

DE ‘S’ À ‘V’: UM ENSAIO SOBRE O SILÊNCIO DO ENUNCIADO

Antônio Lopes Filho ¹

Edna Linhares Garcia ²

Resumo: O enunciado é um acontecimento discursivo. Nele, o sujeito apresenta a si próprio e seu mundo. No entrelaçamento das palavras e suas semânticas, um lugar é delicadamente tecido, trama sobre trama, para ser e estar no mundo, e é a narrativa que precede e sucede o sujeito que possibilita tal tecitura. Este trabalho é a expressão de algumas experiências de um percurso psicoterápico num serviço escola. Compreende um estudo de caso de um paciente na faixa dos vinte anos a partir de algumas contribuições da psicanálise sobre as afasias e o silêncio no setting terapêutico. Propomos, ao longo deste pequeno ensaio, se assim for possível chamá-lo, discutir o lugar da palavra na clínica psicanalítica. Ou talvez tensionar o lugar do terapeuta ante o verbo silenciado.

Palavras chave: Afasias. Silêncio. Enunciado. Narrativa. Psicanálise.

INTRODUÇÃO

Este trabalho configura-se como um estudo de caso, pensado e articulado a partir de atendimentos psicoterápicos realizados em um serviço escola de uma universidade do interior do Rio Grande do Sul. Ao longo de dez meses, o paciente, aqui representado inicialmente pela letra ‘S’, foi atendido em psicoterapia orientada e supervisionada na abordagem psicanalítica. Neste ensaio, um breve relato do caso clínico é apresentado, junto às principais considerações dos atendimentos realizados; a seguir, articulam-se as noções e condições de produção de discurso e narrativa, contextualizando o silêncio na clínica psicanalítica e a concepção de Freud sobre as afasias. Por fim, algumas considerações sobre o processo.

‘S’ DE SILÊNCIO! CASO CLÍNICO

“S” é um homem na faixa dos vinte anos, estudante. Quando inicia o processo psicoterapêutico no serviço-escola, está desempregado, sem condições de bancar os estudos e

¹ Acadêmico do curso de Psicologia da Universidade de Santa Cruz do Sul e estagiário no Serviço Integrado de Saúde (SIS) na abordagem psicanalítica

² Doutora Docente do departamento de Psicologia da Universidade de Santa Cruz do Sul e supervisora no Serviço Integrado de Saúde (SIS) na abordagem psicanalítica

sem financiamento estudantil. Mora com sua mãe numa pequena casa de alvenaria cujos ambientes não lhe possibilitam privacidade alguma. O pai reside noutra município e a relação dos dois é restrita.

O paciente procura espontaneamente o serviço e passa pelo processo de acolhimento na modalidade de grupo. Sua queixa, escrita de próprio punho na folha padrão de acolhimento, deixa escapar três palavras à espera de alguma comunicação: “Sou muito calado”. A pequenez das três palavras, unidas por sujeito, (pelo sujeito e para o sujeito) predicado e verbo, nem de longe à primeira vista são capazes de gritar tudo o que clamam dizer.

Conheço “S” em sua penúltima sessão de psicoterapia com a estagiária que antecede a mim. Ele me é apresentado, narrado por outra voz, mas não consegue dizer nada para além de alguns balbucios ininteligíveis, sob a única exceção do nome e idade. Sem saber como lidar com tal silêncio, reduzo o “rito” de apresentação, a fim de que os dois possam seguir a finalização do atendimento.

Iniciado oficialmente o semestre de estágio, entro em contato com “S” para agendar seu retorno à psicoterapia. O diálogo que segue é apresentado neste formato para melhor compreensão da dinâmica das palavras:

- *Boa tarde! “S”?*
- ... *(silêncio)*
- *Alô?*
- *Oi... (silêncio)*
- *Oi. “S”?*
- *Sim. (silêncio)*
- *“S”, quem fala é Antônio, estagiário de Psicologia. Tudo bem?*
- *(silêncio)*
- *“S”, tá conseguindo me escutar?*
- *Sim.*
- *Ok. Nos conhecemos no último atendimento com a estagiária “B”. Te ligo para marcarmos teu retorno à psicoterapia.*
- *(silêncio)*

A ligação cai. A queixa que, de modo sucinto, é explicitada no registro de acolhimento, também é verbalizada com dificuldade no primeiro encontro com o paciente. Um silêncio descomunal toma as paredes da sala de atendimento. Escuto.

Aos poucos e com o passar das sessões, os minutos de silêncio vão sendo substituídos por tentativas de fala. Tais ensaios são truncados, palavras são interrompidas, como se não pudessem ultrapassar a primeira sílaba, que é repetida inúmeras vezes e, na maior parte delas, não completada. O desconforto do paciente aumenta.

- É isso. Eu não con... cons, eu não consigo me comunicar.

Intervenho.

- Tudo bem, “S”. Este espaço é só teu. É teu o tempo também. Estou aqui para te escutar.

Com o passar das sessões, “S” consegue deixar claro, ainda que num tempo de latência bem específico entre uma fala e outra, sua queixa. A dificuldade de comunicação com outras pessoas o impossibilita de estabelecer relações interpessoais com colegas, realizar tarefas simples que exijam comunicação, concorrer a vagas de emprego ou mesmo entregar pessoalmente um currículo. Ele relata que é como se pensasse muito antes de falar. Digo, então, que esta característica parece trazer grandes problemas às suas relações, mas que também outro prisma é possível de se observar:

- Falamos sobre as dificuldades que enfrentas por pensar na qualidade do que vais falar. Parece que tens muitos prejuízos. Mas pensar bem no que dizer me parece uma característica de pessoas seletivas, não te parece?

- Sim. Acho desn, como se... acho des... des...hmmm... Não faz sentido falar qualquer coisa.

A todo o momento, quando ‘S’ consegue ensaiar um contato visual, interrompe a tentativa de prosseguir construindo o enunciado e, com um suspiro, acaba com a narrativa independente de que ponto ela esteja. Sua história não é somente repleta de lacunas silábicas, mas também referenciais e simbólicas. “S” diz não saber muito sobre sua história nem ser capaz de produzir uma narrativa sobre si. Guarda na memória olhares que lhe causaram medo e vergonha, tais como quando tentou perguntar à sua mãe como ela conhecera seu pai.

“S” sabe muito pouco sobre si. Passa seus dias em jogos online e não tem amigos nem relações afetivas. Sua adolescência fora interdita pela proteção materna. É quando “S” começa a produzir um discurso sobre si que uma narrativa coesa dá seus primeiros passos.

O SUJEITO DO DISCURSO

O paciente traz como queixa inicial sua dificuldade de comunicação. Aos poucos, chegamos ao cerne da palavra. É esta que se apresenta como um desafio a cada novo diálogo. Ela tranca, para, arrisca e perde. Quando vence, é timidamente comemorada.

Em 1895, ainda sem todo o aporte possível graças ao desenvolvimento da linguística, Freud fornece uma hipótese sobre a origem da linguagem, partindo do ataque histérico e concebendo-o como figura de linguagem de um afeto:

Isso o levou a pensar numa fonte comum tanto à linguagem como ao afeto, cujo protótipo seria o ataque histérico: se o estado afetivo é gerado pela enervação motora e sua descarga, os sentimentos são a percepção (interna) e a figuração dessa enervação, ação e descarga no largo escopo das qualidades de prazer e desprazer (DELOUYA, p. 41, 2007)

Freud dá à palavra o *status* até então inexistente. Concebendo o movimento da fala da mãe em direção ao grito do bebê como comunicação de figuras que provém sentidos à dor de seus anseios, coloca a fala como ponto central da construção da subjetividade humana. Para ele, um dos meios de tratamento sobre o que é anímico no ser humano é justamente a palavra. Freud também justificava o quão difícil seria para o leigo compreender como que perturbações do corpo e da alma podiam ser eliminadas através delas, comparando tal proposta ao mesmo que solicitar uma crença à bruxaria. Não estaria tão errado, já que as palavras de nosso cotidiano podem ser pensadas como magia mais atenuada, e restituir às palavras parte de seu antigo poder mágico seria o sentido de tal ciência (FREUD, 1890).

Deste modo, faz-se impossível desvincular a importância da palavra também no *setting*. É ao narrar-se que o sujeito dá seguimento à construção de suas dores e satisfações. A impossibilidade de “S” de narrar seus afetos parece ser propulsor de sua imobilização frente ao outro. Se investigar o que ele sabe sobre si e “esconde” se fazia difícil, justo pela ausência da palavra, era necessário investigar o que “S” também não sabia sobre si e construir, com ele, uma narrativa de vida. Esta narrativa apresentava impossibilidade de ser expressada foneticamente, mas pensar sobre ela não apontava barreiras:

Quando o sujeito se reconhece no pensar, algo do ser escapa à representação: é no intervalo que ele vai buscar o seu tempo perdido, no intervalo entre os ditos, no interdito, e no deslizamento de uma representação para outra. Dividido, desvanecido, intermitente, algo sempre falta a ser dito e representado: recalque originário que condiciona todas as artimanhas e artifícios das formações do inconsciente (FINGERMANN, p. 25-26, 2007).

Na ausência da palavra, ou nos entraves de suas tentativas, o espaço do *setting* tornou-se (e permanece) um ambiente onde todas as pequenas expressões da comunicação verbal careciam de validação. Isto não significou ignorar a angústia que o espaçamento entre palavras trazia, mas sim que o sucesso do emprego da palavra precisava ser olhado e reconhecido. Esta validação constante, aliada, por vezes, ao preenchimento das palavras que permaneciam no que escolhi chamar por uma “semi-concretude”, suscitaram um maior gerenciamento do risco do erro por parte de “S”, já que o “erro” ou a palavra não completada tinha seu peso paulatinamente enfraquecido em detrimento da concretização da comunicação.

AFASIAS

Até meados de 1891, o que havia de melhor na literatura médica sobre a afasia estava contido nos escritos de Lichtheim e Wernicke, cujas afirmações eram dominadas pelas concepções firmadas apenas pelas teorias de localização cerebral (GARCIA-ROZA, 2001). Estas teorias implicavam na redução das funções do sistema nervoso a regiões anatomicamente determinadas. É com base principalmente nestes dois teóricos e no intuito de refutar algumas de suas ideias que o então neurologista Sigmund Freud constrói o texto denominado “Contribuições à concepção das afasias” (1891). Tal texto propunha certo deslocamento no paradigma da época de que as enfermidades mentais estavam diretamente ligadas a lesões neuronais. Sobre a afasia, define-se:

Num sentido lato, um distúrbio da memória, e num sentido estrito, uma perturbação de linguagem. Distinguem-se comumente dois tipos de afasia: a afasia sensorial e a afasia motora. Na primeira, há uma perda na função da linguagem, embora seja mantida a capacidade da pessoa de se servir da linguagem articulada; na segunda, a pessoa perde a capacidade de pronunciar as palavras, embora mantenha a compreensão do que as pessoas dizem. (p. 19)

O que Freud propõe é o *sprachenapparat*, ou aparelho da linguagem. Tal aparelho vai funcionar como modelo para pensar, mais tarde, o inconsciente, com a publicação de “Projeto 1895” e “A interpretação dos sonhos”. Os estudos teóricos deste período foram considerados verdadeiras descortinamentos ao estudo neurológico. Segundo estes pressupostos, era possível articular e associar diversos distúrbios da linguagem à lesões cerebrais localizadas, e os muitos milhões de corpos celulares do córtex cerebral eram suficientes para armazenar cada uma das impressões sensoriais decorrentes do mundo exterior (p.22). O centro da crítica de Freud encontra-se na concepção de Wernicke sobre a afasia de condução.

Para Wernicke, a afasia de condução era decorrente de lesão nas vias de associação entre os centros, particularmente na região da ínsula, cuja função é associar imagem sonora verbal à imagem motora verbal. Para Freud, a concepção de Wernicke era fonte de crítica por conceber o aparelho da linguagem sem considerar a relação deste aparelho com o resto da atividade cerebral, e a afasia de condução de Wernicke não existia. Freud postula, ainda, que certas “perturbações descritas por Wernicke e Lichtheim em nada diferem das confusões e mutilações de palavras feitas por pessoas normais quando fatigadas, desatentas, ou sob a influência de afetos perturbadores” (p.23).

Assim sendo, Freud defendia que era reducionismo procurar o substrato fisiológico da atividade mental em cada parte do cérebro, mas sim concebê-la como resultado de processos que abarcam o cérebro em toda sua extensão, mesmo nas conexões fisiologicamente inalcançáveis. É importante lembrar uma vez mais que o Freud que escreve sobre as afasias é o neurologista, e a psicanálise como a conhecemos ainda não existia. É importante também reconhecer o alicerce que este estudo possibilita, mesmo que não tenha repercutido como suas demais obras, a produção posterior de Freud, justamente por abalar a concretude biomédica no que tange a produção de sentidos.

Conforme observa Forrester (1983, p. 103), quando Freud propõe que o fenômeno afásico acontece independentemente de uma localização, estava pavimentando um caminho para a compreensão também da histeria como a lesão de uma ideia. Tanto na histeria quanto na afasia, esse entendimento dos dois sistemas é conduzido por tais lesões. Freud não descartou a importância dos estudos das lesões fisiológicas, mas propôs uma topografia própria baseada na função dos centros esquemáticos da linguagem, cujas alterações teriam resposta do aparelho da linguagem como um todo, sofrendo um rearranjo funcional, gerando possíveis rebaixamentos das funções (NAMBA, 2013, P. 58).

Na histeria o afeto encontra-se reprimido, alocado no corpo, e a palavra, por sua vez, esvaziada a nível da consciência, como que se descolada de seu objeto: “as palavras perdem seu significado, “tornam-se gestos”, tal como no modelo da afasia assimbólica, quando há uma falha na ligação entre as representações de objeto e de palavra, e as palavras deixam de ter sentido” (FREUD apud FORRESTER, 1983, p. 30) . Assim, tanto na histeria como nas afasias, a lesão não está calcada na anatomia cerebral, mas na lesão da palavra e da representação.

Com a leitura de Freud sobre as afasias, um esquema de representação surge sobrepujante a demanda neurológica. A cadeia de representações e significantes, dotada de certa plasticidade, evoca outros mecanismos, como a repressão, que poderia ser traduzida como resposta

justamente a não simbolização. Se em determinado momento do ciclo vital, simbolizar não foi possível, o silêncio ou a afasia podem surgir como a repressão a conteúdos não acessados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este ensaio não se propõe a caracterizar “S” como afásico por duas razões. A primeira, porque não se trata do objetivo da psicoterapia de orientação psicanalítica nomear o sujeito em imperativos psicopatologizantes; e a segunda, porque não foi realizado nenhum exame neurofisiológico, tal como uma imagem do encéfalo, para constatar tal afirmação. Antes disso, o que se oferece no setting é a possibilidade de nomear o até então inominável; dar voz; ser sustentação ao desejo ou mesmo emprestá-lo, quando sujeito não mais se percebe desejante, ainda que o seja. A clínica com “S” desafia o lugar do psicoterapeuta. Como escutar o silêncio, quando é tudo que o sujeito pode oferecer naquele momento? E quanto ao silêncio do analista, pode-se conferir algum estatuto?

Um conjunto de condições, do qual o silêncio faz parte, é

“indutor de movimentos de pensamentos endereçados a esse objeto inacessível, que retornam sobre o analisando, encadeando-se a outros, sem relação aparente com os precedentes; esse silêncio torna-se, então, como a tela de fundo sobre a qual se desenrola um pensamento associativo que imita o regime fluente de energia livre; se o discurso do paciente é mesmo linguagem, ele desperta no analista um enxame de representações.” (GREEN, 2004, p. 17)

Dito isso, o silêncio de “S”, embora configure sofrimento, não é constituído de vazio. No silêncio após a pergunta, as associações não silenciam. Resignificar se faz possível também na ausência da palavra. Suportar o silêncio não me pareceu ser a estratégia. Ser suporte à este silêncio, sim. Freud, em 1987, discutia a concepção da palavra como um “conceito complexo construído a partir de impressões distintas; corresponde a um intrincado processo de associações no qual intervêm elementos de origem visual, acústico e sinestésico.” (p. 90).

A palavra só pode existir enquanto, primeiramente, ideia. Serve tanto para a comunicação quanto para o mal-entendido. Um complexo sistema de signos submete o sujeito à condição do inconsciente: a linguagem (FINGERMANN, 2007).

Os enunciados inscritos no processo psicoterapêutico não podem mais corroborar com a abreviação “S” do paciente. No último atendimento, quando o apresentei à próxima estagiária que dará seguimento ao trabalho, solicitei que ambos se apresentassem. Após a estagiária falar, o paciente inicia seu discurso. Diz seu nome, seu sobrenome, suas impressões dos atendimentos,

suas melhoras e suas metas. A partir de agora, o silêncio passa a ser administrado pelo “V”.
Voz, vez, verbo...

REFERÊNCIAS

- DELOUYA, Daniel. *A palavra e seus poderes em Freud. Ide (São Paulo)*, São Paulo , v. 30, n. 44, p. 40-44, jun. 2007 .
- FREUD, Sigmund. (1905). *Tratamento psíquico*. In S. Freud, Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud (Vol. 7, p. 283). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1890).
- FINGERMANN, Dominique. *O que falar quer dizer?. Ide (São Paulo)*, São Paulo , v. 30, n. 45, p. 24-27, dez. 2007.
- GARCIA-ROZA, Luiz Alfredo. *Introdução à metapsicologia freudiana – 1. 5. Ed.* Rio de Janeiro: Jprge Zahar Editor, 2011. 209 p. v. 1.
- FORRESTER, J. *A linguagem e as origens da psicanálise*. Rio de Janeiro, RJ: Imago, 1983. 379 p.
- GREEN, André. *O silêncio do psicanalista*. *Psyche (Sao Paulo)*, São Paulo , v. 8, n. 14, p. 13-38, dez. 2004.
- NAMBA, J. *Expressão e linguagem: Aspectos da teoria freudiana*. São Carlos: UFScar, 2013. 193 p.