



**Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa  
Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia  
Dissertação de Mestrado**

**O SUJEITO E A LINGUAGEM NA CLÍNICA**

**Autor:Roberval de Souza Ignácio  
Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Mariza Vieira da Silva**

Roberval de Souza Ignacio

## **O Sujeito e a Linguagem na Clínica**

Dissertação apresentada ao Programa de  
Pós-Graduação em Psicologia da Universidade  
Católica de Brasília, como requisito parcial para a  
Obtenção do Título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Profª. Drª. Mariza Vieira da Silva

I35s Ignacio, Roberval de Souza.

O sujeito e a linguagem na clínica. / Roberval de Souza Ignacio – 2004.  
104f. il. ; 30 cm

Dissertação (mestrado) – Universidade Católica de Brasília,  
2004.

Orientação: Profa. Dra. Mariza Vieira da Silva

1. Psicologia clínica. 2. Psicologia prática. 3. Psicanálise. I. Silva, Mariza  
Vieira da, orient. II. Título.

CDU 159.9

Brasília  
2004

Trabalho de autoria de Roberval de Souza Ignacio, intitulado “O Sujeito e a Linguagem na Clínica”, requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, defendida e aprovada, em 2004, pela banca examinadora constituída por:

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Mariza Vieira da Silva  
Orientadora

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Cláudia Castellanos Pfeiffer

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marta Helena de Freitas

Brasília  
2004

*A meus pais, Roberval e Josefa,  
que tanto me ensinaram e ainda continuam a fazê-lo.*

*A Denise, querida esposa,  
pelo apoio e companhia ao longo de toda a caminhada.*

*A João Alberto e Lieda,  
por escutarem e acreditarem nos meus ideais.*

*Aos meus irmãos e amigos,  
pelo estímulo, pela amizade e confiança de sempre.*

## AGRADECIMENTOS

A Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Mariza Vieira da Silva, todo o meu reconhecimento pela acolhida e incentivo acadêmico, pelo empenho e dedicação com que me orientou. Por sua enorme paciência em saber dizer com maestria e singular habilidade certas palavras, nos momentos difíceis, dando sempre força, permitindo um enorme crescimento pessoal e, também, profissional, o que tornou possível a realização desta dissertação.

As Prof<sup>s</sup>. Dr<sup>s</sup>. Marta Helena de Freitas e Ondina Pena Pereira, que trouxeram ricas questões na qualificação do projeto de dissertação.

A toda equipe de Profs. Drs. da Universidade Católica de Brasília que de uma forma direta ou indireta suscitaram valiosas indagações no decorrer deste mestrado.

## RESUMO

Esta dissertação tem como objetivo compreender o lugar e o modo de escuta do psicólogo clínico, através da análise da estrutura e do funcionamento do discurso que se produz sobre a clínica em relação com o discurso produzido em seu interior, enquanto um espaço de interlocução entre sujeitos, que afeta e é afetado pelo processo de individualização do sujeito-psicólogo e do sujeito-paciente em um contexto histórico-social dado, tendo como referencial teórico e metodológico a Análise de Discurso sustentada pelos trabalhos de Michel Pêcheux e de Eni Puccinelli Orlandi, o que implicou em se discutir, mesmo que provisoriamente, as possibilidades de uma clínica interdisciplinar, articulando os campos da Psicologia e da Psicanálise.

A descrição e análise dos discursos lexicográfico e midiático, articulado a outras discursividades, se deram em torno de três grandes questões: o lugar do sujeito-psicólogo e seu processo de formação, o lugar do sujeito-paciente na sociedade moderna, e a interlocução desses sujeitos no espaço da clínica, considerando que o sujeito ao falar está em plena atividade de interpretação e que esta é sempre regida por condições de produção específicas, ou seja, pelo produção de um imaginário em que a ideologia está sempre presente.

Os resultados apontaram para a necessidade de se pensar a formação do psicólogo de modo que ele possa fazer uma escolha consciente e consistente, do ponto de vista epistemológico, quanto ao tipo de prática clínica que irá desenvolver, não se escudando em uma noção ambígua e simplista de interdisciplinaridade, mas historicizando seu dizer, representando-se como autor: responsabilizando-se pelo que diz ou escreve.

**Palavras-chave:** Análise de discurso. Clínica. Imaginário. Psicanálise. Psicologia. Sujeito.

## **ABSTRACT**

This thesis aims to understand the place and method of tapping the clinical psychologist, examining the structure and functioning of speech that is produced on the clinic in connection with the speech produced in the interior, while a space for dialogue between subjects, that affects and is affected by the process of individualization of the subject and the subject-psychologist-patient in a historical context and social data, with the benchmark theoretical and methodological analysis of the Speech sustained by the work of Michel Pêcheux and Eni Puccinelli Orlandi, which meant to be discussing, even if temporarily, the possibilities of an interdisciplinary clinical, articulating the fields of psychology and psychoanalysis. The description and analysis of speeches and media lexicográfico, articulated the other discursividades were given around three main issues: the place of the subject, psychologist and the process of training, the place of the subject-patient in modern society, and the subject of interlocution in the space of the clinic, believing that the person to speak is in full activity of interpretation and that is always governed by specific conditions of production, namely the production of an imagination in which the ideology is always present. The results pointed to the need to consider the formation of the psychologist so that he can make a conscious and consistent, from a epistemological, on the type of clinical practice that will develop, not escudando in an ambiguous concept and simplistic of interdisciplinarity, but historicizando their say, representing himself as author: blaming themselves for what says or writes.

Keywords: Analysis of dsicurso. Clinic. Fellow. Imaginary. Psychoanalysis. Psychology.

## **SUMÁRIO**

Introdução.....	09
1. Análise de Discurso: uma proposta de escuta .....	13
2. A clínica e a cura .....	26
3. A clínica e o sujeito na mídia.....	46
4. O sujeito na clínica.....	68
5. Conclusão.....	96
6. Referências.....	100

## Introdução

Como psicólogo clínico, há alguns anos venho questionando o lugar de escuta do psicólogo na prática clínica, pela importância que a linguagem tem em todo o trabalho que aí se desenvolve, bem como pelo lugar que ela ocupa nas diferentes abordagens dos campos da Psicologia e da Psicanálise.

Após a graduação em Psicologia, especializei-me na área clínica pelas possibilidades de análise, de compreensão e de investigação do ser humano, visualizando ali um espaço fecundo de transformações. Mas, ao desenvolver o trabalho clínico, percebi que essas possibilidades não estavam ali postas como uma evidência. Era necessário um pouco mais de observação, de experiência, de conhecimento. Além disso, algo começou a incomodar-me, algo que aparecia, principalmente, no momento em que iniciava a primeira entrevista com um novo paciente, que trazia consigo algumas interrogações. O que fazer com um saber-diagnóstico que este paciente possui *a priori* sobre seu sofrimento e que o traz para a clínica?

Outras questões somam-se a essa, quando se tem início a construção de uma clínica pautada na fala do paciente e este já traz, nessa fala, uma demanda de normalização de conduta, de equilíbrio psíquico e da cura de alguns sintomas considerados indesejáveis por ele mesmo, o que supõe ser este paciente possuidor também de um saber sobre o que seja normal, equilíbrio, doença psíquica, cura. Que saber seria esse? Como e onde ele se constitui? Como lidar com essas questões? Qual é a posição do psicólogo? Se não atender à demanda, o paciente irá embora?

Acreditava, desde então, ser a linguagem fundamental na construção do processo clínico, mas não a dominava, ou melhor, não tinha conhecimentos específicos sobre ela. Acabava, pois, utilizando testes, como os projetivos, como um instrumental complementar para colher, por exemplo, informações que não foram reveladas na entrevista, tentando assim responder às minhas indagações. Indagações essas que, no entanto, persistiam, pois os testes como o Wartteg, o TAT e o Rorschach, embora digam tratar também de questões qualitativas, o fazem

através de escalas quantitativas e qualitativas, o que, de uma certa forma, deixava fora algumas singularidades do paciente.

Causava-me um certo incômodo, também, perceber que alguns testes projetivos são instrumentos quase que exclusivo dos psicólogos, que são os responsáveis por sua aplicação, interpretação e validação diagnóstica. Como perceber os furos, as falhas?

O Mestrado em Psicologia surgiu, então, como um espaço privilegiado para a discussão, sistematização e compreensão dessas questões e formulação de outras. Esta dissertação veio como possibilidade de pesquisar e entender o que se passa na prática clínica, entre o psicólogo e o paciente, no discurso que ali se produz na relação com o mundo: um discurso que mostra uma opacidade, restando sempre fragmentos não transparentes que alimentam a minha inquietação, enquanto psicólogo, em perceber que há algo a questionar, a descobrir.

O processo terapêutico constitui-se via fala e pelos efeitos do trabalho interpretativo. Efeitos que demonstram a eficácia da linguagem em relação à possibilidade de reestruturação da experiência do sujeito, de um remanejamento no plano pulsional e nas possibilidades de satisfação. No trabalho clínico, não há mera transmissão de informações e, sim, formulações que remetem a um discurso que é afetado pela ideologia e pela história – social e individual –, que constitui o sujeito e cria condições para ele significar o mundo e a si mesmo, e que marca o funcionamento da clínica e os seus efeitos.

Este trabalho teve, pois, como objetivo compreender o lugar e o modo de escuta do psicólogo, através da análise da estrutura e do funcionamento do discurso “sobre” e “da” clínica, tendo como referencial teórico e metodológico a Análise de Discurso. Em sua construção, buscamos sistematizar, analisar e compreender a especificidade da linguagem que se configura no e sobre o espaço clínico, articulando três campos de saberes: o da Psicologia, o da Psicanálise e o da Análise de Discurso, trabalhando com recortes de diferentes discursividades, em que a ciência, o imaginário e o simbólico se aliam e confrontam, e colocando em questão tanto a posição do sujeito paciente quanto a do sujeito psicólogo, em seus compromissos sociais, políticos e éticos.

Para a Análise de Discurso, o discurso é um objeto social, parte do funcionamento geral da sociedade, efeitos de sentido entre locutores cuja especificidade está na sua materialidade lingüística. O discurso não é sinônimo de fala, mas é pela fala que chegamos a compreender esse objeto teórico que é o discurso. E o sujeito é uma posição enunciativa construída

historicamente, pela articulação entre formações discursivas. Não estamos falando, pois do indivíduo empírico que procura a clínica. A Análise de Discurso irá considerar a prática clínica como sendo uma prática entre sujeitos, e tanto o sujeito paciente quanto o sujeito analista, no caso, estão aí implicados.

A Análise de Discurso – AD - é uma teoria e um instrumento de leitura e de interpretação de textos que se criou sustentada pelas teorias do Materialismo Histórico, da Lingüística e da Psicanálise, deslocando assim, vários conceitos relativos a esses campos disciplinares, que interessam diretamente a este trabalho. Decidimos por apresentar no primeiro capítulo o dispositivo teórico da Análise de Discurso, uma vez que os objetos das demais seções desta dissertação foram lidos e trabalhados à luz desse referencial, ao mesmo tempo em que instaurava o processo de construção do dispositivo analítico. A AD não sendo uma disciplina positiva, não poderia ter uma escrita linear, o que significa um contínuo ir-e-vir entre a teoria e os textos analisados, entre o tema proposto e os problemas teóricos daí decorrentes, e a construção de objetos discursivos a partir da análise dos recortes textuais feitos.

A primeira questão decorrente tanto das dúvidas e angústias iniciais, quanto das análises feitas ao longo do Mestrado, dizia respeito ao lugar do psicólogo, construído na relação com o conhecimento psicológico, produzido em diferentes campos disciplinares, mais especificamente, na relação entre Psicologia e Psicanálise. O que se quer dizer quando falamos em clínica, em cura? Como se produzem e se estabilizam esses referentes? Na relação terapeuta x paciente ou analista x analisando o sentido referencial é o dominante? Como pensar essa relação entre sentidos dominantes e teorias psicológicas e psicanalíticas? Como lidar com a opacidade da relação terapeuta x paciente ou analista x analisando em relação a um imaginário que constrói determinadas formas de subjetivação pela articulação entre língua e ciência? Como a clínica normaliza o discurso do paciente? Será possível a clínica interdisciplinar?

Partimos, então, para um trabalho bibliográfico sobre essa questão da interdisciplinaridade, analisando o discurso científico e o discurso lexicográfico (dos dicionários), incidindo nossos recortes sobre os termos “cura” e “clínica”, conforme apresentamos no capítulo 2 desta dissertação. Os resultados apontaram para alguns entraves epistemológicos para se propor uma clínica interdisciplinar, bem como nas suas consequências para o trabalho clínico, delineando uma contradição a ser enfrentada pelo psicólogo em sua

prática. O objetivo deste trabalho não será o de exterminar os conflitos e contradições, mas, sim, o de criar novas possibilidades de análise e reflexão sobre estas várias discursividades que constroem e sustentam a clínica.

A segunda questão que nos propusemos a analisar e compreender foi a do imaginário do paciente que chega à clínica, pois, inicialmente, achávamos que o problema, a dificuldade estava somente no paciente. Começamos a questionar o lugar / modo de escuta do psicólogo na clínica, a sua relação com a linguagem que lhe era trazida pelo paciente: um paciente que tinha um saber, um diagnóstico *a priori* sobre seu sofrimento, sobre o que seja normal, equilíbrio, doença psíquica, cura. Que saber seria este? Como e onde ele se constitui? Fizemos, então, nosso segundo recorte, incidindo sobre o discurso da mídia, tema de nosso terceiro capítulo. Para tanto, realizamos uma pesquisa na Revista Cláudia, que resultou em duas comunicações apresentadas em dois congressos da área de Psicologia e Psicanálise: um em João Pessoa e outro em Brasília, cuja análise foi, posteriormente, expandida nesta dissertação.

Na primeira pesquisa, colocamos nosso foco em uma seção da revista de perguntas e respostas – sendo a pergunta de leitoras e a resposta de um especialista da área, onde observamos o funcionamento de um discurso – o da mídia – em que se dá uma circulação do conhecimento psicológico, popularizando-o e contribuindo para a construção desse imaginário, ou seja, para a estabilização dos referentes e dos sentidos, que marcam a fala do paciente que chega à clínica, revelando as relações entre diferentes práticas e discursividades, como a prática clínica e a prática científica, e as relações entre saber e poder no processo de subjetivação do homem moderno. A segunda pesquisa, feita também na mesma revista Cláudia, esteve centrada no corpo, tal como a mídia o produz e reproduz. Os resultados ali encontrados trouxeram novos sentidos para o nosso tema e uma maior compreensão do referencial teórico e do espaço clínico como espaço de linguagem.

No quarto capítulo, considerando o percurso feito e o tempo disponível, fizemos alguns recortes textuais que privilegiam a relação paciente-analisando/psicólogo-psicanalista no consultório, trazendo como unidades de análise dois casos clínicos e depoimentos que fizeram parte do *corpus* trabalhado por Pereira, em sua tese de doutorado (1999), em que descreve e analisa as representações que os analisandos constroem sobre a cena analítica, na perspectiva antropológica.

Provisoriamente, pudemos fazer algumas conclusões que dizem respeito à construção de uma rede discursiva na qual se busca, de diferentes e mesmas formas, estabelecer uma interdisciplinaridade entre os campos da Psicologia e da Psicanálise, às vezes, com prejuízo para ambos. Observamos, ainda, que pensar nessa rede é pensar não só na produção do conhecimento, mas também em sua circulação em uma sociedade da informação como a nossa. A questão da autoria, enquanto uma função a ser exercida pelo sujeito-psicólogo, trouxe para a discussão temas como o do compromisso social, ético e político dos profissionais que trabalham com o psiquismo humano, e também fez parte de nossas conclusões.

## 1. Análise de Discurso: uma proposta de escuta

A escolha do referencial teórico e metodológico da Análise de Discurso – AD - não foi aleatória, considerando o lugar central ocupado pela linguagem na prática clínica, em que se estabelece um processo de interlocução entre dois sujeitos falantes de uma determinada língua, como língua materna ou como língua aprendida. Trata-se antes e, sobretudo, de uma prática de linguagem. Interessa-nos, pois, compreender, mediante um dispositivo teórico e um instrumento de análise, os sentidos possíveis que são produzidos no momento em que se fala-ouve, lê-escreve, em um espaço-tempo determinado, onde o sujeito encontra um “outro íntimo/estrano” (Pereira, 1999, p.15). A configuração do espaço clínico se dá a partir do ato da fala, em que se materializam, juntamente com a interpretação, o inconsciente e a ideologia.

De acordo com Bucher (1989), o profissional clínico em suas múltiplas interações com o seu objeto de estudo e de trabalho que, precisamente, não é um objeto, mas, sim, um sujeito a ser tratado a partir de sua singularidade, necessitará de sustentação científica, para que possa compreender que fala é essa construída entre paciente e terapeuta. Mediante essa compreensão caberá ao profissional clínico decidir, a partir de um referencial teórico, o que fazer, porque fazer e como fazê-lo.

A AD ocupa-se da questão do sujeito mas também da do sentido, instituindo assim o que se tem chamado semântica discursiva (teoria do discurso), que trabalha a determinação histórica dos processos de significação. A AD possibilita construir procedimentos que expõem o discurso do paciente e do psicólogo a níveis opacos do não-dito que emerge como discurso do Outro, colocando em evidência o sujeito que fala, responsável pelo sentido que diz e, ao mesmo tempo, assujeitado à língua.

Para a AD, a noção de sujeito é atravessada pela linguagem e pela história, o que implica uma relação entre o simbólico e o imaginário, enquanto lugares de produção de sentidos, enquanto lugares de estabilização e de reprodução, mas também de ruptura. O sujeito está submetido à língua e à história, pois para se constituir e produzir sentidos, ele é afetado por elas. Ele é assim determinado, pois se não sofrer os efeitos do simbólico, ou seja, se ele não se submeter à língua e à história ele não se constitui, ele não fala, não produz sentidos. O sujeito só tem acesso à parte do que diz, ele é materialmente dividido desde sua constituição: ele é sujeito de e é sujeito à. (Orlandi, 2002). Na prática clínica – uma prática

social -, importa procurar ouvir, naquilo que o sujeito diz, o que constitui os sentidos de suas palavras, e que não está colado às palavras. Segundo Pêcheux (1998):

*“Todo indivíduo humano, isto é, social, só pode ser agente de uma prática, se revestir da forma de sujeito. A ‘forma-sujeito’, de fato, é a forma de existência histórica de qualquer indivíduo, agente das práticas sociais”.* (p. 183)

A AD desenvolve-se a partir do final da década de 60 do século XX, na França, tendo como criador Michel Pêcheux, filósofo de formação, que tinha como ambição abrir uma fissura teórica e científica no campo das Ciências Sociais, e, em particular, da Psicologia Social. Pêcheux visava a uma transformação da prática das Ciências Sociais, para que pudesse torná-la verdadeiramente científica. Do ponto de vista de Pêcheux, as Ciências Sociais são essencialmente técnicas e têm uma ligação crucial com a prática política e com a(s) ideologia(s), cujo instrumento é o discurso, constituindo, assim, a AD como modo de se poder pensar e analisar o histórico e o político como próprios do processo de significação do dizer, no qual se constitui o sujeito. Nessa abordagem, o seu objeto de estudo é o discurso, enquanto objeto lingüístico e histórico.

A historicidade não está para a AD, definida pelo tempo enquanto dimensão do mundo, mas por discursividades determinadas pela ideologia, por uma materialidade sócio-histórica (Henry, 1990), logo, por um tempo de linguagem não cronológico. Trata-se, pois, de uma posição teórica que toca diretamente o nosso tema: a linguagem na clínica, em que se articulam o social e o individual, em um tempo marcado pelas horas, dias, meses, anos das sessões que ali acontecem, mas também pelo tempo do psiquismo, do inconsciente.

A AD materializa-se no espaço de questões criadas pela relação entre três domínios disciplinares que resultam em uma ruptura com o modo de fazer ciência do século XIX: a Lingüística, o Materialismo Histórico e a Psicanálise. Dessa forma, ela pode ser considerada como a herdeira dessas três regiões de conhecimento, “mas não de modo servil, pois, não se reduz ao objeto da Lingüística, nem se deixa absorver pela Teoria Marxista e tampouco corresponde ao que teoriza a Psicanálise. Interrogando a Lingüística pela ausência de historicidade, a Análise de Discurso interpela o materialismo questionando-o a nível simbólico, diferenciando-se da Psicanálise pelo modo como, considerando a historicidade,

trabalha a ideologia como materialmente relacionada ao inconsciente sem ser absorvida por ele” (Orlandi (2002, p. 20).

Ela trabalha, portanto, na confluência desses campos de conhecimento, o que proporcionará uma ruptura em suas fronteiras e produzirá um novo recorte, constituindo assim, novas formas de conhecimento que irão afetar o novo objeto em seu conjunto, sendo este objeto o discurso: efeito de sentidos entre locutores.

A linguagem pode ser concebida de várias maneiras, mas, de acordo com Orlandi (2002), “como seu próprio nome indica, não trata da língua, não trata da gramática, embora todas essas coisas lhe interessem. Ela trata do discurso, no seu sentido etimológico, que traz em si a idéia de curso, de percurso, de correr por, de movimento. O discurso é assim palavra em movimento, prática de linguagem. Com o estudo do discurso observa-se a prática discursiva do sujeito”. (p.15 - Grifo nosso).

Uma dessas maneiras de se conceber a linguagem é tomá-la como instrumento de comunicação, concepção esta que sustentava à época do nascimento da AD, junto com o esquema reacional – estímulo-e-resposta -, os procedimentos de descrição do comportamento lingüístico. Esse esquema informacional – emissor-mensagem-rebedor -, proveniente das teorias sociológicas e psicosociológicas da comunicação foi o escolhido por Pêcheux (1990) para desenvolver sua teoria, pois ele tem a vantagem de “pôr em cena os protagonistas do discurso bem como seu referente” (p.81).

No esquema reacional, Pêcheux considera que os lugares do produtor e do destinatário do estímulo ficam apagados, esquecendo-se de que na análise do comportamento verbal torna-se difícil separar o experimentador da montagem, e traz como argumento para corroborar sua opção, as palavras de Moscovici e Plon:

*“(...) a atitude skinneriana resulta em excluir no exame do comportamento humano, em geral, e do comportamento lingüístico, em particular, as ações das regras, das normas que os indivíduos estabelecem entre si. Por essa via, ela chega também a minimizar a dimensão simbólica que a linguagem adquire, a par de sua associação com essas regras, e o papel não-negligenciável que ela desempenha na sua constituição”.* (apud Pêcheux, 1990, p. 80)

Será, justamente, para romper com a concepção tradicional da linguagem como instrumento de comunicação, que Pêcheux irá produzir um deslocamento no esquema

informacional, do qual resultará uma noção de sujeito – lugar de fala – em oposição ao de indivíduo empírico - “emissor” e “recebedor” -, constituindo-se, assim, um novo objeto de estudo: o discurso, enquanto efeitos de sentido entre os lugares de fala ocupados pelos locutores . Não se trata de lugares empiricamente determináveis - o que nos permitiria falar em papéis – mas de representações, transformadas, desses lugares (de psicólogo, de psicanalista, de paciente, de analisando) presentes nos processos discursivos. Ele dirá no primeiro modelo de AD criado em 1969:

*“(...) o que funciona nos processos discursivos é uma série de formações imaginárias que designam o lugar que A e B se atribuem cada um a si e ao outro, a imagem que eles se fazem de seu próprio lugar e do lugar do outro”.* (Pêcheux, 1990, p. 82).

Um discurso sempre se materializa a partir de posições de sujeito dadas, em condições específicas, no interior de relações de sentido e de relações de forças existentes. Assim, podemos entender também como constitutiva das relações de interlocução a “antecipação do que o outro vai pensar” (Pêcheux, 1990, p.77), enquanto uma estratégia discursiva.

A fala do paciente na clínica não deve ser tomada isoladamente, mas como um produto resultante de um processo, ou ainda, como elemento constitutivo de um processo mais amplo. Para a AD, fazem parte das condições de produção a situação empírica – eu / tu, aqui, agora -, mas também o contexto histórico e social. Além disso, os interlocutores, no nosso caso o psicólogo e o paciente, são tomados como posições de fala, como posições de sujeito, de onde o indivíduo fala sem pleno controle do que diz. E aquilo sobre o que se fala – o referente –, este também não guarda uma relação direta palavra-coisa, mas se constrói pela e com a linguagem: um objeto imaginário, que é preciso compreender como se construiu.

Que formações imaginárias estarão em funcionamento na prática clínica em relação aos sujeitos da interlocução e o referente – aquilo sobre o que se fala em uma situação dada? Como podemos responder às questões postas por Pêcheux (1990), no espaço da clínica: “Quem sou eu para lhe falar assim?” “Quem é ele para que eu lhe fale assim? “Quem sou eu para que ele me fale assim?” “Quem é ele para que me fale assim?” “De que lhe falo assim?” “De que ele me fala assim?” (pp. 83-84).

Ao romper com a concepção instrumental da linguagem, Pêcheux seguiu também os passos de uma orientação que teve uma importância considerável na França: o Estruturalismo.

Como também o fez Lacan, ao reler Freud, e ao dizer que o inconsciente é estruturado como uma linguagem, tendo o seu aforismo justificado na reflexão de que será na análise que o inconsciente irá se ordenar em discurso, apoiando-se no próprio discurso que o estabelece. (Lacan, 1998).

Movimento intelectual este, que se desenvolveu particularmente na França dos anos 60, em torno da lingüística, da antropologia, da filosofia, da política e da psicanálise, o Estruturalismo foi uma tentativa antipositivista, que visava questionar o real, em que se entrecruzam a linguagem e a história. Mas esse mesmo Estruturalismo abriu uma porta para se especificar de todos os pontos de vista possíveis, inclusive os biológicos, a natureza humana, para a partir daí fazer dela um princípio explicativo, permitindo o retorno do sujeito intencional, que tem pleno controle do que diz e do que faz.

Temos, então, um ponto divergente com esse Estruturalismo tomado de forma genérica, pois, para a AD um deslocamento central é a da noção de homem para a de sujeito. Assim, ligar Pêcheux ao estruturalismo é dizer que ele se apropria de uma forma específica, assim como Lacan, Althusser, Foucault, Derrida, de algumas de suas noções, ou ainda, usar esse termo no plural: estruturalismos. E esse deslocamento vai estar sustentado no que Pêcheux apropria da Lingüística como base para a análise dos processos discursivos: a noção de língua.

A linguagem, os sentidos, não nascem em um momento determinado em um indivíduo específico. A fala do paciente que chega à clínica já está, pois, interpretada, ou melhor, revela os gestos de interpretação de um sujeito que está no mundo, que tem e faz história. O sujeito-paciente produz sentidos e, ao mesmo tempo, é inscrito em um dito em que as coisas já significam. Diante de qualquer objeto simbólico o homem é levado a interpretar. Não há, pois, fala destituída de relação com outras falas, com outros ditos, por ele ou pelo outro, como também com o não-dito, apagado ou esquecido. A intertextualidade é constante e contínua.

Para a AD, o social não é correlato ao lingüístico, ele é constitutivo do lingüístico, isto é, não há uma correlação entre a estrutura da língua e a da sociedade, pois o que há é uma construção conjunta do social e do lingüístico, e o discurso é um objeto sócio-histórico cuja especificidade está na sua materialidade lingüística. Trata-se, pois, de uma outra concepção de língua que permite compreender os gestos de interpretação de um sujeito, que não corresponde ao indivíduo empírico; uma língua sobre a qual o indivíduo não tem pleno controle.

Quando nascemos, já há uma língua estruturada e as coisas já estão significando. Na fala do paciente há marcas dessa historicidade quando ele diz sem dominar completamente o que está dizendo, deixando vestígios na estrutura da língua. E o trabalho clínico proporcionará que em algum dado momento ele se surpreenda: “Eu nunca havia pensado nisso!” Não havia pensado, mas falou.

De acordo com Pereira (1999), “a forma como os analisandos recebem a intromissão de uma outra voz que corta a sua fala, interferindo nos rumos dos seus encadeamentos, produzindo arestas e apontando outras possibilidades, mostra como na cena analítica estabelece-se um tipo especial de dialogia” (p. 105). No espaço clínico a fala do paciente e do profissional que lá está, irá adquirir um caráter criador, porque nesse espaço não se trata de procurar uma teoria geral do homem, mas sim de escutar a sua fala de uma maneira especial, criando, dessa forma, um novo aprendizado, onde as redes de significação tramadas pelo costume e pelo hábito são implodidas, para dar lugar ao prazer do reconhecimento de significados insólitos, estranhos. (Pereira, 1999, p.118).

O objeto de estudo da Lingüística constitui-se pelo chamado corte saussureano, em que se busca dar conta da heterogeneidade e diversidade que são constitutivos de toda língua. Ao separar o que é social – e essencial – do que é individual – e acessório -, Saussure (1974) vai produzindo a possibilidade de se pensar em um indivíduo que não é a origem e fonte de seu dizer, ou seja, no descentramento do sujeito. Há um sistema de signos que pré-existe à entrada do indivíduo no mundo e que o torna falante. Esse sistema funciona independentemente da vontade e intenção de um único indivíduo; ele funciona pelas relações que se estabelecem entre os elementos desse sistema. E essas relações são negativas e opositivas, conforme a noção de valor por ele proposta. Assim, “menino” é uma forma masculina em português, não porque termina em “o”, mas porque existe uma outra forma – “menina”- terminada em “a”. As formas estão sempre em relação a uma outra para se estruturarem – e significarem, acrescentaríamos. Não há coisa em si. Não podemos, pois, pensar na fala do paciente em si, mas na relação necessária com a do psicólogo, com a da mídia, com a da ciência, por exemplo.

Para a Lingüística, esse sistema de signos tem completa autonomia em relação ao indivíduo, à situação, à história. Para a AD, a questão que se põe é em relação a essa autonomia absoluta, pois o indivíduo está no mundo e com ele se relaciona pela mediação da língua, enquanto um sujeito falante que é. Dessa forma, o que a AD questiona é o que é

deixado para fora, no campo da Lingüística: o sujeito e a situação, procurando, então, redefinir isso em função da constituição de seu objeto.

A situação, tal como ela é trabalhada de um modo geral nas Ciências Sociais, é incompatível com a concepção de língua adotada pela AD, porque a noção de sujeito reaparece sob duas formas – o sujeito empírico e o sujeito psicológico – formas essas que o colocam na origem, enquanto onipotente e determinado pelas suas intenções: ora tendo o controle do sistema, ora plenamente identificado a ele.

Para Pêcheux, a AD interessa-se pela linguagem tomada como prática: mediação, trabalho simbólico, e não instrumento de comunicação. É ação que transforma, que constitui identidades. Ao falar, ao significar, eu me signifício. Para a AD, o fato mesmo da interpretação, ou melhor, o fato de que não há sentido sem interpretação, é que irá ser o ponto principal para a noção de ideologia.

Do ponto de vista discursivo, sujeito e sentido não podem ser tratados como já existentes em si. É pela noção de incompletude da linguagem que se introduz a noção de ideologia, logo, da possibilidade sempre presente do equívoco, da falha. Então, não se pode confundir determinação do sujeito – uma posição – com determinismo. E, nem pensar o funcionamento da língua só como repetição, reprodução, pois há sempre a possibilidade de ruptura. Se assim não fosse, não haveria análise de discurso e análise no sentido psicanalítico.

A ideologia é a condição para a constituição do sujeito e dos sentidos. O indivíduo é interpelado em sujeito pela ideologia para que se produza o dizer. Interpelação compreendida como a língua e o homem na história. Partindo da idéia de que a materialidade específica da ideologia é o discurso e a materialidade específica do discurso é a língua, a AD trabalha a relação língua-discurso-ideologia. Essa relação completa-se com o fato de que, como diz Pêcheux (1988), não há discurso sem sujeito e não há, sujeito sem ideologia.

Se a Lingüística deixa fora a exterioridade (que é objeto das Ciências Sociais) e as Ciências Sociais deixam fora a linguagem (que é objeto da Lingüística), a AD coloca em questionamento justamente essa relação excludente, transformando a própria noção de língua (em sua autonomia absoluta) e a de exterioridade (histórico-empírica). Dessa maneira, pode-se dizer que não há discurso sem sujeito nem sujeito sem ideologia, pois, a ideologia é interpretação de sentido em certa direção, que por sua vez, é determinada pela relação da

linguagem com a história em seus mecanismos imaginários, porque a ideologia não é ocultação, e sim, função da relação necessária entre a linguagem e o mundo.

Quando se afirma que há uma determinação histórica dos sentidos, não se está pensando a história como evolução e cronologia: o que interessa não são as datas, mas os modos como os sentidos são produzidos e circulam. Importa, portanto, não só a estrutura, mas também o acontecimento, em que se coloca em questão “o estatuto das discursividades que trabalham um acontecimento, entrecruzando proposições de aparência logicamente estável, suscetíveis de respostas unívocas (é sim ou não, é x ou y, etc) e formulações irremediavelmente equívocas”. (Pêcheux, 1990, p. 28).

O sentido é, neste dispositivo teórico, uma relação determinada do sujeito – afetado pela língua – com a história. É o gesto de interpretação – determinado pela história social e individual - que realiza essa relação do sujeito com a língua, com os sentidos. Esta é a marca da subjetivação e, ao mesmo tempo, o traço da relação da língua com a exterioridade. E a exterioridade a que nos referimos é a exterioridade discursiva, ou seja, os outros discursos que estão também ali funcionando no dizer do sujeito – uma posição enunciativa, logo um sujeito de linguagem. E não há sujeito sem estar situado na história, fora de um mundo em que as coisas já significam. Ideologia e inconsciente estão materialmente ligados pela língua.

Para a AD, a noção de sujeito, empiricamente coincidente consigo mesmo, é posta em questão e recusada enquanto conceito capaz de dar conta de compreender os gestos de interpretação. É na e pela memória, sobre a qual não temos controle pleno, que sentidos que parecem nossos, se constroem, dando-nos a impressão de sabermos do que estamos falando. Como sabemos, aí se forma a ilusão de que somos a origem do que dizemos e escutamos.

Está em questão, em nosso trabalho, tanto a posição sujeito-paciente quanto a posição sujeito-psicólogo. Resta acentuar o fato de que este apagamento do processo de constituição da forma-sujeito é necessário para que o sujeito se estabeleça em um lugar possível no movimento da identidade e dos sentidos: eles não retornam apenas, eles se projetam em outros sentidos, constituindo outras possibilidades dos sujeitos se subjetivarem, pois, para Pêcheux (1988), não há ritual sem falha, ou seja, “a língua não funciona fechada sobre si mesmo, ela abre para o equívoco” (Orlandi, 2001, p.103).

Temos, assim, a constituição da forma-sujeito histórica, enquanto forma de assujeitamento em que o indivíduo, afetado pelo simbólico, na história, é desde sempre

sujeito. Não temos como não sermos sujeitos, sendo desde sempre falantes: sujeitos à língua, na história. Nas sociedades capitalistas, a forma-sujeito histórica é a de um sujeito ao mesmo tempo livre e submisso: o sujeito-de-direito.

Silva (2000), discutindo a questão da autoria na alfabetização, em uma análise discursiva de um artigo de Vygotsky, “O papel do brinquedo no desenvolvimento”, mostra como o brinquedo pode ser tomado como um lugar social de individualização desse sujeito jurídico, em que o sujeito se submete livremente à ordem significante, transcrevendo um trecho deste autor, em que ele diz que o brinquedo, não obstante, ele seja:

*“(...) a primeira manifestação da emancipação da criança em relação às restrições situacionais, ele é, ao mesmo tempo, o caminho pelo qual a criança aprende a seguir os caminhos mais difíceis, subordinando-se a regras e, por conseguinte, renunciando ao que ela quer, uma vez que a sujeição a regras e a renúncia à ação impulsiva constitui o caminho para o prazer no brinquedo. [...] Em um sentido, no brinquedo a criança é livre para determinar suas próprias ações. No entanto, em outro sentido, é uma liberdade ilusória, pois suas ações são, de fato, subordinadas aos significados dos objetos, e a criança age de acordo com eles”.* (Vygotsky, 1994 – Grifos de Silva)

Em um outro processo, na relação do sujeito com o mundo, em termos sociais e políticos, essa forma-sujeito já constituída individualiza-se em relação ao Estado, como podemos observar nos trabalhos de Foucault. Temos, agora, o sujeito individualizado, aquele que procura a clínica. Se não compreendermos esses processos e tomarmos apenas a fala do sujeito já individualizado que chega à clínica, como proveniente de um sujeito intencional e consciente, estaremos apagando o simbólico, o histórico e o ideológico, que estão na base de sua constituição.

*“É dessa maneira complexa que podemos pensar a questão do sujeito, da ideologia e do deslocamento como algo que não se dá apenas pela disposição privilegiada de um sujeito que, então, poderia ser ‘livre’ e só não o é por falta de vontade... Ou, o que dá no mesmo, que, sem ideologia, seríamos felizes para sempre”.* (Orlandi, 2001, p.107)

O artigo de Silva (2000), anteriormente mencionado, traz para esta dissertação uma outra noção importante da AD: a de autor, tal como trabalhada por Orlandi e Guimarães (1988), enquanto uma extensão da noção de autoria proposta por Foucault (2001-a). De acordo com Foucault, em seu livro “A ordem do discurso”, há procedimentos internos de controle do

discurso, sendo a de autor um desses, como um princípio de agrupamento do discurso, como aquele que dá unidade e origem as suas significações, como “foyer” de sua coerência, não estando presente, contudo, em toda fala e de modo constante, como em conversas, decretos, contratos.

A AD amplia essa noção e coloca-a como uma função do sujeito, necessária a qualquer discurso. Essa seria, então, uma função enunciativa, uma unidade que se cria a partir da heterogeneidade. Teríamos o falante como o indivíduo empírico, o locutor como aquele que se representa como “eu”, o enunciador como a perspectiva que esse “eu” constrói, e o autor como a função social que esse “eu” assume enquanto produtor de linguagem. É do autor que se exige coerência, não-contradição, responsabilidade. É aí que se constrói uma imagem de unidade para o sujeito, apagando o processo de sua constituição em relação à Ideologia e ao Outro, e de sua dispersão, embora deixando vestígios.

Na relação do sujeito com o discurso há um jogo entre a liberdade, que é do sujeito, e a responsabilidade, que é do autor. E essa busca do controle do sentido irá dizer justo da possibilidade de seu descontrole, da irrupção do discurso do Outro, da ideologia. Temos, aí, pois, um lugar interessante para pensarmos na questão da singularidade do sujeito: um espaço-tempo significante de tensão e de apagamentos.

No processo clínico, não há mera transmissão de informações e, sim, formulações que remetem a um discurso que é afetado pela ideologia e pela história – social e individual -, que constitui o sujeito e cria condições para ele significar o mundo e a si mesmo, e marca o funcionamento da clínica e os seus efeitos.

Para Orlandi (2001):

*“Do ponto de vista da significação, não há uma relação direta do homem com o mundo, ou melhor, a relação do homem com o pensamento, com a linguagem e com o mundo não é direta, assim como a relação entre linguagem e pensamento, e linguagem e mundo tem também suas mediações. Daí a necessidade da noção de discurso para pensar essas relações mediadas. Mais ainda, é pelo discurso que melhor se comprehende a relação entre linguagem / pensamento / mundo, porque o discurso é uma das instâncias materiais (concretas) dessa relação. (p.12 – Grifo nosso)*

Nesta dissertação, estaremos trabalhando esses processos de individualização do sujeito antes que os de sua constituição, uma vez que centraremos a análise nas formações imaginárias, nas representações dos que chegam à clínica e do profissional que lá se encontra,

no que isso possa nos fazer compreender, pelo menos, em parte, os limites e possibilidades de uma clínica interdisciplinar. A constituição do sujeito seria tratada no processo analítico de cada paciente.

O quadro teórico e metodológico da AD irá possibilitar construir algumas possíveis formulações do que é e do que poderia ser um outro lugar do trabalho clínico. Esse outro lugar irá filiar-se a uma concepção onde a linguagem é necessariamente opaca e incompleta, porque não há sentido em si. A linguagem é um sistema de relações de sentidos onde, a princípio, todos os sentidos são possíveis, ao mesmo tempo em que sua materialidade – uma estrutura lingüística afetada pela história - impede que o sentido seja qualquer um.

O sentido não existe em si mesmo, mas é determinado pelas forças em aliança e confronto no processo sócio-histórico. Para Pêcheux (1988), “as palavras, expressões, proposições, etc., mudam de sentido segundo as posições sustentadas por aqueles que as empregam”, lembrando-nos de que o sujeito enquanto posição se constitui em determinadas formações ideológicas, referidas, na linguagem, através das formações discursivas, “aquilo que, numa formação ideológica dada, isto é, a partir de uma posição dada numa conjuntura dada, determinada pelo estado da luta de classes, determina o que pode e deve ser dito (articulado sob a forma de uma arenga, de um sermão, de um panfleto, de uma exposição, de um programa, etc)” (p. 160). Essas formações discursivas são heterogêneas em relação a si mesmas e um texto não corresponde a uma só formação discursiva – jurídica, religiosa, moral, pedagógica, etc -, assim como as posições de sujeito que aí se constituem.

No discurso da clínica, observa-se o funcionamento particular da relação que se estabelece entre língua-discurso-ideologia, entre o social e o individual, atravessado pelo inconsciente. De acordo com Orlandi (1996), a AD forma-se no lugar em que a linguagem tem de ser referida necessariamente à sua exterioridade, para que se apreenda seu funcionamento enquanto processo significativo.

A noção de formação discursiva – FD - é importante para a análise de textos, uma vez que as palavras e expressões recebem aí seu sentido. É importante lembrar que essa noção vem de Foucault (1987, p.133), mas será apropriada pela AD de uma forma específica, tendo em vista as noções de língua e de ideologia que sustentam seu dispositivo teórico, sendo a primeira considerada em sua autonomia relativa como base para a análise dos processos discursivos e, a segunda, tomada como interpretação do sentido em certa direção.

O dito significa, pois, em relação ao não-dito, mas também em relação a um já-dito, histórico e inconsciente: “algo fala (ça parle) sempre antes, em outro lugar e independentemente...” (Pêcheux: 1999, p.162). Há, pois, uma memória discursiva – o interdiscurso – funcionando na e para a produção do discurso. Na clínica, o trabalho se desenvolve a partir dos sentidos já-lá sempre presentes no sujeito, buscando, no movimento da língua, (re) significá-los, “em um fechamento provisório e imaginário para o enigma que é o retorno primordial...” (Carreira: 2000, p.05)

Ao afirmarmos que a AD é um dispositivo teórico de leitura e interpretação de textos, estamos dizendo que ela é uma teoria e uma metodologia, um instrumento de análise. Deste dispositivo teórico fazem parte um conjunto de noções que dão sustentação para a nossa passagem de sujeito do discurso para a de sujeito analista de discurso. Mas não dispomos, contudo, de um conjunto de procedimentos previamente definidos para que possamos aplicá-los ao material coletado. O dispositivo analítico é, pois, construído com base no dispositivo teórico, nas questões postas inicialmente e face aos materiais de análise, em função do domínio científico a que se vincula o trabalho, o que permitirá transformar o tema / assunto inicialmente proposto em objeto discursivo.

A delimitação do corpus não segue critérios empíricos, mas teóricos. Não há uma preocupação com a exaustividade, nem com a completude, algo inesgotável. Todo discurso se estabelece na relação com outros discursos; não há discurso fechado em si mesmo; há um processo discursivo do qual se podem recortar e analisar estados diferentes. Há um movimento constante entre a teoria e a análise, um ir-e-vir, que nos leva constantemente da análise dos dados, que fazem parte dessa construção, para a teoria da AD e do objeto em questão, no caso, a linguagem na e da clínica e o imaginário social do ponto de vista da Psicologia e da Psicanálise.

Nesse sentido, na construção desta dissertação, fizemos alguns recortes que pudessem, ampliar a nossa compreensão do funcionamento da linguagem e da chegada do sujeito à clínica, constituindo assim o nosso corpus. Inicialmente, trabalhamos o discurso científico e lexicográfico especializado para compreendermos como circula o conhecimento da Psicologia e da Psicanálise produzido, ajudando a criar e estabilizar determinados referentes, e tendo como sujeito leitor principalmente o profissional da área, bem como o discurso do dicionário

de consulta do público escolarizado, em que se dão modos de individualização do sujeito enquanto profissional da área.

Observamos, ainda, o funcionamento da circulação do conhecimento psicológico no espaço da mídia dirigida a um público bem mais amplo, em que se molda uma outra subjetividade, a do sujeito que busca a clínica; e finalmente analisamos e discutimos alguns casos clínicos em que se confrontam esses saberes produzidos em outros lugares, levando o sujeito psicólogo-psicanalista a se posicionar e a assumir sua responsabilidade profissional – ética e social – com vistas ao desenvolvimento de uma prática clínica específica.

## 2. A clínica e a cura

O objetivo deste capítulo é, através da análise de algumas discursividades, analisar os conceitos de “clínica” e de “cura”, que parecem sustentar as questões que nos interessam, e que dizem respeito às relações paciente x terapeuta, analista x analisando, nos processos de subjetivação. Esperamos, assim, analisando a construção desses referentes, que possamos compreender os limites entre a prática terapêutica da Psicologia e a prática analítica da Psicanálise, bem como as possibilidades de uma prática clínica marcada pela interdisciplinaridade.

Dissemos, anteriormente, que nos processos de interlocução estão presentes formações imaginárias – representações transformadas -, que fazem parte das condições de produção do discurso, referentes aos interlocutores, mas também ao referente, ou seja, ao ponto de vista de A e B sobre o que diz, onde e como se diz. Assim, o que está em jogo na clínica não é um saber referencial, mas uma produção textual que remete a uma ordem significante. Guimarães (2002) nos diz que “as coisas são referidas enquanto significadas e não enquanto simplesmente existentes” (p.10) e que a referência “é a particularização de algo em uma enunciação específica” (p.91).

A questão do referente traz, ainda, a relação do sujeito com o mundo, das palavras com as coisas que se coloca de diferentes formas, ao longo do processo de produção de conhecimento sobre a significação, a cargo não só de lingüistas, mas também de lógicos matemáticos, de filósofos. Há semânticas – as formais - que consideram, como diz Guimarães (1995), “que o sentido de um enunciado lingüístico é o que ele representa do mundo, dos objetos, de um estado de coisas” (p.23); para outras correntes, como a pragmática, “o sentido remete-se à intenção de quem fala” (p.31); ou ainda, pensando na teoria dos atos de fala, podemos tomar a linguagem como ação: ao falar realizo algo.

Como não se trata de um trabalho de Lingüística, não caberia, aqui, um longo tratamento de cada uma dessas correntes. Ducrot (1984) sintetiza, de uma certa forma, esta reflexão, quando questiona e discute o problema da referência e o estatuto ambíguo do referente.

*“Qualquer enunciado, seja de que tipo for, trata (ou melhor, pretende tratar) de um universo diferente daquilo que se declara pensar ou desejar acerca dele. A palavra não se apresenta, não se pode apresentar, como criadora. Pelo contrário, exige ser posta em confronto com um mundo que possua uma realidade própria (mundo este e realidade esta que podem ser muito diferentes daquilo a que se chama o mundo ou a realidade): o que a palavra implica, implica-o relativamente a esse mundo”.* (p. 418)

Saussure também fala desse caráter paradoxal da relação entre as palavras e as coisas, quando define a natureza dupla, bifacial, do signo, embora não fale explicitamente do referente. Para ele, qualquer signo será a associação de um significante e de um significado, em que o significante é uma imagem acústica e o significado, um conceito. Para Ducrot (1984), o traço semântico resultará dessa combinação e o significado poderá ser considerado como universal, independente das particularidades das línguas. Dessa forma,

*“( . . . ), a língua parece incapaz de funcionar e principalmente de desempenhar o papel que é de fato o seu, o de pôr os falantes em relação com um mundo considerado como redutível a ela. O que volta a ilustrar a dificuldade geral levantada pela oposição sentido / referente como tentativa de definir um elemento intralingüístico cujo papel seria o de dar acesso ao extralingüístico”.* (Ducrot, p. 426 – grifos nossos).

Para a AD, nessas relações, o que está em jogo são posições de sujeito. E compreender a construção discursiva de um referente, como o de “clínica” e “cura”, por exemplo, é atravessar a opacidade da linguagem e colocar em evidência o trabalho ideológico que aí se produz, bem como pensar sobre os modos de produção e de circulação do conhecimento psicológico.

Um lugar para se trabalhar essa construção de referentes, para se observar essa relação – opaca e ambígua – entre o lingüístico e o extralingüístico –, entre as palavras e as coisas, é o dicionário. Nesse sentido, efetuamos nosso primeiro recorte de descrição e análise: o discurso lexicográfico sobre a “clínica” e a “cura”. Buscaremos compreender o seu funcionamento nos enunciados de dicionários especializados, objeto de consulta de profissionais da área, em que circula, de determinada forma, o saber produzido nas áreas da Psicologia, da Psiquiatria e da Psicanálise, enquanto parte do processo mais amplo de produção do conhecimento.

Ali, poderemos observar como uma mesma palavra é referida e significada em um campo ou outro do conhecimento, em uma ou outra filiação discursiva e, ao mesmo tempo,

como pelos deslizamentos de sentidos e paráfrases – procedimentos de análise da AD -, constrói-se uma unidade (imaginária) para esses termos. Nossa hipótese é a de que uma vez construída essa unidade referencial, será possível, então, a interdisciplinaridade, enquanto soma de partes em busca de uma completude dos fenômenos psíquicos e, consequentemente, a possibilidade de existência de uma clínica interdisciplinar.

Canguilhem (1995), em seu livro “O normal e o patológico”, também analisou alguns verbetes encontrados em Dicionários de Medicina e de Filosofia, para um exame crítico de alguns conceitos, como os de “normal”, “anomalia”, “doença”, “normal” e “experimental”, evidenciando a importância em se trabalhar com o discurso lexicográfico. Na análise desses verbetes, Canguilhem nos mostra os deslizamentos de sentidos, constituídos em formações discursivas distintas, referidas a determinadas formações ideológicas, sustentadas por campos de saber distintos.

*“( . . . ), achamos que é muito instrutivo meditar sobre o sentido que a palavra normal adquire em medicina, e que a equivocidade do conceito assinalada por Lalande [filosofia], recebe, deste sentido, um esclarecimento muito grande e de alcance absolutamente geral, sobre o problema do normal”.* (p. 100).

Através da análise de discursividades distintas, Canguilhem (1995) chama a nossa atenção para a necessidade de um trabalho consistente do ponto de vista epistemológico, pois “não existe fato que seja normal ou patológico em si” (p.113), o que há são formas, maneiras de se expressar, de se posicionar diante do mundo e das coisas, sustentadas pelo conhecimento científico. “O patológico não é a ausência de norma biológica, é uma norma diferente, mas comparativamente repelida pela vida” (p. 114).

Ele aponta, inclusive, para os efeitos de sentido produzidos pela extensão dos verbetes, pela categoria gramatical –substantivo ou adjetivo -, pela etimologia, pela derivação, analisando o “Vocabulário Filosófico” de Lalande, quando trata da relação entre “anomalia” e “anormal”. Isso indica que a estrutura e o funcionamento de uma língua estão marcados pela história, que não se trata de uma estrutura completamente indiferente ao mundo, à ciência, aos acontecimentos.

Para a AD, o dicionário é um discurso que funciona de acordo com certas condições de produção, vinculadas a uma rede de memória, em que estão presentes relações de intertextualidade e de interdiscursividade. Relações estas que produzem o efeito de unidade e

de completude na representação da língua nos dicionários comuns e na representação do conhecimento nos dicionários especializados.

Trata-se, pois, de um instrumento lingüístico, produto do processo de gramatização, como “o processo que conduz a descrever e a instrumentar uma língua na base de duas tecnologias ainda hoje os pilares de nosso saber metalingüístico: a gramática e o dicionário” (Auroux, 1992, p. 65), que contribui para a construção de um determinado imaginário e, ao mesmo tempo, para a sua reprodução. A posição sujeito-autor de dicionário corresponde não a de um indivíduo empírico, mas a uma forma de relação do saber de uma sociedade com a história e, no caso dos dicionários especializados, com a ciência.

Para nós, segundo Orlandi (2002), “O dicionário adquire aqui o sentido de uma tecnologia própria à configuração de relações sociais específicas e entre seus sujeitos, na história. Ele é, desse modo, constitutivo da formação social” (p.104). O trabalho que realizamos com os dicionários visa deslocar esse imaginário em seus efeitos, desconstruí-lo como meio de compreender o funcionamento da prática clínica, mostrando como esses efeitos se produzem em certa relação com a língua, a história e a ciência, trazendo referências sobre a sociedade e sobre a relação entre sujeitos. O dicionário tem uma estrutura e um funcionamento em que já vem a ideologia. Analisá-lo é mostrar que não há palavra, conceito e sentido sem interpretação, sem ideologia, é evidenciar o que foi apagado, é mostrar que as palavras e os conceitos não são neutros.

Em se tratando de dicionários especializados, como os de Psicologia e de Psicanálise, podemos colocar também a questão da divulgação científica e os modos que ela toma nas sociedades da informação, bem como o papel desempenhado na formação de um profissional enquanto leitor de ciência. Uma forma em que se entrecruzam, portanto, duas discursividades: a dos dicionários e a da disseminação do conhecimento. No Prefácio do “Dicionário de Psicanálise” (1998), podemos observar essa articulação na apresentação do mesmo, quando seus autores - Roudinesco e Plon - afirmam que não se trata nem de um léxico, nem de um glossário, mas que:

*“Propõe um recenseamento e uma classificação de todos os elementos do sistema de pensamento da psicanálise e apresenta a maneira pela qual esta construiu, ao longo do último século, um saber singular através de uma conceituação, uma*

*história, uma doutrina original (a obra de Freud) permanentemente reinterpretada, uma genealogia de mestres e discípulos e uma política". (p. ix)*

Essa articulação, contudo, traz seus desafios. Ainda mais quando articula campos disciplinares distintos, pois não temos aí uma soma de discursos, mas uma formulação específica com efeitos particulares, em um jogo complexo de interpretações, que aparece como uma versão da produção científica.

Além do “Dicionário de Psicanálise” de Roudinesco e Plon (1998), estaremos trabalhando, nesta dissertação, com o “Dicionário de Psicologia” de Doron & Parot (2000) e com o “Novo Dicionário de Língua Portuguesa” de Ferreira (1975), mais conhecido como o dicionário do Aurélio.

No artigo “Psicanálise, Psicologia e Ciência: continuação de uma polêmica”, Pacheco Filho (1997) chama a nossa atenção para as generalizações que se produzem, muitas vezes, entre esses dois campos disciplinares, minimizando o duplo desafio que a Psicanálise e a Psicologia têm a enfrentar:

*“1º construir, verificar e aperfeiçoar teorias, a partir de situações de observação que, desde o início, já levam a marca de interpretações baseadas na própria teoria que se quer avaliar (aqui, sua tarefa não se distingue da de qualquer disciplina de investigação científica); 2º tentar compreender um objeto que é ao mesmo tempo sujeito: que fala, interpreta e teoriza sobre si próprio, sobre os outros e sobre o mundo e que se transforma, se revela e se esconde a partir dessas interpretações que constrói (esta dificuldade, Psicanálise e Psicologia compartilham com as demais ciências do Homem)”. (p. 82)*

Antes, contudo, de iniciarmos a nossa descrição-análise dos dicionários selecionados, gostaríamos de pontuar certas questões que dizem respeito à clínica e à cura, ao modo de um trabalho bibliográfico, trazendo para o centro da discussão a própria constituição do discurso científico que, posteriormente, será tomado como referente pelos dicionários, bem como as posições de sujeito que aí se constituem.

Foucault, em “O nascimento da clínica” (2001-b), observa a necessidade de uma transformação no discurso do conhecimento para que a prática clínica surja.

*“(...) Para que a experiência clínica fosse possível como forma de conhecimento foi preciso toda uma reorganização do campo hospitalar, uma nova definição do estatuto do doente na sociedade e a instauração de uma determinada relação*

*entre a assistência e a experiência, os socorros e os saberes; foi preciso situar o doente em um espaço coletivo e homogêneo. Também foi preciso abrir a linguagem a todo um domínio novo: o de uma correlação continua e objetivamente fundada entre o visível e o enunciável”.* (p.226 – Grifos nossos)

Quando Foucault aponta para a necessidade de reconhecer a clínica como “forma de conhecimento”, demarca a existência de um sujeito do conhecimento – situado “em um espaço coletivo e homogêneo”-, que se instaura na relação terapeuta x paciente, evidenciando que, na medicina clássica, o espaço da clínica será o lugar em que se trabalhará uma classificação hierárquica das doenças em famílias, gêneros e espécies, o que significa que o profissional deterá tal conhecimento *a priori* e que este saber poderá ser transmitido ao outro, ou ainda, poderá servir de base para a cura do outro.

Podemos tomar esse discurso sobre os primórdios da clínica, como parte do dizer de fundação de uma clínica como espaço de produção de bem-estar para o doente/paciente, através de ações implementadas graças ao saber profissional e às técnicas com que este poderá instrumentalizar a sua prática, sustentada por diferentes formações discursivas, como as da ciência, da pedagogia, da moral.

Em Foucault (2001-b), verificamos que desde o final do século XVIII a concepção que se tem de clínica marca o lugar da normalização do discurso, da redefinição de doença, da busca por um comportamento ditado pela ciência positiva, do conserto, diríamos nós.

*“(...) A clínica é, ao mesmo tempo, um novo recorte das coisas e o princípio de sua articulação em uma linguagem na qual temos o hábito de reconhecer a linguagem de uma ‘ciência positiva’”.* (p. XVII)

Quando Foucault nomeia a clínica irá delimitar a necessidade de se especificar este lugar - do doente e da doença - que ali se constrói, tendo como mediação uma linguagem própria, marcada epistemologicamente por “uma ciência positiva”.

Se tomarmos a noção de interdiscurso, de memória discursiva, enquanto parte das condições de produção do dito, não será estranho que na clínica os pacientes (doentes) procurem respostas rápidas – e observáveis - para as urgências de suas inquietações, na tentativa de legitimar um saber diagnóstico que se constrói na tentativa também de nomear o que possam ser seus sintomas. Esse saber irá demarcar a clínica como sendo o lugar deste

“conserto”, tornado possível pela adoção de uma concepção de homem como efeito de comportamentos resultantes de um aprendizado errôneo, e sendo este espaço o lugar possível de tratá-los como se fossem objetos observáveis.

Foucault (2001a) fala, ainda, da necessidade de se definir o doente – produzir um saber sobre ele - em um contexto homogêneo a partir de uma linguagem do visível e do enunciável, configurando, assim, um novo estatuto para o estar doente em prol da homogeneidade do discurso daquilo que se vê e diz, devido a uma necessidade da clínica (médica) em descrever e ordenar os fatos a partir de dados visíveis e passíveis de serem documentados, diagnosticados, tratados.

Questão difícil para a Psicologia, em se tratando de uma clínica que irá criar condições para fazer emergirem os afetos, as emoções, as raivas, as angústias, dentre outros sentimentos que constituem o ser humano. Como produzir um saber – e transmiti-lo – sobre o que não tem visibilidade? De que tipo será este saber? Como torná-lo visível e enunciável?

Reafirma-se, assim, a colocação anterior de Foucault, na qual demarca a necessidade da prática clínica em pautar-se pelas evidências, pelo visível, pelo dito, razão pela qual irá nomear a linguagem da clínica como o lugar de uma ciência positiva, onde caberá a pergunta: “Onde lhe dói”? E permite ao clínico classificar a dor e fazer um prognóstico de cura, possibilitando que a clínica seja reconhecida como o espaço no qual o doente irá buscar um novo bem-estar, um alívio ao seu sofrimento, eliminando de uma vez por todas seus sintomas, e oferecendo assim, a possibilidade de tamponar a necessidade de se curar que o homem sempre tanto busca.

É a partir dessa concepção de linguagem instrumental, positivista que, segundo Foucault (2001a), o clínico irá diagnosticar o doente através de um discurso racional. “(...) assim, torna-se possível organizar em torno [do indivíduo] uma linguagem racional” (p. XIII), podendo dessa forma, “(...) finalmente, proporcionar sobre o indivíduo um discurso de estrutura científica” (p. XIII), e a clínica irá ter os mesmos pressupostos exigidos pelo conhecimento científico marcado por definições racionais e claras.

No “Novo Dicionário da Língua Portuguesa” (1975), encontramos a palavra “clínica”, vinda do adjetivo “clínico”, referenciada da seguinte forma:

*“Clínica - [fem. substantivado do adj. clínico] S. f. 1) A prática da medicina. 2) A clientela de um médico. 3) Lugar aonde vão os doentes consultar um médico, receber tratamento ou submeter-se a exames clínicos, radiografias, etc. 4) Casa de saúde. 5) Sanatório”. (p. 336)*

Verificamos neste verbete uma predominância do lugar da medicina, do médico, ou seja, onde se pretende retomar uma saúde orgânica perdida. A clínica é, paradoxalmente, uma “casa de saúde” para ser habitada por pessoas doentes. Além disso, é um “sanatório”, que é, ainda segundo o Aurélio (1975), “1. um estabelecimento para cura ou convalescença de enfermos. 2. Casa de saúde destinada a receber doentes tuberculosos curáveis...”. (p. 1266)

O termo “clínica”, contudo, não é encontrado nos dicionários de Psicanálise de Laplanche & Pontalis (1976) e de Roudinesco e Plon (1998)), mas no “Dicionário de Psicologia” de Dorsch (2001) ele irá aparecer enquanto adjetivo – “clínico”-, forma primeira de acordo com o “Dicionário do Aurélio”:

*“Clínico, clinical [gr. Kline= cama] – referente à clínica (hospital especializado) ou pertencente ao setor (como em Psicologia clínica). Clinic é também entendido em sentido mais amplo: todas as instituições em que se trata ou se cuida (ou só se aconselham) de pessoas que apresentam perturbações de vivência e do comportamento ou que parecem ameaçadas por elas (ou que necessitam apenas de ‘orientação’). Este uso verbal motivou diferentes compreensões do conceito em alemão”. (p. 151 - Grifos nossos).*

No verbete, a relação com o campo da medicina continua presente. Mas, a relação com outras formações discursivas também aparece, ao dizer que a palavra também se refere a “todas as instituições em que se trata ou se cuida (ou só se aconselham)”, indicando ser a clínica (psicológica) um lugar de se dar conselho: “parecer, juízo, opinião, advertência, admoestação, aviso” (Ferreira, 1975, p. 368), que nos remetem ao discurso da moral. O que aparece reforçado no verbete, ao referir-se às pessoas que procuram a clínica como necessitando, às vezes, “apenas de orientação”, ou seja, de “direção, guia, regra”, como nos diz Ferreira (1975, p. 1005).

Leva-nos, ainda, ao resgate do trabalho clínico de Lightner Witmer, por volta de 1896, em que ele se propôs a avaliar e a tratar problemas comportamentais e de aprendizagem das crianças em idade escolar, resultantes de queixas sociais. De acordo com Schultz & Schultz

(1992), em seu livro “História da Psicologia Moderna”, observamos que Witmer, não tendo trabalhos precedentes nos quais pudesse nortear sua prática clínica, criou seus próprios métodos de diagnóstico e aconselhamento, desenvolvendo “um programa paliativo intensivo que produzia alguma melhora ( . . . )” (p. 191).

Essa retomada histórica indica essa relação que a clínica psicológica, desde os seus primórdios, tem com o mundo, com a sociedade. E o sujeito que a procura – ou que a ela é levado por outro – sente-se – ou é nomeado como – “perturbado” em termos de vivência ou de comportamento. Podemos pensar, então, na constituição desse referente enquanto uma atividade prática que vise ao reconhecimento e à nomeação de certos estados, aptidões e/ou comportamentos do sujeito, e que terá a finalidade de adequá-lo à ordem social e educativa, através do aconselhamento, permitindo uma melhora, ou seja, uma modificação positiva do indivíduo.

Vimos que o verbete indica a possibilidade de elucidarmos melhor a questão indo a outro verbete - “Psicologia Clínica”- do “Dicionário de Psicologia” de Doron & Parot (2000), em um processo de remissão, como é próprio do funcionamento dos dicionários. E assim o fizemos. Transcrevemos, a seguir, o verbete na íntegra.

*“Psicologia Clínica – “A psicologia clínica procede ao estudo aprofundado de casos individuais, a fim de pôr em evidência as particularidades ou as alterações do funcionamento psicológico de uma pessoa. A expressão ‘psicologia clínica’ aparece na carta de S. Freud a W. Fliess, de 30 de janeiro de 1899: ‘Agora, a conexão com a psicologia , tal como ela se apresenta em *Études sur l'hystérie* (1895) sai do caos, eu percebo as relações com o conflito, com a vida, tudo o que eu gostaria de chamar de psicologia clínica’ (1956). A partir de 1896, o psicólogo americano L. Witmer tinha aberto na Pensilvânia, uma Psychological Clinic destinadas às crianças retardadas e anormais, e tinha forjado a expressão ‘método clínico em psicologia’. Originalmente, a atividade clínica (do grego Klinê, leito, cama) é a do médico que, à cabeceira do doente examina as manifestações da doença para fazer um diagnóstico, um prognóstico e prescrever um tratamento. Os dois métodos empregados são, de um lado, as observações das reações do paciente, e, de outro, a entrevista e a escuta deste. O método clínico estendeu-se à medicina das doenças mentais, em que a observação dos comportamentos (provocados ou espontâneos) e a conduta de entrevistas (freqüentemente longas e repetidas) ampliaram-se e foram completadas pela interpretação dos documentos pessoais (cartas, diário pessoal, autobiografia, produções literárias ou artísticas espontâneas) e pela aplicação de testes de aptidão e de personalidade (trata-se, então, da clínica ‘armada’ segundo D. Lagache). O método clínico foi transposto para o exame do homem dito ‘normal’”*

*com a finalidade de aconselhamento, de formação ou de seleção. Enfim foi estendida do indivíduo para o grupo: é a psicologia social clínica.*

*Segundo D. Lagache (1949), o método clínico baseia-se em três postulados. O psiquismo humano está na base de conflitos intra e inter subjetivos (postulado dinâmico). A conduta é a reação da pessoa à situação em que se encontra: estado de espírito interno, meio psíquico e social externo (postulado interacionista). A personalidade evolui do nascimento à morte, com uma alternância de momentos de crise e de períodos estáveis; sua conduta em um dado momento é o produto de seu passado e de seus projetos (postulado histórico). Nem todos os psicólogos clínicos partilham esse ponto de vista, tido como muito psicanalítico. Alguns preferem raciocinar em termos de traços de personalidade e utilizar quadros de observação das condutas do sujeito submetido a situações particulares: realização de testes, privação sensorial e social, etc". (pp. 144-145 – Grifos nossos ).*

Verificamos, a partir deste verbete, a demarcação metodológica do campo de atuação da psicologia clínica, ou seja, o do estudo individualizado das particularidades do indivíduo que a ela recorre, cabendo ao método clínico, (re) conhecer e nomear certos estados, aptidões e comportamentos, com a finalidade de propor uma terapêutica que seja eficaz, no sentido de proporcionar um bem estar emocional.

Delimita a clínica como sendo o lugar que irá propiciar o surgimento de um homem dito normal, ou seja, aquele homem que se sente fora dos padrões considerados normais pela sua sociedade, poderá se enquadrar a partir de uma técnica terapêutica. Para Canguilhem (1995):

*“O homem imagina seu futuro quase sempre a partir de sua experiência passada, voltar a ser normal significa retornar uma atividade interrompida, [...], segundo os gostos individuais ou os valores sociais do meio. [...] O essencial, para ele, é sair de um abismo de impotência ou de sofrimento em que quase ficou definitivamente”. (p. 91).*

Essa é a demanda do paciente, esse é o saber (imaginário) que o paciente traz. E a atuação do psicólogo como irá se dar? Apenas adequando-o a esse imaginário?

O verbete nos mostra dois momentos significativos na história da construção da clínica psicológica; o primeiro diz respeito à carta de Freud a Fliess (1899), onde ele diz que “gostaria” de nomear o lugar que trataria das relações do sujeito “com o conflito, com a vida” de psicologia clínica. Nesse momento, temos o emprego do verbo “gostar” no futuro do pretérito, logo uma condição, uma possibilidade.

Já o psicólogo americano Witmer (1896), nomeia como psicologia clínica o lugar para se tratar de crianças retardadas e anormais e propõe o termo “método clínico em psicologia”, enquanto uma extensão do campo médico. Temos, aí, o que chamamos em Análise de Discurso deslizamento de sentido – uma substituição contextual -, que vai de “conflito” e “vida” para “retardamento” e “anormalidade”, produzindo um efeito metafórico que é constitutivo do sentido designado por x e y, ajudando a construir uma unidade, uma interdisciplinaridade possível.

A partir dessa articulação que se dá entre Freud e Witmer, que estão e não estão falando da mesma coisa, em se tratando de “psicologia clínica”, o verbete vai se estender no histórico e na caracterização do chamado “método clínico em psicologia”.

Se retomarmos Foucault (1994), iremos observar que desde meados do século XVII, “O internamento que o louco, juntamente com muitos outros, recebe na época clássica não põe em questão as relações da loucura com a doença, mas as relações da sociedade com ela mesma, com o que ela reconhece ou não na conduta dos indivíduos” (p. 79).

Para Witmer, a expressão “método clínico” significa classificar o nível de anormalidade, a partir dos valores sociais de sua época, pela criação de um instrumental de diagnóstico (testes de aptidão) que pudesse medir o comportamento do indivíduo mediante uma margem de variação dentro de uma escala de normalidade. O trabalho de Canguilhem (1995) serve para questionar classificações como essas, pois:

*“(...) se o normal não tem a rigidez de um determinativo para todos os indivíduos da mesma espécie e sim a flexibilidade de uma norma que se transforma em sua relação com condições individuais, é claro que o limite entre o normal e o patológico torna-se impreciso. [...] A fronteira entre o normal e o patológico é imprecisa para diversos indivíduos considerados simultaneamente, mas é perfeitamente precisa para um único e mesmo indivíduo considerado sucessivamente. Aquilo que é normal, apesar de ser normativo em determinadas condições, pode se tornar patológico em outra situação, se permanecer inalterado. O indivíduo é que avalia essa transformação porque é ele que sofre suas consequências, no próprio momento em que se sente incapaz de realizar as tarefas que a nova situação lhe impõe”.* (p.145)

Canguilhem atesta, assim, que a patologia ou anormalidade não será consequência da ausência de qualquer norma, pois “A doença é ainda uma norma de vida, mas é uma norma inferior... [...] O ser vivo doente está normalizado em condições bem definidas...” (1995, p. 146).

Foucault (1994) vem trazer mais um elemento para se pensar a clínica e o processo de individualização do sujeito que ali atua como terapeuta: o do poder médico como valor necessário para validar o lugar da clínica:

*“O poder médico lhe permite produzir, a partir de então, a realidade de uma doença mental cuja propriedade é reproduzir os fenômenos inteiramente acessíveis ao conhecimento. A histérica era a doente perfeita, já que ela dava a conhecer: ela mesma retranscrevia os efeitos do poder médico em formas que o médico podia descrever segundo um discurso cientificamente aceitável. (...) Tudo se desdobra, a partir de então, na limpidez do conhecimento, entre o sujeito conhecedor e o objeto conhecido”.* (pp. 50-51).

Retomando o verbete “Psicologia Clínica” do Dicionário de Psicologia (2000), observamos, ainda, que o método clínico estende-se ao “homem dito normal com a finalidade de aconselhamento”; e, depois, ao grupo social. Chama a nossa atenção, também, a repetição do termo “aconselhamento” como meta de um trabalho, que se pretende científico, pautado no observável.

A expressão “psicologia clínica”, contudo, aparece no “Dicionário de Psicanálise” de Roudinesco e Plon ( 1998), que também transcrevemos na íntegra, para que se possa observar os deslocamentos, os apagamentos, as exclusões, os deslizamentos de sentido, ou seja, para se observar os diferentes modos de constar a história da construção de um referente, conforme a perspectiva epistemológica adotada, colocando em questão novamente a possibilidade de uma interdisciplinaridade consistente.

#### *Psicologia clínica*

*“al. klinische Psychologie; esp. psicología clínica; fr. psychologie clinique; ing. clinical psychology*

***Prática terapêutica fundamentada na entrevista direta e no exame de casos a partir da observação das condutas individuais.***

*O termo psicologia clínica foi empregado pela primeira vez em 1896, pelo psicólogo norte-americano Lightner Witmer, que a definia como um método de pesquisa que consistia em examinar, com vistas a uma generalização, a aptidões dos sujeitos e suas deficiências. A expressão seria utilizada por Sigmund Freud\* uma única vez, numa carta a Fliess\* de 30 de janeiro de 1899: ‘Agora, escreveu, ‘a ligação com a psicologia. Tal como se apresenta nos Estudos [sobre a histeria], saiu do caos. Percebo as relações com o conflito, com a vida, com tudo o que eu gostaria de chamar de psicologia clínica.’ Se o método psicanalítico repousa sobre a clínica, esta renuncia, no entanto, à observação direta do doente para interpretar os sintomas em função da escuta do inconsciente\*. Considerado o caminho aberto pela Interpretação dos sonhos\*, portanto, essa noção não poderia encontrar lugar no vocabulário freudiano.*

*Foi sob o nome de clínica psicológica que Pierre Janet\* retomou essa idéia, numa descendência direta da herança da escola francesa de psicologia e dos ensinamentos de Théodule Ribot (1839-1916). Para ele, tratava-se de constituir o campo da psicopatologia\* e de dotar a psicologia da chamada competência clínica, retirando da medicina o privilégio desse famoso olhar exercido junto ao leito do doente. Baseada na investigação e na abordagem das condutas, a análise janetiana ocupa-se menos das estruturas que das funções. Exclui de seu campo dois termos que são essenciais à prática psicanalítica: o inconsciente e a transferência\*.*

*Mais tarde, a noção de psicologia clínica foi caindo em desuso, à medida que a psicologia, como ciência do sentido íntimo, viu-se suplantada por um saber freudiano introduzido no próprio terreno da psicologia, da psiquiatria e da medicina.*

*Todavia a partir da década de 1960, com o desenvolvimento da psicanálise de massas, da generalização dos estudos de psicologia, a psicologia clínica obteve um novo impulso. Daniel Lagache\* restitui-lhe o vigor particular em 1949, ao impor seu programa de integração da psicanálise\* com a psicologia, bem como favorecer o acesso dos não médicos à psicanálise. Mas isso redundou, pura e simplesmente, na liquidação de um ensino verdadeiro do freudismo na universidade, em prol da psicologia ou de um freudismo edulcorado. Nesse contexto, a psicologia clínica que se leciona é definida como um estudo de casos individuais cujo método se assenta em três postulados: a dinâmica, a totalidade e a gênese. O primeiro ponto visa a investigação dos conflitos, o segundo contempla a totalidade inacabada do ser, segundo um modelo sartriano, e o terceiro pretende apreender a história do sujeito em termos de evolução e de balanço. Desses três postulados derivam os objetivos práticos: o psicólogo clínico cura doentes, educa crianças, aconselha adultos e reclassifica os inadaptados”.*

\* “Sigmund Freud, La naissance de la psychanalyse (Londres, 1950), Paris, PUF, 1956. \* Maurice Reuchlin, Histoire de la psychologie, Paris, PUF, col. “Que sais-je?”, 1957. \*Daniel Lagache, L’Unité de la psychologie, Paris, PUF, 1949. \*Elisabeth Roudinesco, Historia da psicanálise na França, 2 vols. (Paris, 1982, 1986), Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1989, 1988”. (p. 612 – Grifos nossos)

Ao compararmos os dois verbetes, interessa-nos, sobretudo, evidenciar a opacidade dos termos e conceitos com os quais trabalhamos em nosso cotidiano, bem como a historicidade dos mesmos. Não há naturalidade, nem objetividade no processo de produção e disseminação do conhecimento científico; e o sujeito sempre fala e escuta de algum lugar dessa história que sempre reclama sentidos (Henry, 1994). Por outro lado, vamos nos dando conta do perigo em se pretender que tenhamos uma Psicologia ou uma Psicanálise, ou seja, em se homogeneizar os campos de conhecimento e em unificar a posição do sujeito-psicólogo e do sujeito-paciente.

Inicialmente, dissemos que iríamos trabalhar com dois termos: “clínica” e “cura”. E no caminhar dessa análise vimos que eles realmente se entrelaçam de um modo específico e tomar posição em relação a um implica o mesmo em relação ao outro, ao mesmo tempo que trabalham o processo de individualização do sujeito em sua relação com a sociedade e com as instituições de um Estado. Vamos, pois, ao trabalho com o verbete “cura” nos dicionários selecionados.

No “Dicionário de Psicanálise” de Roudinesco e Plon (1998), o verbete “cura” não aparece, colocando em questão a existência não só da palavra, do conceito, mas da própria coisa, já que não é nomeada. Para a Análise de Discurso, a significação está tanto no dito como no não-dito, ou melhor, os sentidos se produzem neste jogo entre a ausência e a presença, entre o que é e o que não é considerado como sendo do domínio de um campo de saber.

Mas é certo que a idéia de cura, considerada como eliminação do sofrimento ligado aos sintomas, está no centro (imaginário) da decisão do indivíduo em buscar a clínica, sendo o seu intuito o de solicitar que ele seja desembaraçado de seu sofrimento, o que não implica que esteja no centro do trabalho do profissional que ali está, em se tratando de um psicanalista, como afirma Kehl (2002):

*“Dessa proposição deriva a proposta de uma relação terapêutica que visa, sim, a uma cura, embora a idéia de cura não seja a mesma de uma cura médica. É uma cura que só pode se dar na relação transferencial com o analista, a quem o sujeito dirige uma fala e uma demanda de amor. Além disso, é uma idéia de cura que não se preocupa com a eliminação de todas as manifestações sintomáticas e não promete a perspectiva de um apaziguamento da relação entre o eu e o isso. A cura em psicanálise consiste antes na responsabilidade de o sujeito identificar-se com seu sintoma, adquirindo certa mobilidade criativa em relação a ela”.* (p. 37 – Grifos nossos)

Poderíamos dizer, ainda, que a cura é, antes de tudo, uma demanda de quem consulta, e que essa demanda se alimenta de um imaginário (sentidos estabilizados), mas também de um simbólico que irá aproximar a estrutura do inconsciente à linguagem, através da estrutura da língua. Essa demanda de cura, inteiramente implicada no e pelo imaginário, é uma ilusão necessária ao início do processo analítico. O simples fato de o analisando estar diante de um profissional constitui a prova em ato da sua aspiração e da sua expectativa de ser curado. O analisando demanda e, ao fazer isso, ele crê no poder curativo e transformador que atribui ao procedimento da análise.

Embora o alcance terapêutico possa parecer incontestável para o sujeito, não se pode dizer que a cura, compreendida como diminuição ou desaparecimento do sofrimento ligado aos sintomas, seja, pois, um conceito psicanalítico. Também, não se pode dizer que ela seja um objetivo para o qual o tratamento deva ser induzido, nem um critério que permita avaliar o seu resultado, não podendo ser uma finalidade que o profissional deva perseguir na sua prática, como na medicina, o que entra em conflito com o conceito de “clínica psicológica”, tal como posto por Doron & Parot (2000).

O lugar da análise será o espaço que irá manter viva a atividade do inconsciente – um dos termos excluídos pela clínica psicológica, conforme Roudinesco e Plon (1998) -, porque, ao em vez de querer produzir transformações, adaptações no analisando e situar a finalidade da análise em termos de mudança ou de cura, ela visa criar condições para que o sujeito depare, com o que vem de fora, com o estranho que existe nele mesmo, com a coisa mais íntima do seu ser. Transpondo-nos a uma passagem de Pirandello (2001), em seu livro: “Um, nenhum e cem mil”, podemos observar esse funcionamento:

- *“O que você está fazendo? – perguntou minha mulher ao me ver demorar estranhamente diante do espelho.*
- *Nada, - respondi – só estou olhando aqui, dentro do meu nariz, esta narina.*  
*(...)*
- *Pensei que estivesse olhando para que lado ele cai. (...)*
- *Cai? O meu nariz?*  
*E minha mulher respondeu, placidamente:*
- *Claro, querido. Repare bem: ele cai para a direita.*  
*Eu tinha 28 anos e sempre, até então, havia considerado o meu nariz, se não propriamente belo, pelo menos bastante decente, assim como todas as outras partes da minha pessoa.*

(. . .) Assim começou o meu mal. Aquele mal que em breve me reduziria a condições de espírito e de corpo tão miseráveis e desesperadoras que certamente me teriam matado ou enlouquecido – caso eu não encontrasse nele mesmo (como direi em seguida) o remédio para a minha cura”. (pp. 19- 22 – Grifos nossos)

Da perspectiva da Psicanálise, então, a cura do analisando pode ser tomada como um efeito imaginário da análise, um benefício colateral, quase um epifenômeno que ocorreria independentemente da vontade do analista, um resultado contrário ao que busca, a princípio, o paciente, pois o seu desejo é de aliviar os males que ele julga serem os responsáveis pelo seu tormento.

Como dissemos, para a AD, a prática clínica é uma prática entre sujeitos, e tanto o sujeito paciente quanto o sujeito que lá está (profissional), estão aí implicados. Neste sentido, podemos observar que, muitas vezes, o profissional é tomado também pela paixão de curar que é própria dos médicos, compreensível pelo que Foucault (1994) diz em relação ao poder médico, mas também por uma paixão despertada pela demanda maciça do analisando, uma paixão nascida do narcisismo, que se (re)ativa quando o clínico vê ser-lhe conferida a onipotência de um curandeiro; sendo a paixão cega de curar uma paixão próxima à outra, a de querer compreender.

Mas, vejamos o Dicionário de Psicologia de Doron & Parot (2000). Ali encontramos um verbete para cura, que transcrevemos a seguir.

*“CURA - Ação de curar: segundo o contexto será sinônimo de restabelecimento, cicatrização, ajustamento, ou ainda proteção, defesa, perseverança.*

*Para G. Canguilhem, a noção de cura coloca o problema do normal e do patológico; remete à noção de uma nova norma individual. Através da cura, o organismo visaria a realizar transformações que permitam a obtenção de novas constantes, apesar de eventuais déficits persistentes, que possibilitem o encontro de uma nova ordem.*

*A cura deve ser entendida antes como uma mutação de um ‘arranjo’ em outro, que tenha a ver com restituição ao estado inicial. Na perspectiva da terapêutica, o objetivo fundamental é a cura do processo psicopatológico. São múltiplos os seus critérios: normalização da conduta, flexibilidade adaptativa conforme as situações, capacidade de satisfazer às necessidades em função da realidade objetiva.*

*De um ponto de vista estrito, a cura exige a completa e definitiva supressão do processo doentio, mas distinguir-se-ão dois aspectos:*

- 1- a cura de uma fase patológica ou de um acesso que pode deixar subsistir um dispositivo pelo qual a recidiva ou a retomada evolutiva seja possível é a cura no sentido sintomático;
- 2- a cura pura e simples seja ela sem seqüelas, com restabelecimento ad integrum, ou seja, acompanhada de seqüelas, como uma enfermidade, por exemplo". (p.207 – Grifos nossos).

O verbete inicia nos remetendo a outras palavras que podem ser consideradas sinônimas como é próprio da estrutura de dicionários: “restabelecimento”, “cicatrização”, “ajustamento”, “proteção”, “defesa”, “perseverança”, revelando, ainda, a sua inscrição em diferentes formações discursivas, referida a formações ideológicas. No próprio “Dicionário de Psicologia” (2000), teremos duas entradas para a palavra “ajustamento”.

**“Ajustamento<sup>1</sup>** - “*Meios psíquicos e comportamentais que um indivíduo é capaz de interpor entre uma agressão e seu organismo, para enfrentar o problema encontrado e diminuir a importância do stress sofrido.*

*Os psicólogos distinguem as estratégias de ação das estratégias de defesa. As primeiras visam resolver o problema enquanto as segundas são intrapsíquicas e tentam controlar a emoção causada pela situação provocadora (negação, intelectualização, reinterpretação, etc). As estratégias de ajustamento são muito variáveis de um indivíduo para outro e para um mesmo indivíduo de um momento a outro, mesmo para um acontecimento idêntico. Não é possível, todavia, caracterizar com segurança as estratégias de ajustamento desenvolvidas por um indivíduo, a partir de questionários ou entrevistas. Uma abordagem comportamental é, habitualmente preferida. Em termos fisiológicos, pode-se apreciar a eficácia da estratégia de ajustamento retida em diversos indicadores da ativação gerada pela situação agressiva. Esta abordagem se choca, entretanto, com a dificuldade de demarcar com precisão a noção de ativação. Embora o conceito de ajustamento desempenhe um papel-chave na reação de estresse, sua consideração objetiva permanece, no entanto, muito difícil*”. (pp. 40-41)

**“Ajustamento<sup>2</sup>** “*Em estatística, ajustamento é a busca de uma representação teórica que exprima da melhor forma possível um conjunto de dados empíricos. Os métodos de ajustamento mais divulgados são: os menores quadrados, procura dos coeficientes de uma função de uma ou mais variáveis que tornam mínima a soma dos quadrados dos desvios entre os valores observados e os fornecidos pela função considerada; e o máximo de verossimilhança, cuja idéia de base consiste em atribuir aos parâmetros do modelo valores que maximizem a probabilidade de observar o resultado que foi efetivamente obtido. Exemplo: ajustamento de uma reta de regressão a uma nuvem de pontos*”. (p. 41)

Observando esses dois últimos verbetes relativos a ajustamento, podemos dizer que o primeiro diz respeito a um ajustamento comportamental, enquanto o segundo irá tratar de um ajustamento estatístico, enquanto busca de uma representação teórica que melhor exprima um conjunto de dados empíricos, o que implica em dois referentes, ligados a campos de saber aparentemente distintos, para a mesma palavra.

No entanto, se pensarmos que os sentidos se produzem em relações de intertextualidade e de interdiscursividade, o fato de o termo “ajustamento” servir tanto para responder à atitude de ação ou defesa do indivíduo no plano comportamental quanto para representar dados empíricos, podemos significar a cura como sendo o lugar da manipulação e do controle de indivíduos como se faz com os dados numéricos. No que diz respeito ao comportamento, os psicólogos reconhecem que pode haver dois momentos, um de ação outro de defesa, mas que não conseguem diagnosticá-los - controlá-los - pelos métodos da entrevista ou do questionário.

Se tomarmos a palavra “restabelecimento” no “Dicionário da Língua Portuguesa” (1975), encontraremos:

*“Recuperar as forças ou a saúde; curar-se, recuperar-se, restaurar-se: O doente restabeleceu-se inteiramente”.* (p.1226)

Da mesma forma, o verbete “cicatrização”, no mesmo dicionário, trará novos sentidos para essa rede discursiva que buscamos compreender. Desta vez pela presença do pronome reflexivo “se”. “Ato ou efeito de cicatrizar-se”.(p. 323).

Os referentes dessas palavras nos remetem às questões anteriores colocadas por Foucault, reforçando cada vez mais o lugar do Positivismo na construção da clínica. Ao se pensar em diagnóstico e tratamento, não se pode esquecer a origem médica das expressões, pois não se pode pensar em clínica numa configuração diferente da estabelecida pela Medicina, como os dicionários deixam claro. E o que acontece quando se tem em mente uma clínica cujo objeto é o psiquismo humano?

Quando o dicionário cita Canguilhem, este irá demarcar a necessidade de uma norma individual e de novas constantes, sendo estas questões, também vistas em Foucault (1994), quando ele diz: “É preciso, então, dar crédito ao próprio homem, e não às abstrações sobre a doença, analisar a especificidade da doença mental, buscar as formas concretas que a

Psicologia pôde atribuir-lhe; depois determinar as condições que tornaram possível este estranho status da loucura, doença mental irredutível a qualquer doença” (p.21). À medida em que se normaliza o diagnóstico, também irá se normalizar a clínica.

Quando o verbete nos remete à necessidade de restituir o indivíduo ao seu estado inicial – o normal, o sadio -, demarca a obrigatoriedade de disciplinar o indivíduo, para que o mesmo, possa adequar-se às leis naturais e culturais, supondo serem as mesmas evidentes e estarem em uma origem. Segundo Foucault (1997),

*“O ‘enclausuramento’ praticado em larga escala, a partir do século XVII, pode aparecer como uma fórmula intermediária entre o procedimento negativo da interdição judiciária e os procedimentos positivos do adestramento. O ‘enclausuramento’ exclui, mas tem como justificação à necessidade de corrigir, melhorar, conduzir a resipiscência, de fazer retornar a ‘bons sentimentos’”.* (p. 63)

Teremos assim, a clínica como o lugar de um saber que irá suprimir por completo o processo doentio, sendo este lugar, construído, no verbete, por deslizamentos de sentidos filiados a outras formações discursivas que não só a da medicina, ou seja, efeitos de sentido e efeitos sujeito que irão sustentar a clínica. Nesse sentido, “O que o homem perdeu pode lhe ser restituído, o que nele entrou, pode sair. [...] A doença entra e sai do homem como por uma porta” (Canguilhem,1995, p. 19).

Será, então, através de um imaginário construído e reproduzido em diferentes espaços de linguagem – como o dos dicionários especializados - que se estruturará também o lugar do sujeito-psicólogo, enquanto aquele que sabe tudo sobre o sofrimento e a singularidade de seu paciente, cuja fala emerge também de um contexto social determinado, em que os valores tornam-se cada vez mais questionáveis; valores estes que envolvem o homem moderno que quer ser despojado não apenas da angústia de viver, mas também da responsabilidade de arcar com ela; que quer delegar à competência médica e às intervenções químicas os destinos de suas pulsões; que quer, enfim, eliminar a inquietação que o habita em vez de indagar seu sentido, não percebendo que é por isso mesmo que a vida lhe parece cada vez mais vazia mais insignificante.

Quantas vezes, na clínica, os pacientes se mostram perplexos, sem palavras que expliquem o fato de que não se sentem felizes como deveriam? Quantas vezes, para inscrever

o paciente no processo terapêutico, basta que se escute sem espanto o que ele diz e aceite sem escândalo a expressão confusa de seu conflito, para que, posteriormente, ele se descubra como que assombrado, capaz de dizer, a partir de seu sofrimento, muito mais do que poderia ter imaginado no momento em que ainda lutava para calar sua dor psíquica. (Kehl, 2002).

Neste capítulo, procuramos analisar o referente das palavras “clínica” e “cura”, com o intuito de observarmos as relações que estas constroem do sujeito com o mundo. Ao analisarmos os referentes dos dicionários especializados, pudemos evidenciar a presença da ideologia – as filiações de sentido - que os mesmos produzem, ou seja, ao delimitar certos conceitos os dicionários também delimitam o lugar que o sujeito-psicólogo irá ocupar. Dessa forma, os conceitos são deslocados e homogeneizados e criam um efeito de interdisciplinaridade sobre o que possa ser a prática clínica.

Concluímos, provisoriamente, que, na disseminação do conhecimento, certos sentidos e articulações epistemológicas se estabilizam, construindo um imaginário sobre o lugar da clínica e o lugar da cura, afetando o modo do sujeito-psicólogo exercer sua prática clínica. As possibilidades de uma clínica interdisciplinar devem ser trabalhadas de forma mais consistente na preparação do psicólogo, pois as diferenças não são poucas. E é de uma dessas diferenças que Pêcheux (1984) nos fala:

*“É sobre esse saber inconsciente do sujeito que se apóia o analista freudiano em sua prática e está aí a diferença crucial com a posição do psicólogo ou do psiquiatra: o analista não pode imaginar que ele ‘domina’ esse saber inconsciente . . . sem deixar de ser analista.*

*Mas os lingüistas, historiadores ou sociólogos não estão necessariamente advertidos a respeito dessa diferença crucial, nem da hostilidade instintiva da instituição psicológica face a tudo que toca o registro psicanalítico: eles podem confundir, com menos ou mais boa fé, psicologia e psicanálise em uma global ‘teoria do sujeito’ que eles esperam que os ajude a pensar (dominar intelectualmente?) o estatuto do locutor e do enunciador, da ‘atividade simbólica’, do agente sócio-histórico”. (pp. 13-14)*

### 3. A Clínica e o Sujeito na Mídia

Se no capítulo anterior, analisamos o discurso dos dicionários especializados, enquanto espaço de circulação do conhecimento psicológico em relação ao discurso científico de alguns autores, em que se criaram condições específicas para os processos de individualização do sujeito-psicólogo, buscamos, agora, trabalhar os processos de individualização do sujeito-paciente pela análise do discurso da mídia, enquanto um espaço de divulgação científica.

É importante lembrar que para a Análise de Discurso – AD -, o discurso é efeito de sentido entre locutores, logo, é preciso uma compreensão da constituição das posições de sujeito aí implicadas, diferentemente do que pensávamos inicialmente, ou seja, que o problema estaria no outro: no paciente-analisando. Sabemos, agora, que a questão está na relação entre sujeitos mediada, no caso da clínica, por um conhecimento específico. Vamos, agora, discutir o espaço da clínica, colocando em questão a relação entre ciência, mídia e sociedade.

A divulgação da produção científica, que a mídia proporciona aos leitores, gera novos sentidos e produz efeitos-sujeito. Para Orlandi (2001):

*“A divulgação científica tem uma correlação com o desenvolvimento das tecnologias de linguagem. [...] Isto quer dizer que a transformação da relação do homem com a linguagem, no caso, com a escrita, desencadeia um número enorme de outros processos de transformação: a forma dos textos, a forma da autoria e o modo de significar. E a própria relação com o conhecimento está aí investida. [...] Assim, não vejo apenas nessa transformação, trazida pelo desenvolvimento das tecnologias da escrita, seu aspecto utilitário e pragmático, mas histórico discursivo, ou melhor, vejo consequências para o próprio sujeito, para a própria ciência e para a própria sociedade. E me coloco então questões acerca da apropriação coletiva do conhecimento, sabendo que, como sempre, em uma forma social como a nossa, quando distribuímos um bem social comum, produzimos uma diferença em algum outro lugar ou produzimos deslocamentos no próprio sentido desse bem. Que efeito é, pois esse da leitura científica em nossa sociedade, pensando o discurso da divulgação científica? ”. (p. 21)*

Pensar o sujeito deste milênio dentro de uma proposição discursiva é pensá-lo inscrito na história, na cultura: uma história de uma civilização capitalista, branca, cristã, uma cultura de mal-estar, de conflitos, de impossibilidades e de insatisfações. É pensar nos contornos próprios que ganha a forma-sujeito de direito em uma sociedade de consumidores de bens

materiais e simbólicos, em consumidores de conhecimento, no caso, psicológico. A mídia produz um engajamento subjetivo pelo modo como administra – organiza, distribui, controla – o conhecimento produzido, bem como pelos modos de leitura que instaura na estruturação e funcionamento de seu discurso.

Fizemos, pois, incidir um novo recorte para compreendermos o discurso “do” paciente que chega a nossa clínica, analisando o imaginário que a mídia constrói do espaço e da relação clínica pela divulgação – e banalização - ampla dos conceitos da Psicologia e da Psicanálise, para um grande público. Em se tratando do espaço clínico, trata-se, ainda, da relação entre o público e o privado ou o privado tornado público.

A clínica de uma sociedade como a brasileira está inserida em um tempo histórico determinado e enfrenta problemas que não podem ser desconsiderados. Hoje, emerge um contexto social em que as mudanças de valores tornam-se cada vez mais questionáveis. Dessa forma, a reflexão proposta é questionar a circulação do saber psicológico e/ou psicanalítico que é divulgado pelos meios de comunicação, mais especificamente de uma revista. Não pretendo interpretar o texto, como o faz o hermeneuta ou simplesmente descrevê-lo, mas explicitar os processos de significação trabalhados no texto, compreender como o texto produz sentidos por meio de seus mecanismos de funcionamento (Orlandi, 2002).

Observamos em nossa experiência clínica que o paciente que ali chega traz um saber sobre sua doença, seus desequilíbrios e sobre a forma de tratá-los; uma demanda de cura já significada.

*“( . . . ), como todo ato de fala só se consuma no endereçamento a um outro (até mesmo quando se trata de um maluco ‘falando sozinho’ na rua), toda produção de sentido, de significação, depende de sua inscrição numa cadeia de interlocuções. Dizer que uma vida faz sentido do ponto de vista do vivente significa que existe a possibilidade desse sentido ser reconhecido pelo Outro, ou pelos outros que o rodeiam”.* (Kehl, 2002, p.09)

Sendo todos arranjos que faz o sujeito em busca de uma felicidade possível e relativa, configuram-se como também relativos os diversos destinos do representante afetivo da pulsão em direção aos seus alvos, dando vida à atividade, ao pensamento e às palavras. Toda a experiência clínica gira em torno dos efeitos da linguagem em sua incompletude. “Restando ao

sujeito, não apenas o desamparo no mundo, como ser de linguagem, mas desamparado na própria linguagem” (Kehl, 2002, p. 67).

Com essas questões servindo de sinais de que havia algo a compreender em relação ao sujeito e à clínica, tomamos como *corpus* uma revista feminina – Cláudia -, em um período de oito meses – entre o segundo semestre de 2002 a fevereiro de 2003 -, e como unidade de análise algumas de suas seções. Essa revista, com uma periodicidade mensal e um alcance nacional, está há várias décadas no mercado, sendo destinada a um público feminino que possui poder aquisitivo elevado, pois é a segunda revista feminina mais cara do mercado.

A revista funciona como responsável apenas por transmissão de informações, sendo a linguagem um instrumento de comunicação dessas informações e a função referencial posta como dominante. Como diz Mariani (2003):

*“(...) essa pretensa informatividade jornalística se sustenta com base em uma ideologia utilitária, ou seja, parte-se de um pressuposto (construído historicamente na relação entre jornais e leitores) de uma necessidade social de saber os fatos relatados. Estes, dessa forma, já figuram nas páginas impressas pré-significados por uma relevância constituída pelo imaginário”: se o jornal publicou é porque é importante ou só é importante o que aparece no jornal. Fica apagado para o leitor o fato de ter havido uma seleção das notícias (a pauta), ficando igualmente apagado que as manchetes também resultam de tomadas de decisão realizadas pelos editores e assim por diante”.* (p.7)

A nossa primeira análise incidiu sobre uma subseção específica da revista Cláudia, denominada “Interpessoal”, uma coluna que funciona ao modo de um consultório (sentimental), provocando efeitos de sentido que dizem respeito ao tema da clínica em relação ao imaginário social. Esta é uma subseção de uma seção denominada “Emoções e Sexo” e materializa-se através de perguntas e respostas entre o público leitor e especialistas do campo psicológico, colocando como convergentes concepções teóricas divergentes e até mesmo conflitantes. Esses espaços discursivos colocam a ciência como algo que vem melhorar a vida das pessoas, trazendo alívio e respondendo às necessidades do estilo de vida, e que visam possibilitar alternativas para o bem estar emocional.

Esta subseção está localizada logo após a metade da revista, vindo geralmente após três artigos, não fixos, mas que tratam de questões ligadas a valores morais, do que vem a ser um relacionamento homem x mulher. No que diz respeito ao formato da subseção “Interpessoal”,

esta é estruturada por dúvidas de leitores que visam buscar nesta seção respostas - diagnóstico para os mais variados problemas de natureza emocional. Normalmente são pinçadas e editadas três dúvidas, que demarcam a característica da seção, ou seja, dúvidas que dizem respeito ao cotidiano amoroso.

Observamos que a imprensa veicula, com freqüência, aqui e em outros lugares, um grande número de promessas e de descobertas mirabolantes para abolir as angústias, os medos, os problemas de ordem sexual, a depressão, a anorexia e outros males que atazanam a vida psíquica dos seres humanos. Uma verdadeira profusão de bem-estar é oferecida em direção ao nirvana, oferecendo técnicas psicoterápicas ditas mais eficazes, prometendo, assim, a cura em prazos recordes e com um método indolor.

Como dissemos, “Interpessoal” é uma subseção fixa. As construções das subseções fixas são marcadas pelo interdiscurso, que nos remete a uma memória discursiva (histórica e inconsciente), pois há entre elas dizeres que afetam o modo como o sujeito significa a situação discursiva dada, sustentando, dessa maneira, o dizer em uma estratificação de formulações já feitas, mas esquecidas e que vão construindo uma história de sentidos. As subseções fixas são: “Interpessoal”; “Você mais feliz”; “De alma leve”; “Horóscopo” e “Sexo”, que nos remetem, logo, a sentidos provocados pelos títulos dessas subseções.

É sobre essa memória, sobre a qual não detemos o controle enquanto indivíduo empírico, que sentidos e sujeitos se constroem e se constituem, dando-nos a impressão de sabermos do que estamos falando, constituindo a ilusão de que somos a origem do que dizemos, porque, o dizer não é propriedade particular, as palavras não são só nossas, elas significam pela história e pela língua. O que é dito em outro lugar também significa em palavras.

Na seção “Interpessoal”, da revista Cláudia, nº 02, de fevereiro de 2003, uma leitora envia um e-mail e, logo após, um especialista da revista faz o comentário: um diagnóstico, que transcrevemos a seguir:

*“Não consigo um namorado. Tenho mais de 30 anos e ainda fico ansiosa com os namoricos que acabam em dois meses. Quando o rapaz some, me pergunto o que fiz de errado. O período de baixa auto-estima dura até eu encontrar outro paquera. Sei que não devo me concentrar só nisso, tenho outros interesses, mas me sinto diminuída por não conseguir manter uma relação fixa”.*      **B. V.**  
**(via internet).**

*“Você pode transformar sua vida amorosa. O primeiro passo é conter o medo de fracassar ou de ser abandonada. Esses sentimentos são humanos, mas, em excesso, reduzem a chance de virada. Nos momentos de crise, é necessário ver o mundo com outros olhos. Reformular as metas não significa desistir de sonhos, ao contrário, é sinal de força e capacidade adaptativa. No amor, é preciso ser forte para encarar desilusões, pois elas sempre acontecem. Invista em todos os setores de sua vida, de modo que o desejo de ter alguém não se torne exagerado a ponto de causar o próprio enfraquecimento. Reavalie seus modelos de relacionamento e abra espaço para situações que ajudem você a recuperar a segurança e o brilho pessoal. Só quem se sente renovada e interessante pode cativar profundamente alguém”.*

**Luiz Antonio Fecchio – Psicanalista, de São Paulo.**

Os efeitos de sentido que um enunciado desse provoca nas demais leitoras é significativamente grande, pois, culturalmente a maioria do público direto desta revista são mulheres dos 27 aos 40 anos. Sendo assim, quando uma leitora publica a sua dificuldade pessoal atinge, em contrapartida, o restante das leitoras que também estão em busca da fórmula mágica que poderá estabilizar suas relações amorosas.

Para a AD, o sentido não existe em si, mas é determinado pelas posições ideológicas colocadas em jogo no processo sócio-histórico em que as palavras são produzidas, ou seja, as palavras falam também com outras palavras. Toda palavra é sempre parte de um discurso e todo discurso se delineia na relação com os outros. Segundo Pêcheux (1988), o sentido é sempre uma palavra, uma expressão ou uma proposição por uma outra palavra, uma outra expressão ou proposição; e é por esse relacionamento, essa superposição, essa transferência, que elementos significantes passam a se aliarem e confrontarem, de modo a se revestirem de um sentido.

Quando se diz, “Não tenho um namorado. Tenho mais de 30 anos”, os efeitos de sentido se produzem no interior de uma cultura ocidental que espera da mulher, a partir da adolescência, que haja uma busca por um envolvimento afetivo e, quando isto não ocorre, a sociedade questiona o porquê do não envolvimento afetivo, de não se ter um homem. O fato de a pessoa ser adulta – “mais de 30 anos” – aumenta a carga de preconceito, pois, segundo os valores culturais, espera-se que nessa idade a pessoa possua uma autonomia econômica e consiga também uma autonomia afetiva, ou seja, maturidade para criar laços afetivos fora do círculo familiar.

Para a AD, o indivíduo é interpelado em sujeito pela ideologia para que se produza o dizer. Desta forma, quando se vincula a idade com a falta de namorado, outros sentidos se produzem, pois, constata-se a inabilidade, apesar da idade madura, em criar vínculo afetivo. Dessa maneira é questionado não apenas a falta de namorado, mas também o fato de se estar cada vez mais madura cronologicamente, fato este decisivo para a mulher, de acordo com os padrões morais, estéticos e culturais ocidentais. Há assim, uma cobrança pessoal em torno do relacionamento, de se ter ou não uma pessoa ao lado, ou seja, um troféu para ser exibido à sociedade.

É preciso, então, em termos sociais pensar sobre a relação do sujeito com a linguagem como parte da relação do sujeito com o mundo, pois, ao dizer da sua falta, estará nos revelando a sua dificuldade em lidar com pessoas do sexo oposto, e vinculando isto à idade ratificará os anos de busca, o que possibilita criar uma identificação com as demais leitoras que se encontram na mesma situação. Assim, o assujeitamento a que o indivíduo se submete na posição de sujeito moderno, que acolhe o individualismo, funciona como mecanismo de individuação e de isolamento.

Ao se apresentar como livre e responsável, o sujeito moderno – jurídico – o faz de tal forma que suas palavras parecem ser um instrumento do pensamento e um reflexo da realidade. Na transparência da linguagem, é a ideologia que fornece as evidências que apagam o caráter material do sentido e do sujeito.

“Quando o rapaz some, me pergunto o que fiz de errado”. Dúvida e/ou culpa? “Baixa auto-estima”: um termo do campo da Psicologia. Temos aí termos que articulam diferentes formações discursivas: religiosa, da moral, da ciência. O sujeito se constitui em condições determinadas impelido, de um lado pela língua e, de outro, pelo mundo, pela sua experiência, por fatos que reclamam sentidos e também por uma memória discursiva, por um saber/poder/ver dizer, em que os fatos fazem sentido por se inscreverem em formações discursivas, que representam no discurso as injunções ideológicas.

Do lado da língua, pode-se perguntar o porquê do verbo na segunda oração ser flexionado no passado. Isso nos remete a pensar que houve uma atitude incoerente no passado e que repercute no presente, porque ao dizer *o* que fiz de errado, o sujeito filia-se a uma rede de sentido, em que ideologia e inconsciente se articulam, que diz respeito ao histórico das atitudes que foram tomadas no decorrer da relação e que estiveram fora do considerado

desejável produzindo o fracasso, imaginariamente. Para a AD, é fundamental considerar o que é dito em um discurso, procurando escutar o não-dito naquilo que é dito, como presença de uma ausência necessária.

Pensando as relações de forças e de sentidos, sob o modo do funcionamento das formações imaginárias, podemos ter diferentes possibilidades de se produzir sentidos e posições de sujeito, regidas pela maneira como a formação social se produz e reproduz na história. Temos, assim, a imagem que a moça tem a respeito do que possa ser errado; a imagem que se tem do que seja uma atitude errada; a imagem que se tem do desaparecimento do outro como sendo consequência de algo errado, dentre outras coisas. E pelo mecanismo da antecipação, pode-se pensar, por exemplo, na imagem que a moça tem da imagem que o rapaz tem daquilo que ela vai fazer ou dizer, fazendo assim, com que ela procure ajustar o seu fazer / dizer de acordo com esses jogos de imagens, de representações, que marcam uma posição de sujeito dividida.

Tudo isso irá contribuir para a constituição das condições em que o discurso se produz e, portanto, para seu processo de significação, pois a AD não descarta a força que a imagem tem na constituição do dizer; o imaginário faz necessariamente parte do funcionamento da linguagem. Esse imaginário é eficaz e não surge do nada, assenta-se no modo como as relações sociais se inscrevem na história e são regidas pelas relações de poder.

Quando a leitora se interroga, correlacionando alguma possível atitude da sua parte com o sumiço do rapaz, restringe a responsabilidade de ambos, assumindo, assim, o ônus de uma relação que se configura por duas pessoas responsáveis. Dessa forma, o questionamento deveria recair sobre o que seria uma relação homem x mulher no imaginário de uma sociedade como a brasileira.

Ao longo do século XX, observa-se a quebra de valores tradicionais que empurram o ser humano para uma crise existencial em razão da solidão provocada pela ruptura da família, pelo individualismo crescente e por uma competição feroz de uma sociedade capitalista em contínua transformação. Mediante este quadro, as relações estáveis de outrora são apenas recordações. Na sociedade atual, onde tudo se transforma e novos valores são rapidamente consumidos e substituídos por outros que serão também logo desmascarados, o nível de angústia tende a aumentar por causa da insegurança gerada pelas contínuas mudanças, algumas reais, outras imaginárias.

O flerte entre homem e mulher, anos atrás, era definido por regras que não mais existem. Hoje, se uma moça faz sexo nos primeiros encontros, pode ser considerada promíscua, se não fizer, ela pode ser vista como pessoa estranha e o parceiro pode se afastar por considerá-la esquisita. Não há regras explícitas a seguir, e as relações parecem depender das características específicas de cada casal, ou seja, o sujeito está sozinho para decidir segundo seus próprios valores, de acordo com cada situação. No entanto, o aumento de diagnósticos depressivos pode ser visto como uma busca constante por um consumismo desregrado, ou seja, um consumo que possa preencher o vazio do sujeito e satisfazê-lo a qualquer custo. “O período de baixa auto - estima dura até eu encontrar outra paquera”.

A roupa da moda, o próximo namorado, carros, a viagem dos sonhos, o último filme; todo esse aparato deveria ser suficiente para garantir a felicidade. Como tal promessa não se concretiza, mas é exigida pelo modo de produção da subjetividade determinado pelo modelo atual de sociedade, cria-se, então, o conflito, levando à depressão este sujeito incapaz de se satisfazer plenamente com o aparato de consumo oferecido.

Nos primórdios da psicanálise, o sintoma clássico expressava-se, quase sempre, por meio de comportamentos inocentes, embora estranhos, que, durante a análise, se revelariam substitutos de manifestações sexuais que caberia explorar. Atualmente, os discursos dos analisandos testemunham uma busca desenfreada em prol do prazer pelo prazer, sugerindo sofrimento psíquico, apesar de aparentemente a descrição girar em torno do vazio interior e do sentimento de futilidade.

Observamos, ainda, que o e-mail traz um problema pessoal, um sofrimento singular, mas que se universaliza pela produção de um efeito sujeito: um sujeito centrado e autônomo, um sujeito que tudo pode, conforme a fala do psicanalista, baseado em um saber que o autoriza a responder. “Você pode transformar sua vida amorosa”.

Além disso, observamos, como Mariani (2003), que as cartas são parecidas e tratam de assuntos semelhantes, homogeneizando as singularidades, naturalizando os problemas do homem dito moderno. E com ela concordamos quando a partir de uma formulação de Pêcheux – “o subjetivo simula o objetivo” -, conclui: “É a partir de relatos individuais, feitos por sujeitos concretos, membros de uma mesma comunidade, que vão sendo construídas soluções reguladas, visando à adaptação desses sujeitos concretos à ordem sócio-cultural vigente” (p. 10).

A revista divulga somente a letra inicial do nome do leitor e a cidade de origem, deixando o autor no anonimato. Já o especialista, que responde, tem seu nome completo transcrita e seu campo disciplinar explicitado, o que legitima cientificamente sua resposta. O fato de o leitor não ser identificado, se, por um lado, preserva sua privacidade, por outro, impede-o de exercer sua autoria. O autor é uma função do sujeito, em que ele emerge, imaginariamente, como fonte e origem de seu dizer, pelo qual se responsabiliza. Ali ele ganha sua unicidade, sua coerência, podendo se reconhecer como “eu”. O sujeito está para o discurso assim como o autor está para o texto, porque há na base de todo discurso um projeto totalizante do sujeito, projeto esse que o converte em autor. O autor é o lugar em que se realiza esse projeto totalizante, o lugar em que se constrói a unidade do sujeito. Como pensar esse anonimato do leitor?

A resposta do psicanalista se faz ao modo de uma receita, com todos os passos para que, finalmente, possa dizer: “Só quem se sente renovada e interessante pode cativar profundamente alguém”. Se o sujeito seguir todos aqueles conselhos será feliz. Temos, então, um saber transformado em uma moral, que guarda suas relações com o discurso disciplinar-religioso. Que saber psicanalítico é esse ao alcance de um público mais vasto?

A revista Cláudia de nº 10, de outubro de 2002, reproduz um funcionamento característico do discurso pedagógico, muitas vezes, presente também na clínica e que nos interessa compreender. Vejamos uma troca de correspondência.

#### “Quero homens mais velhos”

*“Tenho 39 anos, mas aparento bem menos. Sou bonita, inteligente e independente. Casei aos 19 anos, me divorciei aos 22 e não tive filhos por opção. Desde essa época, minha vida afetiva vem sendo uma sucessão de altos e baixos, grandes paixões que acabam logo. Acredito que parte desse insucesso se deva ao fato de que só me interesso por homens mais velhos. Eles me protegem no começo, mas depois tolhem minha liberdade. Aí digo tchau e continuo sozinha”. L.L. (via internet)*

*“Paixões tendem a ser idealizações, alguém ou algo que venha preencher nossos sonhos. Quando se vai, surge o desafio de lidar com a realidade. Isso exige renunciar ao encanto instantâneo em troca de uma satisfação mais concreta. Não dá para termos tudo, mas dá para ser feliz. O fato de se interessar por homens mais velhos pode indicar que precisa de alguém que a supra. Mas por que necessita de amparo se é independente? Seria importante rever a convivência com*

*seu pai e confirmar se vem daí o interesse por homens provedores. Uma relação saudável se dá pelo equilíbrio das forças, e não pela autoridade ou pela imposição”.*

**Carmen Silva Ávila – Psicanalista.**

O título, com o verbo querer no presente do indicativo, já evidencia a presença de um sujeito com um querer que se sobrepõe a tudo, apontando para o individualismo voluntarista que caracteriza a nossa sociedade, para o crescimento de uma forma de individualismo que nega o social, o coletivo. Querer é poder: mote de um discurso neoliberal. Todos são autônomos e responsáveis; o próprio desejo é um grande mercado. Esse querer é dirigido a homens mais velhos. Mais velhos em relação a quê e a quem? Em relação aos 39 anos da leitora, mas que aparenta bem menos? Sabemos que um dos sonhos de uma sociedade que vive sofregamente o presente é a eterna juventude, buscando preservá-la eternamente, como se ela, por si só, produzisse a felicidade ou fosse responsável pela solidão. O sujeito é visto como mercadoria com data de validade que não pode vencer. Uma mulher, que se cuida, e que é também independente, bonita e inteligente, faz ecoar também o discurso moderno do feminismo.

A carta apresenta-se sob a forma de uma narrativa em que a leitora é o narrador, que relata os fatos de sua perspectiva, reproduzindo um imaginário já marcado por uma Psicologia e uma Psicanálise popularizadas e por um discurso do sucesso-fracasso, próprio da sociedade capitalista. Orlandi (2002) nos mostra que o discurso é uma dispersão de textos e o texto é uma dispersão do sujeito. O sujeito ocupa, pois, várias posições no texto, como podemos observar no texto analisado. E a leitora já pressupõe o diagnóstico para seu problema – um caso edipiano -, faltando apenas alguém lhe fornecer uma receita de como resolvê-lo.

Temos, aí, uma cena enunciativa, mas temos também o contexto mais amplo – histórico – ecoando, trazendo outros sentidos para também significar o dito, determinados pela forma de nossa sociedade, com seus valores, como uma certa moral, que, articulada a outras formações discursivas - científicas, pedagógicas -, irão significar determinados modos de juventude, de beleza, de inteligência, de fracasso, de proteção, de liberdade, dentre outros. Esses termos têm sua espessura semântica e histórica que, segundo Orlandi (2002), vem pela memória sem pedir licença, pelas filiações de sentidos constituídos em outros dizeres, em

muitas outras vozes, no jogo da língua que se vai historicizando aqui e ali, marcada pela(s) ideologia(s) dominante(s) e pelas posições de sujeito, trazendo em sua materialidade os efeitos que atingem esse sujeito apesar de sua vontade.

Isso nos leva a refletir sobre a significação que os enunciados de uma revista como Cláudia provocam em suas leitoras, a partir da circulação de um discurso sobre fenômenos psicológicos que são materializados nos textos da imprensa (escrita), trazendo assim, um grande número de promessas e descobertas mirabolantes para abolir as angústias, os medos, os problemas de ordem sexual, a depressão, a anorexia e outros males que atazanam a vida psíquica dos seres humanos, como já dissemos. Pessoti (2003), traz alguns elementos para nossa reflexão sobre essa terminologia que circula na mídia.

*“Ser rotulado, assim como rotular, é cômodo. E, diante da influência higienista da mídia, a apregoar a necessidade de estar sempre sadio, hígido, de corpo e de mente, qualquer sensação de anormalidade pode parecer sintoma de doença, de estar anormal, necessitando de tratamento. Como se a normalidade não incluísse perdas e sofrimentos, desafios e impotências, mas fosse um estado de anestesia permanente. Há caminhos para esse hedonismo higiênico: a dependência de fármaco ou, talvez, certas formas de esquizofrenia. São caminhos para abdicar da (dura) afirmação da própria subjetividade e se tornar mero objeto. Imune ao sofrimento, às escolhas, aos riscos de viver. Às depressões da vida”.* (p. 44)

A memória possui suas características quando pensada em relação ao discurso. Os dizeres desse enunciado da revista Cláudia nos remetem a uma formação discursiva que se filia a valores morais, permitindo identificá-los em sua historicidade e em sua significância (em sua relação com o conhecimento), mostrando, dessa forma, seus compromissos sociais e ideológicos.

E como o profissional, que aqui representa a Psicanálise, responde? Voltemos ao texto anteriormente transcrito. Interessante observar certos deslizamentos de sentido entre paixões, idealizações, sonhos, realidade, encanto instantâneo, satisfação mais concreta que nos remetem a uma formação discursiva da moral, a uma formação discursiva religiosa antes que ao discurso científico da Psicanálise.

*“A formação discursiva se define como aquilo que numa formação ideológica dada – ou seja, a partir de uma posição dada em uma conjuntura sócio-histórica dada – determina o que pode e deve ser dito”.* (Orlandi, 2002, p. 43)

Entre o possuir tudo aí dito – “Não dá para termos tudo” – e o possuir nada – não dito, temos a felicidade, enquanto meio termo apaziguador. O ter e o possuir em lugar do ser. O tudo e o nada em lugar do momento, do parcial, do humanamente possível. O psicanalista convoca, então, a própria leitora a rever seu diagnóstico, reafirmando o lugar central que esse instrumento – o diagnóstico – ocupa nas teorias psicológicas dominantes, produzindo um determinado sentido de clínica e de cura. Isaías Pessotti, no Caderno “Mais”, do jornal Folha de S. Paulo, de 26 de janeiro de 2003, diz que:

*“Há uma epidemia de diagnósticos. Explico: primeiro porque tais diagnósticos, via de regra, são baseados num quadro de sintomas pré-catalogados pro algum manual. São diversos, e suas combinações são várias. Assim, muitas pessoas, se “encaixam” no diagnóstico de depressão, quando se prescinde das demoradas indagações etiológicas da psiquiatria tradicional (“time is money, também para o paciente); segundo, porque o decurso da doença “per se” (ou transtorno ou distúrbio) cada vez interessa menos do que a eventual remissão dos sintomas. À medida que o quadro sintomático passa a “ser” a doença, a cura será a remissão dos sintomas. Então, o diagnóstico favorece a prescrição do fármaco que os abole. A resistência pessoal ao sofrimento e aos infortúnios da vida permanecerá intocada. Graças aos meios de comunicação de massa, à farta propaganda da indústria farmacêutica, à difusão do DSM, manual de quadros diagnósticos oficial, com mias de mil quadros psiquiátricos, a vida se psiquiatrizou”.*

Voltando à correspondência que estamos analisando, observamos que a psicanalista sugere que a leitora reveja seu diagnóstico, revisão essa centrada em uma linguagem referencial que toma o rememorar como algo empírico e controlável. O que se busca na relação psicanalítica, não é recuperar uma história factual, mas os afetos, as demandas amorosas que retornam pela e com transferência. Maria Rita Kehl, no mesmo Caderno “Mais”, do jornal Folha de S. Paulo, de 26 de janeiro de 2003, resenhando o livro de Andrew Solomon, “O demônio do meio-dia”, sobre esse questão diz, citando Pierre Fedida, que precisamos nos precaver contra “os riscos de se buscar a evocação de um acontecimento real que se supõe empiricamente traumático: a vivência infantil – essencialmente inatual na fala associativa – “, pois, esta recebe, assim, “uma positividade patogênica, na forma de uma atualidade passada”.

O sujeito, para a AD, se subjetiva na medida em que projeta sua situação (lugar) no mundo – uma mulher de 39 anos, bonita, inteligente ou uma mulher que tem a profissão de

psicanalista – para sua posição no discurso – de mercadora, de fracassada, ou então, de especialista, de avaliadora, de moralista. Essa projeção-material transforma a situação social (empírica) de indivíduo em posição-sujeito (discursiva). Vale lembrar que sujeito e sentido se constituem ao mesmo tempo, na articulação da língua com a história, em que entram o imaginário, a ideologia e o inconsciente.

*“A subjetivação é uma questão de qualidade, de natureza: não se é mais ou menos sujeito, não se é pouco ou muito subjetivado. Não se quantifica o assujeitamento. [...] Ele diz respeito à natureza da subjetividade, à qualificação do sujeito pela sua relação constitutiva com o simbólico: se é sujeito, pelo assujeitamento à língua, na história. Não se pode dizer senão afetado pelo simbólico, pelo sistema significante. Não há nem sentido nem sujeito se não houver assujeitamento à língua”.* (Orlandi, 2001, p. 100)

Na AD, não são os sujeitos físicos nem os seus lugares empíricos que são tomados como categorias de análise, isto é, como estão inscritos na sociedade e sociologicamente descritos, mas suas imagens que resultam de projeções. São essas projeções que permitem passar das situações empíricas – os lugares dos sujeitos – para as posições dos sujeitos no discurso. Essa é a distinção de lugar e posição. E será essa posição que significará em relação ao contexto sócio-histórico e à memória (o saber discursivo, o já-dito).

Hoje, a subjetividade se configura em um espaço de transformação fugaz, na qual a urgência da demanda requer respostas rápidas a questões psíquicas. O tempo no cotidiano deve ser economizado por ser um valor, tornando necessário a não perda de tempo. O tempo cronológico – objetivo –, que é medido pelo relógio e pelo calendário, não se assemelha em momento algum ao tempo psíquico. E é através da fala deste tempo psíquico que a clínica psicanalítica se constrói, resgatando a historicidade do sujeito que a ela recorre. O falante não irá operar com a literalidade (do sentido) como algo, fixo e irredutível, uma vez que não há um sentido único e prévio, mas um sentido instituído historicamente na relação do sujeito com a língua e que fará parte das condições de produção do discurso.

Em sua resposta, o sujeito-especialista fala ainda em relação saudável e equilíbrio das forças. O que é o não-saudável e o equilíbrio em se tratando de vida psíquica? Nesses espaços de circulação do saber psicológico saudável, o normal, o curável é patologizado. Segundo Foucault (2001 -b), há processos internos de controle do discurso que se dão a título de

princípios de classificação, de ordenação de distribuição, visando domesticar a dimensão de acontecimento e de acaso do discurso – normatizando-o.

*“De modo marcante e decisivo sem dúvida, os fenômenos da doença aí encontram novo estatuto epistemológico. ( . . .). As grandes essências nosológicas, que planavam acima da ordem da vida e a ameaçavam, são agora contornadas por ela: a vida é o imediato, o presente e o perceptível além da doença, e esta por sua vez reencontra seus fenômenos na forma mórbida da vida”.* (p. 175).

Para a AD, entre o dizer e o não dizer desenrola-se todo um espaço de interpretação no qual o sujeito se move. Há sempre no dizer um não-dizer necessário. Quando se diz X, o não-dito Y permanece como uma relação de sentido que informa o dizer de X. Isto é, uma formação discursiva pressupõe uma outra, como vimos no texto analisado, significando que há outra forma (posição) de olhar que não a dela, e que produz os efeitos desejados. O que não está dito, ao se dizer: “Sou bonita, inteligente e independente?”

Na análise discursiva de um enunciado, partimos do dizer, de suas condições de produção e de sua relação com a memória, com o saber discursivo, para delinearmos as margens do não-dito, que faz os contornos do dito significar. Como diz a leitora: “Tenho 39 anos, mas aparento bem menos”.

Trago, ainda, um outro enunciado para trabalhar um pouco mais essa questão do sujeito como posição, tomando dessa vez, um outro título da mesma seção da revista Cláudia: “Experimente olhar para você mesma e para os homens de forma diferente”.

Temos o olhar do especialista e a imagem que ele faz da leitora, além da imagem que faz de si como especialista da área, evidenciando que o sentido é sempre em relação ao outro e ao Outro (a memória, a alteridade, o inconsciente). O título se estrutura de forma a direcionar os sentidos, produzindo seus efeitos. E as outras imagens aí em jogo? O título traz uma posição de sujeito e silencia as outras posições.

Os resultados desta análise vão nos revelando um sujeito, antes de tudo, dividido entre diferentes posições, às vezes, contraditórias, determinadas pela tensão entre o real e o simbólico, entre o imaginário e o desejo, o que podemos observar também no espaço da clínica, nos discursos “dos” pacientes em que se testemunha uma busca desenfreada por respostas rápidas e eficazes, de sucesso, de juventude, de eternidade, de remédios para vencer

a morte, de afastar para longe todo e qualquer sofrimento, o que irá produzir sofrimento psíquico, apesar das vozes ali ouvidas parecerem estar assentadas em torno do vazio interior e do sentimento de futilidade.

Inúmeras questões têm sido por nós colocadas, e outras, inesperadas, vêm sendo produzidas por essa análise, permitindo-nos questionar o modo de circulação do conhecimento psicológico e do psicanalítico nos processos de subjetivação do homem em relação ao Estado, às determinações históricas, bem como avançar na compreensão dos processos de produção e institucionalização, via mídia (escrita), desses saberes, ou seja, das relações entre saber e poder, entre o psicológico e o político.

Reafirmando certos pontos sobre o discurso, Foucault (2001 -a) diz que por mais que o discurso seja aparentemente bem pouca coisa, as interdições que o atingem revelam logo, rapidamente, sua ligação com o desejo e o poder. O discurso, como a Psicanálise nos mostra, não é simplesmente aquilo que manifesta (ou oculta) o desejo, é, também, aquilo que é o objeto do desejo, e a história não cessa de nos ensinar também que o discurso não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas aquilo por que, pelo que se luta: o poder do qual queremos nos apoderar.

Observamos, ainda, que um dos temas recorrentes nos textos da revista Cláudia – e de tantas outras - era o do aspecto físico - idade, beleza -, e, consequentemente, da insatisfação sexual do sujeito-leitor. Além disso, a subseção “Interpessoal” estava contida na seção “Emoções & Sexo”; mas havia, na revista, uma seção específica denominada “Corpo”, indicando que havia uma fragmentação entre corpo e sexo. Como se daria essa divisão entre corpo e sexo na mídia e como seriam administradas, discursivamente, as relações, em um corpo empírico, entre suas emoções e sua sexualidade? Decidimos, então, por um novo recorte de análise: o da seção “Corpo” na revista Cláudia.

Na primeira leitura da materialidade textual, pudemos verificar que essa divisão entre corpo e sexo alia a moral à ciência, pois, na seção “Corpo”, a leitora encontrará subseções fixas que irão percorrer e transitar pelo discurso da disciplina para se ter um corpo perfeito, um corpo sarado, um corpo que irá se contrapor a um corpo doente: daquela que não lutou o suficiente para enquadrar seu corpo aos padrões exigidos. O discurso da necessidade de

cultuar o corpo, transmitido pela mídia se evangeliza a ponto de criar um sistema de crenças tão poderoso quanto o de qualquer religião, tomando conta dos hábitos de nossa sociedade.

Nessa relação entre discursividades, na subseção “Interpessoal”, da seção “Emoções & Sexo”, vamos observar como a leitora, através de perguntas e respostas (um velho método de catequeses), irá se deparar com um discurso pedagógico que busca normalizar o sujeito, colocando o especialista como fonte do saber: um especialista que diagnostica, faz prescrições, aponta soluções e faz uma mediação entre o leitor/paciente e o consultório.

Na seção “Corpo”, há subseções fixas que trazem como títulos – “Segredos de Especialista”; “Beleza”; “Saúde” e “Nutrição” -, certos ditos que funcionam como fórmulas de, receitas para se esculpir o corpo perfeito, evidenciando a determinação da forma-sujeito por uma exterioridade específica da nossa sociedade. Observa-se, então, um funcionamento discursivo em que um corpo fragmentado é demarcado pela perfeição, produzindo um efeito-sujeito, a partir de enunciados sustentados por uma científicidade que proporcionará as medidas perfeitas e produzirá uma subjetividade capaz de driblar a morte, desde que as leitoras se enquadrem nos moldes propostos.

Partindo da idéia de que a materialidade específica da ideologia é o discurso e a materialidade específica do discurso é a língua, trabalha-se a relação língua-discurso-ideologia. Essa relação se complementa com o fato de que, retomando Pêcheux (1988), não há discurso sem sujeito e não há sujeito sem ideologia: o indivíduo é interpelado em sujeito pela ideologia e é assim que a língua faz sentido. E será pela referência à formação discursiva que nos permitirá compreender o funcionamento discursivo do que vem a ser corpo para a mídia, os seus processos de produção de sentidos e sua relação com a ideologia.

Palavras iguais podem ter significados (ideológicos) diferentes, porque se inscrevem em formações discursivas diferentes. A palavra “corpo” não significa o mesmo para um médico, para um professor de educação física e para a mídia, para um psicólogo ou para um psicanalista, porque os seus referentes se constroem em condições de produção diferentes e podem ser referidos a diferentes referenciais teóricos, conforme podemos ver em Pereira (1999), o que coloca em questão as possibilidades de uma clínica interdisciplinar:

*“(...) em vista da exigência de um trabalho direto sobre o corpo, na perspectiva dos biodanceiros a cena analítica é um lugar de onde o corpo se ausenta e, por*

*este motivo, é um lugar onde se rationaliza muito, um lugar muito intelectual, onde só se produzem idéias totalmente desvinculadas do corpo e da sensibilidade".* (p.213)

Grande parte do trabalho do analista de discurso consiste em observar as condições de produção do dito e verificar o funcionamento da memória, o que lhe permitirá remeter o dizer a uma formação discursiva (e não a outra) para compreender o sentido do que ali está dito. O corpo significante ligado ao corpo social formula-se no corpo das palavras, em sua materialidade lingüística, por gestos de interpretação, onde irrompe a discursividade em seu real contraditório, marcado pela incompletude, pela tensão entre o mesmo e o diferente, pela dispersão do sujeito e do sentido.

A maneira pela qual a mídia descreve o corpo configura um imaginário social no qual cada indivíduo é considerado responsável (e culpado) por sua juventude, beleza e saúde. Só é feio quem quer e só envelhece quem não se cuida. O corpo passa a ser visto como um objeto de investimento (de dinheiro, de tempo, de acessórios, entre outros), porque o corpo considerado em forma irá se apresentar como um sucesso pessoal, ao qual qualquer mulher ou homem poderá aspirar.

Verificamos em nossa cultura uma emancipação de antigos conceitos em relação à função de procriação do corpo feminino, para uma desenfreada busca da perfeição estética ditada pela mídia, que irá normalizar medidas em prol da multiplicação de regimes, da disseminação de lipoaspiração, dos implantes de próteses de silicones, do uso de botox para atenuar as marcas faciais, sendo estes mecanismos desejados por todos aqueles que buscam na aparência uma identidade.

Para a antropóloga Mirian Goldenberg (2002), o corpo invejado, desejado e admirado aparece como um corpo trabalhado, malhado, sarado, definido, um corpo cultivado que, sob a moral da boa forma, surge como marca indicativa de uma certa virtude superior daquele que a possui. Um corpo coberto de signos distintos que, mesmo nu, exalta e dá visibilidade às diferenças entre grupos sociais, entre os que têm ou não acesso aos meios para a construção desse corpo moderno.

As formas de corpo que são significantes para a mídia, têm construído uma cultura com horror à gordura e à velhice, e que valoriza com fervor a beleza e a boa forma, estimulando o sonho cada vez mais insistente da juventude eterna e provocando uma insatisfação permanente

com a aparência física. Fala-se tanto do corpo para não falar dele, ou melhor, para não falar do corpo com suas diferenças, para homogeneizá-lo e apagar a alteridade. O que também, podemos observar em Pereira (1999), quando ela discute o lugar do corpo para a biodança:

*“( . . . ), parece haver na biodança algo mais do que o simples desfrute. ( . . . ), os toques nessa prática terapêutica são marcados por uma indiferenciação entre os corpos, não há escolha, não há sedução, não há barreira. Os corpos estão lá, disponíveis uns aos outros. Chega-se aqui a uma estranha proximidade entre dois universos aparentemente opostos, o universo da internet, onde o corpo é ausente, e o universo da biodança, onde o corpo é imposto: no primeiro, a ausência de materialidade do corpo tem como efeito o reforço imaginário do eu, que invade todos os espaços, implodindo a alteridade; no segundo, a disponibilidade ilimitada dos corpos faz desaparecer suas diferenças, os eus se desintegram em uma ilusão de totalidade, levando igualmente ao desaparecimento da alteridade”.* (p. 216)

A mídia estimula cada vez mais a necessidade do autocontrole da aparência física, porque para atingir a forma ideal e expor o corpo sem constrangimentos, é necessário investir na força de vontade e na autodisciplina, alertam as revistas, o que podemos observar em um texto da subseção “Saúde” da revista Cláudia, nº 11, de novembro de 2002, na qual o autor nos repassa a fórmula de se adquirir um corpo ideal através de uma pesquisa realizada por uma universidade estrangeira.

### **Pequenas doses grandes efeitos.**

*“Se você morre de preguiça de malhar por horas a fio ou não tem um período do dia para se dedicar às atividades físicas, anime-se. Pesquisadores da Universidade de Ulster, na Irlanda, concluíram que três sessões de exercício por dia, com duração de 10 minutos, trazem os mesmos benefícios que 30 minutos seguidos. Ao malhar, a pessoa apresenta melhorias físicas e psicológicas. No campo mental, ela fica muito mais estimulada por terminar algo que começou. ‘O importante é incorporar esse hábito e saber que os efeitos aparecem com a continuidade das atividades. Interromper o programa reverte rapidamente os benefícios’, explica o fisiologista da Unifesp”.*

Nesse artigo, a revista utiliza ainda a linguagem não verbal, como fotos, no sentido de capturar a atenção do leitor. A ferramenta visual é a mesma que o leitor busca para o seu corpo, na medida em que pensamos o corpo como uma obra de arte a ser vista e valorizada, o que equivale a uma imagem. A imagem do corpo como realidade corporal nos permite pensar que o visível é o modo privilegiado de se relacionar consigo mesmo e, sobretudo, com o outro.

O corpo, que se mostra e que se apresenta de maneira exageradamente visível, aparece como uma obra de arte específica, pessoal, íntima e feita sob medida e, ao mesmo tempo, universal, pública e feita para todos.

Longe de ser algo que já vem pronto, o corpo é considerado como uma obra de arte em potencial, que o sujeito deve refinar e estilizar dia após dia por meio de uma série de exercícios (de)formadores, sempre orientados por uma otimização da aparência física.

O efeito-título deste texto se produz direcionando sentidos a partir do discurso científico – da posologia de medicamentos -, de modo a estabelecer uma cena modeladora que enuncia a fórmula de se ter excelentes benefícios em doses reduzidas, ou seja, a partir de uma disciplina quantificada o sujeito poderá se beneficiar. Dessa forma, o título nos remete a classificar o corpo em termos de volume que poderá ser dosificado de forma a atingir o padrão normalizado pela mídia, banalizando a idéia de que o corpo é moldável pela ação da força de vontade, vigorando o paradigma de um corpo autoplástico.

Na AD, são as relações de força que sustentam o objeto do discurso, pois no momento em que o autor demarca a sua narrativa a uma pesquisa desenvolvida na Universidade Ulster da Irlanda, cria um imaginário de científicidade que o permite associar exercício físico x saúde mental, pois: “Ao malhar, a pessoa apresenta melhora física e psicológica”.

Mas, qual é a garantia, ou melhor, o sinal que o autor oferece-aponta como indicativo de uma melhora psicológica a partir do cumprimento regular de alguns exercícios físicos? Ele diz: “No campo mental, a pessoa fica muito mais estimulada por terminar algo que começou”.

À medida que o texto vai ampliando os benefícios dos exercícios físicos para abranger o campo psíquico, os sentidos desse discurso vão encontrando uma ancoragem (ideológica) no discurso científico, o que podemos observar indo ao verbete “saúde psíquica”, tal como podemos encontrá-lo no “Dicionário de Psicologia” de Dorsch (2001):

*“Saúde psíquica, estado de bem-estar ‘mental’ em estreita relação com a saúde corporal e social. Segundo Rogers, equilíbrio entre o organismo e o ambiente ou concordância entre a imagem ideal e a imagem própria. – Psico-higiene – classificação da Organização Mundial de Saúde”. (p. 847 – Grifos nossos)*

Nesses espaços discursivos, podemos observar que o referente da ciência especializada para “saúde psíquica” constrói-se como um lugar de equilíbrio, de melhora e normalização da vida das pessoas, mesmo quando estas não estão doentes, atendendo dessa maneira,

imaginariamente, às necessidades de estilo de vida pessoal, e criando, assim, procedimentos que se adaptam aos hábitos do dia-a-dia.

A argumentação do texto da revista caminha na direção de novos efeitos de cientificidade, quando se apóia na fala de um especialista em fisiologia da Unifesp, que reitera a necessidade de disciplina, colocando dessa forma, a voz do saber como algo disciplinador que irá assegurar aos leitores bons ou maus resultados. “O importante é incorporar esse hábito e saber que os efeitos aparecem com a continuidade das atividades. Interromper o programa reverte rapidamente os benefícios”.

O discurso que é construído na mídia enquanto parte do funcionamento de uma sociedade, materializa-se em uma rede discursiva em que discursos aparentemente díspares articulam-se para produzirem certos efeitos. Podemos observar na construção dessa rede discursiva, a presença constante do discurso científico. O “Código Internacional de Doenças” - CID10 (1993) irá enquadrar as pessoas que têm obsessão pela forma perfeita e permanente insatisfação em relação a seus atributos físicos, como portadoras de uma doença batizada de “Transtorno Dismórfico Corporal”:

*“O aspecto essencial é uma preocupação persistente com a possibilidade de ter um ou mais transtornos físicos sérios e progressivos. Os pacientes manifestam queixas somáticas persistentes ou preocupação persistente com a sua aparência física. Sensações e aparências normais ou banais são muitas vezes interpretadas por um paciente como anormais e angustiantes e a atenção é usualmente focalizada em apenas um ou dois órgãos ou sistemas do corpo. O transtorno físico ou o desfiguramento temido pode ser especificado pelo paciente, mas mesmo assim o grau de convicção sobre sua presença e a ênfase sobre um transtorno em vez de outro em geral varia entre as consultas; o paciente usualmente cogitará a possibilidade de que outros transtornos físicos possam existir em adição aquele ao qual é dado proeminência. Essa síndrome ocorre tanto em homens quanto em mulheres e não há características familiares especiais (em contraste com o transtorno de somatização)”. (pp. 161-162).*

Os que são acometidos por este transtorno são incapazes de aceitar pequenas imperfeições e acreditam ter defeitos que na verdade são produtos de fantasia. Para essas pessoas, a presença de culotes mais avantajados, de uma manchinha no rosto ou de músculos pouco proeminentes costuma virar fonte da mais profunda angústia e vergonha. Com isso, tornam-se verdadeiros viciados em exercícios físicos ou escravos de dietas e cirurgias plásticas, procurando esconder ou disfarçar a todo custo determinadas partes do corpo. No

estado mais crítico o paciente pode desenvolver depressão, fobia social e transtornos alimentares, além de apresentar comportamento compulsivo.

Nessa cultura do corpo estimulada pelo mercado, que responsabiliza o indivíduo pelo seu corpo – um corpo determinado -, a mídia tem um papel fundamental, ao contribuir para tornar o corpo no mais belo objeto de consumo: uma coisa. E a publicidade, que antes só chamava a atenção para um produto exaltando suas vantagens, hoje em dia serve, principalmente, para criar um consumidor permanentemente in tranquilo e insatisfeito com a sua aparência.

A partir dessa análise, podemos refletir sobre o interesse de Freud pelos sintomas histéricos e sua intuição de que suas manifestações não apresentavam nenhuma correspondência com a estrutura anatômica dos órgãos afetados, no que representou uma ampliação da compreensão das possibilidades de manifestação do sofrimento humano. Ao questionar as vias que levam o conflito psíquico a manifestar-se no corpo e ao acolher como procedimento de análise aquilo que a ciência de sua época rejeitava, como os sonhos e os lapsos, Freud fundou a Psicanálise, desenvolvendo uma clínica e um aparelho teórico que buscam permitir a compreensão das diferentes passagens e relações entre as manifestações psíquicas e corporais.

Neste capítulo, analisamos o discurso da mídia como um lugar enunciativo de individualização do sujeito moderno, em que se produzem efeitos-sujeito e um imaginário – sentidos estabilizados – daqueles que chegam à clínica com um diagnóstico e uma demanda de cura. Através da análise da circulação do conhecimento psicológico popularizado, que pudemos apreender o trabalho de diferentes discursividades e compreender um pouco mais da prática clínica em termos dos processos de interlocução que ali acontecem entre o sujeito-psicólogo e o sujeito-paciente.

A mídia produz e controla o sujeito-leitor por meio de um funcionamento discursivo que banaliza a queixa, os sintomas do leitor-paciente, pois há um imaginário que diz que a impressa escrita publica aquilo que é de interesse de todos. Vimos, contudo, que há uma lacuna entre o leitor real e o leitor virtual, a quem os textos são dirigidos e entre as necessidades do leitor e as condições de produção criadas pela redação e pela edição, comprometidas com o mercado e com uma sociedade do consumo.

Na medida em que temos uma mídia que veicula com freqüência promessas que irão abolir as angústias, os medos, a depressão e outros possíveis males que atormentam a vida psíquica dos cidadãos, podemos pensar na profusão de técnicas psicoterápicas criadas para atender a essa demanda midiática e marcar a necessidade de se compreender as bases epistemológicas em que cada uma se sustenta, colocando, de um outro lugar, questões referentes às possibilidades de uma clínica disciplinar.

## 4. O sujeito na clínica

### Traduzir-se

*Uma parte de mim é todo mundo.  
Outra parte é ninguém, fundo sem fundo.*

*Uma parte de mim é multidão.  
Outra parte estranheza e solidão.*

*Uma parte de mim pesa, pondera.  
Outra parte delira.*

*Uma parte de mim almoça e janta.  
Outra parte se espanta.*

*Uma parte de mim é permanente.  
Outra parte se sabe de repente.*

*Uma parte de mim é só vertigem.  
Outra parte linguagem.*

*Traduzir uma parte na outra parte.  
Que é uma questão de vida e morte.  
Será arte?*

Ferreira Gullar.

Nos capítulos anteriores, analisamos diferentes discursividades e observamos que há relações entre a prática clínica e a prática científica em uma sociedade, o que irá afetar o processo de subjetivação do homem moderno nas relações entre saber e poder. Mais especificamente poderíamos dizer, que irá afetar o processo de individualização do sujeito-psicólogo e do sujeito-paciente, considerando o tema de nosso trabalho.

Na introdução desta dissertação, dissemos que a opacidade do discurso que se produz na clínica em sua relação com o contexto econômico-social e, também, com outras práticas como a científica, é que nos instigara, inicialmente, na formulação de nosso objetivo, qual seja o de compreender o lugar e o modo de escuta do psicólogo, através da análise da estrutura e do funcionamento do discurso “sobre” e “da” clínica.

Algumas questões postas naquele início de trabalho, resultantes de um corpo-a-corpo com o cotidiano de uma clínica que carecia de uma compreensão teórica mais consistente da prática ali realizada – o que provocou angústia e sofrimento -, mas guiaram as nossas análises e reflexões, levando-nos à concentração dessas mesmas questões em torno de três grandes focos: o lugar do sujeito-psicólogo e seu processo de formação, o lugar do sujeito-paciente na

sociedade moderna, e a interlocução desses sujeitos no espaço da clínica, em que se busca uma forma de escutar/tratar alguns conflitos relativos ao sujeito.

A pretensão deste trabalho não seria dar fim a esses conflitos pela opção por um tipo ou outro de clínica, mas a de criar novas possibilidades de análise e reflexão sobre a prática do psicólogo e, talvez, sobre a sua formação, considerando o modo como fomos desenvolvendo a nossa compreensão de diferentes discursividades nos capítulos anteriores, sustentada pelo dispositivo teórico de leitura e de interpretação da Análise de Discurso.

Neste capítulo, gostaríamos de avançar um pouco na compreensão deste terceiro foco, qual seja, o do processo de interlocução que se dá entre sujeitos na clínica, mediado pelo conhecimento psicológico que circula, sob diferentes formas, na sociedade.

Podemos começar, tomando como elemento desencadeador desse processo de interlocução no espaço determinado da clínica, com aquele sujeito que ali chega como estando em busca de algo: da cura. O desejo de cura é, pois, uma primeira grande questão a se colocar para a delimitação desse espaço-tempo de uma prática específica: a da clínica, bem como a possibilidade de uma clínica interdisciplinar, uma vez que a possibilidade de cura será demarcada de maneiras distintas, conforme se fale do campo da Psicologia ou do campo da Psicanálise, como pudemos observar no segundo capítulo desta dissertação. O texto e a interpretação ali produzidos trazem, assim, as marcas das posições de sujeito ocupadas pelos indivíduos que ali se encontram, bem como as relações de aliança ou de conflito que elas desencadearão.

Do sujeito que chega à clínica em busca de cura, como também daquele, que constitui e constrói o discurso da mídia visto pela análise da revista Cláudia no capítulo anterior, ouvimos quase sempre frases como essa: “Preciso solucionar os meus problemas”, marcada pela urgência do precisar e pela busca de solucionar algo: os problemas. Frases como esta que nos remetem à imagem que se tem da cena enunciativa a se desenrolar no espaço clínico: dos interlocutores – profissional e paciente - que ali se encontram, da relação de sentidos e forças entre saberes que ali se reproduzem e constroem, tendo a cura como condição necessária. Lugar de onde irão falar aquele que chega e aquele que ali está.

“Preciso solucionar os meus problemas”. Esse indivíduo espera encontrar soluções, porque a clínica é vista como um lugar de conhecimento legitimado e autorizado para nomear e curar todos os problemas/conflitos daqueles que a ela recorrem, ao modo da coluna

“Interpessoal”, analisada na Revista Cláudia. Ele irá almejar um retorno imediato, devido a esse lugar que a clínica ocupa em seu imaginário, ficando, portanto, na expectativa de uma solução para os seus problemas. Temos, aí, uma fala categórica e um diagnóstico pronto, necessitando da validação de um profissional que poderá – ou não – ocupar esse lugar. Fala esta, como pudemos também observar nos capítulos anteriores, que será sustentada pelo imaginário produzido e reproduzido por diferentes instituições da sociedade.

Face a essa urgência como responder? Com uma clínica sustentada por quais referenciais teóricos? Os da clínica psicológica? Os da clínica psicanalítica? Ou os de uma clínica interdisciplinar?

Este é um momento crucial para o sujeito-psicólogo podemos concluir, tendo em vista o trabalho que vimos desenvolvendo: o da demarcação da natureza epistemológica de sua prática clínica, sustentada por essa(s) ou aquela(s) teoria(s), para atender às demandas que lhe chegam. Demandas que, como vimos na análise do discurso da mídia, revelam o funcionamento de um imaginário específico. Como atravessar esse imaginário?

Observa-se, portanto, a necessidade, desde o início do atendimento, de uma escuta pautada por um referencial teórico, que irá delinear o lugar simbólico da clínica, em que o sujeito-psicólogo ali já presente se prontifica - ou não - trabalhar pedidos como esses.

Ao retomarmos o verbete “cura” do Dicionário de Psicologia de Doron & Parot (2000), analisado no segundo capítulo desta dissertação, observamos que:

*“A ação de curar: segundo o contexto será sinônimo de restabelecimento, cicatrização, cessação, ajustamento, ou ainda proteção, defesa, perseverança. ( . . . ). A cura deve ser entendida antes como uma mutação de um ‘arranjo’ em outro, que tenha a ver com restituição ao estado inicial. Na perspectiva da terapêutica (psicológica), o objetivo fundamental é a cura do processo psicopatológico. São múltiplos os seus critérios: normalização da conduta, flexibilidade adaptativa conforme as situações, capacidades de satisfazer às necessidades em função da realidade objetiva. De um ponto de vista estrito, a cura exige a completa e definitiva supressão do processo doentio, ( . . . ) ”. (p. 207 – Parênteses nossos)*

E podemos afirmar, então, que a urgência e a possibilidade de cura completa, demandada pelo sujeito que chega à clínica, encontram pleno respaldo em uma determinada discursividade referida ao campo da Psicologia e advinda, de forma deslocada, do discurso médico, enquanto lugar da normalização de conduta, o que não encontramos no discurso psicanalítico.

Podemos, ainda, pensar o processo de interlocução que se dá na clínica, observando o funcionamento lingüístico-discursivo da nomeação daquele que ali chega em busca de cura: “paciente”, “analisando”, “cliente”. Se voltarmos ao discurso dos dicionários, veremos que a clínica psicológica e a clínica psicanalítica irão nomear, referir aquele que a ela chega, de diferentes modos, lembrando que a referência, segundo Guimarães (2002), é “a particularização de algo em uma enunciação específica”. Esses termos designam e referem sujeitos na medida em que os identificam em um certo processo social e histórico. E “o que um nome designa é construído simbolicamente” (Guimarães, 2002, p. 91).

No Dicionário de Psicanálise de Roudinesco & Plon (1998), não encontramos o verbete “paciente”, embora seja utilizado em textos de psicanalistas, como nos de Freud, levando-nos a supor que essa palavra possa ser vista como a presença do discurso médico, de onde o fundador da Psicanálise se origina. Em seu texto “Conferências introdutórias sobre psicanálise de (1916-17)”, Freud (1976) faz uma pontuação em que a palavra “paciente” aparece, mas enquanto sujeito de linguagem e a clínica enquanto espaço de interlocução de dois sujeitos de linguagem:

*“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”*. (p. 29)

De acordo com a AD, o sentido das palavras poderá aparecer como evidência, como se estivesse sempre lá: um efeito ideológico; sendo isso o que parece ocorrer com a palavra “paciente”, pois a formação discursiva a que se filia irá funcionar na clínica psicanalítica a partir de outras relações, em determinado contexto histórico. Para Orlandi (2002), “este é o trabalho da ideologia: produzir evidências, colocando o homem na relação imaginária com suas condições materiais de existência” (p.46).

Observa-se que na prática psicológica, de um modo geral, também se usa o termo “paciente”, um efeito-sujeito que irá se constituir a partir de um deslizamento do significante, ou seja, pelo efeito metafórico e pela historicidade, uma vez que no “Dicionário de Psicologia”

de Doron & Parot (2000), não encontramos a palavra de entrada “paciente” isoladamente, mas acompanhada de um determinante: “Paciente designado > Doente identificado” (p.564). Chama ainda a nossa atenção a ausência de um verbete para a expressão “paciente designado”, e o deslizamento que o dicionário faz, pelo processo de remissão próprio dos dicionários, para “doente identificado”. Esses deslizamentos, como se refere a AD, são significativos no momento que provocam mais um efeito-sujeito na nomeação daquele que chega à clínica psicológica. Transcrevemos a seguir, o verbete - “doente identificado”:

*“Termo que se aplica a cada sujeito ou paciente designado, membro de uma unidade sistêmica, como um grupo social estruturado ou uma família, enquanto apresenta distúrbios psíquicos que assumem sentido em função de um tipo de comunicação circular, a eles concernente, que visa manter a homeostasia do sistema.*

*Pode-se chegar, assim, a ligar os sintomas do doente identificado, ou designado, com o problema fundamental da família ou do grupo sistêmico ao qual ele pertence. Pode-se, igualmente, entrever o círculo vicioso que alimenta a comunicação patológica manifestada por meio dos sintomas que o doente identificado apresenta, e que visa a camuflar ou a controlar o sofrimento disfuncional do conjunto da unidade sistêmica em questão”.* (p. 254)

Há, então, um deslizamento de sentido de “sujeito” para “paciente designado” e deste para “doente identificado”, o que revela a relação do discurso da Psicologia – ou pelo menos daquele legitimado pelo dicionário - com o da Medicina, bem como da possibilidade de se ter uma clínica pautada no identificável, no observável. A historicidade, a que nos referimos anteriormente, deve ser compreendida como aquilo que faz com que os sentidos sejam os mesmos e também com que eles se transformem. Orlandi (2002) irá demarcar que esse movimento se dá devido ao “efeito metafórico, o deslize – próprio da ordem do simbólico – [e sendo] lugar da interpretação, da ideologia, da historicidade. Essa é a relação entre a língua e o discurso: a língua é pensada como sistema sintático intrinsecamente passível de jogo e a discursividade como inscrição de efeitos lingüísticos materiais na história” (p.80).

O deslizamento ou efeito metafórico faz parte do funcionamento discursivo, porque este irá permitir que o mecanismo ideológico funcione, sendo esse efeito visto como um discurso duplo e uno. Teremos dessa maneira, uma duplidade que nos fará designar e identificar um sujeito em um outro. Na AD, esse equívoco será trabalhado como uma questão ideológica fundamental, o que nos permitirá pensar na relação material do discurso em relação à língua e

da ideologia em relação ao inconsciente. Será nesse lugar dos deslizes de sentidos como efeitos metafóricos, que a interpretação ocorrerá. De acordo com Orlandi (2002), “( . . . ) esse efeito que constitui os sentidos constitui também os sujeitos, ( . . . )” (p.81 ).

Dessa maneira, observamos que o sentido de “cura” presente na prática da clínica psicológica é filiado ao discurso da medicina, podendo, portanto, construir-se nesse espaço, através de um sujeito-psicólogo que ocupa também o lugar de sujeito-médico, uma fala que diz respeito à doença do corpo e à doença da mente, enquanto distúrbios psíquicos, “( . . . ) na perspectiva da terapêutica, o objetivo fundamental é a cura do processo psicopatológico. ( . . . )” (Doron & Parot, 2000, p.207).

Agora, quanto ao termo “cliente”, observamos que este não aparece nos dicionários de Psicologia (2000 e 2001) analisados, nem no Dicionário de Psicanálise de Roudinesco e Plon (1998), embora seja um termo usado com certa freqüência na clínica psicológica. Recorremos, então, ao Dicionário Aurélio (1975) e encontramos:

*“Cliente. [Do latim *cliente*] S. 2 g. (1) Constituinte, em relação ao seu advogado ou procurador. (2) Doente em relação ao médico habitual. (3) Freguês”.*  
(p. 335)

Quando o primeiro enunciado definidor remete o cliente a um advogado ou a um procurador, podemos pensar naquele que chega à clínica como quem busca um defensor, um protetor, intercessor ou mediador para os seus conflitos. O que irá fazer eco com o referente dado a “cura” e, Dorot & Parot (2000, p. 207) : “( . . . ) sinônimo de restabelecimento, cicatrização, ajustamento, ou ainda proteção, defesa, perseverança” (Grifo nosso).

Podemos observar que quando o sujeito chega à clínica e traz seus problemas e conflitos para serem solucionados e, portanto, para ele ser curado, essa fala está filiada a um discurso científico do campo da Psicologia e pode produzir sentido em determinada direção: a de que se faça uma defesa, uma intercessão por parte do outro sujeito que está na clínica; sendo este o responsável pela resolução dos problemas e conflitos a ele trazidos. Cria-se, na clínica psicológica, a possibilidade de devolver um saber explicativo aquele que a ela chega, enquanto um sujeito de direito que deve submeter-se a normas jurídicas.

O segundo enunciado definidor designa o “cliente” como “doente”. Aquele que sofre, que pede por um diagnóstico e um prognóstico curativo, ou seja, por um procedimento

terapêutico que o faça sair desse lugar - nomeado como do conflito, do problema - passível de cura, definindo também, o lugar do outro - o do sujeito-psicólogo – como o lugar do médico: um lugar mágico em que, mediado por algumas palavras ou técnicas, poderá retirar o sofrimento do cliente como o médico ao receitar algum medicamento.

Lugar este que, segundo Foucault (1997), “se produz numa época em que o poder médico encontra suas garantias e suas justificações nos privilégios do conhecimento: o médico é competente, o médico conhece as doenças e os doentes, detém um saber científico, que é do mesmo tipo que o do químico e do biólogo: eis o que fundamenta, agora, a sua intervenção e a sua decisão” (p. 50). Temos, aí, também, o que já discutimos no capítulo anterior, a patologização da dor de viver pela observação direta do doente, constituindo o campo da psicopatologia e excluindo dois termos essenciais à prática psicanalítica: o de inconsciente e o de transferência.

Se optarmos por uma clínica psicanalítica, os impasses aparecerão, pois sua proposta é a de construir um saber junto com o seu paciente – também chamado de “analisando” (redução de psicanalizando) -, pois nesse campo epistemológico não se busca uma normalização de comportamento. Caso a prática psicanalítica tendesse a objetivar alcançar um ideal de normalidade descharacterizaria seus fundamentos teóricos e, além disso, colocaria o analista no lugar de modelo identificatório, portador da verdade. Como afirma Freud (1976), em seu artigo de (1918):

*“( . . . ) recusamo-nos, da maneira mais enfática, a transformar um paciente que se coloca em nossas mãos em busca de auxílio, em nossa propriedade privada, a decidir por ele o seu destino, a impor-lhe os nossos próprios ideais e, com o orgulho de um Criador, formá-lo à nossa própria imagem ( . . . )”.* (p.207).

A proposta de que a clínica psicanalítica funciona a partir de uma construção conjunta entre dois sujeitos, delineia-se mais fortemente em um artigo posterior de Freud (1976), “Construções em análise” (1937 b), onde as chamadas construções dependem fundamentalmente de um campo (inter) subjetivo, que irá envolver o paciente - também chamado por analisando - e o analista, sendo a função do primeiro colocar à disposição do segundo um fragmento de sua história para que o trabalho analítico possa ser realizado.

As construções na clínica psicanalítica podem ser pensadas como um processo de reconstrução a ser produzido a partir de fragmentos do discurso do paciente, constituindo um processo que terá como função o de re-significar as ligações afetivas pelo próprio paciente. Dessa maneira, segundo Freud, há nos sonhos, nos delírios uma verdade histórica sobre a vida de cada um, o que nos permite pensar que o processo da análise não irá se referir a um saber “sobre” o inconsciente, mas à construção de uma verdade sobre o seu desejo.

Não gostaríamos, contudo, de tratar a Psicologia como um campo homogêneo, sem conflitos e embates, sem rupturas e descontinuidades. Necessitávamos, no entanto, de uma primeira tomada de posição de forma mais abrangente no desenvolvimento desse trabalho, que se foi revelando cada vez mais complexo e que acreditamos deva exceder os limites desta dissertação. Não esquecemos, em nenhum instante, que as generalizações são perigosas, porque são poucas esclarecedoras. Mas essa demarcação de territórios precisava começar, o que estamos fazendo, ou melhor, começando a fazer neste trabalho de dissertação.

Retomando o verbete “cliente”, transcrito anteriormente, adentramos no mundo do mercado, do comprador de bens e serviços, com o termo “freguês”. O espaço da clínica torna-se um espaço de negociação de conflitos, de normas, de condutas, de atitudes, de sofrimentos, transformados em objetos; um espaço de ajustamento às normas do mercado, em que a interlocução se dá entre sujeitos – do capitalismo – que negociam bens simbólicos, tendo o conhecimento psicológico como mediador.

Para o sujeito que procura a clínica a sua fala pode, então, ser escutada como vinda de diferentes (e mesmos?) lugares da estrutura social, sendo a dispersão regulada por filiações discursivas que remetem sempre à ordem capitalista, embora a imagem que construímos dessas posições de sujeito jurídico e de sujeito doente seja, a princípio, distinta. Para Orlandi (2002), pode-se dizer que o sentido não existe em si, mas será determinado pelas posições ideológicas colocadas em jogo no processo sócio-histórico em que as palavras são produzidas.

No momento que a chegada na clínica é vista como sendo um possível espaço de alianças e conflitos, fizemos alguns recortes de análise, que nos permitiriam escutar também algumas falas que nos remeteriam ao discurso “do” sujeito já na clínica. Para tanto, tomamos o livro “No horizonte do outro”, fruto de uma tese de doutorado em antropologia, de Ondina Pena Pereira (1999), em que faz uma reflexão sistemática sobre a cena analítica, através de depoimentos de pacientes-analisandos, transitando entre diferentes áreas do conhecimento,

como a filosofia, a semiótica e a psicanálise. Os recortes incidiram sobre duas questões que circulam nesse espaço enunciativo e que podem nos ajudar a compreender a relação entre diferentes tipos de clínicas: a do corpo e a do pagamento-valor.

Observemos um primeiro texto, trazido para análise:

*“Eu tinha uma certa dificuldade em escolher a psicanálise, porque eu pensava que seria melhor exercitar o corpo, fazer uma terapia corporal. No início, quando comecei, eu me perguntava: ‘por que eu estou roubando uma hora da minha natação, vindo aqui para ficar parada?’ Aos poucos, eu fui descobrindo o prazer de trabalhar os aspectos simbólicos da vida, sem ter que sair correndo por aí, para perceber que eu sou meu corpo”*. (Pereira, 1999, p. 28).

Este discurso “da” paciente é profícuo para a nossa discussão, pois, a paciente já havia feito uma escolha quanto ao tipo de clínica a que ela gostaria de se submeter. Mesmo não tendo ainda muita clareza, a paciente já demonstra possuir um saber a priori de como funciona a clínica psicanalítica e a clínica psicológica. Saber este, que se assemelha ao que nós observamos na análise da seção “Interpessoal” da revista Cláudia.

Freud (1976), a partir da fábula de Esopo, nos lembra a necessidade de percorrermos primeiro o caminho antes de nos preocuparmos com a distância.

*“Quando o caminhante perguntou quanto tempo teria de jornada, o Filósofo simplesmente respondeu ‘Caminha!’ e justificou sua resposta aparentemente inútil, com o pretexto de que precisava saber a amplitude do passo do Caminhante antes de lhe poder dizer quanto tempo a viagem duraria”*. (Freud, 1913, pp. 169-170)

Podemos observar que o espaço analítico se constitui em meio às incertezas, o caminho se faz a partir do questionamento da própria analisanda: “( . . ) por que eu estou roubando uma hora da minha natação, vindo aqui para ficar parada?”. É um tipo de questionamento que, na clínica psicanalítica, fará sentido a *posteriori*, não sendo possível no início do processo ter um diagnóstico em relação à perda ou não de um tempo cronológico, porque o que é trabalhado nesse espaço, é o tempo psíquico – atemporal. Sendo, portanto, construído a partir da sua própria fala, das suas inquietações, o que não trará uma resposta tão imediata e visível quanto à possibilidade de transformação que a natação pode vislumbrar. Segundo Kehl (2002):

*“A divisão do sujeito da psicanálise completa-se aqui; ao final do processo, assistimos à emergência de um sujeito que passa a desconhecer tanto suas determinações íntimas como o caráter coletivo, social, das forças que o atravessam. Para se acreditar independente, ‘individual’ entre seus semelhantes, ele tem que ignorar (recalcar?) todas as evidências de sua dependência, desde a educação que lhe garantiu um lugar na sociedade até a força de tradições e saberes implícitos no sistema de crenças e valores que ele acredita ter constituído sozinho, pelo poder da razão. O resultado dessa operação é o desenvolvimento de uma aguda ‘consciência de si’, responsável, a um só tempo, pelo desenvolvimento dos homens modernos como indivíduos diferenciados uns dos outros e pelo sofrimento que essa prática contínua de auto-observação pode acarretar”.*

(p. 64 – Grifo nosso)

Consciência esta que a clínica psicanalítica não pode prever e tão pouco assegurar que a paciente a terá, do mesmo que a natação poderá produzir, poderá dar visibilidade em um corpo malhado, sarado. Na medida em que a clínica psicanalítica privilegia a transferência e o inconsciente, constrói com o paciente um espaço para que se possa auto-observar e questionar-se, para que possa simbolizar sua vida, suas dores, seu sofrimento, o que irá possibilitar construir algumas interpretações, como a da paciente citada: “( . . . ) eu sou o meu corpo” (Pereira, 1999, p.28).

Segundo Pereira (1999), a cena analítica possui a peculiaridade de não fornecer satisfação imediata, contrapondo-se à sociedade contemporânea que é voltada para a produção, para o utilitarismo, para o pragmatismo. Esse posicionamento irá se confrontar com o lugar construído para a clínica e para os sujeitos que nela interagem: um lugar que se constrói a partir da necessidade social de um consumo descartável, de alívio imediato, de criação, mesmo que ilusória, de qualidade de vida.

A satisfação imediata de uma sociedade de consumo em que tudo pode ser medido por seu valor de troca, aparece também no discurso “do” sujeito na clínica, em que aparece um sujeito necessitando de afirmar a importância da clínica, de colocá-la no mesmo patamar de algo valorizado como a arte.

*“Que relação eu posso estabelecer entre o dinheiro que eu entrego ali para o analista, sem levar nada em troca, e o dinheiro que eu gasto em uma compra qualquer? Com o dinheiro que eu já dei a ele, eu poderia agora, nas férias, fazer uma viagem para o exterior, que é algo que eu quero muito. Mas o valor que eu dou à análise é muito maior do que isso, do que outros objetos, outras coisas. Eu diria que é um valor que se situa na mesma ordem do valor de uma obra de arte:*

*seu preço exorbitante não se explica por uma lógica econômica!”. (Pereira, 1999, pp. 29-30)*

Na questão do pagamento estarão implicados diversos elementos constitutivos da prática clínica, que não só os de remuneração de um profissional em uma sociedade capitalista, que irão ser encaminhados e compreendidos também de conformidade com as bases epistemológicas que sustentem o trabalho ali desenvolvido. E isso se evidencia até mesmo em situações aparentemente triviais, como a de quem estabelece as condições de pagamento e recebe a quantia estabelecida: o próprio profissional ou uma secretária. Até que ponto a relação com o sujeito com o dinheiro guarda ou não uma relação com seus sintomas ou seus comportamentos?

Bucher (1989), diz:

*“Como qualquer outra situação de serviço profissional, implica uma troca entre alguém que dá e outro que recebe. Que a situação psicoterápica seja específica quanto ao conteúdo do material intercambiado, não muda nada neste princípio, mesmo se encontramos sérias dificuldades em definir o que, de fato, é dado e recebido”. (p. 148).*

O que se troca no espaço clínico? Que material é intercambiado? Será que se trata de troca? A partir da resposta que dermos ao que será dado e recebido, poderemos também demarcar qual clínica será construída nessa troca.

Retomando o discurso lexicográfico, poderemos observar no verbete “psicologia clínica”, analisado anteriormente, que: “( . . . ) O método clínico foi transposto para o exame do homem dito ‘normal’ com a finalidade de aconselhamento, de formação ou de seleção. Enfim foi estendida do indivíduo para o grupo: é a psicologia social clínica. ( . . . )” (Doron & Parot, , 2000, p. 145). Então, quando a clínica psicológica se propõe a examinar aquele que a ela recorre tendo como finalidade o aconselhamento, a formação ou a seleção, estará definindo o seu campo de possíveis trocas, ou seja, deixando claro que, neste espaço, o sujeito-psicólogo está autorizado a dar algum tipo de conselho, de formar, ou melhor, de readaptar o homem à sociedade e, finalmente, de selecionar o comportamento que mais se adapta a determinadas situações.

Nesse espaço discursivo do verbete, o sentido produz efeitos em relação ao paciente e ao psicólogo, bem como à finalidade da clínica: o paciente ao relatar suas queixas receberá imediatamente do psicólogo, que o acolhe, um diagnóstico e um prognóstico que o livrará rapidamente do sofrimento, proporcionando um alívio imediato; o psicólogo poderá ajudá-lo, aconselhando-o; a clínica poderá livrá-lo de sua condição humana.

Mas, as simplificações e reducionismos são sempre perigosos e servem para esconder a complexidade das questões, pois na clínica psicológica também há necessidade de uma implicação por parte do sujeito que a ela recorre, pois espera que o mesmo fale. Podemos observar, então, o campo da Psicologia procurando elaborar essa questão, buscando novas formas de compreender e avançar nessa questão da troca que se efetua no âmbito da clínica entre sujeitos, embora pressupondo, muitas vezes, que ela se dê apenas no nível do consciente, como diz Menninger (1982).

Na relação consciente que aquele que chega à clínica psicológica faz, podemos pensar em possíveis classificações de troca que ocorreram neste espaço, tais como: subtrativo (por exemplo, o médico ao retirar do paciente ‘algo’ indesejável, como um tumor); aditivo, em que o médico, em vez de retirar alguma coisa do paciente, lhe dá ‘algo’ que anule o sintoma (por exemplo, um comprimido) e manipulativo ou alternativo, no qual o médico não dá nem retira nada do paciente (por exemplo, ao aplicar uma massagem em um músculo retraído). Teremos então, no processo psicoterapêutico a possível vivência de algumas dessas classificações, na qual o paciente poderá vivenciar o momento aditivo, no instante em que o mesmo incutir esperança no tratamento (desejo de cura), ou subtrativo, no sentido de acreditar que o tratamento possa eliminar um suposto medo, e / ou, alternativo, quando se reorienta o sujeito em relação a uma determinada meta. (Menninger, 1982).

Na clínica psicanalítica, a possível troca irá ocorrer em outro lugar e de outra forma, pois no momento em que a mesma prioriza o inconsciente, ela irá criar condições para que apareçam os mais amplos significados inconscientes, proporcionando ao paciente uma maior consciência de si. No instante em que a paciente, citada anteriormente, faz uma comparação do preço de sua análise com o preço de uma obra de arte, está, o que está em questão é ela mesma, o que demonstra estar ela implicada em sua fala e que não se trata de se fazer uma leitura referencial.

Mas, romper com esse imaginário para produzir novos gestos de interpretação não é fácil, e a não ruptura com o já dito e sabido manifesta-se sob a forma de lamento, de queixume, semelhantes aos feitos inicialmente, mas, agora, tendo como culpados o pagamento e o tempo despendido. O sujeito-paciente não fora capaz de escutar e de se escutar, mesmo que fosse o seu silêncio ou o do outro. Vejamos, alguns depoimentos registrados por Pereira (1999, p.48)

*“Eu fui para a análise em busca de solução para as minhas crises de pânico. Mas, após tentar vários analistas, percebi que a própria análise desconsidera esse tipo de sintoma . . . Eu sentia que estava jogando meu dinheiro pelo ralo enquanto o estava descrevendo”.*

*“O que mais me incomodava era que eu chegava pela manhã no consultório, ele abria a porta, meneava a cabeça, apontava o lugar, eu deitava (eu nem queria deitar, eu queria era ficar sentada, louca, jogando pedra, fazendo qualquer coisa, de tanta dor) e vinha o silêncio absoluto. Então eu ficava acuada, digamos, pressionada por dentro e assediada por fora... no fim ele se levantava, dirigia-se à porta com as mãos para trás, abria-a e meneava de novo a cabeça. Eu saía de lá com o sofrimento com o qual eu havia entrado.”*

*“Então eu contava, contava, contava, falava, falava, falava . . . Fiquei três anos com ele. Nenhum sintoma melhorou.”*

No primeiro relato, podemos perceber uma intencionalidade do paciente em escolher o espaço analítico para solucionar as suas crises que já são diagnosticadas como “crises de pânico”. Crise que depois já é “sintoma”. A paciente já passara por vários analistas talvez de orientações teóricas distintas. Transita, pois, no nível do consciente, do imaginário com suposta desenvoltura em meio aos termos e conceitos, reforçando a importância da circulação do conhecimento psicológico. No momento, porém, em que a clínica rompe com esse imaginário, criando outros espaços de interpretação, tornando secundário a busca da cura do que ela chama de sintomas, a resistência irá se dar no lugar do pagamento: “( . . . ) Eu sentia que estava jogando meu dinheiro pelo ralo enquanto o estava descrevendo”.

No segundo depoimento, chama a nossa atenção os efeitos que o silêncio produzia sobre a analisando, mas que ela não “ouvia”: “Então eu ficava acuada, digamos, pressionada por dentro e assediada por fora...”.

No terceiro relato, podemos observar que a dimensão do tempo cronológico não acompanha o tempo psíquico, porque, foram necessários três anos para a paciente poder significar a falta de respostas à sua demanda. Dessa forma, observamos que na clínica psicanalítica não teremos como foco a devolução de possíveis respostas aos desejos de solução, às demandas apressadas de cura, pois será o próprio paciente que construirá tais respostas – ou não –, em sua relação com o outro.

Lacan (1998), em seu texto “Do sujeito enfim em questão”, refere-se a esse lugar da seguinte forma:

*“( . . . ), o sujeito que qualificamos (significativamente) de paciente, que não é o sujeito estritamente implicado por sua demanda, mas antes o produto que pretendermos determinado por ela.*

*Isto é, embaralhar as coisas no processo de deslindá-las. Em nome desse paciente, também a escuta se torna paciente. É para o seu bem que a técnica se elabora, sabendo moderar sua ajuda. Dessa paciência e moderação é que se trata de tornar capaz o psicanalista”.* (pp. 230-231).

Podemos observar que a clínica psicanalítica analisa-trabalha o sintoma a partir da estrutura lingüística, o que permitirá compreender o sujeito (paciente) que nela e com ela se constitui. O sintoma (inconsciente) está para Lacan atrelado à linguagem, possuindo, portanto, um dizer merecedor de ser desvelado. O desvelamento desse dizer produzirá algo significativo, que poderá ocupar o lugar de alívio, uma ilusão necessária para o sujeito.

Nesse sentido, a partir da complexidade, limites mesmos, que possibilitam a escuta de uma linguagem não transparente, é que podemos, também, pensar na viabilidade de uma clínica interdisciplinar. E mesmo de colocarmos a questão da pertinência e consistência de uma clínica sustentada por determinadas correntes da Psicologia, considerando o tipo de problema apresentado pelo paciente. Parece-nos, cada vez mais, que uma interdisciplinaridade, enquanto soma de conceitos e de procedimentos oriundos de diferentes campos disciplinares ou de articulação entre os mesmos sem os rigores necessários a uma prática científica, trazem sérias dificuldades e conseqüências tanto para o psicólogo quanto para o paciente. Se, como diz Bucher (1989, p.174), “todo pedido de psicoterapia contém alguma ambigüidade, hesitação e ambivalência, decorrente do medo diante da incógnita que representa a psicoterapia”, cabe ao psicólogo saber trabalhar com a opacidade desse discurso.

Trazemos agora, para esta dissertação, com nomes fictícios, recortes de fala de dois sujeitos, que chegaram à nossa clínica, tomando-as como suporte de casos clínicos, procurando discuti-los sob abordagens teóricas distintas, de forma a ir construindo um processo de reflexão e análise que crie condições para se construir uma autoria, libertando-nos de uma repetição formal e inscrevendo-nos em uma repetição histórica (Orlandi, 1988).

Fátima procura a nossa clínica, indicada por uma colega de trabalho, frisando, por telefone, a urgência em marcar uma consulta, se possível no dia seguinte pela manhã. Na ocasião, faz um breve relato de seus problemas conjugais e de sua preocupação com o marido. Estábamos, pois, diante da clássica situação de quem demanda respostas imediatas para seus conflitos conjugais e legitimação do diagnóstico já feito por ela a respeito do outro: o marido. Na hora marcada para a primeira sessão, deparamo-nos, porém, não com Fátima, mas com o casal na sala de espera. Neste instante, nos questionamos. A que clínica estão buscando? E ainda. Que clínica temos para lhes oferecer?

Como se tratava da primeira sessão e vivíamos um momento de definições quanto a nossa prática, permitimos a entrada do casal, com a intenção de escutá-los, nesse primeiro momento, e de nos posicionarmos posteriormente quanto à nossa forma de trabalho. A clínica seja ela psicológica ou psicanalítica, irá construir o seu saber e sua prática a partir de determinados conceitos. Como pôde ser observado em capítulos anteriores, é possível a construção diferenciada de possíveis escutas e de propostas de atendimento. Sabíamos que, se optássemos por uma prática de cunho psicanalítico, o processo de interlocução só seria possível entre dois sujeitos: o analista e o analisando.

Ao entrarem, Fátima começa a reclamar compulsivamente dos gastos excessivos feitos por Luiz, e por ele não ter lhe avisado da real situação financeira da família, da qual ela só tomou conhecimento quando começaram as ligações telefônicas de agiotas e bancos, cobrando a compensação de vários cheques. Luiz retruca que tudo que fizera fora em benefício da família que não tem limites e gasta todo o dinheiro por ele ganho. Fátima começa a chorar e diz, a partir do lugar de “cliente”, que deseja uma cura rápida e eficiente.

*“Não aguento mais . . . Doutor, nós já estivemos no advogado ontem e estou pronta para pedir a separação. Só estamos aqui porque acho que o Luiz não está bem e precisa de uma medicação”.*

Observamos, ainda, no discurso da Fátima, ao dizer como o esposo arruinou financeiramente a família, o lugar a ele atribuído, o de “doente identificado”, aquele que impede o bom funcionamento da família, tomada como uma unidade sistêmica. Uma vez nomeado e identificado o sujeito portador de distúrbios, o outro, Fátima não precisava reconhecer a sua participação no problema, enquanto membro da família, e podia pedir a separação, sem culpa, mascarando o seu desejo inconsciente.

De acordo com Braier (1986), a clínica psicológica permite que quando se tem o paciente definido, possamos incluir no processo psicoterapêutico pessoas vinculadas (familiares) ao mesmo, objetivando dessa forma, algumas metas:

*“1. Obter informações. Resulta em geral sumamente benefício ter a oportunidade de entrevistar familiares e/ou pessoas próximas do paciente e conhecer suas impressões sobre ele. Procura-se além disso chegar a um diagnóstico psicodinâmico do casal e/ou da família, determinar o papel que nela ocupa o paciente, sobretudo quando a problemática está principalmente relacionada com seu meio familiar, partindo da concepção de que aquele é, na realidade, o emergente de um grupo enfermo. 2. Informar sobre o estado do paciente para conseguir que seus familiares ou as pessoas próximas assumam a responsabilidade do tratamento nos casos em que isso seja necessário. 3. Atuar terapeuticamente sobre o meio que rodeia o enfermo. Isto poderá realizar-se através de entrevistas de orientação e além disso, se for preciso, de uma psicoterapia a cargo do mesmo terapeuta que efetua o tratamento do paciente, ou de outro, com ou sem a inclusão do paciente no tratamento grupal, tudo isso de acordo com os critérios predominantes em cada caso. Em algumas ocasiões, a indicação poderá ser uma psicoterapia exclusivamente grupal (casal, família) desde o começo”. (pp. 114 / 115).*

Carneiro (1996), em artigo publicado na revista “Psicologia – Ciência e Profissão”, admite a possibilidade dos diferentes enfoques terapêuticos serem necessários no diagnóstico da clínica psicológica, sendo possível em determinados casos que o profissional se volte para a família, para identificar a suposta comunicação paradoxal na qual se estrutura a patologia familiar. “A família é vista como um sistema equilibrado e o que mantém este equilíbrio são as regras do funcionamento familiar. Quando, por algum motivo, estas regras são quebradas, entram em ação meta-regras para restabelecer o equilíbrio perdido” (p. 40).

O sentido que a meta-regra assumirá na reorganização familiar, nos remete ao capítulo dois da nossa dissertação, em que analisamos, no “Dicionário de Psicologia” de Doron &

Parot (2000), o verbete “cura”, como sendo “entendida antes como uma mutação de um ‘arranjo’ em outro, que tenha a ver com restituição ao estado inicial. ( . . . )” (p. 207). Podemos observar que o sentido de cura será a restituição ao estado inicial e a meta-regra, a busca em restabelecer o equilíbrio perdido na ou pela família. Portanto, em uma abordagem familiar, o psicólogo procurará reorganizar a família em seu estado inicial, ou seja, resgatar o equilíbrio perdido e, consequentemente, proporcionar a cura do doente identificado no contexto familiar.

A distinção e compreensão dos saberes que sustentam as diferentes práticas clínicas – as psicológicas e as psicanalíticas -, evidenciam a necessidade de uma formação profissional que abra espaços para trabalhar a historicidade dessas áreas de conhecimento que, ao longo de seu desenvolvimento, trilharam, muitas vezes, caminhos paralelos, mas não iguais no que diz respeito ao psiquismo, pois uma clínica, a psicanalítica, estará voltada para o inconsciente e a outra, a psicológica, de modo geral, para o consciente. Esta afirmação nós podemos compartilhar com alguns autores como Bucher (1989); Schultz & Schultz (1992). Podemos, no entanto, considerar apenas em comum para as duas clínicas, a possibilidade de ambas trabalharem a psiquê humana.

No livro: “A psicoterapia pela fala – fundamentos, princípios, questionamentos”, Bucher (1989) irá nos mostrar a necessidade de uma definição mais precisa do espaço clínico, seja no âmbito Psicológico ou Psicanalítico, porque “a prática psicoterápica, sendo uma prática que envolve seres humanos, não pode reduzir-se a aplicações mecânicas; ela implica valores, valorizações e significações que tocam o conjunto da existência dos parceiros que nela se engajam, a um nível que se pode chamar de ideológico” (p. XI).

Dentre os vários questionamentos que o livro nos permite fazer, destacamos o capítulo “Psicoterapia versus Psicanálise?”, pelas possibilidades de ampliarmos nossa reflexão sobre a clínica interdisciplinar. Bucher (1989) mostra que não podemos confundir psicoterapia com psicanálise, porque, diferenças existem, às vezes nítidas, às vezes flutuantes. Chama a atenção para a natureza da psicanálise, que antes de ser uma prática, é um instrumento de investigação, que através dos processos inconscientes poderá reconstruir o percurso da história do paciente.

Freud (1976), em seu artigo: “A Terapia Analítica (1917)”, relata que a terapia hipnótica tenta encobrir e envernizar algo da vida psíquica, ao passo que a analítica tenta desembaraçar e extirpar algo. A Psicanálise irá atacar as raízes, isto é, os conflitos (inconscientes) dos quais surgiram os sintomas, mas, não proibindo a manifestação dos

mesmos e também, não reforçando os recalques. O que irá impor ao psicanalista e ao paciente (analisando) uma pesada carga interpretativa, onde ambos terão a tarefa de ultrapassar as possíveis resistências para que se possa chegar às raízes inconscientes. Neste sentido, Freud nos mostra que o processo psicanalítico corresponde a uma interpretação, que favorecerá ao paciente aprender a conhecer sobre si mesmo, o que difere da readaptação pretendida pela clínica psicológica.

Segundo Bucher (1989), se na Psicologia temos a relação psicoterápica, na Psicanálise temos a transferência. Mas, de acordo com esse autor, “não se trata simplesmente de uma mudança de nome, e, sim, de concepções diferentes que implicam mudanças substanciais” (p. 188).

Na relação psicoterápica, o indivíduo irá se comunicar de uma maneira consciente, cabendo ao psicólogo observar diretamente suas atitudes e suas condutas. Deste modo, a relação não se torna apenas objetiva, mas, também, visível, o que permitirá uma avaliação concreta da problemática consciente que o indivíduo possa apresentar, ou seja, uma avaliação que irá incluir a observação do corpo, dos gestos e da postura. A clínica psicológica possibilita que a troca seja explicitada, que o paciente possa cobrar um retorno, pois, ao interferir diretamente na conduta do seu paciente, o psicólogo pode tornar visível também os resultados, no caso de readaptação familiar ou social, visando “transformar o objeto de intervenção – que não é mais um sujeito (indivíduo) – e levá-lo a um funcionamento mais satisfatório, mais adaptado. A atuação do terapeuta será planejada e diretiva” (Bucher, 1989, p. 105).

Quando Bucher (1989) utiliza o conceito de transferência para demarcar o campo da Psicanálise, irá implicar na idéia de deslocamento, de deslize, de substituição de um lugar para o outro, sem que essa operação afete a integridade do objeto, ou seja, os desejos inconscientes do paciente passam a se repetir de uma forma projetiva na pessoa do analista, colocando-o na posição desses diversos objetos. Daí, segundo o autor, podermos pensar na importância que a fala possui no processo analítico, onde “o psicanalista procederá de modo mais alusivo, mais interpretativo e indireto, seguindo os meandros dos significantes na tentativa de produzir aqueles deslizes que tocam algo da problemática inconsciente” (Bucher, 1989, p. 189).

A transferência, portanto, não é um apêndice ou uma contingência da clínica psicanalítica, mas um elemento constitutivo do tratamento psicanalítico “mediante o qual os desejos inconscientes do analisando concernente a objetos externos passam a se repetir, no

âmbito da relação analítica, na pessoa do analista, colocado na posição desses diversos objetos”(Roudinesco e Plon, 1998). Trata-se, poderíamos dizer de um gesto de interpretação que resultará no funcionamento psíquico do paciente, sendo, nesta relação reconhecido e elaborado. Apesar de a transferência ser reconhecida como essencial para o processo psicanalítico, não deixa de ser um conceito também a ser discutido, pois como dizem Roudinesco e Plon, em seu “Dicionário de Psicanálise” (1998):

*“(...) conforme as escolas, as divergências são múltiplas quanto a seu lugar no tratamento, seu manejo pelo analista e o momento e os meios de sua dissociação. Um século depois do nascimento da psicanálise, o conceito de transferência ainda é objeto de um debate contraditório, cuja origem se encontra na história de seu reconhecimento, de sua avaliação teórica e de sua utilização por Freud a partir do abandono da hipnose e da catarse”.* (p. 767)

Ao demarcarmos lugares distintos para a clínica psicologia e para a clínica psicanalítica, no tocante a objetivos, objeto e métodos, podemos perceber que em face dessas distinções, é de se esperar que o resultado também seja diferente. Além disso, nos embates epistemológicos, as críticas são freqüentes e advindas de todos os lados, como podemos observar na citação a seguir, e vão se diferenciando, se sobrepondo e se contrapondo ao longo da história de cada campo disciplinar.

*“Os psicólogos acadêmicos – mergulhados no rigor da ciência, buscando definições precisas e operacionais para os seus conceitos – não gostavam e desconfiavam das idéias freudianas, que não podiam ser qualificadas nem vinculadas com variáveis empíricas concretas. Termos como ego, id e repressão eram anátemas para psicólogos que só queriam trabalhar em termos específicos de estímulo-resposta”.* (Schultz & Schultz, 1992, p. 351).

Passaremos, agora, a relatar e a analisar o processo de interlocução que se dá entre o sujeito que chega à clínica e o sujeito que lá se encontra, tendo esse caso clínico o intuito de mostrar-nos uma relação entre posições de sujeito, marcadas pelo suporte teórico-metodológico do discurso da Psicanálise. Acreditamos que poderemos, assim, observar o funcionamento de diferentes formações discursivas, em que se constituem sujeitos e sentidos, e a produção textual que ali se produz, enquanto uma dispersão de sujeitos. Temos um sujeito (consciente) que chega à clínica através de um encaminhamento médico, o que lhe permite

saber quais são os seus sintomas e o momento em que eles apareceram na sua vida, e, o outro, um sujeito (inconsciente), que irá se subjetivar nas falas que ali se produzem, sobre a qual este sujeito dividido desde o início não tem controle, mas pela qual terá que se responsabilizar. No decorrer das primeiras entrevistas, pudemos observarmos a unicidade e homogeneidade de duas posições de sujeito que não se adequão linearmente e como elas se aliam e confrontam.

A necessidade de uma escuta cautelosa inicial já fora proposta por Freud (1976), em um artigo de 1913, quando diz: “( . . . ) quando conheço pouco sobre um paciente, só aceitá-lo a princípio provisoriamente, por um período de uma ou duas semanas. Se interromper o tratamento dentro deste período, poupa-se ao paciente a impressão aflitiva de uma tentativa de cura que falhou” (p. 165). Esse aceite provisório, nos faz pensar que a clínica psicanalítica indiretamente delimita o seu campo de atuação, considerando as especificidades do método.

Ricardo havia procurado a nossa clínica em função de sintomas que, segundo os médicos, não havia razões de existirem, senão por motivos emocionais. Segundo Ricardo, os sintomas eram formigamento no braço direito e palpitações. Esses sintomas apareceram logo após o afastamento temporário do banco no qual o mesmo trabalhava há dez anos. Os motivos, segundo o paciente, que causaram o seu afastamento colocavam em dúvida o seu caráter e a sua competência, pois ele havia concedido um valor significativo de empréstimo a pessoas que não honraram os pagamentos.

Ricardo diz inicialmente: “Quando se deixa de ser bancário, não se é mais nada. Não sei mais o que posso fazer, só sei fazer o que fazia antes como gerente. Não sei mais quem sou”, sinalizando para uma relação entre estar-fazer-ser como constitutivos de uma identidade. Até que ponto ele delegava no ser profissional de um banco, todo o seu potencial e capacidade, que só teria reconhecimento lá dentro.

Para Lacan (2003), em sua obra “Outros Escritos”: “A psicanálise postula que o inconsciente, onde o ‘eu não sou’ do sujeito tem sua substância, é invocável pelo ‘eu não penso’ como aquele que imagina ser senhor de seu ser, isto é, não ser linguagem”. (p. 324). O que nos leva a pensar na possível relação que irá designar ao Outro o seu desejo. Freud (1976), em seu artigo de 1930 “Mal-estar na civilização”, nos mostra que: “( . . . ), devido não só as discrepâncias existentes entre os pensamentos das pessoas e as suas ações, como também à diversidade de seus impulsos plenos de desejo, as coisas provavelmente não são tão simples assim” (p. 81).

Em seus trabalhos com as histéricas, Freud dá ênfase ao sintoma tanto como realização de desejo, quanto como gratificação de um impulso inconsciente, o que irá permitir estabelecer na Metapsicologia pontos-chave da psicanálise, especialmente o da pulsão e o do recalque, importantes na concepção do mecanismo do sintoma. A clínica psicanalítica é uma clínica do recalque e, portanto, uma clínica construída para a identificação do sujeito aos ideais da cultura.

Existe no sintoma algo que vai além de sua estrutura significante, que não será interpretado, que não se articula, não se decifra, mas que se apresenta desde o primeiro contato. Será para esse algo que se repete, e que aparece muitas vezes sob uma estrutura fantasmática, que irá se dirigir à análise. Aí, está, o que Lacan sugere como a direção do tratamento.

Logo após ter iniciado o tratamento, Ricardo foi chamado ao banco novamente. Ao voltar, foi lhe oferecido o mesmo cargo de gerente, mas com uma outra função: deveria estar a cada dia em uma agência diferente para que fossem resolvidos diversos problemas administrativos nas mesmas. Não possuindo, após o seu retorno, um local definido de trabalho, uma mesa com seu nome, nenhum ponto para se fixar, passou então a dizer: “Não aguento mais este negócio, não sei direito em que lugar estou, qual é o meu trabalho. Eles não decidem e eu fico pra lá e pra cá”.

Mais uma vez, o sujeito coloca-se nas mãos do outro para não se haver consigo mesmo. Fala de “x”, para não dizer de “y”. Uma posição de sujeito marcada por um imaginário, que o levou a consultar alguns médicos que demarcassem, após vários exames, os meios para possível solução de seus problemas (a cura) que, no caso do Ricardo, seria a clínica psicanalítica.

Lacan (1998), mostra-nos que o inconsciente não é apenas um saber que leva o sujeito a dizer a palavra exata na hora exata, sem, no entanto, saber o que está dizendo, como será também o saber que irá ordenar a repetição dessa mesma palavra, mais tarde em outro lugar. Devolvemos, então, para o sujeito-paciente a sua indagação: “Eles não decidem e eu fico pra lá e pra cá”. Lembramos-lhe que esta era a sua queixa inicial onde dizia não saber quem era e, agora ao retornar para o banco no mesmo cargo, continuava sem saber.

O início do processo analítico é de suma importância para o paciente, pois ele está almejando a cura de seus males que, nas primeiras falas aparecem como indesejáveis.

O analista deve ser cauteloso em suas interpretações, nesse momento, pois de acordo com Lacan (1998):

*“A saber, o lugar ínfimo que a interpretação ocupa na atualidade psicanalítica – não porque se tenha perdido seu sentido, mas porque a abordagem sempre atesta um embaraço. ( . . .). O procedimento torna-se revelador quando se aproxima do centro de interesse. Ele impõe até uma formulação articulada para levar o sujeito a ter uma visão (insight) de uma de suas condutas, sobretudo em sua significação de resistência, para que possa receber um nome totalmente diferente, como confrontação, por exemplo, nem que seja a do sujeito com seu próprio dizer, sem merecer o de interpretação, simplesmente por ser um dizer esclarecedor”. (p. 598)*

Nesse momento, Ricardo não podia mais contar com o banco para ‘bancar’ suas queixas, pois havia retornado ao cargo que exercia anteriormente a sua saída. Foi, então, durante a sessão que Ricardo as transferiu para seus chefes: “Estou sendo prejudicado por eles e, este meu momento, é um castigo em função das condições em que eu havia sido afastado”.

Retomando Freud (1976), em seu artigo de 1914:

*“Aprendemos que o paciente repete ao invés de recordar e repete sob as condições da resistência. Podemos agora perguntar o que é que ele de fato repete ou atua (act out). A resposta é que repete tudo o que já avançou ( . . .). Repete também todos os seus sintomas, no decurso do tratamento. E podemos agora ver que, ao chamar atenção para a compulsão à repetição, não obtivemos um fato novo, mas apenas uma visão mais ampla. Só esclarecemos a nós mesmos que o estado de enfermidade do paciente não pode cessar com o início de sua análise, e que devemos tratar a sua doença não como um acontecimento do passado, mas como uma força atual. Este estado de enfermidade é colocado, fragmento por fragmento, dentro do campo e alcance do tratamento e, enquanto o paciente o experimenta como algo real e contemporâneo, temos de fazer sobre ele nosso trabalho terapêutico, que consiste, em grande parte, remontá-lo ao passado”. (p. 198).*

Observamos que será na clínica psicanalítica, onde o paciente repete, sob o cunho da transferência com e para o analista, aquilo que por estar recalcado não pode ser recordado. Foi então, no texto: “Além do princípio do prazer”, de 1920, que Freud reviu sua posição sobre o sintoma. Ele revê a noção de sintoma como reprodução de algo no lugar das recordações – as histéricas sofriam de reminiscências –, e o processo analítico como tendo por objetivo a catarse, o que possibilitaria tornar consciente o que era inconsciente. Freud, então, percebeu

que muito mais importante que o fato real era a fantasia que constitui a realidade psíquica de cada indivíduo. Sendo que o novo encaminhamento da questão será via o manejo da neurose de transferência, pelo retorno do recalcado. A repetição irá se impor, indicando um ponto de falta além do princípio do prazer, e algo que não causou satisfação ou prazer irá se repetir nos sonhos.

*“Aqui poderia achar-se o ponto de partida para novas investigações. ( . . . ). O princípio do prazer parece, na realidade, servir a pulsão de morte. ( . . . ). Isso, por sua vez, levanta uma infinidade de outras questões, para as quais, no presente, não podemos encontrar respostas. Temos de ser pacientes e aguardar novos métodos e ocasiões de pesquisa. Devemos estar prontos, também, para abandonar um caminho que estivemos seguindo por certo tempo, se parecer que ele não leva a qualquer bom fim. Somente os crentes, que exigem que a ciência seja um substituto para o catecismo que abandonaram, culparão um investigador por desenvolver ou mesmo transformar suas concepções. Podemos confortar-nos também, pelos lentos avanços de nosso conhecimento científico, com as palavras do poeta: ‘Ao que não podemos chegar voando, temos de chegar manquejando ( . . . )’.” (pp. 84-85)*

A clínica psicanalítica se constrói em prol da verdade do sujeito e de um saber sobre si. O sintoma, então, pode ser dirigido ao analista, convocando-o enquanto um ouvinte privilegiado, a buscar a verdade do sujeito, a partir de uma transferência calcada no suposto saber deste ouvinte analista.

Se o analista não atravessar esse imaginário que a fala de Ricardo reproduz, ou se ignorar que o que está em jogo é um saber textual e não referencial, irá ocupar o lugar do conselheiro, do que toma partido, julgando que estavam fazendo dele o que queriam, usando-o, sendo este o preço que pagava por seu afastamento temporário do banco.

Em seu artigo, “Do sintoma ao sinthoma”, Célio Garcia (1996), nos diz:

*“( . . . ) que a pergunta de Freud sobre como e por que, apesar da interpretação, um sintoma não some, Lacan irá responder dizendo que é por causa do gozo. Eis que o sujeito ama mais seu sintoma do que a si mesmo. O sintoma será definido por Lacan, em seu Seminário Mais, Ainda, como uma forma do sujeito de ceder de seu desejo. Para lidar com o desafio dos pacientes que persistem em seus sintomas, Lacan nos responde ‘com a noção de sinthome, formação significante carregada de gozo, nossa única substância, único suporte do ser, único ponto a dar consistência ao sujeito graças a que evitamos a loucura’. Esse sinthome não cabe interpretá-lo, como estávamos acostumados a fazer quando se tratava do que chamávamos de sintoma. Não cabe atravessá-lo como nos propusemos a fazer quando se tratava do fantasma.*

*O que fazer ? Em primeiro lugar identificar-se a ele, foi a resposta de Lacan. Uma identificação a algo que não se trata de reconstituir integralmente, mas reconhecer as falhas e o excesso, decisivos para um processo de análise. Em segundo lugar, o fim da análise está relacionado a um ato, o ato analítico, que aponta para a falta estrutural do saber. É com isso cada um tem de se haver no final da análise". (p. 41)*

Na sessão seguinte, Ricardo lembrou-se de que há muito tempo atrás tinha imaginado como deveria ser, na sua opinião, um trabalho ideal: “Eu gostaria mesmo é de ter a gerência geral. Gerenciar várias agências. Fazer um trabalho mais amplo no qual pudesse gerenciar os gerentes destas agências”.

Perguntamos, então:

- “É mesmo? E o que você anda fazendo agora?”

Depois de um longo silêncio, respondeu:

- “Mais ou menos isso”.

- “Então, esse já era o seu desejo?”, retrucamos.

Fez-se mais um instante de silêncio. Em seguida, com um tom de indignação, Ricardo falou:

- “Será que o chefe do departamento sacou isso? Será que ele me pôs nesse lugar porque sacou que isso era o que eu queria?”

Mais uma vez, o interpelamos:

- “Afinal, de quem é o desejo?”

Houve mais um longo período de silêncio. Ao dizermos que terminara a sessão, Ricardo disse que não voltaria mais. Alegou que tinha outras dívidas a serem pagas, e que não estava no momento de ficar em busca de seus desejos.

Nesse instante, no ato de não querer mais retornar ao consultório, torna significante para o paciente a sua impossibilidade de assujeitar-se ao desejo do Outro e, ao mesmo tempo, responder por seu desejo, o que equivale a dizer: fazer do desejo, que não é do Outro (nem de ninguém), desejo seu. Esse momento é fundamental na clínica psicanalítica, pois será a partir dele que o paciente poderá significar – ou não - o seu desejo, transformando-o em demanda de análise.

Segundo Kehl (2002):

*“Na relação do sujeito com seu desejo, ele é sempre seu mais próximo vizinho; já se vê a impossibilidade de esse sujeito se instalar numa identidade, fazer um consigo mesmo. O que pode aproximá-lo desse estranho/próximo é a palavra. É por meio da palavra que as representações inconscientes ganham acesso (precário) à consciência. A palavra – que, depois de pronunciada, não pode mais ser recolhida, porque já foi escutada por alguém – é que força o analisando a se responsabilizar pelo que diz”.* (pp. 108-109).

Podemos observar que ao conduzirmos o processo de interlocução com Ricardo, tomando a teoria psicanalítica como suporte, este se viu implicado em sua fala, e esta demandou sentidos e não diagnósticos, pois será a ressonância das interpretações que permitiram à prática psicanalítica trabalhar o – com ou para - inconsciente. E, em uma clínica interdisciplinar, como trabalharíamos?

Gostaríamos de retomar o discurso lexicográfico e transcrevermos novamente parte do verbete “Psicologia clínica”, do “Dicionário de Psicanálise” da Roudinesco e Plon (1998), para encaminharmos nossa resposta à questão anterior.

*“Prática terapêutica fundamentada na entrevista direta e no exame de casos a partir da observação das condutas individuais. ( . . . ), a partir da década de 1960, com o desenvolvimento da psicanálise de massas e a generalização dos estudos de psicologia, a psicologia clínica obteve um novo impulso. Daniel Lagache restituui-lhe um vigor particular em 1949, ao impor seu programa de integração da psicanálise com a psicologia. Seu objetivo era separar, na universidade, o ensino da psicologia e o da filosofia, bem como favorecer o acesso dos não médicos à psicanálise. Mas, isso redundou, pura e simplesmente, na liquidação de um ensino verdadeiro do freudismo na universidade, em prol da psicologia ou de um freudismo edulcorado. Nesse contexto, a psicologia clínica que se leciona é definida como um estudo de casos individuais cujo método se assenta em três postulados: a dinâmica, a totalidade e a gênese. O primeiro ponto visa a investigação dos conflitos, o segundo contempla a totalidade inacabada do ser, segundo um modelo sartriano e o terceiro pretende apreender a história do sujeito em termos de evolução e de balanço. Desses três postulados derivam os objetivos práticos: o psicólogo clínico cura doentes, educa crianças, aconselha adultos e reclassifica os inadaptados”.* (p. 612 – Grifos nossos).

Se pensarmos nas ambigüidades e contradições existentes nas articulações entre campos disciplinares, veremos a posição de sujeito-psicológico na clínica tornar-se mais uma

vez dividido, porque no momento em que Lagache propõe a integração da Psicanálise com a Psicologia, haverá a necessidade de uma reformulação da mesma, com perdas e reducionismos atingindo uma e outra, criando um “freudismo edulcorado”. Ao nos deslocarmos para o verbete “edulcorar”, no “Dicionário do Aurélio” (1975), encontraremos:

*“Edulcorar. [Do latim edulcorare] V. t. d. 1) Tornar doce, adicionando açúcar, mel, xarope ou outra substância adoçante; adoçar: Gosta de edulcorar bem o café. 2) Tornar doce; adoçar: Há muitos produtos modernos que edulcoram o café. 3) Tornar doce, suave, abrandar, suavizar, adoçar”. (p. 499 ).*

Observamos então, o deslizamento sutil que o discurso científico propõe à Psicanálise para que a mesma possa se integrar com a Psicologia: adoçando, abrandando a primeira. A necessidade de se construir uma psicanálise de massas, que possa partir da análise do indivíduo para a compreensão da sociedade, marca essas articulações, revelando a presença do político, enquanto modo de se administrar as diferenças não só individuais. No momento em que o discurso científico postula que: “o psicólogo clínico cura doentes; educa crianças; aconselha adultos e reclassifica os inadaptados”(Roudinesco e Plon, 1998, p. 612), estará “costurando” todo o nosso percurso construído nesta dissertação, em que procuramos mostrar a construção e o funcionamento de uma rede discursiva, este ir e vir entre diferentes discursividades, que afeta diretamente o lugar e o modo de escuta do profissional que está na clínica.

Quando um dicionário especializado diz que o objetivo do psicólogo é curar, isso estará reforçando o imaginário daquele que chega à clínica e estimulando aquele que lá está em desenvolver técnicas apaziguadoras para atender a esse imaginário social. Quando diz que também tem por objetivos educar e aconselhar, reforça certas propostas do início da prática clínica, como as de Witmer, que trabalhando com crianças com dificuldades de aprendizagem, desenvolveu um processo de readaptação social. Quanto ao aconselhar, temos aí uma retomada do referente atribuído à palavra “clínica”, já analisado em capítulo anterior, apresentado pelo “Dicionário de Psicologia” de Dorsch (2001), que assim coloca: “( . . ) todas as instituições em que se trata ou se cuida (ou só se aconselham) de pessoas que apresentam perturbações de vivência e do comportamento ou que parecem ameaçadas por elas (ou que

necessitam apenas de ‘orientação’). ( . . . )” (p. 151). Podemos dizer, então, que ao discurso da ciência, articulam-se o pedagógico, o moral e o religioso.

E, por último, quando se coloca que o objetivo prático da Psicologia será também o de (re)classificar os inadaptados, podemos ouvir as palavras de Foucault (2001a) ressoando, ao falar do lugar de classificação e normalização que a clínica instala, e pensar em outros efeitos de sentido para o que diz em o “O nascimento da clínica”: “( . . . ) A clínica é, ao mesmo tempo, um novo recorte das coisas e o princípio de sua articulação em uma linguagem na qual temos o hábito de reconhecer a linguagem de uma ‘ciência positiva’” (p. XVII). Percebemos que ao demarcar o lugar da clínica enquanto o de uma ciência positiva, algo se assemelha ao objetivo prático da psicologia clínica como sendo o lugar de nomeação dos inadaptados sociais.

Vivemos um momento cultural e social em que essas divisões no interior dos campos de conhecimento tornam-se acirradas, considerando os grandes interesses do capital que estão em jogo, representados, por exemplo, pela indústria farmacêutica, e que fazem proliferar as informações sobre a saúde física e mental, de modo a produzir e reproduzir determinando imaginário, determinados efeitos ideológicos. Embates estes que têm questionado a clínica psicanalítica em relação às técnicas comportamentais e proposto a unificação das práticas, sob a égide dos fármacos e das técnicas ligeiras que vêm sendo estimuladas e fortalecidas. Compartilhamos, então, o pensamento de Kehl (2002) sobre essa questão:

*“A sociedade contemporânea pensa a cura desse sofrimento como eliminação de todo mal-estar, de toda angústia de viver. As terapias exclusivamente medicamentosas, as técnicas de auto-ajuda e as novas formas de espiritualidade – uma ‘espiritualidade de resultados’, praticada com finalidades terrenas bem específicas – partem do pressuposto de que o psiquismo pode se libertar dos incômodos efeitos do inconsciente e servir às finalidades de um eu soberano, pragmático, feliz, ajustado às aspirações dos membros da cultura do individualismo e do narcisismo”.* (p. 08).

Podemos observar nesse complexo de formações discursivas que há um domínio de saber correspondente, constituído de enunciados que representam um modo de relacionar-se com a ideologia vigente, regulando o que pode e deve ser dito (Pêcheux, 1988), nos levando a refletir que na sociedade contemporânea, o sujeito que chega à clínica está impregnado ideologicamente do discurso vigente de uma cura instantânea, imediata, sem ter que

necessariamente implicar-se em sua fala, em ter responsabilidade sobre as suas queixas e sintomas.

Através da compreensão dessa relação do sujeito, tanto o psicólogo quanto o paciente, com essas formações discursivas – em que se constitui -, é que chegaremos ao funcionamento do sujeito do discurso, podendo, assim, afirmar juntamente com Pêcheux (1988), que “os indivíduos são ‘interpelados’ em sujeitos falantes (em sujeitos de seu discurso) pelas formações discursivas que representam na linguagem as formações ideológicas que lhes são correspondentes” (p.161). E Pêcheux (1988) será mais específico ao afirmar que “a interpelação do individuo em sujeito de seu discurso se efetua pela identificação (do sujeito) com a formação discursiva que o domina (isto é, na qual ele é constituído como sujeito)” (p. 163).

## 5. Conclusão

Ao longo desta dissertação, procuramos construir um percurso reflexivo e analítico do funcionamento do discurso “sobre” e “da” clínica, que nos ajudasse a analisar e a questionar a possibilidade de uma prática clínica interdisciplinar, bem como explicitasse o lugar enunciativo a ser ocupado pelo sujeito-psicólogo e as consequências profissionais, sociais, políticas e éticas daí advindas. Não foi um percurso de (des)construção fácil pelo que trazia de repetições e rupturas, de questionamentos e conflitos, a serem enfrentados por um sujeito que estava neste lugar.

A partir de um corpus constituído de recortes de diferentes discursividades, com ênfase nos discursos da lexicografia especializada (científico) e da mídia, observamos e analisamos os deslizamentos de sentido – ideológicos – que se produzem no funcionamento desses discursos para a formação de um novo lugar de significação do espaço clínico: um espaço de interlocução entre sujeitos, de relações de sentido, logo, de relações sociais. Observamos, também, que esses deslizamentos colocam em questão o lugar do sujeito que chega à clínica (paciente e/ou cliente) e o lugar do sujeito que lá está (psicólogo e/ou psicanalista).

Tomar o discurso não como sinônimo de fala, embora seja através dela que pudemos compreender melhor esse objeto teórico – o discurso – que se materializa na clínica, é que nos permitiu analisar o sujeito enquanto uma posição enunciativa construída historicamente pela articulação entre formações discursivas. Isso nos permitiu concluir que em uma clínica interdisciplinar duas posições de sujeito são construídas historicamente, e, que estarão desde sempre dividindo o indivíduo que ali atua, e deslocamentos serão necessários para permitir novos vínculos em relação a uma formação discursiva que dê conta dessa interdisciplinaridade que nos pareceu, em diferentes momentos, ser antes de tudo um efeito.

Ao se integrar pela produção e circulação do conhecimento, o sujeito da psicanálise ao sujeito da psicologia, pode-se estar edulcorando a primeira e apenas deslocando as fronteiras ideológicas (efeitos de sentido) para outros patamares, que permitirão criar um imaginário sobre o funcionamento da clínica que servirá para a manutenção de problemas epistemológicos e das desigualdades no tratamento das diferenças individuais e sociais.

A produção dos efeitos de unidade e de completude, através de determinados modos de articulação entre esses campos disciplinares, irão produzir um funcionamento específico dos discursos, dentre eles o dos dicionários especializados enquanto objetos históricos e simbólicos, em uma rede de memória, em que estão presentes diversas intertextualidades e interdiscursividades.

Dessa forma, teremos nas relações dos saberes de uma sociedade com sua história, a legitimação de um discurso científico segundo uma estrutura e um funcionamento que trazem consigo sentidos ditos e também não ditos, que produzem seus efeitos ideológicos; cabendo, portanto, a um trabalho de pesquisa, como o nosso, evidenciar aquilo que foi ou está apagado, através de procedimentos de leitura e de interpretação: os conceitos não são neutros. Eles inscrevem-se em formações discursivas diferentes, que são os lugares em que se constituem sujeitos e sentidos, e afetam as noções de sujeito e de comportamentos que, consequentemente farão eco no discurso “da” clínica que desde seu início se constrói no lugar da ciência positiva.

Os discursos científicos e midiáticos irão produzir, considerando as suas condições de produção, sentidos que se cristalizam na linguagem e estabelecem, também, novos laços profissionais entre os sujeitos: aquele que chega à clínica (paciente e/ou cliente) e aquele que lá está (psicólogo e/ou psicanalista), gerando novas redes simbólicas onde o sujeito habitará os seus sintomas. E será pelo funcionamento dessa rede discursiva que irá se instituir posições de sujeito a serem ocupadas pelo indivíduo, criando efeitos-sujeito: de leitor de ciência, de neurótico, de depressivo, de capaz de eliminar a dor de viver.

O deslocamento progressivo desses efeitos afeta a condição desejante do sujeito que procura a clínica e passa a fazer parte da nossa modernidade, gerando diversas demandas que provocam o discurso “da” clínica em respondê-las. Nesse momento recoloca-se, então, a posição do sujeito (psicólogo e/ou psicanalista) no lugar da interdisciplinaridade. Lugar este, que se constituirá com certas porosidades e fragilidades, pois não permite que o discurso da clínica se constitua de forma sistemática e consistente nas possíveis relações entre teoria e prática, dificultando – ou inviabilizando – a saída do sujeito de um discurso marcado pela repetição formal para entrar em uma repetição histórica (Orlandi: 1988). Isso quer dizer que face às diferentes manifestações de demandas clínicas, o sujeito que lá está (psicanalista e/ou psicólogo) não poderá simplesmente repetir o discurso (eclético) que seu paciente e/ou cliente

traz, porque ele precisa se filiar, conscientemente, a um saber, que lhe permitirá escutar essas diferentes demandas e atuar.

Percebemos que o discurso científico é produzido de tal maneira a refletir direta e/ou indiretamente no discurso da mídia que, consequentemente, atinge a sociedade letrada que tem acesso às informações, criando condições na e pela base lingüística, em que os processos discursivos se materializam, para que efeitos de sentido se constituam no espaço clínico em sua relação histórica com o sujeito contemporâneo que a procura.

No caso da relação do sujeito-psicólogo com a clínica, pudemos observar a produção de alguns deslocamentos ideológicos importantes que irão afetar também o exercício de sua função de autor na construção de sua prática, em que deve se responsabilizar sempre pelo que diz dentro e fora da clínica, procurando manter uma coerência e consistência epistemológicas, a não-contradição, a responsabilidade, a ética, representar-se como “eu” e identificar-se com o trabalho de um campo disciplinar, de um determinado grupo.

Muitas questões ficaram em aberto e outras tantas se abrem para trabalhos futuros. Talvez o maior ganho tenha sido a possibilidade de, ao final, dimensionar a verdadeira extensão e complexidade da proposta inicial, e o quanto de nós está envolvido em um percurso como esse, causando sofrimento e dor, mas também o prazer de aprender.

## 6. Referências

- Andolfi, M. e cols. (1984). Por trás da máscara familiar. Porto Alegre, Artes Médicas.
- Auroux, Sylvain (1992). A revolução tecnológica da gramatização. (Trad. Eni P. Orlandi) . Campinas, SP: Editora da Unicamp.
- Braier, Eduardo Alberto (1986). Psicoterapia Breve de Orientação Psicanalítica. (Trad. IPEPLAN). São Paulo, Martins Fontes. Obra original publicada em 1984.
- Bucher, Richard (1989). A Psicoterapia pela Fala: fundamentos, princípios, questionamentos. São Paulo, EPU.
- Canguilhem, Georges (1995). O Normal e o Patológico. (Trad. Maria Thereza R. de C. Barrocas e Luiz Otávio F. B. Leite) 4º ed. Rio de Janeiro, Forence Universitária. Obra original publicada em 1966.
- Carneiro, Terezinha Féres (1996). Terapia familiar: das divergências às possibilidades de articulação dos diferentes enfoques. In: Psicologia – Ciência e Profissão, nº 16, pp. 38 - 42.
- Carreira, Alessandra Fernandes (2000). Sobre a Singularidade do Sujeito na Posição de Autor. Texto apresentado no XVI Encontro Nacional da Associação Nacional de Pós-Graduação em Letras e Lingüística. Niterói, RJ.
- CID – 10 (1993). Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento. (Trad. Dorgival Caetano). Cood. Organização Mundial da Saúde. Porto Alegre, Artes Médicas.
- Doron, Roland & Parot, Françoise (2000). Dicionário de Psicologia. (Trad. Odilon Soares Lemos) 1º ed. São Paulo, Ática. Obra original publicada em 1991.

- Dorsch, Friedrich (2001). Dicionário de Psicologia Dorch. (Trad. Emmanuel C. Leão). Petrópolis, Vozes.
- Ducrot, Oswald (1984). Referente. In: Enciclopédia Einaudi, vol 2. “Linguagem e Enunciação”. Lisboa: Imprensa Nacional-Casa da Moeda, pp. 418-438.
- Ferreira, Aurélio B. H. (1975). Novo Dicionário da Língua Portuguesa. 15º ed. Rio de Janeiro, Nova Fronteira.
- Foucault, Michel (1997). Resumo dos Cursos do Collège de France 1970 – 1982. (Trad. Andréa Daher) Rio de Janeiro, Jorge Zahar. Obra original publicada em 1994.
- Foucault, Michel ( 2001 -a). A Ordem do Discurso. (Trad. Laura F. de A. Sampaio) 7º ed. São Paulo, Loyola. Obra original publicada em 1971.
- Foucault, Michel (2001 -b). O Nascimento da Clínica. (Trad. Roberto Machado) 5º ed. Rio de Janeiro, Forence Universitária. Obra original publicada em 1980.
- Foucault, Michel (1994). Doença Mental e Psicologia. (Trad. Lilian R. Shalders) 5º ed. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro.
- Foucault, Michel (1987) A Arqueologia do Saber. (Trad. Luiz Felipe Baeta Neves). Rio de Janeiro: Forense-Universitária, Obra original publicada em 1969.
- Freud, Sigmund (1976). O Ego e o Id (1923 – 1925, vol. XIX). (Trad. José Octávio de A. Abreu) Rio de Janeiro, Imago. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas.
- Freud, Sigmund (1976a). Conferências Introdutórias Sobre Psicanálise (partes I e II, 1915 – 1916, vol. XV). (Trad. José Luiz Meurer) Rio de Janeiro, Imago.
- Freud, Sigmund (1976b). O Futuro de uma Ilusão: O Mal-estar na Civilização (1927 – 1931, vol. XXI). (Trad. José Octávio de A. Abreu) Rio de Janeiro, Imago.

Freud, Sigmund (1976). Construções em Análise (1937 - 1939, vol. XXIII). (Trad. José Octávio de A. Abreu) Rio de Janeiro, Imago.

Freud, Sigmund (1976). A Disposição à Neurose Obsessiva – Uma Contribuição ao Problema da Escolha da Neurose (1913, vol. XII). (Trad. José Octávio de A. Abreu) Rio de Janeiro, Imago.

Freud, Sigmund (1976). Conferência XXVIII - Terapia Analítica (1917, vol. XVI). (Trad. José Luiz Meurer). Rio de Janeiro, Imago.

Freud, Sigmund (1976). Além do Princípio do Prazer (1920, vol. XVIII). (Trad. Christiano Monteiro Oiticica). Rio de Janeiro, Imago.

Freud, Sigmund (1976). Extratos dos Documentos Dirigidos a Fliess (1899, vol. I). (Trad. José Luiz Meurer). Rio de Janeiro, Imago.

Garcia, Célio (1996). Do Sintoma ao Sinthoma. In: Letra Freudiana, ano XV, nº 17/18, Rio de Janeiro, Revinter.

Guimarães, Eduardo (2002). Semântica do acontecimento. Campinas, SP: Pontes.

Guimarães, Eduardo (1995). Os limites do sentido: um estudo histórico e enunciativo da linguagem. Campinas, SP: Pontes.

Goldenberg, Mirian (2002). Nu & Vestido: Dez Antropólogos Revelam a Cultura do Corpo Carioca. Rio de Janeiro, Record.

Henry, Paul (1990). Os fundamentos teóricos da ‘Análise Automática do Discurso’ de Michel Pêcheux. In: Gadet, Françoise e Hak, Tony (orgs). Por uma análise automática do discurso: uma introdução à obra de Michel Pêcheux. Trad. Bethânia Mariani ... [et al.]. Campinas, SP: Editora da Unicamp, pp. 13-38.

Henry, Paul (1994). A história não existe? In: Orlandi, Eni P (org.) Gestos de leitura: da história no discurso. Trad. Bethânia Mariani ...[et al.] Campinas, SP: Editora da Unicamp, pp. 29-54.

Kehl, Maria Rita (2002). Sobre Ética e Psicanálise. São Paulo, Companhia das Letras

Lacan, Jacques (1998). Os Quatro Conceitos Fundamentais da Psicanálise - livro 11. (Trad. M. D. Magno) 2º ed. Rio de Janeiro, Jorge Zahar. Obra original publicada em 1964.

Lacan, Jacques (1998). Escritos. (Trad. Inês Oseki-Depré) 3º ed. São Paulo, Perspectiva. Obra original publicada em 1966.

Lacan, Jacques (2003). Outros Escritos. (Trad. Vera Ribeiro) Rio de Janeiro, Jorge Zahar. Obra original publicada em 2001.

Laplanche, J. & Pontalis, J. (1976). Vocabulário da Psicanálise. (Trad. Pedro Tamen). Lisboa, Moraes. Obra original publicada em 1967.

Mariani, Bethânia (2003). Para que(m) serve a psicanálise na imprensa. Texto apresentado no Congresso da Associação Brasileira de Lingüística, realizado durante a Reunião da SBPC, em Recife.

Menninger, Karl A. (1982). Teoria da Técnica Psicanalítica. (Trad. Álvaro Cabral). Rio de Janeiro, Zahar Editores. Obra original publicada em 1973.

Nasio, Juan - David (1992). Cinco Lições Sobre a Teoria de Jacques Lacan. (Trad. Vera Ribeiro) Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1993.

Orlandi, Eni P. (2002). Análise de Discurso: Princípios & Procedimentos. 4º ed. Campinas, Pontes.

Orlandi, Eni P. (1996). Interpretação: Autoria, Leitura e Efeitos do Trabalho Simbólico. 3º ed. Petrópolis, Vozes.

Orlandi, Eni P. (1993). As Formas do Silêncio. Campinas, Unicamp.

Orlandi, Eni P. (1988). Discurso e Leitura. São Paulo, Cortez.

Orlandi, Eni P. (2001). Discurso e Texto. Campinas, Ponte.

Orlandi, Eni P. (2001a). Divulgação científica e efeito leitor: uma política social urbana.

In: Guimarães, Eduardo (org.). Produção e circulação do conhecimento: Estado, Mídia, Sociedade. Campinas, SP : Pontes, pp. 21-30.

Orlandi, Eni (2002). Língua e conhecimento lingüístico: para uma história das idéias no Brasil. São Paulo: Cortez.

Pacheco Filho, Raul Albino (1997). Psicanálise, Psicologia e Ciência: continuação de uma polêmica. Revista Estudos de Psicologia vol. 2, nº 1 – Jan./jun.

Pêcheux, Michel (1988). Semântica e Discurso: Uma Crítica à Afirmação do Óbvio. (Trad. Eni P. Orlandi ... et al). Campinas, SP: Editora da Unicamp.

Pêcheux, Michel (1990). O Discurso: Estrutura ou Acontecimento. (Trad. Eni P. Orlandi). Campinas, SP: Pontes.

Pêcheux, Michel (1984). Sobre os Contextos Epistemológicos da Análise de Discurso. In: Escritos Nº 4. Campinas, SP: Unicamp/Labeurb, 1999, pp. 7-16.

Pessoti, Isaías. Para compreender a vida dura. In: Jornal Folha de São Paulo. Caderno “Mais”, 26 de janeiro de 2003, pp. 6-7.

Pereira, Ondina Pena (1999). No Horizonte do Outro: uma etnografia da cena analítica na sociedade contemporânea. Brasília, Universa.

Pirandello, Luigi (2001). Um, Nenhum e Cem Mil. (Trad. Maurício Santana Dias). São Paulo, Cortez.

Politzer, Georges (1998). Crítica dos Fundamentos da Psicologia: a Psicologia e a Psicanálise. (Trad. Marcos Marcionilo e Yvone M. de Campos T. da Silva) São Paulo, Unimep.

Revista Cláudia, (2002). Número 10, Outubro.

Revista Cláudia, (2002). Número 11, Novembro.

Revista Cláudia, (2003). Número 02, Fevereiro.

Roudinesco, Elisabeth & Plon, Michel (1998). Dicionário de Psicanálise. (Trad. Vera Ribeiro) Rio de Janeiro, Jorge Zahar.

Roudinesco, Elisabeth (2000). Por que a Psicanálise? (Trad. Vera Ribeiro) Rio de Janeiro, Jorge Zahar.

Saussure, Ferdinand (1974). Curso de Lingüística Geral. (Trad. Antonio Chelini, José Paulo Paes e Izidoro Blikstein). São Paulo: Cultrix. Obra publicada em 1916.

Silva, Mariza Vieira (2000). Alfabetização: sujeito e autoria. In: Congresso Brasileiro de Psicopedagogia. Psicopedagogia: avanços teóricos e práticos: escola, família, aprendizagem. São Paulo: Vetor, pp. 446-451.

Schultz, Duane & Schultz, Sydney (1992). História da Psicologia Moderna. (Trad. Adail Ubirajara e Maria Stela Gonçalves). São Paulo, Cultrix. Obra original publicada em 1969.