

# O DISCURSO DO ESQUIZOFRÊNICO E A APROPRIAÇÃO DO DISCURSO-OUTRO

Patrícia Laubino BORBA

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

llaubino@hotmail.com

Para estudarmos a apropriação do discurso-outro no discurso do esquizofrênico<sup>1</sup>, vamos nos valer da noção de incisa, pois, na Análise do Discurso, a incisa é a manifestação da alteridade. Para Indursky (1997), as incisivas “consistem em seqüências discursivas mais ou menos completas, mais ou menos fragmentadas, oriundas de outros discursos, que, ao serem interiorizadas, não deixam pistas de sua procedência externa, nem do processo de apropriação por que passaram” (idem, p. 244). Para a autora, as incisivas marcam um processo de apropriação de outros discursos, ou seja, a adesão de saberes que pertencem a outras *formações discursivas* ao fio do discurso. Porém, esses fragmentos apreendidos têm a sua referência modificada. Há também um apagamento do sujeito do discurso apropriado, pois as incisivas não possuem marcas formais que mostrem a alteridade. O processo de apropriação produz um efeito de *monologismo*, que “provoca a ilusão de que o sujeito está na origem de seu dizer” (idem, p. 246).

O *corpus* que estudaremos é composto por três entrevistas de pacientes diagnosticados esquizofrênicos internados nos hospitais Espírita e Afonso Martins, sob medicação<sup>2</sup>. Nossa análise será realizada a partir de *blocos discursivos*. Esses blocos serão organizados segundo sua identificação com alguma *instituição* ou com saberes que podem transitar em diversos grupos sociais – *senso comum*. Abaixo, serão reunidas

---

<sup>1</sup> Para se aprofundar em questões de referência e funcionamento do discurso patológico ver BORBA (2006).

<sup>2</sup> A medicação age sobre a alucinação, diminuindo sua freqüência e/ou intensidade, mas não modifica a relação do paciente com o delírio.

algumas *seqüências discursivas de referência* (sdr) marcadas pelo funcionamento de incisivas discursivas encontradas no arquivo pesquisado.

**Bloco discursivo 1** – discurso apropriado: *sensu comum*

Visamos, no presente bloco, a estudar a apropriação que do paciente (J, V., sexo masculino, 40 anos) faz de discursos do *sensu comum*.

**sdr1**

Paciente: Né? Então passei só vejo depois, eu vejo vozes, sinto vozes, né? Parece que tão falando comigo.

[...]

Entrevistador 2: O que que elas dizem?

Paciente: Me chamam o meu nome.

Entrevistador 2: Só isso?

Paciente: Só. Então aquelas vozes (...) não me deixam dormir. Às vezes eu perco o sono, mesmo tomando remédio. E agora eu tomando Neozine, não. Neozine incha muito, por isso eu não gosto, doutor. (J. V., sexo masculino, 40 anos).

Há uma quebra na linearidade tanto na frase quanto do discurso na sdr1 desse bloco. Na sdr1 do bloco 1, assinalamos o referente *parece* como uma incisiva por ser um corpo estranho ao *efeito de sentido* produzido no discurso do paciente. O paciente afirma que ouve vozes e que elas perturbam-no muito. O discurso do paciente produz um *efeito de sentido* que sugere o caráter de *veracidade* dessas vozes. Enquanto isso, o referente *parece* remete a um discurso contrário, que afirma que as vozes não existem de fato. O termo *parece*, que formalmente deveria exercer uma função modalizadora na fala do paciente, não produz esse *efeito de sentido* dentro desse discurso. Esse termo não interfere no *efeito de sentido* produzido no discurso do paciente, pois não abala sua crença na veracidade das vozes ouvidas por ele.

Na incisiva discursiva produzida no discurso *normal* (neurótico), as palavras estabelecem referência a partir do assujeitamento do falante e das *formações imaginárias* que estão atuando em seu discurso. No discurso psicótico, não ocorre essa apropriação dos referentes discursivos. Os referentes vinculados à incisiva trazem uma

referência cristalizada, não estabelecendo, desse modo, uma nova referência no fio do discurso. Não se trata de sentidos literais, mas de referentes pré-construídos que foram estabelecidos em determinado grupo social e que acabam inseridos pelos pacientes em seu discurso sem, entretanto, produzir os *efeitos de homogeneidade e de origem* que deveriam ser estabelecidos na apropriação. No discurso normal, esses efeitos fazem com que o dizer pareça ter sido produzido naquela cena enunciativa. Como isso não ocorre no discurso do paciente, produz-se um efeito de estranhamento. Esse efeito é o resultado de uma *ponta solta na teia* desse discurso.

No próximo bloco, estudaremos a incisa estabelecida pelo paciente vinculada a um discurso que pertence a uma instituição.

### **Bloco discursivo 2** – discurso apropriado: *institucional*

Analisaremos, nesse bloco, a apropriação que o paciente (R., 27 anos, sexo masculino) faz do discurso da *medicina*.

#### **sdr1**

Paciente: Não posso mais beber. Metade do meu corpo é epilético. Daí se eu tomo álcool, né? Daí se torna, aquela doença, né? E é só isso que eu tenho pra falar.

[...]

Paciente: É porque o médico de Caxias disse que eu, disse que a metade do meu corpo era epilético. Disse que...

Entrevistador 1: Qual é a metade é epilética?

Paciente: É a cabeça, né? Do corpo, né? Metade do corpo. O meu irmão sofria de ataque epilético até 22 anos, daí ele parou de dar ataque, né? Daí ele deixou o remédio. E agora ele tá...(R., 27 anos, sexo masculino).

Na sdr 1 do Bloco 2, também não há quebra da linearidade da frase. Porém, acreditamos que as passagens destacadas são incisivas porque há uma quebra na ordem discursiva. Não há uma integração discursiva: o paciente não consegue apropriar-se das palavras, dos sintagmas e das expressões que estão a sua disposição para constituir um discurso que produza os *efeitos de origem e de homogeneidade* no sujeito falante, ou seja, um *efeito de autoria*.

Na sdr1, apontamos o referente *epilético* como uma intercalação de outro discurso, pois esse referente, no discurso do paciente, produz um *efeito de sentido de opacidade*, não permitindo a compreensão do que está sendo dito. A proveniência desse termo é apontada pelo próprio paciente: *médico de Caxias disse*.

Há uma tentativa do paciente esquizofrênico de re-significar *epilético*, articulando outros elementos ao saber que sustenta o referente: *eu tomo álcool, né? Daí se torna, aquela doença, né? / É a cabeça, né? Do corpo, né? Metade do corpo*. Porém, o paciente não consegue apropriar-se de fato desse referente. Caso a apropriação ocorresse, poderíamos ter um efeito metafórico, ou seja, ter *a metade do corpo epilético* poderia ter um significado outro, no discurso do paciente, que não estivesse relacionado ao discurso médico. Para que a metáfora ocorresse, o referente *epilético* necessariamente deveria estar desvinculado do discurso médico, para poder re-significar-se. Mas esse referente, no discurso do paciente, só sustenta o discurso da medicina: *aquela doença / médico de Caxias / o meu irmão sofria de ataque epilético*.

Dessa forma, concluímos que o paciente esquizofrênico não se apropria do discurso da medicina, mas é subjugado por ele, na medida em que esse discurso domina a cena enunciativa, não sendo possível ao paciente construir uma outra referência com essas palavras. A impossibilidade de apropriação, ou seja, o não estabelecimento de uma nova referência para as palavras de discursos-outros, resulta em falha no *trabalho discursivo* de re-significação e, por vezes, em falha no *trabalho sintático* de sintagmatização das incisas no discurso do esquizofrênico. Este é o funcionamento das incisas no discurso estudado.

A submissão do discurso do esquizofrênico ao discurso outro produz *efeitos de incoerência, de inconsistência e de não-sentido*. Não há uma identificação entre o esquizofrênico e uma *formação discursiva* que funcionaria como centro organizador de

sua produção discursiva. Essa identificação falha com as *formações discursivas* que o afetam faz com que o discurso do esquizofrênico não parta de uma matriz de saberes, mas se disperse em muitos domínios de saberes, todos aqueles com os quais ele tem contato. O discurso do esquizofrênico é um reflexo do interdiscurso e não um recorte filtrado por uma *formação discursiva*, por conseguinte, produz o efeito de *non-sens* de que fala Pêcheux (1975).

Mesmo tendo sido descontextualizadas de seu discurso de origem, as incisivas no discurso do esquizofrênico permanecem com as referências estabelecidas no discurso-outro. Como Indursky (1997) mostra-nos, as incisivas produzem *costuras invisíveis* entre os discursos exterior e interior, o que apaga o sujeito do discurso e seu lugar de origem. No discurso do esquizofrênico, porém, esses traços permanecem inscritos na formulação. Mesmo alterando as *condições de produção*, não se altera a referência.

Para a Análise do Discurso, como mostra-nos Indursky (1997), as incisivas são discursos-transversos, porque estão no nível da articulação, ou seja, na relação do sujeito com o sentido. Segundo Pêcheux (1975), “o efeito de determinação do discurso-transverso sobre o sujeito induz necessariamente neste último a relação do sujeito com o Sujeito (universal) da Ideologia, que é ‘evocada’, assim, no pensamento (“todo mundo sabe que...”, “é claro que...”)” (idem, p. 166). Ou seja, a articulação determinada no discurso-transverso demonstra o assujeitamento do sujeito-falante a um determinado discurso em detrimento de outros.

Porém, percebemos que, no arquivo estudado, as incisivas possuem outra relação com o interdiscurso. As incisivas, no discurso dos esquizofrênicos, comportam-se como pré-construídos, na medida em que há uma independência semântica dessas nas seqüências discursivas em que estão inseridas. “O ‘pré-construído’ corresponde ao ‘sempre-já-aí’ da interpelação ideológica que fornece-impõe a ‘realidade’ e seu

‘sentido’ sob a forma da universidade (“o mundo das coisas”))” (Pêcheux, 1975, p. 164). O saber ingressa, no discurso do paciente, a partir de outra *formação discursiva*, que não afeta o paciente, sem ser devidamente apropriado. Como exemplo, retornaremos à sdr1 do Bloco 2. Nela, o referente *epilético* comporta-se como um pré-construído dos saberes da medicina e, por esse motivo, não consegue ser integrado ao discurso do paciente. Acontece o mesmo com todas as outras incisões estudadas, que não se desprendem do referente estabelecido nas *formações discursivas* de origem, apesar de apresentarem um funcionamento discursivo de incisões.

Segundo Roustang (1987), *o psicótico não pensa, menos ainda se pensa; ele é pensado, ele é puro destino* (idem, p. 204). Se o autor parte da perspectiva psicanalítica para mostrar essa dependência do psicótico em relação ao pensamento do outro, nós partimos da perspectiva do discurso para mostrar a dependência do esquizofrênico em relação ao discurso do outro para produzir *efeito de sentido*. Isto é, a Análise do Discurso possibilita perceber este tipo de funcionamento: o discurso do esquizofrênico não produz um *efeito de origem, de linearidade e de homogeneidade* por si só, é necessário que o discurso de origem seja identificado para que seu discurso faça sentido.

Esse estudo nos leva a pensar o caráter dispersivo do discurso do esquizofrênico. Para finalizar essa reflexão, parafrasearemos Roustang (1987), o psicótico não fala, é falado, enfim ele é puro discurso.

## BIBLIOGRAFIA

- BORBA, Patrícia Laubino. O funcionamento da referência na perspectiva da Análise do Discurso: um estudo sobre o discurso do esquizofrênico. Dissertação de mestrado. UFRGS. Porto Alegre, 2006.
- INDURSKY, Freda. *A fala dos quartéis e as outras vozes*. São Paulo: Ed. Da Unicamp, 1997.
- PÊCHEUX, M. (1975). *Semântica e Discurso: uma crítica à afirmação do óbvio*. São Paulo: Ed. Da Unicamp, 1997.
- ROUSTANG, François. *Um destino tão funesto*. Rio de Janeiro: Livraria Taurus Ed., 1987.