esta, naturalmente, deve mostrar-se ignorante e independente de qualquer noção da anatomia do sistema nervoso. Portanto, na paralisia histérica, a lesão deve ser uma modificação da concepção, da idéia de braço, por exemplo (1893 [1888-1893]/1977, p. 235-6).

A partir destas observações temos condições de entender por que o saber médico tradicional da época não obtinha êxito na tarefa de tratar pacientes históricos. As explicações organicistas mostravam-se limitadas e inadequadas para a compreensão de patologias de origem psíquica. Mesmo expressando-se através de sintomas somáticos, a neurose não tinha origem num mau funcionamento do sistema nervoso ou de um grupo muscular específico (no caso de uma paralisia). Sua única explicação plausível apontava para a *representação*⁷⁵ mental que o paciente atribuía à parte adoecida de seu próprio corpo. Freud pôde observar que a origem dos sintomas neuróticos era paralela à “*abolição da acessibilidade associativa da concepção [...]*” (1893 [1888-1893]/1977, p. 236), ou seja, o adoecimento de uma parte do corpo do paciente demonstrava não estar relacionado com fatores físico-orgânicos, mas com o fato de a representação da parte do corpo encontrar-se impossibilitada de estabelecer associação com as demais idéias e representações.

⁷⁴ Dentre eles destacaram-se Charcot (líder de grupos de pesquisa com pacientes neuróticos na universidade francesa de Salpêtrière), Liébault, Bernheim e Janet, (representantes da ‘Escola de Nancy’).

⁷⁵ No alemão, *Vorstellung*.

As ‘concepções’ ou ‘representações’ formam-se em torno de redes de conceitos, o que lhes confere um caráter particular para cada sujeito. Vejamos, por exemplo, as concepções ou representações de partes do corpo como ‘cabeça’ e ‘boca’. Se para uma pessoa a palavra ‘cabeça’ vem fortemente associada a idéias como ‘intelectualidade’, ‘inteligência’ e ‘novas idéias’, para uma segunda pessoa, esta mesma palavra pode estar ligada a idéias como ‘dor de cabeça’, ‘cabeça que parece que vai explodir’, e para uma terceira pessoa, a idéias como ‘cabeça dura’, ‘cabeça oca’ e assim por diante. Já o conceito de ‘boca’ pode ter sua significação associada a um caráter comunicativo, como ‘boca que fala’, a um viés mais concreto, como ‘boca que come’, ou erótico, como ‘boca que beija’, entre inúmeras outras possibilidades.

A descoberta da relação entre as representações mentais do sujeito e a formação dos sintomas neuróticos possibilitou uma significativa modificação nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos reservados a este tipo de paciente. A partir de então, as origens dos sintomas neuróticos passaram a ser atribuídas não mais a causas orgânicas, mas a processos de pensamento, representações, idéias e conceitos – em grande parte das vezes não conscientes ao próprio paciente. Dentre as formas de concepções ou representações apareciam ligadas a sintomas neuróticos, Freud notou como recorrentes aquelas que possuíam alguma espécie de ambiguidade de significado, ou aquelas que eram largamente utilizadas em expressões populares de forma metafórica⁷⁶. Expressões como ‘engolir’, ‘andar’, ‘levantar’, ‘cair’, que apontam tanto para atividades concretas do corpo quanto para sentidos metafóricos como ‘engolir um sapo’, ‘andar na vida’, ‘se levantar ou reerguer-se após uma decepção amorosa’, ‘cair em si’ estavam frequentemente presentes no contexto do surgimento de sintomas neuróticos.

Outra ilustração do processo de construção de um sintoma neurótico pode ser encontrada na prática relativamente comum de condensar na idéia de ‘limpeza’ as atividades de ‘limpeza da casa’, ‘limpeza do corpo’, ‘limpeza dos alimentos’, a acepções metafóricas do termo como, por exemplo, ‘limpeza moral’ – relativa a pensamentos ‘sujos’, ou seja, pensamentos ou desejos inaceitáveis e censuráveis sob um ponto de vista moral. Freud também notou que expressões ambíguas como ‘não posso ver’ ou ‘isso não me desce’ eram encontradas com frequência na rede de pensamentos que davam origem a sintomas neuróticos. Em casos como estes, o paciente podia até mesmo perder literalmente a capacidade da visão⁷⁷ – perda esta que se ligava à idéia de ‘não poder ver algo que é muito desagradável’ ou de ‘algo que não pode ser aceito’ – ou interromper a ingestão de alimentos – pois a metáfora de ‘isso não me desce’ passa a interferir o processo de ingestão de alimentos, tal como se o sujeito não pudesse mais engolir nada literalmente.

⁷⁶ Para mais, ver Freud (1897/1977, p. 79).

⁷⁷ Neste caso, não perdas de visão definitiva, pois todo o aparato anatômico mantinha-se preservado.

A partir dessas descobertas, o tratamento de pacientes neuróticos passou a priorizar os aspectos psicológicos ao invés de reduzir-se à abordagem orgânica dos sintomas. Como primeira opção de método terapêutico para tratamento de pacientes neuróticos, Freud elegeu a sugestão hipnótica, influenciado por descobertas que vinham sendo realizadas no final do século XIX sobre os potenciais terapêuticos da hipnose⁷⁸. Vejamos a seguir como Freud aplicava este método, qual era o tipo de uso particular da linguagem inerente a este modelo de tratamento e como era feita a atribuição de significado àquilo que era comunicado pelo paciente em hipnose.

3.1.2. Os anos pré-psicanalíticos: primeiras experiências com a fala

O primeiro método terapêutico utilizado por Freud no tratamento de pacientes neuróticos resumia-se basicamente ao uso da hipnose associada a técnicas de sugestão. Ao ser hipnotizado o paciente tornava-se mais suscetível aos comandos do médico, os quais consistiam em contestações dos sentimentos e medos apresentados pelo paciente. A partir de ordens como ‘Não tenha receio!’, ‘Você já está bem!’, ‘Assim que acordar da hipnose você não sentirá mais nada e poderá levar sua vida normalmente!’, o médico tentava convencer o paciente de que seus sintomas poderiam ser eliminados pela força de vontade. Apesar de gerar grandes expectativas, principalmente devido aos resultados animadores conquistados em curtos períodos de tempo, o uso do método hipnótico associado às sugestões realizadas pelo médico revelou-se limitado para o tratamento de pacientes neuróticos. A principal desvantagem deste método era a sua efetividade temporária, ou seja, o efeito das sugestões e ordens realizadas pelo médico não eram permanentes.

Como alternativa ao abandono da sugestão hipnótica, Freud recorreu a uma técnica de tratamento que permitia ao médico uma compreensão mais profunda das causas e significados dos sintomas histéricos. Sua aplicação exigia uma mudança de postura por parte do médico, pois não mais seria a sua função coagir o paciente a abandonar seus sintomas. Ao invés disso, o médico deveria **adotar uma posição de escuta do paciente**, tendo em vista que a identificação das causas do surgimento da neurose poderiam ser recuperadas a partir da interpretação dos conteúdos expressados/comunicados pelo paciente via fala ou outras modalidades de comportamentos. Este formato de tratamento foi desenvolvido por um médico vienense chamado Joseph Breuer, em meados de 1880, a partir da observação de que uma de suas pacientes tinha seu estado de sofrimento aliviado quando era induzida a falar sobre os pensamentos e fantasias que lhe afligiam. A prática da hipnose continuava a ser utilizada, porém como um instrumento para auxiliar a

⁷⁸ Para mais, ver Freud (1925 [1924]/1976, p.28).

paciente a falar, especialmente nos momentos em que os assuntos ligados diretamente a seus sintomas eram evocados. Nas palavras de Freud:

A partir dessa descoberta, Breuer chegou a um novo método de tratamento. Ele [levava a paciente] a uma hipnose profunda e fazia-a dizer-lhe, de cada vez, o que era que lhe oprimia a mente. [...] Em seu estado de vigília a moça não podia descrever [...] como seus sintomas haviam surgido, assim como não podia descobrir ligação alguma entre eles e quaisquer experiências de sua vida. Na hipnose ela de pronto descobria a ligação que faltava (1925 [1924]/1976, p. 32).

Era o nascimento da *talking cure* (cura pela fala)⁷⁹. Durante os atendimentos dedicados a esta paciente neurótica, Breuer descobriu acidentalmente que, ao deixar a paciente falar livremente, ou seja, sem um direcionamento rígido do médico, ‘de pronto’ a paciente encontrava as ligações existentes entre os seus sintomas e experiências de vida – ligações estas que permaneciam inacessíveis quando estava em estado de vigília. Ao realizar as conexões necessárias entre os sintomas e o relato de suas experiências emocionais, a paciente gradativamente revelava o ‘significado’ dos sintomas, ou seja, revelava a existência de uma lógica causal entre determinadas experiências e o surgimento dos sintomas neuróticos. Novamente citamos Freud:

Aconteceu que todos os seus sintomas voltavam a fatos comovedores que experimentara enquanto cuidava do pai; isto é, seus sintomas tinham um significado e eram resíduos ou reminiscências daquelas situações emocionais. Verificou-se na maioria dos casos que tinha havido algum pensamento ou impulso que ela tivera de suprimir enquanto se encontrava à cabeceira do enfermo, e que, em lugar dele, como substituto do mesmo, surgira depois o sintoma. (FREUD, 1925 [1924]/1976, p. 32).

A descoberta de que os sintomas histéricos podiam ser tratados através da fala do paciente abriu caminho para a elaboração do ‘método catártico’. O termo *catarse* tem inúmeros significados como ‘purificação’, ‘purgação’ e ‘evacuação’. Sendo assim, a realização de atos catárticos traz ao sujeito uma sensação de alívio e relaxamento. São antigas as constatações do potencial *catártico* da fala. Existem relatos detalhados que remontam ao filósofo grego Aristóteles, o qual teria atribuído às tragédias gregas uma função de purificação dos afetos do público, via *catarse*. O processo de *catarse* podia ser observado com frequência quando as encenações chegavam ao seu ápice, momento em que os conteúdos presentes na peça entravam em ressonância com conteúdos íntimos dos espectadores. Nestas situações era comum que os espectadores fossem tomados por sentimentos de grande intensidade e que reagissem a eles com choro ou exacerbação de afetos.

⁷⁹ Para mais, ver Freud (1893-1895/1974, p. 73).

Breuer e Freud puderam verificar os efeitos catárticos deste tipo de uso da linguagem ao observar o estado experimentados pelos pacientes neuróticos após externalizarem seus pensamentos, lembranças ou fantasias altamente investidas de carga afetiva. Ao falar sobre tais assuntos, era comum que os pacientes inicialmente experimentassem um estado de grande tensão, no momento da rememoração, para em seguida sentirem uma sensação de alívio, após falar ou reviver tais memórias. Podemos ilustrar este processo imaginando uma situação em que uma pessoa extremamente angustiada consegue expressar⁸⁰ o assunto que está lhe angustiando e causando sofrimento. Se o sujeito não consegue realizar a descarga dos afetos com potencial patológico, os conteúdos ideativos ligados à situação geradora de tensão passam a originar sintomas como angústia, mal estar, desânimo, tristeza, sentimento de impotência ou até mesmo sintomas psicossomáticos como dores no corpo, vômitos, tonturas, dentre outros.

A função do tratamento catártico era permitir que ‘emoções estranguladas’ encontrassem uma saída através da fala do paciente, o que por sua vez possibilitava a amenização do sofrimento do paciente decorrente de seus sintomas neuróticos. Ao serem faladas, as idéias vinculadas com as ‘emoções estranguladas’ eram submetidas a um processo de ‘correção associativa’⁸¹, o que significa dizer que tais idéias recuperavam a capacidade de ligarem-se às demais idéias acessíveis conscientemente ao sujeito⁸². A aplicação da hipnose facilitava este processo, pois, ao estar hipnotizado, o paciente conseguia falar mais facilmente sobre seus pensamentos e experiências traumáticas, sem ficar refém de suas autocensuras ou impedimentos próprios do estado de vigília. Por ser adequada ao processo de descarga de afetos intensos e por possibilitar a tradução de idéias até então inacessíveis à consciência, a fala tornou-se o principal instrumento do tratamento psicanalítico. Ao falar o paciente podia descarregar de forma adequada afetos potencialmente patológicos, revertendo assim os efeitos da neurose.

Podemos dizer que a principal diferença entre o método da sugestão hipnótica e o método catártico é que naquele o médico utiliza sua autoridade (por meio de ordens e recomendações) como forma de eliminar os sintomas do paciente, enquanto que neste o processo de cura está vinculado à realização da catarse e à compreensão sobre a origem e o significado dos sintomas neuróticos do paciente. Neste sentido, notamos que a expressão de pensamentos e sentimentos por parte do paciente passou a ter uma função fundamental no processo terapêutico, ao contrário do que ocorria

⁸⁰ No senso comum, ‘por para fora’.

⁸¹ Freud (1893-1895/1974, p. 58).

⁸² De acordo com a primeira tópica freudiana (primeira teoria do aparelho psíquico), os pensamentos podem ser inconscientes ou pré-consciente. A diferença entre eles é que os primeiros não podem chegar à percepção consciente do sujeito, enquanto que estes podem ser rememorados voluntariamente. Assim, quando falamos em pensamentos conscientes ou pré-conscientes estamos nos referindo ao grupo de pensamentos que gozam de livre acesso à consciência.

no método da sugestão hipnótica, no qual somente as ordens do médico tinham relevância. A atividade do ‘falar’ passou a ser reconhecida em seu *estatuto* de ato, ou seja, como um substituto possível para a ação, pois, nos casos em que uma descarga de afeto não podia ser realizada via ação, o uso da fala poderia servir como um substituto adequado. “Uma ofensa que tenha sido revidada, até mesmo por palavras, é recordada bem diferentemente daquela que teve que ser aceita” (FREUD, 1893-5/1974, p. 49).

Por não poderem ser pensadas, faladas ou expressadas, as idéias patogênicas não eram submetidas aos processos normais de desgaste⁸³. O desgaste de uma idéia e a operação de descarga psíquica dependem da formação de novas ligações entre a idéia patogênica e as demais idéias conscientes. Neste sentido, uma das principais funções do tratamento catártico era a de restabelecer as ligações entre pensamentos ordinários e pensamentos rechaçados do pensar consciente para que estes últimos pudessem ser descarregados de forma adequada. Livres das quantidades de afetos que não haviam sofrido desgaste, os pensamentos perdiam o potencial patológico e passavam a fazer parte do conjunto maior de pensamentos acessíveis conscientemente ao sujeito. As idéias patológicas, que anteriormente tinham que ser rejeitadas e esquecidas, tornavam-se disponíveis ao processo reflexivo, possibilitando assim a criação de novas formas de raciocínio e visões de mundo por parte do sujeito. Ou seja, verificou-se que o uso da linguagem promovia a reconfiguração de estados mentais específicos. O que uma pessoa diz/expressa ou o que escuta/percebe pode tanto trazer-lhe júbilo e bem estar quanto desprazer profundo; pode abrir novas perspectivas na resolução de questões ou pode cristalizar um ponto de vista restrito sobre determinados assuntos que trazem sofrimento.

A descoberta do potencial terapêutico do uso da linguagem frente a estados patológicos possibilitou um significativo avanço na compreensão das causas e da dinâmica das neuroses. Freud e Breuer puderam reconhecer que as idéias patogênicas estavam ligadas a uma impossibilidade ou a uma evitação do paciente em aceitá-las. Por gerarem vergonha, autocensura, ‘dor psíquica’, estas idéias eram rechaçadas pelo paciente, o qual ‘preferia esquecê-las’⁸⁴ a reconhecê-las como suas.

Porém, a despeito dos avanços que o método catártico associado ao uso da hipnose demonstrou na compreensão dos processos mentais envolvidos no surgimento de sintomas neuróticos, Freud observou gradativamente que o uso da hipnose implicava uma série de inconvenientes. Apesar de servir como um instrumento adequado para as situações em que o

⁸³ Freud (1893-1895/1974, p. 52).

⁸⁴ Neste caso, o verbo ‘preferir’ deve ser relativizado em seu caráter intencional. Em psicanálise existe a necessidade de se conceber um modo de ‘preferir’ não voluntário e consciente para o próprio sujeito. Para mais sobre o assunto ver Fink (1998, p. 24).

paciente não conseguia expressar conscientemente os assuntos relacionados à sua neurose, o grande número de pacientes resistentes à hipnose passou a ser um grande obstáculo para a sua aplicação.

O método catártico de tratamento associado à hipnose sofreu progressivas modificações até ser substituído por um novo método terapêutico. A alternativa adotada por Freud frente ao abandono da hipnose foi inspirada numa lembrança de uma experiência que presenciara enquanto realizava seus estudos na França, no ano de 1889. Nesta época Freud foi aluno de Bernheim⁸⁵, o qual havia comprovado que os pacientes conseguiam lembrar e reviver em estado de vigília os conteúdos patogênicos aparentemente esquecidos por meio de um suave comando do médico, juntamente com uma leve pressão na testa⁸⁶. A técnica consistia em incitar o paciente a recordar as causas de sua neurose e comunicá-las ao médico. Cabia ao médico assegurar o paciente que, se ele se esforçasse, conseguiria acessar tais informações. Para auxiliar os pacientes neste processo de rememoração, Freud passou a solicitar aos mesmos que concentrassem sua atenção nos pensamentos, lembranças ou imagens que surgissem involuntariamente na mente. Em determinados momentos o médico também realizava uma pressão na testa do paciente como forma de auxiliá-lo a se concentrar em tais pensamentos. A condição de concentração associada às recomendações dirigidas ao paciente para que falasse o que lhe viesse à mente passou a substituir o papel desempenhado anteriormente pela hipnose.

O princípio de atuação do método hipnótico sugestivo e o método que surgiu em seu lugar são radicalmente distintos, considerando que o primeiro procurava dissimular e esconder alguns processos de pensamento desagradáveis, enquanto que o segundo propunha a exposição e eliminação de certos conteúdos mentais através de um processo de ‘desgaste’. Segundo Freud:

O primeiro age como cosmético, o segundo, como cirurgia. O primeiro utiliza-se da sugestão, a fim de proibir os sintomas: fortalece as repressões, mas afora isso, deixa inalterados todos os processos que levaram à formação dos sintomas. O tratamento analítico faz seu impacto mais retrospectivamente, em direção às raízes, onde estão os conflitos que originaram os sintomas, e utiliza a sugestão a fim de modificar o resultado desses conflitos. O tratamento hipnótico deixa o paciente inerte e imodificado, e, por esse motivo também, igualmente incapaz de resistir a alguma nova oportunidade de adoecer (1917 [1916-1917]/1976, p. 526).

⁸⁵ Bernheim foi médico líder da ‘Escola de Nancy’, a qual influenciou decisivamente inúmeros ‘estudiosos do espírito’, em finais do século XIX e início do século XX.

⁸⁶ O método da ‘pressão na testa’ resumia-se ao ato do médico colocar sua mão na testa do paciente e nela realizar uma pequena pressão. Freud atribui a invenção desta técnica a Bernheim. Para mais, ver Freud (1893-1895/1974, p. 157 e 1925 [1924]/1976, p. 41).

Contudo, o abandono da hipnose como meio de acessar conteúdos inconscientes ao paciente trouxe novas dificuldades técnicas ao tratamento, principalmente devido à ‘resistência’⁸⁷ apresentada pelo paciente frente à tarefa de falar livremente de assuntos conflituosos em estado de vigília. O maior obstáculo ao tratamento surgia quando os pacientes evitavam falar sobre os conteúdos que lhes surgiam à mente, em especial conteúdos de caráter repulsivo, vergonhoso ou deflagradores de angústia e mal estar. É como se os pacientes evitassem abordar determinados temas, desobedecendo assim o acordo de total transparência estabelecido com o psicanalista. Este fenômeno passou a ser chamado de ‘resistência’, pois representava uma barreira à realização do tratamento. Por outro lado, a superação das resistências tinha a vantagem de implicar o paciente no processo terapêutico, tendo em vista que não mais precisava estar em estado de hipnose. Tal como uma pessoa alcoolizada que, quando questionada, pode afirmar que tudo aquilo que falou foi em decorrência do efeito do álcool, os pacientes também podiam eximir-se da responsabilidade do que diziam enquanto estavam em estado de hipnose. Tanto que, ao retornar ao estado de vigília, era comum que os pacientes negassem ou não reconhecessem como seus os conteúdos que revelavam durante a hipnose.

Mesmo a técnica de pressão na testa mostrava-se limitada frente aos pontos em que a resistência do paciente intensificava-se. Ao invés de expressar os pensamentos que vinham à consciência após as intervenções do médico, os pacientes diziam que não estavam pensando em nada ou que não lembravam nada. Freud passou a notar que tal postura apresentada pelos pacientes demonstrava uma relutância em engajar-se no próprio tratamento e em abandonar a doença, mesmo porque é falsa a afirmação do paciente de que nada lhe chega à consciência quando o assunto da sua doença é abordado. Freud observou que quando a resposta do paciente era a de que não lhe passava nada na mente, na verdade ele estava se esforçando em esconder algum assunto penoso, vergonhoso, que o fazia se sentir culpado ou que lhe causava alguma outra forma de desprazer.

Ao não serem totalmente transparentes, os pacientes passavam a relatar um discurso fragmentado, cheio de lacunas e enigmas não compreensíveis. A partir de uma série de observações clínicas Freud elencou três fatores como responsáveis pelo aparecimento das lacunas no discurso do paciente:

- 1 – os pacientes dissimulam assuntos conscientemente. Geralmente são assuntos que estão relacionados com sentimento de vergonha, censura e timidez.

⁸⁷ Segundo Laplanche e Pontalis (2000, p. 458) “chama-se resistência a tudo o que nos atos e palavras do analisando, durante o tratamento psicanalítico, se opõe ao acesso deste ao seu inconsciente”.

2 – Alguns assuntos são vetados de serem reevocados sem que o sujeito tenha intenção. Tais assuntos geralmente são tão aflitivos ao sujeito que nem são acessíveis à sua consciência.

3 – Amnésias verdadeiras decorrentes da limitação de capacidade da função da memória. Tais amnésias comumente são substituídas por paramnésias (pensamentos que preenchem a lacuna deixada pela amnésia) (1905 [1901]1972, p. 15).

Ou seja, mesmo quando o paciente esquece determinados conteúdos (terceiro caso), outros pensamentos passam a ocupar as lacunas deixadas pelos pensamentos originais. O fato de o paciente deixar de relatar as paramnésias também é considerado como uma forma de ‘resistência’ ao processo terapêutico.

Segundo Freud, as idéias que realmente interessam ao processo de análise são aquelas que não são claras para o próprio paciente, aquelas que ele tenta rejeitar do campo da consciência, ou ainda aquelas “que alguém gosta de ocultar de si próprio e que por esse motivo interrompe e expulsa de seus pensamentos se, apesar de tudo, vierem à tona” (FREUD, 1926/1976, p. 214). Ou seja, o fenômeno da resistência revelado pelos pacientes no decorrer do tratamento mostrou estar intimamente ligado a uma operação de censura⁸⁸, a qual tem por função impossibilitar o livre acesso de determinados pensamentos e idéias à consciência do paciente.

A partir da experiência clínica, Freud notou que não só o uso da hipnose era dispensável para o processo de tratamento, mas também que trabalho terapêutico trazia melhores resultados quando o médico adotava uma postura menos diretiva⁸⁹ frente ao paciente, principalmente frente ao fenômeno da resistência. Um exemplo pode ser encontrado nos relatos do tratamento de Emmy Von N.⁹⁰. Emmy era uma senhora de aproximadamente quarenta anos de idade e que apresentava sintomas histéricos como dores em várias partes do corpo, tiques e contrações musculares recorrentes. Numa das sessões de atendimento, após Freud realizar várias perguntas sobre a origem dos sintomas, a paciente pediu a ele que não mais dirigisse a conversa como era de costume. Sem que houvesse necessidade de uma intervenção de Freud, a paciente passou a revelar inúmeras lembranças patogênicas. A partir desta experiência Freud notou que não era necessária uma atuação efetiva do médico para que a paciente revelasse os conteúdos relacionados ao surgimento e manutenção dos sintomas neuróticos.

⁸⁸ Laplanche e Pontalis (2000) definem o conceito de ‘censura’ como uma “função que tende a interditar aos desejos inconscientes e às formações que deles derivam o acesso ao sistema pré-consciente-consciente” (p. 64). Tal conceito visa circunscrever um processo semelhante à censura de imprensa, a qual faz com que o leitor não tenha acesso a conteúdos proibidos, seja cortando-os de um texto, seja distorcendo-os, entre outros”. Para mais, ver Kaufmann (1996, p. 82).

⁸⁹ Utilizamos o termo ‘diretiva’ como correspondente à ‘dirigir’, ‘indicar’ e ‘direcionar’.

⁹⁰ Freud (1893-1895/1974).

A percepção de que a paciente tinha condições de trazer à tona assuntos relacionados ao seu estado neurótico, sem necessidade de direcionamento do médico, possibilitou o aprimoramento do método de tratamento psicanalítico. De acordo com este novo formato, o médico tinha que abandonar a pretensão de realizar um trabalho focal e disponibilizar-se a acompanhar do fluxo da fala da paciente. Ao adotar esta postura, Freud verificou que a fala ‘livre’ da paciente revelava informações extremamente relevantes para o processo de tratamento, informações estas que dificilmente poderiam ser acessadas quando a paciente era submetida a interrogatórios, devido principalmente à intensificação da resistência que tal tipo de procedimento incentivava.

É nesse contexto que o ‘método da associação livre’ ganhou o seu formato definitivo, como até hoje o utilizamos na clínica psicanalítica. Vejamos a seguir quais são as características deste método, seus objetivos e especificidades técnicas, sempre tendo como fio condutor nossa meta de compreender como é o modelo de atribuição de significado utilizado pelo psicanalista no contexto clínico.

3.2. O NASCIMENTO DO MÉTODO DA ASSOCIAÇÃO LIVRE

Após termos realizado uma retomada histórica sobre o período pré-psicanalítico, no qual foram criados e utilizados para o tratamento de pacientes neuróticos os métodos terapêuticos hipnótico sugestivo, catártico e catártico com pressão na testa, podemos agora apresentar o método da associação livre, o qual originou o modelo de tratamento utilizado até os dias de hoje na clínica psicanalítica.

O princípio básico do ‘método da associação livre’ é o de que, durante o tratamento, o paciente deve falar ‘livremente’ sobre quaisquer assuntos, mesmo sobre aqueles aparentemente não associados ao seu estado de sofrimento, obedecendo apenas à ‘regra fundamental da psicanálise’, também conhecida como ‘regra da associação livre’. Segundo esta regra, o paciente deve falar tudo o que lhe vem à mente durante a sessão, sem permitir que sua reflexão consciente, seus juízos morais ou intenções interfiram ou modifiquem o relato dos pensamentos tal como lhe ocorrem naturalmente. Mesmo que lhe causem desprazer, vergonha, ou que lhe pareçam sem importância, é essencial que o paciente fale dos pensamentos tal como chegam à sua consciência, adotando uma postura inteiramente sincera e não restando o relato de qualquer conteúdo.

O trabalho associativo realizado pelo paciente, de acordo com a regra da associação livre, revela uma série de idéias que se ligam de forma aparente frouxa. Esta impressão é decorrente da pequena relação que as idéias reevocadas em sequência sugerem entre si, pois, diferentemente de uma conversação em contexto espontâneo, em que os interlocutores preocupam-se minimamente

com a coerência e sequenciamento dos assuntos, a associação livre exige que o paciente abandone estas pretensões⁹¹. Somente após o paciente comunicar uma série de lembranças, pensamentos e outros conteúdos é que o psicanalista e o paciente têm condições de perceber que algumas idéias e pensamentos se destacam das demais, pois sugerem algum tipo de correlação frente ao surgimento e manutenção dos sintomas neuróticos. O processo de associação de idéias pode ser considerado exitoso quando o paciente o realiza de forma ‘automática’, ou seja, sem exercer influência intencional. Quanto menos o paciente utiliza o processo reflexivo, melhor é o resultado para o tratamento, pois a reflexão traz consigo a censura, o julgamento e a seleção de idéias durante o relato, as quais, por sua vez, impedem o acesso às idéias que auxiliam na compreensão da origem do sofrimento do paciente, suas causas e fatores que impedem o paciente a superá-lo. Vejamos a seguir dois exemplos de aplicação do método da associação livre apresentados por Freud no decorrer de sua obra.

3.2.1. Dois exemplos de aplicação do método da associação livre

O método da associação livre diferencia-se consideravelmente da maioria das atividades comunicativas com as quais estamos habituados a presenciar nas situações ordinárias de interlocução. Talvez a atividade que mais se assemelhe ao processo de associação livre é a técnica chamada de *brain storm*, também conhecida como ‘tempestade de idéias’ ou ‘chuva de idéias’. Frequentemente utilizado em processos criativos como, por exemplo, na elaboração de campanhas publicitárias, em atividades artísticas ou para a solução de problemas, o *brain storm* mostra-se mais efetivo na medida em que os participantes se permitem expressar idéias sem qualquer compromisso de relevância ou adequação e sem preocupação com possíveis julgamentos. O grande mérito deste método de criação é o de que os participantes são incentivados a expressar idéias que a princípio pareceriam descabidas ou irrelevantes, pois, dentre tais idéias é comum que sejam encontradas idéias inéditas e potencialmente adequadas frente aos objetivos visados. Em contraposição, a técnica *brain storm* falha quando os participantes restringem a expressão de idéias àquelas que seriam bem aceitas pelo grupo de participantes. Isto porque dificilmente idéias ‘prontas’ são válidas neste tipo de situação, pois geralmente tais idéias são comuns aos demais participantes. Assim, podemos dizer que outra vantagem do *brain storm* é que uma idéia que surge apenas como um

⁹¹ Segundo Schank, “em uma conversação, não é apropriado responder às sentenças com a primeira coisa que nos vem à cabeça. Existem regras específicas que governam a seleção das respostas. Mas é claro que essas regras não podem ser prescritivas demais. As regras não podem chegar ao ponto de selecionar apenas uma resposta para uma determinada pergunta” (1977, p. 442 *apud* Dascal, 2006, p. 242). O argumento do autor permite-nos perceber com nitidez a diferença entre a produção de uma interlocução segundo regras padrões inerentes à atividade comunicativa usual e uma interlocução pautada no princípio da ‘associação livre’, como se espera num contexto comunicativo psicanalítico.

fragmento pode ser desenvolvida e aprimorada pelos outros membros até tornar-se válida frente aos objetivos iniciais.

Encontramos em Dascal (2006, p. 253 e ss.) outra metáfora adequada à explicação de como são as interlocuções baseadas no princípio da associação livre: a operação da ‘digressão’. Isto porque, quando um interlocutor realiza um comentário digressivo como, por exemplo, quando diz que se lembrou de algo que não está diretamente relacionado ao assunto anterior, ele está propondo uma utilização mais ‘livre’ da linguagem. Tal tipo de conduta geralmente não ocorre em situações formais, ambientes profissionais, ou mesmo nos contextos em que os interlocutores não possuem intimidade ou proximidade suficiente para que uma quebra do tópico conversacional não adquira um caráter agressivo⁹². Contudo, a digressão só pode ser comparada com a atividade da associação livre se é realizada sem preocupação com a relevância e coerência frente o que vinha sido dito, tendo em vista que a principal característica da associação livre é a de não ser produto de um processo reflexivo intencional.

Para exemplificarmos como o processo de associação livre funciona na prática, apresentaremos duas situações extraídas de relatos feitos por Freud em que o autor o ilustra. Apesar da sua grande extensão, pensamos ser válido apresentar os dois exemplos de forma completa, o que possibilita uma compreensão mais clara do método e de suas principais diferenças frente a uma situação conversacional espontânea. O primeiro deles encontra-se na obra *Psicopatologia da vida cotidiana*⁹³ e trata da interpretação de um esquecimento. O segundo exemplo ilustra uma interpretação de um sintoma obsessivo e encontra-se descrito nas *Notas sobre um caso de neurose obsessiva*⁹⁴.

O primeiro exemplo retrata uma conversa realizada entre Freud e um rapaz conhecido seu, porém não íntimo, num contexto não clínico. O exemplo inicia-se num ponto da conversa em que o amigo de Freud quis citar um verso em latim, porém o fez de forma incompleta: ‘*Exoriar(e) ex nostris ossibus ultor*’. Frente seu esquecimento, o mesmo pediu auxílio a Freud para poder lembrar do verso original. Freud então citou o verso completo: ‘*Exoriar(e) aliquis nostris ex ossibus ultor*’⁹⁵.

Por saber que a teoria freudiana oferecia um ponto de vista particular sobre o significado dos esquecimentos, o rapaz propôs um desafio a Freud: descobrir o motivo do seu esquecimento. Freud

⁹² Tal ponto de vista não é compartilhado por outras abordagens terapêuticas psicológicas, as quais sugerem intervenções como ‘você está me adversando’ frente situações em que o paciente muda de tópico conversacional ou que não responde à perguntas que o terapeuta lhe dirige.

⁹³ Freud (1901/1976, p. 28-31).

⁹⁴ Freud (1909/1969, p. 191-2).

⁹⁵ Verso proveniente da *Eneida* de Virgílio, que traduzido significa: ‘Que dos meus ossos desponha alguém como vingador!’.

aceitou o desafio com a condição de que o amigo apenas dissesse “*sinceramente e sem espírito crítico*, tudo que lhe [ocorresse] quando, sem ter qualquer intenção definida, [estivesse] dirigindo a atenção para a palavra esquecida” (FREUD, 1901/1976, p. 28).

A partir desta recomendação, o rapaz disse que a primeira idéia que lhe veio à mente foi a de dividir a palavra que tinha esquecido (*aliquis*) em *a* e *liquis*. Freud continuou incentivando o rapaz a revelar os pensamentos que vinham na sequência. O rapaz associou as seguintes palavras: ‘*Reliquien*’, ‘liquefazer’, ‘fluidez’ e ‘fluido’. A seguir o paciente lembrou-se de *Simão de Trento*, cujas relíquias havia visto dois anos atrás numa igreja, na cidade de Trento. Citamos o texto original: “Estou pensando na acusação de sacrifícios de seres humanos em rituais que agora está novamente sendo lançada contra os judeus, e penso no livro de *Kleinpaul* em que ele considera todas essas supostas vítimas como encarnações, poder-se-ia dizer, novas edições, do Salvador” (FREUD, 1901/1976, p.29).

Freud então lembrou que estes assuntos tinham certa relação com a conversa que estava tendo com o rapaz, pouco antes do esquecimento da palavra *aliquis*. O rapaz concordou com a observação e deu continuidade ao processo de associação de idéias. Lembrou-se de um artigo que lera recentemente num jornal italiano com o título semelhante a ‘O que Santo *Agostinho* disse sobre as mulheres’ e em seguida disse:

‘Pois agora vem algo que com toda a certeza não tem relação com o nosso tema.’

‘Por favor, abstenha-se de qualquer crítica e...’

‘Sim, entendo. Penso num velho senhor distinto que encontrei quando eu viajava na semana passada. Ele era realmente *original*. Parecia ser uma ave de rapina enorme. Chamava-se *Benedito*, se isso lhe interessa’ (FREUD, 1901/1976, p. 29).

Neste ponto Freud recapitulou a sequência de palavras e pensamentos formada pelo amigo, destacando a recorrência dos nomes de santos e padres da Igreja: São *Simão*, Santo *Agostinho*, São *Benedito*, bem como o prenome *Paul* [Paulo] contido na palavra *Kleinpaul*. O rapaz continuou a relatar o que lhe vinha à mente: São *Januário* e o milagre do seu sangue. Neste ponto do processo o amigo de Freud relatou que seus pensamentos ‘avançam automaticamente’⁹⁶.

Freud notou que tanto São *Januário* quanto Santo *Agostinho* são santos relacionados ao calendário. Então pediu ao rapaz que o ajudasse a lembrar do milagre de São *Januário*. O rapaz explicou que o sangue deste santo encontra-se guardado em um frasco, numa igreja em Nápoles, “[...] e num dia determinado ele se *liquefaz* milagrosamente. As pessoas dão muita importância ao

⁹⁶ Freud (1901/1976, p. 29).

milagre e ficam muito excitadas se houver um atraso, como aconteceu, certa vez [...]” (FREUD, 1901/1976, p. 30).

Freud continuou incitando o paciente a associar as idéias. Então o rapaz disse:

‘Agora realmente algo me *veio* à mente ... mas é algo íntimo demais para ser revelado ... Além disso, não vejo qualquer relação, nem qualquer necessidade de contá-lo’.

‘Pode deixar a relação por minha conta. É claro que não posso forçá-lo a falar sobre uma coisa que o senhor considera desagradável; mas então não queira saber de mim como veio a esquecer o *aliquis*’.

‘Realmente? É isso que o senhor pensa? Bem, repentinamente pensei numa senhora de quem eu facilmente poderia receber uma notícia de algo bastante desagradável para ambos’.

‘Que as regras dela não vieram?’

‘Como conseguiu adivinhar isso?’ (FREUD, 1901/1976, p.30).

Freud justificou a adivinhação a partir do caminho associativo seguido pelo amigo: *santos do calendário; sangue que começa a fluir num determinado dia; o transtorno quando há atraso neste acontecimento*. Freud concluiu que o rapaz utilizou o milagre de São Januário para produzir uma alusão às regras das mulheres.

O segundo exemplo de aplicação do método da associação livre refere-se a um trecho de uma sessão de atendimento de um paciente obsessivo, na qual o paciente associou idéias em torno da palavra alemã ‘*dick*’:

Certo dia, estando fora, em suas férias de verão, ocorreu-lhe [ao paciente] de súbito a idéia de que ele era muito gordo [em alemão ‘*dick*’], e de que ele teria de *ficar mais magro*. Começou, pois, a levantar-se da mesa antes de servirem a sobremesa e apressar-se pela rua, sem o chapéu, sob o calor ofuscante do sol de agosto; a seguir, também, subiu com pressa uma montanha, até parar, forçado e vencido, pela transpiração. Certa época, suas intenções suicidas de fato emergiram, sem disfarce, por detrás dessa mania de emagrecer: quando se encontrava à beira de um precipício profundo, recebeu a ordem de saltar, o que sem dúvida significaria sua morte (FREUD, 1909/1969, p. 192).

Quando incitado a associar livremente, o paciente lembrou que, contemporaneamente ao aparecimento destes sintomas, sua dama estava em companhia de um primo inglês chamado *Dick*. O paciente sentia ciúmes do *Dick*, pois este se mostrava muito solícito frente à sua dama.

A partir dessa associação revelada pelo paciente, a interpretação da obsessão do paciente em emagrecer e colocar sua vida em risco tornou-se acessível: o ato de matar o *gordo* (‘*dick*’)

emagrecendo estava relacionado ao seu desejo de matar⁹⁷ o *Dick* (primo da sua dama). Freud complementa: “[...] Nosso paciente, então, havia desejado matar o *Dick*; tinha estado mais enciumado e enraivecido em relação a ele do que podia admitir para si mesmo, e isso foi a razão por que se impusera esse emagrecimento mediante uma punição” (FREUD, 1909/1969, p. 192).

Estes exemplos mostram-se adequados para identificarmos algumas características próprias do processo de associação livre. A primeira delas é que, via de regra, a pessoa que associa livremente depara-se com assuntos íntimos, desagradáveis ou assuntos que deseja esquecer ou afastar da sua consciência. A segunda característica é que as ligações entre as associações geralmente são ‘superficiais’, seja por ocorrerem via similaridade de som, por ambiguidades semânticas ou sintáticas, seja por ocorrerem entre assuntos que só possuem algo tipo de ligação para a pessoa que associa livremente. Isto implica que somente a pessoa que produz um lapso, um chiste, um sonho, uma fantasia ou mesmo um sintoma neurótico pode confirmar a validade de uma interpretação. As similaridades sonoras, ambiguidades de significado, entre outros funcionam como espécies de ‘pontes verbais’ ou ‘pontes linguísticas’ as quais estão presentes em atividades como brincadeiras infantis, linguagem poética, fantasias, sonhos, piadas e nos sintomas neuróticos. Abordaremos com mais profundidade este assunto no tópico 3.4.. Neste sentido, o papel do analista é auxiliar o paciente a dar continuidade ao processo associativo, até que surjam informações relevantes frente ao que se deseja tomar conhecimento.

3.2.2. Implicações técnicas do método da associação livre

Em paralelo ao desenvolvimento do método da associação livre, também a concepção de tratamento psicanalítico e seus objetivos sofreram modificações. Inicialmente o objetivo do médico era analisar um a um os sintomas apresentados pelo paciente. Porém, tal formato foi abandonado em detrimento de uma técnica menos diretiva. Vejamos como Freud descreveu esta nova forma de tratamento das neuroses, em meados de 1900:

Agora deixo o próprio paciente escolher o assunto do trabalho do dia, e desta forma parto de qualquer aspecto que seu inconsciente esteja apresentando à sua percepção no momento. Mas neste plano tudo que tenha a ver com o esclarecimento de um determinado sintoma emerge pouco a pouco, entrelaçado

⁹⁷ Não devemos tomar ao pé da letra a expressão ‘matar o Dick’, considerando que ela remete a um campo semântico mais amplo que sugere significados como ‘se livrar do Dick’, ‘fazer o Dick desaparecer’ ou ‘afastar o Dick da sua dama’. Tal relativização de significado também deve ser aplicada às afirmações amplamente atribuídas à psicanálise de que a criança, quando com raiva, tem o desejo de matar seus pais, de que a o menino deseja sexualmente sua mãe, que a menina deseja engravidar do pai entre outras, de forma a evitar interpretações selvagens e forçadas. Cada uma destas afirmações adquire valor ao reconhecermos sua função metafórica.

em vários contextos e distribuído por períodos de tempo grandemente apartados. Apesar desta visível desvantagem, a nova técnica é muito superior à antiga, e, na verdade, não pode subsistir dúvida de que é a única possível (1905 [1901]/1972, p. 10).

Ao invés de questionar o paciente sobre as causas e dinâmica dos seus sintomas neuróticos, o psicanalista incita-o a falar com liberdade total, de modo que ele escolha os assuntos e a ordem em que serão abordados. Atuações mais diretivas por parte do psicanalista também são previstas num processo de tratamento, porém ocorrem num segundo momento, após o paciente trazer consideráveis informações via associação livre. Com base neste tipo de dados, o psicanalista pode auxiliar o paciente a esclarecer os motivos subjacentes ao seu sofrimento neurótico e a encontrar novas possibilidades de superação de seus impasses subjetivos.

Para Freud, nada é mais importante num processo de tratamento do que a aplicação do método da associação livre. Tanto que, segundo suas recomendações, o analista deve interromper a interpretação de um sonho, de um chiste ou de qualquer outro conteúdo quando o paciente reinicia o processo de associação livre de idéias. Mais do que tentar encontrar o significado de um sonho – e isto também se aplica aos demais fenômenos interpretáveis em psicanálise como chistes, fantasias, sintomas –, deve o psicanalista sempre estar disposto a escutar as novas associações trazidas pelo paciente e a postergar o processo interpretativo, não se preocupando em concluir a compreensão dos significados de fenômenos pontuais. Assim, o psicanalista só deve direcionar o paciente a retomar algum processo interpretativo quando se esgotam todas as possibilidades de o paciente dar continuidade ao processo de livre associação⁹⁸. Como consequência, o processo de interpretação torna-se ‘alargado/ampliado’, pois não pode ser concluído rapidamente, como geralmente acontece nas situações comunicativas espontâneas. A atribuição de significado a um enunciado, a uma expressão, a uma palavra ou a um outro comportamento pode ficar suspensa durante várias sessões, até que novas associações livres forneçam informações que permitam ao analista e ao paciente conferir significados às mesmas⁹⁹.

Em outro texto fundamental sobre a técnica psicanalítica, intitulado *Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise*¹⁰⁰, Freud aprofunda a descrição dos aspectos do método da associação livre, tanto sob a perspectiva do médico quanto sob a perspectiva do paciente. Suas indicações são de caráter geral, sem que tenham a pretensão de determinar e reger de forma rígida como o psicanalista deve proceder. Ao contrário, Freud convida cada psicanalista a desenvolver sua forma própria de aplicar o método de associação livre, contanto que respeite seus princípios gerais.

⁹⁸ Para mais, ver Freud (1911/1969a, p. 122).

⁹⁹ Retomaremos esta questão nas páginas seguintes.

¹⁰⁰ Freud (1912/1969b).

Neste mesmo artigo Freud compara a impossibilidade de prescrever os procedimentos a serem realizados pelo psicanalista no processo de análise com a impossibilidade de descrever todas as jogadas que um jogador de xadrez deve fazer durante o jogo. Tal como no xadrez, na análise apenas podem ser previstas algumas ‘jogadas iniciais’ e ‘jogadas de fechamento’, ficando todo o meio do jogo imprevisível.¹⁰¹

De início, é de fundamental importância que, durante o processo de associação livre, a atividade da ‘atenção’ não seja dirigida para um conteúdo específico ou a elementos pré-determinados, mas deve ser ‘uniforme’ frente a todos os fenômenos explicitados pelo paciente. O procedimento de manter a ‘atenção uniformemente suspensa’¹⁰² visa evitar que o paciente realize distinções intencionais de relevância frente ao material que lhe vem à mente. Também o psicanalista deve utilizar um modelo de atenção ‘uniformemente suspensa’ ao entrar em contato com o que é comunicado pelo paciente, pois, segundo Freud:

[...] Ao efetuar a seleção, se [o psicanalista] seguir suas expectativas, estará arriscado a nunca descobrir nada além do que já sabe; e, se seguir as inclinações, certamente falsificará o que possa perceber. Não se deve esquecer que o que se escuta, na maioria, são coisas cujo significado só é identificado posteriormente (1912/1969b, p. 150).

Seguindo este tipo de recomendação, o analista modifica o processo de atribuição de significado, promovendo uma espécie de ampliação ou alargamento do tempo necessário para finalizar o processo de atribuição de significado ao que é comunicado pelo paciente. Retomando a distinção apresentada na nota 29 entre o ‘significado da sentença’ (nível semântico) e ‘o que o falante pretende dizer a partir do enunciado por ele proferido’ (nível pragmático), podemos agora inserir um terceiro nível de interpretação, o psicanalítico, o qual propõe a busca de ‘um querer dizer além do que o sujeito pretende dizer intencionalmente’¹⁰³. Tal direcionamento parte do pressuposto de que o paciente não sabe ou não tem o domínio de tudo o que diz, ou, que o paciente diz mais do que pretende falar quando utiliza a linguagem frente a um outro. Diferentemente de uma ‘confissão’ – na qual a pessoa conta o que sabe e o que lhe aflige para um outro –, na análise o paciente é estimulado a falar daquilo que nem ele próprio tem idéia que sabe, ou seja, é incitado a falar daquilo que não sabe ou, dito de outro modo, a falar daquilo que ele não sabe que sabe¹⁰⁴.

¹⁰¹ Para mais, ver Freud (1913/1969, p. 164).

¹⁰² Freud (1912/1969b, p. 149-50).

¹⁰³ Lacan (1953-1954/1996, p. 275).

¹⁰⁴ Para mais, ver Freud (1940 [1938]/1975a, p. 201).

Tais características próprias ao modelo de tratamento psicanalítico permitem-nos diferenciar tal prática de outras tão comuns no campo mais amplo da psicologia, como técnicas de aconselhamentos e tentativas de convencimento do paciente. Sobre este assunto, Freud assume a seguinte posição:

Se um paciente nosso estiver sofrendo de um sentimento de culpa, como se ele houvesse perpetrado um crime grave, não recomendamos que ele despreze seus escrúpulos de consciência e não frise sua reconhecida inocência; ele próprio muitas vezes tentou fazê-lo sem êxito. O que fazemos é recordarlhe que um sentimento tão forte e persistente deve, afinal de contas, estar baseado em algo real, que talvez possa ser possível descobrir (FREUD, 1926/1976, p. 217).

Não é nossa proposta aprofundar o exame das diferenças entre as inúmeras propostas terapêuticas psicológicas e a técnica psicanalítica, porém, é importante esclarecermos que a prática do psicanalista não engloba técnicas de aconselhamentos ou sugestões sobre o que o paciente deve fazer para obter uma diminuição do seu sofrimento. A função do psicanalista é auxiliar o paciente a ampliar o saber que ele tem sobre si próprio e sobre seu sofrimento psíquico. Para que isso ocorra é inevitável que o paciente tenha que percorrer um longo percurso de associação de idéias, acompanhado pelo psicanalista, para então poder acessar novos pontos de vista sobre questões que até então permaneciam incompreendidas. Para ilustrar a amplitude deste percurso, Freud, em seu artigo chamado *A questão da análise leiga*, utiliza a seguinte metáfora: “Toneladas de minério podem conter pouco metal precioso”. (1926/1976, p. 249).

Também o psicanalista precisa se submeter à regra da associação livre para que este método funcione plenamente. A sua contraparte da regra da associação livre pode ser resumida da seguinte forma: o psicanalista deve abdicar dos seus julgamentos morais, crítica e seleção intencional de elementos na sua atividade de escuta, deixando em neutralizadas suas opiniões pessoais. “Ele [o analista] deve conter todas as influências conscientes da sua capacidade de prestar atenção e abandonar-se inteiramente à ‘memória inconsciente’. [...] Ele deve simplesmente escutar e não se preocupar se está se lembrando de alguma coisa” (FREUD, 1912/1969b, p. 150).

Articulando o ponto de vista freudiano ao ponto de vista da pragmática da linguagem, podemos afirmar que o analista deve suspender o uso do modelo interpretativo pragmático enquanto escuta o paciente, ou seja, não deve tentar identificar quais são as intenções do paciente ao proferir determinados enunciados. Além disso, o analista não deve tentar memorizar intencionalmente as informações que possam parecer mais importantes no contexto do tratamento. É óbvio que o psicanalista só consegue obedecer a estes princípios (porém nunca de forma absoluta) após adquirir

uma considerável experiência prática¹⁰⁵. A questão da não seleção e não memorização intencional de informações que parecem essenciais ao tratamento é extremamente complexa e não deve ser compreendida, segundo nosso ponto de vista, a partir de uma suposição de ‘neutralidade’ do psicanalista. Fatores como análise pessoal, formação e experiência profissional influenciam diretamente o modo como o analista realiza a seleção do material explicitado pelo paciente.

Mesmo frente à impossibilidade da completa neutralidade, durante o processo de tratamento o psicanalista deve colocar-se inteiramente à disposição das associações livres do paciente, de modo a interpretar conteúdos ou mesmo sensações que venha a sentir como exclusivamente geradas pelo paciente, e não pela sua pessoa. Metaforicamente, podemos dizer que o analista ‘empresta’ ao paciente o seu aparato mental ao se propor a elucidar as partes censuradas da história do paciente relacionadas com o surgimento do seu estado neurótico.

É função do psicanalista percorrer a rede de pensamentos (conscientes e inconscientes) do paciente na medida em que este avança no processo de associação livre. Por não estar suscetível ao mesmo tipo de julgamentos e censuras que o paciente se impõe, o psicanalista tem condições de inferir e complementar as informações que até então estavam proibidas de aceder à consciência do paciente – devido ao fato de o paciente não conseguir suportá-las. Assim, o analista acessa um campo de pensamentos censurados pelo paciente e o auxilia a reconhecê-los novamente como seus, a partir de um novo processo de julgamento.

Sendo assim, podemos observar que o psicanalista utiliza parâmetros específicos para diferenciar as informações mais relevantes das menos relevantes, os quais são distintos daqueles utilizados pelos interlocutores em situações comunicativas espontâneas (nas quais a percepção da intenção do falante é primordial para o processo interpretativo)¹⁰⁶. Segundo Freud:

[...] os casos mais bem sucedidos são aqueles em que se avança, por assim dizer, sem qualquer intuito em vista, em que se permite ser tomado de surpresa por qualquer nova reviravolta neles, e sempre se os enfrenta com liberalidade, sem quaisquer pressuposições. A conduta correta para um analista reside em oscilar, de acordo com a necessidade, de uma atitude mental para outra, em evitar especulação ou meditação sobre os casos, enquanto eles estão em análise [...] (1912/1969b, p. 153).

¹⁰⁵ Aqui encontramos um dos motivos que justificam a importância de o analista passar por um processo de análise, enquanto paciente. Durante a análise pessoal ele tem a oportunidade de perceber os seus estereótipos inconscientes que podem vir a interferir negativamente na atividade da escuta psicanalítica. Além da análise pessoal, existem pelo menos mais três fatores primordiais para a formação do psicanalista: estudo teórico, supervisão e experiência. Para mais, ver Freud (1926/1976, p.250).

¹⁰⁶ Dascal (2006, p. 667), ao comentar a postura de Eco (1993) explicitada na obra *Os Limites da Interpretação*, argumenta que as intenções do autor não são suficientes para a determinação da interpretação de um texto, pois, a semântica não está sob o controle subjetivo nem do autor, nem do intérprete. Esta posição é compatível com o ponto de vista psicanalítico, o qual assume a idéia de que o paciente não tem controle integral de suas produções linguísticas (ou extralinguísticas), e que, por este motivo, sempre comunica mais do que pretende comunicar.

Difícilmente poderíamos afirmar que uma comunicação espontânea pode se constituir de acordo com as características acima descritas, pois, como conceber uma situação comunicativa em que os interlocutores não lancem mão de pressuposições sobre o que o outro quer dizer ou sobre o porquê do interlocutor estar proferindo determinados enunciados? Apesar de considerarmos que uma interlocução segundo os critérios descritos por Freud é impossível (pois o psicanalista assume determinados intuítos e pressuposições), reconhecemos que há uma diferença significativa entre o modelo comunicativo psicanalítico e o usual. Argumentaremos no capítulo 6 desta tese que a atividade do analista não é ‘neutra’, mas se baseia em princípios distintos de seleção de relevância.

Durante o processo interpretativo, cabe ao analista “fazer uso de tudo o que lhe é dito para fins de interpretação e identificar o material inconsciente oculto, sem substituir sua própria censura pela seleção de que o paciente abriu mão” (FREUD, 1912/1969b, p. 154). Enquanto o paciente tem a função de falar livremente, exige-se do analista que deixe livre a atividade de rememoração, desconsiderando quaisquer objeções lógicas ou afetos que o predisponham a julgar os conteúdos apresentados pelo paciente. Ao obedecer a esta exigência, o analista é capaz de construir significados de forma diferente que a verificada em situações comunicativas usuais, pois esta construção ocorre a partir da percepção dos ‘derivados do inconsciente’¹⁰⁷ do paciente, e não pela atribuição de intenções a um falante. Dito de outro modo, o psicanalista passa a ter acesso àquilo que rege o modo como o paciente associa livremente os assuntos, a ordem dos mesmos e as ligações que estabelecem entre si, pois, o processo de associação só é livre em relação à abertura que é dada na conversação para a quebra dos princípios conversacionais padrões. Para a psicanálise, a escolha da ordem das associações, palavras, lapsos, referenciações, entre outros não é ‘livre’, pois tem uma determinação (desconhecida inicialmente pelo próprio paciente e pelo psicanalista). O tratamento tem a função de possibilitar o reconhecimento desta lógica ‘inconsciente’, desta determinação não sabida, que rege os processos de formação de sintomas, chistes, atos falhos, fantasias e, conseqüentemente, das associações livres do paciente. Esta determinação funciona tal como um imperativo impessoal, ao qual o paciente encontra-se submetido, sem que tenha qualquer percepção disso. Tais imperativos geralmente são revelados pelo paciente a partir de enunciados na forma impessoal como ‘tem que ser assim’, ‘tem que fazer’, ‘não pode fazer...’, ‘não pode perder’, ‘não pode ser assim’, ‘não pode conseguir...’, entre outros. Eles são percebidos ou a partir da fala do paciente, ao utilizar tais expressões, ou por inferência do analista, a partir da observação de comportamentos e padrões relacionais. A percepção por parte do paciente de um imperativo ao qual está submetido de forma inconsciente consiste num importante passo no tratamento, pois o paciente

¹⁰⁷ Para mais, ver Freud (1912/1969b, p. 154).

passa a ter condições de notar as situações em que este imperativo incide e, assim, se posicionar conscientemente perante o mesmo.

Depois de termos realizado um percurso histórico que apresenta alguns dos momentos mais relevantes do desenvolvimento das técnicas de tratamento utilizadas por Freud, desde o período pré-psicanalítico até o advento do método da associação livre, é chegado o momento de compreendermos com maior profundidade quais são os fundamentos teóricos do tratamento psicanalítico. Começemos pela noção psicanalítica de ‘conflito psíquico’.

3.3. A NOÇÃO FREUDIANA DE ‘CONFLITO PSÍQUICO’

Neste tópico vamos apresentar o conceito de ‘conflito psíquico’, considerado como um dos pilares de toda a construção teórica psicanalítica. Para tanto, também abordaremos os conceitos de ‘repressão’ e ‘transferência’, os quais nos auxiliarão a compreender o modo de formação de um conflito psíquico patológico e a função que o uso da linguagem adquire no tratamento psicanalítico.

Desde as descobertas realizadas por Breuer¹⁰⁸, o principal objetivo do método psicanalítico passou a ser o de auxiliar o paciente a recuperar a consciência de conteúdos mentais que, por algum motivo, tornaram-se inconscientes. A forma de atuação do médico passou por sucessivas modificações, tornando-se cada vez menos diretivo em comparação com os modelos anteriores. Em paralelo, a atividade expressiva (em especial, via fala) passou a ser reconhecida como fundamental para o progresso do tratamento, principalmente quando realizada segundo os princípios da associação livre.

A adoção do método da associação livre e o conseqüente abandono da hipnose trouxeram consigo algumas dificuldades ao tratamento, como a intensificação da censura, do julgamento e da seleção intencional de materiais por parte do paciente, as quais obstaculizam o processo de associação livre a ser realizado pelo paciente. Por impedir o paciente a obedecer à regra do tratamento, tais operações mentais foram reconhecidas por Freud como formas de ‘resistência’ ao próprio tratamento. Frente à constatação deste fenômeno, Freud, inspirado em teorias francesas do final do século XIX¹⁰⁹, passou a assumir o pressuposto do ‘conflito psíquico’¹¹⁰, o qual define a vida mental a partir da coexistência de conjuntos ou grupos de idéias incompatíveis entre si. Segundo Thá (2007, p. 26), “Essa noção é tão fundamental e norteadora do pensamento freudiano

¹⁰⁸ Descritas anteriormente no tópico 3.1.2..

¹⁰⁹ Em especial, a teoria da ‘divisão da consciência’ de Pierre Janet. Para mais, ver Freud (1914/1974, p. 44 e 52).

¹¹⁰ Para um exame mais profundo da noção de ‘conflito psíquico’ remetemos o leitor à primeira parte do livro de Thá (2007).

que poder-se-ia chamá-la de axioma básico da psicanálise”. Segundo a noção de conflito psíquico, apenas um destes grupos permanece acessível ao pensar consciente do sujeito, enquanto que o outro grupo de pensamentos é afastado da consciência e relegado ao esquecimento a partir de um processo de supressão de idéias. De acordo com esta perspectiva, alguns tipos de conflito psíquico têm potencial patológico, podendo implicar a formação de sintomas neuróticos.

Geralmente um conflito psíquico nasce da oposição entre as aspirações morais/ estéticas e desejos inadmissíveis do próprio sujeito, tais como desejos egoístas, cruéis, agressivos ou impulsos sexuais socialmente não permitidos (os quais variam de pessoa a pessoa e de cultura a cultura). São propícias ao surgimento de um estado neurótico as situações em que o sujeito não suporta reconhecer alguns de seus desejos por julgá-los repulsivos sob um ponto de vista ético, estético ou social¹¹¹. Nestes casos, o sujeito passa a rejeitar não só tais desejos, mas uma série de conteúdos psíquicos que a eles estão vinculados. A partir do processo de ‘repressão’¹¹², o sujeito continua a sentir desprazer, porém é poupado do contato direto com os conteúdos subjacentes ao conflito psíquico. O sintoma neurótico surge em lugar do conflito psíquico, tal como um substituto dos pensamentos reprimidos, conservando um traço de ligação com estes. Em contrapartida, a direção do tratamento é a de auxiliar o paciente a reconstituir as associações entre os sintomas neuróticos e as idéias reprimidas subjacentes ao seu surgimento.

A dificuldade em se compreender os componentes do conflito psíquico deve-se ao fato de que eles não se encontram em mesmo ‘pé de igualdade’, pois apenas uma das contrapartes do conflito permanece consciente ao paciente, ao passo que a outra permanece inacessível ao seu pensar consciente. A tarefa da análise é fazer com o que o paciente possa ter consciência do lado do conflito até então reprimido, pois, enquanto ambos os lados não podem ser colocados lado a lado, de forma que um possa influenciar o outro, o conflito permanece sem perspectiva de resolução¹¹³. Ou seja, é função do tratamento auxiliar o paciente a perceber integralmente o conflito psíquico relacionado ao surgimento de seus sintomas neuróticos. Após o reconhecimento do conflito, cabe ao paciente dar a ele um desfecho, sem que para isto o analista tenha que realizar qualquer influência diretiva. “Transformando a coisa inconsciente em consciente, suspendemos as repressões, removemos as precondições para a formação de sintomas, transformamos o conflito patogênico em

¹¹¹ Existe uma importante diferença entre ‘desejar’ algo e ‘realizar’ tal desejo. Neste sentido, podemos afirmar que o tratamento psicanalítico auxilia o sujeito a reconhecer seus desejos, cabendo exclusivamente a ele a decisão de realizá-los ou não. Isto porque a neurose está intimamente relacionada com o fato de o sujeito não se permitir reconhecer alguns de seus próprios desejos (em especial aqueles que são contrários às suas principais crenças e auto-imagens).

¹¹² Segundo a definição de Laplanche e Pontalis (2000), a repressão equivale a uma “operação psíquica que tende a fazer desaparecer da consciência um conteúdo desagradável ou inoportuno: idéia, afeto, etc. (p. 457).

¹¹³ Para mais, ver Freud (1917 [1916-1917]/1976, p. 505).

conflito normal, para o qual deve ser possível, de algum modo, encontrar uma solução” (FREUD, 1917 [1916-1917]/1976, p. 507).

O analista assume uma função de ‘tradutor’ durante o tratamento, pois, cabe a ele auxiliar o paciente a preencher as lacunas de memórias que surgem em decorrência do processo de repressão de conteúdos psíquicos, tornando-os acessíveis ao pensar consciente. Contudo, não basta para isto que o psicanalista comunique¹¹⁴ ao paciente o conhecimento que vai formando sobre ele, sobre seu conflito psíquico e sobre a origem dos seus sintomas, pois:

[...] [o paciente] não o receberá *em lugar de* seu material inconsciente, mas *ao lado* do mesmo; e isso causará bem pouca mudança no paciente. [...] devemos procurar, em sua memória, o lugar em que [o conteúdo] se tornou inconsciente devido a uma repressão. [...]

Como removemos a resistência? Da mesma forma: descobrindo-a e mostrando-a ao paciente. [...] Assim, fazemos o mesmo que tentamos fazer inicialmente: interpretar, descobrir, comunicar; mas, então, estamos fazendo-o no lugar certo (1917 [1916-1917]/1976, p. 509).

Esta constatação é de extrema importância para o sucesso do trabalho terapêutico, pois, a partir dela podemos perceber que há uma diferença significativa entre o procedimento de confrontar o paciente com conteúdos que lhes são inconscientes e a iniciativa de auxiliá-lo no processo de descoberta destes conteúdos. É paradoxal a reação do paciente quando é confrontado antes do tempo com seus conteúdos reprimidos: o paciente age como se nada escutasse; desconsidera a intervenção do analista, a despeito da sua relevância. Ou seja, o paciente não reage a uma intervenção prematura, pois nem expressa concordância nem a renega; apenas a ignora, tratando-a como se não tivesse sido dita. Segundo Freud: “[...] informar o paciente sobre seu inconsciente redundante, em regra, numa intensificação do conflito nêle e numa exacerbação de seus distúrbios” (1910/1970, p. 211). Freud ainda afirma que se fosse essa a direção do tratamento, ‘ouvir conferências ou ler livros’ seria suficiente para a cura do paciente. Portanto, o ato de comunicar ao paciente determinados conteúdos por ele reprimidos só pode ser realizado quando ele já estiver próximo de realizar tais descobertas. Além disso, as intervenções terapêuticas só obtêm efeito após o paciente ter constituído uma relação de confiança com o analista – uma ‘transferência’¹¹⁵ consistente.

O processo de não aceitação e não reconhecimento dos conteúdos reprimidos é similar à impossibilidade de rememoração dos conteúdos expressados durante o estado de hipnose (método hipnótico). Este parece ser um fenômeno complexo, intrigante e ainda mal compreendido. Nossa

¹¹⁴ Trataremos com maior profundidade esta questão no tópico 3.7..

¹¹⁵ Trataremos do conceito de transferência no tópico 3.6.1..

opinião é a de que tanto a dificuldade de o paciente lembrar do que falou em estado de hipnose quanto a não aceitação de uma intervenção acertada, porém prematura, estão relacionadas com uma impossibilidade de o paciente aceitar como ‘seus’ determinados conteúdos. Consequentemente, podemos afirmar que há uma diferença significativa entre ‘escutar’ e ‘se apropriar verdadeiramente’ de algo, pois, a primeira operação apenas circunscreve um processo de percepção sensorial, enquanto que a segunda pressupõe modificações significativas no funcionamento mental.

Sendo assim, podemos afirmar que a função do psicanalista não é a de comunicar integralmente o conteúdo reprimido ao paciente – tendo em vista a ineficácia terapêutica deste tipo de procedimento –, mas sim fornecer orientações que venham a auxiliar o paciente a reconhecer a contraparte inconsciente do conflito, do mesmo modo que “[...] um estudante que vê através de um microscópio, pela primeira vez, é instruído por seu professor a respeito daquilo que irá enxergar; de outro modo, ele não o verá, absolutamente, embora esteja ali e seja visível” (1917 [1916-1917]/1976, p. 510). Em suas intervenções, o analista não deve revelar ao paciente algo que esteja muito além das suas possibilidades de compreensão, mas apenas direcioná-lo no sentido do reconhecimento de conteúdos mentais não disponíveis ao processo de pensamento consciente. É fundamental salientar que quando falamos em ‘possibilidades de compreensão’, não estamos nos referindo ao processo de compreensão semântica ou pragmática, mas a um tipo de compreensão que promove uma tomada de posição por parte do paciente em relação à comunicação realizada pelo analista, seja através de uma reação de concordância ou de discordância. O que notamos no contexto clínico ainda não é tratado de forma mais profunda pelas teorias linguísticas e pragmáticas: ao ser exposto a uma interpretação precipitada, o paciente simplesmente a ignora, tal como se ela nunca tivesse sido realizada. De acordo com esta espécie de ‘semântica psicanalítica’, uma intervenção pode ser considerada acertada quando o paciente dá continuidade ao processo de associação livre, quando aceita ou quando a nega veementemente.

Após termos discutido a noção de conflito psíquico e identificado como o psicanalista auxilia o paciente no processo de identificação e conscientização dos conteúdos inconscientes relacionados ao estado neurótico, passaremos a seguir à apresentação do conceito de ‘processo primário’, o qual representa o modelo de funcionamento mental inconsciente (correspondente a uma das contrapartes do conflito psíquico patológico).

3.3.1. O conceito de ‘processo primário’

A constatação da correlação entre o conflito psíquico e a formação de sintomas neuróticos, sonhos, atos falhos, chistes, fantasias, enfim, dos fenômenos chamados posteriormente por Lacan de

‘formações do inconsciente’, foi decisiva para a diferenciação proposta por Freud entre dois modelos de processamento mental. As formações do inconsciente referem-se aos fenômenos equivalentes no contexto do trabalho de análise: chiste, ato falho, sonho, fantasia, sintoma. A característica comum a todos eles é que são fenômenos passíveis de significação, segundo um ponto de vista psicanalítico. Em seu artigo *Esboço de Psicanálise*, Freud afirma que: “[...] os processos no inconsciente ou no id obedecem a leis diferentes daqueles do ego pré-consciente. Denominamos essas leis, em sua totalidade, de *processo primário*, em contraste com o *processo secundário*, que dirige o curso das ocorrências no pré-consciente, no ego” (1940 [1938]/1975a, p. 190).

O funcionamento concomitante dos processos ‘primário’ e ‘secundário’ faz com que o sujeito possa ter idéias contraditórias sobre um mesmo assunto, sem que tais idéias necessariamente sejam reconhecidas de modo consciente pelo próprio sujeito. Cada uma das idéias pode continuar ativa e isolada da outra, sem que haja um processo de decisão do sujeito por uma delas. Esta concepção de funcionamento mental é contrária às idéias comumente aceitas de que o modo de o ser humano pensar e de agir obedece a critérios de coerência, de que as escolhas são realizadas exclusivamente a partir de intenções conscientes e que o ser humano conhece e domina a própria vida mental. A concepção psicanalítica do funcionamento mental também difere do modelo psicológico adotado pela Teoria da Relevância, segundo o qual o indivíduo automaticamente realiza a seleção da hipótese mais relevante quando se encontra diante de uma contradição.

A noção psicanalítica de ‘conflito psíquico’ nos permite reconhecer a coexistência de processos mentais incoerentes entre si na vida psíquica humana. Ou seja, é possível que uma pessoa ‘queira/acredite em (a)’, ao mesmo tempo em que ‘não queira/não acredite em (a)’. Pensemos em alguns exemplos retirados da nossa experiência clínica: 1) uma paciente pode realizar uma afirmação do tipo: ‘Eu quero que a minha filha melhore de saúde, pois está doente e precisando de mim’ e fornecer uma série de indícios que permitem concluir que a paciente acredita em outro tipo de afirmação como: ‘Eu não quero que a minha filha melhore porque, se ela melhorar, eu vou ter que lidar com alguns problemas que estou evitando como, por exemplo, me reaproximar do meu marido’; 2) um paciente pode afirmar conscientemente algo como: ‘Eu quero continuar trabalhando aqui, pois preciso do salário’ e acreditar em algo como ‘Eu não quero mais trabalhar aqui, pois não estou satisfeito’; 3) um paciente pode fazer a seguinte afirmação: ‘Eu quero me casar’, e concomitantemente realizar toda uma série de atos que sugerem algo como: ‘Eu não quero me casar’.

Frente à constatação da coexistência de pensamentos contraditórios, o sujeito tem pelo menos duas possibilidades. Ele pode, num primeiro momento, aceitar ambas as formas de pensar e colocá-las em debate para, após uma análise mais completa, escolher uma delas, ou ele pode

esforçar-se em evitar pensar numa das duas tendências (geralmente naquela que lhe causa algum tipo de desprazer), e agir como se o conflito não existisse. Neste segundo caso, a contradição não deixa de existir, pois nenhuma das contrapartes do conflito é julgada como improcedente. Quando o conflito psíquico causa intenso desprazer ao sujeito, a tendência é que ele tenha uma das suas partes suprimidas, de modo a tornar-se inacessível ao seu pensar consciente. Os conteúdos suprimidos continuam ativos, mesmo que não sejam perceptíveis conscientemente. É comum que este tipo de encaminhamento deflagre algum tipo de sofrimento psíquico ao sujeito, geralmente a partir de vias indiretas como, por exemplo, a formação de sintomas neuróticos.

É importante esclarecermos que o sujeito geralmente não opta por uma ou outra forma de lidar com o conflito psíquico a partir de um processo reflexivo consciente. São comuns os casos em que o sujeito reprime determinados conteúdos mentais que lhe causam desprazer antes mesmo de poder percebê-los nitidamente. Dentre os tipos mais comuns de pensamentos ou desejos que são rejeitados encontram-se os de caráter sexual – em especial aqueles que são repudiados sob um ponto de vista moral – e aqueles que são contrários à imagem que o sujeito faz dele mesmo. Podemos ilustrar algumas destas situações com os seguintes exemplos: ‘uma mulher bastante religiosa, casada, com filhos, que se sente atraída por outro homem’, ‘uma jovem que, após uma briga com a mãe, se assusta ao notar que desejou a sua morte’, ‘um homem que se considera heterossexual, porém sente-se atraído por uma pessoa do mesmo sexo’, ‘uma jovem que se considera honesta, mas que se percebe pensando em cometer um furto’. Tais exemplos têm a desvantagem de serem gerais e de não fornecerem uma visão mais fidedigna da vida mental de cada sujeito em questão, porém são válidos no sentido que ilustram situações comuns em que os sujeitos tendem a rejeitar o reconhecimento de alguns dos seus próprios desejos. Nos casos em que um conteúdo mental é inaceitável pelo sujeito ou que lhe causa intenso desprazer, uma das possibilidades é que o mesmo seja reprimido, o que implica uma diminuição do potencial de ligação e conexão entre este e os demais pensamentos. Este é o mecanismo básico de formação dos sintomas neuróticos e dos demais fenômenos inconscientes.

Quanto à primeira possibilidade de o sujeito lidar com a coexistência de pensamentos contraditórios (sem que precise reprimi-los), notamos que, ao optar por uma dentre as duas formas de pensar que constituem o conflito, o sujeito necessariamente passa a ter que arcar com o ônus inerente à atividade de escolha. Pensemos na seguinte situação: uma pessoa que está em dúvida se quer ou não ter um filho. Ao decidir por uma das possibilidades, o sujeito automaticamente passa a assumir as perdas ou desvantagens implícitas à sua escolha e a abrir mão das vantagens decorrentes da outra opção. Isto nos permite compreender que pacientes que relutam em realizar escolhas frente ao próprio conflito psíquico muitas vezes relutam em perder os benefícios propiciados pela posição

que não seria escolhida, o que revela a dificuldade do sujeito abrir mão de algo ao escolher uma das alternativas.

O fato de o paciente não ter condições de refletir conscientemente sobre seu conflito psíquico é condição para a operação de repressão, a qual intervém em uma das contrapartes do conflito, tornando-a inacessível ao pensar consciente. O papel da análise nestes casos é o de acessar juntamente com o paciente este grupo de pensamentos rechaçados. Via associação livre, o analista auxilia o paciente a suspender o controle intencional dos pensamentos, o qual está intimamente relacionado com a operação de censura, facilitando assim que as idéias inconscientes obtenham acesso ao pensar consciente. É função do analista atribuir validade ao material revelado pelo paciente durante o processo de associação livre e auxiliar o paciente a continuá-lo a despeito da resistência inerente ao trabalho. Neste sentido, Freud faz o seguinte esclarecimento:

Quando instruo um paciente a abandonar a reflexão de qualquer tipo e dizer-me o que lhe vem à cabeça, estou-me apoiando firmemente na presunção de que ele não será capaz de abandonar as idéias intencionais inerentes ao tratamento e sinto-me justificado em inferir que aquelas que parecem ser as coisas mais inocentes e arbitrárias que me conta acham-se de fato relacionadas à sua enfermidade (1900/1972, p. 567).

Ao atribuir validade¹¹⁶ aos conteúdos revelados via associação livre, os quais inicialmente parecem desprovidos de intencionalidade, o psicanalista incita o paciente a reconhecer a lógica de funcionamento do ‘processo primário’ que se encontra na base da formação de sintomas neuróticos, sonhos, parapraxias (atos falhos), chistes e fantasias. Da mesma forma como a sequência de associações livres fornece informações sobre o grupo de pensamentos rechaçados da vida mental consciente pelo paciente, as aparentes falhas do funcionamento psíquico (esquecimentos, trocas de nomes ou palavras, enganos) também revelam dados que permitem a reconstituição de uma rede de pensamentos e intenções inconscientes¹¹⁷. Este ponto de vista sobre o funcionamento mental fundamenta-se na hipótese freudiana de que uma pessoa pode ter intenções sem que necessariamente tenha consciência delas¹¹⁸.

Afirmar que um ato falho, um lapso ou outra formação do inconsciente tem sentido significa dizer que ele persegue a um objetivo próprio e que ele é dotado de um tipo de intencionalidade

¹¹⁶ Utilizamos o termo ‘validade’ com o sentido de ‘validade psíquica’, de algo que é dotado de significado e de intencionalidade (mesmo que o próprio sujeito que os produziu não tenha consciência disso).

¹¹⁷ Para mais, ver Freud (1901/1976, p. 287).

¹¹⁸ Para mais, ver Freud (1916 [1915]/1976, p. 84 e 94).

(geralmente não é acessível ao pensar consciente do sujeito)¹¹⁹. Para Freud, reconhecer que os fenômenos inconscientes têm sentido significa afirmar que eles têm “[...] ‘significação’, ‘intenção’, ‘propósito’ e ‘posição em um contexto psíquico contínuo’” (1916 [1915]/1976, p. 80). Implícita a esta concepção de funcionamento mental está o pressuposto freudiano de que a vida mental admite a coexistência de intenções contraditórias:

[...] a vida mental é a arena e o campo de batalha de intenções que se opõem reciprocamente ou, para dizê-lo de modo não-dinâmico, que se constitui de contradições e de pares de contrários. A prova da existência de determinado propósito não é argumento contra a existência de um propósito oposto; há lugar para ambos. É apenas uma questão de saber como se colocam esses contrários, um em relação ao outro, e que efeitos são produzidos por um e por outro (FREUD, 1916 [1915]/1976, p. 97).

Assim, diferentemente das hipóteses médicas tradicionais que consideram as ‘formações do inconsciente’ como meras falhas do funcionamento psíquico decorrentes de estresse, cansaço, ou de processos biológicos ou fisiológicos inerentes ao organismo humano, a psicanálise as compreende como resultantes de uma interferência entre as contrapartes de um conflito psíquico. Isto porque, segundo o ponto de vista psicanalítico, podemos observar que os tipos de ligações entre as idéias próprios do processo primário são diferentes dos realizados no processo secundário (pensar consciente). Dentre as formas de ligações específicas do processo primário destacam-se a ‘condensação’ – quando uma idéia simples passa a representar um conjunto de outras idéias –, o ‘deslocamento’ – quando a intensidade de uma idéia é transferida a outra, fazendo com que uma idéia a princípio sem importância adquira relevância – e a ‘transformação em imagens’ – quando pensamentos ou conjuntos de pensamentos passam a ser representados por imagens¹²⁰.

As formações do inconsciente revelam uma forma específica de organização de idéias em decorrência do caráter mais ‘frouxo’ das ligações que estas estabelecem entre si. É devido a este tipo de ligação que inúmeros tipos de relações e conexões entre idéias normalmente não admitidas em contextos conversacionais espontâneos tornam-se viáveis. O processo primário de funcionamento mental não se apresenta apenas em fenômenos como sintomas, chistes, parapraxias, mas pode ser encontrado com facilidade na lógica de funcionamento das brincadeiras infantis, nas

¹¹⁹ Para ver a diferença entre a concepção psicanalítica e a concepção da pragmática da linguagem sobre as causas de mal entendidos sugerimos que o leitor compare o que foi exposto até aqui com o ponto de vista de Dascal (2006, p. 314 e ss.). Abordaremos esta questão novamente sob a perspectiva de Sperber e Wilson (1986/2001) no tópico 5.1.2., p. 210.

¹²⁰ Tais processos encontram-se descritos em Freud (1900/1972, p. 543 e ss.). Dascal (2006, p. 395) realiza um breve exame destes mecanismos que atuam no trabalho de elaboração onírica e sugere uma analogia com o ponto de vista da ‘gramática transformacional’ contemporânea ao partir da noção de que as transformações descritas por esta gramática e as transformações verificadas nos sonhos não alteram o significado.

poesias e outros efeitos literários, na produção artística em geral e em outros contextos em que a atividade da censura e crítica são reduzidas ou suspensas¹²¹.

Através de “[...] caminhos incomuns, e através de associações externas, os pensamentos inconscientes encontram expressão como modificações de outros pensamentos” (FREUD, 1901/1976, p. 330-1). Ou seja, para serem expressos, os pensamentos que não são admitidos livremente na rede de pensamentos conscientes precisam passar por modificações que consigam atenuar suas incompatibilidades frente aos processos de pensamento conscientes. Quanto maior o desprazer gerado pela idéia reprimida, maior é o grau de modificação necessário para que ela possa ser expressa, pois só dessa forma ela poderá permanecer imune à atividade de censura.

Durante o processo de associação livre realizado pelo paciente, a partir da observação de relações associativas superficiais entre idéias – em especial, relações de homonímia, similaridade verbal ou semântica – psicanalista e paciente têm condições de reconstruir redes de idéias até então inconscientes. Devido ao fato de geralmente possuírem estrutura ambígua e por apresentarem significados potencialmente canceláveis, tal tipo de conteúdo mental tem a vantagem de não precisar submeter-se aos princípios da não contradição, de coerência, sequenciamento, relevância, clareza e objetividade. Um exemplo de operação mental em que um pensamento (a princípio censurável) adquire capacidade de tornar-se consciente é a brincadeira, como em: ‘mãe, se não me deixar sair eu vou te matar! É brincadeirinha...’.

Admitir a coexistência de intenções conflitantes na vida psíquica do sujeito, sendo geralmente uma delas inconsciente ao próprio sujeito, significa colocar em cheque toda uma tradição filosófica que assume como equivalentes o ‘funcionamento mental’ e o ‘campo da consciência’. Freud é contrário a esta posição ao afirmar que: “*as mais complicadas realizações do pensamento são possíveis sem a assistência da consciência*” (1900/1972, p. 631). Isto implica afirmar que a vida mental não tem seu funcionamento restrito ao ‘processo secundário’, o qual obedece ao mesmo tipo de leis subjacentes à constituição de uma relação comunicativa espontânea.

Após termos abordado o conceito psicanalítico de ‘conflito psíquico’ e termos analisado noções como ‘repressão’ e ‘princípio primário’, vejamos com maior profundidade quais são as características específicas da associação livre, como é o formato das cadeias associativas reveladas neste processo e como o psicanalista realiza o processo de atribuição de significado às associações livres apresentadas pelo paciente.

¹²¹ Dascal (2006, p. 397) também compara o tipo de fenômeno linguístico privilegiado pela psicanálise com as construções linguísticas encontradas na poesia: Nas suas palavras: “[...] quanto menos padronizado, estável e previsível for o elo associativo, melhor ele irá cumprir a sua tarefa, no caso do sonho. A condição psicopragnática de uso que disso resulta demonstra, portanto, uma tensão interna similar à encontrada na poesia: deve haver algum elo, mas ele não deve ser óbvio demais. Do contrário, ele não conseguirá enganar a censura (no caso da poesia, o poema perderia a sua força poética).

3.4. CARACTERÍSTICAS DAS CADEIAS ASSOCIATIVAS E AS PARTICULARIDADES DO MODELO INTERPRETATIVO PSICANALÍTICO

Uma das formas de podermos sintetizar a função do tratamento psicanalítico é afirmar que ele visa reconstituir o conjunto de idéias (conscientes e inconscientes) subjacentes ao conflito psíquico patológico. Podendo acolher conscientemente não só os conteúdos agradáveis, mas também aqueles que foram rechaçados do pensar consciente em decorrência do desprazer por eles ocasionado, o paciente passa a ter condições de encontrar novas alternativas de resolução do conflito psíquico. Freud prevê três possíveis soluções:

Ou a personalidade do doente se convence de que repelira sem razão o desejo e consente em aceitá-lo total ou parcialmente, ou este mesmo desejo é dirigido para um alvo irrepreensível e mais elevado (o que se chama ‘sublimação’ do desejo), ou finalmente, reconhece como justa a repulsa. Nesta última hipótese o mecanismo da repressão, automático e por isso mesmo insuficiente, é substituído por um julgamento de condenação com a ajuda das mais altas funções mentais do homem – o controle consciente do desejo é atingido (1910 [1909]/1970, p. 28).

Ou seja, durante o tratamento, o paciente passa a reconhecer a importância e a validade das contrapartes do seu conflito, o que implica uma nova oportunidade de resolvê-lo. Neste sentido, podemos afirmar que a neurose nada mais é do que o resultado da suspensão da tomada de decisão por parte do sujeito frente a tendências diferentes ou opostas. A impossibilidade de tomada de decisão na neurose provém do fato de que um dos lados do conflito nem mesmo pode ser reconhecido ou tornado objeto de reflexão em decorrência do desprazer que a sua percepção gera no sujeito.

Não é mérito de Freud a descoberta da coexistência de grupos de pensamentos contraditórios na vida mental humana. A concepção de que pensamentos conscientes e inconscientes coexistem na vida mental humana já era plenamente aceita por algumas teorias filosóficas do final do século XIX¹²². Contudo, Freud propôs uma definição particular de ‘inconsciente’, diferente daquelas até então aceitas, dando origem à noção até hoje conhecida como ‘inconsciente freudiano’. A diferença básica entre o conceito de ‘inconsciente’ e o de ‘inconsciente freudiano’ é que, “Se o termo inconsciente designa o conjunto de processos cognitivos em geral, o inconsciente freudiano designa o subconjunto desses processos referentes à elaboração do conflito psíquico” (THÁ, 2007, p. 28).

Por consistir num processo mental de elaboração do conflito psíquico, o inconsciente freudiano tem como função realizar um delicado trabalho de produção de significação, porém, via

¹²² Freud cita, em especial, o filósofo alemão Theodor Lipps, o qual “[...] afirmou muito explicitamente que o psíquico é, em si mesmo, inconsciente e que o inconsciente é o verdadeiro psíquico” (FREUD, 1940 [1938]/1975b, p. 321).

métodos alternativos que os utilizados no processamento mental consciente (processo secundário). A atividade da associação livre revela significados radicalmente diferentes dos significados produzidos em processos comunicativos ordinários. Além dos conteúdos revelados pela aplicação da regra da associação livre, também as resistências apresentadas pelo paciente em obedecê-la fornecem dados sobre a sua rede de pensamentos inconscientes.

Ao deparar-se com a impossibilidade de acesso direto ao conflito psíquico inconsciente, principalmente em decorrência da intensificação das resistências do paciente, a alternativa encontrada por Freud foi a de percorrer caminhos indiretos, acessos secundários que permitissem a construção de inferências sobre os elementos inacessíveis. Para fins de ilustração, vejamos um comentário de Freud sobre o tratamento da neurose obsessiva:

A neurose obsessiva pode ser curada se desfizermos todas as substituições e transformações afetivas que ocorreram, de forma que a autocensura primária e a experiência que pertence a essa autocensura possam ficar desnudadas e colocadas diante do ego consciente para serem julgadas de novo. Ao fazermos isto, temos de trabalhar um número incrível de idéias intermediárias ou conciliatórias, que temporariamente se tornam idéias obsessivas (1950 [1892-1899]/1977, p. 307).

O acesso aos conteúdos mentais reprimidos pelo paciente mostrou-se possível somente a partir da evocação de cadeias associativas extensas, ou seja, a partir de um grande número de associações livres evocadas pelo paciente durante o tratamento. Neste sentido, a recomendação é a de que o psicanalista não deve contentar-se com os primeiros materiais revelados pelo paciente, pois, “[...] a cena descoberta em primeiro lugar tem apenas a importância de ser um elo de conexão na cadeia de associações” (FREUD, 1896/1976, p. 222). A maioria das lembranças e pensamentos trazidos à tona pelo paciente durante o processo de associação livre tem apenas função de elo de ligação, tal como pontes que realizam a ligação entre a primeira associação livre e as cenas relacionadas diretamente com a gênese dos sintomas neuróticos. A função do psicanalista neste processo é a de estimular o paciente a continuar associando livremente até que possa evocar lembranças que permitam inferências mais completas sobre os elementos relacionados à origem dos sintomas neuróticos.

Em uma nota de rodapé do texto *Fragmento da análise de um caso de histeria*, Freud fala sobre a importância do psicanalista não se restringir ao contexto conversacional imediato (pragmático) durante a sessão, em especial quando o paciente relata sonhos, pois:

[...] numa linha de associações, as palavras ambíguas (ou, como podemos denominá-las, ‘palavras-desvio’) atuam como agulhas num entroncamento. Se as agulhas forem manobradas da posição em

que parecem estar no sonho, então nos encontramos em outro par de trilhos; e nesta segunda via correm os pensamentos que procuramos e que ainda jazem ocultos por trás do sonho (FREUD, 1905 [1901]/1972, p. 62) .

As expressões ou palavras ambíguas funcionam como ‘encruzilhadas’ que permitem o redirecionamento do processo interpretativo para outras vias que a sugerida pelo contexto conversacional imediato. A direção do trabalho analítico é revelar os significados potenciais dos enunciados (em especial aqueles decorrentes da ambiguidade) ao paciente. Isto porque é através dos inúmeros significados que podem ser inferidos a partir de expressões verbais, sintomas, sonhos, chistes, atos falhos e fantasias, explicitados pelo paciente que o conflito psíquico é expressado pelo paciente, mesmo que de forma distorcida. Considerando o potencial de construção de significados, as palavras adquirem um interesse especial no contexto psicanalítico, tanto por servirem de matéria prima para formação e explicitação de formações do inconsciente, quanto para a elucidação destes. Sabemos que, dependendo do contexto em que está inserida, uma mesma palavra pode adquirir inúmeros significados, inclusive alguns completamente antagônicos entre si. Da mesma forma que esta propriedade linguística é fundamental ao processo comunicativo espontâneo, ela também se encontra subjacente ao mecanismo de formação dos sintomas neuróticos e serve para a interpretação destes.

O caráter instrumental da linguagem e sua relação com o pensamento foram extensamente estudados por Freud em obras como a *Interpretação dos Sonhos*¹²³ e *Os chistes e sua relação com o inconsciente*¹²⁴. Nesta última, Freud notou que é comum a presença de palavras ou expressões com duplo significado nos chistes, as quais sugerem ao ouvinte pelo menos dois campos semânticos paralelos e distintos. O princípio cômico do chiste reside no fato de que o ouvinte é surpreendido por um significado que já se encontrava potencialmente implícito nos enunciados do chiste, mas que até então não havia sido percebido pelo ouvinte. É por este motivo que um chiste só revela seu efeito cômico no final, após a explicitação dos seus significados potenciais. Tal como o chiste, o discurso que o paciente produz acerca de seus sintomas neuróticos durante o processo de associação livre só pode ser interpretado *a posteriori*, ou seja, após a constatação dos diversos campos semânticos implícitos aos seus enunciados e comportamentos. O tempo necessário para um chiste chegar ao seu fechamento é significativamente menor do que o tempo necessário para a interpretação do material trazido pelo paciente via associação livre. Porém, em ambos os casos,

¹²³ Freud (1900/1972).

¹²⁴ Freud (1905/1969).

podemos verificar o mesmo fenômeno de ‘ampliação do fechamento da interpretação’ ou da ‘atribuição de significado’.

Outra particularidade do processo psicanalítico de interpretação é que ele adquire um formato de ‘rede’, pois não segue uma sequência ‘termo a termo’. Interpretações que não consideram a pluralidade de significados potenciais no discurso, do paciente, apesar de essenciais para o processo de compreensão entre interlocutores num processo comunicativo espontâneo, não têm efetividade no contexto de um tratamento psicanalítico. Nas palavras de Freud:

A cadeia de associações tem sempre mais que dois elos; e as cenas traumáticas não formam uma simples enfiada [sequência], como um colar de pérolas, mas ramificam-se e interligam-se como árvores genealógicas, de modo que, para qualquer experiência nova, duas ou mais experiências anteriores entram em operação como lembranças (1896/1976, p. 223).

Isto significa que a reconstituição das causas dos sintomas neuróticos não obedece a uma lógica linear ordinária, pois, depende de processos complexos de rememoração de conjuntos de pensamentos associados segundo leis próprias¹²⁵. A interpretação psicanalítica acolhe as associações livres comunicadas pelo paciente tal como se fossem rébus¹²⁶ – nos quais os elementos em sequência não revelam qualquer significado, mas quando relacionados a partir das coincidências sonoras, fônicas, sugerem significados inéditos.

Neste tópico apresentamos as características das cadeias associativas produzidas no contexto do tratamento psicanalítico e elencamos algumas particularidades do modelo interpretativo psicanalítico – consideravelmente distintas das observadas em situações comunicativas espontâneas. Vejamos a seguir como ocorre o processo de ‘análise’ e quais são suas diretrizes tendo como base a distinção proposta por Freud entre ‘conteúdo manifesto’ e ‘conteúdo latente’.

3.5. O PROCESSO DE ANÁLISE E O ACESSO AOS CONTEÚDOS LATENTES

Pudemos notar até aqui que tanto a atividade da associação livre, a ser realizada pelo paciente, quanto a atividade interpretativa própria ao psicanalista pressupõem um uso específico da ‘atenção’, o qual, em ambos os casos, não deve ocorrer concomitantemente à atividade reflexiva

¹²⁵ Freud apresenta estas leis de forma sistemática em sua obra *A Interpretação dos sonhos* (1900/1972, p. 330-60).

¹²⁶ Jogo que consiste em representar palavras ou frases por meio de desenhos ou sinais cujo nome apresenta analogia com o que se quer dar a entender. Nesse sentido, o desenho de um ‘sol’ somado a um desenho de um ‘dado’ remete à palavra ‘soldado’. Freud utiliza a metáfora do ‘rebus’ ao falar sobre como o psicanalista deve interpretar o conteúdo manifesto do sonho. Para mais, ver Freud (1900/1972, p. 296).

intencional¹²⁷. Este é o procedimento básico a ser seguido pelo paciente e pelo analista frente ao objetivo de acessar os ‘conteúdos latentes’ implícitos ao discurso manifesto. O primeiro uso da noção de ‘conteúdo latente’ remete à obra psicanalítica inaugural *Interpretação dos Sonhos*, e surge em contraposição à noção de ‘conteúdo manifesto’. Ambas foram originalmente utilizadas por Freud para distinguir a narração do sonho realizada pelo paciente (conteúdo manifesto) dos processos de pensamentos subjacentes à formação do sonho (conteúdo latente).

A inferência dos conteúdos latentes ocorre a partir de um processo de análise dos conteúdos manifestos. No contexto psicanalítico o termo ‘análise’ tem um significado semelhante ao significado que ele adquire no campo da Química, pois se refere ao procedimento de ‘separar’, ‘discriminar’, ‘dissecar’, em contraposição à operação de ‘síntese’ – que significa juntar elementos distintos que passam a formar uma unidade maior. Se pensarmos na atividade de fazer uma síntese de um texto, podemos defini-la como a atividade de produzir um novo texto de menor tamanho que o original que condense suas principais idéias e argumentos. Em contrapartida, analisar um texto significa discriminar seus elementos e tratar de cada um deles de maneira específica – o que resulta na produção de um texto significativamente mais extenso que o original. Vejamos como Freud define o processo de análise do sonho no contexto do tratamento psicanalítico:

Demonstrei [...] que o estranho conteúdo ‘manifesto’ dos sonhos pode ser tornado regularmente inteligível como sendo a transcrição mutilada e alterada das estruturas psíquicas racionais, que merecem o nome de ‘*pensamentos oníricos latentes*’. Chegamos ao conhecimento destes dividindo o conteúdo manifesto do sonho em seus componentes, sem considerar qualquer sentido aparente que possam ter [como um todo] e seguindo então os fios de associação que procedem de cada um dos elementos agora isolados (1905/1969, p. 184).

O processo de interpretação do sonho inicia a partir do reconhecimento dos seus elementos em separado, e não a partir do exame das inter-relações que tais elementos constituem entre si no texto manifesto do sonho, tal como sugere um processo interpretativo espontâneo. Dascal (2006) aborda esta questão da particularidade da interpretação do sonho ao afirmar que:

os sonhos “*não são criados com a intenção de serem compreendidos*”, e portanto não estão sujeitos às exigências comunicativas sociopragmáticas. A única ‘interpretação’ para os sonhos é a interpretação psicanalítica. A etapa intermediária da ‘interpretação pragmática’ é totalmente irrelevante para os sonhos (p. 391).

¹²⁷ Para mais, ver Freud (1916 [1915]/1976, p. 131-2).

Podemos ilustrar a diferença entre um processo interpretativo espontâneo e um psicanalítico a partir de um exemplo. Suponhamos que um paciente relatou o seguinte sonho durante o atendimento: ‘sonhei que estava numa casa com vários cômodos. Havia um quarto escuro, outro quarto cheio de móveis antigos e uma sala aparentemente abandonada. Duas portas estavam trancadas. Eu tentei abri-las à força, mas não consegui. Logo depois eu acordei’. Para ser interpretado segundo o ponto de vista psicanalítico, o primeiro procedimento a ser tomado é a discriminação dos elementos que compõem o sonho. Não é função do analista fornecer interpretações simbólicas pré-fabricadas aos sonhos trazidos pelos pacientes tais como as encontradas em manuais de interpretação de sonhos. O conteúdo latente do sonho só pode ser acessado a partir dos significados que o próprio paciente confere aos elementos do sonho, analisados um a um. Após o relato do conteúdo manifesto do sonho, é papel do analista incitar o paciente a associar livremente, partindo de cada um dos elementos presentes no conteúdo manifesto do sonho.

Podem ser consideradas como elementos do sonho a serem analisados as idéias de ‘casa’, ‘vários cômodos’, ‘quarto escuro’, ‘quarto cheio de móveis antigos’, ‘móveis antigos’, ‘sala aparentemente abandonada’, ‘portas trancadas’ e ‘não conseguir abrir as portas’ e outros que venham a ser eleitos pelo paciente. Cada idéia pode ser desmembrada em elementos menores (por exemplo, a idéia de ‘sala aparentemente abandonada’ como contendo as idéias de ‘sala’ – e o campo semântico que o paciente constrói em torno desta palavra – e de ‘abandonada’ – a qual pode remeter à idéia de ‘abandono’ e derivados). A escolha de quais são os elementos a serem analisados é realizada pelo paciente e também pelo psicanalista. Cabe ao analista escutar a rede de associações que o paciente produz a partir de cada termo e, somente ao final de todo o processo incentivar o paciente a fornecer uma significação geral para o sonho.

Após o paciente explicitar a série de associações originárias de cada elemento do sonho, torna-se possível observar que algumas idéias destacam-se por serem recorrentes e por promoverem um grande número de associações com outras idéias através de coincidências fônicas, homonímicas, similaridade semântica, ligações alusivas ou metafóricas. Ao levar a cabo a atividade interpretativa psicanalítica, analista e paciente acessam um novo nível de significação, ‘latente’ ao conteúdo manifesto. Vale salientar que a constatação das idéias recorrentemente evocadas pelo paciente durante o processo de análise do sonho não necessariamente fica restrito ao campo semântico do sonho, pois podem sugerir ligações com os demais conteúdos comunicados pelo paciente durante a mesma sessão ou em sessões anteriores. Os elementos do sonho geralmente revelam conexões com

outros conteúdos externos ao sonho, os quais são reevocados pelo paciente ou pelo analista, via associação livre do paciente ou ‘memória livre’¹²⁸.

O material revelado pelo paciente via associação livre não traz “[...] à tona o que realmente fora esquecido, mas [faz] tão claras e numerosas alusões a ele que, com o auxílio de certa suplementação e interpretação, o médico [pode] adivinhar (ou reconstruir) o material esquecido a partir dele” (FREUD, 1924 [1923]/1976, p. 244). Isso significa que o modelo de escuta e interpretação utilizado pelo psicanalista fundamenta-se no pressuposto de que este material tem valor ‘alusivo’, e não ‘literal’. Seguindo a contraparte da regra do paciente, ou seja, acessando a sua memória livremente, sem intenções pré-estabelecidas, o analista realiza uma espécie de ‘tradução’ deste material.

A atividade do analista de, a partir de alusões, suplementar, adivinhar ou reconstruir o material esquecido pelo paciente é fundamental para o processo de cura psicanalítica, tendo em vista que a manutenção da neurose encontra-se ligada à impossibilidade de o paciente acessá-los conscientemente. Para realizar esta atividade, o analista parte da constatação de que um processo mental inconsciente só ganha expressão após percorrer uma série de caminhos indiretos. Dessa forma, suas intervenções têm mais o sentido de acompanhar o paciente em seus caminhos associativos indiretos e complementá-los quando necessário do que o de tentar lançar interpretações pré-estabelecidas sobre a sua vida mental.

Ao abordar a questão da interpretação do lapso de linguagem, Freud afirma que “O número de pensamentos intermediários entre a questão e a descoberta do sentido do lapso é proporcional à resistência ligada a tais conteúdos” (1916 [1915]/1976, p. 85). Isto explica porque o processo de análise ocorre inicialmente a partir de elementos que tem apenas valor alusivo frente os objetivos principais do tratamento. Um conteúdo reprimido precisa passar por uma série de modificações e distorções para poder ter acesso à consciência do sujeito. O papel do psicanalista, neste caso, é o de atuar em sentido contrário ao processo de repressão, ou seja, auxiliando o paciente a aceitar os conteúdos que ele mesmo rechaçou em sua forma original. Isto só é possível porque o psicanalista tem condições de reconhecer os conteúdos que o paciente rejeita de forma inconsciente e de auxiliá-lo a reconhecê-los novamente como sendo válidos e significativos¹²⁹.

Por parecerem ‘livres’ e aleatórias, as associações produzidas pelo paciente durante o tratamento não são impedidas pela atividade da censura, pois parecem ser apenas subprodutos do funcionamento mental destituídos de importância psíquica. Porém, para o psicanalista, a evocação de idéias ou grupos de idéias com interesses intensamente emocionais, os ‘complexos’, não ocorre

¹²⁸ Ver tópico 3.2.2..

¹²⁹ Para mais, ver Freud (1900/1972, p. 650).

por acaso, mas possui significância. A noção de ‘complexo’ está vinculada a um conjunto de representações perturbador, que interfere no curso dos pensamentos e atos do sujeito. Este conjunto de representações obedece a uma organização e geralmente é dotado de forte valor afetivo.¹³⁰ Assim, enquanto o paciente pensa que está evocando uma série de idéias sem importância, o analista as escuta sabendo que em algum momento será possível encontrar o fio lógico que as mantém ligadas umas às outras.

As idéias veiculadas durante o processo de associação livre são espécies de derivados das idéias reprimidas que representam uma das contrapartes do conflito psíquico patológico. O processo de associação livre atinge seus objetivos quando o paciente, enquanto narra a sequência de idéias que lhe vêm à mente, se depara com conteúdos intimamente relacionados com as idéias reprimidas. Quando isto acontece, a tendência é a de que o paciente tente reprimir-las novamente. Porém, com auxílio do psicanalista, tais idéias são apresentadas novamente à consciência do paciente, o que faz com que sejam submetidas a um novo processo de julgamento – agora consciente – por parte do sujeito¹³¹.

Para inferir os conteúdos subjacentes à formação do conflito psíquico patológico o analista leva em consideração tanto os elementos verbalizados pelo paciente durante o processo de associação livre (ordem em que aparecem, ligação que estabelecem entre si) como uma série de fenômenos não verbais que compõem o ‘discurso’ do paciente. Dentre eles destacam-se a análise de atos, tiques, expressão corporal e facial, forma de relacionar-se com o analista, atrasos, entre outros elementos que podem auxiliar o analista durante o processo interpretativo. Vejamos a seguir de forma mais detalhada quais são estes elementos e como o analista os incorpora ao trabalho de análise.

3.6. A TRADUÇÃO E A ANÁLISE DOS DE ELEMENTOS NÃO VERBAIS NO CONTEXTO CLÍNICO PSICANALÍTICO

A atividade da fala é o principal instrumento utilizado durante trabalho de análise, pois é por seu intermédio que paciente e psicanalista podem tornar explícita a rede de pensamentos inconscientes relativos ao surgimento dos sintomas neuróticos. A centralidade que o uso da fala assume no contexto da clínica psicanalítica é explicitada por Freud quando este afirma que:

¹³⁰ Para mais, ver Freud (1916 [1915]/1976, p. 134-5), Kaufmann, (1996, p. 88) e Laplanche e Pontalis (2000, p. 70-2).

¹³¹ Para mais, ver Freud (1915/1974, p.173).

Nada acontece em um tratamento psicanalítico além de um intercâmbio de palavras entre o paciente e o analista. O paciente conversa, fala de suas experiências passadas e de suas impressões atuais, queixa-se, reconhece seus desejos e seus impulsos emocionais. O médico escuta, procura orientar os processos de pensamento do paciente, exorta, dirige sua atenção em certas direções, dá-lhe explicações e observa as reações de compreensão ou rejeição que ele, analista, suscita no paciente (FREUD, 1916 [1915]/1976, p. 29).

Ou seja, o analista dirige o tratamento sustentando-se num campo de linguagem em que os fenômenos verbais recebem destaque. A maior parte do processo de associação livre realizado pelo paciente e a maioria das intervenções efetuadas pelo psicanalista também ocorrem por intermédio da atividade da fala. Por fornecer vínculos intermediários¹³² que possibilitam a representação de pensamentos até então inconscientes, a fala se mostra essencial ao tratamento, tendo em vista que este progride na medida em que os conteúdos reprimidos pelo paciente são transformados em percepções¹³³ acessíveis ao seu pensar consciente. Além de todas as funções desempenhadas pela fala elencadas até aqui, ainda devemos considerar seu potencial catártico (função de descarga psíquica) e seu papel de auxiliar o psicanalista a compreender o tipo de implicação que o paciente apresenta frente ao seu próprio conflito psíquico.

No contexto psicanalítico podemos notar que há uma grande diferença entre um paciente pensar sobre determinado conteúdo e falar frente a um outro sobre este mesmo conteúdo. Ao falar sobre algo que até então só fora pensado, o paciente realiza uma atividade complexa que lhe possibilita perceber certos aspectos até então não percebidos, o que por sua vez pode deflagrar uma série de efeitos corporais (aumento e diminuição da tensão) e uma série de sentimentos como raiva, comoção, tristeza, perplexidade, apaziguamento, entre outros.

Contudo, o trabalho de análise não ocorre integralmente a partir da escuta dos conteúdos falados pelo paciente, ou seja, apenas levando em consideração o que é expressado verbalmente pelo paciente. Apesar de ser uma das operações mais importantes do processo de análise, na maioria dos casos (se não na totalidade) a atividade de fala realizado pelo paciente e a escuta desta fala por parte dele e do psicanalista não são suficientes para definir o que ocorre num processo de tratamento psicanalítico. São pelo menos dois os motivos que fundamentam esta nossa afirmação:

1) Notamos a partir da experiência clínica que o ato de falar não necessariamente acarreta efeitos terapêuticos, especialmente nos casos em que o paciente fala sobre determinado conteúdo até então reprimido, porém não o readmite na sua rede de pensamentos pré-conscientes. Ou seja, nestes casos o paciente parece falar sobre determinado assunto, porém sem lhe conferir qualquer

¹³² Ver Freud (1923/1976, p. 35).

¹³³ (idem, , p. 36).

validade. Quando isto ocorre, notamos que o sujeito não se implica frente ao que fala. É o caso, por exemplo, quando o paciente fala sobre determinados eventos da sua vida que estão claramente relacionados com a sua doença, porém, passado algum tempo, nega ter falado sobre eles, não mais reconhecendo o que havia dito há pouco.

2) Em todo tratamento psicanalítico o analista interpreta os elementos não verbais comunicados pelo paciente de forma concomitante à atribuição de significado ao que aos dados verbais, ou seja, ao que é dito pelo paciente. Tais elementos podem influenciar o analista a atribuir significados diametralmente opostos àqueles sugeridos por uma interpretação espontânea daquilo que é comunicado verbalmente pelo paciente. Por exemplo, uma expressão facial pode colocar em xeque todo o discurso falado quando não há uma coerência entre os ambos. Além do mais, não são incomuns no contexto clínico psicanalítico situações em que o paciente recusa-se a falar, restando assim ao psicanalista suportar o silêncio, ou, quando é o caso, dirigir-se ao paciente com base no que observa e percebe (dados não verbais).

Ou seja, ao invés de restringir sua atividade à escuta e interpretação das palavras e expressões ‘faladas’ pelo paciente, o analista reconhece como válidos para o processo de análise uma série de dados não verbais expressados pelo paciente durante a sessão e mesmo fora dela, por exemplo, atitudes do paciente como ligar para o psicanalista, cancelar ou faltar a sessões, entre outros. Sobre esta questão, Freud afirma que:

O que tem olhos para ver e ouvidos para ouvir pode convencer-se de que nenhum mortal pode guardar um segredo. Se os seus lábios permanecem silenciosos, ele conversa com as pontas dos dedos; a revelação transpira dele por todos os poros. E assim a tarefa de tornar consciente os recessos mais ocultos da mente é desse modo inteiramente possível de realizar (1905 [1901]/1972, p. 75).

Dentre os elementos não verbais mais relevantes para serem percebidos no paciente durante um processo de análise podemos citar a postura corporal, agitação motora, expressão facial, tiques, comportamentos repetitivos, entre outros. Situações em que o paciente demonstra uma incongruência visível entre seus comportamentos e os assuntos evocados via associação livre sugerem ao psicanalista a existência de um conflito psíquico (por exemplo, quando o paciente fala sobre um acontecimento agradável demonstrando um semblante de tristeza e sofrimento, ou quando uma paciente diz que determinado assunto não tem importância mas, ao falar dele, apresenta significativa agitação corporal). Tais situações são comuns quando um material psíquico foi

reprimido de maneira parcial, o que faz com que ele conserve sua capacidade de se exprimir, mesmo que por vias indiretas ou de forma distorcida¹³⁴.

A constatação de que existem conteúdos inconscientes que só podem ser expressos por outras vias que não pela fala possibilitou a percepção de um fenômeno que, mesmo sendo comum a toda relação interpessoal, é ainda desconhecido e pouco estudado fora dos limites da psicanálise. Trata-se da ‘transferência’, a qual será examinada no próximo tópico.

3.6.1. O fenômeno da ‘transferência’

Ao se conhecerem, é comum que as pessoas interajam umas com as outras a partir de certos padrões de relacionamento particulares a cada uma delas. Com base nestes padrões, as pessoas constroem uma imagem da pessoa até então desconhecida, mesmo que para isso não disponham de informações suficientes a respeito do outro. Nestes contextos é comum escutarmos afirmações como ‘acabamos de nos conhecer e já simpatizei com você, não sei o porquê’, ‘não gostei dele já de cara’ ou ‘não sei explicar, mas esta pessoa me passou uma sensação ruim’. Também no tratamento psicanalítico os pacientes transferem para o analista uma série de sentimentos que não se justificam pela conduta do psicanalista, ou pelas situações ocorridas no contexto do tratamento¹³⁵. Neste sentido, a relação que o paciente estabelece com o médico apenas deflagra um processo de transferência de conteúdos potencialmente presentes na vida mental do paciente (anteriores ao próprio início do tratamento).

Por saber que os conteúdos que o paciente transfere ao analista não são originados na própria relação terapêutica, o analista tem condições de concluir que os mesmos não são atuais, que não se aplicam especificamente à sua pessoa, mas que equivalem a repetições de algo que o paciente experimentou num período anterior ao início do tratamento. O psicanalista compreende que ele apenas é incluído “numa das série psíquicas que o paciente já formou” (FREUD, 1912/1969a, p. 134) de acordo com seus protótipos e ‘clichês estereotípicos’ de relação com o outro.

Através da constatação do fenômeno da transferência, o analista passa a ter acesso a informações significativas sobre a vida psíquica do paciente e, em especial, de uma série de conteúdos que lhes são inconscientes, apenas observando o modo como o paciente se relaciona com ele. O paciente não percebe conscientemente seus padrões relacionais, mas apenas os repete nas

¹³⁴ Para mais, ver Freud (1901/1976, p. 332).

¹³⁵ Para mais, ver Freud (1917 [1916-1917/1976, p. 503).

relações. Assim, uma importante tarefa do trabalho de análise é a de auxiliar o paciente a transformar em lembrança o que até então só podia ser repetido¹³⁶ em forma de ato.

É fundamental que o analista consiga mostrar para o paciente que os sentimentos gerados na relação terapêutica são provenientes de situações anteriores ao início do tratamento, ou seja, que são independentes da pessoa do analista. Para que isto ocorra de forma adequada, o analista precisa perceber e auxiliar o paciente a reconhecer as conexões entre os conteúdos transferidos para a relação terapêutica e os conteúdos referentes a relações anteriores da vida do paciente. À medida que vai sendo percebido conscientemente pelo paciente, o fenômeno da transferência transforma-se em material de análise, da mesma forma como os relatos de sonhos, chistes, atos falhos e os próprios sintomas neuróticos.

Em seu artigo intitulado *Recordar, repetir e elaborar* Freud afirma que o paciente expressa em atos os conteúdos que não podem por ele ser recordados (conteúdos inconscientes). Até que possam ter acesso à atividade de pensamento consciente, a única maneira destes conteúdos encontrarem expressão é através de atos repetitivos e compulsivos. Freud ilustra esta situação com o seguinte exemplo: “[...] o paciente não diz que recorda que costumava ser desafiador e crítico em relação à autoridade dos pais; em vez disso, comporta-se dessa maneira para com o médico” (1914/1969, p. 196). Cabe ao analista perceber e considerar toda a série de atuações que o paciente reedita na relação terapêutica como dados relevantes ao tratamento, o que só se torna possível quando o analista consegue colocar-se ‘de fora’ da relação, ou seja, quando consegue perceber o padrão de relação que paciente repete no contexto do tratamento. É óbvio que não é possível colocar-se literalmente ‘de fora’ de uma relação como esta, porém é fundamental que o analista tenha clareza de que o paciente apenas reedita com ele uma relação prototípica, que remete a contextos relacionais anteriores ao início do tratamento. Geralmente tais padrões relacionais têm origem na vida infantil do paciente e continuam ativos até que possam ser percebidos conscientemente pelo paciente. Também é importante notarmos mais uma vez a significativa diferença entre o modelo de interpretação ou modelo de atribuição de significado psicanalítico e o espontâneo, pois um falante ordinário dificilmente discrimina o fenômeno da transferência – mesmo porque tal operação não é essencial para a constituição de uma relação comunicativa espontânea. Voltando à definição do fenômeno da transferência, segundo Freud, o paciente repete com o analista:

[...] experiências mentais pelas quais já passou antes; ele [*transfere*] para o analista atitudes mentais que estavam prontas nele e intimamente associadas com sua neurose. [...] Assim, o que ele nos está

¹³⁶ Para mais, ver Freud (1917 [1916-1917/1976, p. 517).

mostrando é o núcleo da história íntima de sua vida: *ele o está reproduzindo de forma tangível, como se ele realmente estivesse acontecendo, em vez de recordar-se dele* (1926/1976, p.257).

Para reverter os efeitos indesejados da transferência e fazer com que ela se torne útil ao processo terapêutico é necessário que o psicanalista auxilie o paciente a encontrar suas origens em experiências passadas¹³⁷, e não nas atuais. A percepção dos conteúdos que o paciente transfere ao analista durante o processo de tratamento ocorre principalmente através da observação de padrões de comportamento do paciente (estruturação do discurso, conteúdos, suposições que atribui ao outro (e ao analista), atos e outros dados não verbais). No contexto clínico, o analista reconhece as atuações e dinâmicas discursivas como sendo formas particulares de rememoração que não podem ainda ser traduzidas em palavras pelo paciente. Na medida em que o paciente consegue reconhecer conscientemente seus padrões e clichês relacionais, ele passa a ter condições de optar por outras formas de estabelecer relação com o outro, não mais ficando submetido a uma repetição compulsiva de padrões de comportamento inconscientes.

Se a origem dos sintomas neuróticos encontra-se relacionada ao esquecimento e ao rechaçamento de uma das contrapartes do conflito psíquico, a função principal do tratamento psicanalítico é auxiliar o paciente no processo de ‘readmissão’ de tais conteúdos ao campo do pensamento consciente. Isto só é possível na medida em que o paciente consegue dirigir sua atenção para o próprio conflito psíquico, para o contexto em que ele surgiu, para as variáveis que o atenuam ou que o intensificam e para o tipo de ganho ou vantagem derivada da doença. Em psicanálise utilizamos a noção de ‘ganho secundário da doença’, a qual se refere às vantagens que a neurose traz para o sujeito como, por exemplo, possibilidade de não trabalhar, de receber cuidados especiais, de não ser responsabilizado por atos, entre outros.¹³⁸ Na medida em que o processo de ‘readmissão’ dos conteúdos rechaçados é levada a termo, a repetição compulsiva de determinados atos ou padrões relacionais dá lugar a lembranças até então inacessíveis à percepção consciente do paciente. Na medida em que a série de lembranças relacionadas ao conflito psíquico vão tornando-se acessíveis à atividade de reflexão consciente, o conflito psíquico perde forças e os sintomas neuróticos enfraquecem progressivamente, até que o paciente não mais permaneça submetido a estados de sofrimento psíquico intenso.

Ao observarmos mais profundamente como se apresenta o fenômeno da transferência durante o tratamento psicanalítico pudemos perceber a importância dos fatores não verbais no processo de análise – considerando que inúmeros conteúdos inconscientes ao paciente ligados ao

¹³⁷ Para mais, ver Freud (1914/1969, p. 198).

¹³⁸ Para mais, ver Freud (1913/1969, p. 175 e 186).

seu estado neurótico não podem ser por ele revelados via fala, mas apenas expressados por meio de atos e comportamentos repetitivos. A importância da fala nestes casos é a de servir como instrumento para a tradução dos atos repetitivos e aparentemente sem sentido em memórias e lembranças. Assim, podemos afirmar que o tratamento psicanalítico não se restringe aos fenômenos estritamente verbais, mas que utiliza a linguagem como instrumento para auxiliar o paciente no processo de transformar suas idéias inconscientes em pensamentos acessíveis à atividade reflexiva consciente.

Vejam os a seguir algumas outras variáveis intervenientes no processo interpretativo psicanalítico tais como o momento em que uma interpretação deve ser realizada e o tipo de uso da linguagem que proporciona efeitos terapêuticos ao paciente.

3.7. O PROCESSO DE INTERPRETAÇÃO E ATRIBUIÇÃO DE SIGNIFICADO NA CLÍNICA PSICANALÍTICA

Da mesma forma como o paciente precisa fazer um uso da linguagem (especialmente da fala) em sessão de acordo com a regra da associação livre, o analista também precisa obedecer a certos princípios quando realiza intervenções. Dentre eles podemos destacar o momento exato de se comunicar uma interpretação ao paciente¹³⁹. Isto porque, ao realizar uma interpretação ou uma comunicação de forma precipitada, é grande a possibilidade de o analista provocar a exacerbação da resistência do paciente, especialmente nos casos em que o paciente ainda não está preparado para ser confrontado com idéias que lhes são insuportáveis. Sobre esta questão, Freud faz a seguinte recomendação ao psicanalista:

O senhor estará cometendo grave erro se, num esforço talvez de encurtar a análise, lançar suas interpretações na cabeça do paciente logo que as houver encontrado. [...] A fórmula é: esperar até que o paciente tenha chegado tão perto do material reprimido que ele tenha apenas mais alguns passos na dianteira da interpretação que o senhor propuser¹⁴⁰ (FREUD, 1926/1976, p. 250-1).

Nos casos em que o psicanalista insiste em apressar o processo de interpretação e atribuição de significados, suas intervenções perdem o potencial terapêutico e passam a ser ignoradas pelo paciente. Devemos lembrar que, se um conteúdo foi rejeitado do grupo de pensamentos acessíveis à

¹³⁹ Sobre a questão do momento em que o analista deve intervir, ver Freud (1926/1976, p.250-1).

¹⁴⁰ Tal ponto de vista parece ser congruente aos princípios provenientes da Psicologia Cognitiva utilizados pela Teoria da Relevância. Uma idéia deixa de ter relevância e é abandonada nos casos em que coloca em xeque um sistema ideológico muito amplo, de modo que o seu reconhecimento implica um gasto de energia excessivo frente à tarefa de reformular toda uma série de suposições.

consciência do paciente, é porque de alguma maneira a sua lembrança estava gerando uma quota considerável de sofrimento psíquico. Forçar o processo inverso sem que o paciente esteja preparado equivale a um ato agressivo, e não terapêutico.

O tratamento psicanalítico não promove efeitos terapêuticos se o analista insiste em confrontar o paciente com informações que lhes são tão angustiantes a ponto de serem insuportáveis à sua percepção consciente. Quando exposto a uma interpretação precipitada, o paciente tende a reagir com negações hostis ou como se nada tivesse sido dito pelo psicanalista. Ou seja, o que torna uma interpretação válida não é a sua veracidade, mas o modo como é comunicada.

A constatação do funcionamento paralelo dos processos mentais primário e secundário auxilia-nos a compreender por que determinados conteúdos, em especial os reprimidos, são ignorados pelo funcionamento mental consciente (processo secundário) ou dele rejeitados automaticamente. Também são comuns as situações em que o paciente demonstra relativa compreensão sobre os fatores que influenciam a intensificação ou amenização de seus sintomas neuróticos, porém age como se nada soubesse acerca do seu estado neurótico (por exemplo, ao continuar realizando atos ou reforçando padrões de pensamento que intensificam seus sintomas neuróticos). Como forma de explicar situações similares a esta, Freud propôs a diferenciação entre duas formas distintas de ‘saber’:

Saber nem sempre é a mesma coisa que saber: existem diferentes formas de saber, que estão longe de serem psicologicamente equivalentes. [...] O conhecimento do médico não é o mesmo que o do paciente, e não pode causar os mesmos efeitos. Se o médico transferir seu conhecimento para o paciente, na forma de informação, não se produz nenhum resultado. [...] Com isso, aprendemos que existe mais de uma espécie de ignorância. [...] Tudo quanto nos resta acrescentar é que o conhecimento deve basear-se numa modificação interna no paciente, e esta só pode efetuar-se através de uma parcela de trabalho psicológico orientado para um objetivo determinado (1917 [1916-1917]/1976, p. 332).

Mesmo ‘sabendo’ de algo, o sujeito pode agir e pensar desconsiderando-o, como se nunca tivesse tido contado com tal saber. Aqui podemos observar novamente a diferença entre falar ou escutar algo e realmente se apropriar daquilo que foi falado ou escutado. Considerando que existe uma descontinuidade entre estes processos, podemos afirmar que num processo de tratamento psicanalítico, não basta o paciente falar ou se expressar frente a uma psicanalista. Tampouco é suficiente o analista informar ao paciente quais são os conteúdos inconscientes relacionados com o seu estado neurótico antes que ele esteja apto a incorporar verdadeiramente tais informações.

A partir do que constatamos até aqui, podemos fazer uma distinção inicial entre um tipo de uso linguagem que não provoca modificações internas no paciente e outro que promove mudanças. Este segundo tipo de uso da linguagem tem o potencial de auxiliar o paciente no processo psíquico de reintegração de conteúdos que até então permaneciam rechaçados da atividade de pensamento acessível à consciência. Esta modalidade de uso da linguagem, a qual nos interessa frente aos objetivos da nossa pesquisa, é encontrada com frequência na atividade de ‘construção’ em análise, a qual foi tratada de forma mais extensa por Freud apenas no final de sua obra. Vejamos a seguir como esta atividade é realizada no contexto do tratamento e quais são suas particularidades frente às outras formas de intervenção não psicanalíticas.

3.7.1. ‘Construções’ em análise

A noção de ‘construção’ em análise pode ser considerada por nós como uma das mais relevantes intervenções que o analista pode realizar durante um tratamento psicanalítico. Tal é sua importância que Freud chegou a afirmar que o uso do termo ‘construção’ é mais apropriado do que o termo ‘interpretação’ para explicar a tarefa do psicanalista no decorrer do tratamento, pois, a idéia de ‘construção’ sugere uma intervenção que abrange todo um período da vida do paciente por ele esquecido, em contraposição à idéia de interpretação, a qual sugeriria apenas a abordagem de elementos isolados¹⁴¹.

Para Freud, ‘todos os tipos de coisas’ como sonhos, idéias reveladas através da associação livre e repetições dos afetos ocorridas na relação transferencial são relevantes num processo de análise. “É dessa matéria-prima – se assim podemos descrevê-la – que temos de reunir aquilo de que estamos à procura” (1937/1975, p. 292). É a partir do exame desta gama de materiais que o analista propõe a reconstituição dos conteúdos esquecidos pelo paciente. Tal qual um arqueólogo que tem à sua disposição apenas as ruínas de uma edificação para poder reconstruí-la, o analista conta apenas com os “[...] fragmentos de lembranças, [as] associações e [o] comportamento do sujeito da análise”¹⁴² para realizar suas inferências e reconstruir as lembranças que lhe permanecem inconscientes. Sob este ponto de vista, a atividade do analista pode ser descrita da seguinte forma: propor construções ao paciente, verificar seus efeitos e realizar novas construções de forma sucessiva, até que se possa representar adequadamente os conteúdos reprimidos e esquecidos pelo paciente. Vejamos um exemplo de construção apresentado por Freud em seu artigo *Construções em Análise*:

¹⁴¹ Freud, (1937/1975, p. 295).

¹⁴² (idem, p. 293).

Até os onze anos de idade, você se considerava o único e ilimitado possuidor de sua mãe; apareceu então um outro bebê e lhe trouxe uma séria desilusão. Sua mãe abandonou você por algum tempo e, mesmo após o reaparecimento dela, nunca mais se dedicou exclusivamente a você. Seus sentimentos para com ela se tornaram ambivalentes, seu pai adquiriu nova importância para você... (1937/1975, p. 295).

Por ser uma atividade realizada a partir de fragmentos e alusões, não é raro que o analista chegue a propor para o paciente certas construções que não são adequadas para traduzir os conteúdos inconscientes ao paciente. Porém, o psicanalista não causa danos ao paciente quando isto ocorre. Isto porque o paciente geralmente não apresenta nenhuma reação quando lhe é apresentada uma construção inapropriada, ou seja, nem a confirma, nem a rejeita. Nestes casos, cabe ao analista esperar a emergência de novos materiais que lhe permitam realizar construções mais satisfatórias que as anteriores.¹⁴³

Frente ao nosso objetivo de identificar as particularidades do uso psicanalítico da linguagem e do modelo psicanalítico de atribuição de significado, é relevante observarmos como o analista interpreta as reações que o paciente apresenta frente às construções por ele propostas, seja de concordância, seja de discordância. O fato de o paciente aceitar como válida uma construção não significa necessariamente que ela seja verdadeira ou que ela tenha cumprido seu objetivo. Um ‘sim’ pode “prolongar o ocultamento de uma verdade que não foi descoberta”¹⁴⁴ quando é dito pelo paciente como o intuito de interromper a busca de uma construção mais compatível com seus conteúdos reprimidos. Para Freud, “O ‘sim’ não possui valor, a menos que seja seguido por confirmações indiretas, [ou] a menos que o paciente, imediatamente após o ‘sim’, produza novas lembranças que completem e ampliem a construção” (1937/1975, p. 297). Assim, a validade do ‘sim’ dito pelo paciente não depende apenas de sua intenção consciente, mas dos efeitos que a construção nele promove. Lembremos que a função da construção é a de abrir caminho até o conjunto de pensamentos reprimidos, traduzindo-os gradativamente em elementos verbais – os quais funcionam como ponto de partida para a realização das construções subsequentes¹⁴⁵.

¹⁴³ Ver Freud (1917 [1916-1917]/1976, p. 528) e (1937/1975, p. 295-6).

¹⁴⁴ Freud (1937/1975, p. 297).

¹⁴⁵ Encontramos uma noção semelhante ao trabalho psicanalítico pensado pelo viés da atividade de ‘construção’ na seguinte citação de Gadamer: “[...] a consciência hermeneuticamente esclarecida, na minha opinião, parece estabelecer uma verdade superior no sentido de que se volta para a sua própria reflexão. A sua verdade é, a saber, a da tradução. E é superior porque permite que o outro se torne nosso, não o destruindo de maneira crítica ou reproduzindo-o de maneira não crítica, e, sim, explicando-o no interior de nosso próprio horizonte, com os nossos próprios conceitos, e assim dando-lhe uma nova validade. A tradução permite aquilo que é o outro e aquilo que é nosso fundir-se em uma nova forma, ao defender o ponto de vista do outro, mesmo se for contrário ao nosso modo de ver” (1976, p. 94 *apud* Dascal, 2006, p. 643).

Nos casos em que o paciente rejeita uma construção, o analista não necessariamente atém-se à sua reação negativa, pois, em psicanálise, o ‘não’ expresso pelo paciente é potencialmente ambíguo. Salvo um pequeno número de casos, o ‘não’ “expressa uma resistência que pode ter sido evocada pelo tema geral da construção que [...] foi apresentada [ao paciente] [...]. Dessa maneira, a única interpretação segura de seu ‘não’ é que ele aponta para a qualidade de não ser completo” (1937/1975, p. 297-8). Negações veementes do paciente acompanhadas de reações como repúdio e irritação são sinais de que a construção é válida, considerando que a mesma foi capaz de mobilizar conteúdos inconscientes ao paciente. Nestas situações, ao responder ‘não’ o paciente apenas está legitimando a interpretação e demonstrando que o caminho interpretativo sugerido pelo psicanalista pode continuar sendo explorado.

Em suma, a posição do paciente ao aceitar ou negar uma construção não equivale a um dado suficiente para comprovar se a construção proposta pelo psicanalista foi ou não efetiva. Somente a partir da avaliação de sinais indiretos (o modo como o paciente dá continuidade ao processo de associação, o tipo de conteúdos evocados nas associações subsequentes e os indícios comportamentais) é que o analista pode concluir se a construção por ele comunicada foi válida. Sobre a forma como o analista interpreta as reações dos pacientes quando lhes são comunicadas construções, existem pelo menos três tipos de situações em que podemos observar divergências entre os modelos interpretativos psicanalítico e pragmático: 1) o analista reconhece como adequada a construção que, mesmo rejeitada veementemente pelo paciente, incentiva-o a produzir associações subsequentes que a corroboram e associações que ampliam a compreensão do estado neurótico do paciente; 2) quando o paciente profere enunciados como ‘isto não me faz pensar em (x)’ ou ‘a última coisa que eu relacionaria com isso é (y)’ o psicanalista tende a compreendê-los como ‘isto me faz pensar em (x)’ e ‘a primeira coisa que eu relacionaria com isso é (y)’¹⁴⁶; 3) o analista tende a julgar como inadequada as construções que, depois de reveladas ao paciente, são por ele assumidas como verdadeiras, porém sem que seja dada continuidade ao processo de associação de idéias. Em suma, o ‘sim’ em psicanálise pode ser significar um ‘não’ e um ‘não’ pode significar um ‘sim’ (sem que estejamos nos referindo a fenômenos como o da ironia). O objetivo do psicanalista, diferentemente de um interlocutor ordinário, não é a percepção das intenções do paciente inerentes à sua iniciativa de negar ou aceitar determinadas construções.

Tal como o processo de interpretação de um ato falho, de um chiste, de um sonho ou de um sintoma, o julgamento sobre a validade ou não das construções realizadas em análise não ocorre no

¹⁴⁶ Para a psicanálise, o ‘não’ se insere ao pensamento num segundo momento. Assim, para se pensar em ‘eu não quero isto’, primeiramente existiu o pensamento ‘eu quero isto’. É óbvio que tais regras interpretativas não se mostram adequadas quando utilizadas em contextos comunicativos espontâneos, porém são extremamente úteis ao psicanalista em seu ofício de reconstruir lembranças inconscientes a partir dos indícios apresentados pelo paciente.

instante imediatamente posterior em que as mesmas são comunicadas ao paciente, mas *a posteriori*. Ou seja, exige-se do analista uma atitude de ‘postergação’¹⁴⁷ frente à tarefa de interpretar os efeitos das construções apresentadas ao paciente. À medida que o processo de tratamento progride, a história do paciente, antes fragmentada, confusa e incompleta, passa a torna-se mais lúcida e consistente. Conforme a história do paciente vai sendo reescrita¹⁴⁸ com a complementação dos trechos até então esquecidos, seus sintomas neuróticos perdem força até não mais se apresentarem.¹⁴⁹

Após termos realizado esta retomada do modo como a linguagem é utilizada no contexto clínico psicanalítico, dos conceitos psicanalíticos fundamentais relativos ao funcionamento mental e após termos destacado as principais particularidades do modelo de interpretação psicanalítica estamos aptos a avançar para o próximo passo da presente pesquisa. Passaremos para a segunda parte desta tese, composta pelos capítulos 4 e 5. Iniciaremos o próximo capítulo estabelecendo as bases epistemológicas metodológicas do nosso estudo de campo para, na sequência, apresentarmos e discutirmos os estudos pilotos 1 e 2.

¹⁴⁷ Freud destaca que são características essenciais ao analista “paciência, calma e abnegação própria” (1926/1976, p.251).

¹⁴⁸ Costa (1994) propõe uma compreensão do processo analítico como uma atividade de ‘redescricao’ contínua da história por parte do paciente. Por fundamentar-se numa concepção pragmática da linguagem, o autor considera que as redescricões não precisam ser necessariamente compatíveis com o que ‘realmente’ aconteceu no passado, mas que as mesmas devem avaliadas de acordo com a função que passam a desempenhar para o paciente. Subjacente à posição do autor encontra-se um amplo debate sobre o caráter verídico ou não das lembranças ou das construções realizadas pelo psicanalista. Concordamos com a perspectiva oferecida por Costa (1994), a qual é incompatível com o ponto de vista apresentado por Freud (1918 [1914]/1976), capítulo IV.

¹⁴⁹ A relação entre a neurose e a fragmentação da história do sujeito já era abordada por Freud desde seus primeiros trabalhos. Para mais, ver Freud (1905 [1901]/1972, p. 16) e 1910 [1909]/1970, p. 21). Lacan (1953-1954/1996, p. 21-3) também aborda este tema em seu Seminário 1.

PARTE II

CAPÍTULO 4 – ESTUDO DE CAMPO

Até o presente momento realizamos os três primeiros passos por nós previstos como necessários para uma compreensão das particularidades do modelo psicanalítico de interpretação (atribuição de significado) e do modo como a sua aplicação promove os efeitos terapêuticos verificados no contexto clínico. Inicialmente partimos da distinção proposta por Dascal (2006) entre os modelos de interpretação criptográficos, hermenêuticos, modelos de interpretação pragmática e os modelos causais de estrutura profunda, o que nos permitiu traçar as primeiras comparações entre a atividade interpretativa desempenhada pelo psicanalista e a atividade interpretativa realizada pelos interlocutores em contextos comunicativos espontâneos.

Em seguida partimos para o segundo passo do nosso trabalho, no qual realizamos uma incursão no campo da pragmática da linguagem. Retomamos os pressupostos fundamentais das teorias de Grice (1975), Austin (1975), Brown e Levinson (1987) e, de forma mais detalhada, da Teoria da Relevância de Sperber e Wilson (1986/2001). Justificamos nosso interesse especial nesta última teoria devido à importância que a mesma confere aos processos psicológicos inerentes ao fenômeno da comunicação e à ênfase que a teoria confere à atividade interpretativa realizada pelo ouvinte durante o processo de conversação. Também argumentamos que a Teoria da Relevância é adequada à nossa proposta de estudo por se propor a abordar uma série de fenômenos que se apresentam de forma universal em qualquer interlocução humana. Considerando que a relação desenvolvida entre paciente e psicanalista no contexto clínico psicanalítico corresponde a uma situação comunicativa, entendemos ser adequado utilizar a Teoria da Relevância como paradigma para a análise dos dados colhidos no estudo de campo com psicanalistas (a serem apresentados no capítulo 5). Como já explicamos no início desta tese, nossa intenção é a de realizar uma análise linguístico/pragmática da experiência comunicativa psicanalítica para podermos identificar quais são os seus pressupostos, suas particularidades e suas semelhanças frente ao modelo de comunicação espontânea.

No capítulo 3 realizamos uma revisão das diferentes funções do uso da linguagem desde as primeiras até as últimas versões do método psicanalítico elaboradas por Freud, abordando com maior especificidade as características do ‘método da associação livre’. Depois de termos ilustrado como se dá a aplicação deste método e termos discutido quais são suas particularidades técnicas, apresentamos a noção de ‘conflito psíquico’ – a qual implicou a apresentação de outros conceitos

psicanalíticos fundamentais como o de ‘inconsciente’, ‘recalque’, ‘transferência’, ‘processo primário’ e ‘construção em análise’.

Conforme argumentamos na introdução desta tese, optamos pela realização de um estudo de campo com psicanalistas para obtermos um maior número de dados que nos permitam compreender as especificidades da comunicação que se estabelece entre paciente e psicanalista. Nossa intenção é a de detectar quais são os parâmetros utilizados por cada psicanalista participante da pesquisa para atribuir significado ao que é dito pelo paciente durante a sessão¹⁵⁰.

Contudo, antes de apresentarmos os passos de elaboração, aplicação e os resultados do estudo de campo, entendemos ser relevante expormos de forma concisa algumas questões relativas às suas bases epistemológica e metodológica. Sendo assim, abordaremos alguns conceitos elaborados por Popper (1978, 1982 e 1987) e por Kuhn (1978). Num segundo momento iniciaremos uma discussão sobre metodologia científica, enfatizando as particularidades inerentes à produção de conhecimento científico no campo das humanidades. Em seguida, apresentaremos os passos de elaboração e aplicação dos estudos pilotos 1 e 2 e seus resultados para, finalmente, abordaremos a construção, a aplicação e os resultados do estudo empírico definitivo, realizados com uma amostra de 7 psicanalistas.

4.1. SOBRE A BASE EPISTEMOLÓGICA E METODOLÓGICA DO ESTUDO EMPÍRICO

Antes de apresentarmos a nossa proposta de estudo empírico propriamente dita, entendemos ser necessário realizar uma breve discussão de caráter epistemológico, na qual explicitaremos qual é a perspectiva de ciência por nós assumida, tendo em vista o caráter interdisciplinar do nosso trabalho.

A Epistemologia, a ‘teoria do conhecimento’, equivale a uma subárea da filosofia que tem como proposta o estudo dos problemas relativos à aquisição do conhecimento. Consequentemente, a epistemologia também se dedica ao estudo dos critérios que permitem validar ou invalidar o conhecimento e à análise da origem, estrutura, coerência e consistência lógica dos métodos científicos – considerando que o conhecimento científico não é a única forma de obtenção de conhecimento. Para os fins do presente trabalho, adotamos a definição de ciência exposta por Freire-Maia (1990) como: “um conjunto de descrições, interpretações, teorias, leis, modelos, etc., visando ao conhecimento de uma parcela da realidade, em contínua ampliação e renovação [...]” (p. 24). Por conseguinte, uma teoria reconhecida como científica tem como função fornecer o enquadre

¹⁵⁰ Descreveremos detalhadamente o estudo de campo no tópico 4.2. desta tese.

para os estudos a serem realizados em determinada área e servir de paradigma interpretativo do conjunto de fenômenos observados pelo pesquisador.

Desde o final do século XIX até o momento atual podemos destacar pelo menos três marcos na história da epistemologia da ciência: o neo-positivismo do Círculo de Viena, o Racionalismo Crítico e a concepção de ‘paradigma científico’, elaborada por Kuhn (1978). O Círculo de Viena nasceu no início do século XX a partir da reunião de filósofos e cientistas como Moritz Schlick, Rudolf Carnap e Otto Neurath¹⁵¹. Influenciados pelas idéias do ‘primeiro Wittgenstein’¹⁵², os componentes do Círculo criaram um sistema filosófico chamado ‘positivismo-lógico’, baseado em princípios provenientes da matemática e da física. Segundo a perspectiva do positivismo lógico do Círculo de Viena, o conhecimento científico válido se restringe ao âmbito daquilo que é testável e verificável objetivamente, segundo princípios dedutivos. Dentro desta perspectiva, o conhecimento construído de acordo com as regras científicas precisa ser replicável por qualquer outro pesquisador que obedeça às regras e aos procedimentos científicos previamente estabelecidos.

Para que o conhecimento seja reconhecido como científico, ele precisa ser objetivo, generalizável e verificável. A explicação científica começa no momento em que uma relação é determinada como ‘necessária’, e não apenas como ‘possível’, ou quando se determina o ‘como’, o ‘quando’ e o ‘quanto’ inerentes às relações entre os elementos estudados pelo pesquisador (MATALLO, 2000b, p. 42).

Contudo, o pressuposto de que a diferenciação entre conhecimento científico e outras formas de conhecimento (religioso, senso comum, ciências humanas, entre outras) se daria exclusivamente pela possibilidade de falseabilidade do primeiro passou a ser questionada por filósofos como Popper (1978, 1982 e 1987) e Kuhn (1978). Ao elaborar a noção de ‘refutabilidade’, Popper¹⁵³ demonstrou que existem inúmeras formas de conhecimento que são verificáveis, mas que não podem ser consideradas como científicas. Um exemplo é o saber religioso, o qual se estrutura a partir de princípios gerais imunes à refutação. O argumento de Popper é o de que, mesmo não sendo refutáveis, tais princípios não têm poder explicativo ou de previsibilidade segundo critérios científicos. Ou seja, se o critério de falseabilidade fosse o único parâmetro para se definir se uma teoria é científica ou não, inúmeras teorias dogmáticas ou universalistas teriam que ser consideradas científicas, o que implicaria uma espécie de anomalia epistemológica.

¹⁵¹ Devido às limitações do nosso trabalho, optamos por não abordar as proposições de teóricos como Lakatos (1979) e Feyerabend (1997), os quais são igualmente fundamentais para uma visão mais completa sobre a história das ciências e sobre epistemologia.

¹⁵² Para mais sobre o ‘primeiro Wittgenstein’, ver Glock (1998 p. 25, 355-8).

¹⁵³ Ver Popper (1987, p. 22).

Segundo a perspectiva de Popper, as teorias científicas assemelham-se a um jogo, a uma ficção ou a um mito que nunca chegam a um fechamento. O sistema teórico sempre deve estar aberto a verificações e redescrições e, o mais importante, deve ser ‘falseável’. Ou seja, as teorias científicas, compostas pelo agrupamento de leis científicas que estabelecem relações entre fenômenos, não podem ser imunes a críticas e refutações, mas devem estar aptas a serem modificadas, aprimoradas ou, em último caso, abandonadas.

Teorias como a psicanálise, o marxismo e uma série de teorias consideradas hermenêuticas não são reconhecidas como científicas segundo os critérios propostos pelo racionalismo crítico popperiano. Isto porque, segundo o autor, tais teorias não podem ser refutadas, pois apresentam enunciados não verificáveis e não falseáveis. No caso mais específico da psicanálise, Popper criticou conceitos como o de ‘inconsciente’, ‘resistência’ e ‘negação’ por não estarem sujeitos a uma verificação objetiva e por não poderem ser refutados. Popper (1987) notou que tais conceitos tornavam a psicanálise irrefutável, pois o psicanalista nunca estaria errado em sua interpretação. No caso de o paciente discordar do psicanalista, aquele estaria ‘resistindo’ ao tratamento. Concordamos com Popper a respeito da ‘não cientificidade’ de certos usos da teoria psicanalítica, porém acreditamos que a psicanálise pode ser aplicada de uma forma não dogmática, mas aberta a questionamentos e revisões.

Também consideramos fundamental a discussão proposta pelo autor sobre a impossibilidade de neutralidade do cientista no processo de produção de conhecimento. Segundo Popper: “A crença segundo a qual a ciência progride da observação à teoria é absurda; a ‘observação’ é sempre seletiva: exige um objeto, uma tarefa definida, um ponto de vista, um interesse especial, um problema” (1982, p. 76). Como consequência do abandono da crença da neutralidade do cientista, Popper se afasta tanto da tradição clássica científica quanto das concepções do Círculo de Viena.

Porém, uma das principais noções popperianas, a de que o conhecimento científico se desenvolveria de forma coerente e gradativa, passou a ser alvo de duras críticas de filósofos da ciência, em especial, de Thomas Kuhn (1978). Ao analisar a história e os ciclos das ciências, Kuhn pôde perceber certas regularidades nos movimentos inerentes à atividade de construção do conhecimento como, por exemplo, a impossibilidade de estabelecer um todo coerente que abarque os vários saberes científicos e coexistência de inúmeros paradigmas incompatíveis no interior de uma mesma ciência.

Devemos a Kuhn a noção de paradigma científico¹⁵⁴, a qual designa os modelos constituídos por teorias e noções aceitas por uma comunidade científica. Tais modelos originam tradições e

¹⁵⁴ Sobre a noção de ‘paradigma’, ver Kuhn (1978, p. 30).

escolas específicas de produção científica que se dedicam à explicação de um mesmo conjunto de fenômenos, porém através de perspectivas diferentes. É comum encontrarmos diversos paradigmas não complementares entre si fazendo parte de um mesmo campo científico, em especial, nos campos científicos mais ‘recentes’ como nas ciências humanas.

Todo cientista, estando ciente ou não, adota um paradigma de construção de conhecimento, o qual tem a função de dirigir o seu olhar no reconhecimento dos problemas de pesquisa e de apontar caminhos viáveis para a sua explicação. Nos casos em que não se mostra suficiente para a elucidação de novos fenômenos, o paradigma científico entra em ‘crise’. A ‘crise’ é necessária e benéfica ao progresso científico, pois motiva a complexificação e a modificação do paradigma, aumentando assim o seu poder explicativo. Já nos casos em que há a troca de um paradigma por um novo, a ciência passa por uma ‘revolução científica’¹⁵⁵.

Kuhn (1978) aprofunda a discussão já levantada por Popper (1982) sobre a impossibilidade de neutralidade e objetividade integral do pesquisador ao afirmar que as ‘revoluções’ são possíveis porque o cientista necessariamente ‘interpreta’ os fatos durante o processo de observação. Segundo o autor: “As operações e medições que um cientista empreende num laboratório não são o ‘dado’ da experiência, mas o ‘coletado com dificuldades’ [...] As operações e medições [...] são determinadas por um paradigma” (KUHN, 1978, p. 161-2).

Para os fins deste trabalho, consideramos válidas as noções propostas por Kuhn (1978) sobre o modo como o conhecimento científico é construído e sobre o papel do cientista na elaboração deste conhecimento. Além disso, entendemos que a perspectiva epistemológica de Kuhn nos permite pensar a teoria psicanalítica sob um ponto de vista científico, mesmo que para isso sejam necessárias novas revoluções ou mudanças de paradigma.

Passemos a seguir ao exame da noção de ‘ciência’ utilizada no contexto das ‘ciências humanas’ – área na qual situamos o presente trabalho de pesquisa –, em comparação com a noção de ciência implícita às ‘ciências naturais’. Na sequência demonstraremos as distinções entre a metodologia quantitativa e qualitativa e argumentaremos sobre o porquê de escolhermos esta última como a mais compatível com o tipo de estudo de campo que estamos propondo.

Após Kuhn (1978) apresentar a noção de ‘paradigma científico’, a concepção de ‘ciência’ como um conjunto de saberes que se relacionam de forma complementar tornou-se insustentável. Isto porque se verificou que os métodos, os objetos de estudo e os propósitos de ciências como física, química, ciências biológicas e ciências humanas não coincidiam em todos os aspectos. Como consequência, o ideal de uma ciência ‘neutra’, exclusivamente assentada em observações de

¹⁵⁵ Para mais, ver Araújo (1998, p. 34).

fenômenos ‘puros’, amplamente aceito durante os séculos XVIII e XIX, passou a dar lugar a uma nova concepção de ciência que reconhece a sua própria incompletude e efemeridade. Ou seja, a pretensa segurança promovida pelo saber científico passou a ser questionada mesmo em campos tradicionalmente ‘exatos’ como na física e na química, pois, de acordo com Kuhn, mesmo nestas áreas do conhecimento o cientista depara-se com uma parcela de insegurança, tendo em vista que qualquer sistema teórico construído para explicar determinados fenômenos pode entrar em ‘crise’ e ser abandonado em prol de outro com maior poder explicativo.

O enfraquecimento da visão científica idealizada – segundo a qual as teorias teriam o papel de descrever o estado real das coisas – e a progressiva aceitação da concepção instrumental das teorias científicas foram decisivos para a evolução e aceitação de novas formas de obtenção de conhecimento científico, o conhecimento produzido pelas ciências humanas¹⁵⁶. Mesmo não partilhando do mesmo poder de previsibilidade das ciências ‘naturais’, teorias históricas, sociológicas, antropológicas, linguísticas e psicológicas também passaram a ser reconhecidas como teorias científicas¹⁵⁷.

Realizamos até aqui esta revisão epistemológica com a finalidade de demonstrar como a noção de ciência evoluiu nas últimas décadas e como tal evolução implicou num reconhecimento cada vez maior da modalidade de produção de saber científico própria das ciências humanas. A seguir retomaremos a noção de ‘método científico’ e discutiremos as diferenças entre as metodologias qualitativa e quantitativa, o que nos será útil frente à tarefa de definirmos a base epistemológica e a metodologia inerentes ao nosso estudo de campo.

4.1.1. ‘Metodologia científica’, ‘método quantitativo’ e ‘método qualitativo’

As sucessivas mudanças que o conceito de ciência experimentou no último século implicaram um questionamento da noção de ‘método científico’. Com o reconhecimento científico dos saberes produzidos em áreas humanas, novos métodos científicos passaram a ser elaborados por pesquisadores e cientistas. Porém, antes de analisarmos as características específicas das metodologias científicas criadas especialmente para as ciências humanas, façamos uma retomada do significado da palavra ‘método’.

¹⁵⁶ Sobre o crescente abandono da noção de verdade no campo das ciências naturais, ver Matallo (2000a, p. 27).

¹⁵⁷ Para mais sobre diferenças entre o modelo de ciências humanas e ciências naturais remetemos o leitor ao texto de Martallo (2000a, p. 54), no qual o autor revisita as teorias de Nagel (1974) e Merton (1978) e apresenta o argumento de que uma teoria em ciências humanas pode até mesmo influenciar o surgimento de fenômenos futuros relacionados àqueles por ela abordados. São exemplos as ‘profecias auto-realizadoras’ e as ‘profecias autonegadoras’ ou suicidas, frequentes nos campos das ciências sociais e econômicas.

A palavra ‘método’ remete ao campo semântico de ‘caminho’. No contexto científico, o método equivale a uma sequência de regras ou procedimentos a serem seguidos na realização de uma ação. Por derivação, a noção de ‘método científico’ refere-se a uma série de procedimentos ordenados que tem a função de guiar o pesquisador na realização de pesquisas científicas ou na elaboração de novos conhecimentos científicos. Dentre os principais formatos de métodos científicos podemos citar a observação, a descrição, a experimentação, a construção de teorias e o levantamento e testagem de hipóteses. Existem várias modalidades de métodos, cada um com suas vantagens e desvantagens. Tais métodos podem ser utilizados um a um ou associados uns aos outros. Cabe ao pesquisador encontrar o(s) método(s) mais adequado(s) para a realização de seu estudo.

Já a noção de ‘metodologia’ é utilizada para designar o estudo dos métodos ou das etapas necessárias para realização de uma pesquisa científica, tendo em vista que num estudo científico o pesquisador pode utilizar de forma concomitante mais de um método científico. A metodologia científica fornece uma descrição detalhada dos tipos de pesquisa científica, dos instrumentos adequados para a realização de uma pesquisa (observação, entrevista, questionário), dos formatos de análise dos dados, enfim, de todos os procedimentos necessários à produção de um conhecimento científico.

A produção científica, sob a perspectiva das ciências humanas, exige métodos específicos de observação e experimentação, os quais, em inúmeras situações, não são passíveis de verificações e testagens objetivas próprias dos campos científicos ‘exatos’. Devido às consideráveis diferenças existentes entre as teorias exatas e humanas, os métodos utilizados por estas últimas tendem a ser diferentes dos métodos utilizados nas ciências naturais. Da mesma maneira que os métodos em ciências humanas são específicos, as expectativas com os resultados de uma pesquisa neste campo também diferem dos resultados provenientes de estudos realizados em áreas ‘exatas’, principalmente devido à diferença entre o grau de previsibilidade de uma teoria ‘humana’ e o de uma teoria ‘exata’. Araújo (1998) aborda esta questão ao afirmar que: “O grau de formalização, positividade e metodologização difere amplamente se formos considerar as ciências desde a lógica e a matemática, passando pela física e química, até a biologia e as instáveis e problemáticas ciências humanas” (p. 25). Sendo assim, podemos concluir que cada ciência utiliza métodos e princípios próprios para usufruir da melhor forma do poder explicativo do seu paradigma.

Matallo (2000a) argumenta que não é possível utilizar uma metodologia de pesquisa ‘natural/exata’ para a realização de pesquisas em áreas ‘humanas’, pois os fenômenos próprios destas áreas são na maioria das vezes ‘inverificáveis’. Como consequência, ao invés de oferecer modelos explicativos compostos por leis gerais – tais como os encontrados nas ciências naturais –,

as ciências humanas admitem a elaboração de generalizações empíricas ou hipóteses de alta probabilidade¹⁵⁸. Neste sentido, as teorias humanas são ‘probabilísticas’, e não ‘determinísticas’. Ou seja, quando pensamos em ciências humanas, a idéia de ‘previsibilidade’ (própria das teorias científicas naturais) dá lugar à idéia de ‘expectativa’, pois uma teoria em ciências humanas fornece informações sobre quais são os eventos mais e os menos prováveis de ocorrer num determinado contexto. Além disso, a questão da falseabilidade de uma teoria ‘humana’ também obedece a regras próprias, pois, para ser invalidada, uma teoria deve mostrar-se insuficiente para explicar não um pequeno número de situações a falsificam, mas uma série de fenômenos que a contradigam.

O conhecimento em ciências humanas geralmente é produzido através da aplicação de metodologias de caráter ‘qualitativo’. Diferentemente da metodologia ‘quantitativa’, a qual se restringe à observação de fenômenos concretos e visíveis, a abordagem qualitativa “[...] *aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas*” (Minayo, 1994, p. 22). O Autor também considera os “[...] *significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes*” (MINAYO, 1993, p. 22) como fenômenos tipicamente abordados pelo pesquisador que adota procedimentos qualitativos. Ainda de acordo com o autor, não devemos conceber os modelos metodológicos qualitativo e quantitativo como opostos e contraditórios, mas como complementares, tendo em vista que o uso de métodos qualitativos permite ao pesquisador alargar as fronteiras da pesquisa científica e ultrapassar os limites impostos pelo modelo quantitativo positivista, porém, sem invalidá-lo. Apesar das inúmeras distinções entre metodologias de caráter qualitativo e quantitativo, podemos observar que existe uma zona de intersecção entre ambas. Por exemplo, o procedimento de ‘quantificar’ resultados também é utilizado por pesquisadores que utilizam métodos qualitativos. Ou seja, em última instância, mesmo ao realizar uma pesquisa de caráter qualitativo, o pesquisador ‘quantifica’ dados. Contudo, para os fins deste trabalho, pensamos ser conveniente reconhecermos a distinção entre metodologia quantitativa e qualitativa.

É inegável a interferência causada pelo pesquisador num estudo de caráter qualitativo, pois qualquer ato por ele realizado tem o potencial de influenciar a forma como os participantes irão se portar. Mesmo nos casos em que a pesquisa não depende de intervenções diretas junto aos participantes (como quando o pesquisador restringe-se a observar e descrever fenômenos), o pesquisador não deixa de ser mais uma variável no estudo, pois mesmo o simples ato de observar tem o poder de influenciar o comportamento dos sujeitos pesquisados.

¹⁵⁸ Para mais, ver Matallo (2000b, p. 52).

O estudo por nós proposto neste trabalho não ocorrerá em ambiente natural, mas sim num ambiente artificial, tendo em vista que nossa meta não é a de observar sessões reais de psicoterapia, e sim analisar como os psicanalistas julgam as intervenções de um terapeuta numa situação ‘fictícia’ (seriado televisivo). No nosso caso, o simples fato de o pesquisador também ser um psicanalista deve ser considerado como uma variável de pesquisa, pois há uma tendência de não se questionar fenômenos e pressupostos aparentemente comuns aos psicanalistas, mas estranhos aos linguistas e teóricos de outras áreas.

Sobre a obtenção dos resultados, concordamos com a concepção de que, numa pesquisa qualitativa, estes são construídos tanto de modo dedutivo quanto indutivo e, além disso, são apresentados de forma descritiva, no estilo de narrativas (salvo os modelos de pesquisa de opinião de caráter estatístico). O interesse de uma pesquisa qualitativa não se restringe aos seus resultados, mas também ao modo como o pesquisador neles chegou. Godoy (1995, p. 63) exemplifica esta questão ao afirmar que: “[...] *não é possível compreender o comportamento humano sem a compreensão do quadro referencial (estrutura) dentro do qual os indivíduos interpretam seus pensamentos, sentimentos e ações*” (p. 63). Ou seja, a mera descrição dos resultados no campo das ciências humanas não é suficiente para que se compreenda a complexidade do objeto estudado.

4.1.2. Em busca de uma metodologia científica nas ciências humanas

Tendo em vista as características próprias das metodologias quantitativa e qualitativa, optamos por esta para a elaboração do nosso estudo de campo. Isto porque a metodologia qualitativa nos permite a utilização de instrumentos ‘exploratórios’ (como entrevistas semi-abertas individuais) e a não pré-determinação das categorias de análise (as quais serão definidas de acordo com os dados colhidos nas entrevistas).

Existem alguns métodos qualitativos que são frequentemente utilizados no campo das ciências humanas. Dentre os principais podemos citar as entrevistas semi-estruturadas, entrevistas abertas e estudos de caso. Segundo Gumpez (1982, p. 92), estes métodos são aplicados de forma exploratório-interpretativa, pois o pesquisador tem a possibilidade de explorar vertentes que lhe pareçam importantes para a elucidação da sua questão de pesquisa não previstas no início do estudo. É óbvio que esta liberdade exploratória não é irrestrita, pois todo pesquisador precisa partir de um determinado corpo conceitual que o direcione no modo de realizar hipóteses, de delimitar o objeto de estudo, de arquitetar o estudo de campo, além de guiá-lo no processo interpretativo dos dados coletados. Por outro lado, não é função do pesquisador encaixar os dados obtidos na pesquisa em teorias pré-determinadas, mas abandonar pressupostos que não são corroborados pelos resultados de

pesquisa e reconstruir modelos explicativos que elucidem adequadamente os dados com que se depara. Ou seja, entendemos que existe um movimento dialético entre a realização de hipóteses e utilização de um corpo conceitual preestabelecido e o questionamento e revisão dos mesmos após o contato do pesquisador com os fenômenos a serem estudados. Isto significa que mesmo uma pesquisa considerada ‘indutiva’ também lança mão de procedimentos ‘dedutivos’.

A entrevista semi-aberta ou semi-estruturada segue um roteiro básico de questões que, ao invés de restringir as possibilidades de resposta, oferece ao entrevistado a liberdade de abordar assuntos não previstos inicialmente pelo pesquisador. No caso de pesquisas que trabalham com temas complexos ou inexplorados como o nosso, a entrevista semi-aberta tem a vantagem de revelar uma faixa de fenômenos não explicitada por métodos quantitativos ou modelos de entrevistas fechadas. Minayo (1994) argumenta que através da aplicação de uma entrevista semi-aberta:

[...] podemos obter dados objetivos e subjetivos. Os primeiros podem ser também obtidos através de fontes secundárias, tais como censos, estatísticos e outras formas de registros. Em contrapartida, o segundo tipo de dados se relaciona aos valores, às atitudes e às opiniões dos sujeitos entrevistados (p. 57-8).

A aplicação de entrevistas semi-estruturadas não proporciona o acesso a resultados estritamente objetivos – que permitem estabelecer relações ‘necessárias’ entre eventos, tal como ocorre nas ciências naturais. Nosso ponto de vista é o de que a distinção entre dados ‘objetivos’ e ‘subjetivos’ é meramente ilustrativa, pois, a partir de uma análise mais profunda, temos condições de observar que em todos os ramos da ciência (mesmo os mais ‘exatos’) sempre há uma faixa de subjetividade envolvida na práxis científica. Porém, também não podemos ignorar que existe uma graduação entre procedimentos ‘mais objetivos’/‘menos subjetivos’ e procedimentos ‘menos objetivos’/‘mais subjetivos’. Por tratar-se de uma questão que ultrapassa o escopo deste trabalho, não aprofundaremos o seu exame.¹⁵⁹

As entrevistas semi-estruturadas possibilitam o mapeamento de um campo de fenômenos mais abstrato, relativo às crenças, valores, princípios e intenções, todos estes de difícil classificação e quantificação segundo os critérios científicos adotados pelas ciências exatas, porém fundamentais para a compreensão de determinados fenômenos abordados no campo das humanidades¹⁶⁰.

Abordadas nossas escolhas metodológicas e instrumentais para a realização do estudo de campo com psicanalistas, vejamos a seguir o que de mais próximo à nossa proposta de pesquisa foi

¹⁵⁹ Para mais, remetemos o leitor à Morin (2006, p. 40-3), Fourez (1995, p. 43,47-59) e Ramos (2001, p. 124).

¹⁶⁰ Para o processo de análise dos dados nos fundamentaremos na noção de ‘discurso polissêmico’ e na metodologia de ‘análise de conteúdo’, ambos encontrados em Laville e Dionne (1999).

por nós encontrado na literatura científica linguística e psicanalítica, considerando que não nos deparamos com nenhum estudo que aproxima os campos da psicanálise e da pragmática.

4.1.3. Um exemplo de pesquisa qualitativa em linguística e psicanálise

Ao repassarmos a literatura que trata da interface linguística/psicanálise, encontramos um trabalho que se assemelha em parte à nossa proposta de estudo. Trata-se do trabalho de Pereira (2007), no qual foram analisadas entrevistas clínicas realizadas numa instituição de atendimento psiquiátrico¹⁶¹. O nosso interesse neste tipo de estudo se justifica porque as entrevistas analisadas neste estudo foram realizadas por um psiquiatra de orientação psicanalítica. Tendo em vista que o objetivo do nosso estudo é semelhante ao trabalho de Pereira (2007) – analisar o tipo de interlocução estabelecida entre psicanalista e paciente em contexto clínico –, este trabalho pode nos ser útil por antecipar dificuldades que uma pesquisa neste formato tem que ultrapassar, além de fornecer uma visão preliminar sobre algumas características próprias ao tipo de conversação analista/paciente.

Durante o processo de análise do material de pesquisa¹⁶², Pereira (2007) encontrou determinadas regularidades discursivas, o que fez com que a autora definisse este tipo de conversação médico/paciente como um ‘gênero’ próprio e distinto dos gêneros conversacionais ordinários. Segundo a autora:

As entrevistas clínicas (EC) constituem um gênero na medida em que há algumas regularidades, encontradas em um contexto institucional específico, no qual o discurso é produzido: procedimentos clínicos estão envolvidos, há assimetria institucional entre os participantes, os participantes constroem suas ações verbais voltados para um objetivo, entre outras (PEREIRA, 2007, p. 1893).

A definição do gênero ‘entrevistas clínicas’ corresponde a um passo inicial no processo de compreensão do formato de interlocução analista/paciente, tendo em vista que nele estão condensados vários formatos discursivos. Dessa forma, o gênero ‘entrevistas clínicas’ é fundamentalmente heterogêneo, pois “Não existe uma unidade de categoria; existem entidades que se apresentam como um *set* de variáveis com características comuns, que podem estar presentes em outros tipos de interações similares aos diálogos conduzidos em *settings* psicológicos” (PEREIRA, 2007, p. 1893). Dentre as características comuns encontradas nas entrevistas clínicas, a autora

¹⁶¹ (IPUB) Instituto de Psiquiatria da UFRJ.

¹⁶² Pereira (2007) realizou gravações e transcrições das entrevistas utilizadas em seu estudo.

destaca o potencial performativo que a linguagem adquire nas situações pesquisadas, em especial, a capacidade do terapeuta em gerar efeitos para induzir o paciente a realizar mudanças em sua forma de pensar e agir.

Pereira (2007) observa que uma das principais funções do terapeuta é auxiliar o paciente a construir narrativas que tenham como objetivo fornecer uma maior compreensão sobre a origem e vivência da doença, pois: “quando a doença é transformada em narrativa, ela tem o potencial de acordar-nos para a sua convencionalidade e sua limitação, provocando uma resposta inovadora, revitalizando a linguagem e a experiência” (GOOD, 1994 p. 164-5). Este é o aspecto performativo da linguagem: a sua simples utilização é capaz de realizar efeitos concretos. No caso de um processo de tratamento, os efeitos performativos visados são os terapêuticos.

Para chegar a estas conclusões a pesquisadora analisou dados provenientes de observações e registros de entrevistas clínicas realizadas por um psiquiatra com pacientes, além de entrevistas realizadas somente com o psiquiatra (pesquisadora com o psiquiatra). Estas últimas tiveram o intuito de “evidenciar o conceito que os profissionais de saúde mental do IPUB têm da entrevista psiquiátrica, principalmente para determinar o que esses especialistas “ouvem” quando estão interagindo com o paciente” (PEREIRA, 2007, p.1895).

Outra característica frequentemente observada pela pesquisadora nas entrevistas clínicas foi um uso discursivo realizado pelo médico com função meramente ‘encadeadora’. Ou seja, inúmeras intervenções do médico resumiam-se a repetir integral ou parcialmente as frases proferidas pelo paciente com a função de sustentar e estimular o paciente a continuar falando. “A repetição, portanto, tem valor coesivo e indica que médico e paciente estão produzindo um discurso contínuo.” (PEREIRA, 2007, p. 1896). Reconhecemos que este tipo de intervenção é compatível com a indicação de Freud de que o analista deve privilegiar o processo de livre associação de idéias realizado pelo paciente.

Pereira (2007) sumariza as principais características do médico na entrevista da seguinte maneira:

- i) ouvinte atento/engajado na interação, sinalizando envolvimento com o outro e com o tópico, mostrando empatia em relação ao que é dito; ii) participante interessado no tópico e no outro; e iii) participante opinativo/avaliativo, com a utilização de estratégias conversacionais que sinalizam os diferentes alinhamentos: **a)** *go-on*¹⁶³ (sinal de retroalimentação), **b)** repetição parcial/integral do turno do paciente (ritmo compartilhado; sintonia entre médico e paciente - Tannen, 1989), **c)** perguntas

¹⁶³ Tradução nossa: “vá em frente”. No contexto da entrevista, trata-se da conduta do médico de incentivar o paciente a continuar falando ou explorando algum tópico.

exploratórias de tópico – sinalizando interesse com o foco mais na relação do eu na informação, e **d**) sentenças declarativas: comentários/avaliações/críticas (p.1901).

Pereira (2007) classifica o discurso do médico como ‘híbrido’ ao constatar que tanto assume uma postura ‘não diretiva’, incitando o paciente a falar sem restrições, quanto adquire um caráter ‘diretivo’, ao insistir na obtenção de certas informações junto ao paciente. Ao mesmo tempo em que o médico tenta estabelecer um ambiente de liberdade ao paciente, deixando-o à vontade para falar e auxiliando-o a continuar sua produção discursiva, o médico utiliza-se da assimetria hierárquica/poder¹⁶⁴ para insistir na obtenção de respostas que são importantes para a realização da avaliação psiquiátrica e que não são explicitadas naturalmente pelo paciente. Ribeiro (1994) também destaca os efeitos da assimetria relacional entre médico e paciente no formato que a interlocução entre ambos adquire, porém lembra que a assimetria pode ocorrer numa via inversa nos casos em que o paciente insiste em ficar com o turno, sem passá-lo ao entrevistador.

Retomando a teoria pragmática griceana, podemos afirmar que o terapeuta e o paciente constituem um processo comunicativo em que há uma quebra sistemática das máximas conversacionais¹⁶⁵. Tal quebra, promovida inicialmente pelo terapeuta, é necessária e obrigatória para que o tratamento alcance eficácia terapêutica. No decorrer do tratamento o paciente é estimulado a quebrar as máximas conversacionais em favor de explicitar informações relevantes sob sua doença ou estado de sofrimento.

O tipo de metodologia utilizada e o tipo de análise realizado por Pereira (2007) são referências fundamentais para o trabalho que nos propomos desenvolver nesta tese. A descrição do discurso do médico psiquiatra de orientação psicanalítica como híbrido, heterogêneo, composto por repetições parciais/integrais do turno do paciente e pela realização de perguntas exploratórias de tópico, somadas à postura de ouvinte atento/engajado na interação são similares às características da interlocução psicanalistas/paciente. Neste sentido, ao observarmos os resultados do estudo de Pereira (2007) temos condições de antecipar determinadas questões e dificuldades que provavelmente se apresentarão na elaboração e aplicação do nosso instrumento de pesquisa, além de utilizar as conclusões deste estudo como hipóteses a serem verificadas pela nossa pesquisa.

Contudo, acreditamos que existem características que distinguem uma entrevista psiquiátrica inicial (mesmo que de orientação psicanalítica) de uma entrevista preliminar psicanalítica, considerando que naquela o médico assume uma postura mais diretiva na realização de perguntas, enquanto que nesta o psicanalista tende a seguir o fluxo de associações do paciente de forma mais

¹⁶⁴ A variável diferença hierárquica ou de poder é decisiva na constituição de uma interlocução entre psicanalista e paciente. Trataremos deste assunto mais adiante, no tópico 5.2.1..

¹⁶⁵ Ver tópico 2.1..

livre. Por outro lado, esta diferenciação não parece ser absoluta se considerarmos que entre os dois tipos de entrevistas existem infinitas posições intermediárias, algumas tendendo mais para o modelo psiquiátrico, e outras mais para o modelo psicanalítico.

Apesar das semelhanças entre o trabalho realizado por Pereira (2007) e a nossa proposta de estudo, podemos afirmar que a nossa pesquisa tem um escopo e um formato diferentes. Nossa pretensão é a de identificar o modelo de atribuição de significado usado por psicanalistas no *setting* psicanalítico, fundamentados em categorias conceituais da teoria pragmática da Relevância, e não o modelo utilizado por psiquiatras (mesmo os de formação psicanalítica) em espaços com caráter hospitalar, sob uma perspectiva teórica da Análise do Discurso. A metodologia por nós adotada também difere da utilizada por Pereira (2007), considerando que nossa amostra é maior e que os procedimentos utilizados para a realização do estudo são significativamente distintos dos utilizados pela referida pesquisadora. Outra diferença de enfoque entre a pesquisa proposta por Pereira (2007) e a presente é a de que não é nosso foco discutir como o psicanalista produz intervenções com potencial performativo, ou seja, que promovam mudanças no paciente (com o foco no processo de produção linguística), mas identificar os parâmetros utilizados pelo psicanalista ao realizar a atividade de atribuição de significado àquilo que é comunicado pelo paciente.

Encontramos em Pereira (2007) um formato de pesquisa que, apesar de não assumir os mesmos objetivos que os nossos, se mostrou útil na medida em que levantou possibilidades e dificuldades próprias à interface entre os campos linguístico e psicanalítico e por ter demonstrado a complexidade de se realizar um estudo de campo na fronteira entre tais disciplinas. Devido às particularidades dos nossos objetivos (descrever o modo como o psicanalista atribui significado e interpreta o que é dito pelo paciente), entendemos que a Teoria da Relevância nos é fundamental, o que não necessariamente aconteceria se nossa preocupação fosse com o a questão da produção da comunicação. Como consequência, a nossa escolha metodológica também se distingue da pesquisa de Pereira (2007). Sendo assim, após termos feito referência a este estudo que, segundo nossa opinião, é o que mais se assemelha ao tipo de estudo proposto nesta tese, passemos à apresentação ao modelo metodológico por nós escolhido para a realização do nosso estudo de campo.

4.2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DO ESTUDO DE CAMPO E ESTUDOS PILOTOS 1 E 2

Nos tópicos anteriores realizamos uma discussão de cunho epistemológico e metodológico sobre as condições básicas para a produção de conhecimento científico e sobre as principais opções metodológicas disponíveis para a realização de pesquisas científicas. A partir daqui retomaremos o

percurso de elaboração do estudo piloto 1 (EP1) e sua aplicação com uma amostra de três psicanalistas. Em seguida apresentaremos o estudo piloto 2 (EP2), resultante de um aprimoramento do estudo piloto 1, relataremos os passos de sua aplicação, os dados coletados durante a pesquisa e seus resultados. Por fim, discutiremos algumas características do EP2 que sofreram modificações para a elaboração do estudo de campo definitivo.

4.2.1. Sobre a elaboração e fundamentação metodológica dos instrumentos de pesquisa

Mesmo após termos realizado uma revisão da literatura linguística e psicanalítica que aborda temas próximos ao nosso, não encontramos nenhum instrumento de pesquisa que pudesse ser por nós utilizado sem que fossem necessárias inúmeras adaptações. Dessa forma, vimo-nos frente à necessidade de elaborar um instrumento de pesquisa que se adequasse às características particulares de nossa pesquisa como, por exemplo, as exigências éticas próprias do contexto clínico, a necessidade de simular de forma mais realística possível uma comunicação entre paciente e psicanalista e a elaboração de perguntas que abordassem com especificidade a questão da interpretação e atribuição de significado no contexto clínico psicanalítico.

O nosso primeiro instrumento de pesquisa (estudo piloto 1) foi construído a partir de parâmetros provenientes da nossa experiência prática na clínica, os quais fundamentaram a escolha do material escrito utilizado como instrumento de pesquisa. Já a nossa segunda versão do estudo de campo (estudo piloto 2), além de ter sido elaborada levando em consideração os fatores há pouco mencionados, foi influenciada pela avaliação dos dados coletados no primeiro estudo piloto e por sugestões realizadas pelos psicanalistas que dele participaram.

Encontramos na *Grounded theory* (GT) uma metodologia que fundamenta o modo como elaboramos cada um dos estudos pilotos e como analisamos os dados colhidos através da aplicação dos mesmos. Isto porque, segundo esta proposta metodológica, o primeiro passo a ser realizado pelo pesquisador é o de elaborar questões de pesquisa abertas e gerais, passíveis de revisão e modificação durante o processo de coleta de dados. Criada pelos sociólogos Glaser e Strauss (1967), a GT ou ‘Teoria Fundamentada nos Dados’ entende ser relevante a possibilidade de o pesquisador aproximar-se de um determinado conjunto de fenômenos sem que esteja fundamentado numa teoria científica prévia. A metodologia proposta pela GT incentiva o cientista a utilizar uma variedade de métodos de coleta de dados e a tentar deles extrair as regularidades, classificações e nomenclaturas que darão origem a uma teoria (ou confirmarão uma teoria pré-existente).

Na maioria dos casos, é o pesquisador que elabora as questões de pesquisa, tendo em vista a dificuldade de se encontrar modelos de pesquisa prontos para utilizações mais específicas (como é o

nosso caso). Segundo Mello e Cunha (2003), o pesquisador utiliza-se de seu conhecimento científico acumulado e da sua experiência pessoal e profissional sobre o assunto estudado para “dar significado aos dados, [...] para entender e [...] para separar o que é pertinente do que não é para a pesquisa” (s/p). No caso de o pesquisador não conseguir encontrar nem formular uma teoria adequada que dê conta da explicação do objeto de estudo, o pesquisador deve retornar à etapa de coleta de dados de forma a ampliar seu arcabouço de informações.

Concordamos com Glaser e Strauss (1967) quando os autores propõem uma abordagem flexível do objeto de estudo, de modo que, ao se aproximar dele, o pesquisador tenha condições de reelaborar suas categorias de análise ou mesmo o formato do seu estudo. Contudo, consideramos falsa a idéia de que o pesquisador pode abordar os fenômenos a que se propõe estudar despido de uma teoria ou de uma questão de pesquisa. Neste sentido, concordamos com Popper (1982) e Khun (1978) quando argumentam sobre a impossibilidade da ‘observação neutra’ e da não adoção, por parte do pesquisador, de um paradigma teórico para a produção de conhecimento.

Fundamentados na nossa experiência teórica e no ofício clínico psicanalítico, desenvolvemos um primeiro instrumento de pesquisa, o qual chamamos de Estudo Piloto 1 (EP1). Elaboramos o EP1 com o de intuito de fazer uma primeira aproximação frente ao nosso objeto de pesquisa. O EP1 foi composto por uma transcrição fictícia de uma primeira sessão de atendimento em psicanálise e por um questionário contendo três perguntas. Tanto o relato fictício de sessão quanto o questionário podem ser encontrados na sessão ‘Anexos’ desta tese, correspondendo respectivamente ao Anexo 1 e ao Anexo 2. A idéia inicial do EP1 foi a de construir um instrumento que simulasse uma sessão inicial de psicanálise, ou seja, um primeiro encontro entre o paciente e o psicanalista. A primeira entrevista, também chamada de entrevista inicial ou preliminar, tem grande relevância no contexto de um tratamento psicanalítico, pois é neste momento em que o paciente apresenta as suas queixas e inicia o processo de transferência de conteúdos à figura do analista. Nossa intenção ao elaborarmos este instrumento de pesquisa foi a de coletar informações sobre o modo como cada participante procederia frente a um mesmo paciente e como atribuiria significado ao discurso contido no relato fictício de sessão. Para tornar o relato fictício mais fiel à realidade, inspiramo-nos num material registrado a partir de uma sessão real. Contudo, para evitarmos quaisquer problemas de cunho ético, modificamos o texto original ao alterarmos referências como nomes próprios, marcadores de tempo e outros elementos que não interferem na estrutura do discurso. Abordaremos novamente esta questão no próximo tópico.

Decidimos utilizar este relato de sessão devido às tentativas frustradas da paciente em curar seus sintomas a partir de tratamentos médicos (o que sugere uma causalidade psíquica de seus sintomas), ao caráter ‘somático’ de seus sintomas (o que nos fez supor que os psicanalistas

participantes da pesquisa demonstrariam algum tipo de interesse neste assunto), à semelhança estrutural entre os assuntos ‘mal estar corporal’, ‘mal estar na relação com o marido’, ‘mal estar no trabalho’ e ‘mal estar com as filhas’ (eu faço tudo para ‘o outro’, mas ele não me reconhece) e à exclusiva atribuição da causa de seus sofrimentos a fatores externos, (marido, colegas de trabalho, chefe, filhas) sem ao menos cogitar a sua participação nisso que experiência.

O que nos motivou a construir este tipo de instrumento de pesquisa foi a nossa expectativa de que, ao observarmos o modo como diferentes psicanalistas interpretariam um mesmo relato, poderíamos discriminar as particularidades do modelo de interpretação psicanalítico para, posteriormente, compará-lo ao modelo interpretativo pragmático. Apresentamos um mesmo relato aos participantes para que o mesmo servisse de ‘variável de controle’¹⁶⁶ da nossa pesquisa.

O primeiro passo da aplicação do EP1 foi explicar de forma sucinta aos participantes qual seria a sequência do experimento (apresentação de uma transcrição de uma sessão inicial em psicanálise e realização de algumas perguntas). O estudo foi realizado com três psicanalistas (reunidos em conjunto). Após a leitura do relato, todos responderam as perguntas, também em grupo¹⁶⁷. O modelo utilizado por nós foi similar ao formato descrito por Minayo (1994) de ‘entrevistas grupais’ com a presença de um ‘pesquisador-animador’, o qual tem a função de auxiliar os participantes a interagirem e a trocarem opiniões sobre os temas elencados na pesquisa. Segundo esta perspectiva, ao realizar intervenções junto ao grupo, o pesquisador tende a promover o surgimento de uma série de dados não previstos inicialmente.

Os critérios adotados para a escolha dos participantes foram os seguintes: 1) os participantes deveriam ser analistas praticantes, ou seja, com experiência clínica ininterrupta durante um período mínimo de cinco anos e 2) os participantes teriam que se considerar psicanalistas de fundamentação freudiana ou ‘freudo-lacanianana’. Tais critérios foram adotados como forma de delimitar o escopo da pesquisa à análise do modelo de interpretação adotado por psicanalistas praticantes de orientação freudiana ou lacanianana.

Após termos lido para o relato fictício de sessão frente ao grupo, apresentamos o questionário com as três perguntas dirigidas aos participantes: 1) Na sua opinião, quais são os pontos chaves da fala da paciente? 2) Quais foram os critérios adotados por você para eleger tais pontos chaves? 3) O que você faria a partir da identificação destes pontos chaves? Neste momento, os entrevistados revelaram dúvidas sobre como proceder e solicitaram explicações adicionais sobre os objetivos do experimento. Explicamos novamente que o relato tinha a função de representar uma

¹⁶⁶ Uma ‘variável de controle’ é aquela que fornece um parâmetro de comparação ao pesquisador, pois não sofre modificações durante a aplicação do experimento a um grupo de participantes.

¹⁶⁷ Sabe-se que os resultados tendem a ser diferentes entre experimentos realizados em grupo ou de forma individual. No caso do presente estudo pôde-se notar que os argumentos dos pares influenciavam a opinião dos participantes.

paciente falando em sua primeira sessão, e que os participantes deveriam se imaginar num cenário em que estivessem atendendo a esta paciente. Por termos optado pelo formato ‘semi-aberto’ de entrevista, utilizamos as três perguntas elaboradas previamente apenas como gatilhos para o início da discussão. O estilo de entrevista semi-aberto foi por nós escolhido por permitir ao pesquisador maior liberdade para explorar determinados pontos abordados pelos participantes, verificar se os participantes realmente compreenderam as perguntas de pesquisa e, no caso de persistirem dúvidas, esclarecê-las. Classificamos o modelo de entrevista por nós aplicado como ‘semi-aberto’ não só pelo fato de realizarmos apenas três perguntas previamente elaboradas, mas também porque conduzimos a discussão para a questão de nosso interesse, ou seja, o modo como cada psicanalista atribuiria significado àquilo que estava contido no relato.

Antes de responderem à primeira pergunta, os participantes identificaram problemas inerentes ao uso de um relato em formato escrito e sugeriram modificações nos enunciados das perguntas. Em relação ao relato, os participantes argumentaram que existem muitas informações que o paciente revela através do seu tom de voz, postura, expressão facial, corporal, modo de falar, vestimentas, que não podem ser deduzidas apenas a partir de uma transcrição. Os participantes criticaram o caráter ‘muito aberto’ das perguntas, pois, encontraram dificuldades em compreendê-las e se sentiram sem referência sobre como respondê-las.

Após algumas intervenções adicionais do pesquisador, as quais tiveram como intuito explicar que o objetivo do experimento era o de simular uma primeira sessão de atendimento, os participantes passaram a responder as perguntas em conjunto. Os resultados mais relevantes obtidos no EP1 foram os seguintes: 1) foi comum a opinião dos participantes sobre a impossibilidade de se tirar conclusões ou realizar afirmações sobre a paciente somente a partir do que foi dito numa primeira sessão de atendimento; 2) todos concordaram que seria necessário perguntar sobre os motivos que fizeram a paciente procurar atendimento e desde quando a paciente encontrava-se em estado de sofrimento; 3) todos argumentaram sobre a importância de não se oferecer conselhos à paciente e de incentivá-la a falar mais, de modo que ela possa apresentar mais informações sobre o seu sofrimento.

Segundo o nosso ponto de vista, tais resultados revelaram as primeiras diferenças significativas entre o modelo interpretativo utilizado pelos psicanalistas e o modelo de interpretação usual, utilizado por interlocutores não familiarizados com os conceitos psicanalíticos. Tal afirmação se justifica ao observarmos que os participantes destacaram a necessidade de ‘escutar mais a paciente’ antes de realizar qualquer intervenção ou interpretação e ao notarmos que todos descartaram a hipótese de fornecer qualquer conselho à paciente. Também foi unânime a opinião de

que seria necessário pesquisar mais a respeito do contexto de origem do sofrimento da paciente e, conseqüentemente, das suas causas possíveis.

Após termos aplicado o EP1, pudemos reavaliar nosso instrumento de pesquisa, também levando em consideração as críticas e sugestões realizadas pelos participantes do experimento. A nova versão do estudo, o EP2, manteve a mesma estrutura da anterior, sendo também composta por duas partes: 1) apresentação de um material que simulasse uma sessão de atendimento e 2) realização de uma entrevista semi-aberta com os participantes.

Acolhemos a sugestão dos participantes do EP1 sobre a necessidade de utilizarmos um instrumento de pesquisa que simulasse os dados não verbais comunicados pelo paciente, considerando que o psicanalista os leva em conta no processo de atribuição de significado no contexto clínico. Como alternativa, optamos pela utilização de um material áudio-visual, proveniente de um seriado televisivo chamado *In treatment*¹⁶⁸. Através deste material, os participantes da pesquisa passaram a poder analisar não só o discurso transcrito do paciente, mas também suas expressões faciais, tom de voz, silêncios, e demais elementos presentes numa conversação que são decisivos no processo interpretativo psicanalítico.

Por representar uma primeira sessão de atendimento, escolhemos o segundo episódio da série chamado *Alex – Week one*¹⁶⁹ como nosso instrumento de pesquisa. A vantagem de utilizarmos apenas um episódio para a realização do estudo é a de podermos identificar o modelo de atribuição de significado utilizado pelos participantes sem termos que trabalhar com um grande volume de dados. O fato de ser uma primeira sessão tem para nós uma relevância, pois, dessa forma, os participantes da pesquisa têm acesso às mesmas informações que o terapeuta do seriado. Isto facilita a avaliação das suas intervenções, pois, o terapeuta do seriado apenas as realiza de acordo com os dados trazidos pelo paciente durante esta primeira sessão – os quais são igualmente acessíveis aos participantes da pesquisa. Além disso, entendemos que a utilização deste episódio da série *In treatment* como instrumento de pesquisa se justifica devido ao realismo com que é retratada a relação entre paciente e terapeuta em contexto clínico e à possibilidade da não utilização de dados reais no presente trabalho. O uso do episódio do seriado nos permite evitar inúmeras dificuldades de caráter ético inerentes ao uso de material proveniente de sessões psicológicas/psicanalíticas reais.

Em contrapartida, sabemos que a opção de utilizar uma sessão fictícia em nosso estudo nos torna suscetíveis à seguinte crítica: o seriado é criado com as intenções de prender a atenção do telespectador e motivá-lo a assistir os episódios subsequentes. O texto do seriado é escrito por uma equipe de roteiristas e psicólogos, os quais planejam o rumo que cada sessão irá tomar, ao contrário

¹⁶⁸ *Em tratamento*. Tradução nossa. Para mais, ver Levi (2009).

¹⁶⁹ *Alex – primeira semana*. Tradução nossa.

de uma sessão real, na qual não existe a possibilidade de se prever o que o paciente irá comunicar. Contudo, tais críticas não se aplicam ao nosso trabalho pelo mesmo motivo que a abordagem teórica do terapeuta não nos é essencial. Independentemente de ser uma sessão real ou fictícia, o fato é que os psicanalistas participantes do estudo terão de avaliar as atuações do terapeuta e propor suas próprias interpretações e intervenções frente os dados trazidos pelo paciente fictício do seriado. Não devemos esquecer que nosso interesse é poder verificar a existência ou não de pontos em comum (teórico/práticos) no modo como os psicanalistas realizam a operação de atribuição de significado.

A idéia original do seriado *In treatment* é a de simular a rotina de um terapeuta atendendo aos seus pacientes. Cada episódio dura aproximadamente 30 minutos e equivale ao atendimento de um paciente. A cada semana subsequente, o paciente é atendido novamente, dando continuidade ao tratamento. Os episódios iniciam no momento em que cada paciente chega ao consultório e terminam quando a sessão de atendimento é encerrada. O seriado retrata com realismo o cotidiano de um consultório psicológico ao abordar, além das interlocuções entre pacientes e terapeuta, aspectos como o pagamento das sessões, telefonemas, atrasos, entre outras situações específicas do contexto clínico.

Apesar não haver qualquer informação a este respeito, observamos que algumas intervenções realizadas pelo terapeuta do seriado são coerentes com uma perspectiva psicanalítica, enquanto que outras parecem estar fundamentadas em princípios teóricos de outras abordagens psicológicas. No caso específico da nossa pesquisa, entendemos que o fato de o terapeuta ter ou não uma abordagem psicanalítica não influi diretamente na sua aplicação. Isto porque as intervenções realizadas pelo terapeuta do seriado servem apenas como gatilhos para que os psicanalistas se posicionem a respeito daquilo que acreditam ser uma intervenção psicanalítica ou não. Supomos que, devido ao fato de todos os participantes serem psicanalistas, existe algum tipo de regularidade no modo como os mesmos tendem a julgar as intervenções do terapeuta do seriado, seja aprovando-as ou discordando das mesmas. Nas situações em que os participantes venham a desaprovar as intervenções do terapeuta do seriado, os mesmos são questionados sobre como poderia o terapeuta proceder de forma psicanalítica no mesmo contexto retratado pela cena.

Ou seja, não estamos propondo uma análise psicanalítica do paciente do seriado, mas uma análise do modo como os psicanalistas interpretam os dados comunicados por um paciente, no contexto clínico. Para alcançarmos este objetivo, incitaremos os participantes da pesquisa a julgarem como adequadas ou inadequadas as intervenções realizadas pelo terapeuta do seriado e do porquê desse julgamento. A partir dos resultados deste procedimento teremos condições de identificar quais são os princípios que norteiam a atividade interpretativa dos psicanalistas

participantes do estudo. Vale ressaltar que também não é nosso objetivo avaliar se o terapeuta do seriado age ou não de forma ‘psicanalítica’.

Da mesma forma como no EP1, convidamos três psicanalistas (duas mulheres e um homem) para a realização do EP2. A escolha dos participantes obedeceu aos mesmos critérios adotados no EP1¹⁷⁰. As fases do EP2 também foram semelhantes às do estudo anterior: 1) Esclarecimentos iniciais aos participantes; 2) exibição do material áudio-visual; 3) realização da entrevista. Os esclarecimentos iniciais resumiram-se à descrição das tarefas a serem realizadas e ao comprometimento de sigilo do pesquisador quanto à identidade dos participantes.

A entrevista teve como objetivo geral explicitar a concepção de ‘interpretação psicanalítica’ própria a cada participante e o modo como cada um a coloca em prática durante uma sessão de atendimento. Para tanto, durante a entrevista foram realizadas perguntas que buscaram trazer à tona as avaliações dos psicanalistas frente às atuações do terapeuta do seriado. Nos casos em que os psicanalistas discordaram do tipo de intervenção realizada pelo terapeuta do seriado, cada um deles foi questionado sobre o porquê da discordância e sobre como seria uma intervenção adequada (segundo critérios psicanalíticos) para o mesmo contexto. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas pelo pesquisador e podem ser consultadas nos anexos desta tese. Vejamos a seguir como foi a aplicação do estudo e quais foram os resultados observados. Tendo em vista o caráter piloto deste estudo, optamos por apresentar os resultados de forma geral e sumária.

4.2.2. Aplicação do EP2 e resultados

Frente à primeira pergunta (Com quais intervenções realizadas pelo terapeuta do seriado você concorda e de quais você discorda?), foi unânime a avaliação de que o terapeuta do seriado agiu inadequadamente ao tentar interpretar já de início o porquê do paciente supor que ele seria o ‘melhor terapeuta’ (cenas 2 e cena γ)¹⁷¹ e de que o paciente, ao falar da cena do colapso, estaria fazendo uma suposta referência a um conteúdo homossexual (cena 13).

O psicanalista T.¹⁷² elogiou as intervenções realizadas pelo terapeuta do seriado nas cenas 10, 15 e 26, nas quais ele apontou para a relação que o paciente realizava entre diferentes assuntos e para a expressão que o paciente emprestara do pai (“ficou tudo uma bagunça”). Por outro lado, o participante criticou a postura adotada pelo terapeuta do seriado no final da sessão, quando sugere ao paciente que ele deveria ser comandante de si mesmo. Segundo seu ponto de vista “O trabalho

¹⁷⁰ Apresentados no início deste tópico.

¹⁷¹ Explicaremos logo a seguir o critério por nós utilizado para identificar as cenas.

¹⁷² Optamos por chamar os psicanalistas participantes do estudo apenas por uma letra maiúscula (psicanalista V., psicanalista P. e psicanalista T.)

do analista [...] seria mais interpretar o porquê dele deixar a responsabilidade das decisões aos outros do que sugerir que ele mesmo as tomasse”. Outra avaliação negativa foi explicitada pela psicanalista V., a qual julgou inapropriada a postura do terapeuta do seriado no início da sessão, pois não veria ter “deixado o paciente naquele vazio”.

Após os participantes terem respondido a primeira pergunta, passamos para a segunda (No final do episódio o paciente pede um conselho ao terapeuta. Que conselho você daria? Como você procederia?). Todos os três participantes afirmaram que, estando numa situação como a retratada no episódio do seriado, sugeririam ao paciente para que esperasse um pouco antes de viajar, para que ele pudesse falar mais sobre este assunto em sessão, e assim ter condições de compreender melhor qual seria o sentido deste ato.

Neste ponto do experimento os participantes sugeriram que o seriado fosse exibido novamente, porém com interrupções em cada cena, para que dessa forma pudessem comentar uma a uma as intervenções do terapeuta e as reações do paciente. Aceitamos a sugestão e exibimos novamente o episódio. A seguir apresentamos um quadro com as cenas em que o terapeuta realiza intervenções frente ao paciente. As cenas não numeradas de 1 a 26 referem-se àquelas que foram por nós pré-selecionadas. O critério de seleção destas 26 cenas foi o de que nelas o terapeuta do seriado realiza intervenções em que expõe indiretamente o modo como está interpretando o que o paciente comunica. Além das cenas numeradas, o quadro apresenta uma série de cenas selecionadas pelos participantes do EP2 e do estudo de campo definitivo (a ser apresentado na sequência). Nestes casos, as cenas são identificadas pelas letras do alfabeto (de ‘a’ a ‘z’) e pelos caracteres gregos (α , β e γ). A função deste quadro é auxiliar o leitor a localizar as cenas e os diálogos entre terapeuta e paciente. Aconselhamos às pessoas que pretendem compreender mais profundamente nosso estudo de campo que assistam o episódio *Alex – Week one* da série *In Treatment*, disponível no Anexo 5 desta tese.

| Cena | Minuto | Intervenção |
|------|---------|--|
| 1 | 0' 24'' | (Diálogo inicial entre paciente e terapeuta sobre as regras da terapia e piada contada pelo terapeuta – ‘na terapia, o cliente está sempre errado’). |
| a | 1' 22'' | (Paciente) ‘Então, você me reconhece?’ |
| 2 | 1' 36'' | (Terapeuta) ‘Obrigado, mas acho que nessa profissão, o... “melhor” realmente é uma questão de opinião pessoal’ |
| 3 | 1' 59'' | (T) ‘é importante para você saber que eu sou o melhor?’ |
| 4 | 2' 13'' | (T) Então, como você se sente sendo cliente do “melhor terapeuta”? |
| b | 3' 50'' | (P) ‘Bem, aqui estou eu. Não é uma foto recente...’ |

| | | |
|----|----------|--|
| 5 | 4' 19'' | (T) 'Então, por que você veio me ver?' |
| c | 4' 21'' | (P) 'Bem, vamos chegar lá.' |
| d | 4' 23'' | (P) 'Agora, você deve estar pensando como foi isso? Ele foi em uma missão e depois voltou' |
| e | 4' 37'' | (P) 'Você deve estar tentando imaginar: "o que se passou pela cabeça dele?"' |
| f | 4' 57'' | (T) 'Está bem. Como você dorme à noite?' |
| 6 | 5' 41'' | (T) 'quantas... crianças... morreram nesta missão?' |
| g | 5' 51'' | (P) 'A Marinha doutor! Escute!' |
| 7 | 6' 12'' | (T) 'Então, quando você soube que as crianças haviam sido mortas?' |
| 8 | 6' 21'' | (T) 'o que exatamente você viu? Alguma coisa específica que você se lembre?' |
| h | 6' 36'' | (P) 'Eu tenho muitas coisas para me manter ocupado.' |
| i | 6' 37'' | (T) 'Que coisas?' |
| j | 6' 58'' | (P) 'É como quando minha mãe morreu. Meu pai tinha um mundo de coisas para lidar.' |
| 9 | 7' 41'' | (T) 'Então, como isso fez você se sentir?' |
| 10 | 7' 50'' | (T) 'Interessante você comparar a morte da mãe com esta missão que você fez.' |
| k | 8' 08'' | (P) 'Aquela missão foi só mais uma missão para o Alex' |
| l | 8' 24'' | (P) 'Eu sou um corredor.' |
| m | 9' 34'' | (P) 'E aos 35 km, tive um ataque cardíaco e morri' |
| n | 10' 02'' | (T) 'Você realmente morreu?' |
| o | 10' 28'' | (T) 'Não, eu não estava pensando nisso. Mas estou interessado, por favor me conte.' |
| 11 | 10' 50'' | (T) 'Você sente que talvez você desapontou as pessoas por não ter tido esta experiência? Que talvez, de alguma forma, você falhou em atender as expectativas?' |
| 12 | 11' 13'' | (T) 'E o que estava se passando pela sua cabeça?' |
| p | 11' 43'' | (P) 'Ela disse que quando o vovô morreu ela o encontrou deitado nu na banheira com uma ereção em tanto' |
| 13 | 12' 31'' | (T) 'Por um minuto pensei que você iria dizer outra coisa. Que talvez você tivesse medo que uma ereção fosse associada com a presença do amigo, Daniel.' |
| 14 | 12' 51'' | (T) 'talvez eu não tenha sido muito claro quando disse que o cliente está sempre errado. O que eu quis dizer é que às vezes o paciente esconde algumas |

| | | |
|----|----------|---|
| | | coisas do seu terapeuta, esconde de si mesmo. Então parte do nosso trabalho é trazer a tona as coisas que escondemos.’ |
| q | 13’ 45’’ | (P) ‘Perder’ a consciência. É uma expressão que o meu pai usaria’ |
| 15 | 13’ 57’’ | (T) ‘Então, alguma coisa sobre como você descreve seus últimos momentos tem ligação com o fato de o seu pai ver as coisas como ganhos e perdas?’ |
| 16 | 14’ 20’’ | (T) ‘Então você está... Você está me testando? Na verdade acho que está me testando desde que entrou por aquela porta. Perguntou sobre mim e minha reputação. Você pede – bem, praticamente ordena, que eu lhe faça certas perguntas que você acha que morro de vontade de fazer. É realmente importante pra você, eu acho, que eu adira a certos padrões que você definiu antes de entrar por aquela porta.’ |
| 17 | 15’ 05’’ | (T) ‘e o que você espera encontrar, Alex? Como saberemos que sou bom o bastante para você?’ |
| r | 15’ 29’’ | (T) ‘do freezer?’ |
| s | 16’ 08’’ | (T) ‘Por quanto tempo você ficou...’ |
| 18 | 16’ 52’’ | (T) ‘Você diz que “você conseguiu” voltar a este mundo. [...] Apesar de ter feito esse esforço para sobreviver, todos se decepcionaram?’ |
| 19 | 17’ 37’’ | (T) ‘Então talvez sua raiva não seja exatamente das pessoas que estavam interessadas no túnel. Mas está com raiva de você mesmo, Alex... de como o seu corpo o traiu. Digo, foi uma falha do sistema que não deveria acontecer a alguém como você.’ |
| t | 18’ 04’’ | (P) ‘E uma vez ele me provou [...] que todos os melhores quarterbacks na história do futebol eram também os mais bonitos’ |
| u | 18’ 21’’ | (P) ‘Quando eles recebem os seus dons de Deus, nosso pai [...]’ |
| v | 18’ 50’’ | (P) ‘Você tem que entender que está falando com uma pessoa aqui que a vida inteira foi perfeita’ |
| 20 | 19’ 06’’ | (T) ‘o que isto significa: “a vida que nos escolheu”?’ |
| 21 | 19’ 33’’ | (T) ‘então se você não conseguir dar o seu melhor, você se desaponta consigo mesmo?’ |
| w | 20’ 03’’ | - ‘Eu decidi ir até lá... até o alvo. Você sabe do que eu estou falando?’ (T) ‘Você quer dizer, o lugar que você bombardeou?’ |
| 22 | 20’ 09’’ | (T) ‘E o que ela acha disso tudo? [...] Você não discute as coisas com sua esposa?’ |
| x | 20’ 18’’ | (P) ‘eu sei o que você está pensando, então deixe-me ser direto.’ |
| y | 20’ 22’’ | (P) ‘Eu não estou com a consciência pesada. Eu já lhe disse isso antes.’ |
| z | 20’ 46’’ | (P) ‘E ele disse que eu tenho que ver alguém antes.’ |
| α | 20’ 53’’ | (T) ‘Você não acha que é perigoso?’ |
| β | 21’ 22’’ | (T) ‘Então você quer que eu te diga que este desejo que você tem de voltar até |

| | | |
|----------|----------|---|
| | | o lugar onde você jogou aquela bomba é uma boa idéia? [...] você quer que eu me responsabilize por esta visita? |
| 23 | 21' 40'' | (T) 'Não, só estou voltando pra algo que você disse antes. Lembra que você disse que a vida te escolheu para ser um membro da elite? Que não era uma decisão sua? Talvez essa seja uma atitude com a qual você se sintá confortável. Você está confortável com isso porque você não tem que tomar decisões. Te livra de responsabilidades. Seu comandante, ele é quem toma as decisões, transfere-as a você, e você as executa. |
| 24 | 22' 21'' | (T) 'Eu acho que eu... Não acho que eu esteja qualificado pra isso. Mas você concordaria em ser seu próprio comandante?' |
| γ | 22' 37'' | (T) Mas eu não sou o melhor, Alex. |
| 25 | 22' 43'' | (T) 'Pense nas ramificações do que você está prestes a fazer. Você está voltando a um lugar onde você jogou uma bomba. 16 crianças foram mortas. Seu rosto está na internet e existe um preço pela sua cabeça.' |
| 26 | 24' 15'' | (T) 'você não vê uma conexão entre seu colapso e o que aconteceu antes? Não, eu sei que você diz que não se sente culpado, mas você não acha que existe um forte desejo de pagar pelas suas ações?' |

Devido ao grande número de informações explicitadas pelos participantes do EP2 após a segunda exibição do episódio, optamos por não discuti-las integralmente, e sim de modo geral, salientando somente os dados mais relevantes em relação ao assunto que estamos abordando nesta tese. Realizaremos uma discussão mais detalhada no capítulo 5, ao analisarmos os dados colhidos no estudo de campo definitivo.

Pudemos notar que foi unânime a opinião dos participantes de que o psicanalista deve definir o seu papel e o papel do paciente logo no início do tratamento. Por tratar-se de uma atividade dirigida, o analista não deve permitir que o paciente faça o que quiser durante a sessão. Existem regras num tratamento psicanalítico, e estas não devem ser omitidas em hipótese alguma, diferentemente da posição adotada pelo terapeuta do seriado no início da sessão. Como alternativa, os participantes adotariam uma postura mais diretiva numa situação como a retratada no seriado, comunicando ao paciente as regras gerais do tratamento.

A atitude do terapeuta de questionar ou negar a suposição do paciente de que ele era 'o melhor' (cenas 2 e γ) não foi bem avaliada pelos três participantes da pesquisa. Na opinião deles, o terapeuta deveria deixar o paciente sustentar tal suposição para, num momento oportuno, trabalhar esta questão. Segundo o psicanalista T.: "Nesta primeira entrevista seria o momento de escutar mais e não querer contrariar as suposições que o paciente atribui ao terapeuta. Isso tudo é material importante para o trabalho, só que *a posteriori*. Por que sair deste lugar que o paciente atribui a ele?". A psicanalista V. afirmou que: "Antes de analisar a transferência, é necessário deixar ela se instalar". A psicanalista P. disse que também esperaria mais para 'trabalhar a transferência', pois

ainda não é possível saber o que realmente o paciente quer dizer com isso. Também ao analisarem a cena 16 os participantes da pesquisa avaliaram o terapeuta do seriado como sendo “muito precipitado” (psicanalista P.), como alguém que “não sabe esperar” e como alguém que já “quer interpretar tudo já na chegada” (psicanalistas V. e T.).

Todos os participantes criticaram a intervenção do terapeuta quando questionou o paciente sobre se haveria alguma preocupação por parte dele relacionada à questão da homossexualidade, quando sofreu um colapso junto de seu amigo gay. Esta crítica pode ser relacionada com a anterior, sobre os atos precipitados do terapeuta, pois, novamente o terapeuta do seriado não soube esperar o tempo necessário para intervir (considerando que ele não tem dados suficientes para realizar uma suposição como esta). Segundo as palavras de T.: “esta interpretação nunca poderia ser sugerida tão precocemente, numa primeira sessão”. V. concordou com a opinião de T. dizendo que esta foi uma interpretação muito forçada para uma primeira sessão e que a reação agressiva do paciente apenas foi uma reação à agressão da interpretação realizada pelo terapeuta”.

Por outro lado, os participantes avaliaram positivamente as intervenções em que o terapeuta do seriado realizou ‘ligações’ entre assuntos aparentemente distintos, tais como nas cenas 10, 15 e 26. Segundo eles, esta é a principal função do psicanalista: realizar pontes e conexões entre assuntos que estão ligados através de similaridades formais, expressões, palavras ou sons. Ao comentar as três cenas, T. afirmou que as intervenções psicanalíticas têm este formato de realizar ligações entre assuntos a princípio diferentes, mas que aparecem juntos no discurso do paciente. Segundo seu ponto de vista, as interpretações psicanalíticas não são explicativas, mas são associações entre assuntos até então não reconhecidos pelo paciente como conectados.

Notamos que os resultados obtidos através da aplicação do EP2 sofreram distorções devido ao fato de o experimento ter sido realizado em grupo. Nestes casos, é comum o fenômeno de influência recíproca entre os participantes, o qual pôde ser observado em pelo menos dois momentos da pesquisa, um nas entrevistas do EP1 e outro nas entrevistas do EP2. No primeiro caso, logo nas primeiras respostas, V. e P. elogiam a qualidade do seriado e as intervenções realizadas pelo terapeuta, identificando-as com a perspectiva psicanalítica. Porém, após a opinião contrária de T., o qual criticou enfaticamente o modo como o terapeuta recebeu o paciente ao mesmo tempo que o avaliou como ‘precipitado’, as participantes modificaram sua avaliação, admitindo que as interpretações realizadas pelo terapeuta foram precoces. No segundo caso (EP2), durante alguns momentos da entrevista, notamos que o fato de T. explicitar suas opiniões antes das demais participantes influenciou o modo como estas realizavam a avaliação das cenas (especialmente nas situações em que as psicanalistas apenas concordavam com a opinião de T., sem adicionar novos pontos de vistas ou informações que corroborassem este ponto de vista). Ou seja, quando um

participante concorda com uma opinião explicitada anteriormente, sem discriminar os motivos da sua concordância, não temos condições de avaliar se o participante já pensava desta forma ou se foi influenciado.

Como alternativa para resolver este impasse, optamos por aplicar individualmente o estudo de campo definitivo com psicanalistas. Também decidimos acolher a sugestão dos participantes do EP2 de exibir o episódio uma segunda vez, de forma pausada, para que as intervenções realizadas pelo terapeuta do seriado pudessem ser avaliadas uma a uma. Após termos apresentado a elaboração e aplicação dos estudos pilotos 1 e 2 e depois de termos identificado quais modificações mostraram-se necessárias para o aprimoramento do nosso instrumento de pesquisa, chegamos à versão definitiva do estudo de campo. No próximo tópico descreveremos a sua aplicação com uma amostra de sete psicanalistas e apresentaremos os resultados obtidos a partir das entrevistas.

4.3. RESULTADOS DO ESTUDO DE CAMPO E DISCUSSÃO PRELIMINAR

Após termos elaborado e aplicado os estudos piloto 1 e 2 e depois de termos avaliado seus problemas técnicos, desenvolvemos a versão definitiva do nosso estudo de campo. Convidamos 7 psicanalistas para participarem do experimento, todos com pelo menos 20 anos de experiência em clínica psicanalítica. Além disso, os participantes têm em comum o fato de terem realizado análise pessoal e acompanhamento com supervisor clínico e de adotarem a perspectiva freudiana como fundamentação para o trabalho clínico. Contudo, existem diferenças entre os participantes no quesito formação teórica, pois 3 deles têm proximidade maior com a corrente psicanalítica inglesa (participantes C., F. e M.) e 4 têm orientação lacaniana (participantes A., N., S. e L.)¹⁷³.

Cada entrevista durou em torno de 2 horas e 30 minutos. Nosso procedimento foi o seguinte: 1) exibição do episódio na íntegra, sem pausas; 2) realização das perguntas 1 e 2¹⁷⁴; 3) nova exibição do episódio, porém com interrupções em cada intervenção realizada pelo terapeuta do seriado, de modo que o participante julgasse cada intervenção como ‘adequada’ ou ‘inadequada’ e explicasse o porquê da sua avaliação. Nos casos em que o participante considerava alguma intervenção como inadequada, o mesmo era incitado a sugerir a forma como ele procederia se estivesse ocupando o lugar do terapeuta do seriado. Reservamos aos participantes o direito de não comentarem as cenas que não fossem por ele julgadas como importantes ou que fossem similares a outras cenas avaliadas anteriormente.

¹⁷³ Optamos por utilizar as letras maiúsculas C., F., M., A., N., S. e L. para manter em sigilo a identidade dos psicanalistas participantes da pesquisa.

¹⁷⁴ Descritas no Anexo 3.

Na segunda exibição do episódio, elegemos como critério de parada as intervenções realizadas pelo terapeuta do seriado (cenas numeradas de 1 a 26). Contudo, abrimos a possibilidade para que cada entrevistado interrompesse a sua exibição assim que desejasse, pois, consideramos que outros elementos poderiam chamar a atenção do participante como sendo relevantes ao processo clínico psicanalítico (cenas identificadas por letras do alfabeto comum e do alfabeto grego).

Utilizamos um gravador de voz como forma de registrar os dados colhidos no estudo de campo definitivo, o que nos permitiu realizar a transcrição integral dos diálogos entre entrevistador e participante. Realizamos a transcrição ‘ipsis litteris’ do material gravados durante as entrevistas. A transcrição das entrevistas pode ser encontrada no Anexo 4 desta tese. A gravação das entrevistas está disponibilizada em formato digitalizado no Anexo 5. Após termos abordado as questões inerentes à aplicação do experimento definitivo com a amostra de 7 psicanalistas, passemos então aos resultados obtidos nas entrevistas.

Feitos estes esclarecimentos, vejamos quais foram os resultados obtidos a partir da aplicação do estudo de campo com a amostra de 7 psicanalistas. Optamos por apresentá-los de acordo com os comentários que os participantes realizaram sobre cada uma das perguntas preliminares (perguntas 1 e 2) e sobre cada cena pré-selecionada (cenas 1 a 26) - ver “quadro de cenas” apresentado no tópico 4.2.2..

| |
|---|
| Pergunta 1: Com quais intervenções realizadas pelo terapeuta do seriado você concorda e com quais você discorda? |
|---|

Frente à primeira pergunta por nós realizada imediatamente após a exibição do seriado na íntegra, 2 dos 7 participantes disseram que discordaram totalmente das intervenções do terapeuta (F. e L.), 3 concordaram parcialmente com o seu modo de intervir (C., M., A. e S.), e 1 (N.) não respondeu à pergunta.

F. entendeu que o terapeuta ficou ‘impactado’ com o paciente, o que o atrapalhou o seu desempenho. L., por sua vez, criticou a falta de paciência e a tentativa de atribuição de significado a tudo o que o paciente disse de uma forma precipitada.

O psicanalista C. aprovou o modo como o terapeuta do seriado conseguiu estabelecer um engajamento emocional com o paciente, porém criticou os momentos em que há uma tentativa de compreensão intelectual do discurso do paciente. M. julgou adequada a postura do terapeuta ao realçar seu caráter “humano”, porém criticou o fato de o terapeuta mostrar-se ansioso em alguns momentos da sessão. A., apesar de aprovar o fato de o terapeuta “estar à vontade” durante a sessão, criticou a atenção excessiva do mesmo ao “procedimento”, ou seja, às questões técnicas. S. julgou

adequada a postura do terapeuta por conseguir escutar e pontuar a “questão” do paciente, ou seja, o que o “outro quer”. Porém, indicou uma diferença entre o tipo de terapêutica proposta no seriado com uma “análise”, principalmente em decorrência da “maior profundidade que teria numa análise”. Segundo sua opinião, esta maior profundidade poderia ser alcançada caso o terapeuta perguntasse sobre qual era a “cena” ou qual era a fantasia do paciente em voltar ao lugar onde o paciente jogou a bomba.

Sendo assim, notamos preliminarmente que as características mais elogiadas do terapeuta foram, de modo geral, o seu caráter ‘humano’ e a sua capacidade de proximidade emocional. Em contraposição, a precipitação e a tentativa de compreensão intelectual (atribuição precoce de significado) foram as características mais criticadas pelos participantes. Contudo, é válido ressaltarmos que o que os participantes julgaram como uma atribuição precoce de significado equivale ao formato padrão de interpretação, utilizado nas situações conversacionais espontâneas (tal como descritas pelas teorias pragmáticas da linguagem).

| |
|---|
| Pergunta 2: No final do episódio o paciente pede um conselho ao terapeuta. Que conselho você daria? Como você procederia? |
|---|

Em relação à segunda pergunta, apenas A. afirmou que poderia proceder de forma parecida com o terapeuta. Os participantes C., F. M. e L. não concordaram com a postura do terapeuta, enquanto que os N. e S. não responderam a pergunta.

Sobre como procederiam frente ao pedido de conselho do paciente, os participantes C., F. e M. fundamentaram seus pontos de vista na diferença entre a resolução de um conflito “externo”, ou seja, na realidade concreta, e a resolução de um conflito “interno”, subjetivo. A sugestão dos participantes C. e F. seria a de não aconselhar o paciente, mas ajudá-lo a perceber que não é viajando fisicamente até o local do bombardeio que ele poderá tratar da sua angústia. F. foi a única participante que admitiu a importância do psicanalista se posicionar efetivamente frente a uma situação como esta – neste caso, assumindo uma postura incisiva de dizer que o paciente não estava em condições de decidir sozinho sobre viajar ou não, e que ele não deveria ir. M. afirmou que a tentativa do paciente resolver seu conflito viajando “realmente” ao lugar do bombardeio teria como resultado uma resolução “distorcida” do mesmo. Já L., que também discordou da posição do terapeuta, justificou seu ponto de vista no fato de que o paciente comunicou ao terapeuta que já havia decidido realizar a viagem. Neste sentido, caberia ao terapeuta apenas questionar o porquê da necessidade de o paciente de procurá-lo, considerando que ele já havia tomado a sua decisão.

Apesar de ser um fator insuficiente para explicar o modo como os entrevistados analisaram as intervenções do terapeuta do seriado, notamos que as respostas fornecidas pelos participantes C.,

F. e M. foram semelhantes, considerando que os três fundamentaram suas respostas no mesmo pressuposto de que o paciente pode utilizar um conflito na realidade para representar um conflito psíquico interno. A proximidade dos pontos de vista destes participantes coincide com o tipo de formação psicanalítica que os mesmos compartilham, qual seja, a psicanálise de corrente inglesa. Contudo, no decorrer da apresentação dos resultados e posterior análise dos dados teremos condições de verificar que o fator ‘formação teórica’ não é por si só suficiente para explicar as regularidades e discrepâncias encontradas nas respostas dos participantes. Tanto que entre os psicanalistas com formação freudo-lacaniana não notamos a recorrência de um mesmo ponto de vista, considerando que A. concordou com o modo de proceder do terapeuta, que os psicanalistas N. e S. não responderam a pergunta e que L. discordou da forma como o terapeuta do seriado respondeu ao pedido de conselho do paciente. A seguir passaremos para a descrição dos resultados referentes a cada uma das 26 cenas pré-selecionadas.

A partir das respostas que os participantes deram à pergunta 2, podemos observar que a posição mais recorrente foi a de interpretar o que o paciente diz num outro nível linguístico, ‘traduzindo’ assim referências a situações concretas como formas de se representar um conflito psíquico subjetivo. Apesar de verificarmos a existência deste processo também em situações comunicativas espontâneas, notamos que tais psicanalistas utilizam um padrão para atribuição de significado que se sustenta num pressuposto de que não cabe ao analista auxiliá-lo em suas questões “externas”, mas sim a ajudar o paciente a traduzi-las para o campo “interno” e compreendê-las sob esta ótica.

| | | |
|--------|----------------|---|
| Cena 1 | Minuto 0’ 24’’ | Diálogo inicial sobre as regras da terapia e piada contada pelo terapeuta de que na terapia o ‘cliente está sempre errado’. |
|--------|----------------|---|

A primeira cena é composta por duas partes. Na primeira, o terapeuta recebe o paciente, é questionado sobre a existência ou não de regras e responde que não há regras. Na segunda, o terapeuta conta uma “piada de terapeutas”, a qual traz como conteúdo principal a asserção de que, num tratamento, “o cliente está sempre errado”.

Sobre a primeira parte da cena, referente às regras, 4 dos 7 participantes julgaram a atitude do terapeuta de dizer que não havia regras como inadequada (psicanalistas C., F., S. e L.), 2 participantes julgaram a intervenção adequada (A. e N.) e uma participante não emitiu opinião (M.). C. e F. julgaram que o analista deveria ajudar o paciente de uma forma mais diretiva, para que o paciente não ficasse tão “solto”, ou para que a situação não ficasse “tão em aberto” neste início de sessão – seja “dando um pouco mais de chão para o paciente” (C.), seja delimitando questões como o tempo de sessão e o *setting* analítico (F.). Apesar de concordar com as opiniões anteriores, S.

entendeu que o terapeuta do seriado perdeu uma oportunidade interessante de questionar o porquê do interesse do paciente pelas regras, o que poderia apontar para uma “cena” do paciente envolvendo esta questão. Já L. discordou da intervenção do terapeuta do seriado por estar inserida num modelo de “escuta usual”, e não psicanalítico, pois o terapeuta atribuiu os seus significados para a palavra ‘regras’, ao invés de perguntar para o paciente sobre a ‘quais regras ele estava se referindo’. Por fim, M., apesar de considerar ser um dado interessante este tipo de questionamento inicial trazido pelo paciente, não chegou a opinar nem favoravelmente nem desfavoravelmente frente a esta intervenção.

Sobre a segunda parte da cena, notamos que somente C. e A. julgaram adequada a piada contada pelo analista. Para C., o humor é uma ferramenta importante no processo terapêutico devido ao seu potencial de aproximação entre terapeuta e paciente. A. fundamentou sua opinião recorrendo à teoria freudiana, a qual assume o pressuposto de que o paciente sempre está errado, mesmo sem saber disso. Com exceção de M., a qual não opinou, todos os outros participantes discordaram deste procedimento. F. e S. apenas mostraram-se contrários à intervenção, sem explicar os motivos. N. discordou por entender que o terapeuta do seriado inseriu conteúdos seus antes mesmo de escutar o paciente, o que interfere negativamente no processo analítico. Já L. entendeu que a piada contada pelo terapeuta foi uma reação à angústia por ele sentida após o paciente sugerir implicitamente que, por ser um “cliente”, ele sempre estaria certo, e que este tipo de justificação ou embate pelo ‘poder’ não cabe num processo de análise.

O interesse da análise da primeira cena realizada pelos participantes frente aos nossos objetivos no presente trabalho é o de podermos analisar como cada psicanalista entende o momento da ‘chegada’ do paciente e os momentos iniciais da primeira entrevista. A partir das respostas podemos notar que existem duas vertentes mais significativas sobre como deve ser o início de uma sessão em psicanálise. De acordo com a primeira delas, o analista deve deixar claro para o paciente já de início quais são as regras do tratamento, sejam elas mais práticas, como duração da sessão, frequência, lugar para sentar, sejam elas relativas ao modo como o paciente deve proceder numa sessão (apresentação da regra da associação livre). Já a segunda vertente propõe que o analista pode assumir uma postura mais ‘livre’ e deixar o paciente mais “solto”. Neste caso, toda e qualquer reação do paciente pode ser considerada relevante como dado de análise. A postura de M., por exemplo, é compatível com esta perspectiva na medida em que a mesma afirma que chamou a sua atenção a maneira como o paciente ocupa o espaço do consultório e a sua pergunta referente às ‘regras’, pois isto a permite supor que o paciente é uma pessoa que “deve saber alguma coisa antes de começar, porque só vai começar quando ele receber as informações do que é que ele deve saber

antes de começar”. Sendo assim, para esta participante, ao perceber o paciente a partir destes referenciais é possível identificar que “toda uma dinâmica de controle [...] já começa a aparecer aí”.

Ao discutirmos a questão do momento da ‘chegada’ do paciente (início da sessão), notamos que os psicanalistas participantes da pesquisa concebem a relação paciente/psicanalista como uma relação fundamentalmente assimétrica. Apesar do nosso foco de análise não ser o sociológico, o qual teria a vantagem de nos oferecer elementos mais adequados para a compreensão de fatores como ‘poder’ e ‘hierarquia’, pensamos ser relevante ao menos apontar a importância de tais variáveis onipresentes nas situações comunicativas. Por ser uma teoria que enfoca a descrição das atividades cognitivas realizadas pelo ouvinte durante o processamento do que é comunicado pelo paciente, a Teoria da Relevância não nos oferece uma base conceitual adequada para aprofundar a análise destes fatores (mesmo porque não é esta a proposta da teoria). Apesar de não abordar tais fatores, a TR pode ser considerada epistemologicamente compatível com as teorias que o fazem, como é o caso da Teoria da Polidez de Brown e Levinson (1987)¹⁷⁵.

Outro fator que nos pareceu significativo foi a importância conferida pelos participantes às primeiras palavras ou comportamentos expressados pelo paciente do seriado durante a primeira cena. De acordo com N., “a primeira frase é o que marca ou o que faz vir à sessão.”, e que “isso tem uma significância dentro do que vai acontecer”. M. assume uma postura semelhante ao afirmar que “a coisa mais importante na sessão é o que é dito primeiro [...]. Por mais desconectado, por mais casual, não é casual. Em geral é uma espécie de hieróglifo que vai se desembrulhar futuramente”. Sendo assim, quando o paciente pergunta “*are there any rules?*” (tem alguma regra?) e depois [...] diz ‘*ground rules*’”, a participante 3 nota que a palavra *Grounding*, em inglês, também significa ‘ficar de castigo’, e que a ambiguidade da palavra dita logo no início da sessão possivelmente terá uma significância no decorrer do tratamento. Ou seja, há uma atribuição de maior relevância ao que o paciente diz ou expressa nos primeiros momentos da sessão em comparação com situações comunicativas espontâneas, nas quais os falantes ordinários não tendem a maximizar a relevância do que é dito pelo seu interlocutor em sua primeira frase ou comportamento.

Já S. explicitou outra característica própria da forma de se atribuir significado ao que o paciente comunica no contexto psicanalítico. Ao comentar a primeira cena do seriado, S. argumentou que, mais do que se preocupar em responder diretamente as perguntas que o paciente lhe dirige, sua intervenção como analista seria a de dizer algo ao paciente como “por que me perguntas se tem regras?”, de modo a recolocar a pergunta do paciente “numa cena voltada para ele”. Para este participante, o simples fato de o paciente ter perguntado pelas regras indica algo “da

¹⁷⁵ Abordaremos a questão da hierarquia e da variável ‘poder’ com maior atenção no tópico 5.2.1..

ordem do transgressor”, pois, “para que um sujeito seja um transgressor é preciso que haja algo que ele possa transgredir. [...] esse é um primeiro dado que alguém poderia pensar, que tivesse analisando isso [a pergunta do paciente sobre as regras]”.

| | | |
|-----------|-------------------|--|
| Cena 2 | Minuto 1' 36'' | 'Obrigado, mas acho que nessa profissão, o... “melhor” realmente é uma questão de opinião pessoal' |
|-----------|-------------------|--|

Dos 7 psicanalistas entrevistados, 5 discordaram do modo como o terapeuta interveio nesta cena, 1 concordou (M.) e 1 não comentou (L.). C., F. e N. afirmaram que num momento inicial de sessão existem dados ou questões que só devem ser escutadas ou pensadas, sem que haja necessidade de se realizar intervenções. Para S., este tipo de procedimento só seria aceitável numa terapia não psicanalítica. A. justificou sua discordância argumentando que esta atribuição “deve ficar por conta de quem você está ouvindo”, sem que o terapeuta precise intervir nisso. M., única a se mostrar favorável à intervenção do terapeuta nesta cena, entendeu que este procedimento lhe pareceu “apropriado” e “bastante real”.

Apenas C. e S. propuseram outras possibilidades de intervenção que poderiam ser consideradas adequadas a este tipo de situação. A sugestão de C. seria a de explicitar ao paciente que é na análise que o paciente poderá vir a conhecer o psicanalista e vice-versa, o que indiretamente colocaria em questão a suposição do paciente de que ele conhece o terapeuta antes mesmo de ter estado com ele. S. não diria nada ou perguntaria: “é importante que eu seja o melhor?” ou “o que te faz pensar que eu sou o melhor?”. Apesar de não sugerirem outras possibilidades de intervenção, F. e A. enfatizaram o fato de o paciente supor que o outro tem um conhecimento ou um saber sobre ele, mesmo antes do outro ter a oportunidade de conhecê-lo – observação também realizada por C..

É válido destacarmos, mesmo que preliminarmente, a perspectiva adotada pelos psicanalistas priorizarem a atividade de escuta, especialmente nos primeiros momentos da sessão e nas primeiras sessões, sem que isso tenha que implicar necessariamente numa posição de mutismo estéril do analista. Apesar de poder realizar hipóteses iniciais a partir do que o paciente expressa na sessão, cabe ao psicanalista não atribuir significados unívocos àquilo que é comunicado, e sim aguardar o surgimento de um maior número de dados. Também aqui notamos uma diferença significativa entre a comunicação em contexto clínico psicanalítico e a comunicação espontânea, tendo em vista que nesta os interlocutores geralmente realizam o processo de atribuição de

significados de modo imediato¹⁷⁶, enquanto que naquela o psicanalista posterga a conclusão da operação de interpretação.

| | | |
|-----------|-------------------|---|
| Cena 3 | Minuto 1' 59'' | 'é importante para você saber que eu sou o melhor?' |
|-----------|-------------------|---|

Dos 7 participantes entrevistados, 4 discordaram da pergunta realizada pelo terapeuta nesta cena (C., N., S. e L.), 2 concordaram (M. e A.) e 1 não opinou (F.). C. fundamentou sua discordância por entender que o psicanalista não deve entrar em “conluio com esta forma de pensar”, mas que o psicanalista deve se “apresentar” ao paciente, explicitando a sua forma de pensar (que não concorda com este tipo de julgamento de ‘melhor e pior’). Já N., S. e L. afirmaram que não entrariam no mérito da questão, seja por que isto se passa num momento ainda inicial da sessão (N.), ou para não suscitar uma relação de rivalidade entre psicanalista e paciente em torno da opinião de cada um.

Dentre os participantes que concordaram da intervenção realizada pelo terapeuta, M. justificou seu ponto de vista na importância do terapeuta auxiliar o paciente a explanar a idéia de “ser o melhor”, a qual “se comprova ser extremamente central na história” do paciente. A. também julgou esta intervenção adequada por entender que o terapeuta está “procurando identificar qual é, imaginariamente, a concepção do outro [para o paciente]”, o que equivale a uma forma de investigação.

Três participantes sugeriram outras formas de intervenção possíveis neste momento da sessão, sendo cada uma das propostas distinta das demais. C. explicitaria ao paciente que, implicitamente ao seu discurso, encontra-se uma suposição de que “existem pessoas que estão lá em cima e tem pessoas que estão lá baixo” e que “essa hierarquia de quem é melhor, quem é pior também gera uma situação desgastante, porque se você não está lá em cima, você está lá em baixo”. Além disso, C. acharia adequado se posicionar afirmando que não é esta a forma como ele pensa. N. ficaria apenas ouvindo o paciente e “acolhendo mais com a postura, [...] interessado em ouvir”. Já L. não discordaria do paciente por entender que esta é uma questão dele, e não deve ser tomada pelo terapeuta. Na sua opinião, o terapeuta poderia falar algo do gênero: “Então se você diz, eu sou!”. Então agora me conte de você”.

¹⁷⁶ É obvio que, num processo comunicativo espontâneo, os interlocutores também trabalham com hipóteses construindo e modificando constantemente a atribuição de significado ao que é expresso pelo outro, porém, o psicanalista suspende intencionalmente este processo de modo a conseguir acessar ou construir significados “mais profundos” ou distintos daqueles previsíveis sob uma perspectiva pragmática.

| | | |
|-----------|-------------------|--|
| Cena 4 | Minuto 2' 13'' | 'Então como você se sente sendo cliente do "melhor terapeuta"? |
|-----------|-------------------|--|

4 dos 7 participantes não julgaram adequada esta intervenção do terapeuta (C., N., S. e L.), 2 participantes não opinaram (F. e N.) e apenas 1 participante reconheceu ser relevante a pergunta dirigida ao paciente (M.). Tanto C. quanto S. fundamentaram o seu ponto de vista de forma semelhante, pois, para aquele, o terapeuta estaria "manipulando o paciente" ao aceitar a atribuição de "o melhor terapeuta" conferida pelo paciente, enquanto que para este, o terapeuta realiza "um exercício cínico, irônico, que seria uma falta de respeito com o paciente" ao aceitar esta suposição. Além disso, C. também avaliou que a posição adotada pelo terapeuta demonstra sua incapacidade de permanecer em contato com a realidade neste momento. N. discordou da intervenção do terapeuta pois, ao dirigir este tipo de questão ao paciente, ele já começa a "falar muito" na sessão. Segundo sua opinião, uma sessão como esta não deve ser um "diálogo" entre terapeuta e paciente, um "bate bola", pois o paciente já traz um discurso fechado.

M. entendeu como sendo adequada a atitude do terapeuta se deixar envolver "até certo ponto" com a suposição do paciente, ao mesmo tempo em que "deixa claro que esta é uma suposição do outro". Segundo sua opinião, esta é uma forma de explorar a "primeira 'veia' que apareceu [no paciente]".

Apenas F. e N. sugeriram outras possibilidades de intervenções frente ao contexto desta cena. Apesar de não julgar nem como adequada e nem como inadequada a intervenção realizada pelo terapeuta, F. comentou que compreenderia a atribuição conferida ao terapeuta pelo paciente como uma forma dele se questionar sobre quem ele é. Dessa forma, uma sugestão de intervenção seria perguntar ao paciente: "você se reconhece?" ou "você sabe quem você é?". F. fundamenta seu ponto de vista na pressuposição de que existem diferentes "níveis de comunicação". Num, o analista poderia deter-se a responder que reconhece ou que não reconhece o paciente. No outro, ele poderia perguntar: "você se reconhece?", "Quem é você?". Segundo esta perspectiva, um "pensar psicanalítico" faz com que o analista coloque o que o paciente diz num "outro nível de linguagem", em outro "nível de comunicação".

Já a proposta de N. seria a de ficar em silêncio, "porque o silêncio aí seria terapêutico". Este procedimento incitaria o paciente a falar até chegar em um ponto em que "esvaziasse" todo o seu discurso. N. utiliza duas metáforas para ilustrar este fenômeno. A primeira compara o discurso do paciente a um "carretel" que precisa ser desenrolado até acabar a linha; a segunda compara a atividade de interlocução espontânea com um "bate bola", e o ato do paciente falar sem intromissões com "fazer embaixadinhas" sozinho. Em ambos os casos, N. faz alusão ao momento em que "a linha vai acabar" e à hora em que o paciente vai "cansar a perna" por ficar fazendo

embaixadinhas. Segundo sua opinião, este é o momento de maior importância na análise (quando o paciente “cansa” ou “chega ao final da linha”), pois, é a partir deste ponto que o paciente começa a “falar”. Ou seja, para este participante, há uma diferença entre um “falar” ordinário e um “falar” de outra ordem, que interessa ao tratamento psicanalítico. Esta segunda modalidade de fala não seria uma mera reprodução de uma dinâmica discursiva inconsciente, e sim uma fala em que o paciente tem condições de “ir além” daquilo que ele próprio já sabe. Por consequência, esta poderia ser considerada a modalidade de fala de maior relevância para o progresso de um tratamento psicanalítico.

| | | |
|------|---------|------------------------------------|
| Cena | Minuto | ‘Então, por que você veio me ver?’ |
| 5 | 4’ 19’’ | |

4 dos 7 participantes da pesquisa julgaram inadequada a intervenção do terapeuta do seriado nesta cena (C., M., N. e S.), 2 julgaram-na adequada (A. e L.) e 1 não opinou. A. julgou a intervenção “razoavelmente bem colocada”, pois “é a pergunta que pode permitir entender o que que este sujeito está buscando”. L. afirmou que “esta é uma questão interessante de ser colocada”, apesar de questionar se seria este o momento mais adequado de colocá-la.

Dentre os psicanalistas que não aprovaram a intervenção, para C., ao lançar esta pergunta o terapeuta fecha a possibilidade de o paciente falar mais sobre a realidade que ele vinha expressando. Ao não tentar “entender a realidade” do paciente, o terapeuta faz algo perigoso, no sentido em que o paciente permanece vulnerável a uma situação real que está acontecendo relativa aos riscos que o paciente se encontra submetido. Para A., ao intervir desta forma o terapeuta age de modo “coloquial”, ao invés de escutar psicanaliticamente o que o paciente diz. N. afirmou que não faria esta pergunta neste momento, pois o terapeuta erra ao assumir uma postura “muito falante” frente um “discurso que corre solto”. S. apenas argumentou que não faria esta pergunta neste momento da sessão.

Segundo C., o que lhe chamou a atenção neste ponto da sessão foi a confusão apresentada pelo paciente entre “realidade externa” e “realidade interna”, “tanto que ele quer resolver os problemas emocionais dele na realidade externa”. Sendo assim, sua direção seria a de colocar para o paciente algo como: “Olha, vamos fazer uma pausa aqui com você porque você está me trazendo uma situação bastante complexa. Você está me falando de uma realidade difícil, e eu gostaria de entender um pouco mais esta realidade que você diz que está vivendo. Eu gostaria de saber, no momento, o que vem sendo feito pra você se proteger?”. C. justifica o seu modo de intervir argumentando que “num caso destes, você tem que saber o que está acontecendo primeiro na realidade”. Tanto seria relevante o terapeuta primeiro tentar saber sobre a realidade do paciente que

só assim seria possível saber da intenção do paciente de realizar a viagem ainda num momento inicial da sessão, o que implicaria um tempo maior do terapeuta discutir com o paciente esta questão. Para N., ao invés de intervir como o terapeuta do seriado, sua posição seria a de apenas deveria ficar ouvindo o discurso do paciente, pois “ele vem se sustentando muito acima dele” e, em um determinado momento, este tipo de idealização tende a ruir. Para S., apesar de ser uma boa pergunta para ser feita numa sessão de psicanálise, ela deveria ter sido feita já no início da sessão. Caso contrário, e não no seu decorrer, sem que o paciente tenha feito alguma referência ao assunto.

Em suma, a maioria dos participantes não aprovaram o fato de o terapeuta ter proposto esta pergunta, principalmente por não ser o melhor momento de colocá-la. Por ter sido feita de forma prematura ou mesmo “fora de hora”, o terapeuta atrapalhou o processo de associação livre do paciente e desviou-o de questões importantes com as quais ele estava entrando em contato. Sendo assim, mais importante do que lançar questões objetivas e pré-formadas para o paciente é acompanhar o fluxo de associações livres do paciente, dirigindo seu discurso o mínimo possível.

| | | |
|-----------|-------------------|---|
| Cena 6 | Minuto 5' 41'' | ‘quantas... crianças... morreram nesta missão?’ |
|-----------|-------------------|---|

6 dos 7 participantes da pesquisa julgaram esta intervenção inadequada enquanto que apenas 1 não opinou (S.). Para C., o terapeuta errou ao fazer esta intervenção porque demonstrou estar incomodado com o conforto do paciente frente à questão das mortes das crianças. Segundo sua opinião, uma intervenção adequada neste momento da sessão seria destacar para o paciente a recorrência da palavra “morto” nas expressões por ele proferidas (“você deve estar morto de cansado”, “morto de curiosidade”) dizendo algo como:

[...] não, eu não estou morto de curiosidade para saber como é que você dorme, [...] se não dorme, mas o que eu estou vendo é que tem muita morte aparecendo aí. Ou você está ‘morto de cansaço’, ou eu vou tar ‘morto de curiosidade’, né? Então eu não sei o que está se passando, para ser bem honesto com você. Eu não sei entender o que está se passando com você. Mas o que eu posso falar pra você é que eu estou observando que você está me falando de que tem muita morte, que tem muita morte.

F. questionou o porquê do terapeuta ter realizado esta pergunta. Segundo a sua opinião, esta não é uma pergunta relevante no contexto da sessão tal como vinha se apresentando.

M. julgou inadequada a intervenção do terapeuta por ser uma tentativa de saber mais sobre detalhes factuais. Segundo sua opinião, esta pergunta parece demonstrar que o “analista está um

pouco desmontado”, no sentido de ter se sentido abalado pelos conteúdos trazidos pelo paciente. Sua direção neste momento seria a de não falar nada.

A. afirmou que “jamais teria perguntado isso”, e sim “teria deixado ele [o paciente] continuar falando. Talvez até falaria algo como “me fale mais disso” ou perguntaria “o que foi isso pra você?”.

N. “não entraria aí”, pois o paciente não demonstra sentir culpa. Além do mais, “a questão dele ele ainda não enunciou” até este momento da sessão. Seria este um momento, segundo a sua opinião, de deixar o paciente falando e não entrar por este “desvio” que o terapeuta entrou.

L. observou que nesta cena, “quem tá tendo que dar conta é o analista”, pois é ele que está “correndo atrás do osso que o paciente lançou”. Neste sentido, o analista inverte os lugares na sessão terapêutica, pois é o paciente que traz uma questão, não cabendo assim ao analista tentar buscar algo no que o paciente diz. Ao contrário do terapeuta, sua posição seria a de “ficar quieto e esperar” o paciente “fazer um lapso, [...] um ato falho” para que o próprio paciente tenha que dar conta daquilo que disse, e não o terapeuta.

| | | |
|-----------|-------------------|---|
| Cena 7 | Minuto 6' 12'' | 'Então, quando você soube que as crianças haviam sido mortas? |
|-----------|-------------------|---|

Dos 7 participantes, apenas 3 comentaram esta cena. 2 deles se posicionaram de forma contrária à intervenção do terapeuta do seriado (M. e A.) e 1 julgou-a adequada (F.). A. afirmou que talvez esta pergunta não seria necessária se o terapeuta tivesse deixado o paciente falar por si só. Ao invés de fazer esta pergunta, sua sugestão seria a de questionar o paciente sobre o que ele pensou ou o que lhe ocorreu sobre o assunto, e não sobre “quando” soube que as crianças haviam sido mortas. M., por sua vez, entendeu que neste momento da sessão o terapeuta “perdeu a função analítica” ao ficar “cego do olho analítico”. Ao contrário das participantes anteriores, F. aprovou a intervenção do terapeuta por entender que se trata de um procedimento de pesquisa. Segundo a sua opinião, tal tipo de ato não equivale a uma interpretação psicanalítica, mas tem uma função importante, principalmente numa primeira entrevista.

| | | |
|-----------|-------------------|--|
| Cena 8 | Minuto 6' 21'' | 'o que exatamente você viu? Alguma coisa específica que você se lembre?' |
|-----------|-------------------|--|

2 participantes (C. e L.) discordaram desta intervenção, outros 2 participantes (M. e S.) concordaram, 2 participantes não opinaram (F. e N.) e 1 participante (A.) afirmou não saber se esta pergunta seria adequada. Dentre aqueles que discordaram, C. afirmou que sua forma de trabalhar é “muito distinta desta” e que o terapeuta do seriado estaria sendo “desumano” por agir de forma

“acelerada” – o que traz como consequência uma reação desumana por parte do paciente. L. disse não entender o sentido da intervenção. Além disso, julgou o terapeuta como alguém que se coloca pessoalmente demais na história trazida pelo paciente por seguir o seu fio associativo, e não o do paciente, o que implica numa posição de não escuta do paciente.

Dentre os participantes que concordaram com a intervenção, M. entendeu que desta forma o terapeuta está recuperando a sua função analítica, principalmente quando enfatiza a função do “lembrar”. Já S. julgou a pergunta interessante, apesar de sugerir outra forma de encaminhamento da sessão. Segundo seu ponto de vista, o terapeuta poderia lançar as seguintes perguntas: “e o que que você sentiu? [...] O dever cumprido? O peso na consciência? A culpa? Sentiu alegria? Sentiu tristeza? [...] O que você viu? E o que que isto te causou?”, pois desta forma seria possível convocar a subjetividade do paciente, implicá-lo naquilo que fala. A. sugeriu algo semelhante como perguntar ao paciente: “o que você pensou ao se deparar com isso?” ou “o que foi isso, se deparar com isso? Se deparar com [...] os efeitos do seu ato? com as consequências do seu ato?”.

| | | |
|-----------|-------------------|--|
| Cena 9 | Minuto 7' 41'' | ‘Então, como isso fez você se sentir?’ |
|-----------|-------------------|--|

3 dos 7 participantes posicionaram-se favoravelmente frente a esta intervenção (F., M. e S.), 2 discordaram da mesma (C. e N.) e A. e L. não opinaram. F. entendeu que desta forma o terapeuta estava investigando o modo de o paciente lidar com perdas e separações, o que pode ser chamado de pesquisa. M. destacou o silêncio realizado pelo terapeuta antes de proferir a pergunta. Segundo sua opinião, ao realizá-lo o terapeuta “se recuperou bastante”, pois o silêncio também é extremamente relevante. O último participante que concordou com a intervenção do terapeuta nesta cena foi S., o qual afirmou que é importante deixar o paciente falar sobre a “inscrição psíquica da perda, da falta, e as consequências psíquicas que a perda e a falta implicam em termos de produção simbólica”, considerando que ele não pôde realizá-la até então. C. justificou sua discordância frente esta intervenção por julgá-la precipitada, muito apressada. N. afirmou que não marcaria esta questão com o paciente, e que provavelmente não marcaria nada para este paciente numa primeira sessão.

Como alternativa, M. afirmou a sessão seria melhor se o terapeuta falasse menos, opinião também apresentada por C. (“Faltou silêncio aí um pouco mais”) e por S. (“Não marcaria nada. Deixaria esvaziar todo o discurso”). Podemos assim observar que o silêncio tem um papel primordial nas conversações em contexto clínico psicanalítico, pois promove a atividade da associação livre por parte do paciente e, em determinadas situações, tem potencial “terapêutico” ao promover um tipo de relação inédita entre analista e paciente, em comparação com as relações que este estabelece em contextos conversacionais espontâneos. Ou seja, o uso “técnico” do silêncio é

mais um entre os diversos fatores que fazem com que a comunicação entre paciente e psicanalista seja distinta da comunicação espontânea.

| | | |
|------------|-------------------|---|
| Cena 10 | Minuto 7' 50'' | 'Interessante você comparar a morte da mãe com esta missão que você fez.' |
|------------|-------------------|---|

Dos 7 participantes, 4 discordaram desta intervenção (C., N., S. e L.) enquanto que os outros 3 concordaram. F. entendeu ser adequada esta intervenção por ser uma aplicação do método associativo. Partindo do pressuposto freudiano de que “Não é à toa que o indivíduo seleciona determinadas experiências para trazer para a entrevista”, é parte importante da função do analista questionar o paciente sobre a possível relação entre assuntos que vão sendo falados pelo paciente por livre associação. Apesar de julgar que este tipo de intervenção não traz nenhuma consequência psíquica válida sob um ponto de vista terapêutico, M. afirmou que esta é uma interpretação apropriada, pois “liga uma situação atual [...] com um momento infantil”. A. afirmou que “possivelmente faria alguma coisa muito parecida”, pois também se interessaria em saber “o que que o fez lembrar da morte da mãe quando ele vem para falar de um acontecimento sobre a morte das crianças?”

Dentre os participantes que discordaram da intervenção do terapeuta nesta cena, C. julgou este procedimento como uma “intelectualização”, a qual não possibilita um contato emocional. Além disso o participante percebeu no terapeuta uma “pressa em se mostrar como melhor terapeuta de todos ou a pressa em dar uma boa interpretação”, o que incorre numa interpretação prematura sobre um assunto “delicado”. N. afirmou que não utilizaria este procedimento de juntar porque o paciente já o havia feito, não havendo assim necessidade de o analista realizá-lo novamente. Segundo S., o problema desta intervenção é o de que o terapeuta ocupa um espaço que poderia ser oferecido ao paciente para ele falar mais sobre o sentimento em relação a morte da mãe e a reação do pai frente o ocorrido. Além disso, ao realizar a pergunta o terapeuta apela para o campo da razão do paciente, o que atrapalha o processo da livre associação. L. discordou da intervenção por entender que o terapeuta a realiza a partir das suas próprias associações. Além disso, construindo ainda mais saberes sobre o paciente, o terapeuta contribui “para que ele não se analise, para que ele não saiba dele mesmo”.

Dentre os participantes que propuseram intervenções diferentes frente a este contexto, N. afirmou que se quisesse mostrar ao paciente que escutou algo, diria algo como “o que eu ouvi...” ou “me chamou a atenção estas coisas...” ao invés de falar “você falou isso...”, pois este último formato implica ‘jogar para o paciente’ algo que é fruto da percepção do analista. Porém, melhor do que intervir ativamente, melhor seria que o terapeuta apenas continuasse ouvindo, pois este “é só mais

um exemplo que ele [o paciente] daria, mais uma ilustração. Ele vai trazer várias ilustrações do que ele enunciou nos primeiros cinco minutos”. S., no lugar do terapeuta, realizaria uma “escansão”, ou seja, permaneceria em silêncio para que o paciente continuasse falando sobre o assunto que começou a abordar. Além disso, o mesmo participante afirmou que um psicanalista não entraria no campo da rivalidade e não tomaria partido frente ao conflito subjetivo do paciente, pois o analista considera que ambas “pertencem ao sujeito”. Por fim, L., tal como N., teria “ficado quieto o tempo todo” com a intenção de incitar o paciente a realizar algum tipo de pergunta. Caso isto acontecesse, segundo a opinião deste participante seria um momento interessante de encerrar a sessão dizendo algo como “continuamos a conversar num outro momento”. Esta forma de proceder do analista teria como objetivo marcar para o paciente que a análise é um lugar onde ele é que tem que querer saber de alguma coisa sobre si, e não o analista.

| | | |
|---------|-----------------|--|
| Cena 11 | Minuto 10' 50'' | 'Você sente que talvez você desapontou as pessoas por não ter tido esta experiência? Que talvez, de alguma forma, você falhou em atender as expectativas?' |
|---------|-----------------|--|

Frente à cena 11, 3 participantes concordaram com a intervenção do terapeuta, 3 discordaram e 1 não comentou a cena. Dentre os que concordaram (F., A. e S.), F. justificou seu ponto de vista ao afirmar que, ao utilizar este tipo de procedimento, o terapeuta tem por objetivo pesquisar como o paciente lida com as perdas, falhas e se ele tem algum sentimento de culpa. Para A., o terapeuta faz uma pergunta “interessante” para tentar “identificar o lugar que este paciente coloca os demais”. S. apenas julgou ser esta uma “boa pergunta”. Já C., M. e 7 discordaram da intervenção realizada nesta cena. Segundo a opinião de C., o terapeuta “foi pra fora da sessão” ao realizar esta pergunta. Além disso, sua avaliação é de que a fala do terapeuta neste momento é muito precoce, apesar de parecer estar correta. M., por sua vez, discordou desta intervenção do terapeuta por julgá-la “superficial”, pois, segundo sua opinião, o paciente não parece ser o tipo de pessoa que fica “chateada por desapontar os outros”. L. julgou como “exagerada” esta intervenção, em especial, pelo interesse do terapeuta em saber a respeito do que o paciente sentiu nesta ou naquela situação.

Apesar de posicionar-se favoravelmente frente à intervenção do terapeuta, A. afirmou que seria melhor se ele tivesse perguntado ao paciente sobre “o que ele achou” do modo como as pessoas reagiram quando souberam que ele não havia visto nenhum túnel em sua experiência de quase morte. C. se posicionaria neste ponto da sessão “ajudando [o paciente] a enxergar a questão dele”, qual seja, a de que ele está falando sobre “uma desesperança muito grande de como que ele pode se recuperar”.

| | | |
|------------|--------------------|---|
| Cena 12 | Minuto 11' 13'' | 'E o que estava se passando pela sua cabeça?' |
|------------|--------------------|---|

3 dos 7 psicanalistas entenderam ser adequada esta intervenção (C., F. e L.), 2 participantes discordaram (M. e N.) e 2 não comentaram a cena (A. e S.). C. afirmou que, frente a esta intervenção, o paciente tornou-se “muito mais acessível como pessoa”, o que pôde ser notado pela sua reação física, tonalidade de voz e pelo conteúdo de sua fala subsequente. F. afirmou que também faria esta pergunta, pois assim o terapeuta consegue se “conectar” com o paciente. L. disse que neste momento o terapeuta “fez uma questão interessante [...], correta, [...] lúcida, no tempo certo” e que dessa forma ele conseguiu ouvir o paciente.

Dentre os participantes que julgaram como inadequada a intervenção, M. entendeu que “aí a situação tomou um rumo meio vazio. Ficou muito no plano da consciência”, o que por sua vez não teria relevância para o processo de análise. N. comparou a intervenção à expressão popular “encher linguiça”, e por esse motivo, não incitaria o paciente a falar mais disso. Segundo sua opinião, neste momento seria importante se o terapeuta não incitasse o paciente a falar deste assunto e esperasse o paciente falar mais por si só. Dessa forma, o terapeuta auxiliaria o paciente a “falar o que ele ia falar só na próxima sessão”, em especial, sobre o motivo que o fizera procurar o terapeuta. Tentar “entender, saber e aprofundar” o que o paciente diz neste ponto da sessão equivale a uma “perda de tempo”. Cabe ao analista esperar o paciente falar sobre o que ele foi fazer ali.

| | | |
|------------|--------------------|--|
| Cena 13 | Minuto 12' 31'' | 'Por um minuto pensei que você iria dizer outra coisa. Que talvez você tivesse medo que uma ereção fosse associada com a presença do amigo, Daniel.' |
|------------|--------------------|--|

4 participantes não consideraram esta intervenção adequada (C., F., A. e L.), 2 não comentaram a cena e apenas 1 julgou-a adequada (M.). C. entendeu ser “extremamente prematuro começar a fazer relações do que significa homossexualidade quando você não conhece direito [o paciente]”, principalmente porque o que paciente diz pode significar muitas coisas diferentes – considerando a complexidade dos significados. Ao realizar esta intervenção o terapeuta estaria perdendo o foco principal da sessão, qual seja, que a vida do paciente está em perigo. Sendo assim, como a questão sexual do paciente não é o mais importante, o terapeuta deveria ter guardado consigo tais informações ao invés de tentar analisar tudo o que o paciente fala. F. afirmou que esta intervenção não precisaria ser feita pelo terapeuta. A. fundamentou sua desaprovação da intervenção ao observar que a mesma foi feita a partir de uma dedução do terapeuta, e não a partir de algo que o paciente diz por si só. L., por sua vez, apenas reprovou a intervenção baseado na

reação apresentada pelo paciente após escutá-la: “e aí ele dá risada [do terapeuta]”. M., única participante que julgou a intervenção adequada, afirmou que neste momento o terapeuta foi “muito bem”, pois “fez uma intervenção verbal que devolveu para o paciente a possível [...] transferência homoerótica que poderia estar acontecendo aqui”, na relação estabelecida entre os dois.

C. afirmou que, ao invés de realizar este tipo de intervenção, somente ofereceria uma interpretação ao paciente se ele estivesse “a um passo dele mesmo fazer”, de forma que o mesmo pudesse sentir que “ele chegou ao significado, e não que o terapeuta chegou ao significado”. F. não falaria nada. Apenas “ficaria na pesquisa”, considerando que esta é uma primeira entrevista. A. adotaria uma direção semelhante ao afirmar que teria deixado o paciente falar sem o interromper.

| | | |
|---------|-----------------|---|
| Cena 14 | Minuto 12' 51'' | 'talvez eu não tenha sido muito claro quando disse que o cliente está sempre errado. O que eu quis dizer é que às vezes o paciente esconde algumas coisas do seu terapeuta, esconde de si mesmo. Então parte do nosso trabalho é trazer a tona as coisas que escondemos.' |
|---------|-----------------|---|

A maioria dos participantes (5 dos 7) não concordaram com esta intervenção (F., A., N., S. e L.) enquanto que apenas 1 considerou-a adequada (M.). C. não opinou. F. comparou esta cena com a cena 13 (anterior) e afirmou que também neste momento “ficaria na pesquisa” ao invés de realizar interpretações “muito explicativas” numa primeira sessão. A. avaliou que neste ponto o terapeuta tentou se justificar perante o paciente com algo estritamente teórico. Segundo sua opinião, o analista “não tem que justificar absolutamente nada do seu ato com o paciente”, pois não é sua função “entrar no campo do conhecimento”. N. “nem entraria” nesta questão, pois, o paciente tende a negar tudo o que lhe for perguntado. Além disso, na intervenção do terapeuta pode-se notar o seu preconceito, pois ele “já vem com um conceito pré-formado” após o paciente ter apenas mencionado que tem um amigo gay. S. julgou a intervenção como não adequada pois “não teria transferência ainda para poder fazer” este tipo de afirmação. Além disso, segundo a opinião deste participante, comparar o que o paciente diz anteriormente com algo relativo à homossexualidade é um “erro primário”, tendo em vista que esta ligação provém exclusivamente da associação livre do terapeuta. L. julgou inadequada esta intervenção do terapeuta por entender que este parte de um pressuposto de que “o cliente está sempre escondendo alguma coisa”. Segundo seu ponto de vista, “não é assim” que se deve proceder numa sessão de análise. Além disso, o terapeuta parte de uma suposição de que o paciente não deve esconder coisas ao terapeuta, como se o paciente não tivesse o direito de não contar determinados assuntos na sessão.

Apenas M. julgou adequada esta intervenção, a pesar de considerá-la “inútil” – no sentido de que tende a não promover efeitos. Segundo sua opinião, este tipo de ato tem validade na medida em

que “vai enriquecendo a relação com a opinião inaceitável do terapeuta, vai individualizando o terapeuta um pouco”.

Dentre os participantes que apresentaram sugestões sobre que tipo de intervenção seria mais adequada em lugar desta, A. afirmou que “ficaria muito mais perguntando sobre o que que foi engraçado pro outro” ao invés de tentar se justificar frente ao paciente. Já L. consideraria o que o paciente vinha dizendo antes da intervenção do terapeuta como algo para ser apenas “escutado e entendido segundo a transferência [...] como não sendo dirigido” à pessoa do analista.

| | | |
|---------|-----------------|--|
| Cena 15 | Minuto 13' 57'' | 'Então, alguma coisa sobre como você descreve seus últimos momentos tem ligação com o fato de o seu pai ver as coisas como ganhos e perdas?' |
|---------|-----------------|--|

4 participantes discordaram do procedimento adotado pelo terapeuta nesta cena (C., N., S. e L.), enquanto que 3 concordaram (F., M. e A.). Dentre os participantes que concordaram com a intervenção, F. entendeu que neste momento o terapeuta está pesquisando “quem é o pai” para o paciente, e que também faria esta pergunta ao paciente. Além disso, a mesma participante identificou o terapeuta como alguém que pensou “psicanaliticamente” neste momento da sessão. M. julgou que com esta intervenção o terapeuta “passou muito bem para o pai”, o que fez “a sessão progredir”. Além disso, a participante afirmou que “Aí ele faz duas perguntas procurando clarificar, esclarecer, que ajudam a trazer à tona algumas coisas importantes” e que o terapeuta “consegue ajudar o paciente a falar de coisas que [...] [ele] precisa ser capaz de falar”. A. afirmou que faria uma intervenção “muito parecida” com esta por entender que a mesma tem a função de interrogar o paciente sobre qual é o significado desta expressão utilizada originalmente pelo pai.

Dentre os participantes que discordaram desta intervenção, C. entendeu que o terapeuta “vomita pra fora e acaba inundando o paciente com [...] muitas conexões que estão por demais repletas de emoções para serem pensadas”, o que acaba “sobrecarregando o paciente e impedido de pensar. Sua avaliação é de que a falta de silêncio por parte do terapeuta o atrapalha na tarefa de “ouvir”, a qual é fundamental por trazer alívio ao paciente e por ser terapêutica. N. disse que não entraria neste assunto pela mesma razão exposta na análise da cena 14, qual seja, a de que o paciente apresenta um discurso fechado. Por considerar este discurso do paciente como “impenetrável”, N. “não gastaria nenhum tiro aí”, pois, “tudo o que você atirar não afeta”. S., apesar de comparar esta intervenção a uma “construção freudiana”, afirmou que não adotaria este tipo de procedimento por considerar que o paciente não havia procurado o terapeuta por estes motivos. L. julgou desnecessária e exagerada a construção que o terapeuta apresentou ao paciente.

Apenas N. e L. sugeriram outras formas de intervir neste ponto da sessão. O primeiro apenas “escutaria” este discurso que “tem esta estrutura blindada”, o que tornaria a sessão “seca” e silenciosa do lado do analista, embora estivesse “muito presente”. Isto incentivaria o paciente “a se por”, e não o analista. L. afirmou que provavelmente perguntaria algo como “e você e seu pai?”. Apesar de provavelmente não obter resposta do paciente frente esta pergunta, L. afirmou que este ponto “teria ficado marcado” para ele.

| | | |
|------------|--------------------|---|
| Cena 16 | Minuto 14' 20'' | 'Então você está... Você está me testando? Na verdade acho que está me testando desde que entrou por aquela porta. Perguntou sobre mim e minha reputação. Você pede – bem, praticamente ordena, que eu lhe faça certas perguntas que você acha que morro de vontade de fazer. É realmente importante pra você, eu acho, que eu adira a certos padrões que você definiu antes de entrar por aquela porta.' |
|------------|--------------------|---|

4 participantes concordaram com esta intervenção realizada pelo terapeuta do seriado (F., M., A. e S.) enquanto que 3 discordaram (C., N. e L.). Dentre os participantes que julgaram esta intervenção adequada, F. reconheceu ser este “um dos grandes momentos da entrevista”, em que o terapeuta foi “muito verdadeiro” por estar “muito ligado com o paciente” e por ter conseguido realizar uma “interpretação transferencial”. M. também classificou esta intervenção como uma “interpretação transferencial” na medida em que é simples, e que mesmo assim permite a compreensão de inúmeros conteúdos ao mesmo tempo. Segundo a sua opinião, ao realizar uma interpretação transferencial, muda-se o foco da sessão, a qual deixa de ser um espaço para “discutir isto ou aquilo” para se discutir o “clima afetivo”. Segundo A., com esta interpretação o terapeuta marca “com muita clareza qual é o lugar e a função dele”. Esta seria, segundo a sua opinião, uma “construção” nos moldes freudianos. S. julgou ser este o “ponto alto”, o momento “mais interessante” da conversa, pois o “terapeuta dá uma invertida” no paciente para fazê-lo reconhecer que ele deve ocupar uma posição diferente no contexto da análise, qual seja, a de poder assumir se quer ou não saber alguma coisa sobre o que o está inquietando, “que o fez dirigir tantos quilômetros, e pagar tão caro [...] e se colocar ali diante do [...] terapeuta”. É a partir desta intervenção que “surge a possibilidade de ter ou não o tratamento”, pois, até então, a entrevista não havia mostrado-se útil sob um ponto de vista terapêutico. Até aqui, a sessão foi como uma “entrevista qualquer”.

Dentre os participantes que discordaram da intervenção realizada pelo terapeuta neste ponto da entrevista, C. julgou ser prematuro realizar este tipo de comunicação, apesar de se desenvolver neste momento uma “troca genuína” em que o “terapeuta pode abertamente estar comunicando a

forma como ele está sendo tratado, e que expectativa elevada que o paciente tem de si próprio”. A prematuridade da intervenção justifica-se na percepção de que o paciente não está pronto para recebê-la, pois não consegue escutar o que o terapeuta diz. Segundo N., neste ponto da entrevista o terapeuta “se põe” mais uma vez na sessão, desviando o foco para uma questão pessoal sua. O terapeuta, “em vez de estar atento para que o outro tem para dizer, [...] fica discutindo”, o não promove os efeitos visados num tratamento psicanalítico. Apesar de reconhecer que este tipo de intervenção pode gerar bons efeitos, L. afirmou que não praticaria este tipo de intervenção. Além disso, o presente participante criticou a postura do terapeuta de interpretar os conteúdos como se fossem sempre direcionados a ele.

F. afirmou que neste ponto da entrevista seria importante perguntar ao paciente algo como “mas o que você veio fazer aqui então?”. Já N. afirmou que este paciente “não tem que ser cutucado”, mas deve ser deixado “solto” até “esvaziar” este discurso de que ele é “o melhor” e de que ele “precisa do melhor”. Depois disso é que o paciente “falaria”. Por fim, L. afirmou que talvez perguntaria algo como “‘por que que você precisa saber tantas coisas a meu respeito para poder falar de você?’ ou seja, ‘por que que você precisa ter alguma garantia sobre mim para poder falar de você?’”

| | | |
|------------|--------------------|---|
| Cena 17 | Minuto 15' 05'' | ‘e o que você espera encontrar, Alex? Como saberemos que sou bom o bastante para você?’ |
|------------|--------------------|---|

Apenas A., N. e S. emitiram julgamento sobre esta intervenção. Para A., o terapeuta “acertou, um pouco na mosca” ao realizar esta pergunta. S. julgou ser uma boa pergunta apenas a primeira das duas. Sob seu ponto de vista, a segunda pergunta foi “tola”, pois, seria mais adequado o terapeuta permanecer calado para o paciente poder responder o que foi perguntado anteriormente. N. discordou da intervenção e afirmou que “coisa que jamais eu faria era me por na relação” tal como este terapeuta, pois isso implicaria “roubar a cena”. Segundo sua opinião, o único lugar onde o analista pode se por é na interpretação, porém sempre deixando isto explícito como, por exemplo, dizendo: “o que eu escutei...”.

| | | |
|------------|--------------------|--|
| Cena 18 | Minuto 16' 52'' | ‘Você diz que “você conseguiu” voltar a este mundo. [...] Apesar de ter feito esse esforço para sobreviver, todos se decepcionaram?’ |
|------------|--------------------|--|

Frente a esta cena apenas 4 participantes emitiram opinião, sendo que 2 deles (A. e S.) foram favoráveis à mesma, 1 posicionou-se contrariamente (L.) e uma participante (F.) apenas sugeriu uma intervenção alternativa. Apesar de questionar se seria mesmo necessário o terapeuta ir “tão longe nesta observação”, A. reconheceu que talvez esta intervenção fosse necessária neste contexto

e que às vezes é necessário que o analista faça “coisas que são um pouco cruéis”. S. avaliou como “bem interessante esta colocação” e que foram “bem colocadas as palavras do terapeuta ali”. Já para L. o terapeuta “se perdeu nisso” e que ele deveria passar sem marcar nada para o paciente. F., apesar de não ter julgado a intervenção, afirmou que diria neste momento algo como: ‘Puxa vida, você está tão interessado [...] em ver se eu tou achando [...] interessante [...] as coisas que você tem pra me dizer [...]. Você está querendo saber de mim, o ‘quanto você vale’’. Segundo sua opinião, este tipo de interpretação faz com que as “coisas mais concretas” fiquem apenas como “coisas que não tem tanta importância”, realçando assim o “contato dos dois” e o desejo do paciente de ser reconhecido pelo terapeuta.

| | | |
|---------|-----------------|---|
| Cena 19 | Minuto 17' 37'' | ‘Então talvez sua raiva não seja exatamente das pessoas que estavam interessadas no túnel. Mas está com raiva de você mesmo, Alex... de como o seu corpo o traiu. Digo, foi uma falha do sistema que não deveria acontecer a alguém como você.’ |
|---------|-----------------|---|

Dos 7 participantes da pesquisa, apenas 2 comentaram esta intervenção. F. julgou-a “muito interessante”. M., por sua vez, não encontrou nenhum “mérito” nesta interpretação, pois o terapeuta dificilmente obtém efeitos ao “mirar a defesa” do paciente. Segundo sua opinião, ao invés disso, o psicanalista deve “mirar a angústia”.

| | | |
|---------|-----------------|--|
| Cena 20 | Minuto 19' 06'' | ‘o que isto significa: “a vida que nos escolheu”?’ |
|---------|-----------------|--|

Somente 4 participantes comentaram esta intervenção, sendo que três consideraram-na válida (C., F. e L.). Para C., é interessante o terapeuta poder “explorar os valores” do paciente. F. afirmou ser “interessante esta intervenção”, pois “vai organizando o discurso” do paciente. L. julgou ser “boa a pergunta”, pois não é incorreta a leitura que o terapeuta faz neste momento. Apesar de nem concordar e nem discordar desta intervenção, M. entendeu que neste momento seria interessante dizer para o paciente algo como:

‘O que que você vai fazer quando você descobrir – porque você vai descobrir – que eu não sou perfeito? Você vai descobrir, e eu tenho a impressão que você vai descobrir bem depressa, antes do fim deste horário, se você me permite um pouco de antecipação. Porque você me diz que você é perfeito, que você é uma pessoa perfeita. Nós temos duas opções: ou você é perfeito e eu tenho que olhar para você com devoção, e também não tenho nada para lhe oferecer, ou nós dois somos perfeitos e eu vou ter que me comportar a altura da perfeição que eu já vou lhe adiantar que eu não tenho’.

| | | |
|------------|--------------------|--|
| Cena 21 | Minuto 19' 33'' | 'então se você não conseguir dar o seu melhor, você se desaponta consigo mesmo?' |
|------------|--------------------|--|

3 psicanalistas entenderam ser adequada esta questão dirigida ao paciente (F., A. e S.) enquanto que 2 julgaram-na inadequada (C. e N.). F. entendeu que neste momento o terapeuta do seriado está “querendo fazer uma investigação a respeito [do] superego” do paciente e sobre o que o ele pensa “a respeito de si mesmo”. Sendo assim, esta intervenção tem o valor de possibilitar ao analista “saber muitas coisas” sobre o paciente. A. entendeu ser importante a percepção do terapeuta de que o assunto de “quase morte” tem uma significação para o paciente, o que pode ser entrevisto na pergunta realizada pelo próprio terapeuta. Para S., esta foi uma “pontuação belíssima” que gera efeitos no paciente.

C. discordou desta intervenção por julgá-la “prematura”. A alternativa adequada, segundo a sua opinião, seria apenas de observar e falar somente aquilo que se observa, e não “trazer conhecimento” ou “interpretar algo”, pois, no começo da terapia ainda não há “chão emocional” suficiente para realizar este tipo de intervenção. Uma outra opção seria dizer para o paciente algo como: “Olha, o que eu observo muito é você trazer o quanto é importante se sentir querido, se sentir especial. Mas como deve ser complicado isso..., porque no momento em que você está ‘lá em cima’, o outro está ‘lá em baixo’. Neste momento você deve se sentir muito ‘lá em baixo’”. N. afirmou apenas que “jamais” faria este tipo de intervenção.

| | | |
|------------|--------------------|---|
| Cena 22 | Minuto 21' 09'' | 'E o que ela acha disso tudo? [...] Você não discute as coisas com sua esposa?' |
|------------|--------------------|---|

3 dentre 7 psicanalistas julgaram adequada esta intervenção (F., A. e S.), 2 julgaram-na inadequada (N. e L.) e 2 não opinaram (C. e M.). F. classificou esta intervenção como uma tentativa do terapeuta “investigar um pouco os relacionamentos” do paciente e o modo como ele se vincula com os outros. A. entendeu que, ao realizar estas perguntas, o terapeuta diz algo como “nada mais tem importância para você, sua esposa ou o que possa acontecer com você?”, com o intuito de tirar o paciente desta posição de “submissão a esse superior”. Apesar de o paciente dizer que já determinou sua escolha, o terapeuta parece estar se apoiando no fato de que foi por procurado pelo paciente para questionar se esta não é uma “determinação inconsciente”. Para S., “é coerente que ele [o terapeuta] a coloque nesta hora” considerando que esta “é uma boa questão”.

Dentre os participantes que não julgaram adequada esta intervenção, N. afirmou que este tipo de colocação é uma “grosseria de analista” derivada de um “conceito pessoal”, um “valor” do terapeuta, não podendo assim ser fundamentada pelo discurso do paciente. Além disso, ao realizar este tipo de pergunta, o terapeuta “fica convocando mil coisas diferentes do discurso, no discurso”, o que não é terapêutico segundo a opinião deste participante. Tal como afirmou em outros momentos, N. afirmou que, após escutar o paciente dizer que é o melhor, apenas “esvaziaria todo esse saco”, o que seria equivalente a deixar o paciente falar sem inserir elementos novos no discurso. Também L. julgou ser esta intervenção resultante dos conceitos e de um “ideal” do terapeuta, e não do paciente – sendo assim inadequada sob um ponto de vista psicanalítico.

| | | |
|------------|--------------------|---|
| Cena 23 | Minuto 21' 40'' | 'Não, só estou voltando pra algo que você disse antes. Lembra que você disse que a vida te escolheu para ser um membro da elite? Que não era uma decisão sua? Talvez essa seja uma atitude com a qual você se sinta confortável. Você está confortável com isso porque você não tem que tomar decisões. Te livra de responsabilidades. Seu comandante, ele é quem toma as decisões, transfere-as a você, e você as executa. |
|------------|--------------------|---|

Dentre os 7 participantes, 3 concordaram com a intervenção realizada pelo terapeuta do seriado nesta cena (F., A. e S.), 2 discordaram (N. e L.) e os outros 2 não opinaram. Para F., esta foi uma intervenção interessante e adequada. A. reconheceu-a como sendo uma “construção” que foi bem realizada. S. qualificou o ato do terapeuta como “ótimo, perfeito” e “legal”, pois ele apenas “saiu do campo da rivalidade para se colocar melhor. N. apenas afirmou que nunca faria este tipo de intervenção. Já para L., apesar de não ser uma construção totalmente equivocada, o terapeuta não deveria entrar nisso tão antecipadamente, considerando que “não é isso que ele veio discutir” com o terapeuta.

| | | |
|------------|--------------------|--|
| Cena 24 | Minuto 22' 21'' | 'Eu acho que eu... Não acho que eu esteja qualificado pra isso. Mas você concordaria em ser seu próprio comandante?' |
|------------|--------------------|--|

Do total de 7 participantes, 3 entenderam ser adequada esta pergunta (M., A., e S.), 3 julgaram-na inadequada (C., F. e L.) e 1 (N.) não comentou a cena. A psicanalista justificou sua concordância por entender que desta forma o terapeuta “coloca uma perspectiva adulta no que era uma perspectiva infantil”. A. apenas afirmou que “é isso mesmo” que o terapeuta deveria ter feito. Para S., foi “magnífica” e “perfeita” esta parte da sessão, o que pode ser notado a partir da reação de angústia do paciente imediatamente após ter escutado o terapeuta.

Dentre os psicanalistas que julgaram inadequada esta intervenção, C. apenas disse discordar do procedimento do terapeuta, pois, segundo sua opinião, este é um momento importante para o terapeuta demonstrar que ele está “junto” o paciente. Sendo assim, sua sugestão seria dizer algo como: “eu poderia, digamos, estar com você, não como seu superior. Eu até aceito que você possa querer me colocar numa posição de lhe ajudar desta forma. E eu estou interessado em lhe ajudar desta forma, mas não como alguém superior a você”. Para F., esta “é uma intervenção mais psicoterapêutica” que psicanalítica, pois enfoca o “fortalecimento do ego [...], sem entrar nas profundezas do inconsciente”. Para esta participante, o psicanalista trabalha de forma distinta da direção tomada pelo terapeuta do seriado na medida em que visa “estabelecer um outro tipo de comunicação, que é a análise do inconsciente mesmo”. Já L. riu frente à cena afirmando que “isso eu não teria dito nunca”, pois o terapeuta desconsidera a sua posição na transferência ao sair do lugar imaginário que o paciente lhe atribui. Em contrapartida, L. falaria algo como “você já tomou a sua decisão, você já está com a passagem comprada” ou “mas você já está com a passagem comprada! qual é a tua dúvida? Você já tomou a sua decisão. Se você já tomou a sua decisão, ela já está tomada”.

| | | |
|------------|--------------------|---|
| Cena 25 | Minuto 22' 43'' | 'Pense nas ramificações do que você está prestes a fazer. Você está voltando a um lugar onde você jogou uma bomba. 16 crianças foram mortas. Seu rosto está na internet e existe um preço pela sua cabeça.' |
|------------|--------------------|---|

3 psicanalistas julgaram adequada a intervenção realizada pelo terapeuta nesta cena (F., A. e S.), enquanto que os demais participantes optaram por não comentá-la. F. afirmou ser importante o analista trazer um “dado de realidade” num contexto como este, mesmo num trabalho de orientação psicanalítica. A. entendeu que neste ponto o terapeuta está tentando mover o paciente “dentro da sua própria dúvida” de modo que ele possa ser mais cauteloso em seu processo de tomar decisões, tarefa esta compatível com um tratamento psicanalítico. S. afirmou que “uma pessoa bem preparada, nessa hora, diria coisas assim” e qualificou como “maravilhoso” e “perfeito” o procedimento do terapeuta.

| | | |
|------------|--------------------|---|
| Cena 26 | Minuto 24' 15'' | 'você não vê uma conexão entre seu colapso e o que aconteceu antes? Não, eu sei que você diz que não se sente culpado, mas você não acha que existe um forte desejo de pagar pelas suas ações?' |
|------------|--------------------|---|

Do total de 7 participantes da pesquisa, 4 concordaram com esta intervenção (F., M., A. e S.) enquanto que os outros 3 julgaram-na inadequada. Segundo F., esta é uma “intervenção interessante” e “muito bacana”. M. julgou o ato do terapeuta como “muito bom” porque neste ponto

o paciente estava falando sobre uma tentativa de suicídio, e esta seria uma maneira de tentar abordar a temática tentando demonstrar que o paciente está baseando-se na idéia de que terá “que pagar com a vida a vida que ele tirou”. Para A., ao realizar esta intervenção, o terapeuta faz uma tentativa de auxiliar o paciente a “ver onde é que ele está se metendo”, como que “tentando ainda fazê-lo decidir” sobre a questão da viagem. Já S. observou que ao realizar esta pergunta o terapeuta “está construindo uma outra pergunta pra de novo dizer a mesma coisa que ele já disse antes, [...] que ele veja que o que ele está querendo fazer é arriscado, a morte”. Sendo assim, para este participante o terapeuta foi “ótimo”, pois esta era “a coisa mais importante que ele poderia fazer neste momento”.

Dentre os participantes que julgaram inadequada esta intervenção, C. qualificou como “complicado o que está acontecendo aí agora”, pois, de acordo com a sua opinião, não é tentando chocar o paciente que o terapeuta vai conseguir afastá-lo do perigo implícito à realização da viagem. Sua sugestão seria a de tentar marcar para o paciente que “parece que está havendo uma repetição, de querer ajuda, de querer ficar mais saudável, ao mesmo tempo uma desconsideração muito grande com relação à sua própria saúde” ou falar algo como: “não são os meus pensamentos, [...] estes pensamentos só são possíveis porque you está, de alguma forma, me comunicando isso. Então inconscientemente, involuntariamente, parece que você tem contato com o que é saudável, e tem situações em que você acaba se machucando”. Com isto, o analista estaria “dando o comando de si próprio de volta para ele”. N. julgou ser prematura esta interpretação, levando em conta que “ele nem ouviu o cara [pois] [...] metade da sessão é o analista que falou, numa sessão em que o analista não deveria nem falar 5% da sessão”. Ainda segundo sua opinião, neste momento o terapeuta novamente “entra num nível de competição” ao realizar uma espécie de “duelo de língua” com o paciente. Como alternativa, seu encaminhamento seria o de não marcar nada nesta primeira sessão, ou de alguma maneira mostrar um “não saber” por parte do analista ao perguntar “de que alvo você está falando?” após o paciente ter pedido a opinião sobre voltar ou não ao alvo. Esta seria uma forma de fazer um “corte” neste discurso de que ambos são “os melhores” e que “sabem de tudo”. Por fim, L. discordou da intervenção porque a conexão não foi feita pelo paciente, mas pelo terapeuta.

Depois de termos apresentado os resultados obtidos a partir da aplicação do estudo de campo com psicanalistas, realizaremos a seguir a discussão dos resultados. Para tanto, utilizaremos a Teoria da Relevância como teoria de fundamentação para o processo de análise dos dados, pois, como argumentamos na introdução da tese, nosso objetivo é compreender quais são as similaridades e diferenças entre o modelo interpretativo pragmático e o psicanalítico e identificar as principais características do modelo psicanalítico de atribuição de significado.

CAPÍTULO 5 – ANÁLISE DA COMUNICAÇÃO NO CONTEXTO PSICANALÍTICO E DO MODELO DE ATRIBUIÇÃO DE SIGNIFICADO E INTERPRETAÇÃO UTILIZADO PELOS PSICANALISTAS SOB A PERSPECTIVA DA TEORIA DA RELEVÂNCIA

Neste capítulo retomaremos os resultados obtidos no estudo de campo realizado com psicanalistas e os analisaremos de acordo com o modelo da Teoria da Relevância (TR) de Sperber e Wilson (1986/2001). Demonstraremos como a TR permite-nos compreender quais são os princípios básicos inerentes ao processo comunicativo psicanalítico, estabelecido entre paciente e psicanalista. Nossa argumentação terá como objetivo demonstrar que tal como num processo comunicativo espontâneo, na relação comunicativa psicanalítica os interlocutores também utilizam um código comum, realizam inferências e implicaturas, supõem o contexto cognitivo dos interlocutores, presumem que o falante tem uma intencionalidade, buscam a relevância daquilo que é comunicado e pretendem gerar modificações no ambiente cognitivo do interlocutor.

A iniciativa de, sob a perspectiva da TR, examinarmos o modo como o psicanalista atribui significado àquilo que é comunicado pelo paciente também se fundamenta na afirmação de que as noções de ‘relevância’ e de ‘modelo de comunicação inferencial’ são aplicáveis a todos os tipos de processos inferenciais, desde “os processos prolongados e altamente cuidados utilizados na interpretação textual em que se empenham os estudiosos literários ou religiosos¹⁷⁷ [até o processo de] compreensão espontânea das elocuições” (SPERBER e WILSON, 1986/2001, p. 129). Ou seja, assumimos como ponto de partida a constatação de as noções de ‘relevância’ e de ‘modelo de comunicação inferencial’ também se aplicam ao modelo psicanalítico de atribuição de significado, tal como ocorre com outros modelos específicos de interpretação, diferentes dos utilizados em situações comunicativas espontâneas. Assim, podemos postular neste estudo que também a interlocução paciente/psicanalista é regida pelo princípio de relevância e também preenche os requisitos básicos a qualquer comunicação inferencial.

Contudo, apesar de reconhecermos que o processo comunicativo psicanalítico preenche uma série de requisitos comuns a qualquer processo comunicativo, nossa tese é a de que há uma diferença significativa entre este modelo comunicativo e um modelo espontâneo de comunicação. Nosso argumento central é o de que esta diferença resulta da assunção, por parte do psicanalista, de um conjunto de suposições significativamente distinto dos usualmente utilizados por falantes ordinários. Sendo assim, abordaremos neste capítulo algumas das principais suposições adotadas pelo psicanalista, que fazem com que o seu modo de atribuir significado ao que é comunicado pelo

¹⁷⁷ Tal como o modelo interpretativo psicanalítico.

paciente seja consideravelmente distinto de um modelo espontâneo de atribuição de significado. Tendo por base o material colhido no estudo de campo, abordaremos aqueles que identificamos ser os principais pressupostos subjacentes à atividade interpretativa do psicanalista como, por exemplo, o de que o psicanalista não deve estabelecer ‘diálogos’ com o paciente no contexto clínico, não deve tentar convencê-lo, não deve entrar numa ‘disputa argumentativa’, de que a interpretação psicanalítica deve obedecer a um ‘tempo’ particular, de que se deve atribuir relevância aos padrões discursivos e temas recorrentes naquilo que é comunicado pelo paciente, e de que o psicanalista deve dar importância aos dados não-verbais e aos dados relativos ao fenômeno da transferência para atribuir significado ao que o paciente comunica. Além disso, para tratarmos das particularidades do modelo interpretativo psicanalítico, discutiremos o modo como os participantes da pesquisa utilizaram as noções de ‘associação livre’, ‘construção em análise’ e ‘realidade psíquica’ para fundamentar seus pontos de vista sobre como deve proceder um psicanalista em contexto clínico diante da tarefa de atribuir significado ao que é comunicado pelo paciente.

Ainda antes de abordarmos tais pressupostos, consideramos válido esclarecer que o fato que mais nos chamou a atenção foi a diversidade de pontos de vista expressados pelos participantes da pesquisa na avaliação das intervenções do terapeuta do seriado retratadas em cada uma das 26 cenas pré-selecionadas, pois, pudemos verificar que cada um dos sete psicanalistas participantes do estudo fundamenta sua prática de forma única e distinta dos demais. Ou seja, a partir dos dados colhidos no estudo de campo, não observamos a existência de um único modelo psicanalítico de interpretação, mas sete. Também notamos, de forma geral, que cada psicanalista enfatiza um campo conceitual específico dentre o conjunto de conceitos freudianos, o que também justifica o porquê de observarmos análises tão distintas de um mesmo material audiovisual. Contudo, apesar das diferenças no modo como cada participante compreende a função do psicanalista, existem alguns pressupostos que são adotados por todos ou pela maioria deles, e é isso que nos permite identificar um “modelo psicanalítico de interpretação”, ou de atribuição de significado.

É válido lembrar que não é nosso objetivo julgar qual modelo interpretativo adotado pelos participantes da pesquisa é o ‘mais correto’ ou qual é ‘mais fidedigno’ e ‘coerente’ com a teoria psicanalítica freudiana. Nossa meta é verificar quais são similaridades e distinções entre o modo como cada participante avaliou as intervenções do terapeuta do seriado – segundo o que acredita ser um processo de análise compatível com os parâmetros psicanalíticos – e comparar os princípios que guiam o processo interpretativo utilizado pelos psicanalistas com o que estamos denominando de “processo interpretativo espontâneo”. Nosso paradigma de análise é o do pesquisador que se fundamenta no referencial teórico da pragmática para abordar um objeto de estudo particular, qual seja, a comunicação constituída no contexto clínico psicanalítico entre psicanalista e paciente,

ênfatizando o modo como o psicanalista atribui significado ao que o paciente comunica. Isto posto, passemos à análise¹⁷⁸ dos dados que nos permitem caracterizar os princípios do modelo interpretativo psicanalítico.

5.1. ATRIBUIÇÃO DE SIGNIFICADO EM CONTEXTOS COMUNICATIVOS ESPONTÂNEOS E NO CONTEXTO CLÍNICO PSICANALÍTICO: OPERAÇÕES BÁSICAS DE PENSAMENTO PARA O PROCESSAMENTO DE INFORMAÇÕES

Iniciamos nossa análise abordando os pontos em que os participantes da pesquisa realizaram referências diretas ao modo como o psicanalista atribui significado ao que o paciente comunica e suas distinções em relação ao modo esperado de um ouvinte realizar o processo de interpretação num contexto comunicativo espontâneo. Observamos que, segundo o ponto de vista dos participantes da pesquisa, a diferença mais significativa entre o modelo interpretativo psicanalítico e o espontâneo decorre do pressuposto de que o psicanalista não deve estabelecer uma relação de diálogo padrão, de disputa argumentativa ou de convencimento com o paciente. Vejamos como cada participante fez referência a esta questão para, em seguida, analisarmos estes dados segundo a perspectiva da Teoria da Relevância.

Encontramos um primeiro dado que aponta para distinção entre o formato de um diálogo espontâneo e um diálogo ‘psicanalítico’ quando C., em resposta à pergunta 2¹⁷⁹, afirma que existem “vários níveis” possíveis para o psicanalista escutar o que o paciente traz na sessão. A expressão “escutar” tem aqui uma acepção técnica, considerando que esta é a ferramenta básica de trabalho do psicanalista. Assim, a realização desta atividade está mais relacionada com a forma específica de processamento dos dados realizada pelo psicanalista do que exclusivamente com a atividade sensorial auditiva – considerando que o ‘escutar’ psicanalítico envolve fatores como observação visual, táctil, entre outros. Segundo o psicanalista C., ao invés de restringir-se à compreensão da história que o paciente do seriado conta, um psicanalista poderia interpretar o que ele diz como sendo uma forma de comunicar que “alguma coisa tá dando muito errado” em decorrência desta forma de viver do paciente, a qual “deveria ser para proteger a forma física, [...] o organismo, a invasão de armas terroristas”. Além disso, segundo a opinião deste participante da pesquisa, o psicanalista não deve se interessar (atribuir relevância) no que “aconteceu”, na “realidade externa”,

¹⁷⁸ Conforme adiantamos na introdução desta tese, devido ao caráter interdisciplinar do presente trabalho, optamos por enfatizar na nossa análise de dados as questões de cunho epistemológico e teórico em contraposição à uma análise mais empírica e descritiva dos processos cognitivos inerentes ao processo de interpretação realizado pelo ouvinte. Contudo, o leitor poderá ter uma visão preliminar de como se realiza este segundo tipo de análise no tópico 5.1.2..

¹⁷⁹ Anexo 4, psicanalista C., pergunta 2.

pois, neste caso, promove-se uma “disputa [...], uma rivalidade” entre paciente e psicanalista, o que por sua vez não proporciona os efeitos visados num tratamento psicanalítico.

Também F., ao comentar a cena 4, afirmou que existem diferentes “níveis de comunicação” na relação entre psicanalista e paciente. Num primeiro nível, o paciente pede ao analista uma resposta concreta de reconhecimento e este responde ao pedido dizendo que o reconhece ou que não o reconhece – tal como seria esperado numa interlocução espontânea. Segundo F., a intervenção do terapeuta do seriado realizada na cena 4 insere-se neste primeiro nível de comunicação. Num segundo nível comunicativo, o analista tem condições de lançar perguntas ao paciente como: ‘você se reconhece?’ ou ‘Quem é você?’. Ainda, segundo a opinião de F., “a questão é colocar [o pedido do paciente] em um outro nível de linguagem, [...] um ‘pensar psicanalítico’: ‘você sabe quem você é?’ ‘Me conte de você’, ‘O que que você está querendo saber de você?’”. Contudo, ao intervir de acordo com este ‘segundo nível de comunicação’, o psicanalista deve levar em consideração que a avaliação dos efeitos de seu ato comunicativo só pode ser realizada a partir da consideração das reações do paciente após as intervenções, da mesma forma como num processo de interpretação de um sonho. Ao comentar a cena 23, F. afirmou que quando o paciente conta um sonho, cabe ao psicanalista ouvi-lo enquanto “sonha junto com ele”, acompanhando a sua rede associativa (de conteúdos). Entretanto, “não serve de nada se nós associarmos sem saber o que ele associou depois, a partir do seu próprio sonho. A gente corre riscos se a gente associar e não esperar as associações dele” (psicanalista F., ao comentar a cena 23). Desta forma, as intervenções do psicanalista adquirem validade à medida que incitam o paciente a revelar novos conteúdos e associações relacionados às causas de seu sofrimento psíquico. Por fim, F. criticou as intervenções retratadas nas cenas 13 e 14 por julgá-las “muito explicativas”. Segundo sua opinião, o ato de explicar ao paciente determinados assuntos num nível ‘concreto’ não tem função de interpretação, pois, o analista fica restrito à “psicologia do ego”, não conseguindo assim realizar uma “análise do inconsciente”, a qual estaria relacionada ao “outro nível de linguagem”.

M. explicitou algumas diferenças entre o formato de um diálogo espontâneo e um diálogo ‘psicanalítico’ ao afirmar que a relação entre analista e paciente não deve permanecer no “plano da consciência”, tal como ocorre na cena 12 do seriado. Quando a relação permanece neste plano, não é possível se “iluminar muita coisa” e a sessão toma um “rumo meio vazio”. A participante julgou adequada a postura do terapeuta na cena 4, quando o mesmo não contestou uma atribuição realizada pelo paciente, mesmo não concordando com o que ele disse. Para a participante, um psicanalista deve saber que contestar um argumento do paciente, especialmente num início de uma primeira sessão, não tem nenhum efeito terapêutico.

A. abordou a diferença entre um diálogo espontâneo e um ‘psicanalítico’ ao comentar as cenas 11 e 14. Na primeira delas, a participante julgou que o terapeuta permaneceu num nível de “conhecimento”, não acessando assim o nível de um “saber”, o qual é pretendido numa análise. Ao comentar a cena 14, a participante afirmou que é sabido que o paciente “busca conhecer aquilo que [ele] sabe” por um processo de “compreensão”. Porém, ao “entrar no campo do conhecimento”, o paciente apenas consegue produzir um “conhecimento imaginário”, e esta não seria a direção de um trabalho psicanalítico. Sendo assim, ao invés de tentar justificar e explicar os motivos da sua intervenção, caberia ao terapeuta interrogar o paciente sobre a reação por ele apresentada (o que achou engraçado nisto que o analista disse?), de modo a não permanecer no campo do conhecimento consciente. Segundo a perspectiva lacaniana, o nível do ‘conhecimento’ é menos profundo do que o nível do ‘saber’, pois este se refere àquilo que a pessoa faz com aquilo que conhece, ou seja, a como a pessoa se utiliza daquilo que conhece. A esfera do ‘saber’ remete a um ‘saber fazer’ frente ao conhecimento (informações) de que dispõe. Uma pessoa pode ter o conhecimento, por exemplo, de que se continuar agindo de determinado modo irá causar sérios problemas a si mesma, porém, pode agir como se não soubesse disso, ou seja, sem levar em consideração isso que conhece. Dito de outro modo, mesmo sabendo das consequências e mesmo não querendo experimentá-las, a pessoa pode continuar agindo de modo a ocasioná-las.

Também N. abordou a questão da diferença entre uma interlocução paciente/psicanalista e entre interlocutores comuns, ao julgar inadequados os procedimentos do terapeuta retratados na cena 4, quando o mesmo tentou estabelecer um “diálogo” com o paciente, e na cena 26, quando realizou um “duelo de língua” com o paciente. Segundo sua opinião, este não é o encaminhamento de uma análise, pois o analista e o paciente ficam restritos a uma questão de “ego a ego” (cena 26), o que por sua vez impede a “análise do inconsciente”. Ao invés de “bater bola” com o paciente, caberia ao analista se colocar numa posição de deixar o paciente “fazer embaixadinha” até “cansar a perna”, até “esvaziar” seu discurso inicial (cena 4). N. fornece-nos mais uma ilustração sobre a diferença entre o modelo interpretativo psicanalítico e o modelo interpretativo pragmático (espontâneo) ao comentar a cena 26. Segundo a sua opinião, caberia ao terapeuta do seriado não atribuir o “seu” significado à palavra “alvo” mencionada pelo paciente. Sob um ponto de vista psicanalítico, não caberia ao terapeuta “compreender” o que o paciente está dizendo, mas perguntar algo como “de que alvo você está falando?”. O intuito desta pergunta seria o de fazer o paciente “se expor”, pois “é ele que tem que falar do alvo”, não o terapeuta. Esta intervenção faria sentido no contexto da sessão considerando que o paciente sempre “espera que o outro saiba”, o que faz com que ele atribua ao outro as tomadas de decisão. Ao realizar a pergunta, o terapeuta estaria fazendo um “corte”, pois “alguém tem que não saber”. Dessa forma, o terapeuta não incitaria uma relação de

discussão entre “dois onipotentes” e demonstraria ao paciente que “o melhor também não sabe” (considerando que o paciente havia anteriormente atribuído esta qualificação ao terapeuta).

Outras diferenças entre o modo como o psicanalista atribui significado ao que é comunicado pelo paciente em comparação com um modelo usual de atribuição de significado podem ser identificadas nos comentários realizados por S. frente às cenas 2, 3, 10 e z. Ao comentar a cena 2, o participante afirmou que o terapeuta e o paciente discutem e entram num “bom debate, no sentido mais acadêmico do termo, ou epistemológico”, o que, sob seu ponto de vista, “não tem nada a ver com a análise”. Frente à cena 3, S. julgou inadequada a direção adotada pelo terapeuta do seriado ao utilizar o verbo “saber” (É importante para você saber...), pois, segundo sua opinião, o terapeuta não deveria ficar no nível daquilo que é “discutível”. Na cena 10, o terapeuta “apela à razão” do paciente (a qual se insere no “campo do recalque”) e estabelece uma relação de oposição e rivalidade na medida em que “cada um [terapeuta e paciente] tem uma tese”. Como consequência, o paciente não dá prosseguimento ao processo de associação livre. No lugar do terapeuta do seriado, S. “não ficaria numa relação de oposição”, pois, um “analista não toma partido” frente a um conflito do paciente. Neste sentido, podemos notar que o participante reconhece ser relevante o analista identificar o conflito do paciente, porém, sem assumir a tarefa de convencê-lo em direção a uma das suas contrapartes – o que não seria incomum numa conversação espontânea. Por fim, para S., quando o paciente diz “Eu não estou com a consciência pesada” (cena z), um psicanalista tenderia a interpretar que ele “está dizendo que está [com a consciência pesada]”, pois, ninguém “disse que ele está com a consciência pesada para que ele precisasse dizer não”. Sendo assim, um psicanalista poderia supor que “alguém” disse que ele estava com a consciência pesada para que o mesmo precisasse negar esta atribuição. Ou seja, de acordo com um modelo psicanalítico de atribuição de significado, a negação por parte do paciente de algo que não foi cogitado pelo psicanalista equivale a uma confirmação da sua existência¹⁸⁰.

L. discordou da forma como o terapeuta do seriado realizou as intervenções nas cenas 1 e 14, pois, nestes momentos, o psicanalista realizou “superinterpretações” e “entendeu demais” o que o paciente disse, sem considerar a possibilidade de “equivocos”. O processo de atribuição de significado em psicanálise, segundo sua opinião, deve levar em conta “o máximo possível do que o paciente diz”, considerando que “as palavras já dizem as coisas, e o que nos impede às vezes de ouvir o que as palavras dizem é justamente essa interpretação a mais, esta conclusão a mais, ou essa mania de tudo querer explicar [...] porque a própria palavra já diz” (em resposta a pergunta 2). Notamos que este ponto de vista é semelhante à afirmação de Dascal de que: “O modelo

¹⁸⁰ Este fenômeno observado por S. é chamado em psicanálise de ‘denegação’ ou ‘negação’. Para mais, ver Freud (1925/1976).

criptográfico afirma que o que o falante quer dizer pode ser apenas o que suas palavras significam, nada mais e nada menos que isso” (2006, p. 672).

De acordo com a perspectiva denominada pelo participante como “lacaniana”, “o sujeito é sujeito a isso que as palavras dizem”, e o trabalho do psicanalista não é ficar perguntando “o que quer dizer aquilo?”, “o que que o paciente está querendo dizer?”, mas escutar o paciente a partir do que ele está dizendo, e não a partir do que ele possa estar “querendo dizer”. Neste sentido, quando o paciente diz “eu estou indo” viajar, o psicanalista poderia dizer “Pô, então você já decidiu! Obrigado por vir aqui me pagar 150 dólares para dizer que já tinha uma decisão”. A partir disso o psicanalista poderia sugerir uma outra questão: ‘por que o paciente precisou procurar um terapeuta e pagá-lo só para contar algo que já havia decidido?’, sem desconsiderar que o paciente já havia dito que viajaria. Retomaremos logo a seguir que, a partir da perspectiva da Teoria da Relevância, a idéia de que “as palavras já dizem as coisas” não é defensável, pois, em qualquer processo interpretativo há uma interferência decisiva do intérprete (crenças, valores, cultura, preconceitos, formação, etc.).

Ainda segundo L., o terapeuta não agiu adequadamente em situações como a verificada nas cenas 1, 3 e 6 por ter interagido de acordo com um padrão conversacional espontâneo, ficando assim restrito ao “campo da opinião”. Ao invés de explicitar sua concordância ou discordância, cabe ao psicanalista “escutar” o que o paciente diz, considerando que “não adianta” o analista ficar “discutindo com o paciente” ou emitir sua opinião. A atitude do terapeuta do seriado de tentar discutir certos assuntos é inválida na medida em que se inverte a posição de quem demanda algo na sessão, pois, “não é ele [o analista] que tem que correr atrás da cenoura, afinal de contas, quem vem com a questão é o outro. É o paciente que vai “ter que dar conta daquilo que ele disse”. Cabe ao psicanalista colocar-se numa posição “dissimétrica”, não respondendo “o tempo todo como alguém que está sendo atingido por aquilo que o paciente está lhe perguntando”. Segundo o participante, ao assumir uma postura simétrica frente ao paciente, o terapeuta do seriado permanece “numa posição identificada [...], como se fossem aí duas pessoas”, o que não o permite “se separar” do que o paciente diz para tomar as palavras do paciente e tentar implicá-lo “naquilo que ele está dizendo”.

A crítica realizada por L. frente à intervenção do terapeuta retratada na cena 3 (quando o terapeuta estabelece uma interlocução com o paciente “como se fossem aí duas pessoas”) torna claro o pressuposto assumido pelo participante de que o psicanalista deve colocar-se numa posição diferenciada do paciente durante a sessão de análise, não tratando-o como um igual, mas como alguém que precisa se implicar naquilo que diz. Ao ter ciência disso, o terapeuta do seriado não se preocuparia em “discordar” do paciente quando este lhe atribui a qualificação de “o melhor terapeuta”. Ao invés disso, teria falado algo do gênero: “Então se você diz, eu sou! Então agora me

conte de você”. Ou seja, apesar de escutar o que o paciente diz a partir de um registro interpretativo pragmático (espontâneo), o analista utiliza um segundo referencial, psicanalítico, para atribuir significado ao que o paciente comunica e para se posicionar perante o paciente – de modo a não considerar o paciente como um interlocutor “igual” (relação simétrica).

Por fim, L. abordou outra diferença entre um diálogo espontâneo e um psicanalítico ao comentar a cena 14, pois, segundo sua opinião, o psicanalista não deve interpretar o que o paciente diz como sendo algo relacionado à pessoa dele, tal como o terapeuta do seriado fez neste ponto da sessão. Sua opinião é a de que “o paciente nunca mente, mesmo quando esteja mentindo” pois, “a verdade tá aí, no mínimo, de que ele precisa mentir pra você. E isso é clínico, faz parte da transferência”. Ou seja, ao invés do psicanalista supor que o paciente está mentido ‘para ele’, o psicanalista deve ocupar-se em compreender o sentido de o paciente precisar mentir frente a um outro, pois, se o paciente interage assim com o psicanalista, é porque ele apenas repete aquilo que ele vivencia nas suas demais relações. O fato de o psicanalista não considerar algo que o paciente faz como dirigido à sua pessoa, e sim uma repetição de um padrão relacional, o auxilia a atribuir significados diferentes àquilo que é comunicado pelo paciente.

Considerando que a Teoria da Relevância se propõe a abordar o fenômeno da comunicação humana, enfatizando os aspectos psicológicos relativos ao ouvinte enquanto realiza o processo de interpretação¹⁸¹, optamos por utilizá-la como paradigma teórico para a compreensão da(s) lógica(s) implícita(s) ao processo comunicativo psicanalítico. Interessa-nos, de forma mais específica, caracterizar o modelo interpretativo e de atribuição de significado utilizado pelo psicanalista para o processamento das informações comunicadas pelo paciente. Aqui utilizamos o termo ‘informação’ num sentido mais técnico, equivalente a *input*. Assim, consideramos como informação qualquer tipo de sinal verbal ou não verbal comunicado tanto de forma consciente quanto inconsciente pelo paciente.

Conforme apresentamos no capítulo 2, o argumento central da TR é o de que toda e qualquer situação comunicativa estrutura-se de acordo com o princípio da relevância, pois é ele que guia o processamento dos pensamentos, memórias, ações, sons, imagens, e demais *inputs* sensoriais. Assim, o indivíduo realiza automaticamente (e na maioria das vezes involuntariamente) uma seleção dos estímulos que valem a pena serem processados de acordo com a relevância dos mesmos (a seleção é definida pelos critérios ‘menor esforço de processamento’ e ‘maior desencadeamento de efeitos cognitivos’).

¹⁸¹ Para mais, ver Sperber e Wilson (1986/2001, p. 7).

Considerando que a máxima da relevância funciona para a TR como uma “generalização sem exceções acerca da comunicação; [que] os falantes não precisam de [a] conhecer para comunicarem, e não poderiam violá-la mesmo que tentassem.” (SPERBER e WILSON, 1986/2001, p. 14), temos condições de observar que também o psicanalista e o paciente encontram-se submetidos a ela quando estabelecem um processo comunicativo. Na prática, isto significa que o psicanalista automaticamente procura algum tipo de relevância naquilo que o paciente comunica e vice-versa, mesmo quando aquilo que é comunicado pelo interlocutor parece desprovido de importância.

Entendemos que o psicanalista automaticamente interpreta o que o paciente diz segundo princípios conversacionais ordinários, como qualquer interlocutor padrão¹⁸². A escuta ‘psicanalítica’, ou seja, o modelo psicanalítico de atribuição de significado é utilizado pelo psicanalista de forma paralela ao modelo interpretativo espontâneo. Tanto isto é verdade que o psicanalista tem condições de optar por não ‘escutar psicanaliticamente’ o que o paciente diz em qualquer momento de uma sessão. Exemplificamos nosso ponto de vista retomando a opinião de C.: “supostamente dar atenção aos problemas emocionais pode ser uma maneira de fugir da realidade. Então eu faria uma pausa para saber como é que ele tá lidando com a realidade. [...] Quando há uma situação real acontecendo [...], primeiro eu tento entender qual que é a realidade”.¹⁸³. Ou seja, o psicanalista realiza o processamento das informações expressadas pelo paciente de pelo menos duas formas diferentes e que podem ocorrer de forma concomitante. A primeira equivale a um processamento usual, baseado em premissas básicas assumidas implicitamente pelos interlocutores que fazem parte de uma determinada cultura e de uma comunidade linguística, e é automaticamente desencadeada em qualquer processo comunicativo, enquanto que a segunda forma obedece a pressupostos próprios ao universo psicanalítico. Os participantes da pesquisa reconheceram esta distinção ao afirmarem que o psicanalista atua num outro ‘nível de comunicação’ ou ‘de linguagem’, que o psicanalista utiliza um ‘pensar psicanalítico’, que o psicanalista não deve promover um ‘diálogo’ ou um ‘debate’ com o paciente, que não deve ficar restrito ao campo do ‘conhecimento consciente’, não deve atribuir o seu significado àquilo que o paciente diz e que não é sua função preocupar-se com o que o paciente quer dizer, mas apenas com o que as suas próprias palavras já dizem.

A Teoria da Relevância permite-nos explicar o fato de que o psicanalista tem condições de interpretar o que é comunicado pelo paciente a partir de dois referenciais distintos, pois, segundo

¹⁸² Utilizamos o conceito de interlocutor padrão como similar aos de ‘falante padrão’ e ‘falante não psicanalista’, apresentados na nota 12.

¹⁸³ Para mais, ver Anexo 4, entrevista 1.

Sperber e Wilson (1986/2001): “[...] alguém poder dividir a sua atenção entre duas tarefas: por exemplo, estar a olhar para a televisão e a discutir assuntos de família ao mesmo tempo” (p. 217). O psicanalista realiza duas tarefas concomitantes de forma automática: utiliza o paradigma interpretativo pragmático (tal como um interlocutor usual) e utiliza um modelo psicanalítico de atribuição de significado frente aquilo que é comunicado pelo paciente. Considerando este ponto de vista, temos condições de retomar a opinião de L. de que o psicanalista teria que se restringir a considerar os significados que as palavras remetem por si só, como se as palavras ‘já dissessem coisas’ e avaliá-las como uma descrição inadequada do processo de atribuição de significado realizado pelo psicanalista. Isto porque é impossível que um intérprete não utilize algum tipo de rede de pressupostos para atribuir significado ao que lhe é comunicado. O que podemos afirmar é que o psicanalista utiliza dois modelos interpretativos ao mesmo tempo, o espontâneo (baseado em premissas usuais) e o psicanalítico (segundo princípios teóricos e práticos psicanalíticos). É a utilização deste segundo modelo que faz com que o processo comunicativo psicanalítico adquira características diversas de um processo comunicativo espontâneo. Enfatizamos este ponto por ser um dos pontos nodais da argumentação que estamos apresentando nesta tese. Ao invés de afirmarmos que o psicanalista deve ‘abandonar seus preconceitos’, que deve ter uma ‘escuta neutra’, que deve se restringir ‘àquilo que as palavras dizem’, entendemos que para atribuir significado de acordo com um modelo psicanalítico, o psicanalista deve lançar mão de um segundo modelo interpretativo que é utilizado de maneira paralela ao modelo convencional.

A afirmação absolutamente ‘antipragmática’ de F. de que o psicanalista deve ‘escutar o paciente a partir do que ele está dizendo, e não a partir do que ele possa estar “querendo dizer”’ é parcialmente verdadeira, se considerarmos que o psicanalista não privilegia a detecção das intenções do paciente implícitas àquilo que comunica. Contudo, é impossível que o psicanalista realize o processo de atribuição de significado ‘despido’ de qualquer preconceito, crença, visão de mundo e de sua própria intencionalidade. Nossa hipótese é a de que mais efetivas são as intervenções do psicanalista quanto melhor ele se apropria dos pressupostos psicanalíticos teórico/clínicos que lhe servem de base para o processamento das informações comunicadas pelo paciente. É dessa forma que o psicanalista passa a ter condições de fazer uma seleção automática e inconsciente¹⁸⁴ das informações comunicadas pelo paciente segundo critérios particularizados (psicanalíticos). Não é importante que o psicanalista tenha consciência do modo como interpreta/intervém durante a sessão da mesma forma como é inadequado que o fato de um falante

¹⁸⁴ Na acepção cognitiva do termo. Abordamos esta questão no tópico 2.4.2., p. 60.

usual se preocupar conscientemente com os fonemas que escolhe, com seus gestos, com o modo como faz deduções ou inferências atrapalha sua desenvoltura num processo comunicativo.

Segundo Sperber e Wilson (1986/2001), para realizar duas tarefas diferentes de forma concomitante, o ouvinte precisa lançar mão de dois contextos cognitivos em paralelo. Ao que tudo indica, este é o caso do psicanalista, pois, se requerido, o mesmo tem condições de reconstituir o contexto cognitivo que o permite atribuir significado ao que o paciente comunica de acordo com uma lógica comunicativa espontânea. Porém, se não há esta exigência, sua tendência é interpretar o que é comunicado pelo paciente de acordo com os princípios psicanalíticos de atribuição de significado, ou seja, pressupondo um outro ‘nível de comunicação’ ou ‘de linguagem’, utilizando um ‘pensar psicanalítico’, não promovendo um ‘diálogo’ ou um ‘debate’ com o paciente, não ficando restrito ao campo do ‘conhecimento consciente’, não atribuindo o seu significado àquilo que o paciente diz e não se preocupando com o que o paciente tem a intenção de comunicar. A Teoria da Relevância explica que, mesmo partilhando um ambiente físico comum, falante e ouvinte constituem ambientes cognitivos distintos¹⁸⁵. Considerando que o ‘ambiente cognitivo’ equivale a um conjunto de suposições representáveis pelo indivíduo como verdadeiras, observamos que o psicanalista assume como provavelmente verdadeiro um conjunto de suposições específico, que tende a ser distinto do conjunto de suposições aceitas como verdadeiras por interlocutores não psicanalistas. A constituição do ambiente cognitivo equivale à primeira das duas etapas do processamento de informações realizado pelo ouvinte. É nesta primeira etapa que o ouvinte forma um conjunto de hipóteses iniciais que tem a função de servir de referência para o processo de interpretação. Na segunda etapa, o ouvinte submete suas hipóteses a uma avaliação, confirmando-as ou rejeitando-as. Vejamos como ocorre a primeira etapa do processo de interpretação realizado pelo ouvinte, conforme a descrição da TR, para em seguida avaliarmos como tal processo ocorre no contexto psicanalítico.

5.1.1. A seleção das hipóteses interpretativas

Antes mesmo de o ouvinte ter contato com o que é comunicado pelo falante, é fato inconteste que ele realizará sua atividade interpretativa tendo por base um conjunto de premissas. Sperber e Wilson (1986/2001) indicam que este “conjunto de premissas utilizado [pelo ouvinte] na interpretação de uma elocução” (p. 45) equivale ao conceito de ‘contexto’. Como premissas são consideradas as suposições antigas, conhecimento de mundo prévio, crenças e demais informações

¹⁸⁵ Para mais, ver Sperber e Wilson (1986/2001, p. 79).

que o ouvinte dispõe *a priori* em seu ‘armazém de suposições factuais’¹⁸⁶ e que são ativadas por associação no momento em que é realizado o processo de atribuição de significado àquilo que é comunicado pelo falante. As premissas integram o ‘conhecimento de mundo’ do sujeito, conhecimento este que se baseia em:

“crenças, experiências, que vão construir não apenas um saber enciclopédico, mas também um saber cultural, e que são adquiridos através do convívio social e da interação com o outro. Muitos desses conhecimentos encontram-se representados sob a forma de *frames, scripts*, ou seja, modelos de que lançamos mão na leitura [escuta] e compreensão de textos [enunciados verbais], através de processos inferenciais” (MUNIZ, 2004, p. 23 *apud* SANTOS, 2009, p. 285).

No caso do psicanalista, podemos afirmar que o seu conhecimento de mundo (premissas) é derivado não só de sua experiência de vida *lato sensu*, mas especialmente de sua formação teórica, experiência prática clínica, dos efeitos provenientes de seu processo de análise pessoal e supervisão. Assim, quando escuta o paciente, o psicanalista associa as informações por ele comunicadas com determinados conjuntos de premissas que compõem o seu armazém de suposições factuais, seu conhecimento de mundo. Este processo ocorre de forma semelhante para todo indivíduo que tem condições de se comunicar. O que muda entre um psicanalista e um indivíduo não psicanalista é o conjunto de premissas utilizadas por cada um para interpretar o que lhe é comunicado.

Tal como um falante em uma comunicação espontânea, o psicanalista também seleciona “conjuntos diferentes de suposições que provêm de fontes diversas (memória de longo prazo, memória de curto prazo, percepção)” (SPERBER e WILSON, 1986/2001, p. 215) para constituir o ‘contexto’ que lhe servirá de base para a realização do processo interpretativo. A memória de longo prazo do psicanalista armazena desde informações provenientes da sua história de vida, formação psicanalítica, até os dados comunicados pelo paciente em sessões anteriores. Já a memória de curto prazo tem o papel de auxiliar o psicanalista a relacionar dados verbais e não verbais comunicados contiguamente ou sequencialmente pelo paciente numa mesma sessão.

O aspecto ‘psicológico’ inerente à definição do conceito de contexto para a TR permite-nos permanecer num nível de discussão que evita o problema da suposta ‘realidade objetiva’, pois a construção psicológica particular que cada indivíduo realiza acerca do seu meio nunca será equivalente ao ‘estado real do mundo’. Consideramos que a noção ‘mental/psicológica’ de contexto elaborada pela Teoria da Relevância explica adequadamente o fato de que, da mesma forma que

¹⁸⁶ Ver tópico 2.4.2..

qualquer interlocutor, o psicanalista não tem condições de processar o que o paciente lhe comunica de ‘mente vazia’, pois inevitavelmente recorre às suposições armazenadas em suas memórias de curto, médio e longo prazo para a realização desta tarefa. Neste sentido, tal como um ouvinte padrão, o psicanalista também inicia o processo interpretativo a partir de um conjunto de suposições ou premissas, conjunto este que equivale a uma série de formas lógicas incompletas, as quais podem ser satisfeitas com os dados comunicados pelo falante, dando assim origem a novos esquemas de suposições. Segundo nosso ponto de vista, as distinções entre o modo de um psicanalista e o modo uma pessoa não psicanalista atribuir significado são decorrentes do tipo específico de suposições que o psicanalista conserva em seu armazém de suposições.

Sendo assim, podemos entender que quando o psicanalista busca acessar um ‘outro nível de comunicação’ ou ‘de linguagem’, quando se propõe a ‘pensar psicanaliticamente’ ou quando tenta interpretar o que o paciente diz de acordo com o que ‘as palavras já dizem’, tal como expressado pelos psicanalistas participantes da pesquisa, ele seleciona e ativa um grupo particular de suposições, as quais serão por nós chamadas de ‘suposições psicanalíticas’, e associa os dados comunicados pelo paciente a tais suposições. As suposições psicanalíticas estruturam um tipo específico de contexto que pode ser chamado por nós de ‘contexto psicanalítico’, o qual determina a seleção das hipóteses interpretativas.

Sabemos que, de acordo com a sua história de vida, seus interesses, crenças e valores, o modo como cada sujeito constrói seu conjunto de suposições sobre o mundo difere do das demais pessoas – mesmo que esteja inserido numa mesma cultura, que possua as mesmas ferramentas cognitivas e que partilhe de uma mesma língua. Contudo, verificamos que esta diferença é maior quando comparamos o modo como um psicanalista constrói seu conjunto de suposições sobre o mundo e o modo como os interlocutores não psicanalistas o fazem, principalmente devido ao fato de o psicanalista não priorizar a identificação das intenções do falante/paciente numa comunicação em contexto clínico. Isto se deve, na nossa opinião, à sua formação teórica, prática, aos efeitos da sua análise pessoal e processo de supervisão, pois são estas as variáveis que determinam o cálculo das implicaturas realizado pelo psicanalista frente ao que lhe é comunicado pelo paciente.

Após realizar o primeiro passo do processo interpretativo, a seleção das hipóteses mais relevantes, o ouvinte parte para a segunda etapa, qual seja, a verificação de tais hipóteses. Vejamos a seguir como esta verificação ocorre.

5.1.2. As formas básicas do funcionamento mental dedutivo e o processo de verificação das hipóteses

Após decodificar linguisticamente o que é dito pelo falante, o ouvinte submete os dados comunicados a um enriquecimento contextual (de acordo com o seu conjunto de suposições antigas), de modo a selecionar uma ou mais hipóteses interpretativas. O processo de escolha da melhor hipótese chega a termo quando o ouvinte encontra um significado que se coaduna com a sua expectativa de relevância. Tal expectativa encontra-se relacionada com a ‘meta’ do ouvinte, eleita (conscientemente ou inconscientemente)¹⁸⁷ como critério para processamento das informações.

Via processos de dedução, através de inferências não ostensivas, o ouvinte deriva as implicações dos enunciados proferidos pelo falante comparando-as com as informações preexistentes em seu armazém de suposições factuais. Tais operações tanto são utilizadas pelos ouvintes usuais quanto pelos psicanalistas, pois são utilizadas pelos seres humanos em qualquer atividade comunicativa.

As principais regras de dedução lógica reconhecidas pela TR são as regras *modus ponens* (incluindo regras de eliminação “p”) e *modus tollens*. Tais regras são absolutamente fundamentais para o funcionamento do raciocínio humano, pois constituem uma espécie de ‘esqueleto’ das operações cognitivas. A regra *modus ponens* tem o seguinte formato:

- | | |
|-----------|-----------------|
| a) input: | (i) P |
| | (ii) (se P → Q) |
| b) output | Q |

Esta regra toma como entrada de dados um par de premissas, uma condicional e outra antecedente, e dá como resultado a consequente da condicional. Aplica-se somente às premissas que contêm uma ocorrência designada do conceito “se... então” e dá como resultado as conclusões de que essa ocorrência foi retirada. Vejamos um exemplo de como opera o *modus ponens*:

- | | |
|-----------|------------------------------------|
| a) input: | (i) P (Sócrates é um homem) |
| | (ii) (Se homem → (então) é mortal) |
| b) output | Q (Sócrates é mortal) |

¹⁸⁷ Sobre a utilização da noção de ‘inconsciente’ pela Teoria da Relevância, ver tópico 2.4.2., p. 60.

Por sua vez, a regra *modus tollens* se aplica das seguintes formas:

- | | | |
|----|-----------|------------------------------|
| 1- | a) input: | (i) (P ou Q) (ii) (não P) |
| | b) output | Q |
| | | |
| 2- | a) input: | (i) (P ou Q) (ii) (não Q) |
| | b) output | P |

Esta regra toma como entrada de dados um par de premissas, uma sendo uma disjunta e a outra a negação da disjunta, e dá como resultado outra disjunta. Aplica-se somente às premissas que contêm uma ocorrência designada do conceito “ou” e dá como resultados as conclusões de que essa ocorrência foi eliminada¹⁸⁸. Abaixo apresentamos dois exemplos desta forma de raciocínio:

- | | | |
|----|-----------|---|
| 1- | a) input: | (i) (P ou Q) Ou você vem ou eu vou. (ii) (não P) Você ‘não’ vem. |
| | b) output | Q – Então eu vou. |
| | | |
| 2- | a) input: | (i) (P ou Q) Ou você vem ou eu vou. (ii) (não Q) Eu ‘não’ vou. |
| | b) output | P – Então você vem. |

Por representarem formas básicas do modo de funcionamento do pensamento humano, o *modus ponens* e o *modus tollens* também são utilizadas pelo psicanalista durante o processo de atribuição de significado frente àquilo que o paciente comunica em sessão. Veremos adiante alguns exemplos de como tais formas são utilizadas pelos participantes da pesquisa, o que nos permitirá identificar alguns dos pressupostos que fundamentam a atividade interpretativa dos mesmos. Porém, antes de apresentar estes exemplos, discutiremos alguns outros fatores que também são fundamentais para a compreensão do modo como o psicanalista interpreta o que é comunicado pelo paciente.

Podemos recorrer a uma metáfora proveniente do campo da informática para explicar a diferença entre o modo de o psicanalista atribuir significado ao que é dito pelo paciente em comparação com o modo de um interlocutor padrão fazê-lo. Imaginemos um *software* que pode ser

¹⁸⁸ Para mais sobre as formas básicas de raciocínio dedutivo, ver Santos (2009, p. 103 e ss).

configurado de diferentes maneiras para processar *inputs*. Assim, uma mesma informação de entrada pode ser associada a diferentes conjuntos de dados, dependendo do modo como se configura o programa. As operações disponibilizadas pelo programa são as mesmas; o que muda é a forma como cada uma delas será aplicada frente a uma nova informação. As operações disponibilizadas pelo programa equivalem, na nossa metáfora, aos processos cognitivos do ouvinte para as atividades de percepção e atribuição de significado aos dados comunicados pelo falante. As diferentes formas de configuração do programa, por sua vez, equivalem aos diferentes modelos interpretativos que um ouvinte pode utilizar para processar os *inputs*.

Na medida em que o psicanalista avança em seu processo de formação profissional (análise pessoal, supervisão, estudo teórico e experiência clínica) algumas suposições básicas vão se tornando cada vez mais fortes, pois “como resultado de uma espécie de habituação, quanto mais se processa uma representação, mais acessível se torna. Por isso, quanto maior for a quantidade de processamento na formação de uma suposição, e quantas mais vezes lhe for depois dada entrada, maior é a sua acessibilidade” (SPERBER e WILSON, 1986/2001, p. 134). Além do mais, novas evidências que venham comprovar uma determinada suposição deixam-na mais forte do que antes. Se a suposição que é gradativamente reforçada é do tipo: ‘Se o paciente diz que *não* pensa em ‘a’, então ele está pensando em ‘a’, mesmo que não o queira’, o fato de o paciente dizer que ‘*não* pensa em ‘a’” não é capaz de modificar a suposição factual básica do psicanalista, mesmo porque ela permite ao psicanalista processar o tipo de dado apresentado pelo paciente como um dado compatível com o seu conhecimento¹⁸⁹ (suposição factual antiga).

Neste sentido, podemos afirmar que os dados de entrada (o que é comunicado pelo paciente) encontram maiores dificuldades de modificar a configuração básica que rege o processamento de dados utilizado pelo psicanalista. Esta ‘configuração básica’ corresponde a esquemas de suposição (formas lógicas incompletas) que são completadas por informações comunicadas pelo paciente, mas que raramente são por elas modificadas.

Tal cenário pode ser representado, em nossa metáfora computacional, pelo ato de um técnico de informática interferir na programação do *software*, modificando os parâmetros de funcionamento do programa, ou do programa entrar em colapso frente a dados que não conseguem ser processados pelo programa pré-existente. Em resumo, podemos afirmar que o que é dito pelo paciente em sessão tem menos possibilidade de modificar o conjunto de suposições básicas adotadas pelo psicanalista para o processo de atribuição de significado do que aquilo que é dito por um interlocutor padrão a outro, num contexto de comunicação espontânea. Modificações das suposições básicas do

¹⁸⁹ Utilizamos aqui o termo ‘conhecimento’ segundo a acepção que o mesmo adquire no contexto da TR (Apesar de sabermos que este termo é visto de forma pejorativa na tradição psicanalítica lacaniana).

psicanalista geralmente são decorrentes de estudo teórico, análise pessoal, da experiência de supervisão e de alguns tipos especiais de situações clínicas em que os pressupostos utilizados pelo psicanalista não lhe oferecem possibilidades para o processamento dos dados comunicados pelo paciente. A experiência clínica também tem aí um papel de auxiliar o psicanalista a re-significar conceitos psicanalíticos fundamentais e a ter uma maior facilidade em manejar o modelo psicanalítico de interpretação.

O psicanalista também se utiliza dos processos dedutivos, indutivos e abduativos para atribuir significado àquilo que lhe é comunicado. Porém, suas suposições psicanalíticas básicas dificilmente são modificadas em função dos dados trazidos pelo paciente. Também observamos este tipo de fenômeno nas conversações não psicanalíticas em que um ou todos os interlocutores estabelecem uma relação comunicativa em que haja pequena abertura para a revisão dos seus pontos de vista. O que geralmente se modifica, à medida que o paciente avança no processo de livre associação dos assuntos são as suposições que o psicanalista realiza a respeito do paciente, dos fatores relativos ao conflito psíquico, do modo como o mesmo estabelece relação, entre outros importantes para a direção do tratamento. Neste nível, o psicanalista intuitivamente constrói hipóteses e abandona gradativamente as suposições factuais sem relevância. Após a seleção das suposições mais relevantes, o psicanalista, tal como um indivíduo não psicanalista, dá continuidade ao processo de atribuição de significado frente aos dados pré-selecionados. Porém, os fundamentos e princípios básicos utilizados pelo psicanalista como balizadores da atividade interpretativa permanecem mais resguardados de modificações em comparação com as suposições realizadas sobre o paciente e sobre seu sofrimento psíquico. É válido lembrar que são estes princípios e fundamentos básicos que sustentam a interpretação em ‘segundo nível’, tal como referido pelos participantes do estudo de campo.

Nossa comparação entre o modo como um ouvinte (incluindo o psicanalista) realiza deduções¹⁹⁰ não demonstrativas e o modo como um *software* opera é compatível com a descrição de Sperber e Wilson (1986/2001) de um ‘mecanismo’ autômato com uma memória e capacidade de ler (escutar), escrever (registrar) e apagar (eliminar) formas lógicas, de comparar suas propriedades formais e de armazená-las na memória. Assim, o processo dedutivo é descrito da seguinte forma:

Coloca-se na memória do mecanismo um conjunto de suposições que irão constituir os axiomas ou teses iniciais da dedução. Ele lê cada uma dessas suposições, recolhe as entradas lógicas de cada um dos seus conceitos constituintes, faz a aplicação de qualquer regra cuja descrição estrutural é satisfeita

¹⁹⁰ Porém, devemos ter o cuidado de observar que os processos dedutivos não são os únicos a serem utilizados por um ouvinte como ferramenta interpretativa. Somam-se a ele os processos de ‘indução’ e ‘abdução’.

por esta suposição e anota a suposição resultante dentro da sua memória como uma tese derivada. Quando uma regra fornece as descrições das entradas de suas suposições, o mecanismo faz a sua verificação para ver se tem na memória um par apropriado de suposições; se assim for, anota a suposição do resultado dentro da sua memória como tese derivada. Aplica-se a este processo a todas as teses iniciais e derivadas até que não sejam possíveis mais nenhuma dedução (p. 156).

São as expectativas do ouvinte (no nosso caso, as do psicanalista) que motivam a validação ou invalidação de hipóteses (processo de estreitamento ou alargamento/ampliação do significado), ou seja, a seleção das suposições a serem ‘anotadas dentro da memória’ como uma ‘tese derivada’ das entradas lógicas apresentadas que serviram de premissas para a realização do processo dedutivo. Tal como um ouvinte usual, o psicanalista também realiza o estreitamento e o alargamento/ampliação dos significados de forma automática, até que satisfaça suas expectativas de encontrar a relevância naquilo que é dito pelo paciente. Tanto o estreitamento como o alargamento/ampliação dos significados não ocorre ao acaso, mas através de uma ordem de acessibilidade determinada de acordo com o esforço cognitivo exigido para a atividade de interpretação. Quanto menor o esforço cognitivo necessário, maior a probabilidade do ouvinte se satisfazer com o significado hipotético (estreitamento). Vejamos um exemplo inspirado na cena f do seriado:

Paciente: Você deve estar querendo saber como consigo dormir à noite.

Terapeuta: Está bem. Como você dorme?

Paciente: Muito bem, obrigado.

O enunciado proferido pelo paciente do seriado poderia gerar no ouvinte uma série de hipóteses como as seguintes:

- (1) o paciente não tem problemas com o sono.
- (2) o paciente não tem remorsos em relação a ter bombardeado a Madrasa.
- (3) o paciente é uma pessoa insensível.
- (4) o paciente é uma pessoa que não se incomoda em obedecer as ordens que lhes são dadas.
- (5) o paciente está com a consciência pesada.
- (6) o paciente está se sentindo culpado em relação às mortes que causou.
- (7) o paciente não está podendo aceitar o fato de que se sente culpado pelas mortes das crianças.
- (8) o paciente tem uma cama confortável.
- (9) o paciente dorme mais que 7 horas por noite.
- (10) quando dorme, o paciente tem um sono ininterrupto.
- (11) o paciente não fica sonâmbulo durante a noite.

Todas estas suposições podem ser consideradas como válidas de acordo com o contexto cognitivo utilizado para interpretá-las. Um ouvinte que estivesse ocupando o lugar do terapeuta do seriado poderia formular estas e outras infinitas hipóteses sobre o que o paciente deseja comunicar ao dizer que dorme muito bem. Grosso modo, podemos dizer que um falante padrão tenderia a selecionar como verdadeiras as hipóteses 4, 5, 6, 7 e 11 (mesmo considerando que ele dispõe da informação que o paciente bombardeou uma escola muçulmana e que ele é um piloto da marinha americana). As hipóteses 5, 6 e 7 não seriam as mais acessíveis, pelo menos de início, pois o paciente não dá sinais explícitos de estar sendo irônico ou de estar mentindo. Devido o maior potencial de desencadear processos cognitivos frente a um gasto semelhante de energia de processamento, as hipóteses 1, 2, 3 e 4 provavelmente seriam consideradas como as mais relevantes por um ouvinte padrão em comparação com as hipóteses 8, 9, 10 e 11.

Se imaginarmos este mesmo diálogo entre um paciente e um médico neurologista, provavelmente este profissional concluiria que o paciente não tem nenhum problema em relação ao sono e que o mesmo poderia ser considerado uma pessoa saudável neste quesito. Assim, provavelmente as hipóteses 1, 9, 10 e 11 seriam as mais relevantes para um ouvinte médico, pois seriam automaticamente selecionadas frente ao seu conjunto de suposições. Seguindo esta mesma linha de raciocínio, podemos dizer que, para um psicanalista, as hipóteses 4, 5, 6 e 7 seriam provavelmente as mais relevantes, pois, ao serem relacionadas com o conjunto de suposições ‘psicanalíticas’, seriam estas as hipóteses selecionadas perante as demais como as de maior potencial informativo. Apesar de existirem outras hipóteses provavelmente verdadeiras, o psicanalista tende a não selecioná-las como mais relevantes por não serem compatíveis aos parâmetros definidos por um ‘contexto cognitivo psicanalítico’.

Ou seja, apesar das hipóteses 1, 2, 3, 4, 8, 9, 10 e 11 serem as mais acessíveis a um ouvinte padrão, provavelmente não seriam estas as hipóteses selecionadas por um psicanalista como as mais relevantes, mesmo porque o psicanalista processa aquilo que é comunicado pelo paciente a partir de uma rede de suposições (contexto cognitivo) particularizada. Assim, podemos explicar, de acordo com a Teoria da Relevância, que o psicanalista S. selecionou a hipótese 7 como a mais relevante por condensar um maior potencial informativo a um gasto de energia para o processamento maior do que o demandado pelas hipóteses mais acessíveis a um ouvinte usual. Este maior gasto de energia para o processamento se justifica pelo maior potencial informativo (sob um ponto de vista psicanalítico, no contexto de um tratamento) da hipótese 7¹⁹¹. Nossa análise encontra sustentação em afirmações como a de S., de que o enunciado “eu não estou com a consciência pesada”, deve ser

¹⁹¹ Ver a avaliação realizada por S. da cena f, no Anexo 4.

interpretado como “[ele] está dizendo que está [com a consciência pesada]”, pois, ninguém disse que ele está com a consciência pesada para que ele precisasse dizer que não está. Este ponto de vista também é compatível com o pressuposto adotado por C., F. e L. de que o paciente sempre comunica algo distinto daquilo que ele diz ou daquilo que ele tem a intenção de comunicar.

Sperber e Wilson (1986/2001), retomando a perspectiva gricena¹⁹² e os posteriores desenvolvimentos nela realizados por Strawson (1964/1971, *apud* Sperber & Wilson, 1986/2001, p. 53) afirmam que, para significar alguma coisa por x , um falante F deve ter a intenção de:

- i) produzir uma resposta r em um ouvinte O;
- ii) O reconhecer a intenção de F;
- iii) O reconhecimento por O da intenção de F funcionar, pelo menos, como parte da razão de O dar a resposta r .

Este esquema que visa explicar o comportamento comunicativo espontâneo, em que a comunicação se baseia na possibilidade do ouvinte reconhecer as intenções do falante e produzir uma resposta compatível com tais intenções. Contudo, este esquema não se mostra adequado para explicar o tipo de comunicação que ocorre entre paciente e psicanalista, em contexto clínico. Isto porque, apesar do paciente (enquanto ocupando a posição do falante) tentar fazer com que o analista (na posição de ouvinte) reconheça sua intenção F, a qual funcionaria, pelo menos, como parte da razão do analista (O) dar uma determinada resposta (r), notamos que o analista (O) frustra sistematicamente esta expectativa do paciente (F) na medida em que, ao se fundamentar no modelo interpretativo psicanalítico, ele não procura identificar quais são as intenções comunicativas do paciente, mas um outro tipo de intencionalidade, se assim podemos chamar, inconsciente ao próprio paciente. Este outro tipo de intencionalidade não é reconhecida pelo paciente, apesar de encontrar-se intimamente relacionada com o modo como ele se comunica, como age e, conseqüentemente, com o surgimento e manutenção do seu estado de sofrimento psíquico.

Assim, temos condições de propor um esquema alternativo para explicitar os princípios comunicativos inerentes a um contexto de tratamento psicanalítico, no qual paciente e psicanalista se comunicam:

- i) o narrador F (paciente) tem a intenção i de tornar manifesto x ;
- ii) ao tornar manifesto x , F tenciona causar um efeito h no ambiente cognitivo do ouvinte O (psicanalista);

¹⁹² Ver Grice (1957).

- iii) apesar de O ter condições de reconhecer a intenção *i* de F a partir de *x*, O dirige sua atenção¹⁹³ à intenção *y* de F, intenção esta desconhecida por F porém identificável a partir de fatores como encadeamento dos assuntos, modo de estabelecimento de relação, atos falhos, sonhos, entre outros¹⁹⁴;
- iv) como O não se restringe ao reconhecimento da intenção *i* de F, F não causa um efeito *h* no ambiente cognitivo de O.
- v) como O reconhece a intenção *y* de F, O experimenta um efeito *w* em seu ambiente cognitivo.
- vi) o reconhecimento por O da intenção *y* de F funciona, pelo menos, como parte da razão de O dar a resposta *t*.

Ou seja, diferentemente de uma conversa espontânea, no contexto psicanalítico há uma quebra sistemática das expectativas conversacionais do falante/paciente, pois, o psicanalista responde de modo independente da intenção (*i*) do falante, e sim de acordo com a intenção inconsciente *y*. Desse modo, os atos realizados pelo psicanalista no contexto clínico (sejam no sentido de intervenções faladas ou comportamentos, seja pelo silêncio) tendem a surpreender o paciente. Tal quebra de expectativa automaticamente é processada pelo paciente como algo potencialmente dotado de relevância, o que deflagra o processo de busca da relevância daquilo que é comunicado pelo psicanalista.

Tal como Santos (2009) afirma ao analisar o modo como um ouvinte processa uma piada, também no contexto psicanalítico não temos condições de prever quais são os efeitos cognitivos reais de uma modificação no ambiente cognitivo do paciente após uma intervenção do psicanalista, pois, “existe um grande número de variáveis linguísticas e não-linguísticas – cognitivas e socioculturais – que atuam cognitivamente no processo de interpretação humano” (p. 192). Por uma questão de recorte de pesquisa não desenvolveremos a análise da comunicação psicanalítica segundo as posições psicanalista/falante e paciente/ouvinte, apesar de reconhecermos sua importância frente ao objetivo de se compreender as particularidades do uso da linguagem no contexto clínico psicanalítico. Também reconhecemos que a nossa análise em que o paciente ocupa a perspectiva do falante e o psicanalista a perspectiva do ouvinte tem alcance parcial na medida em que, tal como numa comunicação espontânea, na comunicação que ocorre no contexto clínico psicanalítico existem sucessivas trocas entre as posições de falante e ouvinte efetuados pelo psicanalista e pelo paciente. Isto posto, voltemos à análise da comunicação psicanalítica supondo o paciente na posição de falante e o psicanalista na de ouvinte.

Se admitimos que “um passo crucial dentro do processamento da informação nova, e em especial da informação comunicada verbalmente, é a sua combinação com um conjunto adequadamente selecionado das suposições de fundo – que assim constitui o contexto – dentro da memória do mecanismo dedutivo” (SPERBER e WILSON, 1986/2001, p. 215), temos condições de

¹⁹³ Apesar de não parecer o mais adequado, o termo “dirige” está sendo por nós utilizado no sentido de indicar que o psicanalista opta, no contexto clínico, por utilizar um outro modelo de atenção, qual seja, o da ‘atenção uniformemente suspensa’. Para mais, ver tópico 3.2..

¹⁹⁴ Tais fatores foram tratados no capítulo 3 desta tese e serão retomados nos tópicos seguintes deste capítulo.

entender que a atribuição de relevância e a seleção dos dados salientes para o processo de atribuição de significado realizadas pelo psicanalista estão fundamentadas em pressupostos específicos (psicanalíticos). Conforme já argumentamos anteriormente, estes pressupostos estão intimamente relacionados com fatores como formação teórico prática psicanalítica, experiências subjetivas e experiência clínica, interesses e crenças. Ou seja, de posse de sua ‘bagagem psicanalítica’, o psicanalista alimenta o processo de cálculo inferencial com dados distintos daqueles que poderiam ser considerados mais provavelmente salientes para um interlocutor padrão. Devido ao modo específico como seleciona os dados relevantes dos não relevantes, o psicanalista passa a ter condições de construir novas suposições e significados, ou seja, institui um “segundo nível de interpretação”.

Sob um ponto de vista psicanalítico, Puglia (1999, p. 48) aborda esta questão em seu artigo *A interpretação na psicanálise lacaniana* ao descrever o início de uma análise da seguinte forma:

Um sujeito dirige-se ao consultório do analista numa posição demandante e espera, num primeiro momento, que este lhe dê soluções imediatas, que eliminem seu mal-estar. [...] Pergunta ao analista: “Você sabe o que eu tenho?”; ao que o analista responde: “Sim”. De alguma forma existe aí uma promessa, e o analista só “promete” por saber que a resposta é anterior à pergunta. Ele propõe ao analisando a regra fundamental da psicanálise [...] porque é daí que a resposta emergirá. [...] O texto do analisando não traz a resposta completa, de modo linear, mas, os elementos da resposta que o analista saberá *pescar*.

Podemos observar que os ‘peixes’ que os psicanalistas ‘pescam’ nem sempre são os mesmos, apesar de apresentarem alguma semelhança entre si. Ao adotar um ponto de vista lacaniano, a autora descreve os ‘peixes’ que deseja fregar da seguinte maneira: “O analista escuta na fala do sujeito o que ele não pede e nem pode pedir, o que ele deseja, o peso de seu gozo, o peso pulsional que está em jogo, e visa deslocar o sujeito da posição na qual tinha certeza sobre o objeto” (PUGLIA, 1999, p. 48). Por estarmos abordando com mais especificidade o ponto de vista freudiano, o leitor terá condições de notar que conferimos outros nomes aos peixes que nos interessam e que, em determinadas situações, notamos até que os ‘peixes’ são os mesmos ou consideravelmente semelhantes, apesar de receberem nomes diferentes – tal como podemos observar que uma mesma espécie de peixe real recebe diferentes nomes dependendo da região geográfica ou cultura do ‘pescador’. Levando ao extremo a metáfora, notamos que o psicanalista utiliza um instrumental específico como, por exemplo, um tipo de ‘arpão’ (modelo psicanalítico de atribuição de significado), para arrebatando determinadas espécies de animais marinhos (significados

em segundo nível), enquanto que os interlocutores espontâneos utilizam redes e varas de pescar (modelo interpretativo espontâneo)¹⁹⁵.

Após estabelecermos a base teórica de análise dos dados colhidos no estudo de campo, passemos a seguir à apresentação e para a análise propriamente dita de determinados trechos de entrevistas que nos permitem entrever quais são as suposições básicas ou pressupostos sobre os quais os psicanalistas se fundamentam para a realização da atividade interpretativa no contexto clínico.

5.1.3. Alguns exemplos de aplicação do raciocínio lógico dedutivo inferencial no contexto clínico psicanalítico

O formato de raciocínio lógico dedutivo é utilizado de forma maciça pelos seres humanos, pois corresponde a um tipo de operação cognitiva básica e essencial para o processamento de informações de qualquer modalidade. Segundo a perspectiva pragmática da Teoria da Relevância (inspirada em estudos provenientes do campo das ciências cognitivas), o processamento de informações se dá a partir da aplicação de um modelo de raciocínio lógico dedutivo inferencial não trivial. Este tipo de raciocínio difere do modelo lógico aristotélico na medida em que este se restringe às formas de raciocínio que podem ser comprovadas (verificadas logicamente), enquanto que aquele permite que o indivíduo construa hipóteses mais ou menos prováveis. Santos (2009) explica que as regras de dedução são não-triviais no sentido de que:

são regras interpretativas, cujas suposições dos resultados explicam ou analisam o conteúdo das suposições da entrada de dados. São não-triviais também no sentido de que, pela formação de uma hipótese que envolve raciocínio criativo, analógico e associativo, a verdade das premissas torna a verdade das conclusões apenas provável. A hipótese pode ou não ser confirmada, ou seja, se ajusta ou não ao conhecimento de mundo do indivíduo (p. 99).

Apesar da tendência do psicanalista construir significados diversos dos esperados segundo uma perspectiva comunicativa espontânea, podemos observar que o raciocínio lógico dedutivo inferencial não trivial também se encontra na base do processo psicanalítico. Vejamos a seguir como os psicanalistas participantes da pesquisa de campo utilizaram este tipo de raciocínio ao analisar as cenas do seriado e quais foram as premissas que sustentaram a construção de suas hipóteses interpretativas:

¹⁹⁵ Apesar de nossa metáfora sugerir que o modelo psicanalítico permite a ‘pesca’ de ‘animais maiores’, reafirmamos que não se trata de propor uma comparação entre este modelo e o modelo interpretativo espontâneo. Queremos apenas apontar para o fato de que existe uma diferença entre eles e que tal diferença acarreta efeitos distintos.

Modus Ponens:

1 – Psicanalista C. (Anexo 4, em resposta à pergunta 1)

- 1- a) input: (i) P (informação observada pelo psicanalista)
(ii) (se $P \rightarrow Q$) (se P então Q) (Pressuposto/suposição do psicanalista)
- b) output Q (conclusão obtida pelo psicanalista)
- 2- a) input: (i) P – O terapeuta atuou no campo das idéias, da intelectualização.
(ii) (se $P \rightarrow Q$) Se o terapeuta atua no campo das idéias, da intelectualização, então ele se afasta da dificuldade que o cliente apresenta.
- b) output Q – O terapeuta se afastou da dificuldade que o cliente apresenta.

Psicanalista C. (Anexo 4, em resposta à pergunta 2)

- 1- a) input: (i) P (informação observada pelo psicanalista)
(ii) (se $P \rightarrow Q$) (se P então Q) (Pressuposto/suposição do psicanalista)
- b) output Q (conclusão obtida pelo psicanalista)
- 2- a) input: (i) P – O paciente perguntou a opinião do terapeuta sobre um dilema concreto.
(ii) (se $P \rightarrow Q$) Se o paciente pergunta a opinião do terapeuta sobre um dilema concreto, então o paciente está fazendo referência a uma problemática subjetiva.
- b) output Q – O paciente fez referência a uma problemática subjetiva.
- 3- a) input: (i) P – O terapeuta restringiu sua interpretação à questão do dilema concreto do paciente.
(ii) (se $P \rightarrow Q$) Se o terapeuta restringe sua interpretação à questão concreta apresentada pelo paciente, então o terapeuta não consegue realmente gerar um encontro emocional com o paciente.
- b) output Q – O terapeuta não conseguiu realmente gerar um encontro emocional com o paciente.

2 – Psicanalista F. (Anexo 4, ao comentar a cena 4)

- 1- a) input: (i) P (informação observada pelo psicanalista)
(ii) (se $P \rightarrow Q$) (se P então Q) (Pressuposto/suposição do psicanalista)

- b) output Q (conclusão obtida pelo psicanalista)
- 2- a) input: (i) P – O paciente perguntou ao analista se ele sabia quem ele era, se ele o reconhecia.
 (ii) (se P → Q) Se o paciente pergunta ao analista se ele sabe quem ele é, se ele o reconhece, o paciente está se perguntando sobre quem ele [o próprio paciente] é, para saber mais dele mesmo.
- b) output Q – O paciente estava se perguntando sobre quem ele [o próprio paciente] é, para saber mais dele mesmo.

3 – Psicanalista M. (Anexo 4, ao comentar a cena 1)

- 1- a) input: (i) P (informação observada pelo psicanalista)
 (ii) (se P → Q) (se P então Q) (Pressuposto/suposição do psicanalista)
- b) output Q (conclusão obtida pelo psicanalista)
- 2- a) input: (i) P – O paciente questionou a existência ou não de regras logo no início da sessão.
 (ii) (se P → Q) Se o paciente escolhe questionar a existência ou não de regras logo no início da primeira sessão, então esta questão é a mais importante da sessão.
- b) output Q – A questão a ‘existência ou não de regras’ é a questão mais importante da sessão.

Por ser uma inferência dedutiva não trivial, supõe-se uma margem de erro do raciocínio, ou seja, assume-se que o resultado do raciocínio é cancelável contanto que surjam novos dados consistentes que invalidem tais conclusões. Também é necessário termos o cuidado de perceber que tais exemplos ilustram momentos pontuais do raciocínio desenvolvido pelos psicanalistas participantes da pesquisa, e que os mesmos não têm a pretensão de elucidar integralmente as premissas por eles utilizadas. Na prática, inúmeros processos como o ilustrado pela regra *modus ponens* são desdobrados de forma concomitante, o que nos permite compreender a complexidade do funcionamento cognitivo do psicanalista. Também um falante espontâneo lança mão deste funcionamento cognitivo complexo, porém suas premissas diferem das de um psicanalista.

Vejamos alguns exemplos de aplicação do raciocínio *modus tollens* pelos participantes da pesquisa:

Modus tollens:

- 1- a) input: (i) (P ou Q)
 (ii) (não P)
- b) output Q

- 2- a) input: (i) (P ou Q)
 (ii) (não Q)
 b) output P

4 – Psicanalista L. (Anexo 4, ao comentar a cena 26)

- 1- a) input: (i) (P ou Q) – Ou o terapeuta deixa que o paciente faça as conexões entre os assuntos que apresenta (e age em conformidade com os objetivos de uma análise), ou o terapeuta é quem faz as conexões entre os assuntos evocados pelo paciente (e não age em conformidade com os objetivos de uma análise).
 (ii) (não P) – O terapeuta **não** deixa que o paciente faça as conexões entre os assuntos que apresenta.
 b) output Q – O terapeuta é quem faz as conexões entre os assuntos evocados pelo paciente (e não age em conformidade com os objetivos de uma análise).

5 – Psicanalista L. (Anexo 4, ao comentar a cena 1)

- 1- a) input: (i) (P ou Q) – Ou o fato de o paciente ter dito que morreu referiu-se a uma situação real, ou o fato de o paciente ter dito que morreu referiu-se a uma situação irreal.
 (ii) (não P) – **Não** é verdade que o paciente morreu.
 b) output Q – O fato de o paciente ter dito que morreu referiu-se a uma situação irreal.

6 – Psicanalista L. (Anexo 4, ao responder a pergunta 1)

- 1- a) input: (i) (P ou Q) – Ou o terapeuta escuta primeiramente o que o paciente tem a dizer para somente depois tentar atribuir algum significado ao que ele comunica, ou o terapeuta faz muita ligação entre os assuntos evocados pelo paciente e age precipitadamente.
 (ii) (não P) – O terapeuta **não** escutou primeiramente o paciente o paciente tinha a dizer para somente depois tentar atribuir algum significado ao que ele comunicou.
 b) output Q – O terapeuta fez muita ligação entre os assuntos evocados pelo paciente e agiu precipitadamente.

Os modelos *modus ponens* e *modus tollens* são formas de raciocínio lógico dedutivo inferencial que permitem ao sujeito processar novas informações a partir de um conhecimento prévio (conhecimento enciclopédico, valores, crenças, experiências, etc.). A observação de um novo fato somada ao conhecimento do armazém de suposições factuais dos indivíduos implicam uma

nova conclusão, ou, dito de outra forma, a soma de uma informação nova observada com as informações anteriores resultam na elaboração de um novo conhecimento. Este novo conhecimento resultante de uma inferência dedutiva não trivial não tem garantias totais de ser verdadeiro, mas é assumido pelo sujeito até que outro novo conhecimento venha a substituí-lo por ter maior poder explicativo. Estes esquemas de raciocínio, tão amplamente utilizados pelos falantes, nos auxiliam a explicar a rapidez, complexidade e o caráter inconsciente (na acepção cognitiva do termo) do processo de interpretação, seja o realizado por falantes espontâneos ou por psicanalistas. Isto porque, automaticamente, ao se deparar com uma informação (P) o sujeito conclui (Q).

Após realizarmos esta apresentação dos mecanismos cognitivos/linguísticos básicos a qualquer processo interpretativo, passemos novamente à comparação entre os modelos interpretativos espontâneo e psicanalítico e vejamos quais são as suposições básicas utilizadas pelos participantes da pesquisa para a realização do processo de atribuição de significado àquilo que é comunicado pelo paciente no contexto clínico.

5.2. SUPOSIÇÕES BÁSICAS DO PSICANALISTA INTERENTES AO PROCESSO DE ATRIBUIÇÃO DE SIGNIFICADO NO CONTEXTO CLÍNICO

Ao realizar o processo de interpretação baseado em um conjunto de pressupostos psicanalíticos, o psicanalista relega a um segundo plano o modelo interpretativo espontâneo. Isto significa que suposições tipicamente realizadas por um ouvinte não psicanalista como a de que o falante tem a intenção de ser verdadeiro, de ser compreendido, enfim, de gerar um determinado efeito no ouvinte, são colocadas em suspenso pelo psicanalista. Assim, a afirmação de Sperber e Wilson (1986/2001) de que “parte da tarefa do ouvinte é procurar descobrir quais são as suposições que a pessoa falante está a garantir como verdadeiras” (1986/2001, p. 180) não se aplica ao modelo interpretativo psicanalítico da mesma forma como é aplicada no modelo de comunicação espontânea. Durante sua entrevista, L. ilustrou esta diferença ao afirmar que “o paciente nunca mente, mesmo quando esteja mentindo” pois, “a verdade tá aí, no mínimo, de que ele precisa mentir pra você. E isso é clínico, faz parte da transferência” (cena 14). Ou seja, não é função do psicanalista preocupar-se com a veracidade ou não do que o paciente diz, mesmo quando há indícios de que o que ele diz não é verdadeiro, pois, ao invés de realizar este tipo de julgamento, cabe ao analista considerar que, se o paciente mente, é porque ele está precisando fazer isto. O significado disto só pode ser encontrado *a posteriori*. Também as afirmações de C. e F., de que o psicanalista deve interpretar o que é comunicado pelo paciente de acordo com um “outro nível” de

linguagem e de acordo com um “pensar psicanalítico”, atestam para o fato de que o psicanalista não se preocupa em descobrir as intenções do falante inerentes àquilo que o mesmo comunica.

Encontramos uma equivalência entre este tipo de operação realizada pelo psicanalista e a realizada por um ouvinte que escuta uma piada, pois, neste caso, “o ouvinte é levado a aplicar regras dedutivas não-triviais e a assumir hipóteses de relevância sabendo que estas não são aplicáveis à realidade da história que ouviu” (YUS RAMOS, 1995-96, p. 502). Ou seja, mesmo tendo condições de reconstituir o contexto cognitivo supostamente utilizado pelo falante, o ouvinte assume o pressuposto de que é possível atribuir um significado àquilo que é escutado sem que haja a necessidade de se buscar qualquer tipo de confirmação da realidade dos dados comunicados.

Ou seja, tal como um falante que ouve uma piada, o psicanalista não deve ter uma preocupação que é básica a qualquer interlocutor que se insere num processo comunicativo padrão, qual seja, a de primeiramente reconstituir o contexto cognitivo adotado pelo falante para só então buscar compreender o que ele pretende dizer. Isto porque, segundo os critérios interpretativos usuais, um dos principais fatores envolvidos no processo de avaliação da relevância das suposições é a discriminação das intenções do falante, o que permite ao ouvinte realizar a interpretação do significado daquilo que ele comunica. O processo de interpretação psicanalítico é bem sucedido não quando o psicanalista reconhece apenas os significados linguísticos dos enunciados e quando o psicanalista infere o que o paciente quer dizer, mas sim quando reconhece significados de outro nível, que escapam à própria intencionalidade consciente do paciente, considerando que nem mesmo ele tem condições de perceber o que comunica frente a outra pessoa. É por este motivo que quando um paciente ‘usa mal’¹⁹⁶ uma palavra, ou seja, quando faz um lapso de linguagem, o psicanalista considera este fenômeno como dotado de sentido e intencionalidade (porém não consciente), ao contrário de um interlocutor usual, o qual “geralmente [faz] o desconto do significado errado” (SPERBER e WILSON, 1986/2001, p. 57), considerando que se trata de “uma prova enganadora das intenções do falante” (idem, *ibidem*).

Ou seja, além de considerar a diferença que existe entre o significado semântico de determinada sentença e o significado pragmático do enunciado, o psicanalista ainda pressupõe a existência de outro tipo de significado motivado por uma lógica que escapa à percepção consciente do paciente. Neste sentido, o psicanalista não se satisfaz em reconstituir o significado que o paciente tem intenção de comunicar e parte para a ‘caça’ dos significados que o paciente inconscientemente comunica. Podemos ilustrar a diferença entre os modelos interpretativos espontâneo e psicanalítico ao observarmos o modo como os C. e F. frustram as expectativas

¹⁹⁶ Ver tópico 2.4.2, p. 69.

conversacionais do paciente, pois, relegam a segundo plano a tentativa de detectar qual é contexto cognitivo do falante em favor do acesso a um ‘outro nível de comunicação’.

5.2.1. A pressuposição da diferença dos lugares do psicanalista e do paciente

Outra consequência da adoção do conjunto de suposições psicanalíticas por parte do psicanalista é a constituição de uma relação assimétrica com o paciente. Observamos este fenômeno a partir de inúmeros trechos das entrevistas com os psicanalistas, em especial, naqueles em que os participantes afirmam que não é função de um psicanalista entrar numa “discussão intelectual” ou “filosófica”, num nível de “intelectualização” (C., ao julgar a cena 2) e que não faz parte da tarefa do analista tentar convencer o paciente via argumentação, debates, exposição de opiniões ou via processos exclusivamente racionais, conscientes ou egóicos¹⁹⁷. Em suma, todos os participantes argumentaram que a interlocução entre psicanalista e paciente diferencia-se de interlocuções espontâneas na medida em que o psicanalista não deve conferir relevância ao “que aconteceu” na “realidade externa”, não deve promover “disputa” ou uma relação de “rivalidade” com o paciente (C.), não deve ser “explicativo” e não deve permanecer no “plano da consciência” (F.), não deve ficar no nível do “conhecimento imaginário” (M.), não deve estabelecer um “diálogo” de “ego a ego” (campo da razão), não deve incentivar um “bom debate, no sentido mais acadêmico do termo, ou epistemológico” (S.) e nem deve responder “o tempo todo como alguém que está sendo atingido por aquilo que o paciente está lhe perguntando” (L.).

Segundo Sperber e Wilson, todo ouvinte “espera que a informação que a pessoa falante [tenciona] transmitir seja relevante quando processada no contexto em que a pessoa falante [conta] que ela [seja] contextualizada” (1986/2001, p. 184). Tal expectativa também se apresenta no processo comunicativo constituído na clínica psicanalítica, tanto por parte do paciente como do psicanalista. Contudo, a expectativa da relevância daquilo que o paciente comunica se baseia, para o psicanalista, em um conjunto de premissas psicanalíticas, distintas das máximas conversacionais utilizadas comumente como paradigma para a estruturação de um processo comunicativo espontâneo. Ao invés de buscar reconstituir o contexto cognitivo do falante (paciente), tal como se esperaria de qualquer ouvinte numa comunicação espontânea, o psicanalista busca colocar-se em consonância com um contexto de outra ordem, qual seja, o contexto dos pensamentos inconscientes (no sentido freudiano do termo), de modo a perceber que tipo de pensamentos inconscientes estão relacionados com o surgimento e manutenção do seu conflito psíquico. Podemos ilustrar esta

¹⁹⁷ F., ao avaliar as cenas 13 e 14, M., ao avaliar a cena 4, A., ao avaliar as cenas 11 e 14, N., ao avaliar a cena 26, S., ao avaliar a cena 3 e L., frente à intervenção apresentada na cena 3.

questão resgatando uma expressão utilizada frequentemente por psicanalistas: ‘o psicanalista não deve escutar a pessoa, mas sim o sujeito inconsciente’¹⁹⁸.

Ou seja, o processo de inferência e atribuição de significado no contexto clínico psicanalítico é idêntico ao da comunicação espontânea, porém cada um deles é realizado a partir de pressupostos distintos. Fundamentados na Teoria da Relevância temos condições de afirmar que o que muda entre processo psicanalítico de atribuição de significado e o espontâneo é a seleção daquilo que é considerado relevante em cada um dos contextos conversacionais. O modo como o psicanalista faz a eleição dos dados relevantes num processo de análise frustra as expectativas do paciente/falante, tendo em vista que todo falante faz uma expectativa a respeito do que o ouvinte irá compreender a partir do que é comunicado¹⁹⁹.

Segundo nossa opinião, um dos fatores que permitem que o psicanalista frustrasse sistematicamente as expectativas conversacionais do paciente é a existência de uma modalidade específica de “assimetria” entre os lugares do psicanalista e do paciente no contexto clínico. Existem inúmeras situações em que a interlocução se estabelece entre interlocutores que ocupam posições hierárquicas diferenciadas, em que a relação de poder é assimétrica. Apesar da teoria da Relevância não enfatizar os fatores sociológicos envolvidos na constituição de um processo comunicativo (mesmo porque a sua proposta é realizar a descrição dos processos cognitivos utilizados pelo ouvinte para a interpretação do que é comunicado pelo falante), identificamos que tais variáveis são decisivas para a forma como a comunicação se estabelece no contexto clínico.

Tal fato é amplamente reconhecido no campo da psicanálise como podemos observar na seguinte observação: “Para o sujeito, que se dirige ao analista – sujeito suposto saber – e que com ele estabelece uma relação transferencial, esse analista transmite uma mensagem: ‘É você quem detém o texto e as respostas que procura, mas sou eu que o dirigirei a elas, pois encontra-se aqui o seu analista’ (LACAN, 1958 [1961]/1998, p. 591)” (PUGLIA, 1999, p. 49). Tal ponto de vista é inspirado na afirmação lacaniana de que: “[...] é pelo que o sujeito imputa de ser (ser que está em outro lugar) para o analista que é possível o alcance da interpretação” (LACAN, 1958 [1961]/1998, p. 591). A noção de ‘sujeito suposto saber’, formulada por Lacan, aponta para o fato de que o paciente supõe no psicanalista um saber sobre o seu sofrimento, saber este ilusório na medida em que é impossível o analista ter qualquer saber sobre o paciente antes mesmo de poder escutá-lo. Contudo, tal suposição por parte do paciente é fundamental para que a relação entre paciente e

¹⁹⁸ Tal princípio é abordado de forma explícita por Freud (1900/1972, p. 296 e ss), ao comparar as noções de ‘discurso manifesto’ e ‘discurso latente’, e por Lacan (1954-1955/1987, p. 13 e 79), ao argumentar sobre o aspecto ilusório do ‘eu’ e sobre a diferença radical entre o indivíduo pensante e o ‘sujeito’ para a psicanálise.

¹⁹⁹ Abordaremos a questão da quebra das expectativas do paciente e o modo de o paciente buscar a relevância naquilo que o psicanalista comunica no tópico 5.2.3., p. 228.

psicanalista se constitua de uma forma que viabilize o tratamento. Mesmo o psicanalista sabendo que as respostas estão no paciente, ou seja, que as respostas serão encontradas naquilo que o paciente irá lhe revelar, o psicanalista assume o posto deste que ‘dirige’ o paciente ao encontro das respostas às questões que se coloca. Ou seja, o fato de o paciente supor que o psicanalista ocupa ‘outro lugar’ é uma pré-condição para o que o tratamento gere os efeitos desejados.

Sob um ponto de vista da pragmática, o principal efeito decorrente de uma relação assimétrica é a modificação das expectativas dos interlocutores, pois ambos levam em consideração este dado ao constituírem o contexto cognitivo que oferece as pistas ao ouvinte sobre como deve ser interpretado aquilo que é comunicado pelo falante. Além disto, o reconhecimento da assimetria inerente à relação entre os interlocutores corresponde a um dado relevante ao processo de interpretação, pois, tão importante quanto ‘o que é dito’ é o ‘por quem foi dito’ e o ‘como foi dito’. Retomaremos esta questão segundo a perspectiva da pragmática no próximo tópico, ao tratarmos da questão da maior tolerância que o paciente tende a apresentar frente intervenções realizadas pelo psicanalista devido ao suposto saber a ele atribuído.

Após termos apresentado as principais distinções entre um modelo psicanalítico de atribuição de significado e um espontâneo e após termos abordado a questão da assimetria na relação paciente/psicanalista, vejamos com maior aprofundamento como o psicanalista maneja tecnicamente a situação comunicativa desenvolvida entre ele e o paciente, conferindo ênfase ao processo de ‘escuta’ psicanalítica.

5.2.2. Sobre o processo de escuta e o ‘tempo’ necessário para a atribuição de significado em psicanálise

Um segundo fator abordado pelos participantes da pesquisa foi a importância do psicanalista adotar, principalmente no início do tratamento, uma postura de ‘escuta’ e ‘observação’ do paciente, em detrimento de ‘falar’, realizar uma série de perguntas ou dirigir ativamente a conversação. Todos os psicanalistas que participaram da pesquisa exprimiram este ponto de vista ao criticar as intervenções em que o terapeuta do seriado não esperava o paciente falar ou que expressava conclusões precipitadas. Vejamos como cada um dos participantes abordou este tema.

Para C., numa situação como a retratada na cena 2, na qual o paciente demonstra uma dificuldade de suportar o fato de “não ter controle”, “muito mais importante que uma interpretação” é a possibilidade de o psicanalista tolerar o próprio sentimento de não controle da situação. Agindo desta forma, o terapeuta teria condições de demonstrar ao paciente que “existe sim uma possibilidade de controlar aquilo que não tem controle”. Ou seja, segundo a opinião do participante,

o terapeuta teria sido mais efetivo, sob um ponto de vista psicanalítico, se tivesse apenas contido sua ansiedade e tolerado seu não saber de forma silenciosa. Já, ao comentar a cena 15, C. julgou que:

[...] há pouco silêncio. [...] Se esquece a importância do ‘ouvir’. O ‘ouvir’ é tão fundamental quanto interpretar. A possibilidade de você poder dividir [algo] com alguém que está interessado realmente em ouvir é um alívio, é um grande alívio. É terapêutico. [...] O poder ‘ouvir-se’, o poder ‘observar-se’, sem ter uma resposta, sem ter que rapidamente, irritadamente correr para uma solução, eu acho que é fundamental na vida.

Neste sentido, cabe ao analista manter “dentro de si próprio” alguns elos ou relações implícitas ao discurso do paciente ao invés de inundar o paciente com conexões que venham a sobrecarregar o paciente. C. avaliou de forma semelhante a cena 11 ao comentar que “não é porque você tem uma compreensão que você tem que imediatamente liberar esta compreensão”, e a cena 21, quando afirma que no início de uma terapia sua postura é estar “muito mais interessado em simplesmente observar e falar” apenas sobre aquilo que observa, pois não é este o momento de se “trazer conhecimento”, e sim de ajudar o paciente a se observar.

Tal como C., F., ao comentar a cena 13, afirmou que “não falaria nada” e que, por ser ainda uma primeira entrevista, “ficaria na pesquisa ainda” ao invés de propor interpretações ou conexões entre assuntos, tal como fez o terapeuta nesta cena. Frente à cena 6, M. afirmou que “não falaria nada”, ao invés de perguntar sobre quantas crianças morreram na missão. A participante adotaria o mesmo direcionamento frente à cena 9, pois, segundo a sua opinião, “se tivesse que dizer uma forma de melhorar esta sessão, seria de falar menos, apenas. Ele [o terapeuta] deveria ter falado menos, poderia ter falado menos”.

A. julgou que o terapeuta do seriado falou excessivamente em momentos como os retratados nas cenas 6 e 7. Sua opinião é de que o terapeuta deveria ter deixado o paciente falar mais, e não realizar perguntas ou intervenções, de modo a “fazer com que este paciente fale simplesmente por ele mesmo”, pois esta seria a maneira adequada de “cuidar do que está ali em jogo”. A participante afirmou que só seria necessário dirigir perguntas ao paciente como “me fale mais disso... o que foi isso pra você?”, “e o que que ocorreu? O que você pensou disso?” no caso de ele não continuar falando por si só.

N. também julgou inapropriada a postura do terapeuta por ele ter falado além do necessário e por não ter escutado o paciente (segundo critérios psicanalíticos). Ao avaliar a cena 2, o participante da pesquisa discordou do modo como procedeu o terapeuta do seriado e afirmou que, neste

momento da sessão, “não falaria nada”, mas apenas “continuará ouvindo” o paciente. Ao comentar a cena 4, N. julgou que o terapeuta já estava “falando muito nessa sessão”. Ao invés disso, não seria preciso falar nada para o paciente, mas somente ouvi-lo, pois “o silêncio aí seria terapêutico”. O participante julgou inadequada a intervenção retratada na cena 5, pois “ali o terapeuta tá muito falante [...] para um discurso que corre solto”. Também as cenas 6, 10, 12, 15 e a cena r foram avaliadas de forma similar, pois, perante as mesmas, N. afirmou que o terapeuta falou demais ao invés de escutar o que o paciente tinha para falar por si próprio. Ao comentar a cena 12, o participante afirmou que, devido ao tipo de postura adotada pelo terapeuta do seriado de falar além do necessário, o paciente deixou de falar sobre determinados assuntos que poderiam ser falados ainda nesta primeira sessão, e que conseqüentemente só serão falados numa próxima sessão. Tal tipo de postura implica um alongamento do tratamento na medida em que são necessárias mais sessões para que o paciente consiga vir a falar de suas questões (como, por exemplo, o porquê dele ter procurado o terapeuta). Ao comentar a cena 15, N. afirmou que uma análise com um paciente como o retratado no seriado exige do psicanalista uma postura “seca”, silenciosa, ao mesmo tempo que “muito presente” – principalmente sob o aspecto da expressão corporal e atenção dedicada ao paciente.

Para S., o terapeuta age equivocadamente na cena 10 por não continuar escutando o paciente e por impeli-lo “para frente”, justamente num momento em que ele aborda uma questão importante. Como o terapeuta não escuta o paciente neste momento (pois não o convoca a falar mais disto que ele traz), a narrativa do paciente afasta-se dos conteúdos que precisariam ser abordados por ele na sessão.²⁰⁰

Por fim, também L. julgou que o terapeuta do seriado não soube esperar e “ficar quieto” nas cenas 6 e 10. Nesta última cena, segundo o participante, o terapeuta “tenta convencer o paciente” ao invés de apenas ficar quieto o tempo todo “para provocar neste paciente algum tipo de pergunta”.

Entendemos que a questão do modo próprio como o psicanalista ‘escuta’ e observa o que o paciente comunica está diretamente relacionada ao ‘tempo’ necessário para o psicanalista possa atribuir significado àquilo que é comunicado pelo paciente. Sendo assim, vejamos mais alguns comentários realizados pelos participantes sobre esta segunda variável relativa ao processo de

²⁰⁰ É válido ressaltarmos que a opinião dos participantes de que o terapeuta do seriado deveria ter permanecido mais em silêncio, escutando e observando o paciente, não deve ser considerada como algo que corrobora uma visão estereotípica do “psicanalista que não fala”, mas sim como um posicionamento frente ao tipo de paciente como o retratado no seriado. Neste sentido, citamos o comentário de S. para demonstrar que um psicanalista também pode assumir uma postura ‘falante’ numa sessão ou num tratamento: “Tem paciente que eu me exerço falando. Mas não é neste tipo de discurso”. A decisão de o psicanalista posicionar-se de forma mais ‘falante’ ou mais ‘silenciosa’ relaciona-se com a dinâmica relacional apresentada pelo paciente. A postura ‘falante’ tende a produzir efeitos significativos frente a um paciente extremamente silencioso, inibido ou em estado de depressão profunda.

interpretação psicanalítica para, na sequência, interpretarmos estes dados com o auxílio da Teoria da Relevância.

Para C., o terapeuta do seriado pareceu “acelerado” e “precipitado” nas cenas 8, 9, 11, 13 e 16, pois, faltou a ele permanecer mais em silêncio e não tentar compreender imediatamente o que o paciente dizia. Apesar de apontar para alguns conteúdos relevantes implícitos ao discurso do paciente, devido ao fato de ter se apressado demasiadamente, o terapeuta do seriado prejudicou o processo terapêutico (tal como na cena 11), segundo o ponto de vista do participante. Sobre a intervenção retratada na cena 13, na qual o terapeuta do seriado sugere que o paciente estava abordando a questão da homossexualidade, C. avaliou que esta atitude foi “muito prematura”, considerando que não era esta a questão que o paciente estava apresentando. Nas suas palavras: “é muito cedo para começar a fazer correlações dessa natureza. [...] os significados são muito complexos. Pode ser tanta coisa diferente”. Neste sentido, o participante da pesquisa afirmou que “tem coisas que surgem na sessão e que você guarda. Você não precisa ficar tentando, analisando tudo o que o paciente fala”. Ao assistir a cena 16, o participante julgou que o terapeuta agiu de forma prematura ao “abertamente comunicar a forma como ele está sendo tratado [terapeuta], e [ao falar sobre a] expectativa elevada que o paciente tem de si próprio”, pois o paciente não ‘escutou’ o que o terapeuta disse. Ao comentar a cena 21, C. afirmou que, numa primeira sessão, o psicanalista não deve preocupar-se em “trazer conhecimento”, e sim em ajudar o paciente “a se observar”. A forma inicial de se realizar este procedimento é o analista dizer ao paciente o que observa nele.

Já N. fez uma alusão à questão do ‘tempo’ adequado para o psicanalista intervir ao comentar as cenas 4 e 26. Frente à primeira, o participante censurou o fato de o terapeuta do seriado ter ficado “batendo bola” com o paciente. Ao invés disso, um psicanalista teria deixado o paciente falar até “esvaziar” este discurso fechado que o paciente traz, auxiliando-o a verdadeiramente “falar” sobre si e sobre os motivos que o fizeram procurar um tratamento. Ao assumir uma posição de escuta, o psicanalista ajudaria o paciente a falar daquilo que “nem mesmo ele sabe”. Além disso, N. julgou “prematura” a interpretação realizada pelo terapeuta na cena 26, pois, ele não tinha fundamentos para dizer o que disse – considerando que “ele nem ouviu” o paciente.

L., por sua vez, discordou de “todas as intervenções que ele [terapeuta do seriado] fez tentando buscar um [...] entendimento e um sentido para esta história toda” relatada pelo paciente. Segundo seu ponto de vista, esta história deveria ser mais “escutada” do que “entendida”, o que exigiria do terapeuta uma postura mais silenciosa durante toda a sessão, sem “dizer muita coisa”. Em suma, para L., “faltou a ele [terapeuta] uma posição de paciência”, tendo em vista que ele ficou muito “antecipado no tempo” (comentário da cena 23).

Entendemos que o fato de os participantes do estudo realçarem a importância do psicanalista primeiramente ‘escutar’ e ‘observar’ o paciente antes de tirar conclusões sobre o mesmo e a referência à necessidade de o psicanalista ter ‘paciência’ antes de atribuir significado àquilo que o paciente comunica estão intimamente relacionados com a idéia de que o psicanalista escuta o que é comunicado pelo falante de uma maneira diferente de um ouvinte não psicanalista. Para que possa acessar um ‘segundo nível comunicativo’, um ‘outro nível de linguagem’, procedendo conforme um ‘pensar psicanalítico’, para não ficar restrito ao que ocorre na realidade externa, ao plano da ‘consciência’, do ‘conhecimento imaginário’, do que seja um ‘diálogo’ entre duas pessoas numa relação de ‘ego a ego’, para que possa escutar ‘o que a própria palavra já diz’, é necessário que o psicanalista postergue o processo de atribuição de significado, abdicando da interpretação pragmática que visa reconstituir quais são as intenções do falante inerentes àquilo que comunica.

Como afirmamos anteriormente, o modo como o psicanalista realiza os processos de estreitamento e alargamento/ampliação dos significados decorre das suas expectativas, as quais, por sua vez, são definidas pelos fatores análise pessoal, supervisão, experiência clínica e estudo teórico. Sendo assim, a ordem de acessibilidade das hipóteses interpretativas ocorre de acordo com pressupostos próprios ao campo psicanalítico, distintos daqueles utilizados por interlocutores usuais numa situação comunicativa espontânea. Devido à assunção por parte do psicanalista destes pressupostos, hipóteses que a princípio exigiriam alta cota de esforço cognitivo para serem processadas em relação ao seu pequeno potencial para gerar efeitos cognitivos, tornam-se salientes e adquirem maior relevância em comparação com as hipóteses normalmente consideradas como as mais importantes para um ouvinte não psicanalista. Ou seja, as referências do que exige maior ou menor esforço para processamento e do que gera mais ou menos efeitos cognitivos mudam em relação ao que ocorre nas situações comunicativas espontâneas por conta das expectativas do psicanalista. De acordo com uma lógica psicanalítica, o psicanalista realiza um maior esforço e desencadeia menos efeitos cognitivos quando atribui significado ao que é comunicado pelo paciente de acordo com uma lógica conversacional espontânea. Isto porque o processo psicanalítico não proporciona efeitos terapêuticos ao paciente se fica restrito aos padrões de uma conversação usual.

Tanto o analista quanto o paciente tendem a processar as informações que lhes sejam relevantes (maiores efeitos cognitivos, menor esforço de processamento), pois: “A organização cognitiva humana faz com que certos tipos de fenômenos (isto é, objectos ou acontecimentos perceptíveis) sejam particularmente salientes” (SPERBER e WILSON, 1986/2001, p. 81). Como as informações reconhecidas pelo paciente como relevantes não são as informações reconhecidas como relevantes pelo psicanalista, podemos concluir que a rede de crenças do psicanalista também difere da do paciente. Por ser um ouvinte comum, o paciente tende a adotar critérios de avaliação da

relevância diferentes dos adotados pelo psicanalista. Tal constatação deve ser aceita com naturalidade, pois, uma das principais tarefas do psicanalista é a de auxiliar o paciente a reinterpretar fatos, pensamentos, fantasias, sintomas, de modo a ter condições de ultrapassar seu estado de sofrimento psíquico. À medida que o processo de análise avança, há uma tendência de o paciente também passar a utilizar ferramentas interpretativas próprias da psicanálise, pois o paciente aprende gradativamente a aplicar o modelo interpretativo psicanalítico aos seus próprios conteúdos.

Por não se satisfazer com o mesmo tipo de significado que usualmente seria atribuído ao que é comunicado pelo paciente, o psicanalista recorre automaticamente a novas hipóteses interpretativas, postergando assim a atribuição de significado àquilo que é comunicado pelo falante. É comum que, frente a ambiguidades semânticas ou gramaticais que poderiam ser eliminadas pela comparação entre as formas proposicionais utilizadas pelo falante e as demais informações extra-verbais comunicadas pelo paciente, o analista as mantenham em suspenso. Ou seja, a escolha das hipóteses ou da hipótese mais relevante para a interpretação do que é comunicado pelo paciente (processo de estreitamento) ocorre *a posteriori*, após o psicanalista ter tido condições de perceber uma maior quantidade de dados comunicados pelo paciente e submetê-los a um processamento regido por princípios psicanalíticos.

O fator ‘tempo’ também é abordado por Sperber e Wilson (1986/2001) quando os autores observam que um enunciado não pode ser avaliado como dotado ou não de relevância em si mesmo: “[...] Alguns estímulos são de pouca relevância intrínseca, mas, ao serem apresentados na altura própria, aumentam a relevância dos estímulos subsequentes²⁰¹ de tal maneira que é conseguido com eles um maior grau de relevância geral do que sem eles” (p. 246). Entendemos que a recíproca é verdadeira, pois, um estímulo avaliado inicialmente como ‘dotado de relevância’, se não for apresentado na altura própria, pode ter sua relevância diminuída. Esta é a explicação pragmática do fenômeno apontado pelos participantes da pesquisa de que, para que uma intervenção possa ser julgada adequada, não basta que ela mesma seja “genuína” ou que aborde temas relevantes à dinâmica discursiva do paciente. É preciso que a intervenção seja realizada no momento adequado, ou, conforme a terminologia da Teoria da Relevância, numa “altura própria”. Segundo a opinião dos participantes, nos momentos em que o terapeuta do seriado interveio ‘fora do tempo’ ou numa ‘altura imprópria’, o mesmo foi avaliado como “prematureo”, “desumano”, “acelerado” e “impaciente”.

Após termos abordado as questões do modo de ‘escuta’ utilizado pelo psicanalista e o ‘tempo’ necessário para se atribuir significado ao que o paciente comunica, vejamos a seguir duas

²⁰¹ Na nossa opinião, um estímulo apresentado na altura própria pode não apenas aumentar a relevância dos estímulos subsequentes, mas também dos antecedentes, de modo a ressignificar o que fora comunicado antes da sua ocorrência.

ilustrações de atribuição de significado em psicanálise extraídas dos dados colhidos no estudo de campo.

5.2.3. A escuta psicanalítica das referências à questão do “o melhor” e à questão da “morte” realizadas pelo paciente do seriado

Apesar de constatarmos que cada psicanalista revelou um modo singular de fundamentar seu ponto de vista sobre como se deve interpretar o que é comunicado pelo paciente, todos reconheceram que o psicanalista atribui significado de acordo com princípios distintos daqueles utilizados espontaneamente pelos interlocutores numa situação comunicativa não psicanalítica. Pudemos reconhecer, a partir dos dados obtidos na realização do nosso estudo de campo, que um destes princípios utilizados pelos psicanalistas é o de detectar as recorrências de assuntos, expressões ou palavras, pois, 4 dos 7 psicanalistas participantes julgaram ser um dado relevante as repetidas referências que o paciente fez à questão do “melhor”, da mesma forma que também 4 dos 7 participantes destacaram a recorrência do tema “morte” no discurso do paciente. Vejamos primeiramente como os psicanalistas interpretaram a forma de o paciente se autodenominar como aquele que é “o melhor”.

Ao comentar a cena 2, F. identificou e salientou esta questão ao afirmar que o paciente “procura o melhor porque ele também se sente o melhor”, e que a percepção desta característica implícita ao discurso do paciente permite que o psicanalista faça “uma hipótese diagnóstica de quem é que está chegando”. Já a intervenção realizada pelo terapeuta do seriado na cena 3 foi considerada satisfatória na medida em que incitou o paciente a “explicar melhor esta expectativa dele que era e se comprova ser extremamente central na história”, qual seja, a de que o terapeuta seria “o melhor”. Frente à cena 4, a mesma participante ressaltou o fato de o paciente estar “procurando alguém que seja muito bom”, “porque ele também se acha muito especial”. Neste sentido, a pretensão do paciente de ser reconhecido pelo terapeuta também poderia ser considerada como uma forma de o paciente se autodenominar como “o melhor”. Segundo a opinião de F., a preocupação do paciente sobre o fato de o terapeuta ser ou não “o melhor” demonstra que esta é uma questão relevante para ele e que, por este motivo, precisa ser “desdobrada” num processo de análise. Por fim, ao analisar a cena f, a participante interpretou o modo de agir do paciente como “um certo exibicionismo dele”, o que por sua vez pode ser considerado como equivale a uma forma de o paciente comunicar a sua necessidade de ser reconhecido como alguém importante ou como alguém que é um “herói”.

Para A., a partir da cena 2 é possível perceber que o paciente “é alguém que precisa estar em contato com alguém que seja o melhor”, e que isto tem uma importância para um processo de análise. Tal como a percepção de F., a presente participante ressaltou a referência feita pelo paciente à questão do “reconhecimento”, o que pode ser considerado como um “traço” seu. Ser reconhecido, na dinâmica discursiva deste paciente, significa ter “valor”. Sendo assim, escolher o “melhor”, o mais “reconhecido” terapeuta, equivale a uma forma indireta de o paciente se definir como o “melhor”, pois “sugere que é alguém que precisa estar em contato com alguém que seja o melhor. [...] Ele precisa do melhor para lhe dar um conselho, porque ele não pode correr riscos”.

Dentre os participantes, N. foi o que atribuiu maior relevância ao fato de o paciente fazer repetidas referências a temática do “melhor”. Ao analisar a cena 1, o participante conferiu atenção ao fato de o paciente dizer ao terapeuta: “você é o melhor”, pois, isto aparece como significante várias vezes”. Neste sentido, N. afirmou: “isto é uma coisa que eu escutaria”. Contudo, o critério principal que o faria dar atenção a este conteúdo é o fato dele ter sido trazido “no primeiro momento da sessão”, pois, nas suas palavras, “isso tem uma significância dentro do que vai acontecer”²⁰². Ao comentar a cena 3, o psicanalista percebeu que o paciente está “falando, tá explicando do ‘melhor’ ainda, como sobre onde é regido, sustentado o discurso dele”. Ao analisar a cena seguinte (cena 4), A. afirmou que o paciente:

só tá colocando que ele é o melhor, ele é ‘o bom’ – e isso vai aparecendo no discurso até aí. Continua com este significante. Que se não é o melhor, tá no mesmo... tá com a mesma ressonância ainda”, pois apesar de não dizer diretamente “eu sou o melhor”, o paciente diz que “só sabe fazer do melhor jeito”.

N. afirmou que seria isto o que ele “ouviria em tudo isso que ele [o paciente] colocou” até este ponto da sessão. Também frente à cena 5, N. encontraria referências à questão de o paciente se autodenominar “o melhor” a partir do modo como o paciente “xinga” e “destitui os outros”, pois, “isso o mantém acima dos outros [...]. Então ele continua acima dos outros porque ele é ‘o melhor’, ele já disse que procura ‘o melhor’, [...]. A mesma estrutura de discurso”. Frente à cena d, na qual o paciente diz ao terapeuta: “Agora, você deve estar pensando como foi isso? Ele foi em uma missão e depois voltou”, A. identifica algo que é coerente com a imagem que o paciente faz de si como sendo “o melhor”, pois, o paciente se coloca numa cena em que ele é um “super-herói imaginário”, que sai sempre ileso, que consegue escapar do grupo de pessoas que o perseguem desde o dia do bombardeio e que conseguiu escapar da morte, quando sofreu o colapso durante a corrida com o

²⁰² Na opinião deste participante, aquilo que aparece “na primeira frase que ele [paciente] diz”, é aquilo que faz o paciente vir à sessão. Sendo assim, há uma atribuição automática de relevância daquilo que é comunicado pelo paciente no início da sessão, independentemente do conteúdo disso que é comunicado.

amigo Daniel. Vale destacar que a imagem de super-herói também foi observada por F. (ao comentar a cena f).

N. identificou a estrutura do discurso do paciente como semelhante à estrutura do discurso paterno (do seu pai), no qual o sujeito “dá conta” e “sai ileso de qualquer situação”, tal como o pai que pareceu não ter se afetado com a morte da esposa. Ao comentar a cena 9, N. destacou que “quando ele [o paciente] fala do pai, só reforça o que eu vinha ouvindo [...], ali eu reconheço a mesma estrutura psíquica. Que a mãe morreu, [...] e o pai lá, irmão... [...] nem se abalou com a morte da mãe [...]. Que é a mesma coisa dele, que não se abala com nada”. Porém, no caso desta última cena, “ser o melhor” aparece relacionado com o “ser forte” e “não se abalar”. Segundo N., o paciente revela o “discurso do grande Outro” ao falar sobre estes conteúdos, considerando que eles equivalem a uma repetição inconsciente do discurso paterno. Por fim, N. voltou a ressaltar a recorrência da tônica discursiva do “melhor” ao analisar a cena t, pois neste ponto da sessão o paciente faz referência aos “bonitinhos”, à figura do “bom” e daquele que tem “sucesso”. Segundo seu ponto de vista, “é a mesma coisa, tudo igual” e que “isto aí vai se impor o tempo todo” no discurso do paciente.

S. também observou que o paciente se define como “o melhor”, apesar de chegar demonstrando que está com medo e angustiado ao se defrontar com as dificuldades inerentes à sua própria vida (ao responder a pergunta 1). Contudo, o participante resalta que o paciente não se autodenomina como “o melhor”, pois “alguém disse que ele é o melhor”.

Outro tópico destacado pelos psicanalistas participantes do estudo foi a repetição de referências realizadas pelo paciente sobre o tema da “morte”, seja pelo uso de expressões como “morto de cansado” e “morto de curiosidade”, seja pela alusão à morte das crianças da *madrasa* (escola muçulmana), a morte da mãe, do avô e da própria experiência de quase morte, quando sofreu um colapso.

C. considerou ser um dado relevante a suposição do paciente, na cena 6, de que o terapeuta estaria “morto de curiosidade” para saber como ele dormia à noite, após o incidente do bombardeio. Segundo sua opinião, o terapeuta poderia trabalhar esta questão dizendo algo como:

não, eu não estou morto de curiosidade para saber como é que você dorme, com, se não dorme, mas o que eu estou vendo é que tem muita morte aparecendo aí. Ou você está ‘morto de cansaço’, ou eu vou tar ‘morto de curiosidade’, né? Então eu não sei o que está se passando para ser bem honesto com você. [...] Mas o que eu posso falar pra você é que eu estou observando que você está me falando de que tem muita morte, que tem muita morte.

Segundo a opinião do participante, o terapeuta deixa de perceber que o paciente “inverte a situação e coloca o terapeuta no lugar” dele, ou seja, de quem está “morto”, mesmo que seja no sentido de não conseguir ficar acordado para ver a realidade que é passada no noticiário. Frente à cena 13, C. destacou o fato de o paciente falar simultaneamente sobre os temas “ereção” e “morte”, de modo que “força, ereção, potência, bombardeamento, invasão, penetração [...] podem tar muito associados com ‘morte’ na mente dele”.

Ao comentar a cena 11, M. também observou que o tema “morte” tem uma importância naquilo que o paciente comunica ao julgar que ele “é uma pessoa intensamente ligada à morte”. Além disso, segundo a sua opinião, o paciente relaciona os assuntos “sexualidade” e “morte” (ao analisar a cena 12), pois, “a morte é erótica para ele”. A participante justificou sua percepção no modo como o paciente aborda estes temas: “olha lá, ele tá até sorrindo de orgulho. ‘Na nossa família, quando nós matamos ou morremos o nosso pau fica duro’. Olha lá o ar de satisfação do dono do ‘pau hereditário’”.

Para A., frente à intervenção da cena 8, o paciente é “confrontado com a ‘cena’”, ou seja, é colocado frente a questões como “por que ele precisa novamente se encontrar com a morte? O que ele quer saber sobre a morte?”, como se este tema trouxesse algum tipo de satisfação ao paciente. Ao avaliar as cenas finais do seriado, em especial a cena 21, A. fez nova referência ao tema da “morte” ao entender que o terapeuta conseguiu perceber, o que tem importância num processo de análise, que “esta experiência do quase morrer parece que faz uma diferença” para o paciente.

Ao observar a cena m, na qual o paciente disse “E aos 35 km, tive um ataque cardíaco e morri”, S. indicou que ali o paciente demonstra erotizar a morte devido ao “júbilo” com que ele conta isto que lhe ocorreu. O presente participante identificou a expressão do rosto do paciente como um sinal de que há um “gozo”, um “orgulho” e um “regorjizo” de sua parte ao se referir ao incidente (análise semelhante à realizada por M.). Segundo o psicanalista, também na cena p é possível identificar que o paciente “faz alusão à morte e ao gozo”, demonstrando assim que “sexo, morte, gozo” estão condensados numa mesma fantasia.

Por fim, L. também enfatizou o modo como o paciente abordou a questão da morte na cena 8 e observou que esta questão “permeia todo o discurso dele”, apesar de não saber o como as referências que o paciente faz ao tema se relacionam (morte das crianças, a morte dele).

Antes de recorrermos à Teoria da Relevância para analisarmos os dados a pouco apresentados, é válido lembrarmos que não é nosso intuito analisar o discurso do paciente, e sim perceber quais são os pontos que os participantes da pesquisa julgaram ser relevantes num processo de escuta psicanalítica. É neste sentido que consideramos ser um dado significativo o fato de os psicanalistas C., M., A., S. e L. destacarem a recorrência do tema “ser o melhor” e do tema da

“morte” no discurso do paciente (este último estando ligado com a questão do “erotismo” para C., M., A. e S.). Após termos observado as semelhanças nos pontos de vista dos participantes, temos condições de reconstituir quais são os fundamentos utilizados pelo psicanalista para interpretar e atribuir significado ao que é comunicado pelo paciente.

De início podemos observar que os psicanalistas participantes do estudo dedicaram especial atenção a elementos que provavelmente não seriam considerados como os mais relevantes para um falante usual, num processo comunicativo espontâneo. Sperber e Wilson (1986/2001) se perguntam sobre “quais são os fenômenos a que o indivíduo presta atenção” e sobre “como é que ele procede no processamento das informações que a ele se tornam manifestas” (p. 232). Frente aos objetivos específicos desta tese, reformulamos tais perguntas da seguinte maneira: quais são os fenômenos a que o psicanalista presta atenção? como é que o psicanalista processa as informações que a ele se tornam manifestas?. A resposta oferecida pelos autores é a de que: “[o ouvinte] tende a prestar atenção aos fenômenos relevantes e a processá-los de maneira a maximizar a sua relevância” (1986/2001, p. 232-3). Adaptando esta resposta à nossa linha de raciocínio, podemos dizer que ‘o psicanalista também tende a prestar atenção aos fenômenos relevantes e a processá-los de maneira a maximizar a sua relevância’.

Para selecionar e destacar quais são os assuntos relevantes no discurso, o psicanalista utiliza sua atenção de forma específica. Ao invés de focá-la em cada um dos elementos referidos pelo paciente, o psicanalista acolhe o que o paciente comunica baseado num modelo de “atenção uniformemente suspensa”²⁰³, o qual lhe possibilita detectar similaridades metafóricas entre os diferentes assuntos²⁰⁴, recorrências de palavras, vinculações entre conteúdos a princípio distintos, relações entre os assuntos evocados pelo próprio paciente e suas reações corporais, entre outros. Ao utilizar este formato específico de atenção, o psicanalista tende a julgar como relevantes determinados fenômenos que não teriam o mesmo grau de relevância para um indivíduo não psicanalista, pois sua função não se restringe à compreensão do significado pragmático e das intenções daquilo que é comunicado pelo paciente, mas inclui a escuta de um “outro nível comunicativo” (F., ao julgar a cena 4).

Podemos observar que o psicanalista confere grande relevância ao tipo de encadeamento entre assuntos realizado pelo paciente enquanto o mesmo se expressa. Para C. (cena 13), é significativo o fato de o paciente falar simultaneamente sobre os temas “ereção” e “morte”, pois isso sugere que há uma associação entre os assuntos. Também para M. (cena 12) e para S., os

²⁰³ Ver tópico 3.2..

²⁰⁴ São os casos em que o paciente faz referência a assuntos distintos mas que apresentam uma mesma estrutura, como quando fala da sua relação com o pai do mesmo modo como fala de sua relação com o seu chefe (apenas trocando o elemento ‘pai’ por ‘chefe’, enquanto mantém a mesma relação entre os termos).

assuntos “morte” e “erotismo” parecem estar relacionados, pois o paciente abordou-os ao falar de uma mesma fantasia.

Ou seja, para eleger quais são as informações mais importantes dentre o conjunto de dados comunicados pelo paciente, o psicanalista utiliza um modelo de atenção diferenciado do utilizado em contextos comunicativos espontâneos. Assim, o psicanalista isenta-se da tarefa de procurar identificar as intenções do paciente/falante que o motivaram a proferir determinados enunciados ou a se comportar de determinada maneira. Tal como enuncia a Teoria da Relevância, também o psicanalista reconhece qualquer ato comunicativo (ato de ostensão) realizado pelo paciente como equivalente a um estímulo dotado de algum tipo de relevância. Enquanto um ouvinte usual supõe, numa comunicação espontânea, que “a pessoa que comunica produz um estímulo que torna mutuamente manifesto à pessoa que comunica e aos receptores que a pessoa que comunica tenciona, por meio desse estímulo, tornar manifesto ou mais manifesto aos receptores um conjunto de suposições {I}” (SPERBER e WILSON, 1986/2001, p. 238), o psicanalista não procura detectar o que o paciente ‘pretende’ ou tenciona comunicar, ou seja, sua intenção inerente à realização do ato comunicativo, mas sim o que ela comunica sem perceber que comunica ou aquilo que ela comunica sem ter a intenção de comunicar.

Ao invés de salientar os argumentos racionais apresentados pelo paciente, o psicanalista dirige²⁰⁵ sua atenção à dinâmica do seu discurso, ao seu modo de estabelecer relação com o outro, à imagem que o paciente faz de si mesmo, à recorrência de determinadas palavras ou assuntos nos diversos temas a que o paciente faz alusão durante a sessão, ao modo como o paciente associa os assuntos e os lapsos, sonhos, fantasias e chistes por ele produzidos. O psicanalista tende a frustrar as expectativas conversacionais do paciente quando se mantém numa postura mais silenciosa, escutando o que o paciente comunica, ou quando realiza uma intervenção inesperada por parte do paciente. Quando uma destas situações ocorre, o paciente é incitado a dar continuidade à busca da relevância daquilo que o psicanalista comunica, até que consiga encontrar uma alternativa interpretativa em que os efeitos cognitivos compensem o esforço mental envolvido no processo. Esta constatação permite-nos afirmar que o modo de o psicanalista realizar o cálculo das implicaturas e a atribuição de relevância ao que é dito pelo paciente ocorre de forma distinta em relação a um contexto conversacional padrão.

Neste sentido, podemos notar que o psicanalista realiza intervenções que rompem sistematicamente as máximas griceanas de quantidade, qualidade, modo e relevância. O principal intuito de uma interpretação psicanalítica não é o de que o paciente a acolha como verdadeira, mas

²⁰⁵ Trata-se de um processo automático e inconsciente ao próprio psicanalista.

que o auxilie a dar continuidade ao processo de percepção e narração das suas associações livres. Lacan (1953-1954/1996, p. 210) auxilia-nos a compreender o modo como o psicanalista se posiciona numa interlocução ao afirmar que: “No interior [da relação entre paciente e psicanalista], trata-se inicialmente de desfazer as amarras da palavra. No seu modo de falar, seu estilo, sua maneira de se endereçar ao seu alocutor, o sujeito é liberado dos laços, não somente da polidez, da cortesia, mas mesmo da coerência”. Ou seja, a quebra das máximas conversacionais tem uma função no tratamento psicanalítico, pois faz com que o paciente vivencie experiências inéditas com a própria linguagem, com o modo como ele pensa e se expressa perante um outro.

A preocupação do psicanalista em satisfazer as expectativas conversacionais do paciente é suprimida em favor do seu objetivo de desencadear efeitos de ordem terapêutica a partir de intervenções que ele venha a fazer. A operação realizada pelo psicanalista de atribuir significados distintos àqueles esperados pelo paciente no ato da comunicação é decisiva para o progresso do tratamento, pois oferece ao paciente novas possibilidades de significação dos conteúdos relacionados com seus conflitos psíquicos, seja incentivando o paciente a ressignificá-los, seja apresentando dados até então não reconhecidos por ele. O sofrimento neurótico, motivo pelo qual o paciente busca uma análise (de acordo com uma perspectiva psicanalítica), decorre da forma como ele inconscientemente interpreta e atribui significado aos seus conflitos e sua própria história. Uma experiência comunicativa como a análise, ao colocar em xeque tais significados, proporciona efeitos terapêuticos ao paciente dificilmente alcançados em uma comunicação espontânea.

Como todo e qualquer falante, o psicanalista também realiza a operação básica de hipotetizar como é o ‘ambiente cognitivo’ do ouvinte/paciente para só então se comunicar, pois, “As pessoas falantes que não tenham consciência da disposição dos seus ouvintes sobre o assunto correm o risco de lhes estar a pedir demasiado esforço ou de lhes estar a fornecer efeitos demasiado escassos” (SPERBER e WILSON, 1986/2001, p. 207). A operação de hipotetizar qual é o ambiente cognitivo do ouvinte é realizada de forma automática e inconsciente, especialmente nos momentos em que o psicanalista deve optar em realizar ou não determinadas intervenções ou nos momentos em que define o modo como irá se expressar (escolha das palavras, prosódia, tom de voz, expressão corporal, etc.). Contudo, ao invés de utilizar como parâmetro o ‘ambiente cognitivo padrão’ do paciente, o psicanalista busca reconhecer o que podemos chamar de ‘ambiente cognitivo inconsciente’ do paciente.

O nível de relevância de uma informação não está apenas relacionado àquilo que é comunicado, mas ao “melhoramento que ela traz à representação do mundo de um indivíduo²⁰⁶.” (SPERBER e WILSON, 1986/2001, p. 168). Sendo assim, podemos afirmar que a função do psicanalista é perceber aquilo que é comunicado pelo paciente e intervir (ouvindo ou se comunicando ativamente) de modo a auxiliar o paciente a promover reformulações em seu modo de representar o mundo. Ou seja, acreditamos que num processo de análise o paciente tem condições de re-significar sua forma de representar a realidade e seu modo de com ela relacionar-se, o que por sua vez interfere no modo de representar o outro e de se representar. Assim, o paciente tem condições de criar um modo de vida que não mais precisa estar estreitamente ligado com o sofrimento inerente ao estado neurótico.

Para que isto ocorra, o psicanalista realiza intervenções que exigem uma grande quota de esforço de processamento por parte do paciente para serem compreendidas. Tal esforço se justifica na quantidade de efeitos cognitivos acarretados por uma intervenção deste gênero. Dito de outro modo, se a interpretação daquilo que é comunicado pelo psicanalista requer um esforço de processamento consideravelmente maior que o esforço exigido em situações comunicativas usuais, espera-se que o paciente realize tal esforço para que possa experimentar os benefícios (efeitos cognitivos) da intervenção realizada pelo psicanalista. Porém é importante não confundirmos o conceito pragmático de ‘esforço’ com a acepção leiga do termo. Não estamos nos referindo ao tipo de esforço voluntário, geralmente associado com características como perseverança, insistência, superação, mas a um tipo de esforço realizado automaticamente pelo sujeito, considerando que os fatores inerentes ao processo de compreensão geralmente não são por ele percebidos. Também a noção de ‘compreensão’ não é por nós utilizada de acordo com seu significado ordinário. Nosso sentido de ‘compreensão’ é mais amplo, pois, engloba tanto experiências de decodificação linguística e interpretação pragmática até as experiências chamadas no contexto psicanalítico de *insights*²⁰⁷, nas quais o sujeito pode experimentar uma série de efeitos cognitivos sem que precise chegar a uma interpretação pragmática clara do que escutou²⁰⁸.

²⁰⁶ No contexto de um tratamento psicanalítico, podemos dizer que um modelo de representação de mundo ‘melhor’ é aquele que gera menos sofrimento neurótico ao paciente. Sendo assim, somente ele pode julgar o que seria um modelo ‘melhor’ e um modelo ‘pior’ de representação de mundo.

²⁰⁷ A palavra *insight* corresponde à tradução inglesa dos termos alemães *einblick* e *einsicht*, utilizados por Freud para designar um tipo especial de processo de compreensão realizado tanto pelo paciente como pelo psicanalista. Estes termos alemães remetem a significados como ‘iluminação’, ‘intuição’, ‘discernimento’ e ‘capacidade de entender verdades escondidas’. Para mais sobre o conceito de *insight* e seu uso psicanalítico, ver Abel (2003).

²⁰⁸ Podemos chamar de *insight* o tipo de experiência que uma pessoa pode ter em contato com algum tipo de arte. Ao escutar uma música, ao ver uma imagem, ao ler uma obra, o sujeito pode experienciar uma série de efeitos sem que consiga compreendê-los. Uma referência cultural significativamente comum da experiência do *insight* é a do cientista que diz “eureka” no momento em que sua mente se “ilumina”.

Devido ao fato de o paciente ter procurado auxílio de um psicanalista, a tendência é que o paciente atribua maior relevância às intervenções e interpretações realizadas por ele em comparação com aquilo que um interlocutor ordinário diria. Podemos afirmar que a diferenciação de funções entre psicanalista e paciente tende a proporcionar uma maior tolerância por parte do paciente nas situações em que o analista frustra as expectativas de relevância, de modo a incitá-lo a automaticamente continuar procurando a relevância do que é comunicado pelo analista. A vantagem deste processo é a de que o analista consegue auxiliar o paciente a perceber determinados padrões de pensamento que estão relacionados com seu sofrimento, e que dificilmente seriam percebidos pelo paciente por si próprio, considerando o grande dispêndio de energia implícito a esta tarefa.

Nos casos em que o paciente não consegue encontrar nenhuma relevância naquilo que o psicanalista comunica, a tendência é que o mesmo desista do tratamento, pois, um paciente que inicia um processo de análise o faz por estar em estado de sofrimento e por buscar experimentar determinados efeitos cognitivos²⁰⁹ que impliquem numa modificação do seu estado psíquico. Assim, para que o processo de análise tenha continuidade, é necessário que o paciente experimente efeitos que compensem o esforço cognitivo necessário para a sua realização. Como esforço cognitivo nos referimos à tolerância necessária por parte do paciente nos momentos em que não encontra respostas pontuais para suas questões, em que precisa superar a resistência em lembrar e falar sobre determinados assuntos que lhe são penosos, entre outros.

Após termos ilustrado o processo de atribuição de significado utilizado pelos psicanalistas participantes da pesquisa e depois de termos discutido como a Teoria da Relevância explica o modo como psicanalista e paciente interagem no processo comunicativo restrito ao ambiente clínico, vejamos como os participantes se referiram aos dados não verbais envolvidos na comunicação paciente/psicanalista e qual é a sua importância no processo interpretativo psicanalítico.

5.2.4. Sobre a comunicação não verbal

Outro fator destacado pelos participantes da pesquisa como relevante dentro do processo de atribuição de significado em psicanálise refere-se à interpretação dos dados não verbais envolvidos na comunicação entre paciente e psicanalista. O tema ‘comunicação não verbal’ vem sendo objeto de inúmeros estudos, pesquisas e discussões nos últimos anos, especialmente nos meios acadêmicos

²⁰⁹ As palavras ‘cognição’ e ‘cognitivo’ costumam ser rechaçadas por psicanalistas que assumem uma postura que podemos chamar ‘ortodoxa’, contudo, discordamos desta posição e a consideramos apenas fruto de preconceito e desconhecimento sobre o alcance destas noções. Vale lembrar que o termo ‘cognição’ não se refere apenas a processos conscientes, mas principalmente aos processos de pensamento inconscientes, os quais são reconhecidos pelos cognitivistas como básicos ao funcionamento mental humano.

norte-americanos e europeus. Como uma abordagem mais específica do tema extrapolaria os limites que nos impomos nesta tese, pretendemos neste tópico apenas realizar algumas observações que julgamos imprescindíveis para uma melhor caracterização do modelo psicanalítico de atribuição de significado.²¹⁰

6 dos 7 psicanalistas participantes da pesquisa consideraram explicitamente os elementos não verbais comunicados pelo paciente como decisivos num processo interpretativo psicanalítico. C. destacou a importância dos dados não verbais no processo psicanalítico de atribuição de significado ao comentar as cenas 1, 12 e 21. Frente à primeira, chamou-lhe a atenção o fato de o paciente olhar pela janela “para ver o lado de fora”, “pesquisar” e “pegar no ambiente do consultório”, o que o fez supor que o paciente é alguém “desconfiado”. Ao comentar a cena 12, C. afirmou que, além do conteúdo da fala do paciente, fatores como reação física, postura e tonalidade de voz são essenciais para que o psicanalista possa perceber até que ponto o paciente encontra-se aberto a determinadas intervenções. Também ao comentar a cena 21, o presente participante destacou o modo como o paciente reagiu fisicamente: “você veja, a reação do paciente é de querer ir embora”.

F. fez referência à importância dos elementos não verbais no processo interpretativo ao comentar as cenas 10, 12 e 24. Diante da primeira, chamou a atenção da participante a “cara” que o paciente fez, como alguém que “denigre um pouco a imagem do analista”, que “quer destituir o analista do lugar de analista” e como alguém que “ataca”. Ao analisar a cena 12, a participante afirmou que, neste momento, o terapeuta “tá conectado com o paciente” a partir da “expressão” do paciente, semelhante a “alguém que tá entrando dentro de si mesmo, [que] já não tá tão perseguido aqui, não tá paranóico”. Também ao observar a “expressão” do paciente, F. julgou que na cena 24 o paciente se mostrou como “um ser humano que está sentindo”.

Para M., é um dado significativo o modo como o paciente “administra o espaço” na cena 1, bem como a sua “fuçação” ao entrar no consultório. Tal comportamento é comparado pela psicanalista a uma forma de tentar assumir o “controle do território ‘animal’”, pois, segundo sua opinião, “principalmente no começo dos relacionamentos, a gente tende a expor o comportamento mais animal corporal, não no sentido de ser ‘baixo’, mas a gente se comporta de modo territorial como os animais”. M. também reconheceu como significativo nesta cena o fato de o paciente não sentar, demonstrando assim seu estilo “invasivo”, tal como um “demolidor”. Frente à cena 12, a

²¹⁰ Remetemos os leitores mais interessados pelo tema da ‘comunicação não-verbal’ a obras como Ekman e Rosenberg (1997) e Hickson et al. (2004).

psicanalista ressaltou o fato de o paciente estar “sorrindo de orgulho”, com um “ar de satisfação”, ao relatar a história da morte do avô.

A. ressaltou a importância da observação de fatores não verbais para o processo de atribuição de significado em psicanálise em pelo menos duas cenas (cena 6 e 26). Em relação à cena 6, a psicanalista reconheceu “um mal estar” apenas ao olhar para o paciente. Já, ao analisar a cena 26, a psicanalista observou que o paciente foi “tocado” pela intervenção do analista, pois lhe pareceu que o paciente ficou “visivelmente emocionado”. Tal suposição pôde ser feita a partir da constatação da expressão do paciente e do seu pedido por um café, como se ele precisasse buscar alguma coisa ao ter “caído num vazio”.

De acordo com o ponto de vista de S., em momentos como os retratados nas cenas 14, 16, u, 21, 24 e 26 o paciente comunica elementos relevantes sob uma perspectiva psicanalítica de forma não verbal. Frente à cena 14, o participante considerou importante a “expressão” corporal apresentada pelo paciente após a intervenção do terapeuta, expressão esta que seria indicativo de uma “defesa” e também equivalente a “uma forma de desprezar o argumento que o terapeuta tá colocando”. Além disso, ao observar o modo como o paciente reagiu a esta intervenção, S. percebeu o paciente como alguém que “está absolutamente decidido do que ele quer ali”, diferentemente do modo como um “neurótico” se comportaria, ou seja, buscando saber de algo que ele ainda não sabe. A intervenção realizada pelo terapeuta do seriado na cena 16 foi, segundo o ponto de vista de S., o “ponto alto” da sessão”. Esta avaliação baseou-se no modo como o paciente reagiu logo após a intervenção: “Veja agora como ele está inquieto, ele está falando mais rápido, ele está com expressões diferentes, ele já não está mais naquele lugar de gozo. Vê como agora ele está um pouco tomado pela angústia”. Ao analisar a cena u, S. também destacou algumas informações não verbais comunicadas pelo paciente ao afirmar que:

a postura corporal dele [do paciente] é muito interessante. Há toda uma linguagem aí que não vem da palavra. [...] quando ele tá contanto vantagem [...] ele se ‘retesa’, como um ‘pau duro’. Ele se inclina para ocupar mais espaço. Quando ele se depara com esta situação, como ele se diminui, como ele se encolhe, como ele se defende desse jeito. Há um movimento de afirmação e negação simbólica, aparece no corpo o tempo todo, o corpo é simbólico.

As cenas 21 e 24 foram analisadas de forma semelhante por S., considerando que em ambas o participante destacou o modo como o paciente reagiu às intervenções. O fato de o paciente mostrar-se angustiado, desconcertado e sem palavras nas duas cenas pode ser considerado como um dado não verbal importante para o psicanalista perceber que suas intervenções foram acertadas. Por

fim, o presente participante também fez referências à importância dos dados não verbais no contexto de uma análise ao ressaltar, na cena 26, que o paciente “sai perturbado” da sessão. Tal constatação se deu pela observação de que o paciente passou a fazer “uma expressão... diferente” e que “perdeu até o rumo”. Segundo sua opinião, tais comportamentos mostram “que a palavra pegou”, ou seja, que a intervenção feita pelo terapeuta do seriado foi bem sucedida. Por mais que o paciente negue, sua reação corporal demonstra que ele “vai ter que lidar com isso” que foi apontado pelo psicanalista, pois “o ouvido não tem esfíncter”.

Por fim, L. fez referência à importância dos dados não verbais no processo de atribuição de significado por parte do analista ao comentar as cenas 16 e 26. Na primeira, o psicanalista destacou o modo como o paciente reagiu quando o terapeuta fez referência, pouco antes da cena propriamente dita, à relação dele com o pai. Neste ponto, segundo o participante, o paciente “acusa o golpe” ao dizer para o terapeuta que não quer tocar neste assunto, expressando assim que “algo nele não funciona bem”. Ao perceber esta reação do paciente, L. opinou que o terapeuta deveria ter entrado nesta questão, porém sem obrigar o paciente a falar disso, pois:

tem aí uma questão, tem aí alguma coisa que o toca e que ele não sabe muito bem como resolver e que é a primeira vez no filme talvez que você vê que ele [o paciente] se bate um pouco, [...] em que ele diz: ‘olha, não sei, vamos deixar isto pra depois’, quer dizer, ‘não quero falar nisso’.

Para o participante, este é o momento da sessão em que “a coisa fica colocada”, pois aparece aí a “questão” do paciente, ou seja, sua dificuldade na relação com o pai. L. percebeu uma relutância por parte do paciente em abordar este assunto não só porque o mesmo não se propôs a falar disso, mas também pela percepção do modo como ele reagiu fisicamente. Ao comentar a cena 26, L. utiliza a expressão “pegar no ponto”, referindo-se ao momento em que o paciente tem contato, durante a sessão, com algo que está intimamente ligado com a origem de seu sofrimento psíquico. Ao ser questionado sobre como o psicanalista pode perceber quando o paciente “chegou no ponto”, L. afirmou que isto é possível por meio de sinais que o paciente demonstra como, por exemplo, quando o paciente “começa a chorar, começa a sair lágrimas do olho do paciente, ou o paciente começa a demonstrar que não está se sentindo confortável com aquilo que ele tá dizendo” ou quando “o paciente diz: ‘não vamos falar disso agora’, [ou] [...] ‘eu tenho algo que me ocorre mas eu não quero te contar já’”, entre outras manifestações de desconforto, de contrariedade e de conflito subjetivo. Todos estes sinais indicam que o paciente não consegue se manter numa “posição confortável”, justamente por aproximar-se de algo que é uma questão para ele conflituosa.

Ao analisarmos, segundo a perspectiva da Teoria da Relevância, a importância conferida pelos participantes aos dados não verbais comunicados pelo paciente, podemos afirmar que o psicanalista se utiliza dos mesmos processos inferenciais utilizados pelos interlocutores em situações comunicativas espontâneas para atribuir de significado ao que é a ele comunicado. “Segundo o modelo inferencial, a comunicação é conseguida a partir da produção e da interpretação de evidências. [...] O trabalho dos pragmaticistas, dos filósofos da linguagem e dos psicolinguistas durante estes últimos vinte anos tem demonstrado que na comunicação verbal se encontram envolvidos processos tanto de codificação como inferenciais” (SPERBER e WILSON, 1986/2001, p. 27-8). Apesar da Teoria da Relevância enfatizar os aspectos verbais da comunicação, entendemos que esta teoria permite o tratamento de alguns fatores não verbais, mesmo porque tanto estes fatores quanto os verbais são inerentes às situações comunicativas espontâneas.

A partir da análise dos dados colhidos no estudo de campo, notamos que as informações não verbais são significativas ao processo de atribuição de significado àquilo que o paciente comunica. Neste sentido, podemos afirmar que o psicanalista, ao levar em consideração tais informações, utiliza um modelo interpretativo semelhante ao pragmático, conforme descrito pela Teoria da Relevância. Como afirmamos anteriormente, tal como um falante espontâneo, o psicanalista também realiza contínuas inferências frente os dados que o paciente lhe comunica tomando por base o seu conjunto de suposições (armazém de suposições). Porém, devido à especificidade do conjunto de suposições utilizado pelo psicanalista, a tendência é que suas inferências impliquem significados distintos daqueles produzidos por um ouvinte não psicanalista. A operação básica de o ouvinte tentar identificar quais são as intenções do falante subjacentes àquilo que comunica também é realizada pelo psicanalista, porém, com a diferença que o psicanalista interessa-se pelas ‘intenções inconscientes’ do paciente, e não por aquilo que o paciente ‘pretende’ comunicar. Estamos chamando de ‘intenção inconsciente’ o conjunto de fenômenos que o paciente comunica sem perceber como, por exemplo, os clichês relacionais utilizados de forma inconsciente pelo paciente nas situações em que estabelece relação com as outras pessoas²¹¹, os imperativos superegóicos (também inconscientes ou ‘semi-inconscientes’, que equivalem a ordens que o paciente obedece ‘cegamente’, muitas vezes sem reconhecê-las²¹²) e a outros fatores a que a teoria psicanalítica e o psicanalista, no contexto clínico, conferem relevância.

²¹¹ Ver o próximo tópico.

²¹² Lacan aborda esta questão em seu *Seminário VII* ao lançar a seguinte pergunta: Vai ele [o sujeito] submeter-se ou não a esse dever que sente em si mesmo como estranho, mais além, num segundo grau? Deve ele submeter-se ou não ao imperativo do supereu, paradoxal e mórbido, semi-inconsciente e que, além do mais, revela-se cada vez mais em sua instância na medida em que a descoberta analítica progride, e que o paciente vê que se enveredou em sua vida?” (1959-1960/1988 p. 16). Neste sentido, podemos dizer que o analista confere relevância aos fatores que revelam quais são os ‘deveres’ que atuam no sujeito ‘num segundo grau’, de forma ‘semi-inconsciente’.

Tal como em qualquer situação comunicativa em que os interlocutores processam os dados não verbais como forma de complementar o processo de atribuição de significado, o psicanalista também leva em consideração os dados não verbais para a realização deste processo, especialmente para confirmar ou refutar as hipóteses clínicas elaboradas pela associação entre os dados comunicados pelo paciente e os princípios psicanalíticos contidos no armazém de suposições do psicanalista. Ou seja, da mesma forma como ocorre com os dados verbais, os dados não verbais são processados pelo psicanalista de acordo com os parâmetros de relevância pré-estabelecidos pelos princípios teóricos e clínicos por ele assumidos de forma explícita ou implícita.

Além de serem relevantes para a interpretação do que é comunicado pelo paciente, os dados não verbais também servem de baliza para o psicanalista observar se suas intervenções são ou não bem sucedidas. De acordo com a opinião dos participantes da pesquisa, sinais demonstrados pelo paciente como desconforto, ficar “sem palavras”, a dificuldade de falar sobre determinado assunto ou a tentativa de mudar o assunto da conversação, a expressão de emoção (choro), indecisão, hesitação e embaraço são demonstrativos de que a intervenção realizada pelo analista teve êxito²¹³.

Dentre os dados considerados relevantes pelos psicanalistas que podem ser considerados não verbais, notamos especial ênfase às informações comunicadas pelo paciente que revelam o modo como ele transfere conteúdos na relação que constitui com o psicanalista. Vejamos como os participantes abordaram a questão da ‘transferência’ no próximo tópico.

5.2.5. Sobre a relevância dos dados concernentes à transferência

A partir da análise das entrevistas observamos que 6 dos 7 participantes consideraram importantes os dados que apontam para o modo como o paciente estabelece relação com o outro (e, conseqüentemente, com o analista). No campo psicanalítico, tais dados são relacionados aos fenômenos de ‘transferência’. C. ressaltou a importância da percepção deste tipo de dados no contexto do tratamento psicanalítico ao responder a pergunta 2 e ao comentar as cenas 2, 3, 11, 20 e 26. Ao responder a pergunta 2, o psicanalista ressaltou os elementos que indicam o modo de relação que o paciente estabelece com o analista ao dizer que “parece que ele [paciente] deseja que o terapeuta esteja nesta posição, naquela posição [...]” e que o paciente se relaciona de forma competitiva e distante, não permitindo uma aproximação do outro. Ao analisar a cena 2, o participante destacou o fato de o paciente se comportar de modo a fazer com que o terapeuta se sentir “colocado numa posição em que [...] não tem controle algum”. De acordo com a opinião de

²¹³Aqui também podemos inserir a atitude do paciente dar continuidade ao processo de associação livre ou a experiência do *insight* como outros sinais demonstrativos de que uma intervenção realizada pelo psicanalista teve êxito.

C. ao experimentar esta sensação, um psicanalista teria condições de supor que “este paciente está tentando comunicar [...] um estado mental em que ele não tem controle nenhum, mas que ele não tolera este estado” e que, por este motivo, “ele tem que deixar o outro neste estado muito rápido”. A sensação de ‘não ter controle’ experimentada pelo analista é “uma informação que você passa a ter do paciente, se você tolera o que o paciente tá criando na relação com você”, pois, “se ele está colocando pra fora, se ele está fazendo você se sentir deste jeito, é porque ele já nem tá mais conseguindo nem pensar”. Além disso, C. ressaltou o fato de o paciente pressupor que o terapeuta já o conhecia, o que indica um modo de pensar do paciente de que “as pessoas se conhecem muito rápido”, “como se já existissem respostas, antes mesmo de saber quais são as perguntas”, desconsiderando assim o tempo necessário para que uma pessoa possa conhecer a outra.

Frente à cena 3, chamou a atenção do psicanalista o fato de o paciente não permanecer em nenhum momento em silêncio, o que o fez supor que o paciente é alguém que “não aguenta o silêncio” e que “não aguenta estar separado do outro”. O participante interpretou esta cena de forma semelhante à cena 2 ao perceber que o paciente é alguém que se comporta como se já soubesse ‘quem o outro é’ e ‘o que o outro pensa’, mesmo sem conhecê-lo. Segundo sua interpretação, este modo de proceder do paciente indica que “o não saber pra ele tem alguma conotação que é intolerável” e que o paciente “vê o mundo” como se houvesse uma “hierarquia de quem é melhor, quem é pior”, o que por sua vez “gera uma situação desgastante, porque se você não está lá em cima, você está lá em baixo”.

Ao analisar a cena 11, C. destacou que o modo como o paciente se mostra desapontado com o terapeuta demonstra uma “falta de esperança que ele tem para resolver este problema sério que ele tem consigo próprio”. Um manejo psicanalítico possível neste ponto, segundo a opinião de C., seria o de se posicionar frente ao paciente “ajudando ele a enxergar a questão dele, não se misturar [...] e poder se colocar num lugar separado e distinto”. Assim, ao invés de escutar o que o paciente diz como a expressão da desesperança que o paciente tem no terapeuta, o psicanalista interpretaria isto que o paciente comunica como uma forma de o paciente falar de sua grande desesperança em se recuperar, independentemente da figura do terapeuta – pois “o desapontamento, na verdade, não é com o seu terapeuta, não é comigo”.

Frente à cena 20, o psicanalista considerou interessante a “forma como ele [o paciente] [...] se posiciona de uma maneira passiva diante da vida” ao falar que “a vida me escolheu”. Segundo sua opinião, este modo de se posicionar está ligado ao fato de o paciente esperar que as outras pessoas se responsabilizem pelas suas escolhas. O pressuposto do fenômeno da transferência também fundamenta a análise que C. fez da cena 26, pois, segundo sua opinião, o fato de o paciente procurar e pedir ajuda ao terapeuta e se distanciar quando o terapeuta se aproxima parece repetir um

padrão de relação mais antigo. Nas palavras do participante: “E agora que ele veio procurar ajuda, ele tá se afastando, [...] e que eu acho que é ele que tá me dizendo isso. Que é ele que, involuntariamente, tá conseguindo me comunicar isso”.

Se retomarmos a noção de ‘contexto’ definida por Sperber e Wilson (1986/2001, p. 45) como “o conjunto de premissas utilizado [pelo ouvinte] na interpretação de uma elocução”, notamos que tanto o psicanalista lança mão de um contexto específico (baseado num conjunto de premissas psicanalíticas) como base para a atribuição de significado frente o que o paciente lhe comunica quanto o paciente utiliza um conjunto de premissas específico para estabelecer uma relação comunicativa com o psicanalista. As premissas próprias a cada um deles, psicanalista e paciente, referem-se às suposições antigas que o indivíduo utiliza no momento em que interpreta determinado enunciado, as quais são combinadas com os novos *inputs* disponibilizados pelo interlocutor durante a conversação. Assim, podemos afirmar que o psicanalista reconhece como salientes (confere relevância) não só os dados relativos ao modo como se configura o contexto cognitivo do paciente, mas também ao tipo de contexto cognitivo que o paciente supõe ser o do psicanalista. Ou seja, logo nos primeiros momentos em que se estabelece a relação entre paciente e psicanalista, o paciente se dirige ao psicanalista supondo qual é o contexto cognitivo deste, suposição esta que o modula a forma como ele se dirige ao psicanalista, os conteúdos selecionados para serem falados e os demais comportamentos. Neste sentido, quanto menos o psicanalista é explícito sobre sua identidade, quanto menos informações fornece sobre sua vida concreta, gostos e preferências, melhores são as condições dele identificar as suposições que o paciente projeta em sua figura²¹⁴.

F. abordou a questão da transferência em sua resposta da pergunta 1, ao comentar a cena f e as cenas 16 e 18. Ao responder a pergunta 1, o psicanalista apontou para a importância dos dados que indicam a forma de o paciente estabelecer relação com o outro, em especial, pela percepção do “impacto que o paciente causa na gente [...] quando chega”. Ao analisar a cena f, o psicanalista enfatizou a existência de uma forma de comunicação em que o paciente diz implicitamente algo como “eu sou muito importante”, pois, “ele se coloca aqui numa posição superior ao analista”. Tal hipótese se fundamenta na percepção de que o paciente “tem a idéia de que o analista não vai entender o que ele está falando direito” ou que o analista não suportaria viver ou se aproximar do “horror que ele viveu”. Também neste ponto temos condições de notar o quanto é relevante para o psicanalista a identificação das suposições que o paciente utiliza como base para com ele se comunicar. F. demonstra que o fato de o paciente supor que o analista não vai entender o que ele

²¹⁴ Reiteramos nossa afirmação realizada na nota 200 de que isto não significa que o analista tenha que compulsoriamente assumir, no contexto clínico, a postura caricata da pessoa que nada fala e que não responde a nenhuma pergunta a ele dirigida.

está falando não é tomado pelo viés da argumentação (como se o analista precisasse concordar ou não com tal suposição), mas como um dado que revela uma característica do paciente que, provavelmente, também se expressa em outros contextos da vida do paciente. Ou seja, a psicanalista identifica neste trecho que o paciente tende a se colocar numa posição ‘superior’ frente aos outros e a ‘subestimar’ a capacidade das outras pessoas compreenderem aquilo que ele fala.

Ao comentar a cena 16, F. avaliou positivamente a intervenção realizada pelo terapeuta do seriado neste ponto da sessão por ser esta uma “interpretação transferencial”. Nesta cena, o terapeuta fala de “algo que acontece no ‘aqui e agora’ na sessão”, mostrando que “percebeu que ele [o paciente] tava testando [o terapeuta] o tempo todo”. Ao se utilizar do conceito de transferência, o psicanalista tem condições de se perguntar sobre “quem é quem” e sobre “quem é que tá ali, naquela hora, na frente dos olhos do paciente”, pois, “seguramente não é o analista”. A psicanalista utiliza a metáfora da “correspondência vai para o endereço errado” para explicar o fenômeno da transferência, pois, trata-se de algo que chega ao analista, porém que deveria ser ou que foi, no passado, dirigido a outra pessoa. Ainda sobre a questão da transferência, F. afirmou que sua forma de pensar na sessão é a de identificar “que tipo de vínculo ele [o paciente] estabelece comigo”, podendo este ser um “vínculo de amor, de ódio ou de conhecimento”.

F., ao analisar a cena 18, interpretaria o que o paciente vinha comunicando como uma forma dele se mostrar “interessante” e de tentar saber o quanto ele “vale” para o terapeuta. Sua estratégia seria a de comunicar este tipo de percepção ao paciente visando fazer “com que as coisas mais concretas” ficassem apenas como “coisas que não tem tanta importância, realçando assim o contado dos dois” e o desejo de ser reconhecido pelo terapeuta.

M. fez referência à questão da transferência em pelo menos quatro cenas (cena 1, cena k, cena 16 e cena v). Ao analisar a cena 1, a psicanalista conferiu importância ao fato de o paciente se mostrar como alguém que “deve saber alguma coisa antes de começar” a sessão, o que por sua vez é um indício de que o paciente apresenta “toda uma dinâmica de controle” (análise semelhante à realizada por C.). Ao comentar a cena k, a psicanalista afirmou que poderia realizar uma intervenção que chamaria de “transferencial”, na medida em que visaria “criar um contato presente” com o paciente e que traria “uma situação de novidade pro paciente quando ouve alguma coisa assim [...] na relação”. Para tanto, sua sugestão seria a de dizer ao paciente algo como “você diz coisas que eu não entendo”. Ao comentar a cena 16, tal como F., a participante julgou a intervenção do terapeuta como uma forma de “interpretação transferencial”, a qual, segundo sua opinião, equivale a uma intervenção “simples” e “compreensiva de um monte de coisas”. Além disso, ao realizar uma interpretação transferencial, o analista “não vai mais discutir isso ou aquilo” e sim “o clima afetivo”.

Tal como F., M. fez referência à metáfora de “algo que é enviado para o lugar errado”, neste caso, dizendo que “a transferência é como um e-mail, é como uma carta mandada para a casa errada. Ela é mandada ao analista mas ela era endereçada a alguém”. A função do analista nestes momentos é escutar a história do paciente e ficar “atento a quais transferências, ao padrão das transferências que a gente vai sendo submetido naquela relação” para que se possa “desembaraçar as transferências e revelá-las ao paciente”. Também é função do analista auxiliar o paciente a perceber em que medida ele repete em “outros lugares” o padrão relacional que ele transfere para o analista. Na medida em que o paciente “puder recuperar um pouco do conhecimento sobre este movimento na relação com a gente [analista], ele vai poder fazer a mesma coisa naturalmente nas suas outras relações”. Segundo a participante, este é “o objetivo de um tratamento”.

M. ressaltou a possibilidade de se realizar uma interpretação transferencial na cena v. Segundo sua opinião, no momento em que o paciente diz ao terapeuta “Você tem que entender que está falando com uma pessoa aqui que a vida inteira foi perfeita”, seria o momento de perguntar a ele: “E que cara eu devo fazer ao olhar para uma pessoa perfeita? [...] O que seria de se esperar de mim se eu realmente assumisse essa sua declaração [?], [...] como é então que eu deveria me comportar? [...] E como então, na sua opinião, eu deveria agir ou como eu deveria lhe olhar? porque você é perfeito...”. Com tais perguntas o terapeuta estaria apontando para o “clima afetivo” da relação, ao invés de estabelecer uma relação de discussão ou rivalidade com o paciente. Também a partir de perguntas como as anteriores o paciente teria condições de perceber mais claramente seus padrões relacionais, os quais não se apresentam apenas frente ao analista, mas em outros contextos da sua vida.

N. ressaltou a questão da transferência ao comentar a cena 17. Segundo sua opinião, o paciente coloca o terapeuta no lugar do “melhor”, e este erra ao “roubar a cena”, ou seja, ao se “por” na interpretação. Para o psicanalista, esta cena retrata uma “transferência pura”, em que o terapeuta desprevenidamente assume o lugar que o paciente lhe atribui. Podemos dizer que a recomendação feita por N. de que o psicanalista não deve se ‘por’ na interpretação aponta para uma forma específica do psicanalista utilizar seu armazém de suposições factuais. Em outras palavras, no contexto psicanalítico, o psicanalista evita ao máximo revelar suas crenças pessoais relativas a, por exemplo, o que acha melhor ou pior, o que pensa ser correto ou incorreto no sentido ético, opiniões políticas, religiosas, entre outras. Em vez disso, o analista utiliza um subgrupo específico contido no grupo maior do conjunto das suas suposições factuais para processar os dados

comunicados pelo paciente no contexto clínico, subgrupo este referente à sua formação psicanalítica (estudo teórico, experiência profissional, análise pessoal e supervisão)²¹⁵.

Ao comentar a primeira cena do seriado, S. demonstrou que, ao invés de se preocupar em responder diretamente as perguntas que o paciente dirigiu ao terapeuta, sua intervenção como analista seria a de dizer para o paciente algo como “por que me perguntas se tem regras?”, de modo a recolocar a pergunta do paciente “numa cena voltada para ele”. Para este participante, o simples fato de o paciente ter perguntado pelas regras é um dado relevante, pois indica algo “da ordem do transgressor”. Nas suas palavras: “para que um sujeito seja um transgressor é preciso que haja algo que ele possa transgredir. [...] esse é um primeiro dado que alguém poderia pensar, que tivesse analisando isso [a pergunta do paciente sobre as regras]”. S. também ressaltou a questão da transferência ao comentar a cena β . Segundo a sua opinião, o que o terapeuta fez neste momento da sessão foi “fantástico”, pois “aí o terapeuta denuncia o desejo dele” de que “falta alguém que mande” o que o paciente deve fazer. Ao explicitar o desejo do paciente, o terapeuta “sai da armadilha”, ou seja, sai do lugar transferencial que o paciente tenta lhe colocar. Podemos observar que este tipo de intervenção transferencial afasta-se de um nível conversacional espontâneo ao enfatizar não o conteúdo do que é dito, mas o tipo de relação que os interlocutores estabelecem entre si no momento da sessão. A expressão “sair da armadilha” utilizada por S. indica, neste caso, a operação realizada pelo terapeuta do seriado de romper as expectativas conversacionais do paciente, considerando que o paciente, ao se colocar numa posição de alguém que espera uma ordem do outro, incita este outro (que pode ser qualquer um, não apenas o terapeuta) a assumir a posição de alguém que ‘dá as regras’ ou de alguém que “manda”.

Recorrendo à TR, podemos explicar esta situação sob um ponto da pragmática da seguinte maneira: Após aplicar o processo dedutivo aos dados comunicados pelo falante/paciente, o ouvinte/psicanalista “tem à sua disposição um conjunto especial de contextos acessíveis” (SPERBER e WILSON, 1986/2001, p. 221), mesmo porque, normalmente existe mais de uma alternativa de atribuição de significado àquilo que é comunicado (seja devido a ambiguidades sintáticas, semânticas, formas possíveis de se fazer inferência e até mesmo devido ao modelo de interpretação escolhido²¹⁶). A afirmação de que “quanto menos acessível for um contexto, maior será o esforço envolvido na sua apreensão, e vice-versa” (idem, p. 222) fundamenta nossa

²¹⁵ Apesar desta divisão entre um grupo maior de suposições factuais e um subgrupo de suposições psicanalíticas ter o mérito de ser didática, admitimos a impossibilidade de defendê-la, pois, verificamos que levar este argumento a termo equivale a acreditar na possibilidade de uma total neutralidade do psicanalista. Por outro lado, entendemos que, mesmo havendo uma impossibilidade prática de se chegar a um estado de neutralidade integral, o analista a elege como uma espécie de norte para o trabalho prático e tenta, na medida do possível, deixar em suspenso todo um conjunto de suposições de caráter pessoal durante o processo de atribuição de significado e intervenção no contexto clínico.

²¹⁶ Conforme discutimos no capítulo 1 desta tese.

afirmação de que a utilização do modelo interpretativo psicanalítico exige um maior esforço por parte dos indivíduos que não estão familiarizados com os pressupostos psicanalíticos. No caso do psicanalista, a utilização do modelo psicanalítico de atribuição de significado torna-se menos dispendiosa na medida em que ele incorpora os princípios deste modelo interpretativo. Quanto maior sua familiaridade com este modelo específico de interpretação, menos esforço será necessário para aplicá-lo.

Por fim, para L., uma das principais falhas do terapeuta do seriado, sob um ponto de vista psicanalítico, é a de que ele “sempre interpreta como se as coisas sempre tivessem sido dirigidas para ele”, ao invés de perceber o jogo transferencial que o paciente revela na relação com o analista (ao comentar a cena 16). Tal observação também nos permite observar o fato de que o psicanalista dispõe de uma ordem de acessibilidade dos contextos para a operação de atribuição de significado diferenciada em relação a interlocutores espontâneos (não psicanalistas). O pressuposto apresentado por L. de que um psicanalista não deve interpretar o que o paciente comunica como se fosse algo dirigido à sua pessoa nos indica que, para o psicanalista, o contexto interpretativo compatível com este pressuposto é acessível ao psicanalista. A situação é diferente quando nos referíamos a um interlocutor padrão, pois sua tendência é a de considerar mais acessível um contexto interpretativo em que o que é comunicado pelo falante é interpretado como algo dirigido à pessoa do ouvinte. O tipo contexto mais acessível para um falante espontâneo, qual seja, o de que se deve interpretar aquilo que é dito pelo falante como algo relativo à pessoa do ouvinte, pode ser verificado em situações comunicativas espontâneas nas quais o ouvinte lança a si mesmo perguntas como ‘por que ele está falando isso para mim?’, ‘o que ele quer de mim ao falar desta forma?’, ‘será que ao falar deste assunto ele está querendo me desrespeitar?’ enquanto atribui significado ao que é comunicado pelo falante.

Ao analisarmos estes dados podemos observar que a suposição da existência do fenômeno da transferência assumida pelos psicanalistas implica significativas mudanças no modo como os mesmos atribuem significado ao que é comunicado pelo paciente. Tanto isto é verdade que não é comum um interlocutor usual interpretar o que o seu interlocutor comunica a partir da identificação do seu padrão relacional ou do seu modo de estabelecer o vínculo com o outro. O psicanalista, por sua vez, ao assumir o pressuposto da transferência, elege como relevantes uma série de dados que, quando reapresentados ao paciente, causam-lhe surpresa²¹⁷. Em situações como esta, o paciente percebe que, ao invés do psicanalista interpretar aquilo que ele tinha a intenção de comunicar, o

²¹⁷ A reação de surpresa do paciente também pode ser gerada em decorrência da forma como o psicanalista interage com o paciente, especialmente quando sua forma de interagir frustra as expectativas geradas inconscientemente pelo paciente. Em psicanálise, esta operação também é chamada de ‘o analista não entrar no lugar transferencial oferecido pelo paciente’ ou ‘não responder deste lugar transferencial’.

psicanalista realiza o processo de atribuição de significado de uma forma não esperada pelo paciente. Apesar de frustrar as expectativas do paciente, ao proceder desta forma o psicanalista tem condições de auxiliá-lo a perceber quais são os seus padrões relacionais e, conseqüentemente, qual é a relação entre seu modo de agir e os motivos de suas queixas e de seu sofrimento psíquico. Assim, a partir de uma simples queixa, o psicanalista tem condições de identificar juntamente com o paciente qual é o tipo de padrão relacional repetido por ele para, num segundo momento, o paciente poder perceber qual é a sua parcela de responsabilidade na manutenção daquilo que lhe causa insatisfação.

Se retomarmos a afirmação de Sperber e Wilson (1986/2001) de que: “Em igualdade de condições, uma suposição com mais efeitos contextuais é mais relevante; e em igualdade de condições, uma suposição que requeira um menor esforço de processamento é mais relevante” (p. 199), podemos afirmar que as intervenções realizadas pelo psicanalista, pelo fato de gerarem consideráveis efeitos cognitivos no armazém de suposições contextuais do paciente, justificam a maior cota de esforço que exigem do ouvinte/paciente. Por serem incomuns em contextos conversacionais espontâneos, as intervenções psicanalíticas (especialmente as intervenções transferenciais) desencadeiam uma série de processos cognitivos no paciente, o qual passa a ter condições de submeter o seu modelo de representação de mundo a melhoramentos substanciais. Com ‘melhoramento’ queremos dizer que o paciente pode passar a perceber uma série de comportamentos por ele realizados que implicam uma quota de sofrimento psíquico e, após percebê-los, realizar modificações que lhe possibilitem uma relação mais satisfatória consigo mesmo. Apesar de acreditarmos que existem modelos melhores e piores de representação do mundo, também entendemos que cada sujeito tem os seus parâmetros para fazer um julgamento desta ordem. Assim, quando o paciente procura um tratamento psicanalítico, é porque almeja melhorar o seu modelo de representação de mundo, de forma que possa viver sem precisar vivenciar uma quota de sofrimento desnecessário (sofrimento neurótico).

Quando um paciente entra em contato com dados até então inéditos a ele mesmo, seja ao falar segundo o método da associação livre, seja ao experimentar uma intervenção do psicanalista, ele passa a ter condições de perceber em que medida ele pode interferir naquilo que é o motivo da sua queixa. É comum nestas situações o paciente perceber que seu sofrimento psíquico está relacionado à repetição de padrões relacionais inconscientes ou com determinados atos por ele tomados também de forma automática e não consciente. Ao ser confrontado com este tipo de conteúdo até então imperceptível sem o auxílio de uma outra pessoa, o paciente passa a ter condições de decidir se assume seu posicionamento sem que isso continue a ser uma razão para queixar-se ou se busca novas alternativas de pensar e proceder e abandona a posição antiga.

Neste sentido, reconhecemos que o objetivo do psicanalista não é oferecer soluções para a resolução do conflito apresentado pelo paciente, mas incitá-lo a falar e expressar determinadas suposições factuais que são do próprio paciente, mas que não são levadas em consideração por ele (não são reconhecidas como relevantes). Ao falar, o paciente submete tais suposições, até então desconsideradas, a um novo processo de julgamento²¹⁸, o que por sua vez promove novas modificações no seu modelo de representação de mundo.

Ao manejar tecnicamente a questão da transferência, o psicanalista passa a identificar o ‘lugar transferencial’ que o paciente lhe atribui para, a partir de então, intervir da forma mais adequada²¹⁹. O lugar transferencial em que o psicanalista é colocado interfere diretamente no aumento ou na diminuição da relevância que os seus enunciados adquirem para o paciente. Isto explica porque estímulos com pouca relevância intrínseca podem adquirir significativa relevância ao paciente, pois, como afirmamos anteriormente²²⁰, quando o paciente estabelece uma relação de confiança e quando supõe que o psicanalista tem um saber sobre as causas de seu sofrimento, a tendência é que ele se proponha a realizar maiores esforços cognitivos para o processamento das intervenções do psicanalista. Já nos casos em que o paciente não estabelece este tipo de relação naturalmente e que o psicanalista não consegue auxiliá-lo na constituição de uma relação de confiança, o paciente tende a não reconhecer as intervenções do psicanalista como relevantes e, nas situações limites, a não dar continuidade ao tratamento.

Conforme abordamos no tópico 5.2.2., a identificação do ‘tempo’ adequado para se realizar uma intervenção é essencial na tarefa do psicanalista, pois, mesmo uma intervenção correta, se feita num momento inadequado, não desencadeia os efeitos almejados numa análise. A identificação dos fenômenos relacionados à transferência é fundamental para o psicanalista poder perceber qual é o momento e o modo como deve intervir junto ao paciente. Este tipo de procedimento fica explícito na fala de N. quando afirma que, devido ao fato de o paciente se apresentar como alguém que já “chega falando”, “já tomando posse do consultório”, cabe ao psicanalista se colocar numa posição de escuta silenciosa daquilo que ele vai dizer. Segundo sua opinião, é perceptível que o paciente “vai dominar a sessão”, pois desde o início “ele tá dominando a cena” e, sendo assim, não é preciso falar nada a ele, e sim somente ouvir. Ou seja, adotando uma postura ativa e de confronto, o psicanalista estaria arriscando a criar dificuldades ao desenvolvimento do tratamento, pois o paciente, neste primeiro momento, ainda não está pronto para escutar o que o outro diz.

²¹⁸ Abordamos esta questão sob a perspectiva teórica psicanalítica nas páginas 98, 110 e 119 desta tese.

²¹⁹ Insistimos que, devido à complexidade deste processo, o psicanalista o realiza, pelo menos na maioria das vezes, de forma inconsciente, e não de acordo com um planejamento.

²²⁰ Ver p. 208 desta tese.

Até aqui abordamos os principais pontos que nos permitem compreender as especificidades do modelo psicanalítico de atribuição de significado ao que é comunicado pelo paciente no contexto clínico e os analisamos sob a perspectiva teórica relevantista. Apesar de cada participante da pesquisa ter realizado uma avaliação particular do material áudio-visual, pudemos perceber que os psicanalistas fundamentam-se em determinados pressupostos comuns tais como o da suposição de diferentes níveis de linguagem, da importância da atividade da escuta (conferindo maior relevância às recorrências apresentadas pelo paciente), a suposição de uma intencionalidade inconsciente e dos fenômenos de transferência.

A seguir trataremos de outros fatores que, segundo nossa opinião, também são fundamentais para a compreensão das especificidades do modelo psicanalítico de atribuição de significado: a noção de “construção”, a noção de “associação livre” em psicanálise e o modo como o psicanalista compreende a questão da “realidade” no contexto do tratamento.

5.2.6. Sobre os processos de associação livre e construção em análise e sobre a questão da ‘realidade’ no contexto psicanalítico

Apesar de notarmos uma significativa divergência entre as opiniões dos participantes a respeito das cenas em que o terapeuta do seriado realizou observações, junções ou “construções” acerca do que o paciente vinha comunicando na sessão e a respeito de como o psicanalista aborda a questão da realidade no contexto da análise, consideramos importante abordar estes fatores, tendo em vista a importância que os procedimentos de ‘construção em análise’ e da ‘associação livre’ e o manejo da questão da realidade têm no contexto do tratamento psicanalítico. Escolhemos duas cenas do seriado (10 e 16) para discutir o modo como os participantes fizeram referência aos dois primeiros fatores.

Enquanto 3 participantes avaliaram positivamente a intervenção do terapeuta do seriado na cena 10, 4 a avaliaram negativamente. Para F., neste momento o terapeuta do seriado estava aplicando o método associativo psicanalítico. M. entendeu que nesta cena o terapeuta propôs uma ligação adequada entre o momento atual do paciente e um momento “infantil”. A. adotou uma linha de análise semelhante ao identificar na atuação do terapeuta uma tentativa de averiguar a existência de uma possível relação entre assuntos abordados de forma contígua pelo paciente, tal como sugere o pressuposto psicanalítico da associação livre.

Porém, para C., ao intervir desta maneira, o terapeuta realizou uma “intelectualização”, a qual teve por consequência o não estabelecimento de um contato emocional. Para o psicanalista, este tipo de procedimento não é adequado, tendo em vista que o paciente, só pelo fato de falar, já

havia relacionado os dois assuntos. De acordo com S., o terapeuta entra no campo da razão ao realizar este tipo de intervenção, o que por sua vez atrapalha o processo da livre associação ao invés de auxiliá-lo. Por fim, para L., esta intervenção não foi apropriada por ter tido origem nas associações livres do terapeuta. Ou seja, não houve convergência entre as opiniões dos participantes sobre o que pode ser considerada uma intervenção psicanalítica baseada no princípio da associação livre. Contudo, apesar das discordâncias, notamos que todos os participantes reconheceram como fundamental o analista assumir o pressuposto da associação livre ao realizar a atividade da escuta e ao intervir junto ao paciente.

Também as opiniões dos participantes da pesquisa sobre a validade ou não da intervenção do terapeuta retratada na cena 16 foram distintas. Para F. M., neste momento o terapeuta do seriado fez uma “interpretação transferencial”, a qual tem como função mudar o foco da sessão para o “clima afetivo” entre terapeuta e paciente. Para A., esta intervenção seria um exemplo de uma “construção nos moldes freudianos”. Tanto F. quanto S. reconheceram este momento como “o ponto alto” da sessão. Contudo, para C., N. e L., a intervenção retratada nesta cena foi julgada como inadequada sob um ponto de vista psicanalítico, seja pela sua “prematuridade” (C.), seja porque o psicanalista “se põe” e desvia o foco da sessão para uma questão pessoal não expressada pelo paciente (N.), seja porque o terapeuta interpreta os conteúdos trazidos pelo paciente como se fossem relacionados à sua pessoa.

Tanto o conceito de ‘associação livre’ quanto o de ‘construção’ sugerem formas específicas de uso da linguagem e de atribuição de significado ao que é comunicado pelo interlocutor. Conforme apresentamos no capítulo 3, associar livremente significa dizer tudo o que vem à mente, sem permitir que a reflexão consciente, os juízos morais ou as intenções conscientes interfiram naquilo que é falado. Diferentemente de uma conversação espontânea, na qual os interlocutores tendem a agir de acordo com princípios comunicativos relativos à busca da coerência e sequenciamento dos tópicos conversacionais, veracidade, clareza e relevância, numa comunicação psicanalítica espera-se do paciente que ele somente fale aquilo que primeiro se apresenta em sua mente. Inclusive, é previsto pelo psicanalista que alguns dos conteúdos evocados pelo paciente de alguma maneira estejam relacionados com a figura do psicanalista. Nestes casos, a indicação é que o paciente possa falar sobre estes assuntos, mesmo que os mesmos tenham caráter agressivo ou erótico. A forma de o psicanalista interpretar este tipo de dado fundamenta-se em conceitos como o de transferência, pois, o analista atribui significado aos mesmos considerando que não são relativos a sua pessoa, mas que são conteúdos que o paciente repete na relação terapêutica. Ou seja, para que consiga associar livremente, o paciente precisa ignorar ou desconsiderar sistematicamente uma série

de princípios conversacionais usuais, pois, caso contrário, o processo de análise não apresenta eficácia.

Neste sentido, podemos afirmar que a comunicação estabelecida no contexto clínico entre paciente e psicanalista subverte alguns princípios fundamentais de uma relação comunicativa espontânea. Mesmo considerando verdadeira a afirmação de que “a pessoa que comunica produz um estímulo que torna mutuamente manifesto à pessoa que comunica e aos receptores que a pessoa que comunica tenciona, por meio desse estímulo, tornar manifesto ou mais manifesto aos receptores um conjunto de suposições {I}” (SPERBER e WILSON, 1986/2001, p. 238), notamos que o psicanalista não dirige sua atenção para a identificação deste conjunto de suposições {I}, tal como espera o falante (mesmo o psicanalista tendo a capacidade de identificar este conjunto de suposições).

À medida que o tratamento progride, o paciente tem condições de perceber que as suas intenções subjacentes àquilo que comunica ao psicanalista não são levadas em consideração do mesmo modo como numa situação comunicativa espontânea. Apesar de ter a competência pragmática de reconhecer as intenções do falante, o psicanalista as relega em favor da escuta e da observação de indícios que apontam para a lógica inconsciente do paciente. Conforme afirmamos anteriormente²²¹, ao proceder desta forma, o psicanalista não confere importância ao contexto cognitivo proposto pelo falante, o qual, por sua vez, tem suas expectativas conversacionais frustradas. Assim, podemos afirmar que a prática da associação livre não é adequada a um contexto conversacional espontâneo, da mesma forma que o estabelecimento de uma comunicação nos moldes padrões não tem validade num contexto clínico psicanalítico.

Desse modo, a proposição básica de Sperber e Wilson (1986/2001) de que “um acto de ostensão transmite em si próprio uma garantia de relevância e de que este facto – a que chamaremos o *princípio da relevância* – torna manifesta a intenção que se encontra por trás da ostensão” (p. 95) é adequada para explicar a comunicação que se constitui no contexto clínico psicanalítico, considerando que o psicanalista supõe que aquilo que é comunicado pelo paciente é dotado de relevância. Porém, diferentemente de um contexto comunicativo espontâneo, no qual “é deixada a responsabilidade à pessoa que comunica de fazer as suposições correctas sobre os códigos e as informações contextuais a que o receptor terá acesso e que provavelmente utilizará no processo da compreensão” (p. 86) e no qual “a responsabilidade de evitar as incompreensões também fica com a pessoa falante, de tal modo que a única coisa que o ouvinte tem a fazer é ir para a frente na utilização de quaisquer que sejam o código e as informações contextuais que mais facilmente

²²¹ Tópico 5.2.3..

estejam ao seu alcance” (idem, ibidem), no contexto clínico psicanalítico tais operações realizadas intuitivamente pelo paciente/falante não são decisivas no processo de atribuição de significado realizado pelo psicanalista. É óbvio que o psicanalista compartilha do mesmo código que o paciente, caso contrário, a probabilidade de haver comunicação entre ambos seria nula. Porém, não é objetivo do psicanalista apenas ‘compreender’ o que o paciente diz ou ficar restrito ao nível informacional que facilmente esteja ao seu alcance no sentido de uma comunicação espontânea.

Também a intervenção de ‘construção’ em análise pode ser considerada como específica ao contexto conversacional psicanalítico. Isto porque, quando o psicanalista realiza este tipo de procedimento, é comum que ele recorra a uma série de elementos comunicados pelo paciente em contextos conversacionais anteriores e que os associe aos elementos atuais. Neste processo, o psicanalista confere alto grau de relevância a fenômenos geralmente considerados como residuais em contextos conversacionais espontâneos como, por exemplo, os sonhos, chistes, atos falhos, relatos de fantasias, e conexões entre as associações livres de assuntos. É a partir deste tipo de ‘matéria prima’²²² que o psicanalista realiza o processo de construção em análise, propondo a reconstituição dos conteúdos esquecidos pelo paciente.

Um indivíduo que realiza uma ‘construção’ nos moldes psicanalíticos dificilmente pode ser considerado um interlocutor ‘cooperativo’, segundo os parâmetros de uma comunicação espontânea. Neste sentido, uma construção ‘psicanalítica’ tem mínimas condições de desencadear efeitos de ordem terapêutica se realizada contexto conversacional inadequado para este tipo de finalidade. Contudo, no contexto de um tratamento psicanalítico, este tipo de intervenção é considerado por Freud²²³ como fundamental, pois, ao escutar uma construção realizada pelo psicanalista, o paciente passa a ter condições de perceber uma série de dados sobre si mesmo que até então estavam esquecidos ou impedidos de qualquer acesso consciente.

Tal como discutimos há pouco, apesar de também ter a tendência de frustrar as expectativas conversacionais do paciente – neste caso, ocupando o lugar de ouvinte –, a atividade da ‘construção’, se bem realizada pelo psicanalista, pode “adquirir relevância suficiente para valer a atenção do destinatário²²⁴” (SPERBER e WILSON, 1986/2001, p. 247). As construções que integram inúmeros fatores comunicados inconscientemente pelo paciente tendem a gerar inúmeros efeitos cognitivos, o que por sua vez compensa um esforço de processamento maior.

Após termos discutido as particularidades de um processo comunicativo psicanalítico decorrentes da aplicação do método da associação livre e da noção de construção em análise,

²²² Ver tópico 3.4..

²²³ Ver o início do tópico 3.7.1..

²²⁴ Neste caso, o paciente.

vejamos como os participantes definem o modo como o psicanalista deve manejar a questão da ‘realidade’ concreta em contraposição à ‘realidade psíquica’.

Para C., o psicanalista sempre deve estar “em contato com a realidade”, permanecendo no “seu próprio chão”. Sendo assim, o participante avaliou negativamente intervenções do terapeuta do seriado como as retratadas nas cenas 4, 5 e 11. Segundo sua opinião, o terapeuta estaria “entrando em conluio” com um “delírio” (cena 4), deixando de primeiro entender qual é a “situação real” em que o paciente se apresenta (cena 5) e não se “diferenciando do paciente” (cena 11). apesar de a sua opinião ser a de que o psicanalista não deve se manter estritamente num nível de “realidade”, pois desta forma não há condições de “realmente gerar um encontro emocional, psicológico pra trabalhar com o que está atormentando este homem” (em resposta à pergunta 2), num caso como o retratado no seriado seria essencial que o psicanalista se propusesse a “entender a realidade” do paciente e a saber “no momento, o que vem sendo feito para [o paciente] se proteger” (cena 5). Para o psicanalista:

num caso destes, você tem que saber o que está acontecendo primeiro na realidade. [...] se ele estivesse entrado nesta questão agora, ele já saberia do vôo dele, com tempo suficiente para discutir na sessão, e não no final da sessão, quando o cara está começando a se ligar. É uma oportunidade de lidar com a realidade externa, de saber o que só vai aparecer no final, acontece no comecinho (cena 5).

Ou seja, segundo a sua opinião, não se trata do psicanalista restringir sua atuação ao campo de realidade externa, pois isto impediria o progresso de uma análise, mas de considerar que este paciente encontra-se numa situação de risco maior, real, e que algo deve ser feito neste sentido.

Para F., a postura mais adequada de um psicanalista frente a uma situação como a apresentada pelo paciente do seriado seria a de colocar para ele algo como “você vai ter que fazer isto”, tal como se procede com “uma criança, quando se debate muito com alguma coisa, que ela tá chorando, se jogando no chão”. Num caso como este, é necessário que alguém diga “agora pare, chega! Você vai sentar aqui, e você vai parar de chorar e você vai fazer as coisas que eu mandar você fazer, o que eu dizer pra você fazer, porque você já não tem mais condições de pensar” (em resposta à pergunta 2). A participante adotaria um posicionamento similar quando o paciente diz “eu tenho um vôo para pegar” (cena 24), falando algo como: “eu acho que você não deveria ir porque você corre risco de vida”, pois o paciente demonstra estar “num limite de fazer alguma coisa contra a própria vida”. Segundo sua opinião, é “obrigação” do psicanalista e das pessoas que trabalham com saúde mental “mostrar o que é o real para elas e o risco que elas correm”. Também ao comentar a cena 25, F. afirmou que, mesmo num trabalho de orientação psicanalítica, seria

importante o terapeuta apresentar um “dado de realidade” ao paciente como forma de tentar fazê-lo compreender o risco inerente à viagem.

Para M., não é papel do psicanalista restringir sua atenção a “detalhes factuais” (cena 6), porém, quando o paciente apresenta alguma situação em que evidencia-se um risco, é sua “obrigação moral, como ser humano”, dizer ao paciente que ele encontra-se nesta situação de risco. “Embora isso não tenha nada a ver com a análise” (cena 25), é indispensável que o analista faça intervenções que explicitem os riscos implícitos no que o paciente diz, em especial, quando este faz alusão ao risco de vida. Neste sentido, a psicanalista afirmou que, frente à cena γ , teria dito ao paciente que ele estava falando de uma “tentativa de suicídio”, pois o psicanalista “deve falar em suicídio no contexto do sigilo, da privacidade, da confiança da sessão”. M. elogiou a intervenção do terapeuta do seriado na cena 26, pois, o paciente estava falando sobre uma tentativa de suicídio e o terapeuta encontrou uma maneira de abordar este assunto tentando demonstrar que, ao realizar esta viagem, o paciente poderia estar querendo “pagar com a [sua] vida a vida que ele tirou”.

A. destacou o fato de o terapeuta tentar mover o paciente “dentro da sua própria dúvida” para que o mesmo seja “mais cauteloso para tomar as decisões”, em especial, a de viajar novamente ao local do bombardeio (cena 25). Contudo, diferentemente dos participantes 1, 2 e 3, a psicanalista não fez nenhuma referência ao perigo real que o paciente está prestes a se colocar ou a qualquer tipo de intervenção dirigida à ‘realidade concreta’.

A postura de N. seria a de auxiliar o paciente a pensar em quais são as “possibilidades” que o mesmo tem frente à sua dúvida de fazer ou não a viagem, considerando que ele procurou o psicanalista para pedir um conselho (cena w). Seu modo de proceder neste momento da sessão seria perguntar ao paciente “quais são todas as suas possibilidades que você pensou?”. No caso de o paciente insistir em receber um conselho, sua posição seria a de dizer algo como: “Bem, [...] eu preciso [te] ouvir mais algumas vezes, porque eu estou te conhecendo hoje, é a primeira vez, e [me] falta recursos para poder dizer isso”. Tal como A., N. não fez referência à questão da realidade do paciente e ao risco de vida inerente ao seu plano de realizar a viagem.

Para S., o terapeuta do seriado intervém inadequadamente na cena h, quando toma “a realidade objetiva como foco importante”. Contudo, o psicanalista considerou importante a intervenção realizada pelo terapeuta na cena 26, quando construiu “uma outra pergunta pra de novo dizer a mesma coisa que ele já disse antes”, ou seja, que o que ele está querendo fazer é arriscado, pois, pode culminar na sua morte. Tal tipo de intervenção foi considerado pelo psicanalista como “a coisa mais importante que ele poderia fazer neste momento”.

Por fim, L. adotou uma postura semelhante aos psicanalistas A. e N. ao não considerar como relevante o nível da ‘realidade concreta’. Segundo a sua opinião, o terapeuta deveria ter dito para o

paciente: “você já tomou a sua decisão, você já está com a passagem comprada [...]. Se você já tomou a sua decisão, ela já está tomada” ou poderia questioná-lo sobre o porquê da vinda do paciente, considerando que ele já estava decidido.

Ou seja, apesar de ser unânime o ponto de vista de que o psicanalista não trabalha com os dados da realidade concreta, frente à questão do risco de vida inerente à idéia do paciente realizar a viagem, 5 dos 7 participantes (C., F., M., A. e S.) julgaram relevante a atitude do terapeuta do seriado de questionar o paciente sobre o risco de vida relativo à sua volta ao local do bombardeio.

A partir dos dados colhidos no nosso estudo de campo podemos afirmar que todos os psicanalistas diferenciam o que venha a ser um nível de realidade externa ou realidade concreta de um nível de realidade psíquica. O trabalho psicanalítico localiza-se, na opinião dos participantes, neste último nível. A diferença é que existem psicanalistas que abandonam este nível frente a situações de risco real apresentadas pelo paciente enquanto que existem outros que não consideram relevante o psicanalista intervir no nível da realidade externa ou concreta. No caso destes últimos, é como se os dados concretos não pudessem ser reconhecidos como relevantes, mas apenas os fenômenos predeterminados pelo modelo interpretativo psicanalítico. Ou seja, o psicanalista não interviria tomando como verdade o fato de o paciente correr um risco real ao realizar a viagem, mas se ocuparia em tentar saber o porquê de o paciente precisar contar a um outro quais são suas intenções e decisões já estabelecidas.

A constatação do modo como os psicanalistas lidam com a ‘realidade’ e a ênfase por eles conferida àquilo que Freud chamou de ‘realidade psíquica’²²⁵ é um outro fator que nos permite compreender as particularidades da comunicação psicanalítica e comparação com as situações comunicativas espontâneas. Ou seja, para um psicanalista, a possibilidade de verificar se o que o paciente diz é real ou verdadeiro é deixado em segundo plano, ou nem mesmo é levado em consideração (como é sugerido pelo posicionamento dos participantes 4, 5 e 7). Sabemos que este tipo de fenômeno pode ocorrer numa situação comunicativa espontânea, porém, equivale a uma exceção, diferentemente do que ocorre num contexto conversacional psicanalítico. Retomando a opinião de Dascal (2006, p. 232), observamos que a forma *sui generis* como o psicanalista lida com a questão da realidade tem como função auxiliá-lo na tarefa de acessar significados de outro nível, ‘mais profundos’.

* * *

²²⁵ Sobre o conceito de ‘realidade psíquica’ e sua distinção em relação à ‘realidade externa’, ver Freud, (1940 [1938]/1975a).

Neste capítulo realizamos a análise dos dados colhidos no estudo de campo com psicanalistas a partir do modelo proposto pela Teoria da Relevância de Sperber e Wilson (1986/2001). Para a realização desta análise priorizamos as questões epistemológicas e teóricas inerentes ao exercício de se aproximar dois campos de conhecimento tão diversos, o da pragmática e o psicanalítico. Apesar disso, abordamos mais profundamente os mecanismos cognitivos descritos pela TR utilizados pelo ouvinte num processo comunicativo (tópico 5.1.) e demonstramos como o ouvinte seleciona as hipóteses de interpretação a partir do conjunto de suposições factuais que dispõe. Os exemplos apresentados no tópico 5.1.3., apesar de significativamente simplificados, equivalem a uma pedra fundamental para que, a partir dali, possam ser realizados estudos mais profundos sobre quais são as premissas mais frequentemente utilizadas pelos psicanalistas no contexto clínico. No tópico 5.2. abordamos as principais premissas ou pressupostos que pudemos identificar a partir das entrevistas com os psicanalistas participantes do estudo de campo. Apesar das divergências teóricas entre os participantes, notamos que alguns destes pressupostos se apresentaram de forma unânime, o que nos sugerem que não sejam apenas fruto de uma concepção teórica, mas também de um percurso de experiência prática de atendimento de pacientes. Vale ressaltar que intencionalmente fizemos referência aos tópicos ‘comunicação não verbal’ e ‘realidade no contexto clínico’ por serem temas que, no nosso entendimento, são objetos de um discurso teórico que não é aplicado no contexto prático²²⁶.

Por fim, esperamos ter aberto neste capítulo novas perspectivas de compreensão de como é realizado o trabalho clínico psicanalítico, em especial, do como o psicanalista atribui significado àquilo que o paciente lhe comunica.

²²⁶ Reservamos-nos ao direito de não entrar aqui nesta discussão devido aos limites que nos impomos. Porém vale ressaltar que são comuns no meio psicanalítico discursos ‘teóricos’ que desconsideram os fatores ‘não verbais’ num processo de análise ou que apenas fazem referência às questões que envolvem o nível de realidade concreta (como a questão do suicídio) de forma exclusivamente simbólica, sem que haja qualquer recomendação para que o analista assuma um posicionamento, por exemplo, de tomar medidas protetivas frente ao paciente que se encontra em risco eminente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após termos realizado a descrição teórica dos modelos pragmático e psicanalítico de atribuição de significado e após analisarmos este último a partir das categorias conceituais oferecidas pela teoria pragmática da Relevância de Sperber e Wilson (1986/2001), temos condições de identificar alguns dos principais fatores inerentes à operação de atribuição de significado realizada pelo psicanalista em contexto clínico e suas distinções frente ao modelo interpretativo espontâneo.

Verificamos que o psicanalista utiliza os mesmos processos cognitivos que um ouvinte padrão na interpretação daquilo que o paciente lhe comunica. A diferença entre o modo como cada um atribui significado decorre do tipo de pressuposições por cada um assumidas (conjunto de suposições factuais), pois, como observamos no capítulo 5 desta tese, há uma significativa divergência entre as suposições adotadas pelo psicanalista e as suposições geralmente adotadas por interlocutores espontâneos num processo comunicativo usual. Por adotar um conjunto de pressupostos psicanalíticos como paradigma para a atribuição de significado frente aquilo que o paciente lhe comunica, o psicanalista explora um ‘segundo nível’ de interpretação, sem que isso desabilite o psicanalista a utilizar um modelo interpretativo espontâneo (tópico 5.1.). Neste sentido, argumentamos que o psicanalista realiza duas tarefas concomitantes de forma automática: utiliza o paradigma interpretativo pragmático (tal como um interlocutor usual) e utiliza um modelo psicanalítico de atribuição de significado frente àquilo que é comunicado pelo paciente. Contudo, num contexto clínico psicanalítico, é o modelo psicanalítico de atribuição de significado que é priorizado, enquanto que o modelo interpretativo espontâneo só é utilizado em situações específicas em que o psicanalista opta por estabelecer uma comunicação com o paciente de acordo com os padrões usuais.

A partir da análise das entrevistas com os psicanalistas participantes da pesquisa observamos que alguns pressupostos são frequentemente adotados como balizadores do processo de atribuição de significado do que é comunicado pelo paciente. Dentre eles, os mais citados pelos entrevistados foram os seguintes:

- A relação entre psicanalista e paciente é por essência ‘assimétrica’;
- Não é função do psicanalista discutir ou argumentar com o paciente no plano da racionalidade consciente;
- O psicanalista não deve se precipitar em comunicar suas impressões enquanto o paciente não dá sinais de estar preparado para ‘escutá-las’;

- O psicanalista deve deixar em aberto a possibilidade de atribuir novos significados àquilo que foi comunicado pelo paciente em momentos anteriores ou mesmo em sessões anteriores;
- O psicanalista deve levar em conta fatores não verbais no processo interpretativo daquilo que é comunicado pelo paciente;
- O psicanalista deve levar em consideração os fatores relativos ao fenômeno da ‘transferência’ e do funcionamento dos processos inconsciente na interpretação dos conteúdos apresentados pelo paciente na sessão;
- O psicanalista deve possibilitar (e incentivar) que o paciente associe os assuntos livremente durante a sessão – considerando que a sequência e a ligação entre estas associações são dados fundamentais para um processo psicanalítico de atribuição de significado.

Cumpramos notar que esta série de pressupostos fundamentais para o processo psicanalítico de interpretação são diferentes dos utilizados por interlocutores padrão em situações comunicativas usuais, conforme a descrição das teorias pragmáticas. Podemos exemplificar esta distinção ao notarmos que, numa conversação espontânea, o ouvinte busca identificar a intenção do falante enquanto este profere seus enunciados, enquanto que o psicanalista não se ocupa com a tarefa de identificar as intenções comunicativas do paciente, mas sim em realizar uma interpretação num ‘segundo nível’, enfatizando fatores como os descritos acima, entre outras noções e conceitos próprios do campo psicanalítico.

Fundamentados na TR, pudemos notar que o psicanalista assume um conjunto de suposições factuais especializado em decorrência da soma de pelo menos cinco fatores: experiência pessoal de vida, estudo teórico, análise pessoal, supervisão e experiência clínica. Tal conjunto de suposições é a chave para a compreensão do modo como o analista interpreta e atribui significado ao que é comunicado pelo paciente durante a sessão. Tais suposições, as quais podemos chamar de pressupostos teórico/clínicos, guiam o psicanalista no processo interpretativo e explicam por que sua forma de selecionar o que é e o que não é relevante dentre o conjunto de dados comunicados pelo paciente é diferente da utilizada por interlocutores não psicanalistas.

Tais constatações permitem-nos colocar em xeque a noção comum em alguns ambientes psicanalíticos de que o psicanalista deve se ater, durante a realização da interpretação, aos significados que as palavras remetem por si só ou àquilo que as palavras já dizem²²⁷. Isto porque tal

²²⁷ Tal argumento é reiterado com frequência em instituições de formação de psicanalista, especialmente em algumas que seguem uma orientação ‘lacaniana’ e ‘milleriana’. Encontramos um exemplo deste tipo de posicionamento na fala do psicanalista L., que participou do nosso estudo de campo (ver tópico 5.1. e entrevista com psicanalista L., em resposta à pergunta 2, Anexo 4). Apesar deste tema ser bastante interessante de ser discutido num contexto interdisciplinar psicanálise/linguística, devido ao recorte por nós proposto nesta pesquisa não o abordaremos.

tipo de expectativa é impossível de ser levada a termo, considerando que o psicanalista utiliza uma rede de pressupostos que fundamentam seu modo específico de atribuir significado no contexto clínico.

Os resultados obtidos na presente pesquisa também nos permitem observar que a aplicação do modelo psicanalítico de atribuição de significado é adequada se realizada num contexto específico, neste caso, na clínica psicanalítica. Isto porque a sua aplicação em ambientes espontâneos tende a causar estranheza ou a ser considerada como inadequada, pois um interlocutor que utiliza este modelo interpretativo rompe sistematicamente as expectativas conversacionais do ouvinte. Ou seja, a utilização do modelo interpretativo psicanalítico é semelhante à aplicação de uma técnica específica que perde seu valor quando aplicado em contextos inadequados como as situações conversacionais espontâneas.

A iniciativa de propor uma análise do uso da linguagem realizado pelo paciente e pelo psicanalista no contexto clínico, a partir de um modelo teórico distinto, ou seja, a partir de uma teoria pragmática, proporcionou novos elementos para a compreensão de fatores inerentes a um processo de tratamento psicanalítico. Devido ao fato de a pragmática se dedicar ao estudo da linguagem em uso, pudemos nos apropriar de um debate atual sobre quais são as principais modalidades de uso da linguagem, sobre como ocorre a atribuição de significação, sobre quais são os processos cognitivos envolvidos no fenômeno comunicativo, sobre quais são os principais modelos de interpretação e suas particularidades, entre outros, e de pensar como tais questões se apresentam no campo específico da clínica psicanalítica. A nosso ver, a iniciativa de aproximar as áreas da psicanálise e da pragmática é válida na medida em que permite ao psicanalista novas possibilidades de intercâmbio além das propostas clássicas (e ultrapassadas) de inter-relação entre as teorias lacaniana e as teorias linguísticas saussuriana ou jakobsoniana. Ou seja, se Saussure e Jakobson²²⁸ são autores mais reconhecidos no campo da linguística pelo seu valor histórico do que pela atualidade de suas teorias, entendemos que um dos maiores méritos desta pesquisa decorre da iniciativa de buscar o que a pragmática atual pode dizer acerca do fenômeno comunicativo que ocorre no contexto clínico psicanalítico.

Apesar de não ser este o objetivo desta tese, reconhecemos que, mesmo que indiretamente, a teoria psicanalítica, abordada no capítulo 3, os resultados da pesquisa de campo com psicanalistas e a análise destes dados (capítulo 5) e a apresentação das entrevistas transcritas na seção de anexos possibilitam aos leitores linguistas uma visão diferenciada sobre os usos e funções da linguagem,

²²⁸ Roman Jakobson, importante linguista russo do século XX no cenário da linguística estrutural. Em sua obra, Lacan faz inúmeras referências ao pensador, especialmente quando aborda a questão da metáfora e da metonímia em associação aos conceitos freudianos de ‘condensação’ e ‘deslocamento’.

dos efeitos possíveis a partir de formas específicas de comunicação e um maior esclarecimento sobre outros níveis de atribuição de significação possíveis além dos utilizados em contextos comunicativos espontâneos.

Ao analisar o uso da linguagem na comunicação que se estabelece entre paciente e psicanalista segundo o modelo da Teoria da Relevância, tivemos condições de observar que, apesar de serem significativamente complexas, as operações realizadas pelo psicanalista durante o processo de atribuição de significado podem ser identificadas e descritas com maior objetividade (apesar de reconhecermos que esta tarefa só foi aqui tratada de forma inicial) em contraposição com pontos de vista idealizados sobre como o analista ‘escuta’ e atribui sentido no contexto da análise.

A realização de um trabalho como este também permite uma ‘desidealização’ da teoria psicanalítica, o que por sua vez faz com que ela possa ser melhor utilizada no trabalho clínico. Além disso, não podemos nos esquecer que a ‘clínica’ é maior que a ‘psicanálise’, e que é a possibilidade de colocar esta última em questão que nos permite sucessivos avanços na compreensão dos fatores que são efetivos no tratamento de um sujeito em sofrimento. A constatação de que existem outras áreas do conhecimento que também são úteis e interessantes para o psicanalista o incitam a desconstruir as fronteiras imaginariamente erguidas entre o ‘mundo psicanalítico’ e o ‘mundo comum’. Tal processo promove uma ‘dessacralização’ da psicanálise e de sua clínica, e faz com que o psicanalista possa ter com elas uma relação menos rígida – o que por sua vez lhe dá a liberdade de explorar novas possibilidades de conexões e de saberes próprios de outros campos do conhecimento, sem que se sinta desconfortável em ultrapassar os limites demarcados pelas teorias freudiana e pós freudianas. Se por um lado a visão do mar aberto assusta, por outro ela oferece infinitas rotas para se explorar.

Assumimos o ônus inerente a uma proposta como esta, qual seja, o de esbarrar em algumas incompatibilidades epistemológicas entre a teoria psicanalítica e uma teoria pragmática como a Teoria da Relevância. Porém, ao invés de fazermos disso um motivo para queixas ou uma justificativa para nos alienar no ponto de vista de que o campo psicanalítico é absolutamente subversivo frente a qualquer ciência ou saber construído, utilizamos estas incompatibilidades e brechas como oportunidades para a construção de novas ‘pontes’ e diálogos. Sabemos que o contato com o ‘diferente’ é mais trabalhoso que o diálogo com aquilo que é ‘igual’. Porém, também sabemos que é aquele tipo de diálogo que pode enriquecer os campos postos em interlocução. No caso desta tese, entendemos que o campo psicanalítico pôde escutar o que a pragmática tem a dizer sobre quais são os princípios inerentes ao uso da linguagem em contextos concretos.

Apesar de termos nos proposto a ‘elucidar’ como é o modelo de atribuição de significado utilizado pelo psicanalista no contexto clínico, reconhecemos a parcialidade da presente pesquisa e

os inúmeros pontos a serem explorados em oportunidades futuras. Dessa forma, podemos afirmar que este trabalho tem seu caráter pioneiro: no sentido das soluções metodológicas por nós encontradas para a realização do estudo de campo e da possibilidade que o mesmo traz de questionamento de alguns paradigmas há décadas cristalizados no campo psicanalítico, porém ultrapassados por pesquisadores dos campos das ciências humanas (incluindo linguística, ciências sociais e educação) e das ciências da saúde (medicina, enfermagem).

Sobre as possibilidades de estudos futuros que possam ser realizados a partir do presente trabalho, já entrevemos com grande interesse a hipótese de explorar o pólo do paciente, o qual foi, por motivo de delimitação da pesquisa, intencionalmente excluído da nossa análise. Da mesma forma como colocamos em foco a questão do modo como o psicanalista atribui significado àquilo que é comunicado pelo paciente, também entrevemos a possibilidade de se pesquisar o modo como o paciente interpreta aquilo que diz em sessão e aquilo que lhe é comunicado pelo analista. Uma das possibilidades de se realizar este tipo de estudo seria a de entrevistar pessoas que estão ou que já passaram por um processo de análise, com o intuito de perceber quais foram os momentos mais importantes da análise (segundo o ponto de vista de cada um), e como cada pessoa atribuía ou atribui significado àquilo que foi comunicado durante a sessão, seja pela própria pessoa, seja pelo analista.

Também pensamos ser válido a realização de pesquisas futuras que arrolem as extensões contemporâneas da Teoria da Relevância, tendo em vista os sucessivos avanços que esta teoria vem experimentando nas últimas décadas. Dentre as propostas mais recentes compatíveis com a Teoria da Relevância destacamos a 'Epidemiologia das representações' (SPERBER, 1994) e a conexão entre a concepção pragmática e a abodagem modular da mente, desenvolvida por Sperber e Hirschfeld (2007).

Por fim, sob um ponto de vista científico mais amplo, consideramos que, ao descrevermos o processo realizado pelo psicanalista de suspender o modelo interpretativo pragmático para atribuir significado segundo um modelo psicanalítico, estamos tratando de um fenômeno mais amplo, ou seja, comum a toda e qualquer situação em que um ouvinte utiliza um modelo interpretativo especializado. Ou seja, não apenas o psicanalista realiza o processo de suspensão do modelo interpretativo pragmático, mas também outros profissionais que se utilizam da linguagem a partir de uma perspectiva técnica como, por exemplo, médicos, professores, advogados, críticos literários, arquitetos, entre outros tantos (sem contar as situações em que tal fenômeno também ocorre com finalidades não profissionais). Assim, ao identificarmos e descrevermos o processo realizado pelo psicanalista também estamos abrindo uma nova perspectiva de estudo dos usos técnicos da linguagem próprio de outros campos profissionais ou do conhecimento. Sob este ponto de vista,

talvez seja esta a contribuição de maior alcance possibilitada por este trabalho, considerando que outros campos científicos poderão adotá-la como ponto de partida para estudos posteriores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Araújo, I. L. (1998) *Introdução à filosofia da ciência*. Curitiba: Ed. da UFPR.
- Aristóteles (1963) *De Interpretatione*. Clarendon Aristotle Series: Oxford.
- Arlow, J. A. (1979) *The genesis of interpretation*. Journal of the American Psychoanalytic Association. Vol 27, p. 193-206.
- Arnauld, A. e Lancelot, C. (1968) *Grammaire de Port-Royal*. Menston: Scolar Press.
- Arrivé, M. (2001) *Linguística e Psicanálise: Freud, Saussure, Hjelmslev, Lacan e os outros*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.
- Austin, J. L. (1975) *How to do things with words*. Cambridge: Harvard University Press.
- Bach, K. e Harnish, R. M. (1979) *Linguistic communication and speech acts*. Cambridge: MIT Press.
- Borges, J. N. (2004) *Ensaio de Filosofia da Linguística*. São Paulo: Parábola.
- Brown, P e Levinson, S. C. (1987) *Politeness – Some universals in language usage*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Brown, G. e Yule, G. (1983) *Discourse analysis*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bucci, W. (1997) *Psychoanalysis and cognitive science: A multiple code theory*. New York: Guilford Press.
- Carnap, R. (1980a) *Pseudo problemas na filosofia*. In: *Os Pensadores*. São Paulo: Abril Cultural.
- _____ (1980b) *Testabilidade e significado*. In: *Os Pensadores*. São Paulo: Abril Cultural.
- Chierchia, G. (2003) *Semântica*. Campinas: Editora da UNICAMP e Londrina: EDUEL.
- Costa, J. F. (1994) *Pragmática e processo analítico: Freud, Wittgenstein, Davidson, Rorty* In: Costa, J. F. (org.) (1994) *Redescrições da psicanálise: ensaios pragmáticos*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- Dascal, M. (2006) *Interpretação e compreensão*. São Leopoldo: Ed. Unisinos.
- Dor, J. (1989) *Introdução à Leitura de Lacan: O Inconsciente Estruturado como Linguagem*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Eco, U. (1993) *The Limits of Interpretation*. Bloomington and Indianapolis: Indiana University Press. In: Dascal, M. (2006) *Interpretação e compreensão*. São Leopoldo: Ed. Unisinos.

- Ekman, P. e Rosenberg, E. (1997) *What the Face Reveals: Basic and Applied Studies of Spontaneous Expression using the Facial Action Coding System (FACS)*. New York: Oxford University Press.
- Fauconnier, G. e Turner, M. (2003) *The way we think: Conceptual blending and the mind's hidden complexities*. New York: Basic Books.
- Feyerabend, P. K. (1997) *Contra o Método*. Lisboa: Relógio d'Água.
- Fink, B. (1998) *O sujeito lacaniano: entre a linguagem e o gozo*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Flores, V. (1999) *Linguística e Psicanálise: Princípios de uma Semântica da Enunciação*. Porto Alegre: EDPUCRS.
- Fodor, J. (1983) *The Modularity of Mind: An Essay on Faculty Psychology*. Cambridge: MIT Press.
- Fourez, G. (1995) *A construção das ciências: introdução à filosofia e à ética das ciências*. São Paulo: Ed. UNESP.
- Freire-Maia, N. (1990) *A Ciência por dentro*. Petrópolis: Vozes
- Freud, S. (1893 [1888-1893]/1977) *Alguns pontos para um estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas*. Ed. Standard Brasileira. Vol. I. Rio de Janeiro: Imago.
- _____ (1950 [1892-1899]/1977) *Extratos dos documentos dirigidos a Fliess*. ESB. Vol. I.
- _____ (1950 [1895]/1977) *Projeto para uma Psicologia Científica*. ESB. Vol. I.
- _____ (1897/1977) *Carta 79*. ESB. Vol. I.
- _____ (1893-1895/1974) *Estudos sobre a histeria*. ESB. Vol. II.
- _____ (1896/1976) *A Etiologia da histeria*. ESB. Vol. III.
- _____ (1900/1972) *A Interpretação de sonhos*. ESB. Vol. IV e V.
- _____ (1901/1976) *Psicopatologia da vida cotidiana*. ESB. Vol. VI.
- _____ (1905 [1901]/1972) *Fragmento da análise de um caso de Histeria*. ESB. Vol. VII.
- _____ (1905/1972) *Tratamento psíquico (ou mental)*. ESB. Vol. VII.
- _____ (1905/1969) *Os Chistes e sua relação com o inconsciente*. ESB. Vol. VIII.
- _____ (1908/1976) *Caráter e erotismo anal*. ESB. Vol. IX.
- _____ (1909/1969) *Notas sobre um caso de neurose obsessiva*. ESB. Vol. X.
- _____ (1910 [1909]/1970) *Cinco lições de psicanálise*. ESB. Vol. X.
- _____ (1910/1970) *Psicanálise 'Silvestre'*. ESB. Vol. X.
- _____ (1911/1969a) *O manejo da interpretação de sonhos na psicanálise*. ESB. Vol. XII.
- _____ (1912/1969a) *A Dinâmica da Transferência*. ESB. Vol. XII.
- _____ (1912/1969b) *Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise*. ESB. Vol. XII.
- _____ (1913/1969) *Sobre o início do tratamento (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I)* ESB. Vol. XII.
- _____ (1914/1969) *Recordar, Repetir e Elaborar*. ESB. Vol. XII.
- _____ (1914/1974) *A história do movimento psicanalítico*. ESB. Vol. XIV.
- _____ (1915/1974) *O Inconsciente*. ESB. Vol. XIV.
- _____ (1916 [1915]/1976) *Conferências introdutórias sobre psicanálise*. ESB. Vol. XV.
- _____ (1917 [1916-1917]/1976) *Conferências introdutórias sobre psicanálise*. ESB. Vol. XVI.
- _____ (1918 [1914]/1976) *História de uma neurose infantil*. ESB. Vol. XVII.
- _____ (1923 [1922]/1976) *Observações sobre a teoria e a prática da interpretação de sonhos*. ESB. Vol. XIX.

- _____ (1923/1976) *O Ego e o Id*. ESB. Vol. XIX.
- _____ (1924 [1923]/1976) *Uma breve descrição da psicanálise*. ESB. Vol. XIX.
- _____ (1925/1976) *A Negativa*. ESB. Vol. XIX.
- _____ (1925 [1924]/1976) *Um Estudo Autobiográfico*. ESB. Vol. XX.
- _____ (1926/1976) *A questão da análise leiga*. ESB. Vol. XX.
- _____ (1937/1975) *Construções em Análise*. ESB. Vol. XXIII.
- _____ (1940 [1938]/1975a) *Esboço de Psicanálise*. ESB. Vol. XIII.
- _____ (1940 [1938]/1975b) *Algumas Lições Elementares de Psicanálise*. ESB. Vol. XIII.
- Gadamer, H. G. (1976) *Philosophical Hermeneutics*. Berkeley: University of California Press. In Dascal, M. (2006) *Interpretação e compreensão*. São Leopoldo: Ed. Unisinos.
- Glaser, B. G. e Strauss A. (1967) *Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research*. Mill Valley: Sociology Press
- Glock, H-J. (1998) *Dicionário Wittgenstein*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Godoy, A. S., (1995). *Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades*. Revista de Administração de Empresas. Vol. 35, no 2, p. 57-63. Disponível em: <HTTP://www.rae.com.br/redirect.cfm?ID=488>.
- Goffman, E. (1967) *Interaction ritual: essays on face to face behavior*. New York: Garden City.
- Good, B. J. (1994) *Medicine, Rationality and Experience*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Grice, H. P. (1957) *Meaning*. Philosophical Review. Vol. 66, no 3, p. 377-88. Durham: Duke University Press.
- _____ (1975) *Logic and conversation*. In: Cole, J. e Morgam, J. L. *Syntax and Semantics 3: Speech Acts*. New York: Academic Press. In Sperber, D. e Wilson, D. (1986/2001) *Relevância: comunicação e cognição*. Lisboa: Fundação Galouste Gulbenkian.
- _____ (1957) *Meaning*. In: Grice, H. P. (1989) *Studies in the Way of Words*, p. , 213-223. Cambridge: Harvard U. P.
- Gumpez, J. (1982) *Discourse strategies*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hickson, M. L., Stacks, D. W. e Moore, N. (2004) *Nonverbal Communication: Studies and Applications*. New York: Oxford University Press.
- Hjelmslev, L. (1928) *Principes de grammaire generale*. Copenhagen: Akademisk Forlag.
- _____ (1959), *Essais linguistiques*. Copenhagen: Akademisk Forlag.
- Kaplan-Solms, K. e Solms, M. (2000) *Clinical studies in neuro-psychoanalysis: Introduction to a depth neuropsychology*. London: Karnac Books.
- Katz, J. J. (1977) *Propositional structure and illocutionary force: A study of the contribution of sentence meaning to speech acts*. New York: Crowell.
- Kaufmann, P. (1996) *Dicionário Enciclopédico de Psicanálise: o legado de Freud e Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

- Klauber, J. (1972) *On the relationship of transference and interpretation in psychoanalytic treatment*. International Journal of Psychoanalysis. Vol. 53, p. 385-91.
- Kohut, H. (1989) *Como cura a psicanálise?*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kosslyn, S. M. e Koenig, O., (1995) *Wet Mind*. Free Press: New York.
- Kuhn, T. (1978) *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva.
- Labov, W. e Fanshel, D. (1977) *Therapeutic discourse – Psychotherapy as conversation*. New York – London: Academic Press.
- Lacan, J. (1953 [1956]/1998) *Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise*. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- _____ (1957/1998) *A instância da letra no inconsciente freudiano*. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- _____ (1958 [1961]/1998) *A direção do tratamento e os princípios de seu poder*. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- _____ (1953-1954/1996) *O Seminário 1: Os escritos técnicos de Freud*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- _____ (1954-1955/1987) *O Seminário 2: O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- _____ (1958-1959/2002) *O Seminário 6: O desejo e sua interpretação*. Publicação não comercial. Porto Alegre: Associação Psicanalítica de Porto Alegre.
- _____ (1959-1960/1988) *O Seminário 7: A Ética da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- _____ (1973) *L'Étourdit*. Revista Scilicet. No 4. Paris: Seuil.
- Lakatos, I. (1979) *O falseamento e a metodologia dos programas de pesquisa científica*. In: Lakatos, I. e Musgrave, A. (Orgs) (1979) *A crítica e o desenvolvimento do conhecimento*. São Paulo: Cultrix/EDUSP.
- Lakoff, G. e Johnson, M. (1999) *Philosophy in the Flesh, the embodied mind and its challenge to Western Thought*. New York: Basic Books.
- Laplanche, J. e Pontalis, J. – B. (2000) *Vocabulário de Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- Laville, C. e Dionne, J. (1999). *A construção do saber: manual de metodologia de pesquisa em ciências humanas*. Porto Alegre: Artmed.
- Leach, E. (1976) *Culture and communication*. Cambridge: CUP.
- Lemaire, A. (1979) *Jacques Lacan – uma introdução*. Rio de Janeiro: Campus.
- Levi, H. (2009) *In Treatment: Season 1*. Disponível em: <[http://amazon.com/Treatment -Complete-First-Season/dp/B0013FSL0C](http://amazon.com/Treatment-Complete-First-Season/dp/B0013FSL0C)>
- Levinson, S. C. (1983) *Pragmatics*. Cambridge: Cambridge Press.
- Matallo, H. Jr. (2000a) *A explicação científica* In: Carvalho, M. C. M. de (org.) (2000) *Construindo o saber: Metodologia científica – Fundamentos e Técnicas* Campinas: Papirus.

_____ (2000b) *Mito, metafísica, ciência e verdade*, In: Carvalho, M. C. M. de (org.) (2000) *Construindo o saber: Metodologia científica – Fundamentos e Técnicas* Campinas: Papyrus.

Mello, R. B. e Cunha C. J. C. A. (2003) *Operacionalizando o método da Grounded Theory nas pesquisas em estratégia: técnicas e procedimentos de análise com apoio do software Atlas/ti*. Encontro de estudos em Estratégia. Curitiba. Disponível em <<http://www.anpad.org.br/3es/2003/dwn/3es2003-39.pdf>>

Merton, R. (1978) *Sociologia: teoria e estrutura*. São Paulo: Mestre Jou.

Miller, J.-A. (1988) *S'Truc Dure*. In: *Matemas II*. Buenos Aires: Manantial.

Minayo, M. C. S. (1993). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC - ABRASCO.

_____ (org.) (1994) *Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes.

Morin, E. (2006) *Introdução ao Pensamento Complexo*. Porto Alegre: Sulina.

Nagel, E. (1974) *La estructura de la ciência*. Buenos Aires: Paidós.

Ogden, T. (1994) *O conceito de ato interpretativo* In: Ogden, T. (1996) *Os Sujeitos da Psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Otoni, P. (1998) *John Langshaw Austin e a visão performativa da linguagem*. Conferência proferida no ciclo "*Geofilosofia do Século XX*" promovido pela Faculdade de Filosofia da PUC – Rio e Fundação Planetário do Rio de Janeiro no dia 15 de julho de 1998. Rio de Janeiro. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-44502002000100005>

Peirce, C. S. (1931) *Collected Papers*. Cambridge: Harvard University Press.

_____ (1972) *Semiótica e Filosofia*. São Paulo: Cultrix.

Pereira, T. C. (2007) *A entrevista psiquiátrica: uma prática da/na clínica* In: *4º Simpósio Internacional de Estudos de Gêneros Textuais*. Anais do 4º SIGET. Tubarão: Universidade do Sul de Santa Catarina, p. 1891-1904. Disponível em: <<http://www3.unisul.br/paginas/ensino/pos/linguagem/cd/Port/127.pdf>>.

Pike, K. (1967) *Language in relation to a unified theory of the structure of human behavior*. Haia: Mouton.

Pinto, E. B. (2004) *A pesquisa qualitativa em psicologia clínica*. Revista Psicologia USP. Vol. 15, no. 1-2. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65642004000100012&script=sci_arttext>.

Popper, K. R. (1978) *A lógica das ciências sociais*. Brasília: Tempo Brasileiro.

_____ (1982) *Ciência: conjecturas e refutações: As origens do conhecimento e da ignorância* In: *Conjecturas e refutações*. Brasília: Ed. da UNB.

_____ (1987) *O realismo e o objectivo da ciência*. Lisboa: D. Quixote.

- Puglia, R. C. M. (1999) *A interpretação na psicanálise lacaniana*. Revista Impulso. Vol. 47, no 26, p. 46-58. Disponível em <<http://www.unimep.br/phpg/editoral/revistaspdf/imp26art04.pdf>>.
- Ramos, F. (2001) *O uróboro* In: Bezerra, B. Jr. e Plastino, C. A. (orgs) (2001) *Corpo, afeto, linguagem: a questão do sentido hoje*. Rio de Janeiro: Rios ambiciosos.
- Reyes, G., Baena, E. e Urios, E. (2000). *Ejercicios de pragmática I*. Madri: Arco/Libros S. L. Madri.
- Ribeiro, B. T. (1994) *Coherence* In: *Psychotic Discourse*. New York: Oxford Press.
- Ricoeur, P. (1977a) *Da interpretação: ensaio sobre Freud*. Rio de Janeiro: Imago.
 _____ (1977b) *O conflito das interpretações*. Rio de Janeiro: Imago.
- Rodrigues, A. D. (2005) In: Ceia, C. (2005) *E-dicionário de termos literários*. Disponível em: <<http://www2.fcsh.unl.pt/edtl/verbetes/C/cotexto.htm>>.
- Russell, B. (1977) *Misticismo e lógica*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Rycroft, C. (1956) *The nature and function of analyst's communication to the patient* In: International Journal of Psychoanalysis. Vol. 37, p. 469-72.
- Ryle, A. (2003) *Something more than the 'Something more than the interpretation' is needed*. In: International Journal of Psychoanalysis. Vol. 84, p.109-118.
- Santos, S. L. (2009) *A interpretação da piada na perspectiva da Teoria da Relevância*. Tese de doutorado. Curitiba: UFPR.
- Saussure, F. (1916/1978) *Curso de linguística geral*. Lisboa: Dom Quixote.
- Schank, R. (1977) *Scripts, Plans, Goals, and Understanding*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates In: Dascal, M. (2006) *Interpretação e compreensão*. São Leopoldo: Ed. Unisinos.
- Schäffer, M.; Flores, V. do N. e Barbisan, L. B. (orgs) (2002) *Aventuras do sentido: Psicanálise e Linguística*. Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Searle, J. R. (1981) *Os actos de fala*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Shannon, C. e Weaver, W. (1949), *The mathematical theory of communication*. University of Illinois Press, Urbana.
- Silveira, J. R. C. e Ibaños, A. M. T. (2002) *Na interface semântica-pragmática: Programa de Pesquisa em Lógica e Linguagem Natural*. Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Soler, C. (1995) *Interpretação: as respostas do analista*. Revista Opção Lacaniana. No 13, agosto, p. 20-38. São Paulo,

Souza, M. (2005) *Era o Verbo um Deus? – Análise de João 1:1 a partir da Teoria da Relevância*. Revista Linguagem em (Dis)curso. Vol. 5, n. esp, 2005, p. 83-111. Disponível em: <<http://www3.unisul.br/paginas/ensino/pos/linguagem/0503/6%20art%204.pdf>>

Sperber, D. (1994) *The modularity of thought and the epidemiology representations*. In: Hirschfeld L. A. e Gelman, S. A. (eds.) (1994) *Mapping the mind: Domain specificity in communication and culture*. Cambridge U.P.

Sperber, D. e Hirschfeld, L. (2007) Culture and modularity. In: Carruthers, P., Laurence, S., Stich, S. (eds.) *The innate mind: culture and cognition*. Oxford: Oxford University Press.

Sperber, D. e Wilson, D. (1986/2001) *Relevância: comunicação e cognição*. Lisboa: Fundação Galouste Gulbenkian.

Stern, D. N., Sander, L. W., Nahum, J. P., Harrison, A. M., Ruth, K. L., Morgan, A. C., Bruschiweilerstern, N. e Tronick, E. Z. (1998) *Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic treatment: The 'something more' than interpretation*. International Journal of Psychoanalysis. Vol.79, p. 903-21.

Stewart, H. (1990) *Interpretation and other agents for psychic change*. International Journal of Psychoanalysis. Vol. 17, p. 61-9.

Strachey, J.(1934) *The nature of therapeutic action of psycho-analysis*. International Journal of Psychoanalysis. Vol. 15, p. 127-59.

Thá, F. (2001) *Uma semântica para o ato falho*. São Paulo: Ananblume.

____ (2007) *Categorias conceituais da subjetividade*. São Paulo: Ananblume.

Triviños, A. N. S. (1987) *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas.

Verschueren, J. (2002) *Para entender la pragmática*. Madri: Gredos.

Vicenzi, E. (2006) *Psicanálise e Pragmática da Linguagem: O uso da linguagem na clínica psicanalítica*. Dissertação de mestrado. Curitiba: UFPR.

Vygotsky, L. (1962) *Thought and language*. Cambridge: MIT Press.

Wittgenstein, L. (1993) *Tractatus Logico-Philosophicus*. São Paulo: Edusp.

____ (1953) *Investigações filosóficas*. In *Os Pensadores*. São Paulo: Abril Cultural.

Yus Ramos, F. (1995-6) *La teoría de la relevancia y la estrategia humorística de la incongruencia-resolución*. Pragmalinguística. Nº 3-4, pp. 497-509.

ANEXOS

ANEXO 1 – RELATO FICTÍCIO DE SESSÃO UTILIZADO NA PRIMEIRA VERSÃO DE ESTUDO PILOTO

Paciente - Oi doutor.

Psicanalista - Oi. Você é a Maria?

Paciente - Sim.

Psicanalista - Como vai?

Paciente - Mal, muito mal.

Estou com muitas dores de cabeça. Dói o tempo todo. Não aguento mais. Não consigo mais dormir. Já fui em médicos, fiz vários tipos de exames e tratamentos, mas no final ninguém consegue resolver. O último médico disse que era emocional, e que eu precisava procurar um psicólogo.

Também tenho dores no corpo, mais nas pernas e nos braços. Quando fica mais forte eu não consigo nem me mexer. Ultimamente nem tenho mais vontade de trabalhar e cuidar da minha casa.

Tenho vontade de fugir, largar tudo. Não sei mais o que fazer... (choro)

Se não bastasse, o meu casamento vai mal, muito mal. Nós estamos muito distantes. Não consigo mais deixar ele se aproximar de mim. Sinto nojo, enjôo. Mas o problema é ele. Eu faço tudo pra ele, faço tudo o que ele quer, deixo tudo arrumado em casa, e mesmo assim ele não para mais em casa. Ele sai do trabalho, vai para o bar e só chega de madrugada.

Ele não me dá mais carinho, não conversa comigo. Só briga e grita. Se ele me tratasse bem eu estaria bem, mas ele não muda, não adianta...

No trabalho é só estresse. As pessoas ficam pedindo favores para mim, e quando eu preciso delas ninguém tem tempo. Meu chefe não reconhece meu trabalho. Eu ajudo os outros e só eles se dão bem. Eu ainda acabo sendo julgada como aquela que atrasa o próprio trabalho. Mas ninguém vê que é porque eu ajudo os outros.

Nos últimos tempos comecei a sentir tontura em qualquer lugar que estou. Estou bem e de uma hora para outra começo a ficar tonta. Se eu não me seguro eu caio.

A minha vida não está andando. Não sei se fujo de tudo, se vou morar em outra cidade...

Mas quando eu penso isso eu lembro das minhas filhas e eu desisto de fugir. Eu não iria conseguir deixar elas sozinhas com o pai.

Elas ainda precisam muito de mim. Eu faço tudo para elas. Lavo roupa, faço comida, ajudo nos deveres, escolho a roupa com que vão sair. Quando eu não ajudo minhas filhas, tudo vira um caos. Elas não fazem nada sozinhas. Mas mesmo eu fazendo tudo isso, elas reclamam de mim todo tempo. “Quero uma bota nova”, “quero isso”, “quero aquilo”..., agora, para agradecer o que eu faço por elas, nada.

Eu não aguento mais isso. E para piorar, essa dor de cabeça. Parece que vai explodir!

O que eu faço doutor? Não aguento mais. Já até pensei em... não tenho nem coragem de te dizer...

Às vezes acho que é melhor não viver mais esta vida. Acho que é a única forma de não sofrer mais. Não sei o que fazer mais... O que você tem a me dizer? O que eu faço?

ANEXO 2 – QUESTIONÁRIO DIRIGIDO AOS PSICANALISTAS N ESTUDO PILOTO 1

1 – Na sua opinião, quais são os pontos chaves da fala da paciente?

2 – Quais foram os critérios adotados por você para eleger tais pontos chaves em contraposição ao restante do relato?

3 – O que você faria a partir da identificação destes pontos chaves?

ANEXO 3 – QUESTIONÁRIO DIRIGIDO AOS PSICANALISTAS NO ESTUDO PILOTO 2

1 – Com quais intervenções realizadas pelo terapeuta do seriado você concorda e com quais você discorda?

2 – No final do episódio o paciente pede um conselho ao terapeuta. Que conselho você daria? Como você procederia?

ANEXO 4 – TRANSCRIÇÕES DAS ENTREVISTAS COM OS PSICANALISTAS PARTICIPANTES DO ESTUDO DE CAMPO

PSICANALISTA C.

PERGUNTA 1

[...]

Eu concordo quando ele consegue trazer a atenção emocional do cliente pra relação. E ele consegue daí interagir com atenção na relação, né? Quando ele começa a tentar pensar é, com muitas idéias, ou a coisa fica muito intelectualizada, daí eu acho que ele já está se afastando realmente se afastando, do, né, da vivência, né, da dificuldade que o cliente tá tendo, né? Há momentos em que ele consegue fazer esse, esse contato, e o paciente se emociona, né?. E quando há possibilidade de fazer um vínculo emocional, você percebe que o, [...] digamos, o paciente se torna muito mais perceptivo, mas rapidamente ele endurece. E eu percebo que toda vez que ele entra em questões intelectuais, de conhecimento, em perguntas de conhecimento, só traz mais endurecimento pra relação. Não traz mais receptividade. Traz mais competitividade, traz mais rivalidade, mas não gera proximidade. Quando ele consegue realmente lidar com a temperatura que tá acontecendo entre os dois ali, daí a temperatura abaixa.

PERGUNTA 2

E no final, por exemplo, quando [...] o paciente tá dizendo que quer ir no local e quer que ele diga 'sim', eu acho que ele se perdeu porque novamente ele entrou na questão do conhecimento, do conhecimento dos perigos, etcetera e tal. Eu poderia ter pensado com o paciente que ele está totalmente correto e que ele teria toda a liberdade de decisão de ir geograficamente até aquele local, mas que me pareceria que ele estava buscando realmente se aproximar do que aconteceu. E que ele estava vindo me procurar, né, prá chegar perto deste problema. Agora, se ele desejar fisicamente ir até o local, isso é decisão dele. Mas o que eu vejo é que ele se movimentou até ali e que ele está se movimentando dentro dele pra tentar se aproximar de uma coisa muito perigosa e muito difícil, e ele quer saber se eu acho que eu aguento correr este risco com ele. Então eu iria com a possibilidade de realmente gerar um encontro emocional, psicológico pra trabalhar com o que está atormentando este homem, e não ficar na realidade externa, porque ao ficar na realidade externa o que aconteceu: ele perdeu o paciente. Ficou uma disputa daí, uma rivalidade. Então, é, esta é a diferença. Agora, muito difícil, né? poder pensar em todas estas questões no conforto [...] aqui da nossa conversa do que pela presença, com toda intensidade emocional que este homem está jogando em cima do terapeuta, né, porque isso a gente não tem como, né. Só quando você está realmente sentado na frente da pessoa que você percebe a intensidade emocional do que está se passando. E esta intensidade emocional, eu acho que ela é fundamental, fundamental para se entender o que acontece com a pessoa. A temperatura que o paciente causa em você, em alguns casos [...] é uma comunicação muito clara da temperatura elevada que ele tá vivendo. Então é uma maneira, digamos, não verbal de te colocar na posição que ele tá vivendo, para que você possa realmente sentir isto.

[...]

Ele consegue chegar em determinados pontos. Nos momentos em que ele consegue realmente poder, digamos... No final, o quanto parece que ele deseja que o terapeuta esteja nesta posição, naquela posição, né, o quanto ele vem querer... Quando ele fala da relação, e figura firme esta questão da relação, estes são os momentos de contato realmente forte. Nos outros momentos fica uma coisa, assim, distante, de competitividade, de distanciamento, não de proximidade. São informações que não acrescentam. Podem ser informações importantes, mas não acrescentam. Não pra aquele momento. Se fosse uma terapia que vingasse, pode ser até que esta informação pudesse ser importante no futuro, mas como você está lidando com uma situação de uma pessoa que lida, que se encontra numa forma de funcionamento que não entra muito pensamento... Ele tá o tempo todo dizendo pra ele: 'Eu funciono em termos de ação, eu só funciono em termos de ação, só que esta forma de funcionamento', né? em termos de ação, 'está me matando. Matou crianças e quase me matou. Eu não consigo pensar, e quero que você terapeuta funcione como eu funciono. E não pense, apenas reaja.' Então tá o tempo todo fazendo com que você funcione igual ao que ele funciona: Reaja, reaja, reaja. Então é uma pessoa que não tolera pensar..., mas é uma pessoa, ao mesmo tempo, que tá querendo pensar. E tá te comunicando que esta forma de ser está destruindo ele e aos outros. Então esta possibilidade de você lidar com a, com a intensidade de gerar uma forma em você, e de você poder conectar, né? o que tá contando, o que está acontecendo aqui, neste momento, e de como ele está trazendo uma história de que ações levam a uma coisa muito destrutiva, que ele não gostaria que fosse assim, que deveria ser para proteger, a forma física, deveria ser para proteger o organismo, a invasão de armas terroristas, deveria ser para proteger o mundo, mas alguma coisa tá dando muito errado. Então tem vários níveis que você pode ir lidando na relação para tentar, né, aproximar, e eu acho que o final é bastante genuíno: realmente não gera aproximação. [...] A minha posição seria essa mais ou menos: de haver diferenças com relação à postura, que eu acho que ele ficou muito na ação e pouco na reflexão, e muito nas idéias.

[...]

COMENTÁRIOS SOBRE AS INTERVENÇÕES DO TERAPEUTA DO SERIADO

| | | |
|---|---------|---|
| 1 | 0' 24'' | Diálogo inicial sobre as regras da terapia e piada contada pelo terapeuta de que na terapia o 'cliente está sempre errado'. |
|---|---------|---|

Bom, daí vai muito da personalidade de cada profissional, como que lida com o início de uma sessão terapêutica. Não tem muita regra porque você também não sabe com quem que você vai tar se encontrando, você não sabe quem vai tar chegando na tua sala. Mas assim, de certa forma, quem estabelece, é, um pouco a segurança, os limites, né, quem... eu acho que é importante você, de certa forma, pelo menos é, logo de início, poder dar um pouco mais de, digamos, de chão para o paciente, né? Este 'estar solto' vem somente com a construção da confiança da relação, e não uma posição de permissividade que você faz o que quiser quando chega. E eu acho que isto daí fica, eu..., a pessoa começa a ficar, é, desnorteada ou desorientada. Ao invés de você dar uma orientação, por exemplo: 'sente-se aonde você se sentir confortável'. Ele tenta usar de humor, né, para tentar diminuir um pouco a tensão que tá existindo ali logo de cara, né, porque ele é uma pessoa que já chega desconfiado, já olha na janela para ver o lado de fora, já vai pesquisando o ambiente, já vai pegando no ambiente. [...] Quando você trabalha com criança ou com pacientes psicóticos, né, ou com pessoas com um nível de ansiedade muito elevada, né, isto ocorre. A pessoa chega com um nível de ansiedade muito elevado. Então eu não acho que seja, digamos, nestes casos em que a ansiedade está muito elevada, eu não acho que deixar a pessoa, digamos, sem, é digamos, deixar a situação aberta demais ajude. Eu acho que esta pessoa fica mais aflita e ansiosa. Já uma pessoa que está, digamos, com a mente perturbada, o nível de preocupação é outro, daí você até pode ter esta postura de permitir que as coisas fluam, sem tanta preocupação em orientar. Mas eu teria uma postura muito mais, sei lá, é difícil saber... . Eu teria já ajudado esta pessoa a encontrar um sofá confortável para sentar, e mais nada. Começar de pé, já, trocando... Só que às vezes não dá, né... Acho que o humor é um afeto muito saudável. Então se é possível de você ter humor numa relação, e é algo que não se pode forçar, é uma coisa clara e muito espontânea, eu acho que é uma forma de se aproximar. O humor aproxima muito. Então ele conseguiu uma aproximação naquele momento em que ele brincou. Claro que pela..., o cara logo se endureceu logo de novo.

[...]

| | | |
|---|---------|--|
| 2 | 1' 36'' | 'Obrigado, mas acho que nessa profissão, o... "melhor" realmente é uma questão de opinião pessoal' |
|---|---------|--|

[entrevistado interrompe a exibição da cena]

Só uma coisa: o que eu acho que é importante e que pode, e que eu não quero deixar confuso é que muitas vezes não tem como evitar as situações difíceis ou situações que possam deixar a relação mais complicada. Muitas vezes é 'como lidar com aquilo que vai acontecendo', né. Então quando a gente tá vendo um filme, a gente pode pensar: 'não, eu teria feito isso, teria feito aquilo, quem sabe desse um resultado mais, mais positivo', é, mas há certas circunstâncias em que você não tem controle algum, e quem sabe, o seja mais importante do que dizer 'eu faria isto, eu faria aquilo', acho que o mais importante de comentar seria: 'puxa vida, logo de cara você é colocado numa posição em que você não tem controle algum. Será que não é isso que este paciente está tentando comunicar? Um estado mental em que ele não tem controle nenhum, mas que ele não tolera este estado, ele tem que deixar o outro neste estado muito rápido. Então isso passa a ser uma informação que você passa a ter do paciente, se você tolera o que o paciente tá criando na relação com você. Então passa uma informação que não necessariamente é uma informação que você deve divulgar, que você deve dividir com o paciente. Se ele está colocando pra fora, se ele está fazendo você se sentir deste jeito, é porque ele já nem tá mais conseguindo nem pensar. Se você trouxe pra ele que é você que tá tentando...: 'parece que você está com dificuldades', sei lá, inventar uma interpretação que toque neste assunto, ele vai se sentir atacado, ele vai se sentir invadido, porque o que é importante é que você contenha esta informação.

[...]

O tolerar um estado de tensão difícil ou o tolerar 'não ter controle' pode ser fundamental, muito mais importante que uma interpretação, para que o paciente possa ver que existe sim uma possibilidade de controlar aquilo que não tem controle. Então daí a gente entra naquele ponto que a gente falava do Winnicott, quer dizer, da postura do terapeuta tem numa interpretação pode ser muito mais importante do que a interpretação. Porque, você passa a ser, é, Você passa a incorporar a idéia, o conceito, o significado 'É possível estar numa situação em que você não tem controle. Tolerar a perda do controle'.

[...]

Eu acho que ele está entrando já numa discussão intelectual. Filosófica até, inclusive. [...] Ele traz o terapeuta bem pra próximo, efetivamente próximo dele: 'Você me reconhece? Você já sabe quem eu sou? Nós nem nos conhecemos e você já me conhece', né. E daí a coisa desanda para um direção a respeito de conceitos bastante sofisticados, a respeito de valores, etcetera e tal, e me parece que tem alguma coisa acontecendo que, não sei novamente se é uma questão a ser interpretada ou muito mais uma questão de ser simplesmente a ser apercebida, que ele, né, o paciente, não dá espaço

para o ‘não saber’. Tudo, ele... Já há uma desconfiança que você está em território conhecido, uma pessoa conhecida, familiar, né, então ele já está transmitindo uma noção de que, ‘quem sabe, o terapeuta já identificou quem ele é, já sabe quem ele é, já conhece quem ele é’. Agora, como que eu interviria neste momento, já está fazendo uma pergunta direta ‘você já sabe quem eu sou?, né? Eu poderia dizer que ‘Bom, eu entendo que você está vindo aqui exatamente para que a gente possa construir um conhecimento, para que você possa vir a conhecer quem eu sou e que eu possa conhecer quem você é, mas parece que você já está me apresentando uma situação em que nós já deveríamos nos conhecer, antes mesmo de estarmos juntos, como se já existissem respostas, antes mesmo de saber quais são as perguntas.’ Já sabemos que este ponto volta aqui no final, quando ele espera respostas conhecidas, respostas que ele quer ouvir. No final ele volta a falar deste ponto. Me dê aquilo que eu já sei. Então, eu já teria engatado aí, tentado, se fosse possível esta tensão – eu não sei o nível de tensão que está neste momento – mas se fosse permitido, eu falaria assim sobre esta questão: ‘Puxa vida, parece que você tem uma idéia de que as pessoas se conhecem muito rápido. E não que realmente possa levar algum tempo para que a gente possa se conhecer.

| | | |
|---|---------|---|
| 3 | 1’ 59’’ | ‘é importante para você saber que eu sou o melhor?’ |
|---|---------|---|

É de novo uma continuidade coerente àquilo anterior. Ele já conhece quem o outro é, não há dúvidas, é, quer dizer, é. [...]

Eu posso falar pra você o que passa na minha cabeça mas, como eu falei, que...

Não necessariamente...

Não que eu interpretaria.

[...]

Olha, esse paciente é um paciente que não te deixa não... em silêncio. Ele não aguenta o silêncio. Ele não aguenta estar separado do outro. Ele já sabe o que está na cabeça do outro, ele já conhece o outro, ele já sabe tudo, né? O não saber pra ele tem alguma conotação que é intolerável. Então ele é um paciente que vai gerar uma relação em que você esteja o tempo todo - e ele entra, ele cai nisso, ele entra em questões de conhecimento, intelectuais... então não se fica, não se fala do não saber. É... eu poderia dizer: ‘Olha, (como eu poderia dizer, eu poderia pensar?) eu posso entender que, pelo jeito, pra você, existem pessoas que estão lá em cima e tem pessoas que estão lá baixo, e que você está me colocando lá em cima. Eu não funciono assim, eu não penso desta forma. Mas você está me falando claramente que esta é a forma como você vê o mundo, que tem esta hierarquia pra você, né? Quem sabe exista alguma razão para você estar me procurando, né, porque essa hierarquia de quem é melhor, quem é pior também gera uma situação desgastante, porque se você não está lá em cima, você está lá em baixo. E para estar lá em cima alguém tem que estar lá em baixo.’ Eu já colocaria, eu já faria a diferença. Eu não estaria em conluio com esta forma de pensar. Eu estaria me apresentando daí. Você quer me conhecer? Então tá bom: olha, na verdade eu não penso assim, eu penso desta forma. [...] Eu estaria, digamos, dizendo que ele está se apresentando. Eu taria novamente na relação.

| | | |
|---|---------|---|
| 4 | 2’ 13’’ | ‘Então como você se sente sendo cliente do “melhor terapeuta”?’ |
|---|---------|---|

[...]

Daí eu acho que ele está entrando no delírio do cara, né? Ele está entrando em conluio com a idéia de que ele é realmente especial. Eu acho que, esta é a minha visão. Se você percebe que a pessoa tem um sistema na mente que não é o sistema realista, em que todos nós somos diferentes, e não tem como comparar, então se ele tem um sistema formado de comparações, de valores, de pessoas que são melhores do que outras pessoas, que são piores..., né? Este tipo de, este sistema, que é um delírio – delírio no sentido que é algo que não está ligado à realidade, é ligado totalmente à imaginação – entrar no delírio, pra mim, é perder a sanidade. O terapeuta daí está demonstrando, né, a incapacidade de permanecer no seu próprio chão, em contato com a realidade. E depois isso pode ser jogado até contra você: ‘Como que, então tava me enganando, tava me manipulando? Tava dizendo que você realmente achava que era o melhor terapeuta apenas para extrair de mim alguma informação? A relação começa daí a ficar totalmente confusa. Só que o paciente não sabe mais aonde você se situa. Então eu acho que é evitar..., ele tá manipulando o paciente. Entrando na crença do paciente para tentar extrair alguma informação. Acho isso extremamente errado.

[...]

| | | |
|---|---------|------------------------------------|
| 5 | 4’ 19’’ | ‘Então, por que você veio me ver?’ |
|---|---------|------------------------------------|

Você veja, é uma situação complicada porque o paciente tá dizendo pra você que existe uma situação real, de perigo real, [...] em que há uma ameaça real. É... E daí tem várias formas de lidar com isso, né? Por eu acho que, por um lado é importante de ele não ignorar a realidade. Pelo contrário: eu acho que a função da terapia é tentar ajudar o paciente a fortalecer o vínculo dele com a realidade. [...] Então é uma situação delicada em vários sentidos. Por um lado o paciente está dizendo: ‘olha, eu estou correndo perigo de vida’, né?, ‘há grupos fundamentalistas que estão atrás de mim pra me assassinar. Você estaria interessado, você teria coragem de se envolver comigo? Você é um terapeuta suficientemente

bom para tolerar, para poder estar ao meu lado, lidando com estas coisas extremamente perigosas?’ Né, então, eu acho que isto é muito mais direto. Está diretamente, né, se posicionando, genuinamente ao lado do seu paciente, né? Não é uma coisa intelectualizada, é uma coisa real. [...] Então, ‘a questão que você está me trazendo é: você está disposto a estar comigo?, a verdadeiramente me ajudar? Você tem coragem, não somente de lidar com estas questões, mas de lidar com estas questões como medos internos?’ Então a realidade externa e a realidade interna estão confusas. Tanto que ele quer resolver os problemas emocionais dele na realidade externa.

[...]

Agora outro ponto que eu me lembrei agora, que eu acho interessante, e que eu teria feito uma interpretação no início: quando ele faz a piada, logo no início, você percebe que a temperatura parece que abaixa, a sensação parece que abaixa. [...] o terapeuta fica mais tranquilo, ele se senta, pede para o paciente sentar. Então você veja que o humor ali deu uma aliviada bastante, permitiu que eles pudessem estar mais juntos. E daí a primeira coisa que o cara fala é: ‘Você é bom, você realmente é bom. Me falaram muito bem de você.’ Eu diria: ‘Eu acho que você sentiu que o que eu acabei de falar ajudou muito. Eu acho que você gostou muito do que eu acabei de dizer pra você. Então não interessa o que as outras pessoas falaram [...]. O que você está me dizendo é que realmente foi muito bom o que eu acabei de fazer, o que aconteceu entre nós, que eu consegui de alguma forma ajudar a gente a poder tar de alguma forma agora tar sentando conversando junto, que antes nem tava dando para sentar.’

Então eu busco fazer o tempo todo a aproximação. [...] da relação, o tempo todo. E, agora aí, existe um perigo. Então eu, quem sabe, até daria a oportunidade ou até colocaria muito claramente: ‘Olha, vamos fazer uma pausa aqui com você porque você está me trazendo uma situação bastante complexa. Você está me falando de uma realidade difícil, e eu gostaria de entender um pouco mais esta realidade que você diz que está vivendo. Eu gostaria de saber, no momento, o que vem sendo feito pra você se proteger?’ Porque uma pessoa que chega com um problema físico, e você começa a interpretar os aspectos relacionais, sem dar atenção a um problema físico que existe. A pessoa está indo no médico? Tá cuidando deste problema físico? Tá sendo acompanhada? tá sendo tratada? Porque se não, de repente, o emocional, a terapia pode ser uma forma de negar a realidade, de negar o medo. E daí, se descuidar de se cuidar melhor. Então supostamente dar atenção aos problemas emocionais pode ser uma maneira de fugir da realidade. Então eu faria uma pausa para saber como é que ele tá lidando com a realidade, que medidas estão sendo tomadas para protegê-lo – porque faz parte do sistema militar, né? A gente sabe que tem todo um sistema de proteção para pessoas que passam por situações destas... Então eu gostaria de entender a realidade dele... e ele [terapeuta] não faz isto. Eu acho que isso é perigoso, novamente. E no final, acontece que este paciente fica, né, sei lá... me parece que ele chegou vulnerável, saiu vulnerável. Quando há uma situação real acontecendo, a minha primeira, primeiro eu tento entender qual que é a realidade.

[...]

Eu acho extremamente perigoso, né, situações em que [...] da realidade estão descuidados por causa de uma excessiva atenção ao emocional, ao interno. Então há um equilíbrio. Num caso destes, você tem que saber o que está acontecendo primeiro na realidade. E se você tivesse, se ele estivesse entrado nesta questão agora, ele já saberia do vôo dele, com tempo suficiente para discutir na sessão, e não no final da sessão. quando o cara está começando a se ligar. É uma oportunidade de lidar com a realidade externa, de saber o que só vai aparecer no final, acontece no comecinho.

| | | |
|---|---------|-------------------------|
| c | 4' 21'' | ‘Bem, vamos chegar lá.’ |
|---|---------|-------------------------|

‘We’ll get there: ‘nós vamos chegar neste ponto depois’, que é o ponto que eu disse que ele vai chegar no final, quando já não tem mais espaço para pensar, que tá indo viajar. As dicas, as pistas estão no comecinho já. Se ele fosse mais ativo no contato, no final, ele não deixaria pro final. ‘Se está na sua mente o que apareceu agora, então vamos tentar pensar nisto agora. Por que tem que ficar deixando pra depois? Parece que tem alguma coisa muito importante...’ Trazer ele cada vez mais pra perto, procurando evitar... bom...

[...]

| | | |
|---|---------|---|
| 6 | 5' 41'' | ‘quantas... crianças... morreram nesta missão?’ |
|---|---------|---|

Bom, o terapeuta parece que está incomodado com o conforto dele [paciente], né, ele está tentando tirar ele deste conforto, trazer ele de volta à questão das mortes. Só que ele estava começando a chegar perto das mortes, só que o terapeuta entrou em conluio de novo, quando ele falou, quando ele usou a expressão de que ele busca não ver noticiários porque ele tá ‘dead tired’, ele tá morto de cansado, e daí logo em seguida ele fala ‘você deve estar ‘morto de curiosidade’ para saber como é que eu durmo. Eu diria, ‘não, eu não estou morto de curiosidade para saber como é que você dorme, com, se não dorme, mas o que eu estou vendo é que tem muita morte aparecendo aí. Ou você está ‘morto de cansaço’, ou eu vou tar ‘morto de curiosidade’, né? Então eu não sei o que está se passando para ser bem honesto com você. Eu não sei entender o que está se passando com você. Mas o que eu posso falar pra você é que eu estou observando que você está me falando de que tem muita morte, que tem muita morte.’

| | | |
|---|---------|-----------------------------|
| g | 5' 51'' | 'A Marinha doutor! Escute!' |
|---|---------|-----------------------------|

Ele tá dizendo para o terapeuta: 'você não está me ouvindo!'. Eu acho que realmente tem uma dificuldade aí... de ouvir o outro.

[...]

Você veja que ele começa falar que ele tem alguma coisa que mostra que ele não consegue ver as notícias, ele não consegue entrar em contato com a realidade. O noticiário é, digamos, a realidade que chega à você. 'Eu me sinto morto, eu não consigo estar acordado para isto', né? E imediatamente ele inverte a situação e coloca o terapeuta no lugar: 'você deve estar morto de curiosidade'. E ele fala 'bom...' Ele aceita, né, que o paciente... Ele não se diferencia do paciente, ele não se separa do paciente. Ele aceita que o paciente misture ele... e daí ele não se sente... Precisa haver diferenciação para que haja um 'escutar'. [...] É um processo muito rápido. Mas quando o terapeuta não se diferencia... é uma técnica... está contendo... está deixando que o paciente veja... Com crianças pequenas a técnica é adequada. Até faria muito disso. [...] Me parece que, ao permitir uma indiferenciação dos pensamentos que pertencem ao cliente dos pensamentos que pertencem ao terapeuta, ele imediatamente... há uma queixa:

'você não consegue me ouvir!'. E realmente, se você está muito grudado assim você não ouve. Eu acho que realmente está havendo problema deste terapeuta. [...]

[...]

É 'você não está me ouvindo!' E segue o momento de indiferenciação causado pelo paciente. Que ele fala 'Eu estou morto de cansado', mas você, rapidamente, mas 'Você deve estar morto de curiosidade', e o terapeuta, ao invés de dizer 'não, eu não estou morto de curiosidade', né, 'na verdade...' ele até tenta: 'mas isso não passou pela minha cabeça', mas ele não é ativo o suficiente pra gerar uma desistência, ou para fazer uma interpretação neste momento. Parece que fica muito difícil [...]. 'Eu não sei o que está se passando com você. Eu não sei se você sabe o que está se passando com você. Você é tão rápido, você é tão preciso com os teus alvos que rapidamente você transfere [...] pra mim, e daí a gente perde a chance de perceber por que que você fica tão 'dead tired', o que é que te gera tanto esgotamento, e tanto cansaço com estas notícias que vêm da guerra.'

[...]

Volta a focar no paciente. Ajuda o paciente a se ouvir. Quando ele não faz isto, o paciente começa a ficar alterado. E que você pode daí interpretar a arrogância [...]. eu acho que ele está reagindo desta forma defensivamente [...]. Ele tá brigando com este terapeuta para que ele ouça ele melhor.

| | | |
|---|---------|--|
| 7 | 6' 12'' | 'Então, quando você soube que as crianças haviam sido mortas?' |
|---|---------|--|

[Não comentou. Pediu para passar adiante.]

| | | |
|---|---------|--|
| 8 | 6' 21'' | 'o que exatamente você viu? Alguma coisa específica que você se lembre?' |
|---|---------|--|

A forma de eu trabalhar já está muito distinta da forma como ele tá trabalhando.

[...]

A mim me parece que o 'tempo' deste terapeuta está muito, neste momento, um pouco acelerado. Você veja que imediatamente causa uma reação de desconfiança no paciente. E ele começou a [...] e a segurar. [...] Emocionalmente ele está falando das crianças que ele matou. Ele conseguiu começar a falar das mortes que ele gerou. E daí quando o terapeuta fala 'você lembrou de alguma coisa em específico', me parece que o terapeuta tá muito angustiado com esta situação e não tá podendo aguentar ficar seja lá com o que o paciente tá trazendo. Não tá dando tempo pro paciente ter tempo com estas coisas complicadas e difíceis. Daí, concordo, ele tá tentando entrar mais numa questão de pesquisa, que tá muito intelectual, no sentido em que foge da gravidade emocional do paciente. Né, uma situação extremamente grave emocionalmente. É um homem traumatizado. [...] e não tá havendo um suficiente aquilamento da gravidade. A pressa em querer coletar fatos e dados, e isso é sentido como extremo

[...]

Como falta de... aí ele tá sendo desumano, o terapeuta, e o paciente reage com desumanidade. O paciente desumaniza. Havia uma chance de humanização, e o paciente se desumaniza.

[...]

| | | |
|---|---------|--|
| 9 | 7' 41'' | 'Então, como isso fez você se sentir?' |
|---|---------|--|

[...] achei precipitado. Faltou silêncio aí um pouco mais. Faltou ficar, estar, deixar que este paciente esteja com o que ele tá podendo entrar em contato no tempo em que ele tá podendo entrar em contato. Até para que o paciente sinta melhor o que está passando com ele próprio. Se o terapeuta se precipita demais em querer trazer o paciente para perto de onde o terapeuta acha que seria interessante de ele estar perto, isso pode tar tirando do paciente a possibilidade do paciente tar vivendo com mais clareza o que ele está vivendo naquele momento. Então, é, eu acho que ele tá, é, com muita pressa.

[...]

O que acontece é que o paciente vai se sentir pressionado.

| | | |
|----|---------|---|
| 10 | 7' 50'' | 'Interessante você comparar a morte da mãe com esta missão que você fez.' |
|----|---------|---|

Isso é uma intelectualização. Isto está se passando a nível de uma intelectualização. Não há um contato emocional. O conteúdo pode ser uma coisa muito relevante, pode ser que haja uma relação emocional, mas a pressa em se mostrar como melhor terapeuta de todos ou a pressa em dar uma boa interpretação faz com que ele interprete prematuramente algo delicado, né, que o próprio paciente não conseguiu ficar suficientemente com o fato da dificuldade de ficar em contato com sentimentos dolorosos – que é o que o pai dele faz –, né, e o próprio terapeuta repete esta dinâmica: não consegue ficar com os sentimentos dolorosos. Já transforma numa interpretação intelectualizada.

| | | |
|---|---------|-----------------------|
| 1 | 8' 24'' | 'Eu sou um corredor.' |
|---|---------|-----------------------|

É um paciente que tá louco para fazer um vínculo. Ele tá o tempo todo trazendo situações em que terminam na morte [...]. Então ele tá o tempo todo [...], não tá desconectando. Pode então: 'pô, o cara desconectou, foi para um outro lado'. Mas não, como a gente tá falando do filme, a gente sabe que novamente vai aparecer dados que mostram como este endurecimento, um endurecimento do pai, um endurecimento físico, um endurecimento do exército são danosos pra vida. Essa é a perspectiva que ele tá trazendo, aonde há um endurecimento, né, que tá levando a vida embora. E esta é a grande dor. Porque o endurecimento era supostamente algo que era para ser saudável. Algo que deveria proteger, algo que a vida inteira ele acreditou. Quem sabe lá, desde os 8 anos, quando ele se sentia especial. Então ele tá dizendo que é algo que há muito tempo ele acreditava. E que desilusão, que desilusão profunda que tá vivendo este homem.

[...]

Ele vai falar do avô dele, que é uma outra versão do endurecimento em momentos trágicos, né. [...] Várias versões de uma questão psicológica: do endurecimento como uma forma de proteção, de se proteger de tragédias. Uma consciência que começa a se aproximar dele, de que este endurecimento, na verdade, faz mal, pode levar à tragédia. [...] Que quem sabe foi necessário, eu diria ao paciente: 'você sabe que foi necessário, que foi muito importante pra você precisar deste endurecimento para viver situações de perigo. Quem sabe houve situações até mesmo antes da guerra que foram necessárias pra você funcionar deste jeito. Só que agora não está mais te fazendo bem. [...]

| | | |
|----|----------|--|
| 11 | 10' 50'' | 'Você sente que talvez você desapontou as pessoas por não ter tido esta experiência? Que talvez, de alguma forma, você falhou em atender as expectativas?' |
|----|----------|--|

Quando ele fala que vai desapontar o terapeuta, 'agora eu vou lhe desapontar', não há esperança, digamos, dentro da morte, e que ele não se importa. No momento em que ele fala que não se importa você vê, digamos, este endurecimento que ele carrega o tempo todo – e que deve ser um desgaste fenomenal para este homem –, né, abaixa, diminui, e daí aparece um lado mais humano dele. Eu entendo que o que ele tá trazendo, na verdade, é muito mais uma questão, é muito mais uma experiência emocional, que ele vive neste estado. Não foi que ele morreu, ele vive num estado em que ele não tem esperança. Em que, por algum motivo, ele não consegue sentir esperança. Então, é, eu taria muito mais pensando a respeito desta falta de esperança que ele tem para resolver este problema sério que ele tem consigo próprio, em que ele se endurece de tamanha forma que ele perde contato consigo próprio. Então o desapontamento, na verdade, não é com o seu terapeuta, não é comigo, quem sabe ele tá me colocando o quanto que eu teria condições de ter esperança, quanto ele se sente tão desesperançoso. Então novamente eu me posicionaria ajudando ele a enxergar a questão dele, não se misturar comigo e poder se colocar num lugar separado e distinto, ouvindo que ele tá me trazendo uma desesperança muito grande de como que ele pode se recuperar. Ele, o terapeuta, no entanto, foi pra fora da sessão. Foi pensar se ele decepcionou os outros, tinha a expectativa, tinha a desesperança, é... Eu teria ficado muito mais com o que tá acontecendo com o paciente.

[...]

Porque o que você começa a perceber é que esta pessoa está tendo muita dificuldade de fazer contato consigo própria. Tá tudo externalizado, tá tudo fora, as questões estão todas externas a ele devido ao trauma e devido, quem sabe, a outras questões que são prévias ao trauma. Mas todas as respostas e soluções e as demandas e as emoções estão externas. É o terapeuta que vai se desapontar, com os outros que se desapontam, né, é no local geográfico que ele tem que ir para resolver o problema. O problema é que tá tudo tão fora dele que ele fica sem recursos pra poder olhar pra si próprio, né? Então o que ele tá precisando é de ajuda para retornar a si próprio. [...] Eu taria tentando ajudá-lo a perceber esta... o movimento que ele faz e como ele coloca facilmente no outro estas questões, né. Mas eu não sei se... daí vem aquela questão complicada: não estando presente na situação com o paciente, aqui na distância, como é que você vai medir a temperatura do quanto que é possível verbalizar estas compreensões, o quanto que estas compreensões vão se acumulando dentro de mim para, num momento mais oportuno, de serem conversadas? Porque de nada adianta conversar algo que eu sinto que o paciente não está preparado pra ouvir. Este é um outro ponto importante. Não é porque você tem uma compreensão que você tem que imediatamente liberar esta compreensão. Porque se você

compreende algo que o paciente ainda não está próximo de compreender, a compreensão que você tem pode ser sentida ou como mágica, ou como invasiva, que você conseguiu entrar dentro da minha cabeça, [...] ou cria uma situação... [...] as duas criam situações não reflexivas, não são situações que são [...], que ajudam no processo do pensar. [...] O terapeuta pode ter um pensamento muito adequado e claro sobre o estado emocional do seu paciente, mas se ele não considera o tempo, o momento em que este paciente se encontra, o, digamos, o dividir esta compreensão pode ser algo prejudicial para o processo.

[...]

Porque daí esta divulgação desse entendimento é muito mais uma coisa narcisista. Então é o narcisismo do analista que está preponderando na relação, é o analista se sentindo engrandecido com seus próprios pensamentos.

[...]

Na análise [pessoal] você vai percebendo [...] melhor a sua própria temperatura em determinadas circunstâncias, vai se conhecendo como, por exemplo: ‘puxa vida, toda vez que ocorre uma aproximação eu acabo gerando um distanciamento, como se a aproximação gerasse uma temperatura em mim em que eu fico aflito com a proximidade e preciso esfriar esta temperatura porque a proximidade me coloca em contato com o desconhecido. A intimidade me coloca em contato muito mais próximo em não saber a reação do outro, o ‘desconhecer o outro’. A distância esfria isso’, por exemplo. Eu estou daí numa relação com o paciente em que eu vejo o paciente fazer exatamente isso. Agora, é ele que está fazendo isso ou sou eu que me aproximei dele e estou fazendo isso? Então eu não trabalhei estas questões suficientemente em mim, eu posso facilmente ver o distanciamento que meu paciente toma como uma dificuldade que ele possui, e eu posso estar vendo uma coisa que na verdade nem existe nele, que sou eu que estou projetando no meu paciente, a minha dificuldade de me aproximar, e o distanciamento do paciente é uma reação ao meu distanciamento. Então digamos que eu tenha uma dificuldade em manter proximidade, e o paciente sente isso, percebe toda vez que ele tenta se aproximar, o terapeuta de alguma forma – a voz, a entonação, a postura, as idéias que surgem – parece que geram um afastamento. E o paciente começa a, involuntariamente, se proteger disto se afastando. Quando o terapeuta que não passou por um processo de avaliar estas questões em si próprio, acha que o afastamento é do paciente, né? E desta forma começa a interpretar a dificuldade do paciente, que, na realidade, não é uma dificuldade dele, é uma reação frente uma dificuldade do terapeuta. [...]

A temperatura – é que eu estou partindo também de um pressuposto com todas estas idéias. Daí entra a teoria. Então tem minha vivência analítica que vai me dando conhecimento maior de como que eu me aproximo, de como que eu me distancio, como eu lido com a realidade, como é que eu lido com questões que não tão ligadas à realidade, como que eu vou entendendo melhor a mim mesmo para poder me diferenciar do meu paciente. Mas também, ao mesmo tempo, poder identificar os sentimentos do paciente para poder sentir o que ele tá sentindo. Então eu preciso, de alguma forma, poder me colocar no lugar do paciente, e ver o que que ele tá dizendo, mas não ficar confundido com o paciente. Eu tenho que me diferenciar do paciente. E isso é extremamente complexo. Precisa de muita análise, na minha opinião, para poder fazer este movimento.

[...]

A idéia que eu estou falando, a respeito de como [...] ‘acolher’ estados mentais do meu paciente, e não necessariamente, rapidamente, devolver [...] e que muitas vezes eu tenho a honestidade de falar para os meus pacientes – coisa que eu não fazia antes, que eu faço agora, eu acho que isto é uma coisa de maturidade, que eu tive que desenvolver na minha prática – eu falo para o meu paciente: ‘eu consigo observar isso, mas ainda não entendo o que isso significa’. Eu acho muito importante para o paciente começar a poder tolerar o ‘não saber’, e ter a experiência de um profissional que tolera o não saber, até porque ajuda o paciente a não ficar idealizando a mente do analista como uma fonte de saber inesgotável. Isso é muito comum em psicanálise. [...] É uma aflição você ouvir certos psicanalistas falando porque você se sente totalmente estúpido na presença deles.

Então a temperatura está baseada na minha experiência pessoal de análise e nestes aspectos teóricos psicanalíticos.

| | | |
|----|----------|---|
| 12 | 11’ 13’’ | ‘E o que estava se passando pela sua cabeça?’ |
|----|----------|---|

[...]

Você veja: no momento em que o terapeuta se interessa pela mente dele e fala abertamente ‘o que que tá se passando na sua mente?’ é o momento em que ele fica muito mais acessível como pessoa. Ele se torna mais aberto. Só que daí ele começa rapidamente a falar desta preocupação que ele tem em ser duro, em ter uma ereção, em se sentir forte. Então este estado de abertura é muito sutil.

[a partir de que fatores você percebeu que ele ficou mais aberto?]

A reação física dele, a tonalidade da voz dele, o conteúdo da fala dele, a totalidade do ser dele modifica-se. Então eu estou levando em consideração várias variáveis: a postura física dele, a entonação de voz... a temperatura global do ser dele muda, é outra. [...] Ele permite proximidade.

[...]

Eu acho que quando ele [o paciente] se sente escutado, ele consegue escutar-se a si próprio, ele encontra a voz dele, ele encontra-se melhor. No momento em que genuinamente, genuinamente o terapeuta mostra interesse em saber o que se passa com ele, dentro dele, ele recupera a confiança em poder pensar sobre si próprio.

| | | |
|----|----------|--|
| 13 | 12' 31'' | 'Por um minuto pensei que você iria dizer outra coisa. Que talvez você tivesse medo que uma ereção fosse associada com a presença do amigo, Daniel.' |
|----|----------|--|

Aí eu acho que é uma intelectualização que ele está fazendo, ou até uma conclusão prematura, que ele pode ter pensado a respeito, mas que tá prematuramente dividindo com o paciente quando o paciente tinha acabado de falar do medo dele de morrer, e dessa condição que ele tá descrevendo, de que ereção e morte, na mente dele, são dois elementos que surgem simultaneamente. Então 'força', 'ereção', 'potência', 'bombardeamento', 'invasão', 'penetração', sei lá mais o que, podem tar muito associados com 'morte' na mente dele. Este é um homem que pode estar falando de um estado emocional de grande impotência ou de grande onipotência, porque ele realmente traz um estado de onipotência.

[...]

O terapeuta tá muito preocupado em, de alguma forma, mostrar a sua própria potência, a sua própria capacidade de fazer conexões, e dessa forma ele não tá podendo ver o sofrimento que tá por trás, que está presente nesta relação. Porque o que este homem faz muito com o terapeuta é deixar o terapeuta impotente. Ele está permanentemente colocando o terapeuta numa posição de impotência.

[...]

Porque o homossexualismo, dentro da minha perspectiva, tá muito menos ligado com a questão da sexualidade, mas muito mais ligado com a questão da homogenia. Esta pessoa está buscando homogenia o tempo todo: 'o meu pensamento é igual ao seu pensamento', 'eu já sei o que você está pensando', que o tempo todo ele já sabe o que o outro pensa, né, ele busca situações...

[...]

A heterogenia não é aceita, as diferenças não são aceitas. Porque as diferenças são muito dolorosas. Então eu acho extremamente prematuro começar a fazer relações do que significa homossexualidade quando você não conhece direito. Não necessariamente a pessoa que busca homogenia na vida é homossexual. Há muitos casais heterossexuais que funcionam de maneira homogênea. Por exemplo, em que acreditam que 'tem que ter o mesmo gosto', que 'tem que ter a mesma química'. Isto é a coisa mais comum na vida. De achar que o outro é a outra metade de si próprio. É uma busca por homogenia, por plenitude, por um estado não separado. Isso não tem a ver com realidade, não tem a ver com maturidade. Maturidade é cada vez se dar conta que o outro é um indivíduo separado de você, e que a riqueza é que tá em que você é *sui generis* e o outro é *sui generis*. Mas há uma busca infantil por homogenia, por 'não diferença', por familiaridade. Então eu não sei exatamente se através deste amigo que é homossexual e que também é médico, ele tá tentando trazer alguma coisa desse estado mental. Então é muito cedo começar a fazer correlações dessa natureza. Não se conhece... os significados são muito complexos. Pode ser tanta coisa diferente...

[...]

Eu acho que é muito prematuro. Eu acho que, é, ele tá perdendo o foco principal. O foco principal é que a vida deste homem está em jogo. [...], que tá em perigo. Tá em perigo não somente dos terroristas, ele tá em perigo do terrorismo que ele faz consigo próprio. Isso é o mais importante. Então a orientação sexual ou de escolha, não é o que tá preocupando ele no momento. Ele traz uma preocupação muito clara. [...] Então tem coisas que surgem na sessão e que você guarda. Você não precisa ficar tentando, analisando tudo o que o paciente fala. Tem coisas que simplesmente você absorve e guarda e contém para, no momento em que... Porque daí a gente entra naquela questão de que Winnicott falava, né, [...] 'A melhor interpretação é aquela em que o paciente está a um passo dele mesmo fazer'. Esta é a melhor interpretação. Aí você ajuda o paciente a sentir que ele chegou ao significado, e não que o terapeuta chegou ao significado. E é muito comum em psicanálise, acho muito comum nesta profissão ver que o terapeuta acabe achando que ele é mais importante do que a realidade. Ou que os pensamentos que ele têm são muito mais importantes, e não de ajudar o paciente no tempo do paciente, a quanto tempo que este tempo leva para o paciente se aproximar de certos conhecimentos. Que você possa até ajudar para que o paciente se observe mais para se compreender melhor.

[...]

| | | |
|----|----------|---|
| 14 | 12' 51'' | 'talvez eu não tenha sido muito claro quando disse que o cliente está sempre errado. O que eu quis dizer é que às vezes o paciente esconde algumas coisas do seu terapeuta, esconde de si mesmo. Então parte do nosso trabalho é trazer a tona as coisas que escondemos.' |
|----|----------|---|

[não comentou]

| | | |
|----|----------|--|
| 15 | 13' 57'' | 'Então, alguma coisa sobre como você descreve seus últimos momentos tem ligação com o fato de o seu pai ver as coisas como ganhos e perdas?' |
|----|----------|--|

[...]

Eu acho que o paciente está certo, né? O que ocorre, aquela situação em que o terapeuta começa a perceber alguns elos, algumas relações, ao invés de manter isto dentro de si próprio – até para acompanhar quando que o tempo de paciente permite que isto seja, digamos, pensado – ele imediatamente coloca, vomita pra fora e acaba inundando o paciente com [...] muitas conexões que estão por demais repletas de emoções para serem pensadas no nível que o terapeuta está podendo pensar, e acaba sobrecarregando o paciente de forma que isto pode gerar um quadro confusional, em que o paciente se sente totalmente sobrecarregado, e não consegue pensar. Então, ao invés de gerar uma maior fluência emocional, ao invés de gerar uma sensação de maior espaço, de alívio, e de uma capacidade maior de se refletir, é o oposto que ocorre: ele está se defendendo, ele tá sentindo que é invasiva esta colocação. Então, aquela história que a gente conversava: há pouco silêncio. [...] Se esquece a importância do 'ouvir'. O 'ouvir' é tão fundamental quanto interpretar. A possibilidade de você poder dividir com alguém que está interessado realmente em ouvir é um alívio, é um grande alívio. É terapêutico. [...] O poder 'ouvir-se', o poder 'observar-se', sem ter uma resposta, sem ter que rapidamente, irritadamente correr para uma solução, eu acho que é fundamental na vida. A capacidade de poder observar. Então eu acho que isto está faltando, ele poder se posicionar como um modelo para o paciente, de alguém que é receptivo... também receptivo.

| | | |
|----|----------|---|
| 16 | 14' 20'' | 'Então você está... Você está me testando? Na verdade acho que está me testando desde que entrou por aquela porta. Perguntou sobre mim e minha reputação. Você pede – bem, praticamente ordena, que eu lhe faça certas perguntas que você acha que morro de vontade de fazer. É realmente importante pra você, eu acho, que eu adira a certos padrões que você definiu antes de entrar por aquela porta.' |
|----|----------|---|

No entanto, o que se desenvolve agora é uma troca genuína, em que ele pode, de certa forma, em que o terapeuta pode abertamente estar comunicando a forma como ele está sendo tratado, e que expectativa elevada que o paciente tem de si próprio. Só que o terapeuta tem uma coisa que eu acho que é muito complicada porque ele diz: 'você está exigindo de mim que eu me comporte de acordo como você acha certo'. Ele não tá reconhecendo, o terapeuta, realmente não tá reconhecendo que é prematuro. Ele tá achando que a não aceitação da interpretação da dele é uma situação de controle, e o que o terapeuta tá dizendo uma coisa que ele desconhece, que tá fora do seu controle, e portanto é por isso que é difícil de ouvir. E ele começa daí na direção: 'você está tentando ficar no controle'. É correto, é claro, mas é correto em partes, porque é também uma desconsideração o que ele está fazendo. Ele, o terapeuta se sente desconsiderado e desconsidera. Tá havendo aí uma, simplesmente um refletir sem digerir estados. Um terapeuta agora começa a falar: 'você está me desconsiderando, quem eu sou, o tempo todo'. Então, eu acho que [...] há uma confusão, tá meio confuso. [...] Eu acho que está confuso, apesar de soar bastante coerente, muito coerente. [...]

| | | |
|----|----------|---|
| 17 | 15' 05'' | 'e o que você espera encontrar, Alex? Como saberemos que sou bom o bastante para você?' |
|----|----------|---|

[não comentou]

| | | |
|----|----------|--|
| 18 | 16' 52'' | 'Você diz que "você conseguiu" voltar a este mundo. [...] Apesar de ter feito esse esforço para sobreviver, todos se decepcionaram?' |
|----|----------|--|

[não comentou]

| | | |
|----|----------|---|
| 19 | 17' 37'' | 'Então talvez sua raiva não seja exatamente das pessoas que estavam interessadas no túnel. Mas está com raiva de você mesmo, Alex... de como o seu corpo o traiu. Digo, foi uma falha do sistema que não deveria acontecer a alguém como você.' |
|----|----------|---|

[não comentou]

| | | |
|----|----------|---|
| 20 | 19' 06'' | 'o que isto significa: "a vida quem nos escolheu"?' |
|----|----------|---|

Eu acho interessante que ele tá podendo explorar os valores dele. Ele fala 'a vida me escolheu'. Eu acho que neste ponto ele tá, daí eu acho que ele tá fazendo uma, um comentário bastante interessante desta forma como ele se, ele se posiciona de uma maneira passiva diante da vida. De poder comentar: 'puxa, parece que você quer que eu me responsabilize'

| | | |
|----|----------|--|
| 21 | 19' 33'' | 'então se você não conseguir dar o seu melhor, você se desaponta consigo mesmo?' |
|----|----------|--|

Pois é, é uma interpretação prematura de novo. [...] Eu acho que é um momento muito mais de, não de trazer conhecimento, mas de ajudar ele a se observar – que isto é uma outra questão de técnica. No começo de uma terapia eu estou muito mais interessado em simplesmente observar e falar daquilo que eu observo. Então, ao invés de sair interpretando... eu acho que não necessariamente há suficiente chão emocional numa relação pra você fazer interpretações. É bem distinto, digamos, do que a psicanálise tradicional funciona. [...]. Eu acho que precisa de 'continência', eu acho que precisa de acolhimento, eu acho que precisa – naquele processo que eu descrevi pra você – tomar a pra si próprio e ficar atento [...]. Então o que eu poderia fazer, eu poderia dizer: 'Olha, o que eu observo muito é você trazer o quanto é importante se sentir querido, se sentir especial. Mas como deve ser complicado isso..., porque no momento em que você está 'lá em cima', o outro está 'lá em baixo'. Neste momento você deve se sentir muito 'lá em baixo'. [...] Daí é muito mais uma observação – tem um pouco de interpretação no que eu tou falando, é verdade... É menos invasivo, porque aqui ele já tá querendo entrar dentro do desapontamento.

[...]

Você veja, a reação do paciente é de querer ir embora.

| | | |
|----|----------|---|
| 22 | 21' 09'' | 'E o que ela acha disso tudo? [...] Você não discute as coisas com sua esposa?' |
|----|----------|---|

[não comentou]

| | | |
|----|----------|--|
| 23 | 21' 40'' | 'Não, só estou voltando pra algo que você disse antes. Lembra que você disse que a vida te escolheu para ser um membro da elite? Que não era uma decisão sua? Talvez essa seja uma atitude com a qual você se sinta confortável. Você está confortável com isso porque você não tem que tomar decisões. Te livra de responsabilidades. Seu comandante, ele é quem toma as decisões, transfere-as a você, e você as executa.' |
|----|----------|--|

[não comentou]

| | | |
|----|----------|--|
| 24 | 22' 21'' | 'Eu acho que eu... Não acho que eu esteja qualificado pra isso. Mas você concordaria em ser seu próprio comandante?' |
|----|----------|--|

Eu já discordo. Ele tá sugerindo que há esse padrão em que ele não... em que ele se afasta de si próprio. [...] e ele fala: você quer ser meu 'Seal', meu 'comander officer'? e ele diz: 'não, mas como ajudar você a ser comandante de si próprio?'. Mas eu não, eu faria aí uma ponte, porque eu acho que esse é um momento muito grande para essa pessoa. Eu, de repente... Eu entendo que ela tá pedindo ajuda. [...] 'eu poderia, digamos, estar com você, não como seu superior. Eu até aceito que você possa querer me colocar numa posição de lhe ajudar desta forma. E eu estou interessado em lhe ajudar desta forma, mas não como alguém superior a você'. Você veja, a resposta dele não é tão diferente do que eu estou falando, mas eu mantenho um elo comigo, e não jogo a coisa pra ele. Ele sai: 'eu não estou qualificado', ele se desqualifica de certa forma. [...] É uma coisa mínima o que eu estou falando, mas eu acho que é importante porque você não, é uma coisa meio 'moral' o que ele está falando. Quando entra moralidade de certo, errado, incapaz ou capaz nós estamos entrando no mundo do superego. Então é uma coisa de moralidade [...]. É importante a fala dele quando diz: 'eu gostaria que você pudesse ser o seu próprio comandante', mas eu acho que perdeu um pontinho muito importante, que é aquela coisa de 'eu não quero ser superior, eu quero estar junto com você, e isso eu acho que isto poderia ser bom'. Você dá ao paciente um retorno de que você pode oferecer a ele esperança, de uma forma de se relacionar diferente daquela que ele está tão acostumado [...]. Quando você dá significado e não só dá significado, mas você é o que você está falando.

| | | |
|----|----------|---|
| 25 | 22' 43'' | 'Pense nas ramificações do que você está prestes a fazer. Você está voltando a um lugar onde você jogou uma bomba. 16 crianças foram mortas. Seu rosto está na internet e existe um preço pela sua cabeça.' |
|----|----------|---|

[não comentou]

| | | |
|----|----------|---|
| 26 | 24' 15'' | 'você não vê uma conexão entre seu colapso e o que aconteceu antes? Não, eu sei que você diz que não se sente culpado, mas você não acha que existe um forte desejo de pagar pelas suas ações?' |
|----|----------|---|

Acho complicado o que está acontecendo aí agora. Porque de certa forma o terapeuta está entrando, o paciente está mostrando um nível de atuação, o nível de perigo que ele se coloca, ele realmente está se expondo de uma maneira muito perigosa. Então o terapeuta fica muito ansioso, tenta trazer um pouco da realidade [...], tá tentando chocar, de uma forma de tentar colocar o paciente em contato com a realidade e... não é por aí, né? Daí ele tenta fazer uma interpretação de que [...] no momento em que o médico amigo tenta se aproximar e ajudar ele, parece que ele vai na direção oposta da ajuda, e acaba se machucando. Então de certa forma eu acho que poderia ser feita uma conexão no que parece que ele está repetindo alguma coisa, que ele vem me procurar pra pedir ajuda e quando eu me aproximo ele se distancia. Então parece que está havendo uma repetição, de querer ajuda, de querer ficar mais saudável, ao mesmo tempo uma desconsideração muito grande com relação à sua própria saúde.

[...]

Eu tentaria atualizar a situação do médico para a situação da relação.

[...]

E agora que ele veio procurar ajuda, ele tá se afastando [...] e que eu acho que é ele que tá me dizendo isso. Que é ele que, involuntariamente, tá conseguindo me comunicar isso. Eu frisaria: 'não são os meus pensamentos, [...] estes pensamentos só são possíveis porque você está, de alguma forma, me comunicando isso. Então inconscientemente, involuntariamente, parece que você tem contato com o que é saudável, e tem situações em que você acaba se machucando'. Aí você estaria dando o comando de si próprio de volta para ele. [...] Ele pensa assim.

PSICANALISTA F.

PERGUNTA 1

Eu sempre fico pensando no impacto que o paciente causa na gente né, quando chega. Eu acho que este analista, ele ficou impactado... e tinha impressão o tempo todo que ele tava tentando se salvar daquilo que ele tava sentindo, porque este paciente é um paciente que funciona basicamente com identificações projetivas. Ele joga no analista e o analista, ele tem que segurar esta coisa que é uma coisa completamente, extremamente difícil pro paciente manter dentro de si. Então, uma experiência muito complicada, muito difícil, de uma dureza, de uma crueza... E acho que o analista, ele tentava aí às vezes ir pelo racional, perguntando racionalmente algumas coisas e outras vezes eu via que ele tava tomado por essa, por este impacto que a fala do paciente tinha. E tive impressão de que ele tava o tempo todo tentando se salvar, não sei se às vezes se dando conta, às vezes não. Mas, eu acho que ele viveu uma experiência bem complicada, de um paciente que tava numa entrevista, que é uma entrevista inicial, e, sendo avaliado pelo paciente, com a expectativa de que ele tinha que ser o melhor, mas eu acho que é de uma complexidade muito grande este primeiro contato, esta primeira entrevista. Que a gente faz um diagnóstico na primeira entrevista. Como é que este paciente funciona, o que é que ele tá trazendo, a gente vai vai fazendo as hipóteses na nossa cabeça, do que ele tá trazendo e do que que está se tratando ali. É uma pincelada que vai dar o tom, como se nós fossemos pintar um quando e ele fosse dando uma pincelada de como é o mundo interno deste paciente. Então eu acho fundamental nesta primeira entrevista a gente começar a apreender tudo aquilo que o paciente vem trazendo, que é um paciente extremamente controlador, que funciona com identificações projetivas, ele tem partes psicóticas, né, que afloram,

[...]

E ele foi ver que se o analista era alguém capaz de conter isto, porque este sujeito tá prestes a enlouquecer. Esta foi minha primeira impressão. E causou impacto em mim. [...]

Eu vi o analista impactado, né, com este paciente. Um analista que estava, assim, sentindo as dores que o paciente colocou nele, ficando aprisionado, e o paciente controlando do tempo inteiro

[...]

Colocaria ele para atender 5 vezes por semana. [riso]

PERGUNTA 2

Eu diria que não é esta viagem que ele precisa fazer, é uma outra. É a viagem para o interior dele, não para o exterior. Que ele precisaria entender o que que tá acontecendo, fazer esta viagem pra dentro, não pra fora, pra ver de novo. Tentaria nisso promover nele, que existe nele um desejo de ir pra análise, mas era uma coisa muito ambivalente de 'estou aqui mas estou te testando', 'eu preciso de ajuda, mas alguém disse pra mim, um tal de Daniel disse pra mim que eu preciso vir pra análise, mas eu não sei'. Talvez com esta interpretação minha, que aí eu já que é uma interpretação, pudesse fazer com que ele tivesse um contato com as resistências dele ou até mesmo com o desejo, né, porque tem uma parte desejante. Mas sobretudo eu vejo que o tom da entrevista... porque a minha forma de pensar é assim: que tipo de vínculo ele estabelece comigo? Um vínculo de amor, de ódio ou de conhecimento? E me parece que o tempo todo é um vínculo de ódio porque ele tenta destituir o analista do lugar, tirar o analista do lugar do conhecimento, né. Aparece um pouco no decorrer da entrevista um pouco de vínculo de conhecimento, quer dizer que ele quer saber um pouco o que acontece com ele, mas não sei até que ponto.

[...]

Tentaria dizer pra ele que ele precisa ficar ali. Ele tá muito assustado com o que ele tá sentindo, este paciente, com o que ele viveu e alguém precisa colocá-lo assim: 'você vai ter que fazer isto'. É como uma criança, quando se debate muito com alguma coisa, que ela tá chorando, se jogando no chão, é, ela está precisando de alguém que diga: 'agora pare, chega! Você vai sentar aqui, e você vai parar de chorar e você vai fazer as coisas que eu mandar você fazer, o que eu dizer pra você fazer, porque você já não tem mais condições de pensar. Então é aí, eu acho, eu falaria assim.

COMENTÁRIOS SOBRE AS INTERVENÇÕES DO TERAPEUTA DO SERIADO

| | | |
|---|---------|---|
| 1 | 0' 24'' | Diálogo inicial sobre as regras da terapia e piada contada pelo terapeuta de que na terapia o 'cliente está sempre errado'. |
|---|---------|---|

[risos] Eu não faria esta intervenção.

[...]

Porque eu não sei quem é o paciente. Pode ser alguém que esteja extremamente perseguido, por exemplo. E este está. Talvez esta intervenção dele possa provocar em alguém um delírio, numa situação já de desconfiança, aguçando a paranóia, se for um caso de paranóia. Então eu não faria esta intervenção, neste momento. Eu não sei quem é que está chegando. Quem chega é alguém que eu não sei... eu posso ter algumas hipóteses a partir do momento em que eu recebo

a chamada, que eu entro em contato, a hora em que eu abro a porta e vejo, né, são as coisas que a gente vai percebendo no paciente e que a gente vai fazendo as nossas hipóteses. Mas eu não sei quem é, então... Eu acho que aquela regra do Freud de ter um certo cuidado, como uma tela em branco, fazer intervenções, aqui cabe bem, caberia.

[...]

[e sobre as regras?]

Também não é um jeito como eu trabalho. Porque o paciente não sabe bem como que funciona o atendimento. Então eu acho que aí é o momento interessante pra você poder colocar as coisas pra ele, que, por exemplo, tem um tempo de sessão, que na verdade, tem um tempo né, a gente não ficar ali conversando a tarde inteira com o paciente, né. Então, pode ajudar o paciente a se orientar nessa hora se você disse: ‘olha, temos 50 minutos para conversar, teu lugar para sentar é ali’, né, eu sento aqui, é isto que funciona, é assim, o *setting*. O estabelecimento do *setting*. Eu achei que ali ficou meio aberto demais, né. Ele não é um analista, mas também ele não é não diretivo, um pouco... mas eu acho que precisa estabelecer algum tipo de limitação, de limites, de construir este *setting* junto com o paciente. Eu acho que na medida em que ele sabe o lugar que ele tem que sentar e o tempo que ele vai ficar ali já é... já dá pra começar uma conversa. [...]

| | | |
|---|---------|--|
| 2 | 1' 36'' | ‘Obrigado, mas acho que nessa profissão, o... “melhor” realmente é uma questão de opinião pessoal’ |
|---|---------|--|

Dá pra perceber o que que... já dá para fazer uma hipótese aqui, já a partir dessa primeira fala. E dá pra perceber que ele vem com uma idéia de que todos têm que me conhecer, assim como eu conheço você. Fatos são, é aquilo que ele acredita, que ele pensa... ‘o que eu fiz’, o que é que me faz ter, bem... Como ele é uma pessoa narcísica, aqui já dá pra começar a vislumbrar algumas coisas a respeito desta pessoa que entra nesta sala, que a gente não sabe, mas que ele procura o melhor porque ele também se sente o melhor. Dá para fazer uma hipótese diagnóstica de quem é que está chegando. Eu pensaria nisso, não mais que isso, por enquanto.

| | | |
|---|---------|---|
| 3 | 1' 59'' | ‘é importante para você saber que eu sou o melhor?’ |
|---|---------|---|

[não comentou]

| | | |
|---|---------|---|
| 4 | 2' 13'' | ‘Então como você se sente sendo cliente do “melhor terapeuta”?’ |
|---|---------|---|

Olha lá. Então, ele vai procurando alguém que seja muito bom, tem que muito especial pra ele, né. Porque ele também se acha muito especial. ‘Você me reconhece?’ Esta pergunta é uma pergunta ambígua. É uma pergunta ampla também, porque, é..., ele acha que o analista tem que ter uma certa referência dele, saber alguma coisa do que acontece com ele, quem é ele... Na verdade ele vai lá para perguntar: ‘Eu quero saber quem eu sou!’, eu quero vir aqui porque eu não me reconheço mais, eu não sei quem eu sou!, eu vivi experiências difíceis. Talvez neste momento eu falaria isso. Acho que é um momento muito importante dentro da entrevista, né. [...] E ele fica dizendo: ‘você não me conhece? Você não me reconhece?’ ele tá falando que ‘você sabe quem eu sou? Eu preciso de alguém que me diga quem eu sou. Eu faria outro tipo de intervenção aí, por exemplo [...] tipo: ‘você se reconhece?’ ou ‘você sabe quem você é?’ Porque ele fica pedindo para o analista um outro tipo de... são níveis de comunicação. Ele fica pedindo uma resposta concreta, pra ver se reconhece. O analista vai estar uma encruzilhada. Ou ele vai dizer: ‘sim, eu te reconheço’ ou ‘não, não te reconheço’ como aqui, no caso. Mas eu perguntaria: ‘você se reconhece?’ ‘Quem é você?’ Porque é isso que ele vai fazer ali. Ele vai... ele quer saber quem é ele. [...] [este seria um nível de] comunicação diferente daquela mais concreta, que ficaria só na, é, na coisa mais racional, mais lógica, uma pergunta ‘você me conhece? você não me conhece? eu estou aqui na página, na revista, na internet. Não, não sei se chega a algum ponto. A questão é colocar em um outro nível de linguagem, que eu acho que aí entra um pouco o teu trabalho, é, um ‘pensar psicanalítico’: ‘você sabe quem você é?’ ‘Me conte de você.’ ‘O que que você está querendo saber de você?’

[...]

Níveis de linguagem, níveis de comunicação. E aí é um exemplo interessante.

| | | |
|---|---------|---|
| b | 3' 50'' | ‘Bem, aqui estou eu. Não é uma foto recente...’ |
|---|---------|---|

Só um pouquinho. Aquela foto que ele mostra é de quando ele tinha 18 anos, que tá na internet, circulando. Também é um dado importante. [...] Talvez algum dado não para ser trabalhado aqui mas para hipótese, de deixar em cima da mesa, de o porquê que ele tá me falando de uma foto antiga, de tanto tempo, de quando ele tinha só 18 anos – que não é o momento, que este cara deve ter quase uns quarenta, sei lá, 40, sei lá, 35. Mas talvez um, alguma coisa para deixar ali, uma cidade de bonecos... não sei, ficaria pensando nisso.

| | | |
|---|---------|------------------------------------|
| 5 | 4' 19'' | 'Então, por que você veio me ver?' |
|---|---------|------------------------------------|

[não comentou]

| | | |
|---|---------|--------------------------------------|
| f | 4' 57'' | 'Está bem. Como você dorme à noite?' |
|---|---------|--------------------------------------|

Ali até dá a impressão de que o analista brinca um pouquinho com ele. 'Bom, já que você está querendo me dizer 'como eu durmo à noite', 'como eu faço isso', ele fala 'ah, tá, então me conta'. É como, um certo exibicionismo dele, uma certa tentativa de dizer: 'olha como é que eu to funcionando'... não sei, uma coisa meio, não consigo dar um nome para isso que acontece. Mas algo de comunicação que tem ali, na comunicação dos dois, que ele tá dizendo 'eu sou muito importante'. Porque ele se coloca aqui numa posição superior ao analista. É, o analista, ele tem a idéia de que o analista não vai entender o que ele está falando direito, ou não suportaria viver aquilo que ele viveu... às vezes ele tem a idéia de que o analista não fosse chegar ao horror que ele viveu. Ele tem a idéia do horror ao mesmo tempo em que ele tem a idéia de que ele é um herói. Então fica nessa...

| | | |
|---|---------|---|
| 6 | 5' 41'' | 'quantas... crianças... morreram nesta missão?' |
|---|---------|---|

Por que é que ele perguntou isso? Não acho que seja relevante. Eu talvez não perguntaria. [...] Irrelevante, pra mim.

| | | |
|---|---------|-----------------------------|
| g | 5' 51'' | 'A Marinha doutor! Escute!' |
|---|---------|-----------------------------|

[...] na cabeça deste paciente, as pessoas não ouvem. É possível que este doutor não esteja ouvindo, que este analista não esteja ouvindo mesmo. Porque ele pergunta sobre o número de crianças que morreram... não é exatamente isso que ele quer saber. Ele quer falar de outras coisas. Porque aí foi para o nível da concretude de novo.

[...]

| | | |
|---|---------|--|
| 7 | 6' 12'' | 'Então, quando você soube que as crianças haviam sido mortas?' |
|---|---------|--|

Pesquisa. Eu também faria esta pergunta. Eu acho que ele está pesquisando pra ver o que que... porque, nem sempre as intervenções dos analistas são interpretações. A gente pergunta, a gente quer saber, às vezes a gente faz afirmações... particularmente numa primeira entrevista. Então aqui ele tá fazendo pesquisa... de campo, para saber o que é que acontece nesta mente deste indivíduo, como que ele pensa, o que que ele tá..., talvez farejando alguma coisa traumática, que foi este fato que traumatizou o Alex. Pesquisa de campo. [...] Tem uma função. Não é uma interpretação.

| | | |
|---|---------|--|
| 8 | 6' 21'' | 'o que exatamente você viu? Alguma coisa específica que você se lembre?' |
|---|---------|--|

[não comentou]

| | | |
|---|---------|--|
| 9 | 7' 41'' | 'Então, como isso fez você se sentir?' |
|---|---------|--|

Também pesquisa, ele tá pesquisando para ver [...] como ele se sentiu, como é que foi pra ele. Tá investigando as perdas, né. Tá investigando como que o indivíduo lida com as perdas, com as separações.

| | | |
|----|---------|---|
| 10 | 7' 50'' | 'Interessante você comparar a morte da mãe com esta missão que você fez.' |
|----|---------|---|

É uma comparação, é o método associativo, né? Então, se a gente for pensar que cada lembrança evoca outra e outra naquela corrente associativa que o Freud disse, a gente vai entendendo os fatos, né, o que é que, aonde remete o indivíduo ao trauma, ou que ele tá querendo dizer que ele sente naquele momento. Então, porque que ele resolveu falar da mãe? Não é à toa que o indivíduo seleciona determinados, experiências, para trazer para a entrevista. E ele trouxe isso como uma associação de algo. Mas olha a cara que ele faz também. Tudo bem, é um paciente que eu to percebendo que ele meio denigre um pouco a imagem do analista, ele quer destituir o analista do lugar de analista [...] é um paciente que ataca. Por isto que eu falei que o vínculo é de ódio.

[...]

| | | |
|----|----------|--|
| 11 | 10' 50'' | 'Você sente que talvez você desapontou as pessoas por não ter tido esta experiência? Que talvez, de alguma forma, você falhou em atender as expectativas?' |
|----|----------|--|

De novo aqui ele tá pensando nas perdas, nas falhas, na culpa que este paciente possa ter. Ele tá fazendo uma pesquisa, 'como que ele se sente culpado', se ele repara, se ele consegue fazer reparações, né, a partir da culpa que ele tem. Ele tá fazendo as hipóteses diagnósticas pra perceber quem é o paciente. Parece que este paciente não tem culpa. Ali no final ele, até traz alguma coisa, um desfecho... mas, ele tá fazendo pesquisa nesta intervenção ali. Não é propriamente uma interpretação também.

| | | |
|----|----------|---|
| 12 | 11' 13'' | 'E o que estava se passando pela sua cabeça?' |
|----|----------|---|

Aqui ele tá, tá conectado com o paciente, o analista. Eu também faria esta pergunta. [...] Se eu fiz aquela hipótese de que ele está querendo que o analista entenda, compreenda ele, se comunique: 'você me reconhece?' ele tá, neste momento em que ele faz aquela pergunta, tentando reconhecer quem é o paciente. Então houve ali uma proximidade... a partir de uma comunicação. Se deu uma comunicação. Olha, a expressão dele, é de alguém que tá entrando dentro de si mesmo, já não tá tão perseguido aqui, não tá paranóico.

[...]

Mas eu achei que... interessante esta resposta dele.

Porque só assim, ele tentando deprimir que ele vai poder ficar em análise, porque ele tá muito perseguido. Se ele se acalma um pouco, ele consegue é... minimizar a paranóia, né, a coisa mais perseguida dele, aí ele talvez ficaria mais sereno para pensar numa análise – que ele foi ali bem objetivo, né 'viajo ou não viajo?', Que eu entenderia metaforicamente como 'eu faço análise ou eu não faço?'

| | | |
|----|----------|---|
| 13 | 12' 31'' | 'Por um minuto pensei que você iria dizer outra coisa. Que talvez você tivesse medo que uma ereção fosse associada com a presença do amigo, Daniel.' |
| 14 | 12' 51'' | 'talvez eu não tenha sido muito claro quando disse que o cliente está sempre errado. O que eu quis dizer é que às vezes o paciente esconde algumas coisas do seu terapeuta, esconde de si mesmo. Então parte do nosso trabalho é trazer a tona as coisas que escondemos.' |

É... é uma intervenção que, não precisaria fazer. Explicativa... muito *a la americana*, porque a cultura americana da psicologia do ego é muito explicativa. Então tem um certo ranso disso lá ainda... explicar concretamente pro paciente o que é que tá acontecendo ali, porque que o analista faz isso...

[...]

Mas o que que acontece, assim: de novo aqueles dois níveis de linguagem. Uma linguagem concreta, onde ele explica, e outra linguagem, que eu pensaria aqui, que tá subjacente, que é 'quem é este Daniel', né, que ele tá pensando, quem é que é este cara, será que ele é um homossexual? Eu não pensaria que ele é homossexual. Eu pensaria: 'Esse Daniel é alguém de dentro dele, que não sei se existe ou não existe, mas é como ele lida com a vida'. Não sabemos se o Daniel existe. Pode ser uma alucinação dele, pode ser que seja alguém, um pedaço dele, um gêmeo imaginário. O 'gêmeo imaginário' também é do Bion. É onde ele deposita todas as coisas dele, o gay, o veadinho. Eu, eu... aqui tem uma diferença na escuta, né, da psicanálise e de alguém que tá mais ligado à psicologia do ego. Não foi uma interpretação, não é interpretação. É uma explicação.

[...]

Como é uma primeira entrevista, eu ficaria na pesquisa ainda, de 'quem é este Daniel'. Também faria como uma hipótese diagnóstica de 'quem é este Daniel', porque daí ele já foi supondo que ele tem uma relação homossexual com o Daniel, e daí ele fala: 'eh, mas o que que é isso?!'. É claro que ele falaria: 'o que é que você está perguntando pra mim?' Mas é,... eu não, não falaria nada. É material de trabalho.

| | | |
|----|----------|--|
| 15 | 13' 57'' | 'Então, alguma coisa sobre como você descreve seus últimos momentos tem ligação com o fato de o seu pai ver as coisas como ganhos e perdas?' |
|----|----------|--|

Agora ele tá pesquisando... sobre o pai. Quem é o pai pra ele... É um momento, eu também perguntaria. Acho que, é, também naquela rede associativa, né, que a escuta tá voltada ali, neste momento ele tá pensando psicanalisticamente, tá tentando fazer, ouvir esta rede associativa do paciente. Não precisa fazer intervenção porque às vezes só a fala do paciente já é, já ouve o que ele tá dizendo. Então ele mesmo já faz a rede pra ele, traz alguma coisa à tona. Acho que tá bem bom esta linha, pra ele.

| | | |
|----|----------|---|
| 16 | 14' 20'' | 'Então você está... Você está me testando? Na verdade acho que está me testando desde que entrou por aquela porta. Perguntou sobre mim e minha reputação. Você pede – bem, praticamente ordena, que eu lhe faça certas perguntas que você acha que morro de vontade de fazer. É realmente importante pra você, eu acho, que eu adira a certos padrões que você definiu antes de entrar por aquela porta.' |
|----|----------|---|

Acho que aí é uma interpretação transferencial. Porque ele tá falando de algo que acontece no 'aqui e agora' na sessão, tá mostrando pra ele sobre... percebeu que ele tava testando o tempo todo e, se a gente pensa naquele modelo transferencial novamente, que é uma transferência, o que o paciente vai fazer lá é testar 'quem é quem?', 'por que?', 'pra quem?' 'quem é que tá ali, naquela hora, na frente dos olhos do paciente?' Seguramente não é o analista. A

correspondência vai para o endereço errado, porque quando vai pro analista... mas por sorte acontece o processo analítico, a análise ali. E aqui eu acho que ele foi muito verdadeiro, ele, o analista. Tá muito ligado com o paciente, tá mostrando o que está acontecendo ali, acho que é um dos grandes momentos da entrevista.

[...]

Aqui, também, [...] tá mostrando a ambivalência dele, né, ‘eu vim aqui mas eu não vou me abrir tanto com você’. Talvez aqui seja o momento da intervenção do analista: ‘mas o que você veio fazer aqui então?’, que isso é interpretação. Talvez uma ‘interpretação mutativa’

[...]

Que vai mudar alguma coisa na cabeça dele. Se a gente pensa: ‘você veio aqui para fazer o que?’ e aí abriria para aquela última parte que eu disse pra você que eu falaria que não é a viagem para o exterior que ele tem que fazer, mas pro interior, e convidaria ele para ficar na análise.

[...]

| | | |
|----|----------|---|
| 17 | 15' 05'' | ‘e o que você espera encontrar, Alex? Como sabemos que sou bom o bastante para você?’ |
|----|----------|---|

[não comentou]

| | | |
|----|----------|--|
| 18 | 16' 52'' | ‘Você diz que “você conseguiu” voltar a este mundo. [...] Apesar de ter feito esse esforço para sobreviver, todos se decepcionaram?’ |
|----|----------|--|

Aqui, de novo tá aquilo, que tá, por baixo. É o valor dele, ele tá falando do valor... Pena que ali, antes, quando a gente tava falando anteriormente, que o analista perdeu a oportunidade pra convidá-lo para ficar em análise, né. E aqui, de novo, ele tá falando do valor dele, [...] ‘Olha que eu tenho uma preciosidade, hein!’, ‘eu voltei dos mortos!’ ‘Você quer, você acha que é bacana o que eu tenho pra te dar?’, ‘você vai aceitar?’. Na linguagem metapsicológica seria isto, né, o que que ele tá dizendo.

[...]

Aqui seria uma boa interpretação dizer pra ele: ‘Puxa vida, você está tão interessado – isso seria uma interpretação – você estaria, você está tão interessado em ver se eu tou achando, assim, interessante, se você, se as coisas que você tem pra me dizer são importantes. Você está querendo saber de mim, o ‘quanto você vale’. Daí, com este tipo de interpretação, é, as coisas mais concretas, elas ficam assim como pano de fundo. Como pano de fundo não, como um, como é que é, coisas que não tem tanta importância. O que prevalece ali é o contato dos dois, que é isto que ele busca: ‘me reconheça, eu quero que você me reconhece quem eu sou’...

| | | |
|----|----------|---|
| 19 | 17' 37'' | ‘Então talvez sua raiva não seja exatamente das pessoas que estavam interessadas no túnel. Mas está com raiva de você mesmo, Alex... de como o seu corpo o traiu. Digo, foi uma falha do sistema que não deveria acontecer a alguém como você.’ |
|----|----------|---|

Bom, ali eu acho que ele começou a aproximar o paciente, desse jeito dele funcionar [...] porque ele acha que foi uma ‘falha do sistema’... porque ele tem... um pouco daquela idéia da megalomania. Eu acho que ele fez uma intervenção muito interessante aí. Ela não foi necessariamente uma interpretação, porque não dá para dizer que é uma interpretação, mas ela aproximou, como espelho, para mostrar como ele é. Eu não sei como é que ele reage, o paciente... [...] abre uma associação.

| | | |
|----|----------|---|
| 20 | 19' 06'' | ‘o que isto significa: “a vida quem nos escolheu”?’ |
|----|----------|---|

É interessante esta intervenção. Ele vai organizando o discurso. Não é uma interpretação. É uma organização do discurso que ele tava fazendo uma associação, de repente ele volta pra ele. Agora ele tá querendo ampliar. [...] tá pedindo uma explanação a respeito do que significa isso, de ‘ser especial’, de o que que é ‘a vida escolheu’.

| | | |
|----|----------|--|
| 21 | 19' 33'' | ‘então se você não conseguir dar o seu melhor, você se desaponta consigo mesmo?’ |
|----|----------|--|

Deve ter percebido aqui [...], daí é aquela linguagem da qual eu estava falando. tá dentro de um superego. Só que como é que você codifica o que que é ver um superego superexigente, de um indivíduo que se crê muito bom. Ele tá querendo fazer uma investigação a respeito deste superego. Na linguagem que ele vai falar é transpor a linguagem teórica do superego para uma pergunta no sentido de investigação. Investigar do que que é que tá se tratando, O que que ele tá pensando a respeito de si mesmo. Como que é este superego. Fundamentalmente isso. Como você se sentindo tão especial [...] Que forças te fazem se sentir tão especial.

[...]

Dá para saber muitas coisas dele aí, do paciente.

[...]

| | | |
|----|----------|---|
| 22 | 21' 09'' | 'E o que ela acha disso tudo? [...] Você não discute as coisas com sua esposa?' |
|----|----------|---|

Também eu acho que é investigativo. Quem é este sujeito que não discute as coisas com a esposa? Como é a configuração dele, psíquica? Como ele se relaciona? Ou ele é um psicopata, e não importa as outras coisas dos outros? Como é que é a lei para ele? Acho que ele está querendo investigar um pouco os relacionamentos, como que ele se vincula, como é o amor... Investigativo mesmo.

[...]

| | | |
|----|----------|--|
| 23 | 21' 40'' | 'Não, só estou voltando pra algo que você disse antes. Lembra que você disse que a vida te escolheu para ser um membro da elite? Que não era uma decisão sua? Talvez essa seja uma atitude com a qual você se sinta confortável. Você está confortável com isso porque você não tem que tomar decisões. Te livra de responsabilidades. Seu comandante, ele é quem toma as decisões, transfere-as a você, e você as executa.' |
|----|----------|--|

O negócio é o seguinte: [...] é difícil avaliar só a interpretação, ou só o apontamento do analista porque a gente sempre precisa da resposta. Como num sonho. [...] Me ocorreu o seguinte, que o paciente vem, deita no divã e ele nos conta os sonhos. A gente ouve o sonho e a gente também vai sonhando junto com ele, de alguma forma, porque a gente vai pela rede associativa. Mas não serve de nada se nós associarmos sem saber o que ele associou depois, a partir do seu próprio sonho. A gente corre riscos se a gente associar e não esperar as associações dele. Porque às vezes a gente vê perfeitamente o que tem dentro daquele sonho, os deslocamentos que o Freud fala. Mas se não tem a associação livre do paciente, de nada serve o sonho. [...] Eu acho que foi uma intervenção interessante esta aqui.

[...]

Eu acho que foi adequado.

| | | |
|----|----------|--|
| 24 | 22' 21'' | 'Eu acho que eu... Não acho que eu esteja qualificado pra isso. Mas você concordaria em ser seu próprio comandante?' |
|----|----------|--|

Eu acho que ele ali está [...] dá para ver a expressão dele como um ser humano que está sentindo, que tem que usar algum recurso daqueles recursos que a gente entende como recursos afetivos, consultar a contratransferência [...]. É uma intervenção mais psicoterapêutica, mas eu acho interessante porque o psicanalista também pode usar recursos para dizer para o paciente o que que ele tá sentido daquela situação. [...] A psicoterapia só vai basicamente focar o fortalecimento do ego [...], sem entrar nas profundezas do inconsciente. Vai no sentido de ajudar o paciente [...]. Eu acho que aqui é mais uma intervenção mais neste sentido. Não tem um tempo... um *timing* diferente da psicanálise. O psicanalista tem outro *timing*. Tem outro tipo de também *setting*. É outra forma de trabalhar. E também o *timing* e o *setting* ajudam a estabelecer um outro tipo de comunicação, que é a análise do inconsciente mesmo. Neste sentido eu acho que é diferente da psicoterapia, que vai ajudar a pessoa a ficar um pouco mais fortalecida. [...] Parece mais 'terapia de ego'.

[...]

Não é uma coisa que me ocorre fazer isso. Eu não faria este tipo de intervenção.

[...]

Ele ficou muito frustrado porque o terapeuta não disse para ele o que ele deveria fazer. Ele queria que ele dissesse 'vá' ou 'não vá'. Que é isso que ele foi buscar lá, uma certeza. [...] Ele tá bravo, tá frustrado por conta da estrutura dele. É uma estrutura que, assim, 'se você não me diz o que eu devo fazer eu vou embora'. [...] As vezes as pessoas querem concretamente saber o que devem fazer. [...] Dá para ver que um pensamento mais concreto, mais operativo, não tem condições de fazer abstrações, não faz abstrações para tentar entender 'porquê que eu tou perguntando isso?', 'a quem que eu tou delegando este lugar?', 'quem que eu estou colocando aqui para decidir por mim?' [...] Essas pessoas, em geral, não ficam em análise, porque falta capacidade de abstração.

[...]

| | | |
|----|----------|---|
| 25 | 22' 43'' | 'Pense nas ramificações do que você está prestes a fazer. Você está voltando a um lugar onde você jogou uma bomba. 16 crianças foram mortas. Seu rosto está na internet e existe um preço pela sua cabeça.' |
|----|----------|---|

[...] Dado de realidade, que ele tá trazendo provavelmente porque ele tá tão perturbado...

‘Olha, ali tem uma rua muito movimentada que se você atravessar, você vai ser atropelado’. [...] Este é um dado de realidade que, neste caso, eu acho que é importante fazer. Também numa psicanálise eu acho que pode funcionar sim.

| | | |
|--|----------|----------------------------|
| | 24' 15'' | Tenho a passagem comprada. |
|--|----------|----------------------------|

Nessa hora eu me colocaria. Eu diria: ‘eu acho que você não deveria ir porque você corre risco de vida.’ Eu faria isto porque é o meu jeito de trabalhar. [...] A pessoa está num limite de fazer alguma coisa contra a própria vida. Eu acho que a nossa função também como psicanalistas, como pessoas que trabalham com saúde mental, a gente tem obrigação de mostrar o que é o real para elas e o risco que elas correm. [...] Tem determinados momentos que a compulsão está tão presente que ela não consegue sair, da pulsão mesmo. [...]

| | | |
|----|----------|---|
| 26 | 24' 15'' | ‘você não vê uma conexão entre seu colapso e o que aconteceu antes? Não, eu sei que você diz que não se sente culpado, mas você não acha que existe um forte desejo de pagar pelas suas ações?’ |
|----|----------|---|

[...] ele nem ouviu o que o analista tava falando pra ele. Ou se ouviu [...], ele tava tentando deixar o analista aflito. [...] Dá impressão que não entra muita coisa nesta cabeça concreta. [...] Achei muito bacana... Eu acho que pode ser uma intervenção interessante. Pode ser uma intervenção interessante. Mas do que é que nós estamos falando, de psicanálise ou de psicoterapia? Estamos falando de um Édipo, nós estamos falando de culpa, nós estamos falando de que? de castração, de se sentir culpado, de um superego, de matar o pai? Do que que nós estamos falando? Do que que se fala aí. Por isso que o fato dele dizer isso pode fazer uma conexão, mas a gente sabe que por baixo disso tem todo um pensamento metapsicológico que tem a ver com essas teorias. [...] Tem um ódio ao pai... tão impressionante este cara... pensando metapsicologicamente [...] é isso aí que aparece nele. Ao mesmo tempo uma submissão à marinha e uma rebeldia.
[...]

PSICANALISTA M.

PERGUNTA 1

[...]

Eu basicamente achei que como um ‘ser humano’ ele foi muito bem. Ele era ‘vivo’ na relação com esta pessoa. É uma primeira entrevista. Ele foi capaz de reagir, capaz de não reagir em algumas situações, capaz de sentir a pressão e de acusar o sentimento de pressão, o que eu acho que confere uma situação de ‘calor’ para o encontro. [...] A contratransferência é inevitável, você não consegue se evadir dela. Então, há também um sentimento da inevitabilidade da contratransferência que ele parece tolerar razoavelmente bem. Então deste ponto de vista ele era uma pessoa ‘quente’ e ‘viva’ e capaz de entrar numa situação transferencial e contratransferencial sem nem se desesperar e nem se deixar devorar. [...] A questão da mobilidade, da flexibilidade durante o encontro, eu acho que é uma coisa, é, é uma experiência psicológica suficientemente interessante para um primeiro encontro, em termos do analista, né. [...] Porque o que se mexe é ‘vivo’. [...]. O fato de haver bastante oscilação gestual, ele teve alternância de situações que me deram uma visão positiva da postura dele.

[...]

PERGUNTA 2

Essa é uma coisa a respeito da qual eu achei que ele foi bastante audacioso em deixar transparecer claramente nas entrelinhas, até por uma questão de solidariedade humana – porque quando você acha que uma pessoa está querendo se matar você provavelmente não grita ‘pula’, né?, melhor não gritar ‘pula’ e acho que foi isso que ele fez [risos], né? [...]. Ele foi expressivo né? Eu jamais teria dado qualquer conselho ou teria feito uma proibição, muito menos, mas ele... Também não dá para gritar ‘só não pula’, porque também é supor que está nas suas mãos o ‘pular’ ou o ‘não pular’. Não, mas isso não se pode, tem que se evitar completamente, embora seja impossível, porque este paciente tem tudo para fazer uma transformação pro exterior deste encontro, levando este encontro para uma reconstrução, provavelmente, muito distorcida, pelo tipo de encontro que eu me pergunto como que foi registrado pelo paciente e que transformações posteriores serão feitas a partir das atitudes deste analista. Então não, eu não daria nenhum conselho a ele, nem o de não ir, como de fato ele também não deu, embora ele tenha expressado claramente a idéia de que ele deveria desistir disso.

COMENTÁRIOS SOBRE AS INTERVENÇÕES DO TERAPEUTA DO SERIADO

| | | |
|---|---------|---|
| 1 | 0' 24'' | Diálogo inicial sobre as regras da terapia e piada contada pelo terapeuta de que na terapia o ‘cliente está sempre errado’. |
|---|---------|---|

[comentou durante a exibição da cena inicial] Bom, ele está de pé. Nem sentou. Olha lá. [...] A primeira pergunta, a primeira palavra é muito importante. A coisa mais importante na sessão é o que é dito primeiro, na minha opinião. Por mais desconectado, por mais casual, não é casual. Em geral é uma espécie de hieróglifo que vai se desembrulhar futuramente. Então ele pergunta ‘*there are any rules?*’ e depois, aí, o médico ecoa só ‘*rules?*’ e ele diz ‘*ground rules*’. Grounding em inglês também é ‘ficar de castigo’, sabe? *Be grounded* é ‘ficar de castigo’. E essa palavra vai reaparecer no fim do episódio. Eles vão falar denovo de *ground*, alguma coisa que eu não sei bem o que é. Então começa assim e começa com um duplo sentido que em português não é captável. Mas é um duplo sentido isso aí. [...]

Ele [o paciente] deve saber alguma coisa antes de começar, porque só vai começar quando ele receber as informações do que é que ele deve saber antes de começar. Então tem toda uma dinâmica de controle que já começa a aparecer aí – e olha a fuçação lá do sujeito – ele assume o controle do território ‘animal’. Porque outra coisa muito útil é o seguinte: principalmente no começo dos relacionamentos a gente tende a expor o comportamento mais animal corporal, não no sentido de ser ‘baixo’, mas a gente se comporta de modo territorial como os animais. Então como o paciente ocupa o espaço, principalmente no começo – porque no começo a gente ainda não tem um jogo transferencial e contratransferencial desenvolvido, então você tem o paciente como uma pessoa realmente diante de uma situação nova. Nós deixaremos de ser novos muito logo, e isso é uma pena, depois de um esforço de em todo encontro ser novo. Neste momento ele é realmente novo. Então uma coisa que me chamou a atenção é como ele administra, o paciente administra o espaço, e o médico ecoa isso também porque ele demora para sentar.

[...]

Então ele ecoa isso. Fisicamente ele também não se senta, ele também age corporalmente na relação com o paciente, o terapeuta. Inconscientemente ele é o outro animal na sala e a sala está sendo invadida [risos] pelo homem mais invasivo que podia entrar aí na sala, né, um ‘demolidor’. Ele [o terapeuta] tenta assumir o controle um pouquinho e tenta fazer o outro desistir do controle.

[...]

| | | |
|---|---------|-----------------------------|
| a | 1' 22'' | ‘Então, você me reconhece?’ |
|---|---------|-----------------------------|

Bom, aí tem toda essa conversa né, sobre essas coisas bem narcísicas

[...]

Eu achei este pedaço tão narcísico que eu fiquei pensando se este paciente não era um mitômano, e se esta história toda não era uma lorota, porque esta abordagem é tão narcísica [...].

| | | |
|---|---------|--|
| 2 | 1' 36'' | 'Obrigado, mas acho que nessa profissão, o... "melhor" realmente é uma questão de opinião pessoal' |
|---|---------|--|

Eu acho que ele cede 'taticamente' à situação que o paciente exige. Que ele cede taticamente e que não é uma coisa..., é uma boa concessão porque daí já caiu direto na questão transferencial, e ele cede em discutir rapidamente, cede em discutir uma coisa que é obviamente uma pré-concepção, um pré-conceito que o paciente traz a respeito dele, e que realmente vai se comprovar ser extremamente o grande eixo, ou seja, esta garantia que o paciente vem buscar transformada em uma opinião, né? Então eu, digamos assim, eu acho que ele foi flexível neste momento ao ceder a isso. Ele poderia ter adotado respostas menos flexíveis [...] Ele não se evade da demanda do paciente, por mais desconfortável que possa ser a esta altura, porque é desconfortável para ele, ou seria para um terapeuta. O cara acabou de sentar! Mas depois nós vamos saber que este cara 'atira rápido', ele tem 2 segundos para acertar a janela [risos], então ele já foi [risos]. Ele tem 2 segundos, então já foi. [...] Achei apropriado, achei bastante real e apropriado [...].

| | | |
|---|---------|---|
| 3 | 1' 59'' | 'é importante para você saber que eu sou o melhor?' |
|---|---------|---|

Eu acho que tá bom para fazer o paciente explanar melhor esta expectativa dele que era e se comprova ser extremamente central na história, embora, cada vez que o médico fala ele tende a..., ele não escuta, evidentemente. Ele não escuta nada!

| | | |
|---|---------|---|
| 4 | 2' 13'' | 'Então como você se sente sendo cliente do "melhor terapeuta"?' |
|---|---------|---|

Tá ótimo, tá bom, muito bem. Eu acho que ele está explorando a primeira 'veia' que apareceu nele. E ele foi rápido, ele aceitou a primeira 'veia', que eu acho que foi a qualidade que eu vi neste terapeuta. É preciso que a gente, que a gente se deixe envolver, até para você ver onde é que você vai parar depois. Claro, a gente não pode se deixar envolver indefinidamente, a gente tem que se manter, enfim, a gente vai jogando umas pedrinhas para depois saber voltar, né, mas a gente não pode deixar embrulhar, mas a gente tem que se deixar envolver de fato. [...] eu acho que ele fez bem. Ele deixa claro que esta é uma suposição do outro mas também ele não contesta mais, entende? [...] ele nem contesta, mas, tá bem feita a intervenção dele. (Não contestar)

| | | |
|---|---------|------------------------------------|
| 5 | 4' 19'' | 'Então, por que você veio me ver?' |
|---|---------|------------------------------------|

Talvez ele não precisasse fazer isso, mas, é... essa é uma daquelas coisas coloquiais... a ansiedade do terapeuta. Porque a nossa intervenção ela é extremamente artesanal, né, a gente vai fazendo um artesanato muito, realmente muito sem repetição. Aí a ansiedade dele aparece, que depois dele ouvir uma história de horror, aí o 'pobre' do terapeuta, do analista já está [risos] querendo saber onde é que ele vai se encaixar, que ele gostaria de não se encaixar em lugar nenhum depois de ter ouvido o relato de um infanticídio em massa, ele preferiria não se encaixar em lugar nenhum, mas visto que ele escolheu ser analista, ele, agora vai pagar o mico de supostamente estar sendo implicado em alguma coisa que tem a ver com um monte de crianças mortas. 'As crianças mortas são suas, meu filho, não são minhas', né, 'eu não estou implicado nisso', né, 'o que que isto tem a ver comigo?'. Ele rechassa.
[...]

| | | |
|---|---------|---|
| 6 | 5' 41'' | 'quantas... crianças... morreram nesta missão?' |
|---|---------|---|

Aí eu acho que o analista está um pouco desmontado pela, é..., pela extrema agressividade do tema passado e atual, né? Aí ele está meio desmontado, ele já começa a se interessar por detalhes factuais. Então eu acho que é uma oscilação na função psicanalítica, uma oscilação para 'menos' na função psicanalítica, que é o que sempre acontece. Por isso, assim, o que sempre acontece, a nossa função psicanalítica oscila durante a sessão, e a gente perde ela durante a sessão várias vezes sempre. É mais uma questão de que se a gente consegue recuperar do que uma questão de que se a gente não vai perder, porque provavelmente a gente vai perder, né? Mas a grande habilidade está em conseguir voltar a ela, que perder a gente vai. Então aí eu acho que ele perdeu um pouco a, ele perdeu o *setting* interno.
[...]
Acho que eu não falaria nada.
[...]

| | | |
|---|---------|--|
| 7 | 6' 12'' | 'Então, quando você soube que as crianças haviam sido mortas?' |
|---|---------|--|

Mais um caco, ou seja, ele perdeu, ele perdeu a, o 'rebolado' [risos] ele perdeu a função analítica. Ele perdeu o 'olho' analítico. Ele estava 'cego' do olho analítico. [risos]

| | | |
|---|---------|--|
| 8 | 6' 21'' | 'o que exatamente você viu? Alguma coisa específica que você se lembre?' |
|---|---------|--|

Tá tentando recuperar o olho analítico. Está buscando de novo. [...] eu percebo porque ele voltou a uma coisa [...] O 'lembrar' ele já está tentando voltar a uma situação um pouco mais mentalizada, porque ele ficou 'sensorial', não é? [...] 'contar' o que você viu na internet, se era a marinha ou a força aérea. Então ele ficou sensorializado, o analista, e ele começa a buscar, com bastante angústica, retomar uma presença mentalizada na conversa.

| | | |
|---|---------|---------------|
| i | 6' 37'' | 'Que coisas?' |
|---|---------|---------------|

Essa foi uma boa pergunta, porque foi uma pergunta bem aberta, praticamente [...] ele realmente volta a uma recuperação um pouco daquela situação tão sensorializada, embora ele ainda esteja longe de estar recuperado, mas ele está tentando se levantar.

| | | |
|---|---------|--|
| 9 | 7' 41'' | 'Então, como isso fez você se sentir?' |
|---|---------|--|

Bom, ele [terapeuta] fez um silêncio aí. Aí ele se recuperou bastante porque este silêncio foi bastante..., o silêncio também é extremamente relevante, né. Se tivesse que dizer uma forma de melhorar esta sessão, seria de falar menos, apenas. Ele deveria ter falado menos, poderia ter falado menos. [...]

| | | |
|----|---------|---|
| 10 | 7' 50'' | 'Interessante você comparar a morte da mãe com esta missão que você fez.' |
|----|---------|---|

Bom... ele aí fez uma interpretação em que – embora não se pode negar que ele está tentando fazer uma conexão entre uma situação atual e uma situação passada, [...] porque ninguém vai usar uma situação transferencial nesta altura dos acontecimentos, né? Ninguém pode fazer uma interpretação transferencial com paciente que acabou de chegar com esta situação. Então, esta é a primeira vez que ele vai surpreender o paciente [...] Ele vai dizer que não está surpreso, e que, de certa forma, ele vai atender, infelizmente, a transferência, porque o cara vai dizer [...] vai elogiá-lo, vai confirmar que ele é o médico 'the best', entendeu? Então ele faz uma intervenção que é apropriada, que é uma interpretação que liga uma situação atual a – atual, relativamente atual – com um momento infantil, no entanto, isto vai ser tragado pela transferência porque o paciente [...] confirma que ele é o 'the best', que ele veio ao lugar certo para obter o conselho que nós veremos mais tarde que ele quer. Então essa é a bagunça que a gente tem porque, a não ser quando a gente tem a extrema felicidade de fazer uma interpretação completa, o que é um negócio bem, que você pega o passado, o infantil, o atual e o transferencial, né, que é uma situação relativamente rara, muitas vezes... este é o perigo das interpretações atuais ou históricas, porque elas são devoradas pela transferência. [...] Porque a transferência vai prevalecer. [...] ou seja, confirmou o desejo do paciente de ter encontrado o melhor médico, e não era nada disso que o analista queria. O analista queria fazer ele pensar e ele aproveitou para confirmar tudo o que ele não precisava pensar, [...] e não escutou. Isto é sempre o que acontece quando... qual é a luta da gente? A luta da gente é alcançar uma situação inalcançável, que é a situação idealizada, em que a gente promove uma mudança psíquica [...]. E isso a gente realmente alcança quando a gente faz uma interpretação transferencial, mesmo. Se o paciente sabe que nós estamos falando do passado, da história, mas isso é periférico ao fato de que nós estamos fazendo uma intervenção na transferência. Então, essa interpretação, que é a jóia da coroa, e que é difícil de alcançar – ao analista esta condição, e aos pacientes também – é difícil alcançar esta condição de aproveitar de uma situação assim. O grande problema do dia-a-dia é que a gente faz muitas destas interpretações, que são históricas e atuais, e elas, quer o paciente revele isto quer não, elas frequentemente são aproveitadas para a confirmação dos desejos, bem como mostra esta cena aí. Ou seja, o sujeito se prevalece desta intervenção somente para confirmar o desejo que ele tinha de encontrar um chefe [...]. E a intervenção que ele fez não tem nenhuma consequência psíquica. Eu nunca dei uma interpretação transferencial numa primeira entrevista, nem numa segunda e nem numa quinta, eu acho. Isto é um longo caminho que se prepara assim, ao longo destes tropeços. Porque é um tropeço mas é um tropeço útil para os dois. Primeiro um pouco porque o cara ouviu também, né? Tem um cérebro aí que também deve estar ouvindo as coisas. E um pouco o médico entendeu a força transferencial onde está, porque a função de uma sessão é você descobrir onde é que está o eixo transferencial naquele dia e chegar eventualmente a interpretá-lo. E isso tudo, claro, é tão complicado, é tudo o que a gente faz tão 'mal feitinho' até que um dia a gente consegue fazer um pedacinho 'bem feitinho', mas, de certa forma, é bom você poder tropeçar porque você descobre onde é que estão as pedras.
[...]

| | | |
|---|---------|--|
| k | 8' 08'' | 'Aquela missão foi só mais uma missão para o Alex' |
|---|---------|--|

Ele é dois, inclusive. Ele é duas pessoas. Tem o Alex que recebe as missões e tem um cara sensível.

[...]

Quando o paciente diz Rnr... eu diria alguma coisa assim: 'você diz coisas...', eu poderia dizer, não é que eu diria, 'você diz coisas que eu não entendo' porque que história é essa de Rnr? Sabe? Tem pessoas que vêm e começam a dizer coisas que a gente não entende, né, em código assim, mas em código mesmo, [...], que ele gosta muito de falar as palavras que só ele conhece. [...] Visando criar um contato presente, que é o que não tem capacidade, que o analista tenha realmente a capacidade de criar um contato presente. É transferencial, é uma situação de novidade pro paciente quando ouve alguma coisa assim e é bem autêntico, na relação. E é simples. [...] Uma boa interpretação é simples, e nuca ela deve exceder duas frases – é o que eu gostaria de poder. Quando a gente tem que explicar muito, ih, daí já dá um arrependimento, né.

[...]

Você pode oferecer uma interpretação, assim, pelo instinto de vida ou pelo lado do instinto de morte. Porque eu diria assim: 'você me diz umas coisas que só você entende'. Esta seria uma interpretação pelo lado do instinto de vida, e eu poderia dizer: 'você me diz coisas que me excluem, que me fazem ficar de fora', que seria pegar um ponto de vista da agressividade, da inveja, ou seja, às coisas ligadas à morte psíquica. Então, [...] embora haja, que eu também acho que é necessário interpretar pelo viés do instinto de morte, muito mesmo [...].

| | | |
|---|----------|---|
| o | 10' 28'' | 'Não, eu não estava pensando nisso. Mas estou interessado, por favor me conte.' |
|---|----------|---|

Ele fez bem em dizer que não estava pensando nisso, porque é preciso ir ganhando um pouco de... o paciente pressupões... ele fez bem em dizer que nem estava pensando nisso mas, se ele acha importante... é um pouco de limite. Grande parte desta entrevista, do ponto de vista do analista, é a necessidade que ele teve em colocar um pouco de limite, desde que fazer o cara sentar, porque se você não fizer isto ele vai continuar lá agarrado nos livros [risos] [...].

| | | |
|----|----------|--|
| 11 | 10' 50'' | 'Você sente que talvez você desapontou as pessoas por não ter tido esta experiência? Que talvez, de alguma forma, você falhou em atender as expectativas?' |
|----|----------|--|

Eu achei isto bem superficial, porque não é o tipo de pessoa que esteja chateada por desapontar os outros, a não ser que isto seja muito lá no fundo [risos], [...] eu acho que esta aí foi uma outra hora em que ele tentou encontrar uma pessoa melhor do que o paciente era. [...] Digamos assim, que ele tinha esperança que este paciente tivesse culpa, e que a culpa já fosse aparecer, e no fim esta culpa vai aparecer como um *acting* de suicídio, de um modo muito mais triste do que sentir que desapontou alguém. Então acho que aí há uma evasão de novo pelo horror que há implícito no que este paciente traz na própria presença dele. Porque ele é uma espécie de, é uma pessoa intensamente ligada à morte. [...] Eu acho que aí o analista está de novo sofrendo o horror e tentando encontrar uma pessoa mais benigna do que todo mundo já viu que ele é, o paciente. Aí ele tá rejeitando o conhecimento da malignidade que pode viver dentro de um ser humano normal, cumpridor dos seus deveres.

[...]

Nessa hora eu achei que o médico perdeu de novo o olho analítico.

[...]

| | | |
|----|----------|---|
| 12 | 11' 13'' | 'E o que estava se passando pela sua cabeça?' |
|----|----------|---|

Eu acho que aí a situação tomou um rumo meio vazio. Ficou muito no plano da consciência. Sabe, o plano da consciência não vai iluminar muita coisa aí. [...]. Porque o inconsciente não vai aparecer assim, embora ele esteja aparecendo em muitas coisas aí. Ele vai 'tocando' a sessão, a gente faz isso... vai 'levando' a sessão.

Bom, este é um prato cheio, este negócio de ereção. [...] Ele tá tentando uma interação homossexual com o analista [...] O analista deixou passar, mas também não dá pra dizer, né? Idealmente. Não dá também para virar para um cara desses e dizer 'você está tentando me impressionar?', né?

[...]

O relato é o fato psíquico da hora. Então a história é verdadeira, é uma história até curiosa e, na verdade... agora o que acontece é que este paciente selecionou este fato para contar aqui, agora, e com isso ele tem um alvo na transferência, de criar uma situação na transferência. E esta reverência da masculinidade pelos homens da família dele, que se expressa também por meio de bomba, porque pênis, bomba, tudo isso tá muito, muito pictoricamente ligado, né? [...] não é uma situação homossexual no sentido genital, mas é no sentido de criar uma rivalidade dentro desta dupla, que no caso é homossexual. E este paciente escolhe, provoca o médico com isso. E é uma sexualidade ligada à morte, mas que é uma sexualidade ligada à morte no plano histórico e no plano presente, mas no plano transferencial é uma sexualidade ligada à sedução.

[...]

Admirar esta sexualidade espetacular, mas que está ligada à morte. [...]. A morte é erótica para ele. [...] Aí tem um caldo de cultura que entra o ‘pênis’, a ‘bomba’, ‘morte dos bebês’ [...]. [referência à teoria kleiniana]

Porque que sentido tem no meio desta tragédia – olha lá, ele tá até sorrindo de orgulho. ‘Na nossa família, quando nós matamos ou morremos o nosso pau fica duro’. Olha lá o ar de satisfação do dono do ‘pau hereditário’.[...] O pobre do analista, a esta hora, está pregado na cadeira [risos].

[...]

Eu acho que erotiza a relação com o médico neste momento, e o médico fica meio sem graça.

[...]

Eu não sei como o terapeuta reagiu facialmente. Como é um assunto mais avançado – você não vai tratar nem de longe – em geral, eu fico mais passiva fisicamente, pra não contracenar com isso. Porque se você deixa erotizar a relação e você reage muito à erotização, aos momentos de erotização, isso boa coisa não dá [...] Em geral [...] eu ficaria bem neutra fisicamente em relação à isso.

[...]

| | | |
|----|----------|--|
| 13 | 12’ 31’’ | ‘Por um minuto pensei que você iria dizer outra coisa. Que talvez você tivesse medo que uma ereção fosse associada com a presença do amigo, Daniel.’ |
|----|----------|--|

É, tá muito bem. Eu gostei da intervenção dele. Ele se livrou, ele enquandrou, ele fez uma intervenção verbal que devolveu para o paciente a possível tentativa, a transferência homoerótica que poderia estar acontecendo aqui. Ele devolveu para o paciente, não transferencialmente, porque se ele fizesse isso transferencialmente ele teria que falar da transferência homoerótica agora aqui. Ele jogou para o passado [...] ele não falou sobre eles dois, como ‘o que você está me falando é que eu estou na presença de um homem que tem um pau muito duro’ ou qualquer coisa assim, ‘um pênis privilegiado’, ou sei lá o que as pessoas fariam. [...] eu jamais diria isto com estas palavras. Mas o clima disso é meio primitivo, você veja que eu mesma estou usando palavras mais pro primitivo do que [...] sofisticadas. É uma cena que chama para uma masculinidade bem primitiva e onde daria para dizer então que ele tá me contando que ele tem um pênis que até na hora da morte está vivo, é como se fosse um ‘pênis’ imortal.

[...]

| | | |
|----|----------|---|
| 14 | 12’ 51’’ | ‘talvez eu não tenha sido muito claro quando disse que o cliente está sempre errado. O que eu quis dizer é que às vezes o paciente esconde algumas coisas do seu terapeuta, esconde de si mesmo. Então parte do nosso trabalho é trazer a tona as coisas que escondemos.’ |
|----|----------|---|

É inútil, mas tudo bem. Acho que está bem dito. Não vai funcionar, nós todos sabemos – acho que até ele sabia, né – mas vai enriquecendo a relação com a opinião inaceitável do terapeuta, vai individualizando o terapeuta um pouco.

[...]

| | | |
|----|----------|--|
| 15 | 13’ 57’’ | ‘Então, alguma coisa sobre como você descreve seus últimos momentos tem ligação com o fato de o seu pai ver as coisas como ganhos e perdas?’ |
|----|----------|--|

Daí passou muito bem para o pai. [...] O que eu acho deste analista é que ele faz a sessão progredir. Esse é o objetivo da gente: fazer a sessão andar, progredir, ela [...] ter um desenvolvimento de onde a gente sai mudado. Isso é suficiente para uma sessão. [...] Esta é uma sessão muito bem sucedida, do ponto de vista terapêutico. Muito bem sucedida. Então, seja lá o que for que a gente faça – e a gente pode fazer de mil jeitos –, o problema é fazer a sessão resultar em pessoas bem diferentes ao final. E aí ele faz duas perguntas procurando clarificar, esclarecer, que ajudam a trazer à tona algumas coisas importantes.

[...]

Ele consegue ajudar o paciente a falar de coisas que o paciente precisa ser capaz de falar.

[...]

| | | |
|----|----------|---|
| 16 | 14’ 20’’ | ‘Então você está... Você está me testando? Na verdade acho que está me testando desde que entrou por aquela porta. Perguntou sobre mim e minha reputação. Você pede – bem, praticamente ordena, que eu lhe faça certas perguntas que você acha que morro de vontade de fazer. É realmente importante pra você, eu acho, que eu adira a certos padrões que você definiu antes de entrar por aquela porta.’ |
|----|----------|---|

Ahã. Bom, aí ele dá uma interpretação transferencial. Você vê que é simples e é compreensiva, de um monte de coisas. Então você não vai mais discutir isso ou aquilo, você vai discutir o clima afetivo. [...] Talvez ele só esteja um pouco

irritado ao dá-la, mas isso é compreensível [risos]. Eu acho que ele está um pouco de saco cheio, mas, [...] mas também acho que tá bom assim porque assim acontece também.

[...]

E ele faz muito bem agora de ficar quieto, porque depois que a gente faz isso, depois que a gente deu a contribuição tem que deixar o outro se mexer.

[...]

Ele [o paciente] é um ‘record’. Ele tem um corpo maravilhoso, do pênis ao... ao tudo, né? [...] É um escolhido, exatamente. Aí ele vai dizer que ele é um escolhido. E aí dá vontade de conversar com o pai dele mesmo, né? [...] Porque assim, esta história de escolhido, quer dizer, ele tá precisando ter sido escolhido porque ele provavelmente sente muito, muito pouca força na relação da qual ele foi feito mesmo, como homem normal. Então aí tem que ir para as relações com pai e mãe mesmo. Este pai depreciador da mãe que deixou lá uma bagunça, isso aí vai ter, nossa, uma quantidade imensa de material histórico que faz com que este paciente tenha feito um esforço de sobrevivência, a vida inteira, né, para ser alguém. Já com 7 anos ele já tinha decidido que ele teria que dar a luz à ele mesmo, ser o pai dele mesmo, e aí ele arranja um grande pai que é o exército, marinha ou alguma coisa assim, o que decide para ele o que que ele tem que fazer e que o mantém infantil, apesar de toda esta potência física [...] Este pai é o pai que quando a gente vai vendo estas coisas a gente vai percebendo que é o que vai sendo projetado em nós. Isso vai iluminando as transferências que a gente vai sofrer. Porque a transferência é como um email, é como uma carta mandada para a casa errada. Ela é mandada ao analista mas ela era endereçada a alguém, né, e a gente quando vai ouvindo a história do paciente a gente vai também ficando atento a quais transferências, ao padrão das transferências que a gente vai sendo submetido naquela relação, pra gente poder desembaraçar as transferências e revelá-las ao paciente além do modo como o modo como ele as revela atuando na transferência com a gente, e mostrar pra ele que aquele mesmo movimento transferencial ele vive fazendo em outros lugares. Se ele puder recuperar um pouco do conhecimento sobre este movimento na relação com a gente ele vai poder fazer a mesma coisa naturalmente nas suas outras relações. Seria o objetivo de um tratamento.

| | | |
|----|----------|---|
| 17 | 15' 05'' | ‘e o que você espera encontrar, Alex? Como saberemos que sou bom o bastante para você?’ |
|----|----------|---|

[não comentou]

| | | |
|----|----------|--|
| 18 | 16' 52'' | ‘Você diz que “você conseguiu” voltar a este mundo. [...] Apesar de ter feito esse esforço para sobreviver, todos se decepcionaram?’ |
|----|----------|--|

[não comentou]

| | | |
|----|----------|---|
| 19 | 17' 37'' | ‘Então talvez sua raiva não seja exatamente das pessoas que estavam interessadas no túnel. Mas está com raiva de você mesmo, Alex... de como o seu corpo o traiu. Digo, foi uma falha do sistema que não deveria acontecer a alguém como você.’ |
|----|----------|---|

Não vejo muito mérito nesta interpretação. Ela só é uma tentativa de desmanchar a onipotência, mas você nunca vai conseguir muita coisa quando você mira a defesa. A gente tem que mirar a angústia. Se você mira na defesa, não vai. Vai... é uma ‘tacada comercial’, entendeu? faz uma pequena troca lá. Mas isso não vai [...] não é por aí. Ele tem que mirar na angústia quando ele quiser fazer alguma coisa mais ambiciosa.

[...]

| | | |
|---|----------|--|
| v | 18' 50'' | ‘Você tem que entender que está falando com uma pessoa aqui que a vida inteira foi perfeita’ |
|---|----------|--|

Pronto, esta é a melhor frase do paciente. Você, você está falando com uma pessoa perfeita. Mas você está falando. [...] Eu, olha... ‘nós estamos aqui em dois, mas você está falando’ [...] Porque aí dá para perguntar: ‘E que cara eu devo fazer ao olhar para uma pessoa perfeita?’ [...] ‘O que seria de se esperar de mim se eu realmente assumisse essa sua declaração, né, como é então que eu deveria me comportar?’ Porque daí fica... ‘E como então, na sua opinião, eu deveria agir ou como eu deveria lhe olhar... porque você é perfeito’. Aí [...] o prosseguimento deste diálogo é meio complicado, mas a frase foi esta, ele não disse? ‘você está olhando para uma pessoa que a vida inteira foi perfeita’, né? Ou dá para você dizer assim: ‘e que agora não sabe o que fazer’ mas isto é um pouco atacante, é um certo revide [risos].

| | | |
|----|----------|---|
| 20 | 19' 06'' | 'o que isto significa: "a vida quem nos escolheu"?' |
|----|----------|---|

E daí tem assim: 'você é o melhor', 'eu tenho que ser o melhor', 'nós temos que ser iguais', que é a perspectiva narcisista. Ou dá para você dizer para o paciente 'O que que você vai fazer quando você descobrir – porque você vai descobrir – que eu não sou perfeito? Você vai descobrir, e eu tenho a impressão que você vai descobrir bem depressa, antes do fim deste horário, se você me permite um pouco de antecipação. Porque você me diz que você é perfeito, que você é uma pessoa perfeita. Nós temos duas opções: ou você é perfeito e eu tenho que olhar para você com devoção, e também não tenho nada para lhe oferecer, ou nós dois somos perfeitos e eu vou ter que me comportar a altura da perfeição que eu já vou lhe adiantar que eu não tenho'. Dá pra problematizar aí um pouco esta situação, de vários jeitos.

| | | |
|----|----------|--|
| 21 | 19' 33'' | 'então se você não conseguir dar o seu melhor, você se desaponta consigo mesmo?' |
|----|----------|--|

[não comentou]

| | | |
|---|----------|---------------------------------|
| α | 20' 53'' | 'Você não acha que é perigoso?' |
|---|----------|---------------------------------|

Aí eu acho que ele faz isso muito bem, embora isso não tenha nada a ver com a análise, entendeu? você tem obrigação moral, como ser humano, de dizer a uma pessoa se ela está com um tumor, um melanoma no meio da testa, você tem obrigação de dizer pra ela que você acha que aquele tumor é um melanoma e que ela deve ir ao médico ontem, entende, porque eu acho que isto é uma questão... não tem nada a ver com a análise – agora ele vai fazer intervenções que não têm nada de analítica mas que são indispensáveis.

| | | |
|----|----------|---|
| 22 | 21' 09'' | 'E o que ela acha disso tudo? [...] Você não discute as coisas com sua esposa?' |
|----|----------|---|

[não comentou]

| | | |
|----|----------|--|
| 23 | 21' 40'' | 'Não, só estou voltando pra algo que você disse antes. Lembra que você disse que a vida te escolheu para ser um membro da elite? Que não era uma decisão sua? Talvez essa seja uma atitude com a qual você se sinta confortável. Você está confortável com isso porque você não tem que tomar decisões. Te livra de responsabilidades. Seu comandante, ele é quem toma as decisões, transfere-as a você, e você as executa.' |
|----|----------|--|

[não comentou]

| | | |
|----|----------|--|
| 24 | 22' 21'' | 'Eu acho que eu... Não acho que eu esteja qualificado pra isso. Mas você concordaria em ser seu próprio comandante?' |
|----|----------|--|

Essa é uma frase muito boa..., é muito boa porque coloca uma perspectiva adulta no que era uma perspectiva infantil. O que eu fiquei pensando quando eu vi este último diálogo é que [...] ele está a procura do pai que ele não teve mesmo quando este pai é um sádico que manda matar. E esta é uma interação homossexual, sem ficar pensando em questão de gênero, que não tem nada a ver com isso, tá, nada nada mesmo, [...] porque existe um Édipo invertido dentro da resolução edípica. Existe o Édipo invertido que passa pela identificação com o pai como objeto de interesse para os meninos

[...]

Este analista colocou agora de um modo bastante bom a perspectiva adulta de volta na conversa, porque esta erotização toda, não é, é que tá fazendo o paciente estar perdido a ponto de ele não só ter escolhido isso como ainda querer ir lá de volta. [...]

| | | |
|---|----------|--------------------------------|
| γ | 22' 37'' | Mas eu não sou o melhor, Alex. |
|---|----------|--------------------------------|

Pronto! Bom! Muito bem! Bravo.

[...]

Eu teria dito que eu, não sei, [...] que isto poderia estar sendo uma tentativa de suicídio. Eu acho que eu teria dito isso porque eu estou muito convencida de que a gente deve falar em suicídio no contexto do sigilo, da privacidade, da confiança da sessão. E essa é uma sessão que caminhou bem, não é? Então eu teria falado eu suicídio, eu acho, porque isso é uma coisa que é das coisas que as pessoas escondem dos seus terapeutas. É aquelas coisas que as pessoas escondem conscientemente. Daí, eu teria falado nisso, porque eu acho que eu tenho obrigação em falar nisso, sempre.

[...]

| | | |
|----|----------|---|
| 25 | 22' 43'' | 'Pense nas ramificações do que você está prestes a fazer. Você está voltando a um lugar onde você jogou uma bomba. 16 crianças foram mortas. Seu rosto está na internet e existe um preço pela sua cabeça.' |
|----|----------|---|

[não comentou]

| | | |
|----|----------|---|
| 26 | 24' 15'' | 'você não vê uma conexão entre seu colapso e o que aconteceu antes? Não, eu sei que você diz que não se sente culpado, mas você não acha que existe um forte desejo de pagar pelas suas ações?' |
|----|----------|---|

[...] Muito bom. Muito bom, porque ele tá falando numa tentativa de suicídio mesmo, de pagar com a vida com a vida que ele tirou, porque na nossa mente primitiva, esta é a retaliação apropriada. E ele falou pela primeira vez num forte desejo, [...] uma intervenção muito boa.

PSICANALISTA A.

PERGUNTA 1

[...]

Me chama a atenção, na condução do que ele buscava tratar, me pareceu assim, em alguns momentos, uma precipitação... o inquietou de precisar dizer alguma coisa para este cliente, esse paciente. Porém tem uma coisa aí que me parece muito honesta no que este terapeuta apresenta, que é uma... a expressão. Ele não está muito preocupado em manter-se numa posição [...] de que mantivesse aquela 'neutralidade'. Ele está muito à vontade. [...] É alguém que recebe, que pode falar e que pode se surpreender, mas, embora ele aparentemente tão à vontade para ouvir, ele parecia também muito atento ao procedimento. Então, o que que chama a atenção? Por um lado este 'estar à vontade', por outro lado, [...] cuidar para não sair da regra, ou de uma suposta regra, que ele com certeza parece ter.

[...]

PERGUNTA 2

Talvez eu interrogasse, assim como este terapeuta fez, algo muito parecido. No sentido, veja... ele fala dos riscos sobre os quais este paciente sabia, podia reconhecer, porém deixaria que ele decidisse, tá. O tempo todo ele está dizendo que em últimas, ele é quem decide. Então que tinha uma decisão ali.

[...]

COMENTÁRIOS SOBRE AS INTERVENÇÕES DO TERAPEUTA DO SERIADO

| | | |
|---|---------|---|
| 1 | 0' 24'' | Diálogo inicial sobre as regras da terapia e piada contada pelo terapeuta de que na terapia o 'cliente está sempre errado'. |
|---|---------|---|

[...] A minha posição sempre é neste sentido, de dizer: 'bom, você deve saber o que que você está fazendo aqui. Me fale disso.' Não lembro de pensar ou falar em regras. Este paciente pergunta 'quais são as regras'. [...] Me parece que, eu faria uma coisa muito semelhante.

[...]

Eu acho interessante, né, porque ele faz uma observação que é bem freudiana: 'o paciente sempre está errado'. Bom, é verdade, o paciente sempre está errado, só que ele ainda não sabe disso.

| | | |
|---|---------|--|
| 2 | 1' 36'' | 'Obrigado, mas acho que nessa profissão, o... "melhor" realmente é uma questão de opinião pessoal' |
|---|---------|--|

Tem duas coisas: a posição que o paciente já se coloca – 'você me reconhece' – a já supondo que todos de alguma maneira sabem do que se passou com ele. É uma suposição. [...] Sim, se conhece ele, mostrou que não sabe dele tanto assim. O paciente começa já a mostrar disso que eu chamaria de um traço nele. Quando se supõe reconhecido e como se esse 'ser reconhecido' fosse um valor. Ele vai procurar alguém que parece muito bem reconhecido profissionalmente no contexto social, na comunidade: 'você é o melhor'. Bom, sugere que é alguém que precisa estar em contato com alguém que seja o melhor. [...] Ele precisa do melhor para lhe dar um conselho, porque ele não pode correr riscos.

[...]

Isso fica por conta do julgamento do paciente [...]. Esta deve ser uma atribuição que deve ficar por conta de quem você está ouvindo. [...] e de você poder cuidar na intervenção, de acompanhar a construção imaginária e simbólica que este homem tem sobre o mundo com o qual ele vive. [...]

| | | |
|---|---------|---|
| 3 | 1' 59'' | 'é importante para você saber que eu sou o melhor?' |
|---|---------|---|

[risos] Bom, eu diria que este terapeuta parece estar, de certa forma, impecável, porque ele está procurando identificar qual é, imaginariamente, a concepção do outro. Ele fez uma investigação. É muito prevenido. Já está tendo chances de fazer um diagnóstico.

| | | |
|---|---------|---|
| 4 | 2' 13'' | 'Então como você se sente sendo cliente do "melhor terapeuta"?' |
|---|---------|---|

[não comentou]

| | | |
|---|---------|------------------------------------|
| 5 | 4' 19'' | 'Então, por que você veio me ver?' |
|---|---------|------------------------------------|

[...]

Eu diria que me parece razoavelmente bem colocada. [...] é a pergunta que pode permitir entender o que este sujeito está buscando.

| | | |
|---|---------|---|
| 6 | 5' 41'' | 'quantas... crianças... morreram nesta missão?' |
|---|---------|---|

Eu não perguntaria isso. Eu jamais teria perguntado isso, né? Eu teria o convidado... eu teria deixado ele continuar falando. Ele tava falando. [...] ou eu perguntaria: 'me fale mais disso. O que foi isso pra você?'. Porque você nota nesta entrevista, olhando este paciente, um mal estar [...] porque ele atendeu aquilo que era cuidar da missão, cumprir a missão [...], mas aquilo que se produziu, a morte, o inquietou. Ele diz 'eu durmo muito bem', [...]. Ele precisa dizer que dorme muito bem. Se ele efetivamente está preso à determinação de um comando, ele pode dormir bem, porque ele cumpriu [...] mas eu não perguntaria sobre as crianças, sobre as mortes... que diferença isto faria? – no sentido propriamente de cuidar do que está ali em jogo, que é fazer com que este paciente fale simplesmente por ele mesmo. [...] Me parece deslocada esta pergunta. [...]

Ele diz que dorme bem, mas ele precisar dizer que dorme bem é para dizer como se ele tivesse que dizer ao outro que ele não tem nenhuma responsabilidade. [...] mas não me parece que este 'eu deito e durmo bem'... me parece uma afirmação defensiva, talvez. E talvez, se eu fosse intervir, eu interrogaria isso: 'ah é? Você dorme bem, você está me dizendo que dorme bem. Então o que que acontece?' sabe? Eu encaminharia neste sentido de avaliar com ele essa asserção, esta afirmação ou este julgamento que ele faz, ou caminharia no caminho de tentar identificar esta isenção que ele se faz de qualquer responsabilidade, de que o comando é do outro.

[...]

| | | |
|---|---------|--|
| 7 | 6' 12'' | 'Então, quando você soube que as crianças haviam sido mortas?' |
|---|---------|--|

[...] Eu creio que talvez esta pergunta não fosse necessária. Se ele tivesse deixado este paciente falar. Pode aparecer esta pergunta, mas: 'e o que que ocorreu? O que você pensou disso?' Eu trabalharia assim. [...] Possivelmente eu interrogaria, se é mesmo que o paciente não falasse. Mas é outra maneira de abordar.

[...]

| | | |
|---|---------|--|
| 8 | 6' 21'' | 'o que exatamente você viu? Alguma coisa específica que você se lembre?' |
|---|---------|--|

É, ele [paciente] confrontado com a cena. Não sei se seria necessário este confronto aí... eu não sei se é possível julgar o que este terapeuta está calculando aí... Eu talvez fosse, talvez até aparecesse esta pergunta. Não posso avaliar... [...] Se eu me vejo aí, de repente eu faria isso: 'o que você pensou ao se deparar com isso?' ou 'o que foi isso, se deparar com isso? Se deparar com o rejeitado do seu ato, com os efeitos do seu ato? com as consequências do seu ato?'

[...]

Por que ele precisa novamente se encontrar com a morte? O que ele quer saber sobre a morte? E como no filme ele trata desta relação da morte com a sexualidade. Isso é bem freudiano.

[...]

| | | |
|---|---------|--|
| 9 | 7' 41'' | 'Então, como isso fez você se sentir?' |
|---|---------|--|

[não comentou]

| | | |
|----|---------|---|
| 10 | 7' 50'' | 'Interessante você comparar a morte da mãe com esta missão que você fez.' |
|----|---------|---|

[risos] supõe-se que ele estava acompanhando a cadeia associativa, né? Então à mim se revela uma ligação importante com esta mãe.

[...]

Me parece que o terapeuta – não sei se ele está fazendo algum julgamento aí – mas me sugere que é um pouco disso que ele busca se unir com este homem quando compara a perda da mãe com a morte destas crianças. Freud diz alguma coisa sobre a dor do luto e do sentimento de responsabilidade com aquela morte.

[...]

Eu possivelmente faria alguma coisa muito parecida, neste sentido de perguntar se... 'o que que o fez lembrar da morte da mãe quando ele vem para falar de um acontecimento sobre a morte das crianças, né?'

| | | |
|----|----------|--|
| 11 | 10' 50'' | 'Você sente que talvez você desapontou as pessoas por não ter tido esta experiência? Que talvez, de alguma forma, você falhou em atender as expectativas?' |
|----|----------|--|

Me parece que... interessante, né? Na avaliação crítica deste terapeuta, é interessante porque nós fazemos... julgamos, efetivamente julgamos. E para julgar você naturalmente, você parte de algumas pressuposições. E isso é muito delicado, avaliar o modo como você produz um julgamento. Então eu julgando, partindo de pressuposições que são minhas. Então se eu vejo, o que que eu pressuponho neste analista, neste terapeuta: é um homem procurando identificar o lugar que este paciente coloca os demais, como este paciente vê, ele por sua vez supõe, a posição dos demais na relação com ele. Quer dizer 'eu sou também alguém que estaria julgando?' você não pode decepcionar. Você precisa atender as expectativas. A gente sabe da teoria e da experiência que é assim mesmo. Eu não sei se eu perguntaria, mas também não sei se eu não perguntaria. Talvez até perguntasse.

[...]

Eu não sei se eu como terapeuta precisaria perguntar isso. Isso já está presente. Poderia conduzir de uma outra maneira perguntando ao paciente 'o que ele acha disso?'. A partir do que este terapeuta já pressupõe... ele parte daquilo que já está, já é propriamente do conhecimento, diferentemente de interrogar sobre o que Freud já mostrava, do saber depositado, estruturado e constituído no paciente, né? Então, que Lacan vai dizer que o conhecimento vai ser aquilo que vai ser produzido a partir do saber.

[...]

Eu encaminharia a pergunta para que ele pudesse pensar sobre isso que se passa nele sobre o que espera-se do outro. No sentido de mexer com este funcionamento, dessa lógica, que é própria do paciente. Eu tocaria nesta lógica, para ver se ela se arranjaria [...]

| | | |
|----|----------|---|
| 12 | 11' 13'' | 'E o que estava se passando pela sua cabeça?' |
|----|----------|---|

[não comentou]

| | | |
|----|----------|--|
| 13 | 12' 31'' | 'Por um minuto pensei que você iria dizer outra coisa. Que talvez você tivesse medo que uma ereção fosse associada com a presença do amigo, Daniel.' |
|----|----------|--|

[risos] Eu vejo que é justamente neste ponto em que ele faz esta construção, eu diria assim... eu não sei se eu faria esta construção. Ele está sustentando, aparentemente, estaria sustentando esta construção numa dedução dele.

[...]

Anteriormente eu teria deixado ele falar. Eu não interromperia. [...]

| | | |
|----|----------|---|
| 14 | 12' 51'' | 'talvez eu não tenha sido muito claro quando disse que o cliente está sempre errado. O que eu quis dizer é que às vezes o paciente esconde algumas coisas do seu terapeuta, esconde de si mesmo. Então parte do nosso trabalho é trazer a tona as coisas que escondemos.' |
|----|----------|---|

Pura teoria. No sentido de que, bom, este terapeuta está colocando, parece que até pretendendo se justificar para o paciente. Não tem que se justificar. Você não tem que justificar absolutamente nada do seu ato com o paciente. Até você pode dizer... porque ele faz, ele alude à relação deste paciente com o seu amigo que o paciente disse que era gay, e falando da ereção... ele enfim... o paciente fica, ele é tomado pela pergunta do analista. 'bom, escute!'. Ele ri. Eu ficaria muito mais perguntando sobre o que que foi engraçado pro outro, não tentaria me justificar, né. Porque é um fato também de que se busca conhecer aquilo que se sabe, na medida em que você trabalha para estabelecer um trabalho de elaboração, passando neste trabalho pela compreensão. Então, e aí você começa a entrar no campo do conhecimento. Sim, você pode até produzir um conhecimento imaginário, mas não deixa de ser... toda a interpretação tem esta relação imaginário/simbólica. De justamente você poder produzir conhecimento com aquilo que aparece de outra forma. Então, ou com o que não aparece tão claramente. Então eu perguntaria por que ele se surpreendeu, por que riu. 'o que que é engraçado nisso?', e não tentaria me justificar, né?

[...]

| | | |
|----|----------|--|
| 15 | 13' 57'' | 'Então, alguma coisa sobre como você descreve seus últimos momentos tem ligação com o fato de o seu pai ver as coisas como ganhos e perdas?' |
|----|----------|--|

Ah, esta pergunta eu até achei legal. É uma coisa assim bem... nesse caminho de perder a consciência... Está interrogando sobre o lugar que tem esta mensagem do pai [...]. Eu faria alguma coisa muito parecida com isso. Localizar a relação deste homem com este valor, que o comanda no sentido de 'dar a direção' [...]

| | | |
|----|----------|---|
| 16 | 14' 20'' | 'Então você está... Você está me testando? Na verdade acho que está me testando desde que entrou por aquela porta. Perguntou sobre mim e minha reputação. Você pede – bem, praticamente ordena, que eu lhe faça certas perguntas que você acha que morro de vontade de fazer. É realmente importante pra você, eu acho, que eu adira a certos padrões que você definiu antes de entrar por aquela porta.' |
|----|----------|---|

[risos] Bom... aí tem... mostra como que, claramente, como alguns terapeutas podem se ver sendo julgados e avaliados [...] a interpretação que ele faz aí, parece que ele precisa marcar com muita clareza qual é o lugar e a função dele. [...] Neste momento ele me parece muito legal [quando diz: 'Você pede – bem, praticamente ordena, que eu lhe faça certas perguntas'], parece que ele tá sacando a importância para este paciente que tenha alguém que diga, que o lembre, sobre o que fazer, quer dizer, o comando. Ele sacando que o paciente pede que alguém decida, ou pergunte, ou encaminhe por ele, embora o paciente tenha uma imagem de si de que ele decide.

[...]

Com essa observação, aí sim parece que ele faz um encaminhamento de uma construção, do que eu entendo sobre aquilo que Freud nos diz sobre o trabalho de construção.

[...]

| | | |
|----|----------|---|
| 17 | 15' 05'' | 'e o que você espera encontrar, Alex? Como saberemos que sou bom o bastante para você?' |
|----|----------|---|

Ahã. Acho que é isso. Nem tenho comentários a fazer, porque é como se... o terapeuta acertou, um pouco na mosca. O paciente reage... 'mas então, o que que você quer aqui?'

[...]

Para este paciente se dar conta sobre a sua posição na relação com os demais, ou seja, o que que ele fica buscando... por que são tão importantes a marinha, o comandante, o pai, ou foi a mãe, a avó, ou avô? Por que ter um outro que diga o que fazer é tão valioso pra ele?

[...]

| | | |
|----|----------|--|
| 18 | 16' 52'' | 'Você diz que "você conseguiu" voltar a este mundo. [...] Apesar de ter feito esse esforço para sobreviver, todos se decepcionaram?' |
|----|----------|--|

Não sei se ele precisaria ir, assim, tão longe nesta observação. Se ele dissesse para o paciente 'mais uma vez você surpreendeu!' – porque ele é tão 'fodão', né? 'Você consegue passar por essa e você surpreende todos'. Ele foi quase cruel, né? Dependendo do que você vem observando, é um cálculo [...] você precisaria arriscar para ver como o outro vai lidar com a sua estratégia. [...] Talvez fosse necessário no contexto. Creio que às vezes é necessário você fazer estas coisas que são um pouco cruéis.

[...]

Então, é a crueldade necessária... que não é a crueldade, é o jogo, que você precisa por ali o seu rei [...] 'e agora, o que é que você vai fazer com isso?', 'Você vai de fato enfrentar ou não?'. [...]

Eu vejo assim, Lacan, fazendo um outro ensaio sobre a direção do tratamento [...]. O que vem ao caso é isso que, no meu entendimento, Lacan procurava apontar sobre o que que se trata de uma pontuação, de uma incisão, de um ato cirúrgico preciso de modo que se possa proceder no funcionamento – e o funcionamento como o funcionamento do inconsciente aí – para produzir, dar lugar aos significantes, para o conhecimento sobre o saber desse inconsciente. É a mexida propriamente numa lógica que parecia muito bem estabelecida no sintoma, que precisa desse toque para se rearranjar.

| | | |
|----|----------|---|
| 19 | 17' 37'' | 'Então talvez sua raiva não seja exatamente das pessoas que estavam interessadas no túnel. Mas está com raiva de você mesmo, Alex... de como o seu corpo o traiu. Digo, foi uma falha do sistema que não deveria acontecer a alguém como você.' |
|----|----------|---|

[não comentou]

| | | |
|----|----------|---|
| 20 | 19' 06'' | 'o que isto significa: "a vida quem nos escolheu"?' |
|----|----------|---|

[não comentou]

| | | |
|----|----------|--|
| 21 | 19' 33'' | 'então se você não conseguir dar o seu melhor, você se desaponta consigo mesmo?' |
|----|----------|--|

[Risos] [...] o analista observa alguma coisa aí nele que ele se perde um pouco quando ele diz 'então você se acha realmente um cara especial'. Aí que parece que de novo aparece aquela relação dele com a dúvida de 'o que que na verdade eu sou?' 'então eu sou o cara que Deus pôs no mundo, o predestinado a fazer tudo certo? [...]' Parece que ele se identifica com pouco com isso, que vem deste pai [...] que sempre chama a atenção para a consciência.

[...]

Tem uma outra implicação que é a experiência com a morte [...] Esta experiência do quase morrer parece que faz uma diferença pra ele. Me parece que este analista está sacando, está cercando isso.

| | | |
|----|----------|---|
| 22 | 21' 09'' | 'E o que ela acha disso tudo? [...] Você não discute as coisas com sua esposa?' |
|----|----------|---|

O analista, então, neste momento, interrogando: 'então, a final de contas, o que tem valor pra você?' Como seu eu trabalhasse assim: bom, será que este homem realmente está tão mobilizado em manter a relação que ele tem com a sua própria imagem, que ele é tão fixado nisso que ele não enxerga as consequências do seu ato?' Que o analista aí fica preocupado. [...] Tem alguns momentos, momentos críticos em que este sujeito está se colocando em risco... quer dizer, este é um homem que se identifica em colocar a vida em risco. Eu diria que na medida em que ele precisa agir segundo um comando, um comando superegótico, em razão dele precisar atender a imagem que tem de si mesmo, ele precisa ir sem considerar as consequências do ato, assim como ele precisou atender o comando da marinha, né? Como que ele, o analista, tentando tirá-lo disso, tentando movê-lo dessa sua tendência a responder sobre este ponto de submissão a esse superior. Então o analista diz: 'nada mais tem importância pra você, Sua esposa ou o que possa acontecer com você?'

[...]

Por um lado ele está dizendo que está determinado, mas por outro lado está perguntando ao outro se pode. [risos]. Então novamente, vendo essa divisão, o analista, ele não cede – e eu dificilmente cederia – dessa, de uma determinação que é uma determinação inconsciente. [...]

| | | |
|----|----------|--|
| 23 | 21' 40'' | 'Não, só estou voltando pra algo que você disse antes. Lembra que você disse que a vida te escolheu para ser um membro da elite? Que não era uma decisão sua? Talvez essa seja uma atitude com a qual você se sinta confortável. Você está confortável com isso porque você não tem que tomar decisões. Te livra de responsabilidades. Seu comandante, ele é quem toma as decisões, transfere-as a você, e você as executa.' |
|----|----------|--|

Isso é uma construção. [...] Acho que é isto mesmo.

| | | |
|----|----------|--|
| 24 | 22' 21'' | 'Eu acho que eu... Não acho que eu esteja qualificado pra isso. Mas você concordaria em ser seu próprio comandante?' |
|----|----------|--|

Eu acho que é isso mesmo.

| | | |
|----|----------|---|
| 25 | 22' 43'' | 'Pense nas ramificações do que você está prestes a fazer. Você está voltando a um lugar onde você jogou uma bomba. 16 crianças foram mortas. Seu rosto está na internet e existe um preço pela sua cabeça.' |
|----|----------|---|

Aí ele tá jogando a dúvida de novo, né? O analista, na frase anterior, dizendo, 'olha suas responsabilidades', 'olha o que está em volta, as ramificações, quer dizer, as consequências do seu ato'. 'Você está voltando num lugar que você jogou uma bomba'.

[...]

Já está com tudo pronto! E marca uma entrevista com o analista!

[...]

Quer dizer, vendo se move ele dentro da sua própria dúvida, né, e você tem que entrar pra isso, esse trabalho mesmo de 'o que que é isso?', 'o que que tá acontecendo?'. Por a prova uma certa maleabilidade neste sujeito pra se ver na dúvida então, começar a ver que se está perante uma dúvida, precisa ser mais cauteloso para tomar as decisões. Está com a passagem marcada e vai embarcar daqui a pouco! E vem perguntar para alguém se deve fazer?! Então ele tem certeza do seu ato...

[...]

| | | |
|----|----------|---|
| 26 | 24' 15'' | 'você não vê uma conexão entre seu colapso e o que aconteceu antes? Não, eu sei que você diz que não se sente culpado, mas você não acha que existe um forte desejo de pagar pelas suas ações?' |
|----|----------|---|

Ele tá tentando fazer com que este sujeito faça uma... e o paciente parece que percebe, né? [...] como se estivesse acompanhando esta construção, e o analista ainda dizendo: 'mas, você não vê que você está repetindo, fazendo o mesmo ao retornar pra lá? Você não vê que você está insistindo em se arriscar, como na corrida?'. 'O que tem ele?', interrogando sobre esta satisfação, né?

[...]

Eu acho que este analista [...] está vendo a possibilidade deste homem ver onde é que ele está se enfiando. Quando ele compara isso, parece que tentando ainda fazê-lo decidir.

[...]

Olha aí, como se ele tivesse sido tocado, que mexeu [...]

Me pareceu, que este paciente, que ele se emocionou, tá, e essa expressão dele, ele precisa buscar alguma coisa: 'tem café por aqui?' é como 'tem qualquer coisa por aqui?', tá, como se ele tivesse caído num vazio, e ele precisa achar alguma coisa, porque ele não pode se deparar com este vazio [...]

E ele está visivelmente emocionado. [...]

PSICANALISTA N.

PERGUNTA 1

[não respondeu]

PERGUNTA 2

[não respondeu]

COMENTÁRIOS SOBRE AS INTERVENÇÕES DO TERAPEUTA DO SERIADO

| | | |
|---|---------|---|
| 1 | 0' 24'' | Diálogo inicial sobre as regras da terapia e piada contada pelo terapeuta de que na terapia o 'cliente está sempre errado'. |
|---|---------|---|

[...] No começo é isso mesmo: 'fique à vontade para falar o que quer', né? Não tem regra. A única coisa é falar o que quer. 'Fique à vontade', né? Agora, a piadinha é que eu não entendi... [risos], por que que ele introduziu a questão dele ali, né? Que a mim não me cabe piadinha no consultório, a mim, né? [...] que ele já mobiliza um discurso, ele já interfere... [risos] [...] eu deixaria à vontade [...]: 'pode falar o que que traz aqui', além disso eu não falaria nada. Não sei o que que é este discurso que vai aparecer...como é que eu vou colocar uma coisa se eu nem sei o que que vai aparecer? Já introduz uma significância minha, né? Colocar uma piadinha que é entre os meus colegas e eu, o que interessa?

Porque aí já tem uma coisa que me chama a atenção. É o que ele diz que 'você é o melhor'. E como daí isto aparece como significante várias vezes. Isto eu marcaria no momento [...]. Isto é uma coisa que eu escutaria. Não marcaria porque eu não ouvi nada além disso, mas eu escutaria. Isso é o que ele traz no primeiro momento da sessão. Então isso tem uma significância dentro do que vai acontecer. [...] Aparece na primeira frase que ele diz. Eu sempre escuto assim: a primeira frase é o que marca ou o que faz vir à sessão. [...] A primeira frase do paciente marca a sessão. [...]

| | | |
|---|---------|--|
| 2 | 1' 36'' | 'Obrigado, mas acho que nessa profissão, o... "melhor" realmente é uma questão de opinião pessoal' |
|---|---------|--|

Eu não faria nada. Eu não falaria nada. Continuaría ouvindo.

| | | |
|---|---------|---|
| 3 | 1' 59'' | 'é importante para você saber que eu sou o melhor?' |
|---|---------|---|

Também não responderia. Ele pergunta: 'isto te incomoda?' Eu ficaria ouvindo. São só cinco minutos de sessão! [...] entende? ele tá falando, tá explicando do 'melhor' ainda, como sobre onde é regido, sustentado o discurso dele, dessa estrutura, né? [...] então eu não tenho o que falar, [...] eu não falaria nada, não acrescentaria, não daria 'ganja', não iria..., porque nem precisa ajudar um paciente que já chega falando. Ficaria ouvindo, acolhendo mais com a postura, às vezes, interessado em ouvir [...], mas não marcaria nada. Até porque este ainda é o comecinho do discurso. [risos]. [...]

| | | |
|---|---------|---|
| 4 | 2' 13'' | 'Então como você se sente sendo cliente do "melhor terapeuta"?' |
|---|---------|---|

É que ele não é um paciente ainda! Esta é ainda uma primeira entrevista. Ele é que vai movimentar o discurso dele. Ele dá muita 'ganja', fica dando muita 'ganja', o tempo todo, este terapeuta aí. Ele fica o tempo todo... parece ansioso, sabe assim? Eu não sei porque... 'o que que você sente em vir falar com o melhor?'... ele vai falar! Ele já escolheu! Onde é que isto fundamenta, aonde é que está sustentado o discurso dele, né? Isto que eu ficaria: ouvindo e não daria muito gancho no começo. Pra este tipo de paciente que chega falando? Já tomando posse do consultório... 'como é que é aqui [...]'. Já sabe. Já sabe que ele vai dominar a sessão, não precisa falar nada. Ele vai falar. Eu escutaria, porque ele vai dar conta, ele que trouxe... ele que veio, sabe, ele que escolheu. Ele tá dizendo tudo isso... Ele tá dominando a cena. Ele já chegou chegando, né? Então! Ele dá conta da sessão sem eu falar muito [risos]. Não precisa falar nada. É só ouvir. Eu ficaria em silêncio porque o silêncio aí seria terapêutico.

[...]

Porque tem uma hora que ele vai parar de falar, daí é que vai cair, é aí que eu quero ver: 'e aí?'. Aí que ele vai começar a falar, né. Neste sentido eu não daria esta 'ganja' que este cara tá dando. [...] Eu faria totalmente diferente dele. A sessão toda, inclusive. [risos]. Porque o cara chega 'por cima', ele escolheu o melhor, [...]. Então eu quero ver a hora que ele não tiver mais nada nesse carretel, o que que vai acontecer. [risos]. [...] Eu quero ver a hora que ele acabar este discurso aí, aí eu vou ouvir o que que ele vai falar.

[...]

Ó, porque ele chega chegando: ‘eu sou o fulano’, ‘eu sou não sei o que’. Por isso que eu vejo que é só um discurso de sustentação. O sujeito aí não aparece. Ele só tá ‘eu sou o melhor’, ‘como não sabe quem eu sou?’, [...] Por isso que eu deixaria vazio. O silêncio pra mim seria a melhor coisa, [...] naturalmente, na verdade, não teria nem que pensar. Por isso eu colocaria o silêncio. [...] Porque ele já tá falando. O terapeuta já tá falando muito nessa sessão, né. A sessão é sua. O terapeuta tem diálogo com ele?! [...] Eu não vejo porque... o que que tá suscitando o cara [terapeuta] a ‘bater bola’ com este cara, né? [risos] Deixa o cara fazer embaixadinha que uma hora vai cansar a perna, né? [risos] [...] Ele tá repetindo a mesma coisa: ‘eu sou o melhor’, ‘como não me reconhece?’ ‘você não sabe quem eu sou?’. O mesmo discurso.

[...]

Daí ele vai contar uma cena... que ele não sabia, e que ele fez como ele tem que fazer porque ele é o melhor, então ele faz do jeito certo. [...] Ou seja, ele só tá colocando que ele é o melhor, ele é ‘o bom’ – e isso vai aparecendo no discurso até aí. Continua com este significante. Que se não é o melhor, tá no mesmo..., tá com a mesma ressonância ainda, tá na mesma escala, né, porque ‘eu sou o melhor’, né, ele não falou ‘eu sou o melhor’ mas ‘só sei fazer de um jeito, ‘do jeito’ [...] Então é isso que eu ouviria em tudo isso que ele colocou.

[...] Pelo o que eu vi nesta parte, ele continua falando que ele é ‘o bom’. [...] Que este significante [...]. Aí também é assim, porque ele se safa, né? A foto, ‘porque ninguém me reconhece’, ‘ninguém vai me ver que eu estou aqui’. Continua com a mesma dinâmica. É isso que eu estaria ouvindo: que esta estrutura se impõe no discurso. Ele tá de novo falando aqui que [...] ‘minha foto está em todo lugar’ [...]. Continua a mesma estrutura. Aparece já três vezes aí: ele chegando, ele dizendo, contando. É a mesma coisa que aparece. Muda a cena mas a estrutura se mantém, por enquanto vai se mantendo. É isto que eu escuto: a estrutura do discurso.

[...]

Aí é que vai estar a cena da análise, pra mim é aonde que vai manter o foco, né? Porque aparece pela terceira vez, embora ele muda – ele chega, primeiro se apresenta, diz quem que é o outro, contando uma história que ele é melhor... esta é a quarta [vez] porque apareceu de que ele só faz o que tem que ser feito, ‘do jeito’, e agora tá falando da foto e tudo mais, e de que ele é procurado [...] e continua com a mesma dinâmica. É isto que eu estou escutando até aí.

[...]

Tem uma estrutura que é onde ele se sustenta no discurso, que é inconsciente isso, né. É isto que eu escuto, até aí. Se você parasse aí eu iria dizer tudo isso.

[...]

Porque ele já está contando outra coisa, mas a tônica é a mesma. E eu ainda continuaria em silêncio. Até aí eu estaria em silêncio. Não daria ‘ganja’ para este cara... naturalmente né, porque ele ocupa o espaço.

| | | |
|---|---------|------------------------------------|
| 5 | 4’ 19’’ | ‘Então, por que você veio me ver?’ |
|---|---------|------------------------------------|

[...]

Eu não perguntaria também. Que pra mim já tá ficando claro aí algumas coisas tipo assim – porque ele vem vindo, ele vem se sustentando muito acima dele, a imagem que ele tem dele não é o que ele deve viver. [...] Eu nem taria preocupado, na verdade, porque eu nem faria esta pergunta. Não faço. Se ele veio aqui é porque ele tinha que vir, porque precisava [...] mas nem viria esta pergunta neste momento ainda. Ouviria aí, continuaria ouvindo. [...] Se eu fosse pensar, porque eu nem taria ainda pensando aí, eu só teria ouvido isso: só a mesma coisa quatro vezes. Há uma estrutura se impondo. [...] Se eu fosse pensar – porque eu não estaria pensando, eu só estaria escutando – aí assim, isso nem me passaria pela cabeça ‘o que que este cara veio fazer aqui?’, porque assim, ele pergunta, porque deve ter passado nele esta questão. Em mim não passaria nenhuma questão. [...] Porque ali o terapeuta tá muito falante. Não sei porque ele tá falando tanto, né? Para um discurso que corre solto... [risos] [...] Ele já está dando, ele está dando... o que é esta estrutura.

[...]

Ele começa como o melhor. Quando ele xinga, ele tá destituindo os outros. Esta é a tradução, mas eu to pegando o que eu to ouvindo. Isso o mantém acima dos outros, quando ele diz ‘estes filhos da mãe’, ele já destitui todo aquele ‘bando’ de gente lá daquele lugar que ele foi, né. Então ele continua acima dos outros porque ele é ‘o melhor’, ele já disse que procura ‘o melhor’, [...]. A mesma estrutura de discurso.

[...]

| | | |
|---|---------|--|
| d | 4’ 23’’ | ‘Agora, você deve estar pensando como foi isso? Ele foi em uma missão e depois voltou’ |
|---|---------|--|

Você percebe que isto aí vai repetir lá na frente, né? [...] Porque aí, ‘como que eu voltei’, né, aí ele tá falando: ‘Como que eu saí dessa’. Lá na frente ele vai falar do ‘morto’, de ‘como que eu voltei’, né. E aí ele vai lá na frente e diz ‘como que eu vou voltar’. Porque ele se coloca nesta questão do herói, né, do super-herói imaginário, que sai sempre ileso, porque ele é ‘o melhor’, né? Então esta cena repetiu três vezes, né? Isso de ‘eu volto’, que aí foi a primeira: ‘como que eu me saí dessa’. ‘Eu estou ótimo, estou bem...’. Como é que ficou lá congelado durante 48 horas? ‘Na boa...’, né? Tem um

discurso interessante aí, da estrutura. É uma estrutura, dentro do Lacan, é um discurso com uma estrutura psicótica, onde a Lei sou eu, não tem lei. Que vai aparecer no discurso do pai, que a mãe morre e o pai está lá heroicamente dando conta. Não tem afeto. [...] Isto aí aparece no discurso do pai e ele repete, desse discurso que ‘eu dou conta’, ‘saí ileso de qualquer situação’.[...] É esta coisa de que ‘eu dou conta’. Pra mim é a mesma estrutura que vai reger a sessão, nesta e durante o processo analítico. Pra mim é uma mesmice. Tem aquela questão de Freud de que a repetição se impõe, e isso aparece nas sessões mesmo. A primeira frase, que é ‘eu sou o melhor’, vai reger toda a sessão. Isso se você ouvir, dá o tom do que você vai ouvir. Este é o título da redação [risos], porque a estrutura ainda se põe. Se você acompanhar – não é porque é aqui, mas é assim, aqui é só uma constatação dentro da minha escuta, pela enésima vez dentro da minha prática, e também se põe – aparece novamente. [...]

[...]

Não estou dizendo que ele é psicótico. Estou dizendo da estrutura.

| | | |
|---|---------|---|
| 6 | 5' 41'' | ‘quantas... crianças... morreram nesta missão?’ |
|---|---------|---|

Que eu também não entraria aí. Não entraria em perguntar. Porque nestes momentos parece que ainda é delírio, parece que há um delírio desse cara: ‘pô...’. Nem precisa destas perguntas. [...] Deixaria ele falando. Ele é o mestre do discurso dele, né, ele que vai reger, porque eu não vou dar ‘ganja’. Eu, naturalmente, né? Ele fala bastante... Pelo que eu escutei, eu nem mobilizaria nenhuma questão. Isso vem vindo, a estrutura, quer dizer, [...] eu não entraria por este desvio que ele entrou, não ocuparia a sessão com isso, com esta pergunta de que morreu, não morreu..., quer dizer, não era por onde eu iria. Eu continuaria ainda em silêncio, naturalmente.

[...]

Quando ele diz que ‘durmo bem’, ele enuncia que a emoção está num segundo plano. Não sente culpa, não sente nada. O que que adianta ficar lá futricando. Ele já tinha dito: ‘eu fiz o que eu tinha que fazer que é o que o meu chefe mandou. O erro não foi meu’. Isso ele não disse mas ficou implícito. [...] Não marcaria nada por causa disso [...]. Este cara não tem culpa. A questão dele ele ainda não enunciou até agora, mas não é algo de uma relação afetiva. Até agora ele não enunciou nada, só que ele não tem vínculo.

[...]

| | | |
|---|---------|--|
| 7 | 6' 12'' | ‘Então, quando você soube que as crianças haviam sido mortas?’ |
|---|---------|--|

[não comentou]

| | | |
|---|---------|--|
| 8 | 6' 21'' | ‘o que exatamente você viu? Alguma coisa específica que você se lembre?’ |
|---|---------|--|

[não comentou]

| | | |
|---|---------|--|
| 9 | 7' 41'' | ‘Então, como isso fez você se sentir?’ |
|---|---------|--|

Não é alguma coisa que o afeta. Isso mesmo. Está correto, correto dentro da estrutura dele. Ele pegou e saiu, não tinha nada a ver com isso. [...] Essa é a mesma estrutura assim, de não vínculo. [...] Pode ver que ele dá conta. ‘pode vir que eu dou conta’. [...] Não sei nem se eu marcaria nessa primeira sessão alguma coisa. Não marcaria nada. Deixaria esvaziar todo o discurso, né.

[...]

É que quando eu escuto, em qualquer sessão, que a primeira frase, ela é sustentada, porque... O que faz uma pessoa falar? Ela pode falar o que ela quiser [...]. Como tem algumas pessoas que começam [...], como uma pessoa de 49 anos que chega, casada, [...], chegou aqui e falou: ‘sou o quarto de quatro filhos’. Não precisa falar mais nada. O que vai falar depois marca aonde é o lugar dele imaginário. É só um cara de 49 anos, casado, com profissão. Mil coisas para falar ‘quem é ele’, que chega dizendo ‘sou o quarto de quatro filhos’. É disso que ele veio dizer. Isso rege toda a vida dele e vai reger o discurso... vai aparecer... e as outras coisas vão aparecer. Mas o que que faz... tantas coisas para falar de si, vem num lugar onde vai falar de si, e fala isso. [...] O inconsciente está se enunciando. O que vem depois vem só para esfregar na cara. [risos]. Quer dizer, eu não preciso ficar ‘viu, viu, viu...’, mas é repetição [...]. A hora que acabar tudo isso o que é vai sobrar? Nesse cara aqui? Esse cara, que tem uma estrutura psicótica, não tem que dar nada... porque ele tem este discurso... de que eu sou ‘o bom’ – é um discurso paranóico, né? – ‘que eu dou conta’... Dá nada! Quero ver a hora que sair tudo isso, o que é que vai sobrar, né? Provavelmente um sujeito depressivo.

[...]

Ele precisa o que? Ele precisa que eu esteja atento. Provavelmente vai fazer análise sentado. Ele tem que ter controle do seu olhar sobre ele, porque ele precisa ser visto e olhado e ser o centro, né? Então ele vai ficar sentado e você tem que ficar olhando pra ele, acompanhando o discurso. É assim como eu ficaria... como eu fico. Atento. [...] Porque ele precisa disso... é onde ele se sustenta, sendo o centro. Isto que o outro dá é dar ganja pra história, [...]. É disso que ele precisa: que dê atenção pra ele.

[...]

Esse não vem pro divã. Cedo não.

[...]

Quando ele fala do pai, só reforça o que eu vinha ouvindo... não é que reforça, mas ali eu reconheço a mesma estrutura psíquica. Que a mãe morreu, que ele foi falar, [...] e o pai lá, irmão... juntando as coisas, guardando... nem se abalou com a morte da mãe, né? Que é a mesma coisa dele, que não se abala com nada. É um discurso do grande Outro. Eu quero saber quando que este cara vai começar a falar [...], porque este é o discurso do grande Outro.

[...]

| | | |
|----|---------|---|
| 10 | 7' 50'' | 'Interessante você comparar a morte da mãe com esta missão que você fez.' |
|----|---------|---|

Isso também é uma coisa que eu não faria, [...] juntar. Ele já juntou. Eu não tenho que marcar. [risos] Se eu marcar eu vou dizer: 'o que eu ouvi...' – daí eu vou trazer pra mim, porque ele já juntou. Então se eu quero que ele saiba que eu escutei eu marco que 'eu ouvi', né, 'me chamou a atenção estas coisas'. Não jogaria pra ele como: 'você falou disso. O que que faz você juntar...'. Isso é inconsciente. Ele não sabe, ele não vai tomar consciência aí. Aí fica só no fenômeno. 'o que eu percebi é que você juntou isso com isso. Isso me faz pensar...'. Aí eu é que vou falar. Que se eu escutei, eu não vou jogar pra ele.

[...]

Mas ainda aqui eu não juntaria nada. Neste tipo de discurso ainda estaria ouvindo.

[...]

Tem paciente que eu me exerço falando. Mas não é neste tipo de discurso.

[...]

O cara vai falando sozinho, ele vai associando, ele vai... né, eu tenho que permitir que ele fale... vai falando, vai falando, vai né. Deixa a 'boca falante' [risos]. Porque ele está falando da mesma coisa o tempo todo.

[...]

Eu não juntaria... só ouviria porque esta estrutura já é a mesma. É só mais um exemplo que ele daria, mais uma ilustração. Ele vai trazer várias ilustrações do que ele enunciou nos primeiros cinco minutos.

[...]

O importante é a estrutura, que ele 'dá conta', que ele 'sai por cima'. [...] Pra mim o importante é que ele passou por tudo isso e tá aí, 'interação', que 'deu conta', pilotando avião ainda, né? [risos]

[...]

| | | |
|----|----------|--|
| 11 | 10' 50'' | 'Você sente que talvez você desapontou as pessoas por não ter tido esta experiência? Que talvez, de alguma forma, você falhou em atender as expectativas?' |
|----|----------|--|

[não comentou]

| | | |
|----|----------|---|
| 12 | 11' 13'' | 'E o que estava se passando pela sua cabeça?' |
|----|----------|---|

Pra mim, aí é só 'linguiça'. Assim, é um discurso que eu vou ouvindo, mas não vou dando 'ganja'.

[...]

Isso aí, pra mim, é 'farinha', sabe assim? e ele fica dando trela... Eu não daria. Talvez a sessão comigo não aparecesse isso daí, tudo o que ele falou. Porque ele fala muito, ele fala muito algumas coisas porque o analista fica dando trela, e 'come com farinha', aonde... eu não entraria nisso. Eu ia esperar mais e ver o que ele ia falar.

[...]

Aí ele ia falar o que ele ia falar só na próxima sessão, que ele deixou de falar coisas. Como o analista é 'participante', né, não escutou o que ele... porque, de fato, o que ele foi fazer ali, você não sabe ainda. Que o analista, não sei se é ansioso, não sei o que que é, quer mostrar que é 'o bom', sei lá o que, não deixou ele falar, no meu entender. [o paciente] saiu com coisas a dizer... não sabe o que ali ele foi fazer, ainda não apareceu o pedido. Aí nesta sessão não apareceu o pedido. O que que ali ele foi fazer? O analista ficou 'comendo com farinha'... e... e... e... começou a falar... e agora fica aí também tentando entender, saber e aprofundar, na 'farinha', né. É que nem comer maçã lá na gincana, né? Nada a ver! Perde muito tempo [risos]. Eu ficaria em silêncio porque ele teria que falar. Ele não falou ainda, não falou... Ele tá...

O que seria este falar?

O que ele ali foi fazer. [...] Ele teria falado. Se o analista não fica querendo entender – porque ele tava querendo entender, quer mostrar serviço... Ele vai falar

[...]

Olha como ele se mete em tudo. [...]. Na hora em que ele é convocado – porque é a primeira sessão, aí é importante uma fala – aí ele recua. É a hora de ele dar ‘o leite’, e ele recolhe. Então ele fica ‘esfregando o bico do seio’, entende? Mas na hora que o outro pede o gole, ele sai de lado. [...]

| | | |
|----|----------|--|
| 13 | 12' 31'' | ‘Por um minuto pensei que você iria dizer outra coisa. Que talvez você tivesse medo que uma ereção fosse associada com a presença do amigo, Daniel.’ |
|----|----------|--|

[não comentou]

| | | |
|----|----------|---|
| 14 | 12' 51'' | ‘talvez eu não tenha sido muito claro quando disse que o cliente está sempre errado. O que eu quis dizer é que às vezes o paciente esconde algumas coisas do seu terapeuta, esconde de si mesmo. Então parte do nosso trabalho é trazer a tona as coisas que escondemos.’ |
|----|----------|---|

Ah, isso daí eu não falaria, nem entraria. Que é lógico que tudo o que perguntar ele vai negar. Aí não tinha que... nem sei porque que ele perguntou isso aí, só porque ele falou que ‘meu amigo é gay’, né? Nem... isso é preconceito do analista, né, já vem com um conceito pré-formado, né?

[...]

| | | |
|---|----------|---|
| Q | 13' 45'' | ‘Perder’ a consciência. É uma expressão que o meu pai usaria’ |
|---|----------|---|

Como na primeira sessão aparece mais o pai, dá para perceber que o grande Outro – né, como eu ficaria – é mais da questão paterna do que materna. Isso, mais pra frente, algumas pontuadas, isso eu traria, não ainda, traria pra levar para a cultura do grande Outro paterno. [...]

‘como o teu pai, né?’, ‘falava como na cultura do teu pai’, ‘como aquela vez que você falou do teu pai’, porque ele tá trazendo na primeira sessão o pai. É a segunda vez que ele fala do pai. Então isso, pra mim, ficaria, não pensando, mas que é o grande Outro da cultura paterna. [...]

| | | |
|----|----------|--|
| 15 | 13' 57'' | ‘Então, alguma coisa sobre como você descreve seus últimos momentos tem ligação com o fato de o seu pai ver as coisas como ganhos e perdas?’ |
|----|----------|--|

Ah, isso eu não ficaria, nem morto que eu ia ficar aí. [...] Não entraria nisso daí, porque ele estava interessado em saber o que é que traz ele aqui. Porque da estrutura eu já tinha ouvido. Como... este é o tipo de discurso que não convoca, que é um discurso fechado, ele já sabe tudo, então eu não tenho que me por ali. É ele que tem que se por [...] Não precisa fazer pergunta para saber que ele não deixa... que é impenetrável ainda, né? Tudo o que você atirar não afeta. Daí o psicanalista tenta várias vezes e aí ele... Eu nem... eu não gastaria nenhum tiro aí. Nem me convocaria. Eu só escutaria. O discurso dele já tem esta estrutura blindada, né?

[...]

Seria assim, uma análise seca do meu lado, assim, silêncio, embora eu estaria presente, muito presente, né?

[...]

| | | |
|----|----------|---|
| 16 | 14' 20'' | ‘Então você está... Você está me testando? Na verdade acho que está me testando desde que entrou por aquela porta. Perguntou sobre mim e minha reputação. Você pede – bem, praticamente ordena, que eu lhe faça certas perguntas que você acha que morro de vontade de fazer. É realmente importante pra você, eu acho, que eu adira a certos padrões que você definiu antes de entrar por aquela porta.’ |
|----|----------|---|

Você viu como é o psicanalista que se põe. Por que que o analista tem que se meter para entrar num diálogo...? ele não pode ficar nessa. Eu não... Porque senão eu que ficaria no discurso. Eu não entraria nisso, porque é lógico que ele não vai abrir. Ele que tem que falar, ele não tem que ser cutucado, você entende? Porque ele já tá... quando diz ‘eu sou o melhor’, pra mim ele já... não tem o que falar. Ele já disse que veio procurar o melhor. Então tá bom, o meu lugar tá garantido. [risos] Ele já sabe de tudo sobre mim. Então eu não tenho que provar nada. Essa seria uma sessão seca... e rica, que eu deixaria ele solto... eu queria ver onde que ele iria com tudo isso, porque que ele tava precisando do melhor. Não tem que nem pensar. Ele tá fazendo muita propaganda dele [...]. Eu deixaria esvaziar mesmo. Ele falaria... o analista não deixou. É muito verbo. Olha só como o analista se põe! ‘você está me testando?’ Você viu que o analista se coloca na sessão como pessoa? Colocou assim: ‘porque nós, entre nós, nós temos esta piadinha’, ‘você está me testando’, como? Olha: ‘você me pede...’ Eu não faria isso. Eu sou neutro, eu sou morto. Eu não me colocaria aí. Só me coloco se eu tiver... aquilo né: ‘o que eu ouvi’...

[...]

Não diz nada do que o outro diz – porque até para se colocar você usa os significantes que têm um sentido para o outro.
[...]

Olha, aí ele desviou toda a sessão para uma questão pessoal. Em vez de estar atento para que o outro tem para dizer, mobilizou, ele puxou para a questão pessoa. Aí fica discutindo. Isso é ‘meter a cara na serragem para pegar a maçã’ [risos]. Fica inútil. Isto é inútil. Roubou a cena. Desviou. O cara já vive em defesa – porque é um estrutura psicótica fechada de discurso – ainda desvia... quer dizer...

[...]

| | | |
|----|----------|---|
| 17 | 15’ 05’’ | ‘e o que você espera encontrar, Alex? Como saberemos que sou bom o bastante para você?’ |
|----|----------|---|

[...]

Olha aí ó! Coisa que jamais eu faria era me por na relação. Jamais. Eu me ponho na interpretação: ‘olha, o que eu escutei...’, mas isto? Não. Jamais, porque daí é... roubar a cena. Aí é transferência pura.

[...]

| | | |
|---|----------|---------------|
| r | 15’ 29’’ | ‘do freezer?’ |
|---|----------|---------------|

Eu não iria nada disso daí porque eu tava esperando o que que ele ia falar ainda, entende? Aí de novo ele se perde querendo saber do ‘morto’... que aí você ocupa um grande tempo da sessão [...], porque eu não sei qual é a dificuldade do analista para ouvir, que puxa um assunto que já passou lá atrás. Porque já passou o assunto, e ele foi lá trás buscar... porque o analista aí tá perdido, né, dentro de toda esta... este cara está perdido, ele tá querendo olhar onde é que ele vai se pegar... ele não sabe nem onde que ele tá caminhando aí..., pra puxar um assunto que já foi e pede pra retomar aquele assunto!? Não escuta a estrutura, né. Aí perdeu a chance de ouvir o que ele tinha pra falar. Ele não dá chance pro cara falar. Ele não deixa o cara ficar em silêncio. Ele não permite... depois disso tudo eu quero ver. Se ele veio aqui, uma hora ele vai falar! Por que que o outro não deixa ele falar? Embora aparentemente ele quer saber o que o outro ali foi fazer.

[...]

| | | |
|---|----------|----------------------------------|
| s | 16’ 08’’ | ‘Por quanto tempo você ficou...’ |
|---|----------|----------------------------------|

Daí é tudo discurso vazio para mim. Eu escutaria, lógico, mas não daria ganja. Porque você percebe que é o analista que dá sustentação pra este discurso? Porque daí você vê que o paciente só tá repetindo a mesma dinâmica de discurso, né, que ‘vai por cima’, ‘que consegue’, que ‘é eficaz’, que ‘é o melhor’, que diz que ‘dá conta’. Então, isso eu não precisaria de reforçar, ele vai aparecer, esta estrutura, em qualquer coisa que ele falar. Isso vai aparecer, porque é o que rege [...] a fala é esta estrutura. Então isso vai aparecer aqui, ali, isto vai reger...

| | | |
|----|----------|--|
| 18 | 16’ 52’’ | ‘Você diz que “você conseguiu” voltar a este mundo. [...] Apesar de ter feito esse esforço para sobreviver, todos se decepcionaram?’ |
|----|----------|--|

[não comentou]

| | | |
|----|----------|---|
| 19 | 17’ 37’’ | ‘Então talvez sua raiva não seja exatamente das pessoas que estavam interessadas no túnel. Mas está com raiva de você mesmo, Alex... de como o seu corpo o traiu. Digo, foi uma falha do sistema que não deveria acontecer a alguém como você.’ |
|----|----------|---|

[não comentou]

| | | |
|---|----------|---|
| t | 18’ 04’’ | ‘E uma vez ele me provou [...] que todos os melhores quarterbacks na história do futebol eram também os mais bonitos’ |
|---|----------|---|

Olha, aí já estão falando dos ‘bonitinhos’, ‘bom’, ‘sucesso’. É a mesma coisa, tudo igual. Você não precisa dar ganja que isto aí vai se impor o tempo todo.

[...]

Então o que interessa é: ‘e pra sair disso?’ A hora que esvaziar isso, aí vai ficar um silêncio, que em toda a sessão fica um silêncio, porque ‘acabou’, ‘tá bom’. Daí a pessoa vai retomar porque veio, vai trazer talvez uma outra historinha, fundamentada na mesma estrutura, mas ele vai falar, ele fala, este cara falaria.

| | | |
|----|----------|---|
| 20 | 19' 06'' | 'o que isto significa: "a vida quem nos escolheu"?' [não comentou] |
|----|----------|---|

| | | |
|----|----------|--|
| 21 | 19' 33'' | 'então se você não conseguir dar o seu melhor, você se desaponta consigo mesmo?' |
|----|----------|--|

Eu não faria isso. Não sei se você entende... jamais.

| | | |
|---|----------|--|
| w | 20' 03'' | - 'Eu decidi ir até lá... até o alvo. Você sabe do que eu estou falando?' - 'Você quer dizer, o lugar que você bombardeou?' |
|---|----------|--|

Não falaria isso. Eu perguntaria 'do que que você está falando?' 'você sabe', é porque é um discurso que convoca na briga do saber, de quem sabe mais, de quem é o melhor. O analista entrou nessa briga de quem é o melhor porque ele tá querendo mostrar que ele é o melhor. 'Do que que você está falando?' isso que eu falaria... 'não sei, do que que você está falando?' Por que que foi ele [terapeuta] que associou com o alvo? Eu sei que é do alvo que ele tá falando, mas é ele quem tem que falar. Ele que vai pedir o conselho... 'você sabe do que eu estou falando aqui?' [paciente]. 'Do que que você está falando aqui? Você falou de tantas coisas...' Quem é o alvo aí? [...] poderia ser uma das coisas que poderia na hora surgir, mas eu não diria: 'ah, mas você está falando disso...' Porque aí eu vou dar o que? A carniça pra ele comer? Eu hein?! Eu devolveria a pergunta pra ele. Devolveria neste sentido, falando: 'o que que você está falando agora?'. Eu assumiria, porque ele tá dirigindo a mim, então sustentaria o discurso, mas não diria do que ele está falando. Eu não sei do que ele quer falar... [...] porque o alvo quem dá é o outro sempre, e ele já disse lá no começo. Ele dá o tiro certo no alvo que é marcado. Ele trouxe um significante, o 'alvo'. Se eu marco o alvo, ele atira. [risos] [...] Por isso que... isso veio agora, mas eu não falaria mesmo, né, agora é associando que o alvo, que ele disse que quem deu o alvo foi o outro. Ele não tem responsabilidade... o cara sentiu o cheiro... 'Quem dá o alvo é o outro, eu não dou o alvo'. Então é ele que vai ter que dar o alvo, eu não faria esta interpretação de 'você é quem vai saber' [...] trabalharia esta questão por outra via
[...]

O que ele ouviu é verdade. O cara quer alguma coisa pra se fixar. E ele diz 'não, você que tem que saber...'. Eu não faria isto. [...] Eu iria sustentando o discurso dele na questão. 'Que possibilidades existem?' e abrir, porque ele tá pedindo uma sugestão, ele tá querendo um conselho. 'O que que você... quais são todas as suas possibilidades que você pensou?', né? [...] Aí ele 'mas eu preciso do seu conselho'. 'Bem, eu preciso de escutar mais algumas vezes, eu preciso ouvir mais algumas vezes, porque eu estou te conhecendo hoje, é a primeira vez, e falta recursos para poder dizer isso'. Isso eu falaria, [...] 'Até hoje eu não te conhecia! Eu preciso te ouvir 2 ou 3 vezes...' É a primeira entrevista. Eu não faço nada antes de duas ou três entrevistas. 'eu nem sei se você vai continuar aqui, como é que eu vou saber se você vai prá lá ou não, não sei nem se vai ficar aqui.' Eu ainda não ouvi [...] Ele não fala nada... Uma que o cara não deixou... Mas aí é um ponto chave do encaminhamento da sessão, porque ele jogou a isca e o psiquiatra se pôs de novo.
[...]

Erro crasso. Preencheu a lacuna aonde teria que dizer 'quem vai preencher é você'. Depois deu a resposta errada 'você que sabe...' Errou! Ele poderia ali... não se diz isso, que 'você sabe'. Eu iria fazer ele falar. Mas ele respondeu! [...] ele completou a reticência, e depois diz que é o outro que tem que saber?! Isso é um erro crasso de interpretação, de intervenção porque eu perguntaria: 'do que que você está falando?', 'de que alvo você está falando?' [...] eu não sei... a cadeia de significantes é dele, não é minha, e o analista usa a cadeia de significantes dele... não se fez de morto, ele colocou o que ele associou. Quem tem que associar é o outro, não é eu. Ainda mais que a pergunta é do outro. Porque que é eu que tenho que associar? Eu tenho que jogar para ele a associação livre. Ele é quem vai preencher e é ele que vai dar a direção do discurso. É assim que eu aqui marcaria. [...] Porque dali pra frente é 'enchimento de linguíça', vai começar um bate-boca de novo. É o terceiro bate-boca, é o quarto bate-boca na primeira sessão! Imagina!! [...] que absurdo, né?!!

| | | |
|----|----------|---|
| 22 | 21' 09'' | 'E o que ela acha disso tudo? [...] Você não discute as coisas com sua esposa?' |
|----|----------|---|

Como que ele vai dizer 'você não discute isso com a sua esposa?'?! Isso daí é conceito pessoal. 'Eu discuto isso com minha esposa e todo mundo tem isso como o certo? Não é o certo?'. Isso é um valor. [...] ele nem falou nada! Ele falou que é casado, que tem uma esposa... e o cara vem com essa pergunta?! Isso é um valor pessoal do psicanalista. 'Você não discute com a sua esposa?'. 'Quem disse que eu tenho que discutir?' Da onde, da onde que vem este conceito que se discute as coisas com a esposa? [...] Essa é outra coisa crassa pra mim. Sabe? Grosseria de analista. [risos] ainda mais que já tem toda a estrutura que o cara é fechado. Jamais. [...] No começo, quando ele diz que é o melhor, eu já ia esvaziar todo esse saco. E o cara fica convocando mil coisas diferentes do discurso, no discurso! Não sei o que que quer, o que que tem de terapêutico aí.

| | | |
|----|----------|--|
| 23 | 21' 40'' | 'Não, só estou voltando pra algo que você disse antes. Lembra que você disse que a vida te escolheu para ser um membro da elite? Que não era uma decisão sua? Talvez essa seja uma atitude com a qual você se sinta confortável. Você está confortável com isso porque você não tem que tomar decisões. Te livra de responsabilidades. Seu comandante, ele é quem toma as decisões, transfere-as a você, e você as executa.' |
|----|----------|--|

Esse não é o tipo de interpretação que eu falaria aí, nunca.

| | | |
|----|----------|--|
| 24 | 22' 21'' | 'Eu acho que eu... Não acho que eu esteja qualificado pra isso. Mas você concordaria em ser seu próprio comandante?' |
|----|----------|--|

[não comentou]

| | | |
|----|----------|---|
| 25 | 22' 43'' | 'Pense nas ramificações do que você está prestes a fazer. Você está voltando a um lugar onde você jogou uma bomba. 16 crianças foram mortas. Seu rosto está na internet e existe um preço pela sua cabeça.' |
|----|----------|---|

[não comentou]

| | | |
|----|----------|---|
| 26 | 24' 15'' | 'você não vê uma conexão entre seu colapso e o que aconteceu antes? Não, eu sei que você diz que não se sente culpado, mas você não acha que existe um forte desejo de pagar pelas suas ações?' |
|----|----------|---|

Eu acho prematuro esse tipo de... eu não faria... é prematuro uma interpretação dessas. [...] Que fundamento ele tem pra dizer isso? Ele nem ouviu o cara, ele falou... metade da sessão é o analista que falou, numa sessão em que o analista não deveria nem falar 5% da sessão. O analista entra num nível de competição, de ver quem é o melhor. Tá querendo provar que o outro escolheu bem... sabe, fica 'participativo'. Parece que está assim, mostrando que é o bom. Parece que... que ele tem que dar uma interpretação no final. Não sei da onde, não sei da onde?! Parece que o analista caiu no engodo, né? [...] Ele é tão participativo quanto o paciente no discurso. Eles várias vezes fazem assim um 'duelo de língua'. Não seria o meu encaminhamento, dentro do que eu entendo como uma análise Lacaniana, não seria. Não utiliza significantes chaves do paciente, né? Não entendi essa interpretação, assim, é 'mostrar serviço', né? É a ansiedade do analista, que dá pra perceber que existe uma ansiedade do analista de se mostrar eficiente. [...]. Entra numa questão de 'ego a ego', esta relação. Não tem análise do inconsciente aí. Só pega os fenômenos e vai tentando trabalhar os fenômenos, que não teve nada de estrutura que marcou...

[...]

Eu não marcaria nada nesta primeira sessão, a princípio. Uma marcada de estrutura... de jogar para ele que ele sabe. Que ele marcou, mas que eu jogaria diferente: 'do que que você está falando?' Seria colocar ele em xeque, né? Porque ele já vem fechado. Então assim: 'de que alvo você está falando?' Então seria uma marcada na estrutura, onde ele teria que se expor, né? Seria poucas... ali talvez é o único lugar que é a hora que ele me convocaria para que eu tomasse uma atitude: 'ah, eu quero uma opinião sua sobre o alvo'. Muito vago isto... muito vago... porque ele espera que o outro saiba? E o outro não precisa, né... esta estrutura, ela vem para jogar para o outro. Ele sabe, né?, de alguma forma ele entendeu ali, mas não trabalha no sentido do 'corte', que o 'corte' seria tipo: 'do que que você está falando? De que alvo você está falando?'. Alguém tem que não saber. Que ali eram dois onipotentes discutindo... E na hora que eu coloco 'eu não sei' – ele já disse que eu sou o melhor – se eu reconheço meu não saber, de alguma forma eu faço um corte, que 'o melhor também não sabe' [...] Seria um corte de que ainda tem furo. 'do que que você está falando?' a princípio eu teria que ter controle sobre tudo, como ele também tem controle sobre tudo. [...] 'Do que você está falando?', genuinamente, né? Porque eu não sei do que que ele tá falando. [...] é verdade, eu não sei do que que ele tava perguntando quando ele falou do alvo. Ele falou de tantas coisas... ele falou disso lá na frente... Aí entraria a questão do 'não saber', que é importante como corte. Mas o outro sabe! também sabe de tudo, é o bom, né? Manteve o discurso fechado. Então pra mim, uma trabalhada na estrutura seria aí, que seria o único momento que talvez eu marcasse... com essa pergunta [...] É ele que tem que falar do alvo, não sou eu!

[...]

PSICANALISTA S.

PERGUNTA 1

O que me chamou a atenção foi a postura do terapeuta. A escuta dele me pareceu interessante porque ele escuta o que o outro quer, ou melhor, ele pontua isso. Ele faz o outro se haver com isso, que o outro vai se surpreendendo aos poucos e tenta justificar ‘é, eu sou o melhor...’. [...] O próprio paciente se acha o melhor e desse lugar do melhor ele está se borrando de medo, angustiado. [...] Ele tá angustiado mas ele não pode enfrentar a angústia, ele tem que fazer ato. [...] isto nos faz pensar que ele não é um neurótico [...] Quando vemos este tipo de cena nós pensamos: ele tem uma estrutura perversa. [...] A realidade pra ele não tem poder de intimidação. [...] Quando ele diz que foi ali para que o terapeuta diga se ele deve ou não – e esta é a questão – e eu acho que o terapeuta ali foi extremamente adequado, este analista.

[...]

Ele se objetalizou no exército para que o outro diga o que ele tem que fazer. Isto também é algo do perverso, como diria Lacan, dele estar frente a um grande outro que o objetaliza. Ele não pensa, ele faz. Ele não é o melhor por ele, ele é o melhor porque alguém disse que ele é o melhor.

[...]

Seria interessante que pudesse, que este terapeuta, que não é um analista, perguntasse: ‘mas o que que você quer ir lá? O que você imagina que vai ter lá? O que você quer fazer lá?’, porque a cena que ele não viu lá de cima não quer dizer que não se inscreveu nele. Não é porque ele tá a milhas de altura e só aperta um botão que solta um objeto e ele não vê nada, não quer dizer que psiquicamente não tenha uma cena que fique... Que cena é essa? A fantasia... o terapeuta não vai trabalhar com estas idéias.

[...]

Não tem esta profundidade que teria numa análise, de pensar o que é que causa neste sujeito [...] a psicanálise se preocupa com a causa, ela quer ir à causa, não o sintoma [...] Esta obsessão de ele ir até lá viajar poderia ser tratada com medicamento, para ele se acalmar e não ir lá, poderia ser tratada com conselhos, com terapias sugestivas, para que ele relativizasse, repensasse, ou poderia ser trabalhada numa interrogação, dizer: ‘mas, me diga, o que que lhe causa? Que cena você tem? O que pensa de encontrar lá?’, e fazê-lo por em palavras isso que ele não percebe que está nele mas que é causa nele, de querer ir para lá... e que ele até reage um pouco, porque ele tá indo mas antes está fazendo uma investigação para ver quem que é o melhor, tá indo pelo caminho mais demorado, como se ele tivesse querendo se defender deste encontro com esta coisa que, parece que é algo da ordem do horror, se pensar que toda bomba é uma coisa horrorosa, [...] Então ele, ao fazer todo o trabalho de investigação, de marcar consulta com um terapeuta – que deixa bem claro que não vai fazê-lo mudar de idéia, aliás, ele já comprou passagem, já marcou o vôo, já tá tudo decidido, ele só está indo pelo caminho mais demorado. Se demorar um pouco mais, como que... dele poder falar disso. Então me parece aí um... um pedido de ajuda, se quisermos considerar que ele quer falar disso para alguém, né, [...] uma demanda de escuta, um pedido de ajuda para que ele pudesse dizer disso que ele não sabe que o causa mas que ele sente que é uma forma de angústia, de ansiedade, que o deixa obcecado de ter que voltar lá ver a escola, as crianças.

[...]

PERGUNTA 2

[pediu para comentar durante a exibição das cenas]

COMENTÁRIOS SOBRE AS INTERVENÇÕES DO TERAPEUTA DO SERIADO

| | | |
|---|---------|---|
| 1 | 0' 24'' | Diálogo inicial sobre as regras da terapia e piada contada pelo terapeuta de que na terapia o ‘cliente está sempre errado’. |
|---|---------|---|

Eu jamais faria uma coisa dessas, nem acharia sentido... eu acho que tá na ordem do não senso, não tem sentido.

[...]

Do lado do paciente, este fato de ele pedir por regras também faz pensar algo da ordem do transgressor. Para que um sujeito seja um transgressor é preciso que haja algo que ele possa transgredir. [...] esse é um primeiro dado que alguém poderia pensar, que tivesse analisando isso. Qual é a estrutura desse sujeito? [...] Para o perverso não existe a lei, no sentido simbólico que existe para o neurótico. [...] Então a ‘lei’ vai aparecendo com ‘l’ minúsculo, ou seja, uma lei para cada situação [...] É sempre uma coisa inferior que poderá ser burlada, que deverá ser burlada por ele, na hora que ele chegar ali. Então na hora em que ele diz ‘qual é a regra? Alguma regra?’, é porque ele quer se posicionar em relação a ela.

[...]

Provavelmente sim eu diria que há regras... porque há. Eu no mínimo responderia esta pergunta... a gente como analista fala diferente de qualquer outra pessoa, né? Que eu tou no consultório e eu falaria diferente do que eu falaria fora. [...]

eu acho que no consultório mesmo, na cena, é capaz que eu perguntaria pra ele ‘por que me perguntas se tem regras?’ Acho que eu colocaria isto numa cena voltada para ele [...]: ‘e por que não haveria regras?’, [...], algo da ordem da surpresa, como que dizendo que não há nada fora da ordem da lei.
[...]

| | | |
|---|---------|--|
| 2 | 1’ 36’’ | ‘Obrigado, mas acho que nessa profissão, o... “melhor” realmente é uma questão de opinião pessoal’ |
|---|---------|--|

Sim acho que o que o terapeuta diz é adequado. [...] Para um terapeuta é adequado. Não acho que um psicanalista se justifique assim, eu acho [...] se você trabalha como psicanalista e alguém vai dizer que você é melhor, você não vai dizer nada, ou você vai dizer: ‘é importante que eu seja o melhor?’ E ele vai colocá-lo a falar que é importante sim [...], não que isto faça muita diferença, mas mostra que ele, o terapeuta, se acha melhor mesmo. [...]

Se eu entrar como sendo o melhor para alguém, este imaginário de ser melhor vai atrapalhar o meu trabalho com ele. Então como psicanalista eu não posso aceitar este rótulo de melhor pra mim, [...]. Eu só vou poder sê-lo se nesta hora eu conseguir agir como se eu não fosse. [...] ‘o que te faz pensar que eu sou o melhor?’ Eu disse uma vez para um analisado que veio se analisar ‘com um homem’. Eu disse: ‘o que te faz pensar que eu sou um homem?’ Por que? Porque eu queria saber o que que fazia ela pensar que eu era um homem. Certamente tem coisa nela que faz ela pensar que eu sou um homem e que é importante que ela diga estas coisas, não apenas que eu me sinta [...] reconhecido com isso. Não, trabalhar isso aí: ‘o que te faz pensar que eu sou um homem?’ Ela ficou assustada, espantada, disse: ‘como assim? Você é um homem, não é?’ eu disse ‘sim, mas o que que te faz pensar que eu sou um homem?’ ‘como? Você tem cara de homem, roupa de homem, falam do teu nome por aí porque...’. Bem, foi importante poder estabelecer um laço transferencial porque vinha de uma história que faz análise com mulher, faz análise com mulher. Ora, mas em muitas coisas a mulher é um homem, e muitas coisas o homem é uma mulher. O inconsciente não tem sexo. [...] Aqui também, estas coisas a gente fica pensando.

[...]

Eles agora estão numa discussão, num ‘bom debate’ [risos], no sentido mais acadêmico do termo, ou epistemológico, se quiser.

[...]

Não tem nada a ver com a análise. [...]

| | | |
|---|---------|---|
| 3 | 1’ 59’’ | ‘é importante para você saber que eu sou o melhor?’ |
|---|---------|---|

Agora veio a questão importante dele, agora veio. ‘É importante para você saber...’ – mas saber! Ele parte do princípio de que ele é o melhor. [...] ‘Se esse melhor fosse realmente um conceito preciso... mas é discutível [...] é o melhor pra quem? Em que sentido?’

[...]

Quando ele diz que é o melhor, e ainda pergunta ‘é importante para você estar comigo, que sou o melhor?’, está totalmente fora de propósito.

[...]

Eu não entraria nesta questão.

[...]

| | | |
|---|---------|---|
| 4 | 2’ 13’’ | ‘Então como você se sente sendo cliente do “melhor terapeuta”?’ |
|---|---------|---|

Olha: dos dois um: ou agora o terapeuta faz um exercício cínico, irônico, que seria uma falta de respeito com o paciente [...], ou de fato ele acredita que é o melhor e que [...] tudo está errado agora!

[...]

Porque se ele [terapeuta] é o melhor e ele [paciente] é o melhor, eles vão ficar numa posição de rivalidade. Não tem dois melhores. Aqui vai ter um efeito inconsciente de rivalidade, que é o campo do ódio. Não acaba bem isso aí...

[...]

| | | |
|---|---------|------------------------------------|
| 5 | 4’ 19’’ | ‘Então, por que você veio me ver?’ |
|---|---------|------------------------------------|

É uma boa pergunta esta. Acho que em psicanálise eu faria esta pergunta. Eu não faria esta pergunta neste ponto. Eu teria feito ela lá no início, ou não a faria.

[...]

| | | |
|---|---------|--|
| e | 4' 37'' | 'Você deve estar tentando imaginar: "o que se passou pela cabeça dele?"' |
|---|---------|--|

Aqui, ó: a cena. Ele traz de novo de bandeja: 'você deve imaginar...' como quem diz: imagine', ou seja, 'me pergunte para eu te contar', ou quem diz 'eu tenho uma cena na minha cabeça. Você quer saber?'. Na verdade não tem espaço [...]

Eu perguntaria: 'qual é a cena?'

[...]

Ele deixa passar batida a oportunidade de fazer o paciente contar qual é a cena que ele tem na cabeça, com a qual ele 'dorme muito bem, obrigado'.

[...]

| | | |
|---|---------|---|
| 6 | 5' 41'' | 'quantas... crianças... morreram nesta missão?' |
|---|---------|---|

[não comentou]

| | | |
|---|---------|--|
| 7 | 6' 12'' | 'Então, quando você soube que as crianças haviam sido mortas?' |
|---|---------|--|

[não comentou]

| | | |
|---|---------|--|
| 8 | 6' 21'' | 'o que exatamente você viu? Alguma coisa específica que você se lembre?' |
|---|---------|--|

Interessante a pergunta que ele coloca, né? Como ele vai mais querendo a narrativa do que o efeito que isto causou nele, o que significou para ele isto. 'Quando é que você ficou sabendo? E o que que você pensou disso? E o que que isto representa para ti? E o que que você sentiu?' Eu perguntaria: 'e o que que você sentiu?' aí. Sentiu o que? O dever cumprido? O peso na consciência? A culpa? Sentiu alegria? Sentiu tristeza? Qual é o afeto que tá em questão ali? Mas o terapeuta, parece que ele está mais... um pouco fora deste campo de sentido.

[...]

Não convoca a subjetividade. É a coisa externa. Ele narra: 'eu vi corpos'. 'Isto não me implica'. 'O que você viu? E o que que isto te causou?' [como se fosse o entrevistado perguntando]

[...]

| | | |
|---|---------|--|
| h | 6' 36'' | 'Eu tenho muitas coisas para me manter ocupado.' |
|---|---------|--|

Ele fala de 'se manter ocupado'... passa batido isso. [...] É, ele faz um esforço para se manter ocupado, ele tá contando – o que parece que ele está querendo falar de subjetividade, mas o terapeuta continua tomando a realidade objetiva como foco importante, né. E ele vai trabalhando então nesta narrativa da objetividade, dizendo que ele está se ocupando o tempo todo com alguma coisa.

[...]

| | | |
|---|---------|--|
| j | 6' 58'' | 'É como quando minha mãe morreu. Meu pai tinha um mundo de coisas para lidar.' |
|---|---------|--|

Aí ele faz menção a uma perda, [...] e a um luto, se referindo à perda que ele sofreu da mãe e não colocando assim, mas colocando o pai, o que lidou com a perda de um jeito que agora ele repete, que é ficar ocupado com coisas. De novo faz menção a que ele sentiu alguma coisa da ordem da dor e do luto mas que ele não traz isso na fala. Vai de novo buscar [...] renegar ou denegar este fato, é um mecanismo de defesa que permite substituir com outra coisa que é esta passagem ao ato, de se manter ocupado.

[...]

Quer dizer, o ato não tem consequência. O acontecimento pode ser minimizado. É tudo o que o pai disse: 'ela não sabia que iria morrer. Deixou uma bagunça desgraçada. Vamos arrumar isto'. Não deixa falta, não deixa uma outra questão além disso.

[...]

| | | |
|---|---------|--|
| 9 | 7' 41'' | 'Então, como isso fez você se sentir?' |
|---|---------|--|

Olha, esse é um ponto interessante para pensar, para deixar ele falar disso, porque há inscrição psíquica da perda, da falta, e as consequências psíquicas que a perda e a falta implicam em termos de produção simbólica [...], e que ele nem pode fazer como o pai e que nem pôde fazer agora, como dá para ver isso.

| | | |
|----|---------|---|
| 10 | 7' 50'' | 'Interessante você comparar a morte da mãe com esta missão que você fez.' |
|----|---------|---|

Avante, né? O terapeuta diz 'vamos para frente', não faz esta pausa importante para dar a palavra a ele, para ele falar disso. Ah, 'foda-se a sequência da história', no sentido horizontal da história, da narrativa do fato, do acontecido. Há uma questão importante aí. Faz uma escansão! deixa que ele fale disto que está vindo agora, que é do sentimento da infância e que ele associou aí com o acontecido do bombardeio. Então faz uma escansão, suspende a narrativa e deixa ele falar. Convoque ele a dizer mais sobre isso. Ao contrário que ele faz. Não faz escansão.

[...]

O terapeuta, ao fazer esse procedimento apela à razão dele. É o campo do recalque. É claro que ele não vai associar.

[...]

Fica um par opositor: de um lado o terapeuta e do outro ele. [...] isto é o campo da rivalidade agora. Cada um tem uma tese. É o contrário que faria um psicanalista que não ficaria numa relação de oposição. Sabe que as duas partes do acontecimento que aparece aí com seus efeitos inconscientes na fala dele, e a da posição recalçada de negar, as duas partes é a mesma coisa, é um só. Então não toma partido. O analista não toma partido. As duas partes pertencem ao sujeito.

[...]

| | | |
|---|---------|--|
| m | 9' 34'' | 'E aos 35 km, tive um ataque cardíaco e morri' |
|---|---------|--|

Veja como ele erotiza a morte, como ele narcisifica a história dele, como ele conta com júbilo esta cena! Olha a expressão do rosto, veja como há um regorjizo, um gozo nessa... um orgulho disso.

[...]

| | | |
|----|----------|--|
| 11 | 10' 50'' | 'Você sente que talvez você desapontou as pessoas por não ter tido esta experiência? Que talvez, de alguma forma, você falhou em atender as expectativas?' |
|----|----------|--|

Boa pergunta essa. [...] Gosto desta pergunta.

| | | |
|----|----------|---|
| 12 | 11' 13'' | 'E o que estava se passando pela sua cabeça?' |
|----|----------|---|

[não comentou]

| | | |
|---|----------|---|
| p | 11' 43'' | 'Ela disse que quando o vovô morreu ela o encontrou deitado nu na banheira com uma ereção em tanto' |
|---|----------|---|

Outra cena que faz alusão à morte e ao gozo. Sexo, morte, gozo. Como tá junto nessa fantasia, nesta cena, nesta imagem que ele descreve agora, olha!

| | | |
|----|----------|--|
| 13 | 12' 31'' | 'Por um minuto pensei que você iria dizer outra coisa. Que talvez você tivesse medo que uma ereção fosse associada com a presença do amigo, Daniel.' |
|----|----------|--|

[não comentou]

| | | |
|----|----------|---|
| 14 | 12' 51'' | 'talvez eu não tenha sido muito claro quando disse que o cliente está sempre errado. O que eu quis dizer é que às vezes o paciente esconde algumas coisas do seu terapeuta, esconde de si mesmo. Então parte do nosso trabalho é trazer a tona as coisas que escondemos.' |
|----|----------|---|

A expressão dele diz tudo. [...] Uma defesa, claro. Ao mesmo tempo que é uma defesa, é uma forma de desprezar o argumento que o terapeuta tá colocando. [...] Mostra também que ele está absolutamente decidido do que ele quer ali. Ele não veio ali para buscar qualquer saber sobre ele, como um neurótico faz, que dá crédito a isso, 'será que tem alguma coisa aí que eu não sei?'

[...]

Não é adequada [esta intervenção]. Acho que não teria transferência ainda para poder fazer...

[...]

E também é um erro primário, porque, escutar um sujeito falando de uma identificação ao avô, falar que fica com ereção, e tomar isso pela via da homossexualidade é um outro... não tem nada a ver! É uma associação livre do, lá do terapeuta. Ele não tem o direito de associar livremente sobre os conteúdos do paciente. O certo é que o paciente estava contando do avô, que morreu de 'pau duro' na banheira.

[...]

milhas e milhas de distância... não, não, nada a ver.

[...]

| | | |
|----|----------|--|
| 15 | 13' 57'' | 'Então, alguma coisa sobre como você descreve seus últimos momentos tem ligação com o fato de o seu pai ver as coisas como ganhos e perdas?' |
|----|----------|--|

[...]

Esta intervenção que o terapeuta faz aí é muito parecido com o que o Freud propõe num texto chamado 'construções em análise', de tentar ir construindo e fazendo algumas conexões entre coisas que você pode escolher na tua escuta flutuante daquilo que o paciente está dizendo. E quando você conecta alguma coisa que faz sentido ele reage. E ele reagiu ali.

[...]

Claro que funcionaria. O único problema é que ele não veio ali para isso. Me parece que ele não está aí para isso.

| | | |
|----|----------|---|
| 16 | 14' 20'' | 'Então você está... Você está me testando? Na verdade acho que está me testando desde que entrou por aquela porta. Perguntou sobre mim e minha reputação. Você pede – bem, praticamente ordena, que eu lhe faça certas perguntas que você acha que morro de vontade de fazer. É realmente importante pra você, eu acho, que eu adira a certos padrões que você definiu antes de entrar por aquela porta.' |
|----|----------|---|

Esse é o momento bonito da conversa, que é quando o terapeuta dá uma invertida nele. Meio que faz ele sair deste lugar, dá uma invertida nele para dizer pra que que ele veio ali, que ele veio num lugar outro, e não este que ele está ocupando. Isto é interessante. Eu achei... este foi o momento que eu achei mais interessante, que eu assisti, quando ele dá esta invertida.

[...]

Por que que eu achei esta a coisa mais interessante? Porque a psicanálise parte do princípio de que aquele que te procura apresenta uma demanda pra estar aqui. E que esta demanda, é preciso ser entendida, antes de qualquer coisa. Então há um tempo em que se fala sobre esta demanda, pra tentar fazer com que esta demanda seja, é... transformada, digamos assim, numa condição de trabalho, numa via de desejo. Uma vez que o sujeito pode se dar conta do que é que ele está pedindo ao pedir aquilo ali [...]. Freud chamou isso de trabalho de experiência [...] Se não fizer isso, o que acontece é o que este programa mostra. Toda a sessão vai correr então demonstrando que não se trabalhou esta demanda inicial. E quando ele faz esta invertida – que é muito interessante numa primeira entrevista – quando ele faz esta invertida, ali a coisa começa a ficar interessante. Porque se não fizesse esta invertida, esta entrevista seria totalmente inútil sob um ponto de vista terapêutico. [...] seria uma entrevista qualquer. Agora, quando ele faz isso surge a possibilidade de ter ou não o tratamento. É agora que ele vai poder perceber se este sujeito quer alguma coisa, se ele quer saber alguma coisa do que o está inquietando e que o fez dirigir tantos quilômetros, e pagar tão caro – quanto ele tá dizendo –, e se colocar ali diante do sujeito, de ter chamado o terapeuta [...] ou não. E achei... o ponto alto foi esta postura do terapeuta.

[...]

Veja agora como ele está inquieto, ele está falando mais rápido, ele está com expressões diferentes, ele já não está mais naquele lugar de gozo. Vê como agora ele está um pouco tomado pela angústia...

[...]

| | | |
|----|----------|---|
| 17 | 15' 05'' | 'e o que você espera encontrar, Alex? Como saberemos que sou bom o bastante para você?' |
|----|----------|---|

Outra pergunta muito boa [primeira pergunta]. Tola esta pergunta. [segunda pergunta]. Nada a ver. Podia ter ficado calado. Ele fez uma pergunta muito legal. Chega. Escuta agora. Dá um tempo. [...]

| | | |
|----|----------|--|
| 18 | 16' 52'' | 'Você diz que "você conseguiu" voltar a este mundo. [...] Apesar de ter feito esse esforço para sobreviver, todos se decepcionaram?' |
|----|----------|--|

Bem interessante esta colocação dele. É aí é que tá: o sujeito ficou encurralado. Ele não vê saída. [...] Por isso a angústia dele: ele tá indo para a morte. Ele não vê saída. Quando ele fala da morte ele não viu o túnel. [...] Não tem túnel, não tem passagem... E ele fica feliz quando ele acerta. O problema é que agora que ele acertou, parece que também não tem saída. O terapeuta dá de graça. Bem colocadas as palavras do terapeuta ali.

| | | |
|----|----------|---|
| 19 | 17' 37'' | 'Então talvez sua raiva não seja exatamente das pessoas que estavam interessadas no túnel. Mas está com raiva de você mesmo, Alex... de como o seu corpo o traiu. Digo, foi uma falha do sistema que não deveria acontecer a alguém como você.' |
|----|----------|---|

[não comentou]

| | | |
|---|----------|--|
| u | 18' 21'' | 'Quando eles recebem os seus dons de Deus, nosso pai [...] |
|---|----------|--|

A postura corporal dele é muito interessante. Há toda uma linguagem aí que não vem da palavra.

[...]

A postura dele, como ele vai se colocar quando ele tá contanto vantagem dele, quando ele tá tentando falicamente, como ele se 'retesa', como um 'pau duro'. Ele se inclina para ocupar mais espaço. Quando ele se depara com esta situação, como ele se diminui, como ele se encolhe, como ele se defende desse jeito. Há um movimento de afirmação e negação simbólica, aparece no corpo o tempo todo, o corpo é simbólico.

| | | |
|----|----------|---|
| 20 | 19' 06'' | 'o que isto significa: "a vida quem nos escolheu"?' |
|----|----------|---|

[não comentou]

| | | |
|----|----------|--|
| 21 | 19' 33'' | 'então se você não conseguir dar o seu melhor, você se desaponta consigo mesmo?' |
|----|----------|--|

Pontuação belíssima. Olha o efeito dela! [...]

| | | |
|---|----------|---|
| x | 20' 18'' | 'eu sei o que você está pensando, então deixe-me ser direto.' |
|---|----------|---|

'eu sei o que você está pensando'. Essa é uma afirmação dele, uma suposição dele, uma certeza que ele tem e que o terapeuta não escuta em nenhum momento isso, né? Eu escutaria isso. [...] 'como pode saber o que eu estou pensando?' e ele parte do princípio de que ele sabe o que o terapeuta está pensando.

[...]

| | | |
|---|----------|--|
| y | 20' 22'' | 'Eu não estou com a consciência pesada. Eu já lhe disse isso antes.' |
|---|----------|--|

'Eu não estou com a consciência pesada', ó, está dizendo que está. Alguém disse que ele está com a consciência pesada para que ele precisasse dizer não? O terapeuta não disse que ele estava com a consciência pesada, pra que ele precisasse dizer 'não'. Então quem disse? Alguém disse. Ele está então, porque precisa dizer que não está.

| | | |
|---|----------|--|
| z | 20' 46'' | 'E ele disse que eu tenho que ver alguém antes.' |
|---|----------|--|

Ele vem porque alguém disse pra ele vir. Todo o desejo dele [...] ele está tutelado pelo desejo de um outro. No exército tem um outro que ordena, que dá a missão para ele cumprir. Na narrativa das identificações aparece no avô, no pai, como uma identificação de 'estar', de 'fazer como ele'. E aqui, agora, aparece indo ao psiquiatra, ao psicólogo, antes de fazer tal coisa, porque o Daniel disse para ele ir... Ainda resta: 'por que que ele quer voltar lá?', não é? Se pensarmos que ele foi lá porque mandaram, jogar a bomba, parece que querer ir lá de novo fica um pouco estranho. [...]

| | | |
|----|----------|---|
| 22 | 21' 09'' | 'E o que ela acha disso tudo? [...] Você não discute as coisas com sua esposa?' |
|----|----------|---|

[risos] Ele é totalmente sozinho, ele é totalmente fora do mundo, os laços não contam. É uma coisa perversa mesmo.

[...].

É coerente que ele coloque nesta hora. É uma boa questão.

[...]

| | | |
|---|----------|---|
| β | 21' 22'' | 'Então você quer que eu te diga que este desejo que você tem de voltar até o lugar onde você jogou aquela bomba é uma boa idéia? [...] você quer que eu me responsabilize por esta visita?' |
|---|----------|---|

Aí eu acho fantástico. Aí o terapeuta denuncia o desejo dele. Ele quer... ali está faltando um outro que mande ele lá. Ali o Daniel mandou. Na bomba, os superiores mandaram. Mas e lá? Falta alguém que mande. E ele percebe e sai da armadilha.

| | | |
|----|----------|--|
| 23 | 21' 40'' | 'Não, só estou voltando pra algo que você disse antes. Lembra que você disse que a vida te escolheu para ser um membro da elite? Que não era uma decisão sua? Talvez essa seja uma atitude com a qual você se sinta confortável. Você está confortável com isso porque você não tem que tomar decisões. Te livra de responsabilidades. Seu comandante, ele é quem toma as decisões, transfere-as a você, e você as executa.' |
|----|----------|--|

Ótimo. Ótimo, perfeito. Legal. Perfeito. Ele só saiu do campo da rivalidade para colocar melhor. Olha só... ahã. Isso.

| | | |
|----|----------|--|
| 24 | 22' 21'' | 'Eu acho que eu... Não acho que eu esteja qualificado pra isso. Mas você concordaria em ser seu próprio comandante?' |
|----|----------|--|

Perfeito. Magnífica esta parte. Olha, agora ele [paciente] fica angustiado de novo.

| | | |
|----|----------|---|
| 25 | 22' 43'' | 'Pense nas ramificações do que você está prestes a fazer. Você está voltando a um lugar onde você jogou uma bomba. 16 crianças foram mortas. Seu rosto está na internet e existe um preço pela sua cabeça.' |
|----|----------|---|

Isso aí é maravilhoso. Perfeito. Uma pessoa bem preparada, nessa hora, diria coisas assim.

| | | |
|----|----------|---|
| 26 | 24' 15'' | 'você não vê uma conexão entre seu colapso e o que aconteceu antes? Não, eu sei que você diz que não se sente culpado, mas você não acha que existe um forte desejo de pagar pelas suas ações?' |
|----|----------|---|

[...] Eu acho que tá claro que ele está se lançando na morte, ou pelo menos para a aventura de alto risco. Essa fascinação pelo auto risco. Eu acho que é isto que está movendo ele. E agora, né? Então ele [o terapeuta] está construindo uma outra pergunta pra de novo dizer a mesma coisa que ele já disse antes, ali, só que ele não formula dessa mesma maneira que eu formulei. Ele está de novo estabelecendo uma relação entre duas coisas para que ele veja que o que ele está querendo fazer é arriscado, a morte.

[...]

Ótimo, ótimo. Isso é ótimo. É a coisa mais importante que ele poderia fazer neste momento.

[...]

Ele [paciente] sai perturbado. Veja como está fazendo uma expressão... diferente. [...] perdeu até o rumo, o que mostra que a palavra pegou. O ouvindo não tem esfínter, né. Como não escutar? Né? Por mais que o sujeito nega, que não quer ouvir, mas, vai ter que lidar com isso.

PSICANALISTA L.

PERGUNTA 1

Eu, particularmente, acho que este cara se enrolou um pouco. Também acho que ele... Eu discordo de todas as intervenções que ele fez tentando buscar muito rapidamente um entendimento e um sentido para esta história toda, porque eu acho que esta história toda precisa ser escutada e, enfim... Eu acho que no lugar deste cara eu teria ficado em silêncio talvez este tempo todo e não dissesse muita coisa. Eu seria mais paciente porque... ou talvez até perguntasse a este paciente naquele momento em que ele dizia que não precisava de nada e que era absolutamente perfeito, 'o que ele estava fazendo ali?' Afinal de contas, o cara que entra numa posição destas numa sessão, bastante defendido e... eu acho que o terapeuta se deu mal na medida em que ele tentou entender, em que ele tentou compreender toda aquela história, de querer entender aquela história do congelamento e saber o que aconteceu.

[...]

No lugar dele, eu teria ficado quieto este tempo todo escutando este cara para ver se, se fundava neste cara alguma justificativa um pouco mais verdadeira... dele estar ali, enfim, do que movia este sujeito efetivamente a estar ali. Porque este terapeuta entrou numa condição de tentar responder tão rapidamente os questionamentos do paciente que, me parece ainda que a posição estava um pouco invertida, ou seja, nos momentos que ele virou terapeuta e o terapeuta virou paciente. Eu acho que quem conduziu as coisas foi o paciente. E eu acho que, numa sessão – tudo bem se a gente entende que o paciente pode conduzir as coisas na medida em que ele esteja falando dele, ou seja, que ele esteja associando livremente, que ele esteja falando dele, que ele esteja... mas ele [o paciente] faz um monte de perguntas aí, a este terapeuta, querendo implicar o terapeuta nas coisas dele, acho que um pouco em função da defesa dele, mas... enfim, acho que este terapeuta escorrega porque desde o início ele fica tentando arranjar um sentido para esta história toda. [...] e o paciente diz para ele: 'escute!' [risos], 'você não está me escutando!'. Eu acho que faltou a ele escutar. Faltou a ele uma posição de paciência. Ele é um terapeuta sem paciência. [risos].

[...]

Eu acho que este cara [terapeuta do seriado] peca em tentar achar um sentido aonde ainda não é possível de se encontrar um sentido.

[...]

Eu acho que a posição deste cara é precipitada e é por isso que ele leva as invertidas que ele leva do paciente, porque ele tenta muito que rapidamente encontrar sentido em tudo o que este cara diz. Aquela história, por exemplo, que o cara tava congelado... [risos]

[...]

O cara ficou congelado? Pô!? Que história é essa!? [risos]. Há momentos da sessão que você tem que calar a boca e deixar passar... para esta história se esclarecer depois. [...] Senão o seu tiro vai na água.

[...]

Eu acho que este terapeuta tem como característica principal ser um pouco precipitado e buscar, né, acho que interpretações sempre no campo do sentido, no campo de fazer muita ligação entre as coisas, muito apressadamente, ou seja, trabalha com uma relação de causa e efeito com muitas coisas muito... querendo estabelecer um laço que seja comum a tudo o que o paciente diz já desde o primeiro momento que o paciente chega.

[...]

'O que que quer dizer tudo isso?' Eu não sei o que quer dizer tudo isso, não sei. Vamos ver? Vamos deixar o paciente trazer? Vamos deixar que a falta se instale no paciente? Porque, isso é uma outra coisa que a gente vê aí e tá invertido. Ou seja, é o terapeuta que precisa saber, não é o paciente que tem o desejo de descobrir [riso] ou de saber, que é fundamental no que a gente faz, que é fundamental que o paciente venha se perguntando o que acontece consigo. Este cara não vem se perguntando o que acontece consigo, ele vem dizendo para o terapeuta como as coisas são. E aí eu acho que, diante de uma situação dessas, ou você faz uma intervenção... que deixa o sujeito absolutamente numa condição equívoca em relação a uma resposta qualquer, ou você fica quieto o tempo todo e... talvez seja o caso de não dizer absolutamente nada para que este sujeito, se retorna numa próxima vez, retorne com uma pulga atrás da orelha, porque aqui a pulga atrás da orelha estava atrás da orelha do terapeuta, não tava na orelha do paciente. Quer dizer, o sujeito não tinha o desejo de saber. O sujeito já sabia – inclusive estava pegando um avião! Quer dizer [...] o cara vem aqui e pergunta 'eu devo ir ou não devo ir', mas estou pegando o avião hoje à noite? Basta você dizer: 'você já decidiu'. Quer dizer... outra coisa, este cara não ouve o seu paciente, este cara não escuta o seu paciente, na minha opinião.

[...]

Ele [o paciente] passou o tempo todo sem realmente – dentro daquilo que a gente qualifica como sendo da ordem de uma escuta – sem escutar o seu paciente.

[...]

Acho que ele se perde, [...] porque acho que as coisas estão invertidas. Ele está muito mais interessado em saber e em constituir um saber para se desangustiar do que em propocionar, do lado do paciente, um desejo de saber sobre as suas coisas.

[...]

PERGUNTA 2

Eu diria a este cara aquilo que ele disse, ou seja, que ele já decidiu.

[...]

Já tá decidido, não tem o que dizer.

Perguntaria até, talvez, pra ele, ‘por que você veio até aqui? Por que você pagou 150 dólares para me dizer isso? Né, porque você não pagou 150 dólares para vir perguntar, você me pagou 150 dólares para me informar. Então porque que você me pagou 150 dólares? Pra vir me dizer o que você já sabe? Porque você já chegou até aqui com isto pronto.’

[...]

Talvez eu diria ‘bom, você me pagou 150 dólares para dizer a alguém o que você iria fazer. Isto te põe alguma questão?’ quer dizer, ‘por que que você precisou disso?’

Talvez esta questão pudesse abrir alguma questão nesse cara, né?

[...]

Porque eu acho que este paciente precisava, se fosse para se tornar um paciente, se fosse para voltar mais vezes, precisava ser um pouco ‘esburacado’, né? Ele é um cara muito cheio de certezas, muito cheio de coisas.

[...]

Acho que eu não daria o conselho ‘vá’ ou ‘não vá’, mas eu tentaria ver alguma coisa em função daquilo que eu escutasse dele, e como aquilo que ele tava dizendo era: ‘eu vou pegar o avião não sei quando’, eu diria, ‘então tá, boa viagem’, talvez eu diria. [risos] Né? O que que você vai fazer?

[...]

Sempre quando um paciente me pede um conselho eu tento agir assim, ou seja, tento agir em função do que eu escuto dele quando ele tá me fazendo a pergunta. Porque tem uma outra coisa [...]. Uma pergunta é sempre uma afirmação. ‘Será que eu vou?’, você não está dizendo que não vai, você está dizendo que vai.

[...]

Eu sempre penso, quando eu escuto os pacientes, que uma pergunta é... ‘O que que eu faço da minha vida?’ Isso é uma afirmação. Você pode tomar como: ‘Então me conte o que que você faz da sua vida’, não é, e não como uma pergunta dirigida à você, mas como uma afirmação feita por ele.

Eu procuro, na medida das minhas capacidades e possibilidades escutar os pacientes deste jeito, ou seja, ...

Porque aí não é uma pergunta que você tem que responder, porque é impossível responder

[...]

Mas eu acho que escutar os pacientes transformando às vezes perguntas em afirmações faz com que eles tenham que se posicionar diferentemente em relação a tudo aquilo que eles dizem.

[...]

É assim que eu tento trabalhar, com o máximo possível do que o paciente diz, e não trazendo ‘super interpretações’ aí. Quer dizer, eu sempre acabo pensando que as palavras já dizem as coisas, e o que nos impede às vezes de ouvir o que as palavras dizem é justamente essa interpretação a mais, esta conclusão a mais, ou essa mania de tudo querer explicar [...] porque a própria palavra já diz. Então a gente não precisa duplicar interpretações. É um modo mais laciano de pensar.

[...]

As palavras dizem. O sujeito é sujeito a isso que as palavras dizem. Ponto. Você não precisa ficar tentando perguntar, se perguntar o tempo todo ‘o que quer dizer aquilo...’, ‘o que que o paciente está querendo dizer...’. O paciente não está querendo dizer nada, o paciente tá dizendo. A gente tem que escutar. [risos] O cara disse: ‘eu estou indo’. ‘Pô, então você já decidiu! Obrigado por vir aqui me pagar 150 dólares para dizer que já tinha uma decisão’.

[...]

Eu intervenho sobre aquilo que o paciente está falando. Eu falo isso [para os meus alunos]: ‘vocês querem errar menos? Intervenha sobre aquilo que o teu paciente está dizendo, de preferência com as mesmas palavras que ele está usando, para que você não corra o risco de fazer esta passagem por você, misturar, limpar, mexer e depois voltar. Você filtra e volta – não. A ‘palavra do paciente’.

[...]

Eu acho que, talvez seria uma boa idéia dizer para este cara: ‘Não sei, eu não entendi nada do que você disse. Aliás, nem sei se você veio aqui realmente para me dizer alguma coisa’ – porque eu acho que o paciente não foi.

[...]

Fez do ouvido do outro um lata de lixo. ‘Você vai me desculpar, mas eu não entendi nada do que você me falou. Você entendeu?’ Quem sabe isso possa fazer com que esse cara [pense]: ‘pô, esse sujeito não é bobo’.

[...]

COMENTÁRIOS SOBRE AS INTERVENÇÕES DO TERAPEUTA DO SERIADO

| | | |
|---|---------|---|
| 1 | 0' 24'' | Diálogo inicial sobre as regras da terapia e piada contada pelo terapeuta de que na terapia o 'cliente está sempre errado'. |
|---|---------|---|

[risos]

Eu acho que já aí, né, [...] quando o cara diz 'há alguma regra? há alguma limitação?', 'ah, eu sou o cliente'. [...] já começa aí a haver uma certa inversão de posições. [...] Eu acho que aí [ao dizer a piada] ele já está dizendo alguma coisa que tem a ver com a angústia dele em relação ao fato de que o outro se coloca numa posição em que o outro diz 'há regra? Há limitações?', quase que dizendo: 'ah, eu sou o cliente'

[...]

Na verdade, ele [o paciente] não está numa posição de cliente. Ele está numa posição de quem dita as regras. Ele pergunta pelas regras. Por que que ele pergunta sobre as regras de entrada? 'Quais são as regras?'. Eu diria: 'Regras? ... regras do que? Porque você pergunta pelas regras?' [...] Pra que que ele pergunta pelas regras? Para não cumprir as regras? [risos], né? Sei lá, eu diria: 'Regras de quem? Regras do que?' Se fosse para fazer uma brincadeira então vamos fazer uma brincadeira com a palavra 'regras', que é absolutamente interessante, porque tem vários sentidos na língua.

[...]

Talvez esteja aí o que eu queira te dizer e que não tava conseguindo dizer. Este analista tem uma posição que não é... que não é uma posição dissimétrica. Ele tem uma posição simétrica o tempo todo. Ele responde o tempo todo como alguém que está sendo atingido por aquilo que o paciente está lhe perguntando. Ele não consegue se separar disso e, por exemplo, tomar as palavras do paciente pra tentar implicar o paciente naquilo que ele está dizendo.

[...]

Ele está numa posição identificada aí como se fossem aí duas pessoas.

[...]

Ele não está em 'disparidade subjetiva', porque existe aí uma diferença de posições entre aquele que vem buscar saber de si e aquele que escuta. Tem que haver uma 'disparidade subjetiva'. Se não houver, não há tratamento possível.

[...]

Ele poderia ter feito uma brincadeira: 'que regras? As femininas?' – me ocorreu agora. 'Vamos aqui falar das mulheres?'.

[...]

Este analista peca por entender demais. Não há equívocos, não existem equívocos! [risos]. As palavras são as palavras e acabou! – não existem equívocos. 'eu fiquei congelado' é 'eu fiquei congelado mesmo', a ponto de ficar se batendo para pensar se isso é real ou se isso não é real, 'eu morri'. Imagina alguém que morreu e tá aí?! Quer dizer, no mínimo é de você dar uma risada disso – claro, na medida do possível, não é brincar, mas é tentar por nisso alguma diferença que balance a posição desse sujeito que vem numa posição em que ele quer te dizer coisas, mas absolutamente não quer perguntar-se sobre nenhuma.

[...]

Vamos brincar um pouco com a palavra, vamos dar um outro sentido também, que ela pode ter. É isso que eu acho que faz a diferença. Por que, se eu digo e você me entende, uma análise é impossível.

[...]

E eu acho que esta é a única possibilidade de você sair, né, e de você fazer valer a tua interpretação. Porque se não você fica num campo – exatamente o que você tem aí, na minha opinião – o 'campo da opinião'. Quer dizer, este analista tá o tempo todo dando opiniões, e o cara tá dizendo: 'eu não concordo com as tuas opiniões'. Espera aí! Você está se apressando demais! [riso], né, 'não concordo com isso que você está dizendo'. Quer dizer, tudo o que ele diz é discutível para este paciente. Talvez não seria discutível se ele estivesse diante de um paciente que tivesse uma transferência com ele em que, bom, 'ele é o certo e eu sou errado, então, tá bom', funcionasse esta piada pra ele, 'o paciente está sempre errado e eu estou sempre certo'. Se funciona esta piada dele, perfeito. Aí tudo o que ele disser o paciente vai aceitar. Só que isto também, na minha opinião, não é uma análise. Quer dizer, isto é 'sugestão', é o exercício da transferência que faz sugestão.

[...]

| | | |
|---|---------|--|
| 2 | 1' 36'' | 'Obrigado, mas acho que nessa profissão, o... "melhor" realmente é uma questão de opinião pessoal' |
|---|---------|--|

[Não comentou]

| | | |
|---|---------|---|
| 3 | 1' 59'' | 'é importante para você saber que eu sou o melhor?' |
|---|---------|---|

[risos]

Seria: 'já que você diz, eu sou'. Ponto. 'Já que você está me dizendo, eu sou. [...] então agora me conte de você', né? 'já que você chegou dizendo que eu sou o melhor analista e que você fez pesquisas, então agora me fale de você'. 'Mas você é o melhor?' [paciente] 'Sim, eu sou. Você que está dizendo que eu sou.' [...] 'Agora, o "melhor" está aqui para lhe ouvir' [risos] certo? e pronto! Eu não vou discutir com o cara e não vou dizer pro cara que aquilo que ele tá dizendo não tá correto: 'olha, é questionável', né? 'é questionável que eu seja o melhor. Eu posso ser o melhor pra você e o pior para um outro. Veja, isso é uma questão de opinião pessoal'. Por isso que eu estou te dizendo: fica na coisa da opinião. 'Então se você diz, eu sou!'. Porque eu acho que a transferência também é isso. Ou seja que você me toma como secretário da clínica porque você me encontra lá, né, sentado atrás daquela mesa, porque eu estou te esperando, porque você chega num horário que não tem mais secretária, e você diz: 'oi, como vai? Eu gostaria de conversar com o xxxx' e eu digo: 'eu sou o xxxx' [e você diz] 'oh, desculpe, pensei que você fosse o secretário', eu não vou dizer qualquer coisa, no sentido, 'eu não sou o secretário, veja'. Não... tá bom. Eu sou capaz de dizer: 'Eu posso ser quem você quiser que eu seja'. Porque eu acho que a transferência é um pouco isso. Né, ou seja, você tem que ter essa capacidade de poder, é..., enfim, é... receber, é... a suposição que o paciente faz de você a partir do significante da transferência, e lidar com isso. Se ele te confunde com seja lá quem for, é uma questão dele, não é uma questão tua. 'Você é o melhor'. 'Tá bom, então vamos lá. Então você veio consultar o melhor.' Ponto.

[...]

Olha lá: 'eu sou o melhor?'. Ele tá colocado o tempo todo como uma pessoa em relação à outra porque está atendendo outra pessoa, né, isto é..., é..., acho que isto atrapalha o trabalho, desde o nosso ponto de vista.

[...]

O que o paciente diz tem que ser escutado, não tem que ser discutido.

| | | |
|---|---------|---|
| 4 | 2' 13'' | 'Então como você se sente sendo cliente do "melhor terapeuta"?' |
|---|---------|---|

Eu não faria também esta pergunta.

[...]

| | | |
|---|---------|------------------------------------|
| 5 | 4' 19'' | 'Então, por que você veio me ver?' |
|---|---------|------------------------------------|

[...]

Não entendi porque que ele coloca esta questão aí [...], neste momento. Se bem que eu acho que esta é uma questão interessante de ser colocada: 'o que que você está querendo?' né? 'dizendo que a tua cabeça tá a prêmio [...]. E aí depois ele vai contar toda uma história de morte e aí vai dizer: 'bom então eu vou procurar lá a coisa de novo. Eu vou voltar lá para ver o que aconteceu'. Eu acho que há um caminho associativo aí. Mas acho que é preciso esperar para esclarecer um pouco, quer dizer, precisa desdobrar isso, porque, agora que você está passando de novo, ele está dizendo que está com a 'cabeça a prêmio'. Depois ele traz uma história da corrida e de que ele morreu e foi congelado, e tal tal tal, e depois ele termina dizendo que tomou a decisão de ir até este lugar onde ele está com a cabeça a prêmio. Não interessa se vão reconhecê-lo ou se não vão reconhecê-lo, mas ele vai a um lugar onde ele diz que tá com a cabeça a prêmio. Isso talvez fosse uma questão que pudesse ser colocada pra ele. 'O que é que você vai buscar num lugar em que você está com a cabeça está a prêmio?'

[...]

Eu acho que este terapeuta tinha que ter ficado um pouco mais quieto, escutando o que o paciente tinha a dizer em relação a tudo isso, não tentando fazer todas as conexões que ele fez no meio da conversa. Eu acho que isto atrapalhou

[...]

Quando ele tenta responder muito rapidamente para si mesmo o que que este cara tinha vindo fazer ali, e o que que ele quer, e por que que ele veio procurar

[...]

Ele devia ter esperado o cara falar. Já que você dá então a palavra ao paciente, que o paciente está nesta posição em que ele está, de alguma forma, entre aspas, no comando da coisa, então deixa ele chegar lá. Deixa ele ter esta ilusão se ele precisa ter esta idéia de que é ele quem vai... não fique correndo atrás, né? porque este cara, não sei, um perverso, um histérico, mas tem uma posição histórica. Quer dizer, ele joga a isca e o outro vai lá e... Não sei se ele tem uma posição histórica ou o outro é muito obsessivo e fica tentando, né, saber, saber, saber, quando quem teria que estar interessado em saber algo é o paciente, não ele, né. Por isso que eu acho complicado. Então tá bom, se vamos chegar, vamos ouvir então, vamos deixar o cara falar. 'Então me conte'. Fique quieto.

| | | |
|---|---------|---|
| 6 | 5' 41'' | 'quantas... crianças... morreram nesta missão?' |
|---|---------|---|

Eu não entendi porque que ele fez esta pergunta também. [...] Parece que ele supõe, né, e ele não escuta de novo o cara dizer que a questão era acertar o tiro, acertar o alvo, a questão não era, ele dormia mal porque ele tinha matado crianças.

Ele talvez dormisse mal se ele tivesse falhado na missão. E eu não sei se é à toa que o paciente insiste um pouco em ‘eu falho’ ou ‘eu não falho’. Não sei se ele não tá, se ele não insiste nisso justamente também porque ele considera que este cara está falhando um pouco com ele, no sentido em que o cara tá vacilando um pouco, que ele balançou o cara, que o cara não sabe muito bem o que perguntar e que o cara lança uma pergunta do tipo supondo uma culpa onde o paciente já havia dito que não havia culpa. Eu acho que nestes momentos tem que ficar quieto e esperar. Espera, espera este sujeito que diz que não falha falhar. Espera este cara fazer um lapso, espera este cara fazer um ato falho, espera este cara tropeçar numa vírgula. Pronto, aí você, né? Ou seja, minha posição é essa, não adianta... se não você fica discutindo com o paciente, senão você fica numa posição que está discutindo para ver, né? ‘quem entra aqui está sempre errado e eu estou sempre certo’. Então, um paciente, ainda mais um paciente destes que... um kleiniano diria que é cheio de defesas, talvez, e por isso ataca, né?. Você tem que esperar o cara tropeçar. E aí não tem... porque é a tua pontuação, não é algo que se discute, é algo que se faz sobre um troço do paciente. Quer dizer, você não vai discutir com o paciente, não vai dizer uma opinião sua, porque você vai dizer não é uma opinião sua ‘é algo que você disse’. Ponto. Aí o paciente vai ter que dar conta daquilo que ele disse. [...] Aqui quem tá tendo que dar conta é o analista. [risos] [...] Ele tá correndo atrás do osso que o paciente lançou.

[...]

Não é ele que tem que correr atrás da cenoura, afinal de contas, quem vem com a questão é o outro. [...]

| | | |
|---|---------|-----------------------------|
| g | 5' 51'' | ‘A Marinha doutor! Escute!’ |
|---|---------|-----------------------------|

Ó, ó! ‘Escute’, ‘listen’. Inclusive ele não diz ‘pay attention’, ele diz ‘listen’: ‘escute’, porque traduziram ‘preste atenção’. Não é ‘preste atenção’, é ‘escute’. [...]

| | | |
|---|---------|--|
| 7 | 6' 12'' | ‘Então, quando você soube que as crianças haviam sido mortas?’ |
|---|---------|--|

[não comentou]

| | | |
|---|---------|--|
| 8 | 6' 21'' | ‘o que exatamente você viu? Alguma coisa específica que você se lembre?’ |
|---|---------|--|

[...]

Também não consigo entender muito bem por que que ele intervém, quer dizer, ele parece estar intervindo e insistindo na tese de que ter matado crianças é uma coisa muito ruim para o paciente, e que o paciente está negando, a ponto de depois ele dizer, mais tarde, que às vezes os pacientes escondem coisas dos seus analistas. Eu acho que ele tá trabalhando um pouco com esta idéia.

[...]

Eu acho que este terapeuta tá demais pessoalmente colocado nessa história. Acho que as perguntas que ele faz não são perguntas que ele está fazendo em função só do que o paciente está dizendo, ele está fazendo perguntas em função daquilo que ele está pensando, né, em relação à atitude que o paciente teve ou à missão que o paciente fez. Me arrisco até a dizer que ele está um pouco identificado com a algo ou com estas crianças que foram de alguma forma mortas. Quer dizer, quem sabe, quem esteja lembrando, quem esteja fazendo associações verdadeiras e lembrando do efeito das crianças mortas é ele. [...]. ele tá seguindo a linha... tem um fio associativo nas perguntas dele, né? ele não está seguindo o que o paciente está dizendo, ele está seguindo o fio associativo que é do lado dele.

[...]

Quer dizer, ele não está verdadeiramente escutando o paciente, ele tá escutando – tudo bem, talvez seja a teoria da contratransferência de que eu interpreto aquilo que eu estou sentindo [...].

[...]

Quer dizer, ‘[...] o que que você sente por ter matado as crianças?’ né? ‘Pô, eu já te disse, eu não sinto nada. A questão não é essa’. Se bem que a questão da morte permeia todo o discurso dele, né, mas é a morte das crianças, é a morte dele, é voltar lá para ver alguma coisa, não sei o que que isso tem a ver. Teria que desdobrar isso em outras sessões para poder entender. Mas que há uma coisa, no discurso dele, quando ele traz esta questão da morte, há. Eu não sei o que que ele tá querendo ir encontrar lá também. Isso não fica claro. Eu não arriscaria neste sentido, né, a concluir alguma coisa já do que ele quer encontrar. [...]

| | | |
|---|---------|--|
| 9 | 7' 41'' | ‘Então, como isso fez você se sentir?’ |
|---|---------|--|

[não comentou]

| | | |
|----|---------|---|
| 10 | 7' 50'' | ‘Interessante você comparar a morte da mãe com esta missão que você fez.’ |
|----|---------|---|

De novo é ele quem faz a ligação. Acho que desde um ponto de vista, desde um certo ponto de vista, ele está... esta ligação não é uma ligação incorreta, absolutamente incorreta porque, afinal de contas, parece se estabelecer aí um veio

um pouco associativo, né, de algumas coisas que, pelo menos, quem escuta associa – não sei se o paciente tá associando, mas quem escuta associa. Ou seja: a morte da mãe, a posição do pai em relação à morte da mãe, de um ano depois já estar com outra mulher, né, quer dizer, nem uma lágrima sequer. Como ele também não solta uma lágrima sequer na missão. Agora, então, nesse sentido, eu acho até correta a construção. Eu só não sei, continuo insistindo, eu só não sei se vale tanto a pena assim com o paciente que está nesta condição, trazendo o discurso desta forma, que você tente convencê-lo daquilo que, das ligações que existem no seu discurso. Porque a posição transferencial, desde a entrada deste paciente é complicada para fazer isso. E eu acho que este analista tenta convencer. Insisto, eu teria ficado quieto o tempo todo, tá, para provocar neste paciente algum tipo de pergunta. E provavelmente, quando ele fizesse a pergunta, não sei se era o caso às vezes de encerrar ali e dizer ‘continuamos a conversar num outro momento’, ou seja, para deixar bem marcada esta posição de que aqui as perguntas, o querer saber de alguma coisa tem que estar do lado dele. Eu tentaria alguma estratégia neste sentido. Porque as estratégias que o analista está tentando são sempre de uma construção, uma junção, ou seja, o cara já traz um monte de sentido e ele tá acrescentando mais sentido ainda, né? quer dizer, e o que tem que ficar colocado que é ‘eu não sei o que acontece comigo’, ‘eu vim aqui querer saber’, né, se este paciente tivesse dito: ‘sabe que eu nunca tinha me tocado que esta posição que eu critico do meu pai em relação à morte da minha mãe talvez tenha alguma coisa a ver com a minha posição’, aí é outra coisa. Agora, não é assim. Quem faz isto é o analista e ele diz: ‘você é muito perspicaz’. [...] Ele admitiu a perspicácia do analista mas não deu muita sequência a esta história.

[...].

Tudo o que o paciente quer é não saber de si..., e pra isso ele se defende construindo saberes. Se você, do teu lado, contribui para que ele construa mais saberes sobre isso, você está contribuindo para que ele não se analise, para que ele não saiba dele mesmo.

[...]

| | | |
|---|----------|--------------------------|
| n | 10' 02'' | ‘Você realmente morreu?’ |
|---|----------|--------------------------|

Aí, ó, [risos], né? Acho estranha a intervenção. Quer dizer, ‘você realmente morreu?’ Não é por aí, né, quem morreu morreu! [risos]. Quem morreu não está aqui me falando da sua morte. Quer dizer, [...] Ele se coloca em dúvida sobre isso, né, ao invés de dizer: ‘realmente você morreu’. Ou de não dizer nada. Quer dizer, ele se coloca em dúvida sobre uma coisa que não dá para ter dúvida, porque, afinal de contas, o paciente sobreviveu. ‘É, tô vendo que você morreu, deve ter morrido, morrido de tanto correr.’ Quer dizer, dá um outro estatuto à coisa, né, que não se coloca nesta posição de duvidar dele, de ‘pô, você está me deixando meio perdido com isso tudo’ [risos], que eu acho que é como o cara fica.

[...]

| | | |
|----|----------|--|
| 11 | 10' 50'' | ‘Você sente que talvez você desapontou as pessoas por não ter tido esta experiência? Que talvez, de alguma forma, você falhou em atender as expectativas?’ |
|----|----------|--|

[não comentou. Ver na cena abaixo]

| | | |
|----|----------|---|
| 12 | 11' 13'' | ‘E o que estava se passando pela sua cabeça?’ |
|----|----------|---|

Aí eu acho que ele fez uma questão interessante, quer dizer, uma questão correta. Ele ouviu o cara. O cara diz: ‘Bom naquele momento, na minha cabeça, ninguém sabe o que que estava passando’. ‘Bom, e o que que estava passando na sua cabeça?’ Pronto. Daí ele acertou. Quer dizer, aí ele fez uma questão lúcida, no tempo certo. Aí ele acertou. Agora, ‘você sente que estava desapontando as pessoas?’ ou ‘você sente isso, você sente aquilo?’, acho que aí há um exagero.

[...]

É uma intervenção que sequer está contida no discurso do paciente, que ele faz. Essa de ‘você sente que está desapontando...’ A outra não, a outra está contida no discurso do paciente.

[...]

| | | |
|----|----------|--|
| 13 | 12' 31'' | ‘Por um minuto pensei que você iria dizer outra coisa. Que talvez você tivesse medo que uma ereção fosse associada com a presença do amigo, Daniel.’ |
|----|----------|--|

Supondo que o cara era homossexual... Que a ereção dele tinha a ver com a presença do amigo. E aí ele dá risada, né?

[...]

| | | |
|----|----------|---|
| 14 | 12' 51'' | 'talvez eu não tenha sido muito claro quando disse que o cliente está sempre errado. O que eu quis dizer é que às vezes o paciente esconde algumas coisas do seu terapeuta, esconde de si mesmo. Então parte do nosso trabalho é trazer a tona as coisas que escondemos.' |
|----|----------|---|

E aí ele entra com aquilo que eu já tinha comentado antes que é 'não, mas o cliente está sempre escondendo alguma coisa' – quer dizer, com a qual, obviamente eu não concordo. Eu acho que não é assim. [...] O paciente nunca mente, mesmo quando esteja mentindo. Né, porque se ele precisa mentir para você, isso tem um fundo de verdade, ele precisa mentir pra você. A verdade tá aí, no mínimo, de que ele precisa mentir pra você. E isso é clínico, faz parte da transferência, né. Então, neste sentido, eu acho que o paciente nunca mente. Mesmo que ele esteja mentindo, ele está falando a verdade, seja a verdade de que ele precisa mentir ou de que precisa omitir, de que ele precisa esperar um pouco para te contar algumas coisas até ter um pouco mais de confiança em você, seja o que for. Eu não gosto, eu não parto desta posição de que o paciente quer me enganar.

[...]

Como é que eu vou poder tratar de alguém se eu não permito que estas coisas entrem no meu consultório. Quer dizer, eu acho que isto precisa fazer parte do tratamento, precisa ser escutado e entendido segundo a transferência, e respondido não sempre... como não sendo dirigido à minha pessoa. [...] Não sou eu que o paciente quer enganar

[...]

E o paciente não tem o direito? De não querer te contar coisas tão imediatamente quanto..., neste primeiro momento em que ele te conhece? Ele tem todo o direito, né? E os paciente fazem isso, e dizem 'eu estou vindo há seis meses aqui e só agora eu me senti seguro, segura, para te dizer isto, porque eu não sabia como é que você ia me escutar'. Tá bom. Mas continua sendo um problema dele, não é um problema meu. É ele que supunha que eu ia ser uma escuta assim ou assado, né? [...] e é material pra trabalho, do mesmo jeito, como todo o resto do material.

[...]

O problema não é que o paciente esconde, o problema é que ele [o terapeuta] interpreta como sendo algo em relação à figura dele, à pessoa dele. É aí que está a questão, né? Que o paciente não queira contar, tem todo o direito. Agora isso não quer dizer que isso tenha a ver comigo sempre.

| | | |
|----|----------|--|
| 15 | 13' 57'' | 'Então, alguma coisa sobre como você descreve seus últimos momentos tem ligação com o fato de o seu pai ver as coisas como ganhos e perdas?' |
|----|----------|--|

[...]

Acho já desnecessária esta intervenção [...] porque já estava surgindo da primeira [quando o terapeuta pergunta 'o que tinha de engraçado na expressão "perder a consciência"] [...] que o cara lembrou do pai a partir da expressão. Então, o analista poderia ter perguntado 'e você e seu pai?' né? e o outro teria dito 'não, não é tempo de falar disso agora'. Tá bom, mas teria ficado marcado isso. Como ficou... ficou, acabou ficando, só que eu acho que não precisava ter feito aquela construção ali, aquela construção ficou exagerada. [...] Eu acho o seguinte: quando a gente fala demais a transferência gasta, sabe, [...] a tua posição na transferência acaba ficando gasta. Você acaba usando palavras à toa e acaba justamente retirando das palavras a importância que elas têm no tratamento.

[...]

| | | |
|----|----------|---|
| 16 | 14' 20'' | 'Então você está... Você está me testando? Na verdade acho que está me testando desde que entrou por aquela porta. Perguntou sobre mim e minha reputação. Você pede – bem, praticamente ordena, que eu lhe faça certas perguntas que você acha que morro de vontade de fazer. É realmente importante pra você, eu acho, que eu adira a certos padrões que você definiu antes de entrar por aquela porta.' |
|----|----------|---|

Talvez eu perguntasse isso para o paciente de uma forma diferente.

[...]

Talvez eu dissesse algo como..., ou teria perguntado antes: 'por que que você precisa saber tantas coisas a meu respeito para poder falar de você?' ou seja, 'por que que você precisa ter alguma garantia sobre mim para poder falar de você?'

[...]

Eu não sei se eu faria todas estas intervenções. Eu acho até que elas tiveram um efeito bom. [...] Não é muito meu estilo intervir construindo tantas coisas assim. [...]

Eu penso que a garantia que você quer ter em relação ao analista também é um pouco a garantia que você quer ter em relação ao outro.

[...]

Isto diz de uma posição do paciente também, né? Então eu me perguntaria – não sei se perguntaria a ele – muito mais sobre isso do que me preocuparia em responder como alguém que estaria sendo testado.

[...]

Este cara sempre interpreta como se as coisas sempre tivessem sido dirigidas para ele. [...]

Eu acho que não faria este tipo de intervenção. Eu perguntaria: ‘por que que você precisa ter tantas certezas?’ [...] Porque acho que essa é a posição do paciente perante o outro, perante o grande Outro, uma tentativa de saber se esse Outro é faltante ou não é faltante, e acho que isso, se bem escutado, inclusive nos esclarece sobre a questão diagnóstica, se a gente pensa que o diagnóstico se faz pela transferência.

[...]

Não sei se eu diria que este sujeito é um perverso. Acho que ele é um neurótico, acho que ele... tanto que tem uma questão, que aí aparece, né, com o pai. Acho que aí, talvez, aí ele ‘opa, não vamos tocar nisso, vamos deixar isso pra depois’. Quer dizer, aí ele acusa o golpe, vamos dizer assim, de que algo nele não funciona bem. E eu acho que é aí, é a partir daí que este analista tem que entrar, não obrigando ele a falar do que ele não quer falar, mas, acho que isso poderia servir como uma baliza pra este analista continuar escutando este paciente. Ou seja, tem aí uma questão, tem aí alguma coisa que o toca e que ele não sabe muito bem como resolver e que é a primeira vez no filme talvez que você vê que ele se bate um pouco, [...] em que ele diz: ‘olha, não sei, vamos deixar isto pra depois’, quer dizer, ‘não quero falar nisso’. [...] Este é o momento desta entrevista, pra mim, que a coisa fica colocada. Tai a questão!

[...]

É que ele não é um laciano e ele fica enredado pelas regras, né? Porque talvez fosse até o momento de cortar a entrevista e dizer: ‘bom, se você não quer entrar agora nisso, talvez não seja necessário, mas isso é um ponto’. Porque o problema é que, como ele trabalha com 50 minutos, com o preço previamente fixado que ele nem discute, né, [...] isso engessa a posição dele também, e ele não tem culhão para dizer ‘eu não te disse que era 50 minutos’ e mandar este paciente embora num momento anterior aos 50 minutos, em que isso pudesse se constituir uma questão para o paciente. Ele não faz isso, ele tá vendido nesta situação aí porque, pelas regras, pelos limites que são impostos – teoricamente, ou por aquilo que ele acredita que deva ser.

| | | |
|----|----------|---|
| 17 | 15’ 05’’ | ‘e o que você espera encontrar, Alex? Como sabemos que sou bom o bastante para você?’ |
|----|----------|---|

[disse que já comentou]

| | | |
|----|----------|--|
| 18 | 16’ 52’’ | ‘Você diz que “você conseguiu” voltar a este mundo. [...] Apesar de ter feito esse esforço para sobreviver, todos se decepcionaram?’ |
|----|----------|--|

Não entendi muito bem esta parte... esta parte de que ele ficou congelado... Eu acho que o cara se perdeu nisso. Passaria isso. [...]

| | | |
|----|----------|---|
| 19 | 17’ 37’’ | ‘Então talvez sua raiva não seja exatamente das pessoas que estavam interessadas no túnel. Mas está com raiva de você mesmo, Alex... de como o seu corpo o traiu. Digo, foi uma falha do sistema que não deveria acontecer a alguém como você.’ |
|----|----------|---|

[não comentou]

| | | |
|----|----------|---|
| 20 | 19’ 06’’ | ‘o que isto significa: “a vida quem nos escolheu”?’ |
|----|----------|---|

Achei boa a pergunta. [...] E eu acho que ele até tá correto quando ele diz [...] ‘foi a vida que te escolheu, não foi você que escolheu as coisas na vida, assim como você é um combatente que a marinha disse que você tinha que ir lá e atirar nos caras’, ou seja, eu acho que não é incorreto isso que ele diz. Talvez eu não fizesse desse modo, mas eu acho que não é incorreto a leitura que ele faz neste momento. É diferente das leituras que ele fez em outros momentos, né? ele já não está mais identificado com as crianças que foram mortas, ele já está escutando um pouco mais tranquilo o que o cara tá dizendo. Não consigo dizer bem, não consigo identificar o que mudou nele, mas algo mudou em que ele passou a escutar o paciente um pouco diferente, [...] menos tocado por aquele incidente do bombardeio [...]

| | | |
|----|----------|--|
| 21 | 19’ 33’’ | ‘então se você não conseguir dar o seu melhor, você se desaponta consigo mesmo?’ |
|----|----------|--|

[não comentou]

| | | |
|----|----------|---|
| 22 | 21' 09'' | 'E o que ela acha disso tudo? [...] Você não discute as coisas com sua esposa?' |
|----|----------|---|

É isso de novo, ele parte de um conceito dele de que ele deveria discutir isso com a mulher e o cara fala: 'isso não tem a ver com a minha mulher. Isso tem a ver comigo'. Então ele tá fazendo uma interpretação a partir de uma posição um pouco ligada ao ideal dele, né? [...]

| | | |
|----|----------|--|
| 23 | 21' 40'' | 'Não, só estou voltando pra algo que você disse antes. Lembra que você disse que a vida te escolheu para ser um membro da elite? Que não era uma decisão sua? Talvez essa seja uma atitude com a qual você se sinta confortável. Você está confortável com isso porque você não tem que tomar decisões. Te livra de responsabilidades. Seu comandante, ele é quem toma as decisões, transfere-as a você, e você as executa.' |
|----|----------|--|

Eu não acho que a construção seja totalmente equivocada, mas eu não a colocaria desta forma. Acho que até as coisas têm relação associativa, mas eu não colocaria desta forma. [...] Eu não entraria muito nisso [...] porque eu acho que é muito pra frente isso, e eu acho que tá muito antecipado no tempo e acho que não é disso que ele tá tratando. Você vai dizer para um cara que é soldado de tropa que ele não se responsabiliza... pelas suas atitudes, e que ele é um pau mandado? Tá bom, mas não é isso que ele veio discutir com você. Isso é uma conclusão quase que teórica, [...] que eu acho que tem que ficar fora, né? Não deixa de ser verdadeira. Quem conhece militares sabe como a coisa é.

[...]

Quer dizer, então não está incorreto isto dentro de um ponto de vista, mas é um ponto de vista teórico, geral, que serve pra todo mundo, e que não é específico do que ele tá trazendo. [...] Acho também que ele faz, às vezes, pontuações que são um pouco generalistas, um pouco baseadas numa opinião geral, num ideal [...]. Ele, no meu entendimento, quando ele faz isso aí, aí ele mata o sujeito, aí ele deixa de fora o cara que tá falando.

[...]

| | | |
|----|----------|--|
| 24 | 22' 21'' | 'Eu acho que eu... Não acho que eu esteja qualificado pra isso. Mas você concordaria em ser seu próprio comandante?' |
|----|----------|--|

[risos] ah, isso eu não teria dito nunca! Porque ele desconsidera a posição dele, na transferência.

[...]

Quem sabe isso depois de dez anos de análise a gente consiga... mas não aí na primeira sessão [risos].

[...]

Tinha que ter dito para esse cara: 'você já tomou a sua decisão, você já está com a passagem comprada', ou dizer simplesmente 'mas você já está com a passagem comprada! qual é a tua dúvida? [risos] Você já tomou a sua decisão. Se você já tomou a sua decisão, ela já está tomada'. A gente até poderia delirar se quisesse, mas aí seria mais delirante que ele de pensar porque que o cara volta no lugar em que ele corre o risco de morte e o que que isso tem a ver com toda a história que ele conta da corrida, da morte e tal. Mas isso seria para o futuro, né. [...] Mas seria uma associação mais nossa do que dele, talvez.

[...]

O paciente está dizendo 'eu preciso que você seja o melhor'. É aquilo que eu te dizia da relação com o outro na transferência, ou seja, é o paciente que precisa que ele seja o melhor, quer dizer o paciente que precisa que o outro seja garantidamente o melhor. E aí ele responde: 'mas eu não sou o melhor.' Olha: 'e você devia ser o melhor'. Sei lá se é tão histórico este cara. Já estou pensando em outras coisas. [...] veja o que que ele precisa, qual é a posição que ele precisa do outro: a posição de um ideal do outro que não falha, ele não falha, ele quer ter a certeza. Isso é mais obsessivo que histórico.

| | | |
|----|----------|---|
| 25 | 22' 43'' | 'Pense nas ramificações do que você está prestes a fazer. Você está voltando a um lugar onde você jogou uma bomba. 16 crianças foram mortas. Seu rosto está na internet e existe um preço pela sua cabeça.' |
|----|----------|---|

[não comentou]

| | | |
|----|----------|---|
| 26 | 24' 15'' | 'você não vê uma conexão entre seu colapso e o que aconteceu antes? Não, eu sei que você diz que não se sente culpado, mas você não acha que existe um forte desejo de pagar pelas suas ações?' |
|----|----------|---|

Mas aí é que tá: ele é quem faz as conexões. Ele não espera para que o paciente as faça.

[...]

É... Não sei, aí eu vou te dizer bem sinceramente? parece um pouco final de filme americano. Certo? Porque antes não era nada disso, e agora, no final da sessão, é como se o analista recuperasse todo um monte de cagada que tinha feito antes e agora fosse. [...] é que eu acho isso meio desconectado do resto, meio artificial.

[...]

Acho que quando alguém tá em sessão falando legitimamente de suas coisas e recebe uma interpretação dessa ou a sua mensagem que lhe retorna e pega no ponto, não precisa ser no final da sessão para pegar no ponto. [risos] né? Se fosse para pegar no ponto, já teria pegado no ponto quando ele estava falando sobre isso e ali ele já teria tido alguma reação que demonstrasse que ele tinha alguma condição culpógena em relação ao seu ato.

E este tipo de reação [...] que sinais que, pra você, poderiam ser demonstrativos de uma [...], de que 'pegou no ponto'?

Eu acho que até sinais um pouco como eles estão demonstrando aí. Quer dizer, o cara dá uma arriada, né, ou o cara começa a chorar, começa a sair lágrimas do olho do paciente, ou o paciente começa a demonstrar que não está se sentindo confortável com aquilo que ele tá dizendo, [...] ou o paciente diz 'não vamos falar disso agora', como quando o paciente não quer falar do pai, 'eu tenho algo que me ocorre mas eu não quero te contar já', eu acho que estas são manifestações de desconforto, de contrariedade, de conflito que nos indicam que alguma coisa aí tá tirando o paciente de uma posição confortável, e que é por uma questão.

[...]

Eu lembro de um relato de sessão [...] em que o paciente, é, relata uma briga com a mulher em que a mulher o acusa, ou o tema, a palavra 'megera' entra na briga. 'Você é uma megera', alguma coisa assim. Essa é a abertura da sessão. Aí o paciente faz um silêncio e tem uma lembrança dele na praia, quando era criança, conversando com um amigo e dizendo pro amigo que ele não concebia a idéia de que os pais dele transassem. E aí, assim, porque a pergunta que ele fazia para a esposa, é..., era a seguinte, porque a esposa dizia que ele estava agindo como uma megera com os filhos, e ele pergunta à esposa: 'onde e quando eu megerei?' [risos], né, uma fantasia de autogeração que tem tudo a ver com não admitir que os pais transem. Quer dizer, existe uma cadeia associativa absolutamente lógica aí. [...] Aqui acho que eles não conseguiram estabelecer isto direito, por mais que eles tenham tentado. [...]

[...]

Eu gosto muito daquele exemplo do Freud [...], o exemplo do cara que cerca Tiro, a cidade de Tiro. É um sonho [...]. como ele chega no final da tarde, e não é um bom horário, então ele vai dormir. E ele sonha que existe um sátiro dançando em cima do escudo dele. E ele acorda de manhã e vai contar este sonho ao oráculo da tropa, ao cara que tinha um pouco esta função. E ele diz 'eu não vou invadir Tiro que nós vamos perder esta batalha, porque o meu sonho, de que tem um sátiro dançando em cima do meu escudo quer dizer que nós perdemos a batalha'. E o cara diz: 'invada Tiro, porque Sá-tiro [ça Tiro] quer dizer 'Tiro é tua'. O prefixo sa [ça] quer dizer posse. Então 'Tiro é tua, então invada'. Ou seja, como a interpretação pelo sentido leva a uma conclusão, e a interpretação pelo literal leva a outra. Nem sempre a gente consegue fazer esta interpretação pelo literal, mas eu acho que tanto mais a gente consiga escutar isso e levar isso a sério, eu acho que mais é eficaz a interpretação, né?

ANEXO 5 – EPISÓDIO *ALEX* – *WEEK ONE* DA SÉRIE *IN TREATMENT*