

FACULDADE CATÓLICA DE ANÁPOLIS

ALVINAN MAGNO LOPES CATÃO

CARLA BERTI BONESSO

**UM DIÁLOGO ENTRE A ESCUTA EM FILOSOFIA CLÍNICA
E A ESCUTA PSICANALÍTICA**

Anápolis
2016

FACULDADE CATÓLICA DE ANÁPOLIS

**ALVINAN MAGNO LOPES CATÃO
CARLA BERTI BONESSO**

**UM DIÁLOGO ENTRE A ESCUTA EM FILOSOFIA CLÍNICA
E A ESCUTA PSICANALÍTICA**

Artigo apresentado ao Curso de Pós- Graduação em Filosofia Clínica da Faculdade Católica de Anápolis como requisito parcial para obtenção do título de especialista.

Orientador: Me. Diogo Jansen Ribeiro

Anápolis
2016

ALVINAN MAGNO LOPES CATÃO

CARLA BERTI BONESSO

**UM DIÁLOGO ENTRE A ESCUTA EM FILOSOFIA CLÍNICA
E A ESCUTA PSICANALÍTICA**

Artigo apresentado ao Curso de especialização da Faculdade Católica de Anápolis para obtenção do título de especialista e aprovado em ____ de _____ de 2016, pela Banca Examinadora, composta pelos seguintes professores:

Prof. Dr. Lúcio Packter

Prof. Me. Diogo Jansen Ribeiro

Prof. Esp. Aracelly Rodrigues Loures Rangel

UM DIÁLOGO ENTRE A ESCUTA EM FILOSOFIA CLÍNICA E A ESCUTA PSICANALÍTICA

Alvinan Magno Lopes Catão¹
Carla Berti Bonesso²

Resumo

Esse artigo tem como objetivo compreender a escuta em Psicanálise e em Filosofia Clínica, analisando suas convergências, divergências e algumas das possíveis contribuições que o método filosófico-clínico, a escuta da historicidade, pode trazer para a escuta psicanalítica. Para tanto, foi realizada uma pesquisa bibliográfica de cunho teórico e epistemológico que procurou discorrer, a partir de trabalhos (artigos, teses, dissertações e livros), sobre as duas abordagens: inicialmente desenvolvendo um breve resumo de suas histórias e teorias e, posteriormente, conceituando a técnica da escuta. Num outro momento, foi realizada uma aproximação teórica entre as duas abordagens, analisando as convergências e divergências no que compete ao entendimento da escuta. O trabalho possibilitou um diálogo entre as duas abordagens, que, além de situar algumas convergências e divergências teóricas e epistemológicas, permitiu registrar algumas contribuições do método filosófico clínico para o método psicanalítico.

Palavras-chave

Escuta; Psicanálise; Filosofia Clínica.

INTRODUÇÃO

A situação analítica é, por excelência, uma situação de comunicação: nela circulam demandas nem sempre lógicas ou de fácil deciframento, mas as quais, em seu cerne, comunicam o desejo e a necessidade de serem escutadas (MACEDO; FALCÃO, 2005, p. 65).

O presente trabalho tem como tema “A escuta em Filosofia Clínica e a escuta Psicanalítica”. O objetivo é compreender a escuta nestas duas abordagens terapêuticas, relacionando as possíveis convergências e divergências entre estes dois constructos acerca da psique humana, como também levantar uma reflexão sobre as contribuições que a Filosofia Clínica pode trazer à Psicanálise no que compete à escuta.

¹ Graduado em Psicologia pela Faculdade Anhanguera de Anápolis; Especialista em Didática e Metodologia do Ensino Superior pela Faculdade Anhanguera de Anápolis; Especialista em Filosofia Clínica pela Faculdade Católica de Anápolis; Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Goiás (UFG).

² Graduada em Psicologia pela Faculdade Anhanguera de Anápolis; Especialista em Filosofia Clínica pela Faculdade Católica de Anápolis; Especializanda em Psicologia da Saúde e Hospitalar pelo Instituto Nacional de Cursos, Projetos e Pesquisas Ltda, Unidade Goiânia (InCursos/GO); Psicanalista em Formação pela Academia Goiana de Psicanálise.

A partir de uma pesquisa inicial em *sites* acadêmicos e bibliotecas, não foram encontrados trabalhos que discorressem sobre esse tema. Dada originalidade do mesmo, que busca uma maior aproximação entre estas duas abordagens de atendimento clínico, este trabalho, primeiramente, visou uma melhor compreensão da escuta em cada abordagem individualmente, para depois propor um diálogo, embasado na análise e interpretação dos dados levantados.

Em filosofia Clínica, foram encontrados apenas dois trabalhos científicos em acervos acadêmicos e alguns livros de seu criador e seus discípulos. Percebendo a escassez de trabalhos científicos, produzidos nessa área, buscamos, nesse trabalho, também, contribuir para a visualização, questionamento e construção deste novo saber, que tem se difundido por instituições de ensino e clínicas no Brasil e ao redor do mundo. Estes fatos, de originalidade e pioneirismo do tema, como também da escassez de trabalhos científicos em Filosofia Clínica, justificam a realização desta pesquisa.

Foi possível colher uma maior quantidade de dados bibliográficos acerca da escuta em Psicanálise, dentre artigos científicos e livros acadêmicos, de diversos autores, desde seu criador, Sigmund Freud (1856-1938), até autores contemporâneos. Esse fato pode ser explicado por ser uma técnica psicoterápica e/ou analítica, originada há mais de cem anos, difundida pela ciência psicológica, na psiquiatria e nas ciências humanas em geral, sendo amplamente ensinada e praticada em várias instituições ao redor do mundo.

A metodologia deste trabalho consiste basicamente em: levantamento de dados bibliográficos; análise e interpretação dos dados pesquisados; elaboração e escrita do trabalho.

Para o levantamento de dados foi utilizada a técnica da documentação indireta, por meio da pesquisa bibliográfica. Segundo Lakatos e Marconi (2010), o levantamento de dados representa o primeiro passo de praticamente quase todas as pesquisas, sendo que algumas são desenvolvidas exclusivamente por esse meio. Para estas autoras, este método possibilita ao pesquisador e, posteriormente, ao leitor, tomar conhecimentos, por meio de fontes secundárias, das principais teorias, concepções e descobertas do tema estudado.

A partir da pesquisa bibliográfica, buscou-se localizar obras que discorressem sobre a escuta em Filosofia Clínica e a escuta em Psicanálise. Esses trabalhos foram pesquisados em acervos digitais, acadêmicos e não acadêmicos e em livros de Psicanálise e Filosofia Clínica. Os acervos acadêmicos utilizados foram: o Banco de Dados Teses e Dissertações (BDTD) e a Biblioteca Virtual de Ciências Humanas Centro Edelstein. Os acervos não acadêmicos pesquisados estão vinculados a sites relacionados à Filosofia Clínica, tal como os do Instituto Packter.

Depois de encontrados, os dados pesquisados foram submetidos à análise e interpretação. Posterior a esse procedimento, passou-se para a escrita do trabalho. Nessa etapa, o trabalho foi estruturado em três capítulos. O primeiro discorre e discute sobre a escuta em Filosofia Clínica e o segundo sobre a escuta em Psicanálise. No primeiro e no segundo capítulos, procuramos recapitular também, de forma breve, a história destas abordagens, discorrendo sobre suas origens e seus criadores. No terceiro capítulo, apresenta-se um diálogo entre os dados colhidos para a fundamentação teórica, trazendo uma discussão sobre as convergências e divergências entre as duas técnicas e as possíveis contribuições que a nova abordagem, a Filosofia Clínica, pode trazer para a já estabelecida Psicanálise.

1- A ESCUTA EM FILOSOFIA CLÍNICA

A proposta de atender clinicamente sujeitos a partir de construções teóricas oriundas da Filosofia não é tão contemporânea, fundamentando-se a partir do surgimento e desenvolvimento da própria clínica. Autores como os médicos Ludwig Binswanger (1881-1966) e Karl Jaspers (1883-1969) se aventuraram em desenvolver propostas clínicas a partir de teorias e métodos filosóficos tais como os da Fenomenologia e do Existencialismo.

Mais recentemente surgiram outras propostas que buscavam utilizar os conhecimentos da Filosofia para a resolução de problemas cotidianos. Entre elas constam as abordagens de Gerd Achenbach, Marc Sautet, Lou Marinoff e Lúcio Packter. Segundo Pechula (2007), Gerd Achenbach teria sido o inaugurador dessa proposta, montando um consultório filosófico na Alemanha em 1981. A autora destaca que Marc Sautet abriu um consultório particular e orientava debates filosóficos no Café des Phares em Paris desde 1992, e que Lou Marinoff oferecia aconselhamento filosófico (além de outros trabalhos) desde o início da década de noventa em Nova York. A autora ainda destaca que essas propostas inspiraram o filósofo brasileiro Lúcio Packter a criar o seu próprio método de aplicação do conhecimento filosófico ao cotidiano humano. Packter, segundo a autora, se sentia insatisfeito com os resultados da psiquiatria e da Psicanálise e a partir dessas experiências pensou numa proposta para auxiliar as pessoas a lidarem com seus problemas cotidianos.

Poucos foram os trabalhos acadêmicos encontrados que discorressem sobre Filosofia Clínica. A partir de uma pesquisa em sites acadêmicos tais como, Banco de Dados Teses e Dissertação, a Biblioteca Nacional de Ciências Humanas, e o Google Acadêmico foram identificados apenas dois trabalhos: a tese de doutorado de Pechula (2007), intitulada, “A

Filosofia e seus usos: crítica e acomodação”, e o artigo, “Cabe á filosofia a atuação clínica?”, de Ferreira (2007). Ambos os trabalhos questionam a possibilidade de atuação clínica da Filosofia.

As obras que discorrem sobre Filosofia Clínica foram encontradas no acervo virtual do instituto Packter, fundado por Lúcio Packter, sistematizador dessa abordagem no Brasil. Tais obras são livros e artigos não acadêmicos escritos por filósofos clínicos. Dentre as poucas obras encontradas, destacam-se, em especial, o livro de autoria de Lúcio Packter, intitulado, “Filosofia Clínica: Propedêutica” de 1997, e o livro de seu discípulo Will Goya, intitulado, “A Escuta e o Silêncio” de 2010. De acordo com o tema e o problema de pesquisa, o livro de Goya (2010) representa uma importante referência já que trata especificamente da escuta em Filosofia Clínica.

Em “Escuta e o Silêncio”, Goya (2010) expõe a sua compreensão de filósofo clínico sobre a escuta nessa abordagem. Na primeira parte, descreve as características da Filosofia Clínica que considerou como “um novo método de se fazer terapia, fundamentado nas teorias filosóficas acadêmicas, surgido, na década de 80, da prática clínica do filósofo Lúcio Packter na Europa e no Brasil” (GOYA, 2010, p.16). O autor ainda afirma que esse método estaria distante do aconselhamento, por não conceber doenças ou distúrbios comportamentais de natureza exclusivamente psíquica, tipologias abstratas, estruturas inflexíveis e universais. Para o autor, esse método se afastaria do “conceito psicológico de cura” (GOYA, 2010, p. 16). A ideia exposta pelo autor é que a Filosofia Clínica cuidaria e não curaria. Segundo ele, essa perspectiva de terapia:

[...] trata-se de uma práxis filosófica e pode ser tomada como o mais radical exercício prático de alteridade já elaborado até hoje. É um aprendizado terapêutico duplo: o da escuta existencial e o da rejeição ética a toda forma de silenciamento do direito inalienável de duas ou mais pessoas, diferentes entre si, coexistirem e expressarem livremente a maneira de ser de cada uma. Aceitar e escutar o outro como ele é (dentro do que se pode percebê-lo), entretanto, nem sempre significa concordar ou apoiá-lo, pois, mais importante do que cada um de nós, será sempre a liberdade do encontro. O que há em comum entre o filósofo e o outro não são as afinidades, que geram confiança, mas a certeza amiga das diferenças (GOYA, 2010, p. 16-17).

Como percebido no exposto, uma das características da escuta em Filosofia Clínica, atribuída por Goya (2010), diz respeito à consideração existencial do outro, com base na aceitação das diferenças, oriundas do encontro. A rejeição de qualquer forma de silenciamento do direito inalienável de duas ou mais pessoas coexistirem e se expressarem livremente, corresponde a uma das preocupações que orientam a ética da Escuta em Filosofia Clínica. É possível perceber no discurso de Goya (2010), a defesa pessoal e valorativa da

Filosofia Clínica, tratada como “o mais radical exercício prático de alteridade já elaborado até hoje”, julgando-a, desta forma, para além das outras perspectivas/abordagens. Não há uma preocupação do autor em relativizar ou mesmo de assumir como sua essa afirmação. Essa é passada de maneira absoluta, contradizendo a lógica de seu discurso que caminha para aceitação do “outro”. O “outro”, enquanto “outras perspectivas/abordagens” é tratado pelo autor como “conhecido”, como se ele conhecesse todas, no que diz respeito ao exercício prático de alteridade e, assim, pudesse sustentar tal afirmação.

No entendimento de Goya (2010), a Filosofia Clínica seria um método que teria como objetivo a escuta da subjetividade vivida do partilhante a partir de sua historicidade. Essa última é considerada

[...] a teia de perspectivas da estrutura de pensamento do partilhante sobre a realidade do mundo tal como ele e mais ninguém a pôde e soube vivenciar. Todos os métodos da Filosofia Clínica utilizam o horizonte da historicidade. Esta teoria, em Filosofia Clínica, é a abertura para o outro, uma atitude ética de escuta e aproximação diante daquele que sofre. (GOYA, 2010, p. 33-34).

Nesse exposto é possível visualizar, a partir da compreensão de Goya (2010), uma das características principais da escuta em Filosofia Clínica: a historicidade da pessoa. Essa historicidade, que revelaria a estrutura e o funcionamento da subjetividade do partilhante, representa o objeto da escuta em Filosofia Clínica. Pode-se dizer que a escuta, nessa abordagem, busca apreender a historicidade do partilhante, no intuito de desenvolver os procedimentos clínicos necessários para a resolução das problemáticas subjetivas cotidianas. A escuta da historicidade busca apreender o contexto físico e psicológico do partilhante desde a sua primeira lembrança até os dias atuais.

Goya (2010) entende essa historicidade, ou seja, a escuta da historicidade, como um método segundo o qual todo conhecimento sobre o partilhante é o resultado de uma análise de vida em que ele se situa, em especial atenção à maneira como ele valoriza as perspectivas de sua narrativa. O autor coloca a hermenêutica e a filosofia da linguagem, como possíveis ferramentas da escuta em Filosofia Clínica para acessar a historicidade do partilhante, “mesmo quando este não fala diretamente de si próprio, e mesmo quando a linguagem utilizada para a comunicação não é essencialmente verbal” (p. 33). Aqui é possível perceber um dos aspectos metodológicos da escuta em Filosofia Clínica: a hermenêutica e a filosofia da linguagem. Esses métodos seriam usados para escutar a historicidade do partilhante.

A escuta, em Filosofia Clínica, na compreensão de Goya (2010), traria condições para o acesso à historicidade do partilhante e assim a possibilidade de compreender a estrutura de pensamento do mesmo. Essa última, representada na sigla E.P, é compreendida por Packter

(1997), como “o modo como está existencialmente a pessoa” (p. 23). Esse autor ainda explica que a E.P é a maneira como estão associados na pessoa todos os seus sentimentos, entendimentos, seus dados éticos e epistemológicos, religiosos entre outros.

Goya (2010) destaca que, segundo Packter, a E. P. estaria dividida em trinta tópicos estruturais que poderiam se abrir para o surgimento de outros, afirmando que os mesmos explicam a realidade a partir dos filósofos da cultura. O autor não contextualiza quais seriam esses filósofos. Em seu livro, “Filosofia Clínica: Propedêutica”, Packter (1997) expõe esses trinta tópicos:

- 1- Como o mundo parece (fenomenologicamente)
- 2- O que acha de si mesmo
- 3- Sensorial & Abstrato
- 4- Emoções
- 5- Pré-juízos
- 6- Termos agendados no intelecto
- 7- Termos: universal, particular e singular
- 8- Termos: Unívoco e Equívoco
- 9- Discurso: Completo e incompleto
- 10- Estruturação de raciocínio
- 11- Busca
- 12- Paixões dominantes
- 13- Comportamento & Função
- 14- Espacialidade: inversão
 - Recíproca de inversão
 - Deslocamento curto
 - Deslocamento longo
- 15- Semiose
- 16- Significado
- 17- Padrão e Armadilha conceitual
- 18- Axiologia
- 19- Tópico de singularidade existencial
- 20- Epistemologia
- 21- Expressividade
- 22- Papel existencial
- 23- Ação
- 24- Hipótese
- 25- Experimentação
- 26- Princípios de Verdade
- 27- Análise da Estrutura
- 28- Intersecções da estrutura de pensamento
- 29- Dados da matemática simbólica
- 30- Autogenia. (PACKTER, 1997, p. 61).

Esses elementos tópicos, na compreensão de Goya (2010), possibilitariam a compreensão de uma variedade incontável de expressões aos modos de ser e estar de cada ser humano na Terra.

Colhidos os dados categoriais e feito um estudo das relações entre os tópicos da EP, torna-se possível o entendimento da complexidade e dos nexos constitutivos da psique investigada, sabendo identificar e bem contextualizar as informações, muitas vezes dispersas, que são recebidas do partilhante e, em especial, compreender as

mais importantes razões dos conflitos existenciais que o motivaram a procurar ajuda do filósofo clínico. Somente assim, e não de outra forma, é que se poderia com verdade dizer a alguém, que nos relata certo fato de sua vida: "... eu sei como é isso" ou "eu sei exatamente o que você quer dizer..." Nisso se constitui a profundidade da escuta filosófica (GOYA, 2010, p. 44).

Segundo Goya (2010), a partir da análise da escuta da historicidade e da observação do partilhante, o filósofo clínico adquire condições lúcidas para dar o terceiro passo: oferecer estratégias de ajuda ao mesmo. Essa etapa da clínica filosófica, na compreensão do autor, se dá quando o filósofo clínico escolhe os submodos ou procedimentos clínicos para desfazer "os conflitos, os choques tópicos contidos na EP, evitando-se os sofrimentos desnecessários e buscando alternativas subjetivamente viáveis às mudanças que se mostram importantes" (p. 44).

Packter (1997) definiu 32 submodos, segundo ele, construídos a partir da colheita da Estrutura do Pensamento do partilhante. Ele os organizou na seguinte tábua:

- 1- Em direção ao termo singular
- 2- Em direção ao termo universal
- 3- Em direção às sensações
- 4- Em direção às ideias complexas
- 5- Esquema Resolutivo
- 6- Em direção ao desfecho
- 7- Inversão
- 8- Recíproca de inversão
- 9- Divisão
- 10- Argumentação derivada
- 11- Atalho
- 12- Busca
- 13- Deslocamento curto
- 14- Deslocamento longo
- 15- Adição
- 16- Roteirizar
- 17- Percepcionar
- 18- Esteticidade
- 19- Esteticidade seletiva
- 20- Tradução
- 21- Informação dirigida
- 22- Vice conceito
- 23- Intuição
- 24- Retroação
- 25- Intencionalidade dirigida (Filtro)
- 26- Axiologia
- 27- Autogenia
- 28- Epistemologia
- 29- Reconstrução
- 30- Análise indireta: Função
Ação
Hipótese
Experimentação
- 31- Expressividade
- 32- Princípios de verdade (PACKTER, 1997, p. 60).

No Livro, o autor não explica a origem e a construção histórica e epistemológica desses conceitos, apenas os prescreve nominalmente. No que compete a essa parte não há referência a autores. O autor primeiro descreve a tábua de submodos – citado acima no trabalho - para depois descrever a tábua da E.P., que descreveu somente os primeiros tópicos ao longo do livro.

Em geral, a partir do que foi estudado, pode-se dizer que em Filosofia Clínica buscase, através da escuta, apreender a historicidade do partilhante. Essa escuta é praticada na clínica, tendo como base a subjetividade, orientada pela ética da alteridade, definida como um exercício existencial. Com base nessa proposta, o filósofo clínico se propõe a colher os dados categoriais para serem analisados entre si, buscando compreender a totalidade existencial subjetiva do partilhante, com a finalidade de promover amenizamento de sofrimentos desnecessários e trazer alternativas subjetivas para as mudanças que se mostram importantes.

Pode-se afirmar, com base nesses estudos, que a proposta da Filosofia Clínica, estabelecida por Lúcio Packter (1997), busca através da escuta, ao menos teórica e discursivamente, colher os dados categoriais e a Estrutura do Pensamento do partilhante para que possam ser analisados e interpretados, fornecendo ao filósofo o seu manejo clínico, ou seja, os seus procedimentos clínicos ou submodos. Trata-se de uma escuta descritiva fenomenológica que tem a finalidade de apreender a estrutura do pensamento da pessoa com base em uma leitura de sua historicidade.

2- A ESCUTA EM PSICANÁLISE

Existe vasto material bibliográfico acerca da Psicanálise e seus métodos, dentre os quais o da Escuta Flutuante, que será apresentado nesse tópico. Este material compreende principalmente os textos de autoria do próprio Freud (que integram a Edição Standard Brasileira das Obras Completas, tradução de 1969 pela editora Imago), entre outras fontes usadas para esta pesquisa, como o livro “Curso Básico de Psicanálise” de Alberto Tallaferro (1996), o “Dicionário de Psicanálise”, de Elizabeth Roudinesco e Michel Plon (1998), “Introdução à Psicopatologia Psicanalítica”, de Juan Carlos Kusnetzoff (1982), “Mulheres de Hoje – figuras do feminino no discurso analítico”, organizado por Marcela Antelo, entre outros.

A partir de uma pesquisa em sites acadêmicos foram identificados dois trabalhos que tratam diretamente do assunto: “A Escuta do Não-Sentido: na Lingüística, na Música e na

Psicanálise” (2004), dissertação de mestrado de Luis Francisco Espíndola Camargo, e “A Escuta na Psicanálise e a Psicanálise da Escuta” de Mônica Medeiros Kother Macedo e Carolina Neumann de Barros Falcão. O estudo desse material será realizado ao longo desse capítulo.

A Psicanálise, segundo Roudinesco e Plon (1997), é um método de psicoterapia, que se originou das investigações de Sigmund Freud (1856-1939) sobre o inconsciente e suas manifestações. Freud era estudante de medicina na Áustria e interessava-se por diversas especialidades, entre elas a Fisiologia, a Clínica Médica e a Neurologia. Destacou-se em seu curso e ganhou uma bolsa de estudos para tentar decifrar o enigma da histeria, que intrigava os médicos da época com sua ampla gama de sintomatologia, entre paralisias, cegueiras, fobias, depressão, epilepsia, delírios, alucinações, entre outras. Freud então foi estudar a técnica hipnótica de Jean-Martin Charcot com as histéricas do Hospital Salpêtrière em Paris, provando para uma plateia de médicos e estudantes que os sintomas não eram de origem física, mas sim psicológica (ROUDINESCO; PLON, 1998). Segundo Freud (1923[1922]), o Dr. Josef Breuer, tratou de uma jovem que sofria de histeria grave entre os anos de 1880 e 1881, usando o método catártico, mas apenas retomou o assunto depois que retornou à Viena de seus estudos com Charcot em 1886. Foi quando Freud convenceu Breuer a aprofundar nesses assuntos junto a ele, levando-os a publicar artigos que integram o volume intitulado “Estudos Sobre a Histeria” (1922). A jovem em questão era a célebre paciente da Psicanálise, conhecida como Anna O., que teve seu nome verdadeiro, Bertha Pappenheim³, posteriormente revelado pelo biógrafo Ernest Jones, em *A vida e a obra de Sigmund Freud*. (ROUDINESCO; PLON, 1998).

A catarse, segundo Roudinesco e Plon (1997), é uma palavra grega que Aristóteles usava para designar a eliminação ou purgação de sentimentos causados no espectador por uma peça teatral. Esse conceito foi retomado por Breuer como inspiração para criação do método catártico, que visava esta eliminação, ou ab-reação de afetos traumáticos através de sugestão

³ Conforme Roudinesco e Plon (1998) esta famosa paciente é considerada uma das fundadoras, além de ser um dos grandes mitos da Psicanálise. Fundadora, por ter criado os termos “cura pela fala”, referente ao método psicanalítico posteriormente adotado por Freud, e “limpeza da chaminé”, para designar a forma de rememoração usada. Mito, por seu tratamento ser cercado de controvérsias, apesar de Breuer clamar ser o criador do método catártico, pelo qual Anna O. teria sido completamente curada, alguns biógrafos e historiadores afirmam que ele teria forjado estes dados. Além de que Janet teria criado este método anteriormente a ele, apenas muitos anos depois do encerramento de seu tratamento é que Anna O. teria conquistado sua saúde plena. Apesar destas informações, existem registros de que aconteceu de fato a remoção dos seus sintomas histéricos conversivos pela catarse. Bertha Pappenheim tornou-se uma humanista lutadora pelas causas sociais e especialmente das mulheres judias, sendo uma figura importante do movimento feminista, reconhecida pela Alemanha e homenageada com um selo. “Essa notável revisão só fez corroborar a ideia, progressivamente admitida pelo próprio Freud, de que a cura em psicanálise é uma maneira de o sujeito converter seus sintomas patológicos numa sublimação*.” (ROUDINESCO, PLON, 1998, p.571).

hipnótica. Para Freud (1923[1922]), logo este método revelou-se limitado, pois a remoção dos sintomas estava diretamente ligada à relação do paciente com o médico, quais retornavam se esta era perturbada, além do mais nem todos os pacientes são passíveis de serem hipnotizados, sendo a sugestão abandonada e substituída pela associação livre, método pelo qual o paciente fala livremente realizando uma associação de ideias enquanto o analista exerce a escuta fluente. Nascia a Psicanálise, designada por Freud como:

[...] o nome de um procedimento para a investigação de processos mentais que são quase inacessíveis por qualquer outro modo, um método (baseado nessa investigação) para o tratamento de distúrbios neuróticos e uma coleção de informações psicológicas obtidas ao longo dessas linhas, e que gradualmente se acumula numa nova disciplina científica (FREUD, 1923[1922], p. 247).

Conforme Roudinesco e Plon (1997), Freud em um primeiro momento pretendeu desenvolver uma metapsicologia, que segundo o próprio autor, levava esse nome por transcender a psicologia existente na época, afinal baseava-se em conhecimentos filosóficos e metafísicos a fim de pensar os processos psíquicos com as bases biológicas da medicina. Segundo estes autores parte da obra do Freud pode ser definida como metapsicológica, quando ele desenvolve o modelo de um aparelho psíquico dinâmico, topológico e econômico.

Segundo Tallaferró (1996), a primeira tópica consiste em definir uma psique constituída pelo inconsciente, pré-consciente e consciente, que interagem e possuem funções específicas, que ficam mais claras com o desenvolvimento da segunda tópica, constituída por id, ego e superego, que coincidem virtualmente com a primeira. O id é a parte mais primitiva da psique, coincidindo totalmente com o inconsciente, é a fonte de energia, onde se originam as pulsões, que em parte são reprimidas pela barreira de recalque. O ego teria parte inconsciente, pré-consciente e consciente, sendo a parte que media as leis do superego e as demandas do id frente a realidade, originando dessa forma os mecanismos de defesa, que em parte, causam o sintoma. O superego, predominantemente inconsciente, seria a “lei” introjetada pelo sujeito, constituída por normas culturais, ambientais e parentais, de acordo com Tallaferró (1996) sendo o herdeiro do Complexo de Édipo⁴, ou seja, a lei fundamental do sujeito.

Conforme Valença (2003) para a psicanálise a formação do sintoma dá-se através do acúmulo de energia gerado por um determinado afeto, trauma ou excitação ocorrido em

⁴ Freud assim nomeou este período, que vai dos três aos cinco anos de idade, baseado na lenda grega, na qual Édipo se torna o símbolo da fatalidade e força do destino, qual o leva a matar seu próprio pai e casar-se com sua própria mãe por engano. Para a psicanálise o afeto pela mãe e a rivalidade com o pai acontecem apenas no campo das fantasias inconscientes, que quando interditas pela castração simbólica dão origem ao Superego. (TALLAFERRO, 1996).

determinada fase do desenvolvimento psicosssexual⁵ da criança, causando uma fixação. De acordo com a autora, esta forte sensação fica estrangulada pela barreira do recalque no inconsciente, pois não pode ser ab-reagida pela criança por não ter compreensão de seu significado, que apenas será adquirido a posteriori. Esta energia torna-se a pulsão sexual (registro psíquico de um estímulo físico ou instintual, segundo Roudinesco e Plon, 1998) que irá repetir-se durante toda a vida do sujeito a fim de realizar-se, atingir seu alvo, para trazer alívio. Mas como seu conteúdo é insuportável e contrário a tendência mental do sujeito, irá passar por transformações causadas pelos mecanismos de defesa do ego. “O ego defende-se da pulsão sexual e pode ter sucesso por um período, mas acaba fracassando e esses retornam à consciência, sob a forma de sintoma” (VALENÇA, 2003, p.22).

Sigmund Freud criou a Psicanálise justamente a partir da escuta dos sintomas das históricas, proporcionando assim um espaço para a compreensão do mistério feminino, já que a histeria acometia em grande maioria as mulheres, reprimidas e caladas pela cultura machista de sua época, segundo o livro organizado por Marcela Antelo, intitulado *Mulheres de Hoje – figuras do feminino no discurso analítico* (2012). De acordo com Roudinesco e Plon (1998), a histeria se origina de conflitos psíquicos recalcados no inconsciente que se expressam através da teatralidade ou de sintomas corporais. “A histeria foi talvez o primeiro mal para o qual os médicos de uma época passada não conseguiram encontrar uma explicação totalmente somática” (TALLAFERRO, 1996, p.13).

Conforme Tallafarro (1996) as primeiras investigações desse misterioso mal, apesar de inaugurarem a Psicanálise com a publicação dos *Estudos Sobre a Histeria* (1895), escrito por Freud e Josef Breuer, datam da antiga Grécia, da época em que a filosofia abarcava diversos conhecimentos, inclusive os da medicina. De acordo com o autor a palavra histeria é derivada da palavra grega *hystera* (matriz, útero), sendo primeiramente nomeada por Hipócrates, nascido em 460 a.C. e considerado o pai da medicina. Segundo Tallafarro (1996), Hipócrates explicou sua origem por um deslocamento do útero, uma anomalia ginecológica exclusiva das mulheres, enquanto que Platão, um filósofo contemporâneo a ele, antecipou a teoria de Freud ao entender a histeria como uma sexualidade insatisfeita da mulher.

Apesar dos filósofos terem sido os primeiros médicos da alma, foi a Psicanálise que deu origem a uma clínica da escuta, mais propriamente da escuta do inconsciente. “Freud inaugura novos tempos: o tempo da palavra como forma de acesso por parte do homem ao

⁵ De acordo com Tallafarro (1996) é a Teoria do desenvolvimento humano de Freud, que traça as etapas de evolução da libido (energia vital) através de partes do corpo nas quais parecia predominar o hedonismo frente a objetos geradores de prazer. As fases do desenvolvimento sexual são: a fase oral, a fase anal, a fase fálica, o período de latência e a fase genital.

desconhecido em si mesmo e o tempo da escuta que ressalta a singularidade de sentidos da palavra enunciada” (MACEDO; FALCÃO, 2005, p. 65). A Psicanálise desenvolveu seu modo particular de escuta, denominada escuta flutuante, ou atenção flutuante, sendo considerada uma regra fundamental da prática psicanalítica. De acordo com Roudinesco e Plon (1998), este termo foi criado por Freud em 1912 para designar a forma como o psicanalista deve escutar o discurso do analisando, sem privilegiar nenhum elemento do mesmo e permitindo que sua própria atividade inconsciente atue. Para tanto é necessário que o psicanalista esteja apoiado pelo tripé da Psicanálise, que significa estar comprometido com sua própria análise, amparado pelo conhecimento profundo da teoria e estar em supervisão com um psicanalista mais experiente, com o objetivo de não contaminar o setting com seus próprios sintomas e não cair em pontos cegos, ou seja, não conseguir escutar de forma clara os sintomas do analisando.

O método da psicanálise é o da escuta flutuante, que significa identificar os processos inconscientes do paciente através da associação livre de ideias que o paciente faz durante as sessões, promovendo assim a cura pela fala (como nomeado por Anna O). A associação livre de ideias é a “regra constitutiva da situação psicanalítica, segundo a qual o paciente deve esforçar-se por dizer tudo o que lhe vier à cabeça, principalmente aquilo que se sentir tentado a omitir, seja por que razão for” (ROUDINESCO; PLON, 1998, p.649).

Segundo Freud (1923[1922]) esta técnica substitui a hipnose de forma mais eficaz, pois a associação livre conduz ao material esquecido ou desviado sem as limitações do método catártico, nomeando-a de “Regra Técnica Fundamental”.

Freud encontrou um substituto dessa ordem, plenamente satisfatório, nas associações dos enfermos, ou seja, nos pensamentos involuntários – quase sempre sentidos como perturbadores e por isso comumente postos de lado – que costumam cruzar a trama da exposição intencional (FREUD, 1904[1903], p.238).

No artigo *O Método Psicanalítico de Freud*, Freud (1904[1903]), explica como esta técnica funciona: o paciente deita-se em um sofá e, sentindo-se relaxado e sem distrações, é instruído a se deixar levar em sua fala, enquanto que o psicanalista senta-se fora de seu campo visual exercendo a escuta ou atenção flutuante. Freud (1904[1903]) observou que no relato da história de vida do paciente, surgem lacunas em sua memória, sendo um sintoma comum às neuroses, mas este recalque é transposto através das associações, que tornam as lembranças acessíveis ao consciente, sendo este o objetivo do tratamento psicanalítico. No entanto quanto maior a resistência, mais distorcidas estarão as ideias, porém quando relacionadas às ideias inintencionais, é possível conhecer o que estava esquecido através da

“arte da interpretação”, como nomeada por Freud (1904[1903]), que esclarece o funcionamento psíquico para o analisando, tornando impossível a repetição do sintoma.

São objetos desse trabalho interpretativo não apenas as ideias que ocorrem ao doente, mas também seus sonhos, que abrem a via de acesso mais direta para o conhecimento do inconsciente, suas ações inintencionais e desprovidas de planos (atos sintomáticos), e os erros que ele comete na vida cotidiana (lapsos na fala, equívoco na ação etc.) (FREUD, 1904[1903], p.239).

A escuta na Psicanálise é a escuta do inconsciente do analisando, a fim de identificar sua estrutura psíquica, ou seja, como a primeira e a segunda tópica funcionam dinamicamente no paciente, como se organizam suas pulsões, seu sintomas, que são revelados através das interpretações do analista devolvidas ao paciente com o objetivo de tornar consciente as lembranças catexadas de pulsões e geradoras de sintomas, desmitificando fantasias e resignificando-as. Ou seja, as interpretações barrarão a repetição dessas pulsões com o objetivo de proporcionar economia da energia psíquica, aliviando assim o sofrimento neurótico. Freud (1904 [1903]) postula que o tratamento psicanalítico eficaz leva em média de seis meses a três anos e que seu objetivo é o amenizamento do sofrimento neurótico.

A experiência logo mostrou que a atitude que o médico analítico podia mais vantajosamente adotar, era entregar-se à sua própria atividade mental inconsciente, num estado de atenção parcialmente suspensa, a fim de evitar, tanto quanto possível, a reflexão e a construção de expectativas conscientes, não tentar fixar particularmente coisa alguma que ouvisse na memória e, por esses meios, apreender o curso do inconsciente. Descobriu-se então que, salvo em condições por demais desfavoráveis, as associações do paciente surgiam como alusões, por assim dizer, a um tema específico, e que ao médico só era necessário adiantar um passo a fim de adivinhar o material que estava oculto ao próprio paciente e poder comunicá-lo a este (FREUD, 1923 [1922], p.250-251).

Mas afinal, o que é o inconsciente? Para o dicionário Aurélio (1985) da língua portuguesa, inconsciente é um adjetivo com várias significações, que tanto designa um estado de não consciência, uma procedência sem consciência, como é também sinônimo de leviandade. Para a Psicanálise, de acordo com Kusnetzoff (1982), o inconsciente é uma instância, um sistema, integrante de um modelo metapsicológico, que compõem um aparelho psíquico, integrado por outros dois sistemas, o consciente e o pré-consciente. Este modelo foi desenvolvido por Freud desde A Interpretação dos Sonhos (1900), sendo um Modelo Tópico, que se refere à lugares virtuais articulados entre si. Conforme Kusnetzoff (1982) o Sistema Percepção-Consciente ou Consciência tem a função de percepção dos estímulos externos e internos, mas sem os conservar, processa os pensamentos, os juízos de valor e as ações voluntárias, como a de evocação da memória, por exemplo. De acordo com Kusnetzoff (1982) o Sistema Pré-Consciente se articula ao Consciente, junto ao qual se opõem ao

Inconsciente, estando separado deste pela barreira da Censura⁶, arquivando registros que podem ser facilmente recuperados de forma voluntária. Conforme o autor esta instância guarda a “representação palavra”, que é uma marca acústica desta, levando a consideração que é de fácil nomeação e expressão simbólica.

O Sistema Inconsciente é onde estão as “representações de coisa”, que são inscrições sensoriais, percebidas por todos os órgãos dos sentidos do corpo, por volta dos zero a doze meses, quando não ainda existiam as palavras para simbolizá-las. As imagens predominam sobre as outras representações, que em conjunto com as pulsões e as “fantasias primitivas” formam fantasmas que determinam a vida inconsciente do sujeito. A energia circula livremente no inconsciente, de acordo com o “Processo Primário”, deslocando-se de uma representação à outra, até condensar-se no sintoma. (KUSNETZOFF, 1982).

O inconsciente, conforme postulado por Freud (1915), é atemporal e isento de contradições, pois funciona de acordo com o “Princípio do Prazer”, ignorando totalmente a realidade externa e atendendo apenas à realidade interna. Neste sentido coincide virtualmente com o Id, que é o polo psicobiológico do aparelho psíquico, ou seja, o registro psíquico dos instintos, que são as pulsões, impulsos carregados de desejos que buscam se realizar. A pulsão é “a carga energética que se encontra na origem da atividade motora do organismo e do funcionamento psíquico inconsciente do homem” (ROUDINESCO; PLON, 1998, p. 628).

Mas como se escuta o inconsciente? Como dito anteriormente, através do método da atenção flutuante ou escuta flutuante que, amparada pela teoria psicanalítica, identifica suas manifestações: os atos falhos, os lapsos, os chistes, os sonhos, que de acordo com o Freud (1900), é a via de acesso mais segura ao inconsciente, e os sintomas (convertidos no corpo ou atuados). O ato falho é um “ato pelo qual o sujeito, a despeito de si mesmo, substitui um projeto ao qual visa deliberadamente por uma ação ou conduta imprevistas” (ROUDINESCO; PLON, 1998, p.40). O lapso é quando se troca uma palavra por outra, contra a própria vontade, de acordo com Roudinesco e Plon (1998). Ainda segundo estes autores, os chistes funcionam de acordo com os mecanismos de deslocamento e condensação e remontam a função lúdica da linguagem, sendo anedotas, trocadilhos e aforismos. Na atuação, ou *acting out*, o sujeito atua seu sintoma, sendo que o conteúdo inconsciente passa livremente para uma atitude afim de ser evitado seu conhecimento pleno, através do mecanismo de defesa da resistência. Na conversão histérica o indivíduo sente estar

⁶ A Censura, como sinônimo de Recalque, é uma das funções do Superego, pois reprime no inconsciente os conteúdos contraditórios à tendência psíquica do indivíduo, operando na formação dos sonhos e dos sintomas com os mecanismos de deslocamento e condensação. Esta censura é permanente, no entanto a que separa o consciente do pré-consciente, é mais fraca.

verdadeiramente doente, quando de fato não o está, por exemplo a paralisia e a cegueira que acometeram Anna O. , mas que desapareceram com o método catártico.

De acordo com Camargo (2004) a escuta em Psicanálise é, por excelência, a escuta do *não-sentido* no discurso do analisando afim de se inventar sentidos a partir deste. O autor atenta para a diferença entre ouvir e escutar, sendo ouvir “a percepção fisiológica da onda sonora”, diferenciado da escuta principalmente através da delimitação de seu objeto, que são as ondas sonoras perceptíveis ao ouvido, órgão humano do sentido. Conforme este autor, a escuta é um ato psicológico, cujo objeto seria o sentido e o não-sentido. Neste ato, escuta-se também o silêncio, o corpo e as ações, de acordo com o campo do saber, ou seja, se a escuta é um método, um instrumento, ou um modo de percepção. Camargo (2004) analisa a escuta em Psicanálise baseando-se em Jacques Lacan⁷, que afirma ser esta a escuta dos significantes⁸, ou seja, daquilo que repete no discurso, indicando o significado. De acordo com Roudinesco e Plon (1998), o significante representa o sujeito do inconsciente, o sujeito do desejo, que só pode ser sancionado quando escutado por um psicanalista no interior da análise.

A escuta, assim como o inconsciente e a transferência⁹, é o elemento fundante da Psicanálise como campo do saber:

É no jogo da relação que se estabelece entre a escuta e a verdade, na própria relação com o objeto, que se situa o ângulo daquilo que se pretende abordar: chegar à beira e às bordas do discurso. Ou seja, a própria regra de relação com a produção do saber a partir do não-sentido e a constituição desta escuta. (CAMARGO, 2004, p.112).

Em conformidade com Camargo (2004), Freud nomeia o inconsciente de instância por entendê-lo como uma lei, uma jurisdição que regula a mente do indivíduo, relido por Lacan como: “o inconsciente é o discurso do Outro” (LACAN *apud* Camargo 2004 p.529). Esta instância regula as ações do indivíduo, o levando a repetir, e atuar seus sintomas enquanto estiver alienado de si mesmo. Neste sentido, questiona-se: o que o psicanalista busca ao ouvir o inconsciente de seu analisando? Ele busca encontrar o sujeito do inconsciente, seu verdadeiro desejo, escutado através da *associação livre* de ideias, que leva ao deciframento

⁷ Jacques-Marie Émile Lacan (1901-1981), psiquiatra e psicanalista francês, que fez uma releitura da obra de Freud à luz da filosofia alemã e da linguística saussuriana, na qual baseou sua concepção de significante e de que o inconsciente é estruturado como uma linguagem, sendo o simbolismo comparado à metáfora e o deslocamento e condensação à metonímia.. (ROUDINESCO; PLON, 1998).

⁸ Significante, de acordo com Ferdinand Saussure (1857-1913), fundador da linguística estrutural, é a representação psíquica do som, ou seja a imagem acústica, enquanto que significado é o conceito da palavra. Na psicanálise, Lacan concebe o significante como sendo o determinante dos atos, das palavras, ou seja, o destino pulsional do sujeito, à sua revelia. (ROUDINESCO; PLON, 1998).

⁹ Segundo Roudinesco e Plon (1998) transferência é um processo constitutivo do tratamento, pelo qual os desejos inconscientes do analisando, concernentes a objetos externos, passam a se repetir, no âmbito da relação analítica, na pessoa do analista, colocando na posição desses diversos objetos.

do encadeamento de significantes, que é a energia se escoando livremente pelas representações, ou seja, os deslocamentos, condensações e a formação de símbolos. Estes mecanismos do inconsciente foram interpretados por Lacan como figuras de linguagem, comparando os deslocamentos e as condensações com a *metonímia*, e os símbolos com a *metáfora*. Afinal, baseado em Ferdinand Saussure, Lacan afirmava que o “inconsciente é estruturado como uma linguagem”. (LACAN, 1985, p.27).

Este deciframento é a atividade interpretativa do psicanalista, que barra a repetição, por levar seu analisando à percepção dos seus desejos. Direcionando assim a energia livre a comportar-se como energia ligada às palavras, ao pensamento, ou seja, à simbolização, dando nome às representações coisas, que perdem sua força por tornarem-se conhecidas, sendo elaboradas pelo analisando a medida do desenrolar de seu processo de análise.

Porém, Freud (1904 [1903]), explica que a psicanálise possui suas limitações, pois não trata pessoas de baixo valor moral, requer uma dose de inteligência, não é recomendável aos idosos e nem para pessoas que estejam esgotadas emocionalmente, ou em período muito grave de suas enfermidades, dada a exigência que o tratamento faz dos processos mentais. Consoante Roudinesco e Plon (1997), Freud também considerou as psicoses incuráveis, pelo fato do investimento libidinal estar voltado para si mesmo (narcisismo), não sendo possível a *transferência*, pré-requisito básico para que o tratamento psicanalítico ocorra. Apesar destas limitações, Freud (1904 [1903]) defende que a psicanálise ainda engloba um número grande de pacientes.

3- UM POSSÍVEL DIÁLOGO: CONVERGÊNCIAS, DIVERGÊNCIAS E CONTRIBUIÇÕES DA FILOSOFIA CLÍNICA PARA A PSICANÁLISE

Uma convergência central, no que diz respeito à noção de escuta, esta contida na seguinte proposição: ambas as abordagens entendem, nocionalmente, a escuta como um procedimento, um ato psicoterápico/terapêutico, capaz de coletar/obter informações sobre a subjetividade do analisando/partilhante, para, em um segundo momento, intervir de maneira a contribuir na resolução de suas problemáticas psíquicas e/ou existenciais. Seus métodos de escuta, a priori, não julgam a subjetividade do sujeito antes da sua expressão clínica. São abordagens que trabalham em uma perspectiva de compreensão/interpretação, com aquilo que aparece no ambiente clínico.

Outra convergência entre a Filosofia Clínica e a Psicanálise está no fato de ambas serem embasadas em tradições filosóficas e se constituírem a partir dessas. O processo de criação da Psicanálise, por exemplo, passa pelo método catártico de Breuer, que foi inspirado no conceito “catarse”, desenvolvido pelo filósofo grego Aristóteles. Embora este método tenha sido abandonado por Freud mais tardiamente, sendo substituído pela associação livre de ideias, a metapsicologia freudiana possui sua lógica nos conhecimentos filosóficos-metafísicos e se propõe a pensar os processos psíquicos juntamente com as bases biológicas da Medicina. Freud tinha o objetivo de transcender a Psicologia da sua época com este projeto, mas ao tentar decifrar a histeria, esbarra na escuta do sentido e não-sentido do inconsciente, criando assim a Psicanálise. Vale ressaltar que os filósofos da antiguidade foram os primeiros a se debruçar sobre o mistério da histeria, nomeada inclusive pelo filósofo e médico Hipócrates.

Não apenas a Psicanálise freudiana tem suas raízes, em partes, na Filosofia, mas principalmente a lacaniana. Jacques Lacan, segundo Roudinesco e Plon (1998), propõe uma releitura de Freud embasada na Filosofia alemã e afastando-a totalmente de suas bases biológicas. Lacan, tal como afirmar esses autores, compreende o funcionamento do inconsciente estruturado como uma linguagem, relacionando conceitos da Psicanálise aos conceitos do filósofo e linguista Ferdinand de Saussure. Lúcio Packter também se fundamentou no estruturalismo, do qual Saussure se integra, em partes, para conceber o conceito de Estrutura de Pensamento.

As duas abordagens divergem em relação à compreensão nocional e conceitual de escuta. Enquanto a Psicanálise se propõe a conceituar a escuta com base nos constructos, inconsciente, pulsão, sexualidade, psicopatologia, a Filosofia Clínica se propõe a conceituar a escuta como base nos constructos, historicidade, Estrutura de Pensamento, dados categoriais. Essa divergência não é meramente teórica, já que dispõe uma postura que define o que se vai escutar na atividade clínica. A noção de escutar os aspectos inconscientes e sexuais por meio da atenção flutuante revela uma atitude seletiva de alguns elementos que devem ser aprendidos na fala/expressão do analisando. Diferente, a Filosofia Clínica, com a sua noção de escutar a historicidade do partilhante, traz uma preocupação em compreender a totalidade do mesmo, por isso recorre a um procedimento de escuta fenomenológica, mais descritiva. No entanto, esta escuta, em sua ação clínica não está preocupada com os aspectos inconscientes, pois está focada no registro descritivo da historicidade do partilhante. Constata-se que a principal divergência, no procedimento de escuta de ambas as abordagens, é seu objeto.

Sendo que o objeto da escuta em Filosofia Clínica é a historicidade do partilhante, enquanto que o objeto da escuta em Psicanálise é o inconsciente do analisando.

A Psicanálise também valoriza a historicidade do paciente, no entanto através de diferentes concepções. Trata-se de uma das primeiras abordagens psicoterápicas a realizar a descrição e análise da historicidade do paciente. Segundo Catão (2014), a busca pela historicidade do sujeito em Psicanálise se faz de forma flexível, sem se importar com exigências factuais, correspondentes ao estudo sistemático da história, no qual a objetividade está presente.

Ao contrário a historicidade psicanalítica visa apreender a subjetividade, ou seja, a realidade psíquica, emocional e cognitiva do sujeito. Neste sentido, em seu relato histórico ao analista, o sujeito tem a oportunidade de reviver sua história, sendo ele o próprio historiador, contando a mesma tal como demanda sua subjetividade (CATÃO, 2014, p. 71).

É importante destacar que a noção de historicidade em Psicanálise está intimamente ligada às concepções referentes ao inconsciente, à sexualidade e aos conflitos intrapsíquicos, essas que são indissociáveis do seu método. Em Filosofia Clínica a historicidade é significada tomando, por base, tão-somente a Estrutura de Pensamento, essa que é colhida a partir da descrição da história de vida do partilhante. Pode-se dizer que a historicidade do analisando/partilhante é uma preocupação de ambas as abordagens, no entanto, as divergências se dão em seu tratamento epistemológico e metodológico. Para a Psicanálise, a historicidade representa o meio pelo qual se torna possível escutar o conflito intra-psíquico do analisando e a forma como esse está estruturado em seu inconsciente que o leva a repetir o mesmo traço em diferentes momentos de sua história de vida. Para a Filosofia Clínica, a historicidade representa o objeto central, o qual se debruça para descrever a Estrutura do Pensamento do partilhante para compreender o seu funcionamento. É interessante pontuar, a partir desse conceito, o caráter racionalista dessa abordagem. O filósofo clínico compreende os aspectos psicológicos a partir de um entendimento filosófico.

O método da escuta da historicidade em Filosofia Clínica possui um caráter diretivo inicial: o filósofo clínico quando diz “conte-me a sua história”, intervém na espontaneidade do sujeito, lhe determinando um modo de ser na clínica: o de contar sua história. Quando o filósofo pede para contar tal história desde as primeiras lembranças, essa direção é ainda mais determinada. O método da escuta flutuante procura identificar as motivações inconscientes do sintoma do paciente a partir da sua demanda espontânea, ou seja, sua queixa inicial. Nesse sentido, esse método, em sua praticidade clínica, não é diretivo à medida que a apreensão dos conteúdos e interpretação se fazem a partir da demanda que o analisando traz.

Em Filosofia clínica, a escuta que descreve a historicidade, está intimamente preocupada com a Estrutura do Pensamento. É justamente a E.P, da forma como definiu Lúcio Packter, que o filósofo clínico, dessa orientação, está interessado quando escuta a historicidade do partilhante, que empenha em dirigir. Em Psicanálise, a escuta que analisa o inconsciente está preocupada com as motivações sexuais por detrás do sintoma atual do paciente que o mesmo trouxe para a clínica. Em sua escuta, o analista irá escutar o investimento libidinal que determinado indivíduo coloca em determinados objetos, seu desejo, seu sintoma, enfim, irá escutar em seu discurso – dito e não dito – aquilo que caracteriza sua sexualidade.

No que compete às convergências, a Psicanálise, assim como a Filosofia clínica, também se preocupa com a historicidade do sujeito. Na verdade, o método psicanalítico é um dos primeiros a propor uma investigação complexa do passado do sujeito, da infância em particular. Pode-se dizer que o método da escuta flutuante se utiliza da compreensão/interpretação da história de vida para formular intervenções clínicas. Embora elas se divirjam teórica e metodologicamente, quanto à significação e ao uso das noções de história e historicidade, ambas se valem de uma investigação do passado para compreender o estado atual do sujeito. Catão (2014) constatou esse assunto ao investigar as divergências e convergências, do ponto de vista da clínica, entre Psicanálise e o que chamou “Psicologia Fenomenológico-Existencial”.

Embora a Psicanálise trabalhe com “o que foi esquecido” ou “recalado” nessa historicidade, selecionando o que irá investigar, e a Filosofia clínica com a totalidade expressada pela historicidade do sujeito, é interessante destacar que ambas trabalham numa perspectiva de ampliação da consciência do sujeito em relações às diversas temáticas que compõe sua subjetividade. Ambas as abordagens escutam para compreender, e compreendem para intervir, possibilitando a ampliação da consciência do sujeito e a resolução de suas problemáticas psíquicas e/ou existenciais.

Outra convergência no que diz respeito à escuta, em ambas as abordagens, é a questão de o tratamento ser pela fala. Embora alguns autores neguem, tal como o faz Goya (2010), a terapia numa perspectiva de cura, a ação terapêutica da Filosofia clínica se propõe a escutar, a tratar o partilhante através da sua historicidade falada. Ambas as abordagens trabalham o tratamento da subjetividade por meio da fala. O método terapêutico das duas abordagens consiste em compreender como está estruturada a psique do sujeito/analizando/partilhante a partir da sua fala, e como esta repercute no seu funcionamento psíquico e em suas ações.

Uma das contribuições da Filosofia Clínica para a Psicanálise estaria na noção de “planejamento terapêutico”. Trata-se de uma organização dos procedimentos clínicos em etapas, de maneira a planejar o atendimento para uma melhor execução do trabalho terapêutico. A Filosofia Clínica trabalha basicamente em três etapas: descrição da historicidade do partilhante, análise do material colhido e intervenção (submodos). O presente trabalho leva a supor que esse planejamento, possivelmente originário das novas perspectivas clínicas contemporâneas, pode vir a ser uma importante contribuição para a abordagem psicanalítica, que, em muito dos casos, ainda se mantém ligada a uma perspectiva tradicionalista freudiana e pós-freudiana, por vezes descontextualizada das questões de nossa época.

Outra contribuição da Filosofia Clínica que aparece, ao menos em seu discurso, é a preocupação com a ética da alteridade do sujeito/partilhante. Essa preocupação constitui um a priori importante, principalmente por levar a ideia de respeito à diversidade subjetiva de cada pessoa. Catão (2014), ao analisar as relações entre Psicanálise e Psicologia Fenomenológica Existencial, sugeriu um conceito similar: a ética humanista. Segundo este autor, este conceito representa a conduta do psicoterapeuta, concebida a priori ao tratamento, tendo como pressuposto inicial o respeito pelo ser humano. Esse discurso, presente na Filosofia Clínica, é importante sobretudo por possibilitar uma compreensão da diversidade subjetiva, trazendo a consideração existencial do outro enquanto pessoa humana.

Neste tópico foi possível constatar, por meio de uma aproximação dialógica, algumas convergências e divergências da escuta em Filosofia Clínica e da escuta em Psicanálise, pontuando também as contribuições da primeira para a segunda.

Considerações finais

Chega-se ao final deste trabalho, sem necessariamente concluir ou esgotar o tema em questão. Abre-se com ele uma gama de possibilidades de problemas para serem investigados tanto do ponto de vista teórico, quanto prático.

Foi constatado no trabalho, a partir de pesquisa bibliográfica em sites acadêmicos, que a Filosofia Clínica, particularmente a do filósofo brasileiro Lúcio Packtner, possui pouca produção acadêmica. Os poucos trabalhos encontrados questionavam a possibilidade da Filosofia ser aplicada na clínica. Os trabalhos referentes a tal abordagem foram encontrados em sites ligados ao instituto Packtner, sendo em sua maioria livros e artigos publicados em revistas ou blogs dessa instituição.

No que compete à Psicanálise, encontrou-se diversos trabalhos acadêmicos, alguns sendo específicos do tema “escuta”. A Psicanálise é uma área do conhecimento já estabelecida, que trouxe grande contribuição para a Psicologia, amplamente praticada e pesquisada em todo o mundo, apesar de ainda encontrar resistências.

A partir da análise da escuta em ambas abordagens, através dos trabalhos pesquisados, constatou-se algumas convergências e divergências do entendimento deste ato psicológico, aplicado como técnica terapêutica.

As convergências estão relacionadas ao embasamento filosófico que as duas abordagens trazem em seu cerne para a compreensão da psique humana, assim como os métodos de uma clínica através da escuta da fala e do silêncio de seu analisando/partilhante.

Compreendeu-se que as duas teorias divergem quanto às concepções. Por exemplo, em Psicanálise a escuta flutuante representa a ação do analista, responsável por apreender o inconsciente, a sexualidade e a psicopatologia oriunda do complexo de Édipo. Trata-se de um procedimento que está preocupado em localizar as manifestações inconscientes que, operando na lógica da sexualidade, levam as gêneses do sintoma que o paciente traz, mas que o mesmo desconhece. Essa escuta não é dirigida, a priori, sendo resumida a um “o que lhe trouxe aqui”. Por sua vez, em Filosofia Clínica a escuta da historicidade, se orientando por uma metodologia descritiva fenomenológica, busca apreender a história de vida do partilhante, localizando, assim, os dados categoriais que são analisados e, servem de base para a formulação da intervenção, ou seja, os submodos.

Na Psicanálise busca-se escutar o inconsciente com o objetivo de analisar seus enigmas para revelar o verdadeiro desejo do analisando, que assim se torna sujeito de si, consciente de seu funcionamento psíquico, de suas ações e de seus afetos, ou seja, de acordo com Lacan, sai da posição de objeto do discurso do Outro, o que significa a cura pela fala. Na Filosofia Clínica busca-se escutar a historicidade com o objetivo de analisar a estrutura do pensamento, representada pela sigla E.P, afim de identificar as categorias conflitantes para fazer a intervenção sugerindo submodos, que traria o amenizamento do sofrimento subjetivo através do exercício existencial do diálogo de alteridades. A Psicanálise demonstra uma crença no desejo inconsciente, apoiada na metapsicologia freudiana, enquanto que a Filosofia Clínica segue uma linha mais racionalista, o que pode ser percebido em um de seus conceitos fundamentais: Estrutura de Pensamento. Nesse conceito, fica evidenciada a preocupação com o pensamento em detrimento dos demais categorias/conceitos, estudados pela ciência psicológica tais como: emoções, sentimento, emoções, memória. Em Filosofia Clínica, o

pensamento assume uma representação majoritária, o que evidencia o seu caráter racionalista e racionalizante.

Constata-se, após as pesquisas efetuadas, a análise interpretação dos dados, que é possível estabelecer um diálogo entre as duas escutas, o que foi evidenciado na leitura de suas convergências e divergências. É importante reafirmar que a forma como o filósofo clínico entende a escuta da historicidade, sem predeterminações teóricas, trazendo a importância da alteridade, pode contribuir para a prática da Psicanálise. Supõe-se também que a forma de planejamento para a intervenção em Filosofia Clínica possa contribuir para a técnica psicanalítica. Esta ampliação na forma da escuta psicanalítica pode vir a trazer maior compreensão da subjetividade do analisando que busca a cura pela fala, hipótese que pode ser pesquisada em possíveis futuros trabalhos de forma empírica.

A DIALOGUE BETWEEN THE LISTENING IN CLINICAL PHILOSOPHY AND LISTENING PSYCHOANALYTIC

Abstract

This article aims to understand listening in Psychoanalysis and Clinical Philosophy, analyzing their convergences, divergences and some of the possible contributions that the philosophical-clinical method, listening to historicity, can bring to psychoanalytic listening. For this, a bibliographical research was carried out in a theoretical and epistemological way that sought to discuss, from works (articles, theses, dissertations and books) on the two approaches: initially developing a brief summary of their histories and theories, Conceptualizing the technique of listening. In another moment, a theoretical approach was made between the two approaches, analyzing the convergences and divergences in what it is the understanding of listening. The work made possible a dialogue between the two approaches, which, in addition to situating some convergences and theoretical and epistemological divergences, allowed to register some contributions of the clinical philosophical method to the psychoanalytic method.

Key words

Key words

Listening; Psychoanalysis; Clinical Philosophy.

REFEFÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABBAGNANO, N. **Dicionário de filosofia**. São Paulo: Martins Fontes, 2014.

ANTELO, M. **Mulheres de Hoje – figuras do feminino no discurso analítico**. Petrópolis: KBR, 2012.

CAMARGO, L.F.E. **A escuta do não-sentido: na linguística, na música e na psicanálise**. Florianópolis. 146f. Dissertação (Mestrado em Linguística) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004. [Orientador: Prof. Dr. Pedro de Souza].

CATÃO, A. M. L. **Psicanálise, Fenomenologia e Existencialismo: um possível diálogo na construção de uma nova abordagem**. Goiânia: Kelps, 2014.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário Aurélio**. Rio de Janeiro : Editora Nova Fronteira S.A, 1985.

FREUD, Sigmund - **Edição Standard Brasileira das Obras Completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1969.

_____. (1895) Estudos Sobre a Histeria. vol. VII

_____. (1900) A Interpretação dos Sonhos. vol IV e vol. V

_____. (1904[1903]) O Método Psicanalítico de Freud. vol. VII

_____. (1915) O Inconsciente. vol. XIV

_____. (1923 [1922]) Dois Verbetes de Enciclopédia. vol.XVIII

GOYA, W. **A Escuta e o silêncio: lições do diálogo em filosofia clínica**. 2 ed. Goiânia: editora da PUC Goiás: 2010.

KUSNETZOFF, J. C. **Introdução à psicopatologia psicanalítica**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1982.

LACAN, J. **O Seminário – livro onze – Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

LAKATO, E. M.; MARCONI, M. A.. **Fundamentos de metodologia científica: Técnicas de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2010.

MACEDO, M. M. K.; FALCÃO, C.N.d.B. **A escuta na psicanálise e a psicanálise da escuta.** Psychê, vol 9, n. 15, jan/jun., 2005.

PACKTER, L. **Filosofia Clínica: propedêutica.** 3ª edição. Florianópolis: Guarapuvu.

PECHULA, M. A. **A filosofia e seus usos: crítica e acomodação.** 204 p. Tese (Programa de Pós-Graduação em Educação). Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação, 2007.

ROUDINESCO, Elizabeth; PLON, Michel. **Dicionário de Psicanálise.** Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

TALLAFERRO, A. **Curso Básico de Psicanálise.** São Paulo: Martins Fontes, 1996.

VALENÇA, M. D. C. A. **A feminilidade em Freud e na contemporaneidade: repercussões e impasses.** 2003. 147 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Universidade Católica de Pernambuco, Recife, 2003. [Orientador: Prof. Dr. Zeferino de Jesus Barbosa Rocha. Co-Orientadora: Profa. Dra. Ana Lúcia Francisco).

ZIMERMAN, D. **Fundamentos Psicanalíticos, teoria, técnica e clínica, uma abordagem didática.** Porto Alegre: Artmed, 1999.