

OS DISCURSOS PARALELOS NAS ENTREVISTAS PSIQUIÁTRICAS: A VIOLAÇÃO DO PRINCÍPIO DE COOPERAÇÃO ENTRE MÉDICO E PACIENTE

Abstract

Psychiatric interviews should constitute intersubjective interactions. Contrarily to this expectation, psychiatric discourse has autonomy of interpretation deriving from its own network of meanings. Patients do not follow the role they should play in interactions, as they do not feel themselves ill. As consequence we have two parallel discourses: one addressed to illness and other addressed toward Others from where psychotics may find some signification to their suffering.

Palavras-chave: pragmática; princípio de cooperação; discurso psiquiátrico; discurso psicótico.

Introdução

Entrevistas médicas em instituições psiquiátricas têm por função determinar o diagnóstico de doenças mentais. Ao fazer o diagnóstico, aquilo que é dito pelos pacientes é decodificado como sintomas em referência a um quadro de classificação de doenças. Em princípio, deveria haver um acordo implícito de cooperação na interação, a fim de que os médicos pudessem reconhecer os sintomas a partir das informações dadas pelos pacientes e não a partir de um processo autônomo de interpretação de sintomas que estão previstos para cada tipo de doença mental. Como os psicóticos dificilmente têm queixas sobre as doenças mentais procuradas, mas situam seus sofrimentos em causas externas, eles não são cooperativos. Seus discursos não são efetivamente respostas ao que lhe é indagado. Eles violam, assim, o princípio de cooperação porque seus discursos frustram as expectativas dos médicos em obterem informações sobre a doença. Por outro lado, os psiquiatras também violam o

princípio de cooperação já que eles efetivamente só escutam aquilo que pode ser significado como sintoma da doença. Assim, não escutam o que os sujeitos desses discursos querem significar. Os discursos tornam-se então paralelos, sem pontos de convergência que pudessem efetivar uma interação intersubjetiva.

Teorizar, portanto, sobre o que ocorre de singular nessas entrevistas clínicas, é teorizar em sentido mais amplo sobre o papel do princípio de cooperação na constituição das interações nessas práticas institucionais. É teorizar também sobre o que seja uma interação intersubjetiva a partir de duas questões: **quem fala e para quem se fala nas situações discursivas**. As conseqüências dessas indagações ultrapassam com certeza o seu caráter teórico para a Linguística pragmática, já que é nas práticas discursivas que se dá tanto o processo de diagnóstico quanto de tratamento das psicoses. Teorizar sobre essas duas questões pode trazer elementos alternativos para outras formas de tratamento além das medicamentosas. Uma escuta diferenciada desses discursos pode auxiliar a acolhida dos sujeitos nas psicoses nas instituições psiquiátricas, mantendo-os num tratamento que valorize a diferença de seus discursos.

As entrevistas psiquiátricas constituem-se de posições discursivas: duas posições de naturezas distintas, apesar de as duas serem “congeladas”, permitindo quase nenhuma autonomia dos sujeitos. O discurso da Psiquiatria, por um lado, assujeita os médicos colocando-os numa posição discursiva de meros porta-vozes do saber médico; por outro lado, os discursos de cada sujeito nas psicoses originados das redes de significações dos Outros (no sentido lacanianiano do termo de que é de uma posição discursiva desconhecida que os sujeitos nas psicoses falam).

A Pragmática, enquanto área de estudo da relação entre os usuários de uma língua e seus discursos e entre os próprios usuários, não comporta ele-

* Este trabalho apresenta algumas questões que estão sendo desenvolvidas na pesquisa “ Os atos de linguagem nas psicoses”, CNPq processo no.301127/95-6.

mentos teóricos suficientes para se analisar o que ocorre nessas entrevistas. A Pragmática lida somente com usuários de uma língua e com sujeitos conscientes que controlam suas intenções comunicativas a partir de princípios que advêm de uma competência comunicativa. Apesar disso, considerar que essas entrevistas clínicas devam ser excluídas de seu âmbito de teorização é autenticar somente a sua diferença com relação às outras não-psiquiátricas e apagar as semelhanças que ainda são pontos tênues de convergência que podem nos levar a explicar o paralelismo desses discursos. Há um excesso, portanto, que desmistifica as fronteiras absolutas entre as ciências e interpela o pesquisador de linguagem, gerando nele um movimento de redefinição de conceitos estabelecidos em outras áreas de saber. A atitude transdisciplinar que vou tomar nesse trabalho é, por um lado, interpretar o que a Psicanálise tem a dizer sobre os discursos nas psicoses no que diz respeito a esse lugar. Outro que determina os discursos; por outro lado, interpretar o lugar do discurso da Psiquiatria nas entrevistas psiquiátricas enquanto determinação de assimetria a despeito dos sujeitos nas psicoses ignorarem qualquer lugar marcado de controle lingüístico nessas entrevistas.

A partir da análise de trechos de entrevistas realizadas no Instituto de Psiquiatria da UFRJ¹, vou propor alguns pontos que considero relevantes para teorizar sobre as seguintes questões:

- Que discurso é esse que confere um quadro referencial e interpretativo de sintomas necessários à elaboração do diagnóstico? Quais são as posições discursivas previstas por esse discurso?
- Que papel a assimetria estabelecida institucionalmente entre médicos e pacientes desempenha na direção de interpretação de sentidos dos discursos de ambos?
- De que posição(ões) discursiva(s) fala o médico se ele é desalojado do lugar do “suposto saber”, o saber que determina seu discurso, quando o psicótico não reconhece nem a doença nem o seu lugar de paciente?
- De que posição(ões) discursiva(s), então, fala o psicótico se ele freqüentemente atribui seu mal-estar aos outros ou a forças estranhas a si?

As três primeiras questões serão discutidas no item 1 e a quarta, no item 2. Devido à limitação editorial deste artigo, serão tratados aqui somente os pontos principais necessários à apresentação dos problemas que essas questões trazem. O lugar do discurso da Medicina, em geral, e o da Psiquiatria, em particular, envolve uma discussão sobre o próprio lugar das

ciências biológicas (a Medicina é uma ciência e/ou uma prática?) na relação com as ciências humanas (a sua eficácia simbólica no tratamento de seres humanos). No que diz respeito ao discurso psicótico, a complexidade dos pontos teóricos envolvidos no que diz respeito ao tratamento novo que se está dando à determinação de posições discursivas deriva da Psicanálise, especialmente o que a teoria formulada por Lacan, no Seminário 3: As Psicoses propõe sobre a discordância de linguagem com os outros discursos.

O discurso da Psiquiatria e a determinação das posições discursivas nas entrevistas para diagnóstico

O discurso médico é o maior representante do discursos das ciências que atua diretamente na vida dos indivíduos. E é na categoria de indivíduo que se situa o lugar das psicoses na Psiquiatria. O indivíduo é categorizado como uma instância homogênea, socialmente responsável por seus atos e seus discursos. A Psiquiatria, enquanto saber médico, ocupa o lugar de classificar as doenças que afetam os indivíduos que “perdem” esse estatuto de homogeneidade ao deixarem de ser responsáveis por seus atos e discursos. Portanto, o direito institucional de diagnosticar e tratar as psicoses é da Psiquiatria. Na Medicina, de uma forma geral, e na Psiquiatria, de uma forma particular, o critério de classificação de doenças costuma ser a identificação de sintomas e a identificação da causa da patologia. Como na Psiquiatria não se sabe a causa das psicoses para curá-las através de uma medicação que atue sobre essa causa, os sintomas são avaliados segundo a sua inclusão ou não na lista de sintomas que compõem a síndrome de determinada patologia. O diagnóstico então é feito para que a medicação adequada à síndrome seja prescrita.

A relação desse saber, que se origina de uma forma de fazer ciência apoiada em dados estatísticos, com a linguagem é clara. O diagnóstico é realizado através de interlocuções, através de entrevistas clínicas. As psicoses não se revelam através de exames laboratoriais, de tomografias, radiografias etc.. Como práticas institucionais, essas entrevistas deveriam se constituir de interações intersubjetivas, já que o paciente deveria dar todas as informações requeridas pelo psiquiatra para que fosse feito o diagnóstico o mais preciso possível. Para que isso ocorresse, essas interlocuções deveriam ocorrer entre dois indivíduos, duas instâncias homogêneas responsáveis por seus discursos. Essa seria então uma situação interacional comum que poderia ser tratada pela Pragmática, da mesma forma que outras interações sociais.

Mas o psicótico não pode ser considerado uma instância homogênea. Vê-se que por essa categoria

¹ As entrevistas analisadas neste trabalho fazem parte do acervo de fitas de vídeo do IPUB, as quais foram cedidas para a pesquisa que realizei no Instituto de março/97 a fevereiro/99, processo CNPq no. 350511/97, intitulada “Os atos de fala nas psicoses: um estudo da Pragmática no discurso”.

de indivíduo o psicótico perde seu lugar social e sua cidadania (Novaes, 1996). Não dá, portanto, para se falar em interlocução e muito menos em interação. Se de um lado há alguém que fala, mas não é responsável por seu discurso, como confiar no que é dito para se fazer um diagnóstico? Há poucos trabalhos na Linguística pragmática que se voltam para as entrevistas psiquiátricas (Sonne e Rosenbaum, 1981; Orvig, 1998). Num trabalho bem mais antigo, Watzlavick (1967) formula uma teoria sobre a fala dos esquizofrênicos, a qual ele denomina comunicação patológica. Segundo o autor o dilema dos doentes mentais seria que o que eles dizem permite ao ouvinte fazer a escolha entre muitos significados possíveis e eventualmente incompatíveis. Seria uma comunicação ilógica. Basicamente esses trabalhos teorizam apenas sobre a diferença desses discursos desautorizados por serem classificados como patológicos.

Contrariamente a essas posições teóricas, acredito que considerar esses discursos apenas em sua diferença, como patológicos, já os exclui de antemão de qualquer pesquisa lingüística. O que os reinsere na investigação lingüística é exatamente o ponto que normalmente é apagado nesses trabalhos citados: **a semelhança com os outros discursos considerados normais**. Nas entrevistas psiquiátricas, os psicóticos não falam sobre seus sintomas, apesar de serem cooperativos: respeitam de certa maneira os princípios pragmáticos. A própria fala é um sintoma, mas um sintoma não para ser decodificado numa classificação de doença mental, mas um sintoma porque é significação pura de seu mal-estar. Nesse sentido eles falam aquilo que importa ao seu mal-estar (são relevantes) e de uma certa forma esperam que os psiquiatras sejam cooperativos não mudando os tópicos continuamente para “caçar” os sintomas. Mas seus discursos não representam estados mentais perturbados (sintomas da doença), e sim revelam um lugar desconhecido que paradoxalmente é o lugar no qual o psicótico se reconhece. Alguma coisa de real fala, colocando o psicótico na posição do ventríloquo, que toma como sua a palavra do Outro, como no exemplo a seguir:

(1)

M: você é a Scarlet...ou é a Regina?

P: é...Scarlet porque minha mãe quis né... foi a maior confusão...é...que a mulher aí...babá... queria mandar minha mãe...meu pai amava ela e não enxergou...minha mãe falou...Eu te odeio...mas eles se amam...e hoje ele é pastor da igreja Cristo...Cristo da Maranata

M: às vezes você acha que...o seu pensamento fica meio confuso?

P: nunca...nunca achei...nunca ficou

M: nunca ficou?

P: teve um momento que o diabo queria entrar no meu

pensamento...(e querendo me atentar) porque...de repente eu pequei...não sei se eu pequei...eu sou filha de Deus...(sei que o mal quis entrar na minha cabeça)...mas eu fiquei ali orando... (entrei) no espírito...no espírito de pomba gira que tava entrando na minha mente...aí eu não aceito (...)...aí Deus ouviu a minha prece²

A representação do sintoma que o discurso médico prevê não ocorre e, mesmo que o médico direcione a pergunta explicitamente para uma resposta sim/não, a identificação do sintoma se dá por uma projeção antecipada do quadro interpretativo e não porque o paciente reconheça e represente a “confusão do pensamento” como sendo uma queixa sua, algo relevante para o outro da interlocução. Percebe-se aqui um tipo de assimetria na interlocução que não deriva da assimetria prevista dentro de um hospital, através da qual é o médico que controla os turnos e estabelece a relevância do que concerne ou não à entrevista. A assimetria na interlocução acima parece resultar de uma compreensão distinta de sua natureza, cujos resultados são uma nova disposição de lugares discursivos – o médico permanecendo no previsto pelo discurso médico e o “paciente” indo para um outro lugar. Há um conflito entre direções interpretativas – o médico, como porta-voz de um discurso que se sustenta em dois lugares discursivos (o dele e o do paciente), interpreta não o que é dito (a partir da direção que o paciente aponta) mas aquilo que é identificado pelo quadro teórico de seu discurso.

Que discurso então é esse que confere o quadro referencial e interpretativo de sintomas e que posições discursivas derivam desse discurso? Um discurso da certeza de um saber que coloca o médico também na posição de um ventríloquo, só que esse discurso vem de um lugar que ele conhece, já que ele domina esse saber. O psiquiatra não é sujeito de seu discurso porque não são suas as significações do que ele fala. Da mesma forma, não importa o que o psicótico significa de seu mal-estar mas sim que essa fala confusa, paradoxal, ilógica corrobora os sintomas de perturbações mentais. Como é um discurso da certeza, estão previstas as duas posições discursivas: uma, a de quem detém o saber e, a outra, que testemunha esse saber ao se colocar na posição determinada pela doença – é a posição do paciente. A assimetria assim já vem marcada pelo próprio discurso médico que será determinante de toda a rede de significações da interlocução. É o poder da atribuição da significação.

A investigação de entrevistas psiquiátricas que venho realizando tem apontado que esse jogo de manutenção do discurso psiquiátrico em sua certeza se

² As transcrições seguem apenas o registro das seqüências lingüísticas no que diz respeito ao léxico. As pontuações são feitas em relação às pausas. As palavras entre parênteses referem-se àquelas que puderam ser identificadas. Os pontos entre parênteses referem-se a pausas longas. M. refere-se ao médico e P. ao paciente. Aqui serão transcritos vários trechos de várias entrevistas com diversos médicos e diversos pacientes. Foram analisadas 43 entrevistas, num total de 796 horas, 23 do sexo feminino e 23 do sexo masculino. Todos são adultos e a escolaridade varia. Essas variantes, contudo, não são determinantes na análise proposta.

desestabiliza quando o psicótico questiona involuntariamente essas regras de eficácia desse saber. O psicótico desaloja o psiquiatra de seu “suposto” saber. O psicótico também detém uma certeza sobre seu mal-estar e essa certeza provoca efeitos na fala do psiquiatra. É aí que vejo o paralelismo desses discursos: dois discursos das certezas, ambos controlados por uma saber que vem de outro lugar que não seja o do locutor.

(2)

P: a minha sensibilidade estética...praticamente que sumiu...porque o meu raciocínio concreto...de acordo com a escola de Piaget...foi destruído por um chute que meu pai deu na barriga da minha mãe...e eu tenho lesão no lobo frontal...que tomografia computadorizada pode provar

M: mas você já fez alguma tomografia?

P: eu não fiz...mas eu tenho a certeza...até meu pai mesmo disse que chutou a barriga da minha mãe

M: mas por que a lesão seria logo no lobo frontal?

P: porque é o centro da vontade

M: uhum...você acha que seu lobo frontal então...está comprometido?

P: eu acredito que eu tenha um problema apenas físico

A alteridade constitutiva nos discursos nas psicoses

A posição discursiva do psicótico, em sua certeza constitutiva, fica “congelada” porque o psicótico tem muito pouca autonomia para falar de um outro lugar. Quem os escuta percebe o paradoxo entre um efeito de organização no discurso e o seu não estranhamento frente ao inusitado de seu discurso. É uma certeza que espera ser legitimada pelo psiquiatra, para que esse discurso que vem de um lugar desconhecido possa ser finalmente legitimado como seu. O psicótico parece ignorar que sua “verdade” cause estranhamento ao outro. Parece que o sujeito nas psicoses toma como dada a certeza de sua verdade, independente do outro autenticar ou não seus discursos.

(3)

P: tudo começou quando eu tive um sonho sonhei com magos negros, eu acredito que eram magos negros com as mãos decepadas

D: hmm

P: jorrando sangue e aí eu me entrevei e fui acompanhado por um espírito que com ódio me dizia prá me matar, dizia “se mata”, “se mata”, “se mata”. aí eu trabalhei durante um ano, mais de um ano e me concentrando em duas coisas ao mesmo tempo

D: hmm?

Lacan no Seminário 3: As Psicoses chama atenção para o processo de significação nas psicoses: significações singulares que surgem numa “proliferação imaginária”. É desse lugar, de não consistência simbólica, que o sujeito se apresenta fragmentado ao outro. O que é dito não apresenta filiação simbólica, nem discursiva. Nas psicoses não há lugar para amarração de significações que poderiam dar organiza-

ção psíquica. As significações se remetem a elas próprias, as palavras têm peso em si mesmas. Elas não podem ser redutíveis a outras significações fora do discurso. Os discursos dos psicóticos apresentam em si a sua própria coerência. Escutá-los, portanto, é escutar essa rede de significações singulares, é reter fio por fio de sentido a partir dessa própria rede de significações. Essa parece ser a possibilidade de escuta no campo social, uma forma de que esse discurso, chamado delírio continue seu processo de estruturação do sujeito. Nem todos os psicóticos conseguem essa organização mínima via delírio. Daí a importância terapêutica dessa escuta diferenciada, efetivamente cooperativa de seus interlocutores.

(4)

M: o que que você sentia?

P: eu me sentia, eu me sentia, eu me sentia todo negro, todo negro, e o fluido, para Einstein matéria é frozen energy, é energia condensada.

M: hmm

P: então você vê, energia também é concreta eu sentia energia concreta sobre mim e

Jung já falava sobre isso em Jung estudo sobre o simbolismo de si mesmo

M: mas você sentia uma energia negativa controlando o seu corpo?

P: uma ener- uma energia tentando me controlar porque se eu não tivesse autocontrole eu teria me matado

M: mas da onde emanava essa energia negativa? da onde vinha? de que\

P: é porque eu sentia um homem entrevado perto de mim, ao meu lado

M: hmm você via esse homem?

P: eu eu chegu- eu cheguei a ver

Conclusão

Os discursos paralelos que compõem as entrevistas psiquiátricas apresentam um estranho percurso que aparentemente parecem convergir em algum ponto efêmero. As aparentes convergências que a língua comum parece autorizar se desvanecem rapidamente na impossibilidade de a rede de significações dos discursos psicóticos serem efetivamente o material lingüístico que daria suporte a um diagnóstico que já traz a sua rede própria de significações. De que posição discursiva, então, fala o psicótico? Esse lugar desconhecido, que em alguns discursos psicóticos estrutura em forma de delírio a verdade daquele sujeito, dá a esse sujeito uma nova ordem simbólica do mundo, mas que não funciona como mediação simbólica com os outros. A aparente comunicação que se pensa estabelecer com o psicótico vem de se falar a mesma língua, uma mediação simbólica derivada de um pacto social. O psicótico vive a contradição de essa mediação simbólica ser ressignificada pelo Outro, o lugar desconhecido que fala através dele. Uma mediação simbólica que só pode retornar a esse mesmo lugar sob a forma de um monólogo.

Referências Bibliográficas

- KAPLAN, H.I. e SADOCK, B.J. (1993) *Compêndio de Psiquiatria: ciências comportamentais, psiquiatria clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- LACAN, J. (1988) *As Psicoses*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- NOVAES, M. (1999) Clinical interview in psychiatry: a specific genre in pragmatics. *Actas do VI Simposio Internacional de Comunicación Social*. Cuba, 1101-1107.
- _____. (1996) *Os dizeres nas esquizofrenias: uma cartola sem fundo*. São Paulo: Escuta.
- ORVIG, A.S. (1998) Interpreting and diverging in clinical interview in: *Pragmatics*, 8:2, 167.