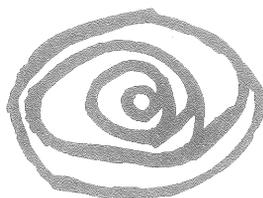


Distúrbios da Comunicação

volume 12 • número 1 • 2000



ISSN: 0102-762X

educ

Colaborações

A revista *Distúrbios da Comunicação* aceita propostas para a publicação de artigos, comunicações, resenhas de livros ou teses e resumos de teses, desde que aprovados pelo Conselho Editorial. Toda colaboração deve ter:

1 - Título do trabalho (em português, inglês e espanhol), autor(es), crédito do(s) autor(es) e, em folha separada do corpo do texto, endereço completo para correspondência (incluir FAX/E-mail).

2 - Referências bibliográficas que, de acordo com as normas da ABNT, devem conter somente as obras citadas no texto.

3 - Os textos deverão ser entregues em disquete, acompanhados de dois exemplares completos e impressos, com a seguinte formatação:

- texto digitado de preferência em Word (for Windows) ou Word Perfect;

- texto corrido, teclando "enter" apenas uma vez, para mudança de parágrafo;

- o texto pode ser formatado em negrito, itálico, maiúsculas, sobrito ou subscrito, mas não deverá ser formatado com nenhum tipo de parágrafo, tabulação ou hifenização;

- notas, resumos e referências bibliográficas (nesta ordem) devem ser digitados em arquivo separado. Verificar, ainda, que as referências estejam *completas*.

- tabelas, gráficos e figuras, quando usados, devem estar numerados, possuir legendas e ser digitados em preto e branco e em arquivo separado, sendo que, tanto neste arquivo quanto no arquivo do texto, é necessário indicar a localização precisa onde esses serão inseridos. Recomenda-se o uso de programas específicos para tabelas e gráficos.

Distúrbios da Comunicação

volume 12 • número 1 • 2000

ISSN 0102-762X

educ

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Reitora Nadir Gouvêa Kfour / PUC-SP

Distúrbios da Comunicação/Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. - v. 1, n. 1
(jan/mar. 1986) - - São Paulo: Educ, 1986-
v.: 21,5 cm

ISSN 0102-762X

Semestral (a partir de 1989; 21 cm)

Publicação trimestral 1986-1987; 1988 interrompida e recuperada em 1989

Resumo em português e inglês

Inclui bibliografia

1. Distúrbios da Comunicação - Periódicos. I. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

CDD 616 8005

Indexada em: Lilacs – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

Revista *Distúrbios da Comunicação*

Editoras

Luisa Barzaghi Ficker e Beatriz Mendes

Conselho Científico

Alfredo Tabith Jr. (PUC-SP)

Beatriz Caiuby Novaes (PUC-SP)

Beatriz de A. R. Saboya (CBS-RJ)

José Álvaro de Oliveira (UFSC)

José Geraldo Silveira Bueno (PUC-SP)

Léslie Piccolotto (PUC-SP)

Luíz Augusto de Paula Souza (PUC-SP)

Luisa Barzaghi Ficker (PUC-SP)

M. Alice M. Pimenta Parente (USP)

Maria Cecília Bevilacqua (PUC-SP)

M. Cristina de Pereira Yoshioka (PUC-SP)

Mauro Spinelli (PUC-SP)

Paulo A. de Lima Pontes (EPM)

Robert W. Keith (University of Cincinnati)

Saul Cypel (USP)

Sergio Spritzer (UFERS)

Sonia Bortholuzzi (UFMS)

Suzana M. Maia (PUC-SP)

Conselho Editorial

Alfredo Tabith Jr., Beatriz Caiuby Novaes, Maria Cecília Bevilacqua, Maria Cristina de Pereira Yoshioka, Orozimbo Alves Costa Filho, Silvia Friedman.

EDUC – Editora da PUC-SP

Direção

Maria do Carmo Guedes

Maria Eliza Mazzilli Pereira

Coordenação Editorial

Sonia Montone

Projeto Gráfico

Ângela Mendes

Preparação

Eveline Bouteiller Kavakama

Editoração Eletrônica

Artsoft Informática

Revisão

Sonia Rangel

Revisão dos Textos em Inglês

Carolina Siqueira M. Ventura

Revisão dos Textos em Espanhol

Damian José Kraus



educ – Editora da PUC-SP

Rua Ministro Godói, 1213

CEP 05015-001 - São Paulo - SP

Telefax: (11) 3873-3359

E-mail: educ@pucsp.br

Revista *Distúrbios da Comunicação*

Faculdade de Fonoaudiologia - PUC-SP

Rua Monte Alegre, 984 - CEP 05014-001

Tel.: (11) 3670-8168

E-mail: revisdic@pucsp.br

www.pucsp.br/~fonopuc



EDITORIAL

Objetividade e Subjetividade, dois termos aparentemente contrários que se associam por meio de uma linha de tensão ao mesmo tempo fina e densa, expressa nas mais diferentes relações, de diversas formas. Seja na produção cultural, nos debates científicos ou nos processos clínico-terapêuticos, a relação sujeito-objeto se impõe.

As contradições produzidas entre essas duas dimensões materializam-se desde as ações mais banais até as mais fundantes da estrutura psíquica. Afinal, desde Freud essas dimensões se inscrevem na Psicanálise como elementos constitutivos do fenômeno psíquico. É preciso, entretanto, reinscrevê-las à medida que hoje, e a cada dia, multiplicam-se os sentidos atribuídos a um e ao outro termo, mas, sobretudo, à imbricação inerente a ambos.

Essa reinscrição só faz sentido se observamos como emergem e se sustentam as demandas feitas ao homem, hoje, para constituir seu lugar num universo infinito de possibilidades, mas ao mesmo tempo repleto de limitações. Isto me leva a pensar que o enfrentamento dessas possibilidades depende do investimento que é possível destinar às relações com o outro ou consigo mesmo, em suas diferentes formas de exterioridade.

Ora, muitos autores contemporâneos vêm revelando o quanto as relações intersubjetivas têm sido esvaziadas ou desenvolvido rupturas, quando deveria ha-

ver conectores entre o eu, o tu e o nós. Essas relações instituem-se, parece, a partir de um superinvestimento no objeto, em detrimento do sujeito.

Sobrepõe-se o objeto ao sujeito, a objetividade à subjetividade, eliminam-se contornos e, dessa forma, tem-se um vazio relacional que se materializa nas mais diversas formas de sintomas. Assim, não acredito que esse movimento conduza a um apagamento do sujeito, como querem alguns, mas a uma reclusão defensiva do sujeito que, deste modo, gera em torno de si um invólucro que o torna de difícil penetrabilidade.

Em lugar de olharmos nostalgicamente para o passado, “em busca do sujeito perdido”, penso que, como clínicos, cabe-nos a tarefa de, por um lado, ampliar e, por outro, afinar as nossas visões. Assim, poderemos capturar, em nossas atuações, os sentidos desse caráter, cada vez mais agudo, que torna as subjetividades encapsuladas.

A Fonoaudiologia, cuja vocação fundamental é clínica, tem procurado ampliar seu espectro de visão e suas ferramentas, de modo a poder inserir em seu campo de ação uma série de recursos até então ausentes ou mesmo excluídos. Nesse sentido, dois movimentos têm sido privilegiados. Em primeiro lugar, um delineamento daquilo que é preciso ainda ser implementado, como fundamento para um contexto teórico-metodológico da clínica. Para isso, tem havido aproximações e interlocuções com outras disciplinas, revelando assim um nítido processo de amadurecimento.

Um outro movimento importante tem sido feito em direção à apreensão das demandas que chegam à clínica e a uma flexibilização tanto no uso das técnicas já existentes, quanto na criação de novas modalidades de intervenção. É diante desses movimentos entrecruzados que, na clínica fonoaudiológica, faz sentido dimensionar a objetividade e a subjetividade.

Com esse intuito, reunimos e aqui apresentamos ao leitor de *Distúrbios da Comunicação* algumas idéias instigantes que vêm sustentando os debates sobre o que alguns fonoaudiólogos nomeiam de “clínica da objetividade” e “clínica da subjetividade”. Este número da revista foi organizado pelo Programa de Estudos Pós-Graduados em Fonoaudiologia da PUC-São Paulo. Quase todos os textos

foram elaborados por professores dos cursos de graduação e de pós-graduação desta universidade. Essa produção marca, sem dúvida, uma tendência do pensamento fonoaudiológico brasileiro. Essa posição, no entanto, não se abastece apenas de perspectivas teóricas hegemônicas, mas também de convergências e divergências, como convém a um debate acadêmico que privilegia o pensamento autônomo e crítico.

Desejo a todos uma boa leitura.

Maria Consuelo Passos



SUMÁRIO

Artigos

- Objetividade, subjetividade e um caminho pelo meio. 11
(Objectivity, subjectivity and a way in the middle)
(Objetividad, subjetividad y un camino de por medio)
Luiz Augusto de Paula Souza (Tuto)
- A singularidade e o trabalho clínico terapêutico 21
(Singularity and the clinical-therapeutic work)
(La singularidad y el trabajo clínico terapéutico)
Suzana Magalhães Maia
- Criação-desconstrução-recriação: apontamentos para uma clínica do sujeito 29
(Creation-deconstruction-recreation process: towards a clinic centred on the subject)
(Creación-deconstrucción-recreación: apuntes para una clínica del sujeto)
Maria Consuêlo Passos
- Clínica, linguagem e subjetividade 39
(Clinic, language and subjectivity)
(Clínica, lenguaje y subjetividad)
Christian Ingo Lenz Dunker
- A objetividade e a subjetividade na fonoaudiologia 61
(Objectivity and subjectivity in Speech and Language Therapy)
(La objetividad y la subjetividad en fonoaudiología)
Ruth Ramalho Ruivo Palladino

Objetividade e subjetividade nos processos terapêuticos fonoaudiológicos 75
(Objectivity and subjectivity in speech and language therapy processes)
(Objetividad y subjetividad en los procesos terapéuticos fonoaudiológicos)

Maria Inês Tassinari

Desesquecimento: sobre a escolha do material clínico na pesquisa fonoaudiológica 91
(Unforgetfulness: about the selection of clinical material in the speech and language
therapy research)

(Rememoración: sobre la selección del material clínico en la investigación
fonoaudiológica)

Maria Cláudia Cunha

Onde estão os sinais? 101
(Where are the signals?)

(¿Dónde están las señales?)

Henrique Olival Costa

O diagnóstico nas alterações da linguagem infantil 107
(Diagnosis in child language disorders)

(El diagnóstico en las alteraciones del lenguaje infantil)

Regina Maria Freire

Resenhas

Subjetividade contemporânea e experiência do tempo 117
Luiz Augusto de Paula Souza (Tuto)

(Por) uma educação com alma. A objetividade e a subjetividade
nos processos de ensino/aprendizagem. 121

Elisa Pitombo

Teses

Deficiência auditiva progressiva em crianças e jovens:
prevalência dos aspectos etiológicos e características audiológicas. 125
Altair Cadrobbi Pupo

O uso de registros de emissões otoacústicas como instrumento de vigilância
epidemiológica de alterações auditivas em trabalhadores expostos a ruído. 126

Ana Cláudia Fiorini

Estudo sobre a relação entre cognição e linguagem no deficiente auditivo: o papel da imagem mental na interação psicossocial.	127
<i>Maria Angelina Nardi de Souza Martinez</i>	
Vamos publicar um livro? A pessoa deficiente auditiva e a escrita na clínica fonoaudiológica	128
<i>Clay Rienzo Balieiro</i>	
Interlocuções entre a clínica fonoaudiológica e a psicologia clínica – uma perspectiva reichiana	129
<i>Lilia Ancona-Lopez</i>	
Representação do surdo enquanto ser musical.	130
<i>Nadir da Glória Haguiara-Cervellini</i>	
Estudo da dinâmica da deglutição e das suas variações associadas ao envelhecimento, avaliadas por videodeglutoesofagograma, em adultos assintomáticos	131
<i>Tereza Loffredo Bilton</i>	
Entrecorpos, subjetivação e processos urbanos	132
<i>Luiz Augusto de Paula Souza (Tuto)</i>	



ARTIGOS

**OBJETIVIDADE, SUBJETIVIDADE
E UM CAMINHO PELO MEIO**

*Luiz Augusto de Paula Souza (Tuto)**

*Todo homem deseja o saber.
Aristóteles*

Objetividade, subjetividade e as relações que estabelecem entre si, tanto nas ciências quanto na filosofia, têm variados usos e sentidos. Não se irá recensar ou discutir essas variações. Muito mais singelamente, o limite será uma certa abordagem do assunto para, por meio dela, apontar uma implicação na fonoaudiologia.

O pressuposto aqui é de que não há uma fronteira rígida entre as dimensões objetiva e subjetiva, na medida em que se interpenetram e interagem sem, necessariamente, confundirem-se. Objetivo e subjetivo são, por essa via, níveis ou dimensões das atividades humanas e não instâncias opostas e de naturezas divergentes.

* Fonoaudiólogo, mestre em Distúrbios da Comunicação, doutor em Psicologia Clínica e professor associado da Faculdade de Fonoaudiologia e do PEPG em Fonoaudiologia da PUC-SP.

Para escandir este ponto de vista, no sentido de melhor demarcar diferenças em relação à perspectiva a ser trabalhada, pode ser proveitoso mencionar uma visão bastante comum e arraigada sobre as noções de “objetivo” e “subjetivo”. Visão derivada de um uso aligeirado da tradição kantiana (Kant, 1987), na qual a *objetividade*, ou o que releva do objeto¹, não se confundiria com o pensamento e a imaginação do sujeito. Nas ciências, por exemplo, a objetividade – assim concebida – só pode ser alcançada à custa da exterioridade do sujeito que conhece. Exterioridade a ser obtida por meio da utilização rigorosa e sistemática de procedimentos de experimentação e observação supostamente capazes de garantir a exclusão do sujeito em relação ao objeto, condição que seria básica para legitimar a pesquisa científica e os conhecimentos dela decorrentes.

Por consequência, nesta acepção, o *subjetivo* é o que pertence ao sujeito individual. A *subjetividade* diria respeito apenas àquilo que deriva do mundo subjetivo: impressões, ilusões, opiniões, etc. Aliás, como esses elementos psicológicos podem variar de sujeito para sujeito (na medida em que são pensados como individuais), não raro – ao menos no âmbito científico – tem conotação pejorativa a afirmação de que algo é subjetivo.

A separação categórica das dimensões objetiva e subjetiva, além de ter sido naturalizada, funciona como uma espécie de plataforma, a partir da qual uma série de “interpretações” são lançadas ao uso corrente. Na fonoaudiologia, por exemplo, tem sido relativamente comum a ocorrência desse tipo de uso em certas distinções entre perspectivas clínicas: de um lado aquelas cuja ênfase recai sobre os aspectos orgânicos e, de outro, as que enfatizam a constituição psíquica do sujeito no diagnóstico e no tratamento fonoaudiológicos.

Embora haja diferenças não negligenciáveis entre essas posições clínicas da fonoaudiologia, as análises que tendem à polarização, por meio da delimitação de uma espécie de “clínica do objetivo” ou de “clínica do subjetivo”, podem estar admitindo que a valorização da dimensão orgânico/biológica lamina as questões envolvidas na constituição do sujeito e vice-versa. Desse modo, mesmo quando não há a intenção de desqualificar uma das perspectivas em proveito da outra,

1. Etimologicamente, *objeto* significa “aquilo que é jogado à frente” e, por consequência, *objetivo* é “o que se tem diante de si como meta ou finalidade”.

tal separação indica uma necessária relação de exterioridade entre o psíquico e o orgânico ou, em outras palavras, ela permanece tributária do dualismo psico-físico cartesiano, ainda dominante.

Por essa via, sugerir (como fizemos no início) uma vaso-comunicação entre objetivo e subjetivo, como também não distinguir-lhes a natureza, seriam equívocos consideráveis. Seriam... Mas, como diziam nossos avós, é bom ir devagar com a louça.

A abordagem em separado do corpo e da alma (psiquismo) comporta variações mas, como foi apontando, com pelo menos um efeito (ou perigo) decisivo e comum: a “essencialização” polarizada da existência; num dos pólos, o predomínio hegemônico do biológico; no outro, a supremacia messiânica e/ou idealista da alma (psique).

As variações do esquema dualista precisam, para vingar, apoiarem-se em pelo menos duas premissas: 1- a unidade individual do sujeito; 2- a dupla natureza do humano, ou seja, a unidade individual fundada por duas instâncias inconciliáveis – corpo e alma.

Ora, essa tradição supõe uma humanidade essencializada e constante, que não deixa espaço para qualquer movimento de diferenciação substancial. Equivale a dizer que as mudanças só podem se dar na forma, uma vez que, no fundamental, o humano seria imutável ou sempre igual a si mesmo. E o que é a mutação da forma sem alteração do conteúdo? É, em acordo com Nietzsche (1987), a moda ou os modismos.

Todavia, se se for capaz de suspender o juízo moral², que essa concepção impõe, será possível ver que nem psíquica, nem biologicamente o humano permanece exatamente idêntico a si mesmo, seja do ponto de vista filogenético ou do ontogenético. Corpo e alma sofrem diferenciações ao longo da existência e da história: não temos exatamente o mesmo corpo de outrora, nem as mesmas idéias, nem os mesmos desejos, nem os mesmos sonhos... e eles não mudaram apenas de aparência, mas também de natureza, e de maneira dinâmica e descontínua. Em síntese, o humano se define e se molda processualmente.

2. Moral porque submetido ao conjunto preexistente de normas e valores sociais, com os quais os indivíduos se orientam na vida comum.

Se for assim, os processos de diferenciação, pelos quais o humano passa e nos quais se constitui, apontam para a impossibilidade de unificação, ao menos em termos de uma unidade individual fechada sobre si mesma. Ao contrário, a processualidade não cessa de nos fazer um *sempre-outro* (Deleuze, 1992); as formalizações – subjetivas e objetivas – que inventamos são desacelerações dos processos vitais, aliás, absolutamente necessárias à vida, em especial à vida humana, pois sem elas não existiriam a forma homem, nem conhecimentos, sociedades, etc.

Porém, igualmente indispensáveis são as desestabilizações e transformações a que estamos sujeitos – em maior ou menor grau, dependendo da época e das circunstâncias individuais e coletivas –, sem o que permaneceríamos idênticos a nós mesmos, numa eterna permanência do mesmo. Se apenas reedita-se uma suposta condição ou essência original, não há criação possível e, por consequência, também não pode haver ciência, arte, filosofia... na verdade é a vida, ela mesma, que perderia suas condições de possibilidade, pois até os ciclos vitais (nascimento, vida e morte) seriam inviáveis, na medida em que também eles dependem de mudanças substantivas, tanto no que chamamos biológico, quanto – no caso do humano – no que designamos por psíquico.

Na fonoaudiologia, essa percepção permite ver, por exemplo, que do mesmo modo que os signos (material psíquico por excelência) incorporam o biológico, eles se encarnam *no* corpo, como faces ou registros de um mesmo sistema processual. O corpo contrai os signos (materiais e imateriais) nas relações que estabelece com o mundo, deles se apropria anatômica, fisiológica e metabolicamente, mas não necessariamente sem estranhamento, sem desassossego; daí também o medo que se sente todas as vezes em que algo, de fato, se transforma. É como se o chão faltasse, pois esmaece a suposta terra firma das convicções, sentimentos, valores...

A virulência, a intensidade das diferenças é o que provoca o medo de desorganizar-se, de sucumbir inevitavelmente. Trata-se da dificuldade – oriunda dos perfis subjetivos dominantes – em ver que os processos de diferenciação não são, necessariamente, o anúncio do fim, mas às vezes o seu contrário: expansão do “mundo” para além das formas dadas, naquilo que a consciência (serva do seu tempo) geralmente não pode ou não quer alcançar.

O dualismo psicofísico, assim como a idéia de essência fundadora (seja ela divina ou racional/biológica) e de sujeito unitário, entre outras ilusões, são uma espécie de logro que a modernidade se impôs como anestésico para a dor da finitude, da provisoriabilidade das formas nas quais nos reconhecemos: medo do desconhecido, do imprevisível, do acaso do encontro com o outro.

Neste sentido, é possível dizer que, no âmbito das relações entre as dimensões *objetiva* e *subjetiva*, mesmo que seja pertinente pensar na existência de muitos fenômenos e processos naturais independentes da espécie humana, não é possível separá-los do humano quando estão submetidos à sua ação e à sua reflexão, pois fora delas não podem ser tomados por objetos. Significa dizer que, enquanto objetos de estudo e intervenção, não são coisas em si. Ao contrário, sua existência é (re)produzida a partir do humano, por isso atravessada e hibridada por ele, ou seja, os objetos de estudo não estão disponíveis *in natura*, são construídos pela ação humana.

Na medida em que uma coisa é tocada pela “mão” do homem, ela é necessariamente implicada no humano, incorpora-se a seus contornos subjetivos: nas formas de pensar, de sentir, de desejar, etc. Dessa maneira, certos elementos presentes nos perfis subjetivos e no inconsciente das pessoas e grupos sociais também compõem os objetos que vão sendo criados e delimitados. Sendo assim, também os fenômenos e processos não/humanos só têm existência para a espécie humana quando, de algum modo, fazem composições com ela.

Depreenda-se daí que o humano também não é feito apenas e de uma vez por todas por características intrínsecas à espécie, antes por composições dinâmicas entre seus membros e destes com outros animais e com o meio ambiente. Estas combinações constroem o humano como processo de processos, forjado pelos objetos – materiais e imateriais – que constitui, como também pelos que destitui ao longo de sua história.

A subjetividade, como se pode ver, não seria só ou principalmente individual, tampouco apenas um conjunto de características psicológicas, discerníveis por uma operação moral da consciência individual. Por subjetividade, entenda-se então um conjunto de coordenadas na consciência, que articulam vetores sociais (políticos, culturais...) e idiosincrasias individuais no manejo das determinações e circunstâncias coletivas.

As subjetividades podem ser ditas então como contenções parciais e provisórias de situações e acontecimentos gerais e particulares, que se sobrepõem e convivem. Uma subjetividade capitalista, por exemplo, sobredetermina uma dada subjetividade feminina ou masculina; outra familiar e profissional e assim por diante. São resultantes de construções coletivas, que ganham contornos e expressões individuais.

No entanto, a constituição subjetiva, embora seja fortemente marcada por tais contenções, não se reduz a elas. O psiquismo tem outra faceta mais fundamental. Para além da atividade consciente e racional, há outras forças, que interferem e comandam, em grande medida, a construção – processual e dinâmica – do sujeito. Trata-se de forças implicadas no desejo, capazes de vazar a razão e de condicioná-la, pois

o desejo é um sistema aberto de signos, constituído à revelia de codificações ou formalizações preexistentes e a partir do qual são gerados fluxos de inconsciente. Sistema este produzido nas relações entre as pessoas e destas com as coisas, responsável pela potência humana de afetar e ser afetado pelo outro³. (Paula Souza, 2000, p. 2)

Nessa direção, a subjetividade é definida a partir de duas instâncias indissociáveis, mas também irreduzíveis: uma relativa à percepção e intervenção humanas conscientes (subjetividade), e outra que fende e transforma a primeira com intensidades e velocidades variáveis, de acordo com a quantidade e a qualidade de fatores interferentes nas experiências de um dado sujeito e/ou grupo social. Tal instância nasce de encontros entre os corpos, nos quais são produzidos efeitos que, algumas vezes, marcam e operam transformações irreversíveis na condição humana individual e coletiva. As subjetividades, como formalizações ou contenções parciais e provisórias, correspondem aos efeitos desse processo humano mais visceral e sutil, que tem o nome de inconsciente.

3. Sobre esta concepção de desejo ver, por exemplo, Deleuze e Parnet (1998) e Rolnik (1989).

Tais marcas diferenciadoras, que os processos de subjetivação ou inconsciente engendram, impregnam e pressionam as subjetividades, forçando-as a se abrirem para dar conta de elaborá-las. A incorporação e o processamento dessas marcas geram novas formalizações, redesenhando assim os perfis subjetivos.

A objetividade, por esta via, não demanda a exclusão do subjetivo ou sua exterioridade, antes corresponde a uma de suas vertentes de efetuação. À objetividade concerne a atividade cognitiva de discriminar e organizar sistematicamente aquilo que se apreende do mundo, digamos assim, natural e social. Entendida desta maneira, ela deriva dos atos e procedimentos metódicos e sistemáticos, quando eles são caracterizados pela suspensão dos julgamentos morais, isto é, pelo exercício de discriminar, na constituição de um objeto de conhecimento, aquilo que corresponde à atualização de preconceitos, valores, opiniões daquilo que se apresenta e pode ser demonstrado como diferente ou inédito na constituição, na exploração e/ou nos resultados do estudo de um dado objeto. Em síntese, a objetividade não exclui a dimensão subjetiva, diferentemente, nasce da plasticidade que as relações entre os planos da consciência e do inconsciente engendram, orientando-se pela intersecção entre eles, ou seja, por uma equação móvel entre razão e desejo.

Por fim, se forem aceitos estes novos parâmetros, será possível extrair deles uma implicação importante para a fonoaudiologia – como foi proposto no início do texto. A saber: quando dicotomiza objetivo/subjetivo e orgânico/psíquico, a fonoaudiologia pode, na melhor das hipóteses, inventariar aspectos superficiais e aparentes, sendo que sua intervenção estará limitada à condição formal da produção de conhecimento, que é a de remeter àquilo que foi inventariado às grades explicativas/operativas previamente dadas, sejam elas centradas no orgânico ou no simbólico/psíquico, pouco importa. O fato relevante é que tais cisões deixam escapar aspectos fundamentais: o caráter imanente do psiquismo ou sua constituição no corpo; o sentido processual do humano ou sua *não* essencialização; e a condição humana de definir-se *na* e *pela* alteridade, ou seja, pelo acaso do encontro com o outro (todos os outros).

Seja como for, em que pesem os hábitos, tradições e valores agarrados ao que se supõe conhecer e controlar, o humano (aí incluídos os fonoaudiólogos) vai continuar, em alguma medida, a se engendrar, a desmanchar e a (re)germinar

por todo o tempo que invente e perdue; ele vai se transmutar, retornando como diferença, indistintamente na carne e nos signos, uma vez que estes são instâncias da mesma coisa: a condição humana. Porém, é bom lembrar que, quando aqui se fala em diferença, trata-se daquelas que fazem diferença e não apenas de nuances formais. Diferenças que emergem das circunstâncias e dos momentos em que a existência é vivida como obra de arte (Foucault, 1985), tanto por meio de linhas de resistência aos saberes, ilusões e poderes totalizantes, quanto pela criação de novos sentidos e formas de viver. Numa última expressão – na posteridade de Spinoza: *paixões alegres*.

Resumo

Com o objetivo de subsidiar o trabalho clínico e de pesquisa em terapia da linguagem, este artigo discute a dicotomia entre objetividade e subjetividade, apontando para uma concepção na qual estas noções não se excluem, ao contrário, correspondem a dimensões dependentes e que se complementam nos processos humanos.

Palavras-chave: *objetividade, subjetividade, método clínico.*

Abstract

With the purpose of subsidizing the clinical work and research in language therapy, this article discusses the dichotomy between objectivity and subjectivity, pointing to a conception in which these notions do not exclude one another; on the contrary, they correspond to dependent dimensions that complement one another in the human processes.

Key-words: *objectivity, subjectivity, clinical method.*

Resumen

Con el objetivo de subsidiar el trabajo clínico y de investigación en terapia del lenguaje, este artículo discute la dicotomía entre objetividad y subjetividad

y apunta hacia una concepción en la que estas nociones no se excluyen, al contrario, corresponden a dimensiones dependientes y que se complementan en los procesos humanos.

Palabras claves: objetividad, subjetividad, método clínico.

Referências bibliográficas

- DELEUZE, G. (1992). *Conversações*. Rio de Janeiro, 34 Letras.
- DELEUZE, G. e PARNET, C. (1998). *Diálogos*. Trad. Eloisa Araújo Ribeiro. São Paulo, Escuta.
- FOUCAULT, M. (1985). *História da sexualidade: o cuidado de si*. Vol. 3. Rio de Janeiro, Iluminuras.
- KANT, I. (1987). *Crítica da razão pura*. São Paulo, Nova Cultural (Col. Os Pensadores).
- NIETZSCHE, F. (1987). *Obras incompletas*. Seleção de textos de Gérard Lebrun. São Paulo, Nova Cultural (Col. Os Pensadores).
- PAULA SOUZA, L. A. de (2000). *Da gagueira entre o medo e o desejo*. São Paulo, PUC-SP, Faculdade de Fonoaudiologia (mimeo).
- ROLNIK, S. (1989). *Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo*. São Paulo, Estação Liberdade.

Recebido em ago/00; aprovado em set/00



A SINGULARIDADE E O TRABALHO CLÍNICO TERAPÊUTICO

*Suzana Magalhães Maia**

*Não sei se o que me oprime o coração – se é a minha alma
que deseja sair para fora, ou a alma do mundo batendo
em meu coração para entrar.*

Rabrinanath Tagore
poema 168

Nesse artigo tenho a intenção de compartilhar com o leitor o caminho que venho percorrendo com meus pacientes, no qual a subjetividade humana é vista como constitutiva e reveladora do *self*¹. Expressa as concepções que a pessoa tem sobre a vida, os sentidos que atribui ao fato de pertencer ao mundo, as marcas etno-culturais que carrega.

* Psicanalista, professora titular da PUC-SP.

1 *Self* é utilizado aqui no sentido que Safra atribui ao termo, significando “uma organização dinâmica que possibilita um indivíduo a ser uma pessoa e ser ele mesmo. Trata-se de uma organização que acontece dentro do processo maturacional com a facilitação de um meio ambiente humano”. Para maior aprofundamento vide Safra, Gilberto, *A face estética do Self – Teoria e clínica*. São Paulo, Unimarco Editora, 1999.

Ainda que sejam psicanalistas, os autores que discutem esta questão, como Donald Winnicott, Marion Milner e Gilberto Safra, tanto na perspectiva clínica, como na perspectiva teórica e sendo deste lugar que relato minha experiência, tenho encontrado inspiração também em autores que valorizam a cultura do cotidiano, tais como Ecléa Bosi, no livro *Memória e Sociedade*, e Paulo de Salles Oliveira, em *Vidas compartilhadas – Cultura e co-educação de gerações na vida cotidiana*. Assim, acredito que o trabalho fonoaudiológico, como trabalho de natureza clínico-terapêutica, possa se beneficiar com esta perspectiva, uma vez que o reconhecimento da singularidade do paciente é a condição fundamental para que um processo de transformação possa ser colocado em marcha.

A história de uma de minhas pacientes ilustra esta questão. Paula tinha 9 anos quando a conheci. Estava chegando com sua família de uma outra cidade, tendo sido encaminhada para uma avaliação por uma fonoaudióloga que acreditava ter a menina mais do que um retardo de linguagem. Não falava, não conseguia freqüentar escola regular, apresentava um problema crônico de ecoprese, que a fazia sofrer muito, permanecendo às vezes mais de uma semana sem evacuar. A mãe contava que havia nascido bem, mas que, assim que começou a amamentá-la em casa, precisou retornar ao hospital pois seus pontos infeccionaram, e Paula ficou alguns dias sendo amamentada por outras mulheres, que haviam tido filho na mesma época. Segundo a percepção da mãe, isto não provocou danos na menina, até que ela engravidou novamente e o bebê nasceu quando Paula começava a andar, falar e controlar os esfíncteres. A partir daí, regrediu violentamente, comportando-se como um bebê. A fisioterapia e a terapia ocupacional auxiliaram na retomada de seu desenvolvimento motor, mas nada mais verbalizou, e a ecoprese se manifestou e se cronificou.

Neste ponto da história, é importante identificar que a idéia de *trauma* organizou a percepção da família e as condutas terapêuticas que foram tomadas, pois o entendimento foi de que um episódio significativo havia interrompido o curso normal do desenvolvimento da menina. Trabalhos que tivessem a finalidade de estimular as funções alteradas ou interrompidas foram buscados, fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudiologia, com resultados relativos. Aqui, constatamos que a idéia do trauma impediu que se pudesse investigar de que maneiras a subjetividade da menina foi se esgarçando, pois ela perdeu a mãe duas vezes em

seu desenvolvimento. A primeira, logo a após o nascimento. A mãe é internada e Paula é amamentada por mulheres diferentes. Ao lidar com objetos diversos, torna-se difícil para a criança desenvolver o senso de continuidade. O fato de a mãe apresentar o seio no momento em que a criança sente necessidade possibilita que o bebê experimente o gesto que cria o seio e possibilita Paula desenvolver-se física e psicologicamente. Ainda assim, Paula sobrevive. No entanto, o nascimento do irmão, meses depois, faz com que ela perca a mãe como referência pela segunda vez, não mais conseguindo se organizar, nem criar uma identidade própria.

Fiquei curiosa em investigar como a menina lidou com estas rupturas, que efeitos elas produziram e de que maneira tentou se defender para sobreviver. Tivemos, então, quatro encontros iniciais que se configuraram como consultas terapêuticas², com a finalidade de propiciar condições para que ela comunicasse suas questões fundamentais e assim poder sugerir qual o trabalho que viria ao encontro de suas necessidades.

O primeiro encontro...

Em nosso primeiro encontro, Paula passa todo o tempo explorando o ambiente, no início dirigindo-se a uma casinha de madeira, pegando aleatoriamente os objetos e mostrando para mim. Faz a mesma coisa com um baú de brinquedos. Ela me percebe, há uma comunicação primitiva, mas a familiaridade que denota não é comigo, não parece ser como uma pessoa. Deseja se comunicar com um objeto, não importando quem seja. Suas ações não são expressivas, não se constituindo em jogos que expressem subjetividade. Sua atividade é pouco humani-

2. Consulta terapêutica está sendo utilizada aqui no sentido que Winnicott atribuiu ao termo, referente a um trabalho que desenhei com crianças de um hospital psiquiátrico, em que visava propiciar condições para que a criança comunicasse a ele suas questões fundamentais. Para isto, qualquer meio era válido, e, neste contexto, passou a usar o jogo de rabisco, uma técnica de desenho compartilhado em que muitas vezes a criança se surpreendia com suas comunicações. Para maior aprofundamento, vide Winnicott, D. *Therapeutic consultations in child psychiatry*. London, The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis, 1971.

zada, e vou pensando que ela não viveu a experiência da presença do outro para ajudá-la a se constituir. Neste primeiro contato, participo mais com minha presença, meu corpo e meu gesto, do que com palavras.

O segundo encontro...

Traz flores para mim, vamos arrumá-las em um vasinho, mas logo se desinteressa. Pede bolachas, levamos para a sala e ela come vorazmente, sem compartilhar. Proponho que façamos o jogo de rabiscos e ela elege um dragão que tem na sala como objeto a ser desenhado, voltando a configurá-lo quando vai brincar com a massinha. O dragão parece dar contornos a ela. O animal tem vitalidade, pode dar-lhe um corpo psíquico, animal, pré-anunciando sua possibilidade de constituir um objeto subjetivo, que ainda não se configura como tal por não representar alguém.

No fim desta sessão, explorando a casinha e os bonecos cujas ações não são interligadas, faz um primeiro esboço de jogo simbólico, pois quando lhe digo está na hora de terminar, põe todos os bonecos virados de cabeça para baixo, mostrando pesar por nossa separação.

O terceiro encontro...

Nesta sessão, coloco os bonecos na mesma posição que Paula havia deixado, mas ela não percebe imediatamente. Traz flores que deixa na mesa, mas agora vem também com uma bonequinha que leva de pronto para a casa de madeira. A bonequinha mostra a sua intenção, uma possibilidade de comunicação comigo. Paula pressente que ali é um lugar que pode acolhê-la, um lugar onde pode experimentar o gesto da possibilidade humana; pressente também a possibilidade de se tornar vulnerável, mas ainda não sabe o grau de confiabilidade que pode ter. Vou emoldurando o seu gesto, comentando o que ela vai fazendo com a bonequinha, e, aos poucos, vai se sentindo compreendida, acordando finalmente os bonecos que estavam dormindo para a vida, para estabelecer contato com a bonequinha que trouxera. Há um início de integração, vai alinhavando um comportamento e uma situação com outra. Os bonecos brincam, comem, dormem,

a cena vai ganhando unidade. Neste momento, começa a se contorcer colocando as mãos na barriga, em momento de dissociação. Pergunto se quer ir ao banheiro, abro a porta e ela desce a escada, sentando em um degrau, sem chamar a mãe. Seu sofrimento é o retrato do desamparo, pois não tem esperança de encontrar ajuda. Sento-me ao seu lado na mesma posição, funcionando como espelho, possibilitando que ela veja em mim o que está acontecendo com ela. Minha intervenção não é interpretativa, mas sim *localizadora*, vou descrevendo o que está ocorrendo e o que pode acontecer no futuro, com muito cuidado para não invadi-la. Pergunto se quer que eu chame a mãe para levá-la ao banheiro, pois percebo que eu ainda sou o risco que ela não pode correr. Paula aceita, volto para minha sala e aguardo. Depois de um bom tempo, ela volta, pega sua bonequinha e se despede de mim de uma tal maneira que eu penso que nosso encontro é só uma questão de tempo.

O quarto encontro...

Paula aparece com muitos bonecos que vou convidando para conhecer a casinha e os bonecos que lá estão, deixando-a muito feliz. Vai pegar bolachas, estende um paninho no chão e faz questão que eu coma também. Vai até o armário, pega um brinquedo cuja finalidade principal é o estabelecimento da mutualidade: ora eu pego a pecinha, ora ela. Digo que vou lhe dar um presente e faço um desenho de um adulto e uma criança, que ela logo aponta como sendo nós duas. Digo que vou cuidar dela, que ela virá outras vezes e coloco o desenho em uma caixinha para ela levar, funcionando como um objeto transicional. Faz um desenho para mim e vai embora feliz.

Concluindo...

A história de Paula permitiu ilustrar que não era ainda de uma intervenção especializada que a menina necessitava, mas antes de uma pessoa que pudesse sustentá-la em seu processo de humanização, para que, ganhando confiança em si e no outro, favorecesse a possibilidade de seu desabrochar.

Discutindo com todos os profissionais que a atendiam, concordamos que este trabalho inicial e básico seria feito, sendo que oito meses depois ela continua em análise comigo. Entrou em uma escola em período integral e iniciou terapia fonoaudiológica, já que, rudimentarmente, tem a possibilidade de *ser com o outro*.

Penso que uma grande contribuição que uma certa dimensão da psicanálise pode oferecer ao fonoaudiólogo é intrigá-lo na questão dos enigmas humanos, pois compreendê-los é condição determinante para que o trabalho terapêutico se estruture na singularidade do paciente.

Resumo

Este artigo trata da singularidade que todo trabalho clínico terapêutico possui, à medida que se configura como um espaço onde o self pode ser revelado. A partir do relato de um caso de uma criança em atendimento psicanalítico, o texto destaca os caminhos pelos quais sua subjetividade vai revelando-se, expressando a necessidade de vivenciar, com o outro, uma experiência humana que lhe possibilite ser uma pessoa e ser ela mesma. Destaca, também, a importância desta percepção, pois trabalhos clínico-terapêuticos de diferentes origens podem ser propostos. A ausência de linguagem e a pressão social para que esta emerja podem levar a um trabalho centrado na alteridade, no qual a menina adquire e desenvolve linguagem em presença do outro. A autora discute, por meio do caso clínico apresentado, que a necessidade da paciente era mais básica: precisava viver a fusão com um outro ser humano para dele poder se diferenciar e, assim, criar condições para o desenvolvimento de relações intersíquicas, base fundamental para que a linguagem se estruture e o trabalho fonoaudiológico possa florescer.

Palavras-chave: *subjetividade, clínica, psicanálise.*

Abstract

This article approaches the singularity associated with every clinical-therapeutic work, as it represents an environment where the self can be revealed. Based on the case report of a child under psychoanalytical treatment,

the article points the ways through which the child's subjectivity progressively surfaces, expressing the need to live with the other a human experience that allows her to be a person and to be herself. It also highlights the importance of this perception, since clinical-therapeutic approaches of different origins can be proposed. The absence of language and the social pressure for it to emerge can lead to a type of work that is centred on alterity, where the children acquires and develops language in the presence of the other. The author proposes, by means of the clinical work presented, that the patient's need was more basic: she needed to experience a fusion with another human being in order to be able to distinguish herself from the other. This would create the conditions for the development of inter-psyche relations, which represent the basis through which language will be structured and the speech and language therapy can be developed.

Key-words: subjectivity, clinic and psychoanalysis.

Resumen

Este artículo trata de la singularidad que todo trabajo clínico terapéutico tiene, mientras se constituye como un espacio donde el self puede revelarse. Por medio del relato del caso de un niño en atención clínica la autora destaca los caminos por donde la subjetividad se va revelando, expresando la necesidad de vivenciar, con el otro, una experiencia humana que posibilite al niño ser una persona y ser el mismo. La autora destaca la importancia de esta concepción, toda vez que trabajos clínico-terapéuticos de diferentes orígenes pueden ser propuestos. La ausencia del lenguaje y la presión social para que éste se muestre, pueden llevar a un trabajo centrado en la alteridad, en e que el niño adquiere y desarrolla el lenguaje en presencia de otro. Por medio del caso clínico, la autora objeta que la necesidad de la paciente era muy básica: necesitaba vivir la fusión con otro ser humano para poder diferenciarse de él y de ese modo crear condiciones para el desarrollo de relaciones interpélicas, base fundamental para que el lenguaje se estructure y pueda florecer el trabajo fonoaudiológico.

Palabras claves: subjetividad, clínica, psicanálise.

Referências bibliográficas

- BOSI, E. (1983). *Memória e sociedade – Lembranças de velhos*. 2 ed. São Paulo, T. A. Queiroz.
- MELTZER, D. (1995). *A apreensão do belo*. Rio de Janeiro, Imago.
- MILNER, M. (1987). *The suppressed madness of sane man*. London/New York, Tavstok.
- OLIVEIRA, P. de S. (1998). *Vidas compartilhadas – Cultura e co-educação de gerações na vida cotidiana*. São Paulo, Hucitec/Fapesp.
- SAFRA, G. (1999). *A face estética do self – Teoria e clínica*. São Paulo, Unimarco.
- WINNICOTT, D. (1971). *Therapeutic consultations in child psychiatry*. London, The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.

Recebido em ago/00; aprovado em set/00



CRIAÇÃO-DESCONSTRUÇÃO-RECRIAÇÃO: APONTAMENTOS PARA UMA CLÍNICA DO SUJEITO

*Maria Consuelo Passos**

Partimos do princípio de que o processo de desenvolvimento humano, por si, pressupõe criatividade, no sentido em que ele se faz a partir de múltiplas criações. Inicialmente, o casal “cria/projeta” um filho, depois a relação mãe-bebê “cria” uma mãe e um bebê e, com base nessa criação primária, o ser humano cria e recria permanentemente sua vida. O desenvolvimento humano e a criatividade estão intrinsecamente relacionados, o que se revela desde os rudimentos da expressão humana, quando o bebê toma o seio da mãe como criação sua, e a mãe, por sua vez, se faz cúmplice nessa criação. Esta ilusão do bebê, de que criou o objeto-seio, tornar-se-á fonte viva para o desenvolvimento do seu potencial criativo.

Isto, no sentido da criação de si próprio e, paulatinamente, da criação de um mundo que está aí para ser criado e não simplesmente reproduzido. Uma criatividade cujas expressões se revelam por vários sentidos da existência humana,

* Professora da PUC-SP e da Universidade São Marcos.

desde as ações mais simples às produções mais complexas. Assim, a possibilidade de criar-se a si mesmo é a grande fonte da qual o indivíduo obtém inspiração para produzir obras, trabalhos artísticos e intelectuais, todos, em última análise, reflexos e projeções de si mesmo. É, portanto, a partir dessa fonte que o indivíduo constitui sua estética no mundo, sua forma de expressão, sua singularidade.

A profunda sensibilidade de Winnicott revelou o quanto há de simplicidade na estética da vida cotidiana da mãe com seu bebê. Dizia ele que é por meio de uma relação essencialmente sensorial que a mãe decifra para seu bebê os primeiros sentidos da vida. É pela cadência dos movimentos ritmados das mamadas, dos pequenos e grandes toques, das trocas sutis de olhares vividos na aparente banalidade do cotidiano, que o bebê vai pouco a pouco se humanizando. Para Meltzer (1995):

Não há flor ou pássaro, por mais chamativa que seja sua coloração ou plumagem, que possa nos impor o mistério da experiência estética como a visão de uma jovem mãe amamentando seu bebê. Adentramos a um berçário como se penetrássemos em uma catedral ou nas florestas do Pacífico, pé ante pé, tirando o chapéu.

Assim, o desenvolvimento da criatividade humana parece emanar do grande mistério vivido nos primórdios da relação mãe-bebê, mistério que se desvela a partir do potencial que tem o bebê para se humanizar e a mãe para “sustentar” sua humanização. Mas, de onde provém esse potencial? Seria esse mistério absolutamente indecifrável, suas forças inomináveis? Em parte, creio que sim: o humano por natureza parece conter algo de imponderável, embora haja também muito de cognoscível na experiência humana. É o que nos mostra, por exemplo, a psicanálise.

Segundo Winnicott, esse potencial do bebê advém de uma herança que, ancorada num ambiente representado pela mãe, poderá se desenvolver favoravelmente, dependendo da qualidade da herança bem como da maternagem que lhe for oferecida. Essa maternagem significa que a mãe precisa se oferecer para o seu bebê como apoio no qual ele encontrará recursos para existir. A criação da imagem desse bebê pela mãe indica que ela o reconhece e, ao reconhecê-lo,

permite que o mesmo se reconheça. Em outros termos, dizia Melanie Klein (1995), a respeito da imagem que a criança faz do objeto materno: “ela me ama e me autoriza a me amar, para ela poder amar a si mesma” .

Dessas enunciações introdutórias, podemos já retirar uma noção, que seguirá norteando essas reflexões. É por meio da constituição do vínculo primário mãe-bebê que o ser humano exercita pela primeira vez sua criatividade, ao mesmo tempo em que descobre também sua capacidade para a destruição. Assim, à medida que o bebê concebe sua mãe, ele adquire os rudimentos da experiência incomensurável que é conceber/criar os objetos do mundo, simbolizá-los, experiência que lhe permitirá seguir progressivamente, desenvolvendo seu psiquismo e expandindo sua mente.

A expansão da mente pressupõe, portanto, um movimento dialético no qual se vivencia a criatividade/construtividade e a destrutividade como pólos antagônicos constitutivos de uma mesma linha de continuidade. Mas é preciso explicitar qual o sentido que atribuímos à destruição, e, para isso, recorreremos mais uma vez a Winnicott, que revela um valor positivo existente na destrutividade. Para esse autor (1993), “a destrutividade, acrescida da sobrevivência do objeto à destruição, coloca o objeto fora da área dos objetos criados pelos mecanismos mentais projetivos do sujeito”.

Isto significa dizer que a destruição do objeto permitirá ao sujeito adentrar numa realidade partilhada por meio de uma “substância outra-que-não eu”, o que possibilita um enriquecimento do sujeito. Tudo isso dependerá da maneira como este sujeito fará uso dos objetos à sua disposição, que, por sua vez, decorre do modo como vivenciou o objeto materno, matriz que estará sempre implicada nas suas relações objetais futuras.

Winnicott revela um sentido estético que pode ser atribuído à destruição, diz ele (1983), “... é muito difícil um homem morrer quando não teve um filho para matá-lo na fantasia e poder sobreviver a ele, proporcionando assim a única continuidade que os homens conhecem”.

Matá-lo na fantasia significa ressignificá-lo, recriá-lo de um modo em que ambos, pai e filho, se apropriem de suas funções diferenciadamente, desenvolvendo um vínculo sem imposição da dependência.

Com base nesse princípio, segundo o qual a criatividade e a destrutividade não se eliminam reciprocamente, mas se constituem como posições complementares no desenvolvimento humano, podemos prosseguir examinando as diferentes maneiras em que essas posições se revelam ao longo da vida.

Se nos detivermos nos momentos iniciais da infância, veremos como a relação diádica mãe-bebê necessita, num certo momento, de um afrouxamento para que um terceiro elemento (o pai) possa progressivamente assumir o seu lugar. Nesse caso, está em jogo a destruição salutar de uma díade, cujo sentido primário de configuração vincular perde sua força para dar lugar à triangulação necessária para a expansão do psiquismo da criança. Assim, destrói-se a díade e cria-se/amplia-se uma nova modalidade vincular, por meio da qual é possível o desenvolvimento de muitas das funções psíquicas da criança.

Em outros termos, a inserção do pai na relação mãe-bebê introduz, em certa medida, a falência da relação simbiótica vivida até então por esse par. A falência/morte/destruição dessa díade promove, por seu turno, a criação de uma nova experiência na criança, enriquece seus recursos simbólicos de diferenciação, de identificação e, conseqüentemente, de formação de novos vínculos.

A relação triangular vivida no complexo de Édipo é também exemplar nesse sentido. Nela, a criança, interdita pelo tabu do incesto, abandona um parceiro e inventa/cria um novo tipo de relação, por meio da qual se insere no mundo da cultura. E é nesse movimento de inserção que fará a aquisição das suas próprias leis.

Ultrapassada essa fase, a criança viverá um período intermediário, conhecido como latência, no qual ela procura ordenar as experiências e as aquisições feitas até então, ao mesmo tempo em que adquire, gradualmente, forças para novos investimentos/desinvestimentos.

Penso que é no movimento seguinte, ou seja, na fase da adolescência que a dialética criatividade/destrutividade se expressará de forma mais contundente. A adolescência eleva o sentido de transicionalidade à sua máxima potência, na medida em que o indivíduo se situa entre dois universos – da infância e da vida adulta – necessitando perder/destruir significações da infância, para criar e resignificar seus afetos, vínculos, representações, sua sexualidade, idéias, etc., com os quais se inserirá na vida adulta.

É por meio desse ritual de passagem vivido pelo adolescente que se materializam muitos comportamentos tidos como destrutivos, agressivos, transgressores e rebeldes.

Tudo isso é verdade, embora tenhamos que compreendê-los como normais e inerentes a um processo de constituição de novas imagens do mundo, que o indivíduo adolescente precisa viver para elaborar suas perdas. Na família, isso se revela nitidamente, uma vez que se torna imperativo agora a constituição de uma nova imagem de si consubstanciada a partir de certa autonomia em relação aos pais, o que evidentemente demanda também novas representações desses pais. Nesse processo, a criatividade e a destrutividade andam lado a lado como recursos indispensáveis à constituição da identidade adulta.

Conseqüência dessa demanda por uma recriação dos pais é a inserção do adolescente em grupos de iguais, grupos estes que atuam como facilitadores na elaboração dos conflitos vividos por ele, na medida em que permite, por identificações projetivas, uma ampliação da imagem de si e, desta forma, um reconhecimento de si que lhe permitirá seguir constituindo transformações na sua identidade.

O movimento de inserção do adolescente na vida adulta pressupõe, assim, novas criações. Nesse movimento, o indivíduo desenvolve uma nova estética, da qual fazem parte funções e papéis cujas origens se encontram nas relações parentais primárias. Na maturidade, os papéis multiplicam-se de modo que, no cotidiano, o indivíduo é solicitado a representar várias personagens, cada uma delas com facetas muito próprias. Assim, ora o adulto exerce o papel de pai, ora de filho, ora de esposo/esposa, empregado ou empregador, enfim... há sempre algo novo pedindo para ser criado e algo velho pedindo para ser destruído e recriado.

Ainda outro dia, encontrei um panfleto de autor desconhecido, que diz muito bem da sabedoria popular reveladora desses deslocamentos de sentidos. O título é: "O que o filho pensa do pai", e segue assim:

Aos sete anos: papai é um sábio, sabe de tudo. Aos quatorze anos: papai se engana naquilo que diz. Aos vinte anos: papai está atrasado, suas teorias não são desta época. Aos vinte e cinco anos: O "velho" não sabe nada... Está caducando decididamente. Aos trinta e cinco anos: Com a minha experiência meu pai nesta idade seria um milionário. Aos quarenta e cinco anos: não sei se consulto o "velho" neste assunto,

talvez me pudesse aconselhar. Aos cinquenta e cinco anos: que pena ter morrido o “velho”; a verdade é que tinha umas idéias e umas clarividências notáveis... Aos sessenta anos: pobre papai... era um sábio... como lastimo tê-lo compreendido tão tarde.

Embora refletido aqui de maneira muito simples, é preciso ressaltar que esses deslocamentos expressam em seu subtexto uma rede muito complexa que contém entrecruzamentos de representações, fantasmas, idéias e pensamentos constitutivos da subjetividade e das relações do sujeito com o mundo.

Creio ter chegado o momento de nos perguntarmos sobre uma outra possibilidade de leitura para a questão da destrutividade. Afinal, nada mais emergente em “tempos de cólera” do que o sem sentido e a banalização desmedida da violência e da destrutividade. Vivemos a “era do vazio”, segundo Lipovetsky (1983), a era em que

o tempo presta-se menos à devoção pelo outro do que à realização e transformação de si próprio, como afirmam, cada um na sua linguagem e em graus diversos, os movimentos ecológicos, o feminismo, a cultura *psi*, a educação *cool* das crianças, a moda “prática”, o trabalho intermitente ou o tempo parcial.

A “era do vazio” parece então significar a era do desencontro, da banalização, da indiferença.

Penso que essas breves asserções inspiradas em Lipovetsky são, por natureza, reveladoras de um sentido que tem tornado a violência e a destrutividade como imperativos do mundo atual.

Se os pais não têm encontrado alimentos psíquicos nas suas relações afetivas e se vivem um empobrecimento das suas possibilidades de exercício dos investimentos emocionais, certamente estão tendo dificuldades em exercerem uma continência em relação às demandas dos seus filhos. Tudo isto está implicado no potencial desses filhos para elaboração dos seus projetos de vida.

Assim, quanto mais se fragilizam os vínculos entre os indivíduos, mais se rompe e corrompe a cadeia de sentidos, na qual a aparente antinomia criatividade/destrutividade se coloca a serviço de uma expansão do mundo interno do sujeito.

Esses breves apontamentos para uma clínica do sujeito impõem ao clínico uma escuta que vai além dos sentidos manifestos em um sintoma. Pressupõe,

sobretudo, uma ampliação das possibilidades do terapeuta para apreender o sujeito e as contingências que o cercam. Destacam-se aí os dispositivos clínicos que permitem a apreensão das nuances que compõem a dinâmica de transformação do paciente. Transformações que se revelam não apenas na manifestação sintomática, mas principalmente na inserção do sujeito no mundo das relações.

Essas colocações devem também sugerir ao clínico o uso de sua dimensão estética – entendida no sentido em que preconiza a expressão humana da criatividade – constituída em suas relações no/com o mundo.

Para concluir, trago mais uma vez o pensamento de Lipovetsky:

Por que não posso amar e vibrar? Desolação de Narciso, demasiado bem programado na sua absorção em si próprio para poder ser afetado pelo outro, para sair de si – e, no entanto, insuficientemente programado, pois que deseja ainda um mundo relacional afetivo.

Tomara que possamos conseguir retomar um projeto de humanização, no qual a destruição possa vir a ser apenas uma metáfora necessária à criação de novos sentidos para a vida.

Resumo

Este trabalho pretende contribuir com algumas reflexões para o processo de criação-desconstrução-recriação, inerente ao desenvolvimento humano e suas repercussões numa clínica que privilegie a constituição do sujeito em sua dupla inserção: simbólica e social.

O eixo gira em torno dos deslocamentos vividos desde a infância, permitindo ao sujeito seguir transformando, em seu universo simbólico, suas posições e seus lugares, tanto na família quanto nos demais espaços sociais.

Esses deslocamentos pressupõem um interesse do sujeito no sentido de construir sua autonomia por meio de rupturas do já vivido/experimentado em direção ao não vivido, ao inominável. Em última instância, ao imponderável da existência humana.

Palavras-chave: *criação, desconstrução, recriação, sujeito.*

Abstract

The objective of this paper is to propose some reflections on the creation-deconstruction-recreation process. This process, intrinsic to human development, has repercussions on the constitution of the subject in her symbolic and social insertion. Revolving around displacements that she has lived since childhood, the subject is permitted to transform, in her symbolic universe, her positions and places, both in her family and in other social spaces. These displacements presuppose an investment by the subject in the sense of constituting her autonomy by means of ruptures in what was already lived/experienced in the past towards the non-lived, non-named, and culminating in the imponderable aspects of human existence.

Key-words: *creation, deconstruction, recreation, subject.*

Resumen

Este trabajo pretende contribuir con algunas reflexiones al proceso de creación – deconstrucción – recreación inherente al desarrollo humano y sus repercusiones para una clínica que privilegie la constitución del sujeto en su dupla inserción: simbólica y social. Su eje se mueve alrededor de los dislocamientos vividos desde la infancia, permitiendo al sujeto seguir transformando, en su universo simbólico, sus posiciones y lugares tanto en la familia como en los demás espacios sociales. Esos dislocamientos presuponen un interés del sujeto en construir su autonomía por medio de rupturas con lo ya vivido / experimentado en dirección a lo no vivido, al innominable, en última instancia, a lo imponderable de la existencia humana. Esas ideas se circunscriben a una clínica que se vuelve al desarrollo de la autonomía del sujeto, lo que demanda necesariamente una recreación del escenario clínico.

Palabras claves: *creación, deconstrucción, recreación, sujeto.*

Referências bibliográficas

- KLEIN, M. e colaboradores (1985). *Développements en psychanalyse*. Paris, PUF.
- LIPOVETSKY, G. (1983). *A era do vazio*. Lisboa, Relógio d'Água.
- MELTZER, D. e Williams, M. H. (1995). *A apreensão do belo*. Rio de Janeiro, Imago.
- WINNICOTT, D. W. (1983). *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre, Artes Médicas.
- _____. (1993). *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro, Francisco Alves.

Recebido em ago/00; aprovado em set/00



CLÍNICA, LINGUAGEM E SUBJETIVIDADE

*Christian Ingo Lenz Dunker**

Os elementos da clínica clássica

O surgimento da clínica moderna, no final do século XVIII, correspondeu a uma composição de práticas, discursos e dispositivos bastante heterogêneos. Ela não se formou em torno de um objeto comum, o corpo e suas afecções, mas em resposta a demandas cuja raiz de legitimação social derivava do sistema jurídico, moral e religioso, por um lado, e dos saberes empíricos, institucionais e teóricos da medicina por outro.

Admitindo-se a tese de Foucault (1987), a invenção da clínica se prende à invenção de um olhar. Um olhar purificado, regulado e administrado por uma série de operações das quais este seria apenas um reflexo, um espelho. Clicinar

* Psicanalista, professor do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade São Marcos.

é dobrar-se, inclinar-se diante do leito do paciente e interpretar os sinais significativos de seu corpo. Em outras palavras, aplicar sobre este corpo um determinado olhar e derivar deste olhar um conjunto de operações.

Tais operações dividem-se, basicamente, em procedimentos classificatórios e procedimentos ordenadores. Classificar significa aqui reconduzir as semelhanças que se repetem de modo a incluí-las em um conjunto ou classe. Ordenar, por sua vez, remete à descoberta das regras que presidem a articulação entre os diferentes tipos de sinais.

Podemos comparar o funcionamento articulado destas operações com a construção e a apropriação de uma espécie de linguagem. De um lado isolamos uma semântica, contendo o significado dos signos, traços, sintomas e quadros, segundo uma certa proximidade genealógica. Simultaneamente, é preciso estabelecer uma gramática, contendo as regras de composição e transformação das figuras patológicas, segundo uma ordem que permite antecipação e previsibilidade. A base desta gramática se divide entre os aspectos morfológicos, fornecidos pela anatomia e os aspectos fisiológicos, fornecidos pela físico-química da matéria viva.

Entende-se assim porque a raiz do projeto clínico moderno reside no estabelecimento de uma *semiologia*, isto é, uma classificação e organização dos signos, índices, sintomas e traços que devem se apresentar como diferenças significativas ao olhar clínico. Por exemplo, a febre, as alterações na coloração, na textura ou na forma de uma região do corpo são signos que se articulam de forma simultânea ou sucessiva e é esta articulação que deve ser captada pelo olhar clínico. Lembremos que o termo semiologia refere-se à ciência do signo (*semeion*) e que Saussure assim definia o campo de estudos sobre a linguagem, do qual a lingüística deveria fazer parte. Ao tomar a semiologia como fundamento, a clínica médica acaba por adotar, mesmo que indiretamente, uma certa concepção sobre a linguagem, circunscrita aos signos que lhe dizem respeito.

Tal concepção privilegia a relação entre os signos e o seu referente. Assim, tais signos se apresentam como mais puros e estáveis na medida em que possuam menos intermediários entre o olhar e o corpo. O que depende da fala do paciente, do relato de seus familiares ou da mera impressão do observador possui valor secundário e é fonte permanente de relativização do teor dos signos envolvidos

no processo mórbido. O clínico, neste sentido, ouve o paciente, mas não o escuta. Ouve na medida em que as informações que este lhe transmite possam ser co-tejadas com um referente fenomênico. O paciente atua assim como um informante daquilo que, por motivos técnicos, não pode ser diretamente visível. Tudo o que se afasta deste testemunho neutro dispersa e prejudica o trabalho clínico.

Deste ponto de vista, o signo na clínica clássica é aquele que procura excluir o sujeito, ou melhor, só é de fato signo quando seu sujeito é o discurso médico¹. A semiologia, matéria até hoje componente dos currículos básicos dos cursos de medicina, procura, no entanto, alcançar uma exatidão que a própria textura dos signos envolvidos impede. É nesta região de incerteza que se desenvolveram, na clínica clássica, o valor da experiência, o sentido da repetição e a força conferida ao saber prático e individualizado na figura do médico.

O instrumento de medida é pessoal e único. A avaliação subjetiva diminui a precisão. Quem pode quantificar a náusea ou a severidade da dor? Sintomas podem ser esquecidos, suprimidos ou amplificadas quando filtrados pela grade da personalidade. (Wyngharden, J. B. e Smith, L. H., 1985)

Na citação acima, extraída de um conhecido livro de referência da clínica médica, vemos como a personalidade (do paciente) e a subjetividade (do clínico) aparecem como fonte de imprecisão. Observe-se que a personalidade é considerada como uma *grade*, um *filtro*, que desvia e relativiza, dificultando o acesso purificado, e translúcido, ao que interessa saber. A avaliação só é subjetiva, pois o clínico deve interpretar, ponderar as diferenças de expressão de modo a reduzi-las a uma identidade.

A investigação deve redundar em um significado que se diagrama entre a saúde e a doença, entre o crônico e o agudo, entre o normal e o patológico. Signos que se deduzem da observação e estão sujeitos a um criterioso e exaustivo processo de descrição. Temos, portanto, um primeiro nível de apreensão que objetiva os signos no espaço visível do corpo.

O segundo elemento da estrutura da clínica clássica implica a capacidade de discernimento acerca do valor e da significação que um conjunto de signos

1. Ver a este respeito *A ordem médica* (Clavreul, 1983).

possui quando estes aparecem de forma simultânea ou sucessiva na particularidade de um caso. Caso refere-se, etimologicamente, a acontecimento, fato ou ocorrência. Seu contexto de uso deriva dos estudos sobre a gramática na Antiguidade, quando se procurava compreender as variedades e transformações que uma determinada partícula lingüística compreendia. Ora, na clínica clássica tal habilidade aparece na forma de uma *diagnóstica*, isto é, transposição do particular ao geral e na reunião de particulares para a constituição de uma nova generalidade. Aqui interessa a distinção entre o que é acessório ou contingente e o que é necessário ou determinado na formação do quadro. Tais agrupamentos e distinções supõem uma nosologia, ou seja, um sistema classificatório, relativamente estável, mas não invariante, das espécies e gêneros do patológico.

Neste sentido, o diagnóstico implica sempre uma comparação, uma eleição de diferenças significativas que permitem contraste ou congruência. O diagnóstico, neste sentido, é sempre diferencial, em uma dupla acepção: ele depende da apreciação conjunta da simultaneidade dos signos e da sua sucessão ao longo do tempo. A anamnese ou história da doença é um procedimento do segundo tipo, o exame clínico geral é um exemplo do primeiro. Vemos aqui que o diagnóstico introduz uma segunda forma de objetividade no dispositivo clínico, decorrente da indução, da regularidade e da generalização empírica. Isto implica certo grau probabilístico e expõe o diagnóstico ao caráter de uma decisão. É um ato prescrito no discurso clínico, mas que supõe o consenso e não a certeza como critério de legitimação.

Mas além de uma *semiologia* e de uma *diagnóstica*, a estrutura da clínica clássica supõe também uma teoria da causalidade ou uma concepção *etiológica*. Esta fornecerá subsídios para a organização de uma patologia fundada em princípios causais comuns, em uma nosologia orgânica e uma terapêutica centrada na correlação linear entre causas e efeitos. Vemos assim que tal concepção pode modificar tanto elementos semiológicos quanto estabelecer novas grades nosológicas e, conseqüentemente, diagnósticas. Muito contribuiu para a sedimentação desta perspectiva o paradigma estabelecido por Claude Bernard, no final do século XIX, que permitiu deduzir das modificações anátomo-patológicas as entidades clínicas. Entende-se desta maneira a importância assumida pela explicação do processo mórbido de determinadas doenças, que serviriam assim de paradigma

para um gênero de afecções semelhantes. O processo causal poderia ser transposto de uma a outra com relativa independência em relação ao quadro semiológico. A *etiologia*, como elemento da clínica clássica, introduz ainda um segundo nível de objetivação, que permite entender o processo mórbido no quadro geral do corpo como aparato eletroquímico. Mesmo o que é invisível torna-se, assim, objetivado, agora na forma de uma representação e de uma teoria sobre o funcionamento do corpo e o restabelecimento de sua funcionalidade. Tal teoria propõe-se como parte integrante de uma linguagem comum e universal por meio da qual legitima suas pretensões como ciência natural.

Finalmente, o quarto elemento da clínica clássica inclui a *terapêutica* e os procedimentos que a tornam possível, bem como os dispositivos de saber que a tornam desejável e legítima no contexto social em que é praticada. Trata-se, aqui, de uma concepção de cura. A terapêutica está geralmente associada à introdução ou retirada de um elemento ou condição, considerada relevante do ponto de vista etiológico. Do ponto de vista das causas ou dos efeitos, de forma cirúrgica, farmacológica ou mecânica, sempre estará em jogo, na clínica clássica, o princípio regulatório do sistema. Mas a terapêutica não se reduz ao procedimento interventivo, ela inclui ainda a propedêutica, ou seja, aquilo que prepara ou organiza o paciente para uma ação terapêutica. Está presente também a deontologia, ou seja, o conjunto de recomendações e deveres transmitidos ao paciente que tocam aspectos de sua vida e devem ser seguidos no contexto do tratamento, por exemplo, sugestões dietéticas, comportamentais ou ambientais. Ainda como elemento auxiliar, neste contexto, costuma-se incluir observações sobre a relação com o paciente.

Mas a ética que atravessa a prática clínica tem uma estrutura bem definida. Trata-se de utilizar os meios necessários para alcançar um fim, o restabelecimento da saúde. Tais meios articulam-se em um método, o método clínico. O sujeito, no entanto, não é o paciente, mas o médico, como representante de um saber anônimo. O outro a quem a ação se dirige entra como um objeto, ou seja, seu corpo como conjunto articulado de signos.

Queremos destacar, nesta apresentação bastante sumária da clínica clássica, como, em que pese sua objetividade, esta pode ser pensada como um sistema de elementos covariantes e interdependentes. A semiologia, por exemplo, altera e

prescreve um conjunto possível de ações diagnósticas e terapêuticas, bem como uma dada concepção etiológica. As transformações no plano etiológico muitas vezes alteram radicalmente procedimentos diagnósticos e iluminam aspectos semiológicos antes ignorados. Achados diagnósticos e patológicos são capazes de fazer desmoronar profundas convicções etiológicas. Esta covariância depende de uma certa homogeneidade verificada entre os quatro diferentes planos que compoem a clínica, ou seja, da sua capacidade de serem afetados e transformados mutuamente. Tal capacidade mostrou-se um forte determinante na evolução da clínica clássica. Por outro lado, a quebra da covariância ou da homogeneidade entre os elementos permite explicar uma série de insucessos de projetos clínicos que historicamente foram interrompidos, tais como a frenologia de Lavater, a criminologia de Lombroso ou, ainda, no campo da psiquiatria, o declínio do descritivismo.

Penso que a covariância e a homogeneidade não são exigências que se prendem às clínicas objetivistas. Elas constituem critérios formais que, de certa forma, independem das condições epistêmicas particularmente adotadas. Veremos, a seguir, como a ruptura destes dois pressupostos constitutivos da clínica levou o projeto incipiente de constituição da psiquiatria, como uma clínica autônoma, a uma crise de fundamento.

Ascensão e crise da clínica

O século XIX viu florescer a autonomização de diversas especialidades clínicas. Cada qual definida por seu objeto e pela maneira própria como estabelecia seus elementos constitutivos. Tal como a biologia de Lineu classificava as espécies e a química de Mendeleiev classificava os tipos de átomos, tratava-se de estabelecer o universo sobre o qual se deveria constituir uma semiologia da loucura. Os clínicos como Kraepelin, Charcot e Esquirol tomaram para si uma tarefa que logo se mostrou inglória.

Uma parte da dificuldade reside no fato de que os principais fenômenos, que agrupados formariam as espécies da loucura, são fenômenos não apenas expressos pela linguagem, mas acontecimentos que se dão no próprio universo criado pela linguagem. Em outras palavras, a realidade do delírio é uma realidade

linguística, ele é composto por palavras, não por tecidos ou hematomas. A totalidade na qual o delírio se inclui não é a totalidade fechada do corpo, mas o universo aberto das significações. Como se poderia encontrar o referente, ao qual os signos cumpririam sua função de índice ou de ícone numa relação estável, se esta relação é de saída definida pela arbitrariedade e não pela motivação intrínseca? Como, enfim, constituir uma semiologia que não fosse mera convenção moral ou abstração relativa ao universo de significações do próprio clínico?

Um mapa de todas as significações engendradas por todos os jogos de linguagem em todos os mundos possíveis não é apenas algo impraticável, mas sobretudo, inútil. Seria um mapa tão próximo da própria realidade que não serviria mais para nos orientar dentro dela. Como o mapa do geógrafo imaginário criado por Borges, que de tão perfeito ocupava o tamanho da ilha que procurava representar.

Mas se no plano da classificação a semiologia encontrava problemas, no plano do ordenamento dos signos as dificuldades não eram menores. Quando a história da doença confunde-se com a história do doente esta história não é mais uma sucessão de signos, mas uma narrativa. Uma narrativa supõe certas regras, para ser construída ou interpretada. Regras que são essencialmente diferentes das regras de composição de uma descrição. Por exemplo, apreender uma narrativa teatral não é destacar seus personagens e entender suas substituições na cena, mas implica a interpretação da trama narrativa, ou seja, a relação entre os personagens, em torno de tensões, alianças e contrastes, que é o que os define como tais em situações específicas.

No plano diagnóstico, a clínica do século XIX foi marcada pelo conflito entre diferentes tradições descritivas originada em diversas maneiras de conceber a matriz interpretativa do universo de significações trazido pela loucura. Estratégias para tentar objetivar, fornecer uma referência da qual se poderia deduzir o desvio. Ao contrário dos fenômenos da clínica clássica, que encontravam sua estabilidade pelo seu acesso ao olhar, as figuras clínicas da loucura se definiam por fatos de linguagem, como tais invisíveis. As diferentes apresentações delirantes, as alucinações, a melancolia e a mania são indissociáveis da maneira como o paciente usa sua fala. O sintoma precisa da cena enunciativa para ser definido como tal. As litânicas, os refrões, os neologismos, as incongruências sintáticas e

semânticas, assim como as diferentes formas de mutismo e interrupções do discurso, ou de aceleração e lentificação da fala, compõem o tecido sobre o qual se realizará o diagnóstico. Surge então a exigência teórica de estabelecer a matriz sobre a qual tais variações podem ser avaliadas como desviantes.

A psicopatologia, apoiada em uma teoria das faculdades mentais, acabou por constituir esta matriz. A atenção, a memória, a imaginação, o pensamento, a vontade, a consciência compunham figuras de um vocabulário que procurava fixar as espécies clínicas a alguma objetividade. Processos abstratos, como estes, permitiam assim uma espécie de reprodução artificial da totalidade. Uma espécie de corpo psíquico regido pelas mesmas leis de equilíbrio, funcionalidade e homeostase. Tal corpo tem seu análogo na obra literária e no corpo da linguagem como totalidade formal. No entanto, esta abstração possuía um sério inconveniente: ela não era visível. O que dela aparecia eram apenas outras inflexões da substância lingüística.

Esta solução provisória desestruturava uma fração importante da clínica. Ela não poderia engendrar uma terapêutica e uma concepção etiológica congruentes. Em suma, como alterar uma conjuntura subjetiva, articulada por significações, interferindo sobre a objetividade do corpo? Há alguns curiosos exemplos frutos deste impasse: cura por intermédio de banhos, ar fresco, eletroterapia, ergoterapia, hipnoterapia, enfim, expor o corpo a situações controladas, como forma de alterar a linguagem que o habita parece uma luta contra um abismo intransponível. Impasse formado para a soberania do olhar.

Curiosa expressão desta hegemonia do olhar manifesta-se nos desenhos e fotografias dos alienados mentais. Tal prática, comum na psiquiatria do século XIX, procurava retratar a loucura em seu gesto elementar. A face tensionada do catatônico, o olhar esgazeado do demente, ou ainda de suspeita e desconfiança na paranóia alucinatória; temas que receberam a atenção de pintores como Dumier, Van Gogh e Brouillet². As histéricas de Charcot foram retratadas, com toda minúcia, em posturas de espasmo, de contração clônica ou de deleite. A

2. Autor da tela *Lição clínica da Salpêtrière*, apresentada no Salão dos Independentes de 1887.

seqüência dos ataques histéricos captados em toda sua plasticidade passional transformou Augustine, Blanche Wittman ou Rosalie Dubois em autênticas personagens³.

Tais representações não pertencem, definitivamente, ao mesmo plano das fotos e diagramas de alterações de tecidos, músculos ou órgãos. Elas não condenam o que é representado ao instante da presença anatômica ou morfológica. Ao contrário, a iconografia do alienismo nos traz condensações de histórias de vida, metonímias da contradição social, metáforas de afetos e experiências. Em outras palavras, ela nos permite escutar o que está efetivamente ausente como fato iconicamente representado.

Em alguns casos, a invisibilidade do agente etiológico e a babel classificatória derivada disto foi compensada pela fixação de um quadro clínico de referência do qual se poderia deduzir a loucura como forma desviante. A sífilis, cujo estado terminal induzia a catatonia, foi o primeiro exemplo ao qual se seguiram a epilepsia, as encefalites e mesmo a afasia. Em todos os casos, a existência de um achado orgânico, regularmente associado a uma forma discursiva, parecia sugerir a descoberta de uma conexão causal. Mas mesmo esta associação mostrou-se impotente para produzir, por si mesma, uma semiologia, uma diagnóstica e uma terapêutica que funcionassem de forma covariante, uma vez que havia uma heterogeneidade radical entre o agente etiológico e seus efeitos sintomáticos.

Tudo se passa como se, à falta de uma terapêutica que reconhecesse a disparidade da condição do sujeito, em relação à objetividade da natureza orgânica, a clínica clássica recorresse às suas formas subsidiárias de sustentação. A deontologia evolui para o tratamento moral em Pinel e para as diferentes práticas de reeducação, que procuram à sua maneira reduzir o arbitrário e relativo, próprio à condição do sujeito, ao convencional ou necessário. A objetividade assume aqui a forma sinônima do social. A teoria da degenerescência, desenvolvida por

3. Sabe-se que Charcot se fazia acompanhar por seu aluno Burneville, que se encarregou da composição da *Iconografia fotográfica da Salpêtrière*, verdadeiro laboratório das representações visuais da histeria (Roudinesco e Plon, 1998). Ver também, por exemplo, *História da histeria* (Trilard, 1991) ou *Psiquiatria* (Bleuler, 1986).

Morel e Esquirol, por meio da qual os vícios morais eram transmitidos de geração em geração, redundando, por acumulação, na doença mental é um exemplo desta proliferação do patológico para fora da ordem orgânica.

O impasse pode ser colocado da seguinte maneira: para tratar o sujeito é necessário objetivá-lo em funções psíquicas, em convencionalidades sociais ou linguísticas. No entanto, ao fazê-lo o sujeito não é mais sujeito, mas transforma-se em um objeto. O método torna, portanto, inabordável o problema para o qual foi criado.

A psicanálise e a subversão da clínica clássica

Freud forma-se e desenvolve a maior parte de sua obra no período em que a clínica clássica encontra seu apogeu, na esfera da psiquiatria e da neurologia. Freud era também, nesse sentido, um clínico, o que se evidencia em seus trabalhos iniciais sobre a cocaína ou sobre as afasias, mas também na sua experiência junto a Charcot na Salpêtrière. Bercherie (1989, p. 25) em estudo específico sobre a história e estrutura do saber psiquiátrico, tece algumas observações comparativas com a psicanálise. Sua posição é de que:

... podemos falar em clínica psicanalítica sob a condição de não esquecer que, nesta expressão composta, o adjetivo é mais importante do que o substantivo, e os dois termos são inseparáveis.

Vejamos então como, a partir disso, a psicanálise subverte cada ponto da clínica clássica, dando novos sentidos a seus procedimentos e incorporando alguns de seus problemas.

Vimos que o ponto central da clínica clássica é a configuração de um certo olhar. Notamos sua presença nas incursões iniciais de Freud em torno do hipnotismo. Mas aqui não se trata de um olhar que olha, mas que é olhado. Um olhar que entorpece e a partir do qual os sintomas histéricos podem ser reproduzidos ou, ainda, removidos por sugestão pós-hipnótica. Mas logo Freud descobre a função meramente propedêutica deste olhar. Ele é um meio para favorecer ou introduzir a rememoração. Há portanto um corte radical quando este método é substituído pela associação livre. Não se trata mais aqui de olhar, mas de escutar.

O uso do *divã* é um exemplo da radicalidade desta diferença. De modo artificial corta-se, evita-se, põe-se de lado, a atenção dirigida pelo olhar, como que para substituí-lo pela escuta.

A escuta torna-se assim a essência deste novo projeto clínico. Escuta metódica, atenta ao detalhe, à pequena incongruência, deslize ou ruptura da fala. Flutuante e aberta às interrupções, insistências e silêncios do discurso, tal escuta trará para o centro da cena clínica aquilo que o olhar médico punha na sombra. A psicanálise pode ser assim definida como um método de escuta da fala.

A idéia de uma escuta não natural e espontânea pode soar estranha. Para clarificá-la, poderíamos fazer uma comparação com a audição musical. Podemos ouvir uma sinfonia e isso nos despertará uma série de impressões, imagens e juízos; no entanto, alcançar a complexidade da polifonia dos instrumentos, apreciar a sucessão das notas e a simultaneidade dos acordes, ponderar o valor dos ritmos e dos contrastes melódicos parece exigir uma espécie de técnica. Mas o termo *técnica* é impreciso neste contexto, pois a habilidade em questão depende ainda de uma exposição ao gênero musical abordado, da atenção a certas diferenças significativas, da apreciação do eventual sentido histórico-cultural de uma determinada peça e assim por diante. Isso ocorre de forma homóloga na escuta clínica.

Se a relação entre a clínica clássica e a clínica psicanalítica é uma relação de corte, podemos perguntar de que forma ela ressignifica os elementos constitutivos da clínica clássica que a precederam. Admitindo-se este descentramento radical do olhar, na subversão freudiana, qual seria o papel reservado à semiologia? Abandonando o sistema de chave fixa, que prescrevia uma estabilidade do signo em relação ao seu referente, Freud interessou-se justamente pelo caráter singular e instável da ligação entre o significante e o significado e pelo aspecto multifacetado e temporal da produção da significação. Por exemplo, uma conversão histerica, como a paralisia de um membro, realiza-se sobre a representação que o sujeito faz deste membro e não pela sua estrutura anatômica. Mas mesmo a representação em questão não é tomada apenas na concepção intelectualiva, formada pelo sujeito, mas carrega consigo, e só é compreensível, na trama narrativa da qual ela se precipita.

Os relatos de caso e os fragmentos clínicos trazidos por Freud e pela tradição psicanalítica que o sucedeu representam uma ruptura estilística e epistêmica

em relação aos relatos da clínica clássica. Como afirma Birman (1991, p. 107), tais relatos realizam uma genealogia do sujeito e uma arqueologia do sentido. São histórias que se apropriam de recursos da literatura, sem ao mesmo tempo recusar a clínica. Desta maneira, uma série de elementos, próprios à subjetividade, é introduzida na forma de um suporte lingüístico que não lhe é incompatível: a relatividade, a temporalidade e a arbitrariedade da significação, o caráter trágico, cômico ou dramático de sua experiência, a sua imprevisibilidade e sobredeterminação.

As regras de composição do sonho, do chiste, dos atos falhos e dos sintomas podem ser descritas em termos de uma semiologia própria. Deslocamento, condensação, condição de figurabilidade, regressão e elaboração secundária adquirem, neste sentido, a textura de uma gramática, ou de uma estrutura de linguagem, sobre a qual se erige a noção de inconsciente. É preciso salientar que tal proximidade foi assinalada por autores da psicanálise, como Lacan, mas também da lingüística estrutural como Jakobson, Benveniste e Todorov. Outras tradições, dentro da psicanálise, podem ser entendidas em função da ênfase diferencial desta semiologia na perspectiva da construção de uma semântica, como em M. Klein, da pragmática, como em certas escolas americanas, ou ainda da hermenêutica. A subversão da semiologia é interna a qualquer projeto clínico que se queira separar da clínica clássica. Ela implica, direta ou indiretamente, a adoção de uma perspectiva específica sobre a linguagem em geral. Desta maneira o amplo espectro de estudos sobre a linguagem, que marcou a produção teórica das ciências humanas no século XX, vem alimentando inúmeras incursões, derivações e prolongamentos verificados na pesquisa em psicanálise. Da retórica⁴ à análise de discurso⁵, da semiótica⁶ à pragmática⁷ ou ainda da hermenêutica⁸ aos teóricos da desconstrução⁹, vemos como as ciências da linguagem, e não a biologia, tornaram-se o campo de maior interlocução para a psicanálise do século XX.

4. Cf. *Rhetoric and culture in Lacan* (Chaitin, 1996).

5. Cf. *Psicanálise e análise de discurso* (Leite, 1994).

6. Cf. *A interpretação* (Saporith, 1996).

7. Cf. *Redescrições da Psicanálise* (Freire Costa, 1994).

8. Cf. *De l'interprétation – essai sur Freud* (Ricoeur, 1965).

9. Cf. *Resistências del Psicoanálisis* (Derrida, 1997).

Mesmo se ampliamos este campo de interlocução de modo a incluir os estudos literários, notamos que as contribuições clínicas continuam presentes. A proximidade da escuta analítica com diversos aspectos do campo da literatura vem sendo assinalada em muitos ângulos, como, por exemplo, com a escuta poética¹⁰, com o romance policial¹¹, com o problema da tradução¹² e com os gêneros de literatura¹³. Ainda no campo de estudos clínicos, deve-se acentuar a prolífica produção em torno de obras literárias específicas como solo de ilustração, problematização e formalização de processos tematizados pela psicanálise¹⁴.

Com relação ao diagnóstico, a subversão freudiana não foi de menor envergadura. Em vez de uma classificação exaustiva e de uma descrição objetivante, Freud reintroduz uma homogeneidade entre o tratamento e o diagnóstico, perdida pela clínica psiquiátrica. Vimos que o sujeito deste dispositivo era o discurso médico, representado pelo clínico e seu objeto, o paciente, representado por seu corpo. Ora, a psicanálise inverte esta relação. O sujeito do dispositivo passa a se alocar na posição antes reservada ao paciente. É o analisando quem será posto, por uma condição metodológica da escuta, na posição de sujeito. Mesmo que o analista ainda funcione como agente neste discurso, ele o fará da posição de objeto. Ao analisante será pedido que diga livremente tudo o que lhe ocorrer. Nesta situação o paciente se verá confrontado com uma alteridade radical. Quem é o destinatário de sua mensagem? Qual o código que este suporta? De que forma e de qual lugar este lhe responde? De que maneira sua fala retornará sobre seu discurso?

A linguagem entra aqui não apenas como estrutura, mas como mediação fundamental na dialética com o Outro. Não é a linguagem como meio de comunicação, veículo neutro para o transporte de idéias e sentimentos, ou a linguagem como nomenclatura inerte para referir-se aos fenômenos, nem mesmo a linguagem

10. Cf. *Ensaio de Psicanálise e Semiótica* (Chnaiderman, 1989).

11. Cf. *Looking awry* (Žizek, 1995).

12. Cf. *Tradução, desconstrução e psicanálise* (Arrojo, 1993).

13. Cf. *Psicanálise e discurso* (Mahony, 1990).

14. Cf. *Leituras da psicanálise – estéticas da exclusão* (Pereira, 1998)

como produto motor da emissão articulada de sons. É a linguagem como alteridade, como campo simbólico que submete o sujeito, que o constrange e onde ele não é mais senhor em sua própria morada.

O diagnóstico, neste sentido, implica discernimento da forma singular como o analisando lida com o que lhe aparece como alheio. Como ele lida com as diferentes figuras do Outro: a história, a lei, o outro sexo, a morte, o desejo... o analista. Os grandes temas diagnósticos como o sintoma, a inibição e a angústia são assim considerados, no contexto da transferência. Não admitem, pois, a universalidade objetiva que os consideraria como fatos em si mesmos, independentes de quem os enuncia.

Mas a força da diagnóstica psicanalítica está na sua articulação com a terapêutica e com a concepção etiológica que a subsidia. Neste sentido, a psicanálise obedece ao princípio de coerência e covariância entre seus elementos, presente na estrutura da clínica clássica. Ela se apresenta como uma cura pela fala (*talking cure*), na qual a posição e o lugar ocupados pelo analista são condições da eficácia de suas intervenções.

No plano da etiologia, a psicanálise introduz algumas modificações notáveis quanto à noção de causalidade empregada. A concepção vigente na clínica clássica supunha algumas propriedades causais, verificadas na esfera do organismo e coextensivas ao campo da natureza em geral. Algumas destas propriedades são subvertidas pela psicanálise, outras são meramente abandonadas. Por exemplo, no processo de formação de sintomas, bem como na instalação de uma determinada estrutura neurótica (histérica, obsessiva ou fóbica) ou ainda na própria constituição do sujeito, podemos apontar uma curiosa forma de determinação ou causalidade. Acontecimentos cronologicamente posteriores a um determinado evento retornam sobre este mesmo evento modificando-o. Um determinado acontecimento pode tornar-se traumático muito depois de sua efetiva ocorrência. Ele é resignificado posteriormente, o que Freud denominava pela expressão *nachträglich* (ao depois ou retrospectivamente). Assim, uma paciente¹⁵, que assistira seu tio em relações sexuais com uma menina, mantém inicialmente sus-

15. Ver o caso de Khatarina, em *Estudos sobre histeria* (Freud, 1893).

pensa a significação deste acontecimento. Este lhe parece algo curioso, mas relativamente indiferente. Muito tempo depois, ela é surpreendida por um abraço masculino que lhe toca no mesmo lugar em que vira a menina ser tocada pelo tio. Ela retroage sobre a cena anterior conferindo-lhe uma significação sexual. A partir disso, a cena é esquecida e em seu lugar surgem sintomas: falta de ar e sensação de opressão sobre o peito.

O exemplo mostra como um determinado evento tornou-se ativo muito depois de seu próprio acontecimento. Ora, as expressões “evento”, “acontecimento” e “ocorrência” são imprecisos para este contexto. Trata-se de um acontecimento de linguagem, não de uma conexão entre fenômenos. Fenômenos, na acepção objetivista, não se alteram ao serem redescritos, eles não se modificam pela maneira como nós os nomeamos. Eles são em si mesmos e não para o outro, adotando por referência, aqui, as concepções da clínica clássica. A subjetividade, ao contrário, possui esta estranha propriedade de se transformar na medida em que a descrevemos, redescrivemos, desconstruímos ou narramos. Dizer a alguém que este sofre de tuberculose ou de afasia não afeta diretamente a própria tuberculose, mas pode afetar e transformar radicalmente o sujeito. O mesmo verifica-se em relação ao próprio estatuto do sintoma, ele é dependente e indissociável da sua forma de enunciação e de sua estrutura de linguagem. E somente por isso pode se alterar, desconstruído ou transformado por intermédio de operações lingüísticas.

Há falas e encontros que alteram irreversivelmente nossa existência. Isso é um fato banal. Não é necessário ser psicanalista para trabalhar com este pressuposto. No entanto, é possível admiti-lo e formalizá-lo logicamente de modo a operar contando com esta propriedade.

Uma de suas interessantes conseqüências justifica a própria terapêutica psicanalítica. Esta implica um conjunto de operações com a linguagem, e na linguagem, tomada em diferentes âmbitos: interpretação, construção, manobras dialéticas sobre a transferência ou sobre os afetos.

Disso se poderia depreender que se trata de uma técnica, em outras palavras, da prática anônima de um conjunto de regras visando um determinado fim ou objetivo. Ocorre que uma técnica só é de fato uma técnica se ela for independente do desejo de seu usuário ou praticante. Por exemplo, a técnica para extração de

um determinado tecido continua idêntica a si mesma independente do clínico que a empregue. Ele pode ser mais ou menos hábil na sua utilização, ele pode introduzir variações em seu emprego ou descobrir novos contextos em que pode ser empregada, mas, ao final, a técnica não deixará de ser um instrumento, empírico ou formal anônimo, para obter determinado resultado de forma repetitiva. Um instrumento, usado de forma mais versátil ou mais mecânica, não deixa de ser um mero instrumento¹⁶. Infelizmente a técnica não supõe uma posição definida do sujeito face ao Outro. Por isso ela poderá ser usada indiferentemente para produzir o bem ou o mal. A técnica para dominar a fissão nuclear é um exemplo clássico deste dilema. O dilema da neutralidade ética no mundo da técnica.

Ocorre que por depender intrinsecamente do sujeito para se efetivar como tal a psicanálise não pode ser dissociada do desejo do analista e do desejo do analisante. Se um médico emprega suas técnicas sem o desejar, isso não afeta seu fazer como clínico, se um analista o fizer, sem seu desejo, ele simplesmente não estará mais fazendo psicanálise, mas outra coisa qualquer. A ética é uma regra constitutiva do jogo analítico, mas apenas uma regra reguladora do jogo clínico clássico. Neste último caso, ela vem de fora do dispositivo e visa limitá-lo diante de outros imperativos morais. No caso da psicanálise, ela é interna ao dispositivo. Dentro desta condição, ela não se pauta integralmente pela eficácia na remoção de sintomas e na abreviação do sofrimento psíquico, mas encontra-se sempre tencionada com o que poderíamos chamar de ética da excelência, ou seja, ela procura algo que está mais além do bem-estar ¹⁷ definido de forma universal, consensual ou normativo.

O que o corte, a subversão e a ressignificação representada pelo surgimento da clínica psicanalítica mostram é que sua semiologia, constituída pela fala do paciente, sua diagnóstica, na transferência, sua concepção etiológica, baseada no inconsciente e sua terapêutica, fundada na escuta analítica, constitui um conjunto covariante e homogêneo do ponto de vista epistemológico e ético.

16. Cabe lembrar aqui que o caráter não exato da clínica médica depende da "imprecisão de seu instrumento", como apontamos anteriormente.

17. Desenvolvi esta idéia no artigo "Crítica da Ideologia estética em psicanálise – um estudo sobre o fim de análise", 1998.

Subversão psicanalítica e outras clínicas sobre a linguagem

A psicanálise não é a única forma clínica a deparar-se com as questões e com a história deixada pela clínica clássica. As diferentes modalidades de psicoterapia, certas variantes da pedagogia e mesmo alguns saberes e práticas que transitam pelas bordas do instituído parasitam, subvertem, prolongam ou reagem às questões deixadas pela clínica clássica. Tais projetos clínicos incipientes acabam incluindo seus termos, suas pressuposições epistemológicas, suas formas de raciocínio e suas formações éticas, ideológicas ou discursivas.

O caso da fonoaudiologia parece exemplar em se tratando da posição que defendi até aqui. Por dirigir-se diretamente a sintomas na esfera da linguagem, a decisão acerca da concepção mesma de linguagem embutida nos pressupostos formativos da sua clínica não pode ser adiada.

Ocorre que tal pressuposição aponta, muitas vezes, para a linguagem como sinônimo de conjunto funcional de expressões sonoras, ou seja, para a linguagem como um fenômeno com as mesmas propriedades de qualquer outro órgão do corpo. A redução metodológica do objeto acaba por tornar inviável a solução dos problemas que este se propõe a resolver. A heterogeneidade de sua prática em relação à textura de seu objeto torna-se patente. Uma reeducação, uma disciplina do aparelho fonador, que coloque o sujeito na situação de objeto é um projeto pedagógico, senão fadado ao fracasso, exposto a dificuldades consideráveis no que toca à sua legitimação epistemológica. Em que termos podemos ainda falar em linguagem quando lhe amputamos o sujeito e lhe extirpamos a dimensão do significante ou da significação? Vemos que o impasse aqui é bastante semelhante àquele que levou à crise e à extinção da clínica psiquiátrica, em seu sentido estrito, nas primeiras décadas do século XX.

No plano etiológico e diagnóstico, vemos, como conseqüência, surgir uma disparidade entre a herança da clínica clássica e as produções teóricas surgidas dos estudos mais recentes sobre a linguagem e a fonologia. Disparidade que é própria da autonomização de um novo projeto clínico, do seu duplo esforço de corte e ressignificação. Neste sentido a trajetória de subversão da clínica clássica, no surgimento da clínica psicanalítica, pode servir como indicação de alguns pontos a serem enfrentados. Menos que revelar ou acompanhar as soluções por

ela alcançada, trata-se de iluminar seus problemas e reconhecer a especificidade de seus contextos. Neste sentido, a posição de Cunha (1997), ao criticar a chamada “clínica de empréstimos” na fonoaudiologia nos parece muito lúcida. De fato, quando introduzimos um elemento novo, como o sujeito, toda a estrutura da clínica se altera, exigindo rearranjos no plano diagnóstico, etiológico e terapêutico. Isso não significará, necessariamente, um abandono da tradição descritiva precedente, nem mesmo uma recusa, *in toto*, de suas técnicas, mas uma redescrção ou resignificação destas. A deriva vocabular, conceitual ou técnica exige uma espécie de quarentena, ao risco de transformar-se em hibridismo, ecletismo ou gerar descaracterização de seu campo clínico.

A admissão da singularidade do caso, na clínica interdisciplinar, tal como propõe Vorcaro (1997) é outro bom exemplo de como a subjetividade pode ser reconhecida na clínica fonoaudiológica, sem que com isso haja uma migração da clínica fonoaudiológica de modo a transformá-la em uma clínica psicológica ou psicanalítica. No entanto, a afinidade necessária para tal prática parece depender de certas escolhas quanto à definição da estrutura da clínica de que se trata.

Seria a fonoaudiologia uma clínica do olhar ou uma clínica da escuta? Em qual lugar encontra-se o centro de sua ação: no ouvir ou no escutar? De que tipo é sua semiologia: dominada pelo referente, pelo signo ou pelo significante? Qual a consistência entre suas hipóteses etiológicas e sua terapêutica, no que toca o lugar conferido ao sujeito? De que modo sua diagnóstica comporta tal admissão? Finalmente, poderíamos perguntar ainda o lugar que a ética ocupa em seu fazer: exterioridade ou interioridade?

A lição que um retorno à história deste discurso, que é o discurso clínico, nos transmite é que a clínica não permanece idêntica a si mesma, mas também que uma certa articulação entre seus elementos estruturantes é crucial para sua viabilidade, sustentação e legitimidade. Não há clínica sem ética, mas também não há clínica sem uma certa posição prevenida em relação à linguagem na qual esta se insere.

Se tomarmos seu estado atual, a clínica inspira certo saudosismo e desconfiança. Na medicina, ela vem sendo substituída pela hegemonia dos exames, na psiquiatria, pela reversão do diagnóstico em escravo da terapêutica farmacológica e pelo seu declínio teórico, do qual o DSM-IV é um testemunho confesso. Na

psicanálise, por sua vez, há algum tempo está presente um sentimento de hipertrofia de sua metapsicologia, de abandono da força clínica, quer pela desconfiança no empirismo de suas descrições, quer pela sua submissão a uma hermenêutica relativista.

Neste cenário, projetos de constituição de novas formas clínicas, como a de certa fração da fonoaudiologia, enfrentam contra si uma instabilidade de referências. O que pode constituir um bom momento para originalidade.

Resumo

No presente artigo, apresentam-se e discutem-se os elementos constitutivos da clínica, a partir da sua formação no século XVIII, no quadro da medicina. Propõe-se que semiologia, diagnóstico, etiologia e terapêutica definem historicamente um conjunto articulado e covariante de procedimentos, concepções e descrições que convencionamos chamar de clínica clássica. Mostra-se a seguir como tais elementos contêm, dentro de si, mesmo que de forma não explícita, uma concepção sobre o funcionamento da linguagem. Analisa-se em seguida como tais elementos são subvertidos no quadro da clínica psicanalítica proposta por Freud, no qual estes sofrem profundas transformações, mantendo porém a articulação necessária para que ainda se preserve a noção de clínica. Sugere-se, a partir desta concepção, que diferentes disciplinas apropriam-se de tais elementos constituindo projetos clínicos nem sempre redutíveis ou dependentes da epistemologia médica. Argumenta-se que tais projetos poderiam manter o critério da covariância entre seus elementos e uma certa homogeneidade epistemológica entre estes para que se possa legitimar sua ação para além do plano da eficácia. Sugere-se que no caso da clínica fonoaudiológica há certas dificuldades quanto à sua formalização decorrentes da presença de elementos sujeitos à forte heterogeneidade e invariância.

Palavras-chave: *clínica, psicanálise, epistemologia.*

Abstract

The present article introduces and discusses the elements that constitute the clinic, since its formation in the 18th century, in the medicine area. It proposes

that semiology, diagnosis, etiology and therapeutics historically define an articulated and covariant set of procedures, conceptions and descriptions that have been conventionally called classical clinic. It then shows that these elements contain within themselves, even though not explicitly, a conception about how language functions. After this, the article analyzes how these elements are subverted in the psychoanalytical clinic proposed by Freud, where they undergo profound transformations, maintaining, however, the necessary articulation so that the notion of clinic is preserved. Based on this conception, the article suggests that different disciplines borrow these elements and constitute clinical projects that cannot always be reduced to or dependent on medical epistemology. It argues that these projects should be able to maintain the criterion of covariance between its elements and a relative epistemological homogeneity between them so that it is possible to legitimate their action beyond the effectiveness plan. The article suggests that, in the case of the Speech and Language Therapy clinic, there are some difficulties regarding its formalization, deriving from the presence of elements that are subject to a strong heterogeneity and invariance.

Key-words: *clinical, psychoanalysis, epistemology.*

Resumen

El presente artículo muestra y discute los elementos constitutivos de la clínica a partir de su formación en el siglo XVIII en la medicina. Se propone que semiología, diagnóstico, etiología y terapéutica definen históricamente un conjunto articulado y covariante de procedimientos, concepciones y descripciones que hemos convenionado en llamar clínica clásica. Enseguida se muestra cómo tales elementos contienen, dentro de sí mismos, aunque no de forma explícita, una concepción sobre el funcionamiento del lenguaje. Después se muestra cómo tales elementos son subvertidos en la clínica psicoanalítica propuesta por Freud, donde sufren profundas transformaciones, pero mantienen la articulación necesaria para que todavía se mantenga la noción de clínica. Está sugerido, a partir de esta concepción, que distintas disciplinas se apropien de tales elementos constituyendo proyectos clínicos no siempre reductibles o dependientes de la epistemología médica. Se argumenta que tales proyectos podrían mantener el criterio de la covariación entre sus elementos y una cierta homogeneidad

epistemológica entre ellos que permita legitimar su acción para mas allá de la eficacia. Se sugiere que en el caso de la clínica fonoaudiológica existen ciertas dificultades respecto a su formalización que advienen la presencia de elementos propensos a una fuerte heterogenidad e invariancia.

Palabras claves: clínica, psicoanálisis, epistemología.

Referências bibliográficas

- ARROJO, R. (1993). *Tradução, desconstrução e psicanálise*. Rio de Janeiro, Imago.
- BERCHERIE, P. (1989). *Os fundamentos da clínica*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar.
- BIRMAN, J. (1991). *Freud e a interpretação psicanalítica*. Rio de Janeiro, Relume Dumará.
- BLEULER, E. (1986). *Psiquiatria*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan.
- CHNAIDERMAN, M. (1989). *Ensaio de psicanálise e semiótica*. São Paulo, Escuta.
- CHAITIN, G.D. (1996). *Rhetoric and culture in Lacan*. Cambridge, Cambridge.
- CLAVREUL, M. (1983). *A ordem médica*. São Paulo, Brasiliense.
- CUNHA, M.C. (1997). *Fonoaudiologia e psicanálise: a fronteira como território*. São Paulo, Plexus.
- DERRIDA, J. (1997). *Resistências del psicoanálisis*. Buenos Aires, Paidós.
- DUNKER, C. (1998). "Crítica da ideologia estética em psicanálise". In: ____ *Psicanálise fim de século*. São Paulo, Hacker.
- FREIRE COSTA, J. (1994). *Redescrições da psicanálise*. Rio de Janeiro, Relume Dumará
- FREUD, S. (1893). "Estudos sobre histeria". In: ____ *Obras Completas*. Buenos Aires, Amorrortu, 1988.
- FOUCAULT, M. (1987). *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro, Forense Universitária.
- LEITE, N (1994). *Psicanálise e análise de discurso*. Rio de Janeiro, Campos Matemático.
- MAHONY, P. (1990). *Psicanálise e discurso*. Rio de Janeiro, Imago.

- PEREIRA, M. E. C. (org.) (1998). *Leituras da psicanálise – estéticas da exclusão*. Campinas, Mercado de Letras.
- RICOEUR, P. (1965). *De l'interprétation – essai sur Freud*. Paris, Seuil.
- ROUDINESCO, E. e Plon, M (1998). *Dicionário de psicanálise*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar.
- SAPORITH, E. (1996). *A interpretação*. São Paulo, Escuta.
- TRILARD, E. (1991). *História da histeria*. São Paulo, Escuta.
- VORCARO, A. (1999). *Crianças na psicanálise – clínica, instituição, laço social*. Rio de Janeiro, Companhia de Freud.
- WYNGAARDEN, J. B. e SMITH, L. H (1985). *Cecil textbook of medicine*. Philadelphia, Saunders.
- ZIZEK, S. (1995). *Looking awry*. Massachusetts, MIT.

Recebido em ago/00; aprovado em set/00



A OBJETIVIDADE E A SUBJETIVIDADE NA FONOAUDIOLOGIA

*Ruth Ramalho Ruivo Palladino**

A questão da objetividade e da subjetividade é sempre encantadora, ela seduz o raciocínio, induz à reflexão porque, antes de tudo, coloca a iminência de uma dúvida fascinante, da qual, é claro, não se pode escapar: essa questão é um duplo de exclusão ou, ao contrário, de inclusão? São termos da diferença ou da complementaridade? Essa é uma temática que surge grandiosa em qualquer querela sobre o conhecimento e, por ser grandiosa, impõe parcimônia, no sentido de que a discussão que vai inseri-la, merece certa precisão nos seus termos, exige esclarecimentos preliminares e determinados. Por essa razão, colocar aqui a questão da objetividade e da subjetividade na fonoaudiologia, de início, já arrasta uma exigência de esclarecimento relativamente à natureza do campo destacado, ou seja, deve-se esclarecer de que fonoaudiologia se trata, aqui nessa discussão. Exigência em se esclarecer de que lugar a questão será abordada no interior desse campo.

* Fonoaudióloga, mestre em Distúrbios da Comunicação, doutoranda em Psicologia Clínica e professora associada da Faculdade de Fonoaudiologia e do PEPG em Fonoaudiologia da PUC-SP.

Aqui será tratada a fonoaudiologia desde uma perspectiva clínica e, nessa perspectiva, tomada no sentido de um processo de natureza terapêutica construído no interior de um universo de palavras em dor, de um sujeito em dor. Em se tratando (d)essa fonoaudiologia, está excluída a objetividade como possibilidade, já que o processo terapêutico é, por excelência, um processo que corre e escorre pelos veios da subjetividade. Subjetividade fundada exatamente na linguagem.

O processo terapêutico inscreve-se num espaço constituído pelos movimentos fundados em duas posições e, portanto, é um espaço que é intervalar, ou seja, inscreve-se numa intermitência discursiva e, como efeito, disso surge uma trama, um tecido de plena diferença. A concepção de posição como constituída no movimento institui a idéia de uma natureza relacional para o processo e, assim, as posições são consideradas sempre como um efeito de relações que são completamente subjetivas e, com isso, acabam por compor um texto inédito e inovador. Uma tal idéia de posição em nada se discrimina daquela conjugada na civilização grega, em que os termos se definiam em relação a uma atividade, a um movimento do tipo discursivo e é isso que Berlinck (1998, p. 16) lembra nas suas discussões sobre o tópico:

As posições em Atenas, referem-se à postura do corpo, à maneira, à pose como os moradores da pólis – cidadãos e escravos, autóctones ou estrangeiros – se relacionam numa trama discursiva que se realiza, por excelência, na ágora, ou seja, no espaço da retórica.

Aqui, como nas posições constituintes do espaço terapêutico, o que faz diferença é exatamente a diferença, as marcas da subjetividade que o discurso exhibe. Por essa razão, cada posição, a de paciente e a de terapeuta, confere uma experiência distinta de linguagem, uma experiência singular em relação ao *pathos*, ao sofrimento que acontece.

A idéia de acontecimento é também importante para o universo terapêutico porque institui o *pathos* como uma realização inopinada que ganha interpretações distintas no interior de cada posição, *pathos* ganhará uma existência particular em cada uma delas porque aí será apossado de modo subjetivo. É nessa perspectiva que Berlinck (op. cit.), decifrando a posição paciente, coloca que “quando *pathos* acontece, algo da ordem do excesso, da desmesura se põe em marcha

sem que o eu possa se assenhorar desse acontecimento a não ser como paciente, como ator” (p. 124). Porque aquém do arbítrio, o paciente é encarnado na posição inclusive porque se encontra posto no interior da ilusão de que na posição outra, o outro que ali foi encarnado tem a possibilidade de se assenhorar de outro modo desse *pathos* que acontece, certamente porque tem a ciência e o poder. A ilusão de um outro sábio e determinante é a seiva que mantém o paciente ereto nessa posição. Doce ilusão, essa a de que o terapeuta não é uma posição preenchida na subjetividade. Doce ilusão porque na posição terapeuta descobre-se que *pathos quer dizer tudo que se faz ou acontece de novo* (Berlinck, op. cit., p. 124). Porque sábio, aquele que está encarnado na posição terapeuta sabe que dali emanam movimentos no trato com o *pathos* como aquilo que lhe é estrangeiro, emanam gestos de leitura de uma singularidade irrecusável, sabe que ali, toda vez, será planejada uma aventura, tal qual uma *jornada épica*. Herrmann (1993) lembra a figura do *therapon* na organização relacional grega e a faz coincidir com a de terapeuta no sentido de que é “um amigo que acompanha o herói na sua empresa arriscada... numa empresa muito arriscada de conquista de seu mundo, do espaço de seus possíveis” (p. 142).

Esse autor, trabalhando a idéia de pesquisador em psicanálise, avança no comentário ao fazer esse papel também coincidir com o de *therapon*, já que aponta que o pesquisador,

ele faz também o papel de *therapon*, quer dizer, ele não vai descobrir, ele vai permitir que se descubra, permitir que algo tire a coberta de cima de si próprio, vai permitir que se dê uma *aletheia*, um desesquecimento, já que as águas do rio Lethes eram as águas do esquecimento... Algo que já está lá surge por sua força, numa reconstrução em que compromete o *therapon*, quer dizer, compromete o companheiro dessa aventura de construção de um sentido humano. (p. 143)

Pathos descobre-se quando há uma experiência que se dá no acontecimento de duas subjetividades, quando o terapeuta “se inclina sobre o paciente e escuta essa voz única, dispondo-se a ter, assim, junto com o paciente, uma experiência que pertence aos dois” (Berlinck, op. cit, p. 127). Essa noção de posição está assentada na de sujeito, nascida como efeito de um longo processo de partição de um todo absolutamente público, de um processo em que é operado um des-

tacamento de uma figura da instância pública para a instância privada, onde a vida passa a ser tomada como um evento particular. Assim, ao mesmo tempo em que se é sujeito a – alvo ou objeto – se é também sujeito de – desenhista de seu destino, portanto, criador e criatura de uma história própria. E o advento da noção de sujeito coincide com o advento da civilização grega e não é por outro motivo que é ela que nos oferece idéias como a de *therapon* que já apresenta a questão das posições como constituídas numa coreografia de subjetividades. Na posição paciente há alguém constituído por uma e constituinte de uma história exclusiva em que *pathos* pode se imiscuir e essa será sempre uma história que demanda leitura, já que é opaca e dispersa pois seu autor é um sujeito, alguém que traz consigo a marca original de uma cisão. Na posição terapeuta, há alguém igualmente constituído por uma e constituinte de uma história exclusiva que vai se pôr a ler a história alheia, em companhia de seu autor/ator e o fará também sob a condição original da cisão. Daí a idéia do processo terapêutico como algo da instância da subjetividade. Nessa experiência de subjetividades, que revela e desvela o *pathos*, há a criação de um *material terapêutico*, matéria-prima em que são esculpidos os deslocamentos das posições, são fragmentos discursivos que aí ganham valor proporcionalmente. Essa proporcionalidade do *material* é algo da ordem da estética, é o efeito do discurso de um sobre o discurso do outro, ganham proporção os fragmentos que se ligam, ainda que aparentemente dessemelhantes. Em outras palavras, não há arbitrariedade, o *material terapêutico* não é construído por expectativa mas, sim, por zonas de significação que surgem numa proporção, sempre inédita, entre fatos e palavras, entre palavras e palavras, uma proporção que é apreendida apenas no espaço terapêutico, naquela atualidade.

Portanto, há uma impossibilidade de se abarcar um tal acontecimento, *pathos* como experiência completamente singular, pelas bordas da objetividade que é tornada implausível exatamente pela surpresa do novo, pela força da diferença porque a diferença atravessa fronteiras, habita ilegalmente, em surdina, todos os recantos, desde os mais próximos, que logo são avistados, até os mais longínquos, dos quais nem se tem notícia, tão longe estão que parecem silenciosos. E o apagado e o silencioso escapam e se escondem, corporificando-se em plásticas tão heterogêneas e provisórias que não há objetividade que possa se apresentar como destino suficiente e eficiente.

A objetividade é uma consideração que acaba por imprimir uma certa ortopedia àquilo que se põe sob atenção e tal (con)formação vai impedir a visibilidade do *pathos* que se mostra sempre heterogêneo e provisório, sempre deformado. A objetividade é sustentada numa outra posição, que não aquelas constitutivas do espaço terapêutico, porque supõe “a intransigência em relação a tudo quanto é novo” (Berlinck, op. cit. p. 117).

Nessa posição, pela intransigência, tudo o que escapar do irrepreensível é tornado perceptível e retornado previsível. A objetividade dá conta daquele real expresso no que está fora da (con)formação, é uma realidade que se faz visível, que não contorna nem se deforma. Ao *material terapêutico*, aqui, dá-se consistência de modo mais arbitrário, já que grande parte dele é evocado por expectativa. A objetividade, contudo, pode ser uma possibilidade para uma leitura do *pathos*, é uma alternativa que fica posta na contraparte de uma outra, a da subjetividade e com ela compõe o que se pode entender como um duplo de alternativas absolutas. Dependentemente da natureza atribuída a *pathos*, uma ou outra alternativa fica, de imediato, cancelada, como acontece quando *pathos* é tratado na idéia da heterogeneidade e da provisoriedade que torna necessariamente imprópria a objetividade. Parece, no entanto, um pouco ingênuo tratar da questão como sendo constituída por duas alternativas absolutas, o que cria uma relação de exclusão em que um dos termos cai obrigatoriamente na invalidade. Mais ingênuo ainda parece ser tratar da questão no bojo de uma idéia de complementaridade em que há a suposição de que as realidades humanas imporiam tanto um olhar quanto o outro dependentemente da face exposta. Nem argumentos para a invalidade de um dos termos nem argumentos para a garantia de uma (co)implementação dos termos, já que a objetividade e a subjetividade são, em realidade, modos completamente distintos de se *assenhorar* de *pathos*, e cada um deles, por razões específicas, gera efeitos diversos e é com esses efeitos que o clínico deve travar embates. É tudo uma questão de leitura que, em última instância, é derivada da idéia de *pathos* instalada na base da reflexão. São *conformações do saber*, nas palavras foucaultianas (1984, p. 41), modos de poder conhecer, um saber conformado à natureza do objeto que a ele se oferece como foco de atenção. São diferentes *formas de se dizer* um sujeito, um acontecimento nesse sujeito, e elas implicam decisões que podem fazer toda a diferença. Decisões atuais ou, ao

contrário, tomadas *a priori*, por expectativa. Gestos que irrompem naquele espaço ou gestos aí postos, mas germinados lá fora. A objetividade, num destino irrefutável, impõe um tratamento ortopédico às realidades humanas, conformando uma leitura por expectativa em que o novo será aplacado, apagado, silenciado. A objetividade acalma a diferença. A subjetividade, diversamente, exacerba o que não é, o que não se mostra, o que não é estridente e, como tal, é uma leitura que favorece e aguça o pensamento quando *pathos* é reconhecido como sofrimento, acontecimento que se dá na heterogeneidade, na provisoriamente, acontecimento completamente singular. É uma leitura especial que toma cuidadosamente em suas bordas o acontecimento e lhe conforma de modo essencialmente terapêutico, e, nesse sentido, a objetividade se torna imprópria porque intransigente.

A concepção que dá acolhimento a *pathos*, o modo de poder conhecer *pathos*, vem sempre acompanhada de uma outra, aquela que dá acolhimento à linguagem. Há sempre uma implicação, uma lógica necessária, intrínseca à questão do conhecimento. Nas questões de linguagem, a idéia de intransigência é solidária à de comunicação e, assim, nesse espaço, fica privilegiada uma leitura objetiva das ocorrências, pois elas são, sob essa ótica, transgressões. Uma ótica que gera dificuldades na construção do espaço terapêutico que tem como exigência maior o privilégio do nome próprio, da singularidade, espaço em que a questão da lei que lhe é externa e estranha é posta sob polêmica.

A linguagem concebida como um sistema de comunicação mantém fora de sua amplitude de contemplação as questões do sentido e do sujeito, além de, nos seus argumentos míticos, incluir de modo obrigado uma certa teleologia para o andamento da vida: eis os motivos de um olhar forçosamente objetivo. Sistema de comunicação, a linguagem é um patrimônio cujo acesso é a qualquer um credenciado por meio de um processo dito de aprendizagem que se realiza no bojo de um movimento de transmissibilidade e, portanto, um movimento que supõe, ou pelo menos pretende, o irreprensível. Desse movimento de transmissibilidade derivam duas contingências: o inegável traço pedagógico que marca esse tipo de relação e a discutível idéia de uma existência humana que se desvela em dois tempos, aquele sem linguagem e aquele com linguagem.

O traço pedagógico se traduz na atribuição, como possibilidade e como condição, a uma das posições, do direito de perfazer inclusões e/ou exclusões,

no processo de transmissão do sistema que são, de certo modo, arbitrárias porque operadas na expectativa. As inclusões e as exclusões são importantes garantias para o irrepreensível manter-se, dado que o sistema não pode sofrer transtornos, porque transtornada está a transmissão e vice-versa. Assim é que, nesse processo, se põem como fundamentais duas posições que vão se imiscuir numa relação sempre assimétrica: a que já é usuária do sistema e ocupa a posição daquele que executa o movimento pela expectativa e outra, que não surge como espaço particular em que um acontecimento irrompe, mas, sim, como representação inadequada de uma (con)formação geral, pois ou não é ainda usuário do sistema ou é um mau usuário. Nesse caso, o *pathos*, quando acontece, pede submissão a um olhar ortopédico e é por isso que na posição terapeuta haverá um pedagogo e na posição paciente, um aprendiz. A instância terapêutica, que demanda o privilégio do nome próprio, que se dá na intersubjetividade, aí fica comprometida em sua essência, ela acaba, mesmo, com uma marca pedagógica. Há uma preponderância do público em relação ao privado, do geral ao particular.

O processo de transmissibilidade, como forma de acesso ao sistema de comunicação, além de oferecer o presente de um viés pedagógico às relações (quaisquer que elas sejam), também provoca a introdução de uma noção teleológica para a existência do homem no que se refere à linguagem: no primeiro tempo, o espetáculo da preparação, no segundo, o uso do adquirido. Essa teleologia vai retirar da linguagem a possibilidade de ter uma ordem própria, vai acorrentá-la a outras ordens determinantes porque na seqüência genética são anteriores. No primeiro tempo, a preparação somática, psicológica e social. Mas, não é só isso. Para além disso, o espetáculo de toda essa (pre)disposição avança, inclusive e necessariamente, no espaço da significação, pois a mensagem (qualquer uma) a ser veiculada deve ser uma possibilidade de sentido já viabilizada e acordada entre as partes. O uso do sistema supõe um campo de sentidos já erigido e que, portanto, não o funda e nem por ele é fundado, com ele mantém uma relação externa e temporalmente marcada. A linguagem, sistema de comunicação, é estranha à elaboração dos sentidos que, mais e mais, vão sendo cerceados em sua natureza. Cerceados pela própria linguagem, já que a comunicação impõe como condicional o caráter da univocidade, ou seja, não prevê a possibilidade de um sentido outro, de uma forma outra, estabilizados ali, na atualidade

da enunciação. Assim é que a idéia de comunicação se permite não fazer confraternização nem com o sentido, que lhe é estranho e anterior, nem com o sujeito por que não há nome próprio, os aprendizes são todos homônimos.

Essa teleologia prepara a armadilha da complementaridade entre a objetividade e a subjetividade para a leitura do *pathos*, na medida em que além de estabelecer uma ordem de vida, que pode estar transgredida, monta uma relação de tempo entre o saber e o uso, colocando o saber como causa do uso. Assim, mesmo quando se quer submeter *pathos* a uma leitura subjetiva, porque se quer apostar na singularidade, aplica-se, na simultaneidade, uma leitura objetiva em nome das implicações causais que a linguagem tem com outras ordens. Ao falar se dedica não mais um tratamento ortopédico, mas, à percepção, à motricidade e a tantos outros aspectos se dedica um rastreamento marcado pela objetividade, ou seja, planejado pela expectativa. Isso cria uma situação bastante insólita para o homem, pois além de um viver em dois tempos, tem duas possibilidades de desvelamento existencial, as que lhe dão um nome próprio e as que o colocam na homonímia. Na realidade, uma concepção de linguagem como um sistema de comunicação é impeditivo de uma leitura subjetiva, já que tem em seus pilares a idéia de universalidade e fixidez que muito se prestam a um acolhimento objetivo da realidade.

Uma leitura de *pathos* pautada na subjetividade está sempre bem acompanhada de uma idéia de linguagem como uma atividade de natureza simbólica, uma vez que tal processo, porque simbólico, é completamente singular. O movimento vital fica caracterizado por uma série de transferências e interdições que compõem uma rede da qual se destaca a arquitetura singular de um sujeito, um desenho cujo sentido só se faz apreensível, é claro, no interior desta rede. Esta figura de sujeito se destaca neste fundo que é sempre opaco porque constituído pelo inédito e pelo íntimo e, portanto, um fundo que exige interpretação, leitura, que exige que se faça brilhar suas cores. É uma intimidade, o *pathos*, e, como tal, só numa relação íntima pode ele ser posto em desvelo. E isso apresenta à coisa uma dificuldade, na medida em que qualquer revelação é um *modo de conhecer*, é uma leitura e, portanto, implica uma certa contenção da dispersão que a todo sujeito constitui. Em outras palavras, a singularidade de um, em que *pathos* se inscreve, se põe diante da singularidade do outro e, nesta medida, o

exercício clínico passa a ser uma dialética entre singularidades que, entretanto, deve estar contornada. A revelação só se dá a quem “respeita essas duas exigências da ordem e da singularidade, aparentemente contraditórias” (Leclaire, 1986, p. 24). Porém, ordem não significa algo pautado pela expectativa, não indica a construção arbitrária de um material, ordem não implica a negação de um nome próprio. Significa descobrir a intimidade da rede porque aqui o que está suposta é uma ordem que não redunde no apagamento do sujeito, uma ordem que o conforme a uma certa expectativa porque é fato que “conformando a escolha à expectativa, o risco corrido é o de nada encontrar além do que de antemão se sabia” (Leclaire, op. cit., p. 19). Uma leitura pautada na subjetividade é, ao mesmo tempo, um exercício da ordem e um exercício da singularidade: eis a dificuldade suprema, o clínico fica a se equilibrar no fio da navalha, entre uma e outra coisa.

A revelação é sempre revelação de uma singularidade, mas ela só torna-se possível com referência a um certo determinante que, apesar de ser um determinante, deve permitir a diferença: *de um lado, é necessário que (o clínico) disponha de um sistema de referência, de uma teoria que lhe garanta a organização do volume do que recolhe sem prévia discriminação. De outro lado, deve recusar precisamente todo sistema de referência na medida em que a adesão a um conjunto teórico o leva necessariamente, quer queira quer não, a tratar de modo privilegiado certos elementos.* O grande problema é eleger um determinante que se constituirá numa referência libertadora, ou seja, numa referência que possa dar conta do que não é, da diferença. A partir de uma idéia de comunicação, é derivado, no que tange às questões de linguagem, um determinante que asfixia, pois é ideal, um ideal plástico viabilizado pela total normalidade das estruturas e funções que o conformam. Assim, a plástica apresentada pelo paciente é comparada à supostamente ideal e o desvio verificado encontra explicação no estado de tais estruturas e funções. As ocorrências que desenham o desvio são consideradas transgressões. A ordem da vida foi transgredida. O estado de anormalidade é um estado detectado pelo olhar objetivo, pautado, determinado por aquela plástica suposta. A idéia de comunicação impede um determinante que viabilize a diferença; que, ao contrário, fomenta um determinante que é, obrigatoriamente, ortopédico. Aí é vislumbrado o equívoco, pois a clínica da linguagem mostra,

sem pudor, que a linguagem é pura diferença. É o lugar que expõe, inequivocamente, que o sujeito é apenas naquilo que lhe é singular. Um olhar objetivo será, neste caso, sempre um olhar obtuso, sem vigor e sem rigor.

A idéia de linguagem como uma atividade de natureza simbólica traz implicada a questão da interdição, ou seja, nem tudo se pode dizer, nem o que se diz pode ser dito de qualquer forma. Há uma interdição que se imiscui neste movimento, advinda por um lado pela rede da memória de cada um e, por outro, pela língua que se impõe. Esta interdição, está, ela mesma, sujeita a um percurso que é sempre inédito e, portanto, inclusive a língua só pode ser considerada neste movimento que é particular. Em outras palavras, nenhuma enunciação pode ser contida por um *a priori*, por um determinante derivado da idéia de língua como um sistema fixo e universal de regras de combinação. A enunciação pede uma contenção que deixe livre a lógica do sujeito que enuncia. O que se diz e como se diz vem no interior de um movimento próprio, único e, com isto, só aí pode ser desvelado. Nem mesmo a plástica de um dizer, que a língua parece obrigar, clama por um olhar ortopédico, objetivo. Nem mesmo a língua engessa a lógica do sujeito, ao contrário, ela fica à mercê desta lógica.

Desde esta idéia de linguagem, a consideração de *pathos* como um sofrimento que acontece é imperiosa. Nada há fora do sujeito, visível, sensível à objetivação e, conseqüentemente, *pathos* não o é porque dessemelhante a algo que está fora. Como não há algo fora que possa iluminar o olhar, esta luz, que permite que se depare com *pathos* vem no enunciar do próprio paciente. Esta luz não é senão uma intimidade que constitui o sujeito. Não há algo fora, nada há de público que possa prenunciar aquele que ali está. O material com que o clínico vai se comprometer ganha valor proporcionalmente porque, por excelência, este material é algo estético, não colhido por expectativa. É efeito de uma intersubjetividade, de um sentido que se apresenta naquela atualidade e que põe o paciente, a cada enunciação, numa nova relação temporal com seus próprios dizeres. Este tempo que é absolutamente subjetivo impede radicalmente que se tente qualquer esboço de controle, invalida a prerrogativa de qualquer ocorrência. O vigor e o rigor de uma leitura subjetivista na clínica estão justamente na exigência de se pôr a descoberto aquilo que é diferente, aquilo que não faz sentido, aquilo que interpela não só o clínico mas, também, o próprio paciente.

Os fatos humanos solicitam submissão a um olhar estritamente qualitativo, sem a âncora de uma expectativa, até porque os fatos humanos são opacos. Apenas no final do século XIX surge um novo paradigma, uma outra forma de conhecer, assentado na idéia de pista, sintoma. Uma forma indiciária de apreensão da realidade que se prestou a esse exercício em diferentes instâncias das performances humanas. Gynzburg (1986) lembra Freud comentando ter sofrido influência de Morelli, um historiador da arte que usava ortodoxamente uma leitura conjuntural em suas avaliações de autenticidade ou de datação de quadros. Tal paradigma indiciário, apesar de ser publicizado só no século passado, se remete a uma época remota, à Antiguidade, quando surgem diversas formas de saber quase todas postulando “uma atitude orientada para a análise de casos individuais, reconstruíveis somente através de pistas, sintomas, indícios” (Gynzburg, op. cit., p. 154). Nessa época, conta o autor, “os próprios textos de jurisprudência mesopotânicos não consistem em coletâneas de leis ou ordenações, mas na discussão de uma casuística concreta” (p. 154). Esse olhar semiótico foi aquele recomendado por Hipócrates e que, no entanto, foi sendo, mais e mais, substituído pelo aparente rigor da objetividade, um olhar devidamente ancorado nas pressuposições galineanas de que “do que é individual não se pode falar” (p. 156). Mas, foi exatamente a Medicina que experimentou grandes problemas com as condutas experimentais, objetivas, pois, a cada vez, todos percebiam que “não bastava catalogar todas as doenças até compô-las num quadro ordenado: em cada indivíduo, a doença assumia características diferentes” (p. 166). Só no final do século XIX pôde tal paradigma penetrar nos mais variados campos do conhecimento, servindo de perspectiva para a apreensão dos fatos humanos. Aquele olhar conjetural, típico das práticas divinatórias, inscreveu-se nas reflexões sobre o homem e as libertou, na medida em que abriu a possibilidade de a diferença deixar-se entrever e com ela o próprio da humanidade. Assim estava confirmada a idéia de que “em indivíduos diferentes os sintomas se apresentam de formas diferentes e, portanto, devem ser curados de modos diferentes” (p. 175). E foi Freud quem afirmou, mais uma vez, esta idéia, radicalizando o paradigma indiciário.

A grande questão que sempre se colocou refere-se ao rigor de um tal paradigma, de uma forma de conhecer em que o sujeito detém-se na diversidade, naquilo que há de inimitável, naquilo que é rastreado nos seus indícios, naquilo

que se apresenta em pistas, *pistas mudas*. Para esta grande questão, uma resposta de pronto se apresenta e a ponta para uma recusa, quer dizer, cobiçar o rigor tal como está pretendido pelo olhar objetivo é algo que está fora de questão. O sujeito é caracterizado pela sua singularidade que é opaca, fazendo o terapeuta esbarrar no limite do insuportável e, por essa razão, ele deverá fazer generalizações, um procedimento imperfeito, mas incondicional.

Ele vai tentar empreender uma interpretação das *pistas que são mudas*, construir um discurso sobre aquele caso em específico e aí emerge a tensão que o método clínico impõe, ou seja, a tensão entre a singularidade do *pathos* e o discurso que se constrói para ser possível se fazer qualquer referência a ele. É este movimento basculante que Leclair (op. cit.) explica nos seus argumentos sobre o exercício terapêutico. Um movimento muito sofisticado porque discreto, ele não congrega singulares em gerais apesar de, como bem lembra Berlinck, a comodidade da generalização visitar freqüentemente o método e tentar o terapeuta. É preciso, pois, resistir para poder transformar a vivência clínica em experiência, ficar no fio da navalha.

Resumo

Ao se circundar o campo fonoaudiológico e qualificá-lo como tendo uma natureza clínico-terapêutica, a questão da subjetividade é, obrigatoriamente, maximizada. O espaço terapêutico é intervalar, inscreve-se numa intermitência discursiva, num texto que vai abrigar todo o tratamento, num texto constituído por experiências distintas de linguagem, experiências singulares relativas ao pathos. Assim é que a objetividade não encontra lugar nesta situação discursiva, neste espaço que é radicalmente discursivo.

Palavras-chave: *objetividade, subjetividade, aporte terapêutico, discurso.*

Abstract

By surrounding the speech therapy field and qualifying it as having a clinical-therapeutic nature, the matter of subjectivity is obligatorily emphasized. The therapeutic space is an interval; it is included in an intermittent discourse,

in a text consisting of different experiences of language, of singular experiences related to the pathos. Thus, objectivity does not find a place in this discursive situation, in this space that is radically subjective.

Key-words: *objectivity, subjectivity, therapeutic contribution, discourse.*

Resumen

Al rodear el campo fonoaudiológico y calificarlo como de naturaleza clínica terapéutica, la cuestión de la subjetividad es obligatoriamente aumentada al máximo. El espacio terapéutico es por intervalos, se enrolla en una intermitencia discursiva, en un texto que albergará el tratamiento entero, en un texto constituido por las experiencias distintas de lenguaje, experiencias singulares relativas al pathos. Así es que la objetividad no encuentra un lugar en esta situación discursiva, en este espacio que es radicalmente discursivo.

Palabras claves: *objetividad, subjetividad, aporte terapéutico, discurso.*

Referências bibliográficas

- BERLINCK, M. T. (1997). O que é psicopatologia fundamental. *Revista Psicanálise e Universidade*, n. 7, p. 115-131.
- FOUCAULT, M. (1984). *O nascimento da clínica*. São Paulo, Forense Universitária.
- GINZBURG, C. (1989). *Mitos, emblemas e sinais*. São Paulo, Companhia da Letras.
- HERRMANN, F. (1993). "Uma aventura: a tese psicanalítica". In: *Investigação e psicanálise*. Campinas, Papirus.
- LECLAIRE, S. (1986). *Psicanalisar*. São Paulo, Perspectiva.

Recebido em ago/00; aprovado em set/00



OBJETIVIDADE E SUBJETIVIDADE NOS PROCESSOS TERAPÊUTICOS FONOAUDIOLÓGICOS

Maria Inês Tassinari

Como responsáveis pelo ofício *de fazer falar*, ao nos ocuparmos dos sintomas manifestos na linguagem, nós, fonoaudiólogos, estamos situados numa clínica cuja complexidade do objeto de intervenção permite que essa prática esteja exuberantemente aberta à impregnação de outros fazeres. Essa peculiaridade nos convoca cotidianamente a resignificar nossos contornos tendo em vista a circunscrição desse campo. Por quais mecanismos ou peripécias teórico-metodológicas os termos objetividade e subjetividade se diferenciam em se tratando da prática clínica?

Podemos afirmar inequivocamente que devemos incluir nessa circunscrição a linguagem e o sujeito. No entanto, como apreender as tramas emaranhadas dessa relação? Quase que obviamente, pelos sintomas que encontraram guarida na linguagem. É pelos efeitos de estranhamento gerados pela escuta do outro ou

* Fonoaudióloga, mestre em Distúrbios da Comunicação, professora da Faculdade de Fonoaudiologia da PUC-SP e da Universidade Mogi das Cruzes (UMC).

de uma alteridade interna ao sujeito que somos convocados a participar da sua história na condição de terapeutas. História indiscriminável dos movimentos operados em sua linguagem, pois ao colocá-la em movimento os sentidos de ser sujeito estarão sendo constituídos, sujeito produtor de efeitos estranhos qualificados como sintomas, indicadores de um quadro nosográfico ou de sentidos singulares?

Esse campo de indagações contemporâneas remete-nos a uma retrospectiva, para um tempo no qual as questões do sujeito foram abstraídas das explicações dadas ao seu sofrimento.

Refiro-me à lógica do raciocínio clínico-médico que, a partir do início do século XIX, padronizava os referenciais anátomo-fisiológicos determinados laboratorialmente, trazendo padrões de normalidade. Esses parâmetros quantitativos norteavam a ação médica, visando reproduzir na experiência do sujeito a do fisiologista, e a técnica era uma forma de fazer essa teoria aplicar-se à clínica.

A técnica não seria nada mais do que colocar a teoria em prática não estando potencialmente autorizada para questionar a teoria, sendo apenas uma serva dócil, à qual estaria recusando qualquer valor próprio fora do conhecimento que ela consegue incorporar, o que, segundo Canguilhem (1995), acarretaria em tornar ininteligível o ritmo irregular dos progressos do saber.

Provavelmente enredados pela mesma lógica, abstraímos o sujeito da doença para nos ocuparmos da doença do sujeito, as patologias da linguagem, o que, em princípio, nos garante bordas seguras para nos reconhecermos nos contornos dados ao nosso objeto, um lugar possível de saber. Saber sobre os padrões de normalidade retirados tanto dos referenciais anátomo-fisiológicos quanto da lingüística descritiva. No entanto, a abstração do sujeito incide necessariamente como saber parcial na relação com o real inédito da clínica, “o sujeito da doença”. Para esse sujeito, o desvio é qualificado pelos sentidos singulares atribuídos a ele numa viva relação com a sua história. Não restando outra alternativa ao clínico senão compor, no seu ofício, um processo de investigação dos recursos utilizados pelo sujeito para produção dos sentidos. Então ao fonoaudiólogo clínico cabe perguntar: quais as representações que marcam seu sofrimento? Um deles e talvez o mais evidente no nosso cotidiano esteja na estagnação da forma do dizer num padrão rígido, o que pode ser exemplarmente evidenciado no discurso de um

paciente que se queixa de disfluência, dizendo ressentido: “Eu sei que eu sou bom de discurso, sei tudo que gostaria de dizer, não me faltam palavras, mas é como se tivesse um grande lago na cabeça e só um caninho para escoar”.

Apesar de não saber, as questões desse sujeito convocam-nos a desenvolver recursos técnicos que permitam o mergulho nesse lago, objetivando construir com ele novos dutos de escoamento, ou seja, um maior conforto durante as situações de interlocução.

Parece-me que quanto mais negada a subjetividade – não aquela centrada no sujeito cognoscente, mas a que é marcada pela cisão do sujeito, cuja ordem de funcionamento imprime um não saber sobre si – mais ela vem pressionando o método clínico-fonoaudiológico, forçando-o ao enfrentamento das questões do sujeito marcadas em sua linguagem.

Lembro-me de um fragmento de um texto do Freud de 1905 intitulado “Tratamento psíquico”, no qual mostra a relação indissociável entre corpo e alma apontando para os percalços a que fica exposta a prática clínica quando a atuação exclui a percepção dos processos anímicos, subjetivos, inerentes à relação médico paciente. Nele podemos ler:

É provável que o efeito de cada procedimento prescrito pelo médico e que cada intervenção feita por ele componha-se de duas partes. E uma delas ora maior, ora menor, mas que nunca deve ser desprezada, é fornecida pela conduta anímica do doente.

A desconsideração dos processos da alma, dos mecanismos psíquicos poderosos que marcam a relação entre consciente e inconsciente – presentes tanto no que se refere à produção de sintomas quanto nas possibilidades relacionais dadas pela transferência – coloca-nos em posição semelhante à dos médicos do início do nosso século, fixados na objetividade dos procedimentos técnicos, incapazes de ver que as condutas só produziriam efeitos terapêuticos se sustentadas pelo lastro de confiança e legitimidade dados pela relação inter-subjetiva. Provavelmente, a não inclusão desse elemento basilar na teorização da clínica seja responsável em grande parte pelas dificuldades do fonoaudiólogo em explicar sua prática e literalizar seu “saber fazer”. Faltam palavras, nomes? Não se trata apenas de uma questão terminológica, mas de poder assumir preceitos teóricos

que expandam esse estreito caminho que não permite o lago escoar. Explico-me: como explicar métodos inventivos, a produção criativa de estratégias e técnicas terapêuticas a serviço de um cotidiano imprevisível, na lida com um objeto de bordas móveis, a partir de princípios tão afastados dessa realidade? Não é por acaso que o modelo clínico da medicina tradicional foi por tanto tempo responsabilizado por nossa fragilidade. Culpas externas, descompromisso interno, continuamos sem teorizar a técnica.

Continua a inconsciência sobre o fazer, o qual ocorre no secreto esconderijo dos consultórios, onde toda efervescência de investimento devotada à construção de uma prática útil para o cliente, e da qual muitos se beneficiam, deve ficar confinada.

Tal mal-estar, mesmo que não possa ser generalizado, parece começar a ser visto a partir do final da década de 80, com trabalhos como os de Millan, por exemplo, que permite a construção de um traço de identificação mediante o qual a clínica pode sair para respirar. Começa a ser possível mostrar a desconexão existente entre os princípios que norteavam os procedimentos clínicos e aspectos desse método órfãos de teorização. Sua dissertação, em especial, delata como a base móvel da subjetividade suporta a efetividade de todo instrumental técnico objetivo disponível para intervenção.

Os processos terapêuticos passam a se tornar objetos de investigação, matéria-prima para dar voz à técnica, materializando um desejo disciplinar intenso de conseguirmos estabelecer uma relação dinâmica entre teoria e técnica na construção de coerência entre princípios e métodos terapêuticos.

O descortinamento dos processos terapêuticos em fonoaudiologia, graças à assunção de referenciais epistemológicos que possibilitem trabalhar com esse material, por um lado, liberta a clínica fonoaudiológica de seu esconderijo, por outro, liberta, também, todas as incongruências de um fazer não refletido de um empirismo por vezes radical e inconseqüente.

Assombramo-nos com o acúmulo de “não saberes”. Já não há culpados externos e é imprescindível nos responsabilizarmos por nossos atos, desde a forma como nos apropriamos dos saberes alheios para explicarmos o que nos é próprio,

do ponto de vista do método científico, até o enfrentamento da fragilidade do saber específico, que, em nosso caso, demanda exercício profundo de reflexão e diferenciação no que se refere ao método clínico.

Felizmente, perdemos parte da ignorância. É possível saber que conheceremos sempre em parte e que esse saber que não se sabe sustenta o destino da produção de conhecimento.

Recolocada, portanto, em cena a subjetividade do paciente, resta-nos enfrentar como esse conceito se articula à nossa prática. Começo essa discussão tendo como premissa que objetividade não se contrapõe à subjetividade, pelo contrário, estão profundamente determinadas segundo o ponto de vista da psicanálise.

Refletir sobre esse conceito, a partir dessa teoria que sustenta outro método clínico, coloca-nos numa zona de tensão. O risco oferecido pela aproximação com a psicanálise nunca deve ser perdido, em função da elaboração de um método terapêutico fonoaudiológico que não venha transformar o singular desse ofício numa prática de aplicação teórica. Caso isso ocorra, estaremos contrariando princípios fundamentais da psicanálise que, segundo Herman (1997),

reúne disparidades e rompe coerências estabelecidas para fazer com que brotem formas novas de compreensão e novos recortes significativos do mundo. Em relação às ciências do homem, a psicanálise é, portanto, um instrumento de experimentação epistemológica, um jogo heurístico que às vezes abre uma região fértil para o pensamento alheio; outras vezes dá em nada. Este o risco inevitável.

Mesmo tomando todos os cuidados possíveis para não sairmos da posição de risco, em muitas situações, a alteridade pode ser apreendida como identificação letal e já não podemos ser; fusionados que ficamos no que do outro não nos diferencia, mas nos captura fora do risco da separação, evitando a constatação de que desse encontro apaixonado possam derivar experiências e descobertas muito distintas das que o motivaram inicialmente.

Embora Freud nunca tenha lançado mão do conceito de subjetividade em sua metapsicologia, como nos lembra Bolguese (1995), a subjetividade do homem freudiano é marcada pela dimensão biológica, nunca tomada como ulterior ou anterior a ela. A pulsão, “conceito que está entre o somático e o psíquico”, traz

a marca da humanidade, do que Freud denomina elevação da condição animal. Do instinto à pulsão, essa é a passagem fundamental para compreender a concepção de subjetividade, a qual se funda na clivagem da mente entre consciente e inconsciente.

Para Herman (1997), a subjetividade, o jeito de ser do sujeito, é marcada pelo desenvolvimento libidinal, ou seja, os sentimentos são a objetivação, são o que há de mais concreto na vida subjetiva:

em Freud, observamos que os sentimentos são a tradução do afeto que pulsa e vem incomodando a consciência, fazendo dizer ou calar, agir ou conter e nessa transação pode também transformar-se em sintoma. O inconsciente vai encontrando vias para vir à consciência, mas esse afeto que se move deve ser ouvido, há que encontrar guarida numa outra mente mais experiente em saber-se sentindo, ou seja, construindo sentidos para o sentir.

Nessa perspectiva, apoiada pela idéia de guarida, de permitir o refúgio, ou a construção de um encontro continente para a subjetividade do paciente, introduzo minha relação com Felipe.

Ele é trazido para a clínica pela mãe, que refere que, aos seis anos, não fala com estranhos, conversa raramente com o pai e com parentes mais próximos. No entanto, à mãe confia todas as suas palavras que, segundo ela, são poucas, erradas e ditas pela metade. Mas como ficam muito tempo juntos, pode interpretá-las e traduzi-las para o pai, embora diga que sabe tudo o que ele quer, mesmo que não fale. Os parentes e os amigos da escola haviam desistido de falar com ele, ficavam constrangidos com o seu silêncio-resposta. A professora do pré, que cursava havia um ano, nunca tinha ouvido sua voz, embora andasse bastante assustada com suas atitudes: vez ou outra virava a mesa, batia nos colegas e de maneira agressiva tentava controlar o andamento das atividades. Passado seu nervosismo, voltava para o seu canto, onde geralmente ficava e fazia os trabalhos como todos; no entanto, a mãe achava que pintava fora dos desenhos, precisava melhorar, já tinha seis anos, mas parecia “muito criança”, embora fosse demasiadamente “mandão”.

Em decorrência desses comportamentos, já fazia psicoterapia havia um ano e meio, também não falava com a psicóloga que optou, após seis meses de terapia

individual, pelo atendimento em grupo. Não havia sido realizado psicodiagnóstico, embora a profissional o tenha encaminhado ao neurologista, cuja avaliação foi a ausência de qualquer anormalidade.

Quando questionada sobre o desenvolvimento do filho, a mãe referiu que ele nunca teve problemas sérios de saúde, só resfriados e dores de garganta esporádicos; sempre comeu bem, sem dificuldades, além de dormir bem e sozinho desde bebê. Após falar sobre o sono de Felipe, demonstrou surpresa ao se dar conta de que ele nunca quis dormir na cama dos pais e que, nas raras ocasiões em que adoeceu, tentou persuadi-lo a dormir com eles, embora Felipe não conseguisse e sempre voltasse para sua cama. Lembrou-se de seu desenvolvimento motor, referindo-se ao filho como uma criança bastante autônoma:

Começou a andar com um ano aproximadamente, no entanto só ouvi suas primeiras palavras após os dois anos e meio, sempre com essas dificuldades. Ninguém é de falar muito em casa, mas, quando ele começou a falar errado, eu o pai vivíamos tentamos corrigir. Mas não adiantava, ele não repetia o jeito certo, só ficava bravo, como acontece ainda hoje. Entende tudo, escuta muito bem e talvez não fale pelo gênio ruim, ele é bravo, quer tudo do jeito dele. Acho que é para me irritar.

Mais adiante a mãe traz uma lista com as palavras que Felipe fala em casa.

Na primeira sessão, fui chamá-lo na sala de espera – Felipe levantou todo o corpo, menos a cabeça e seguiu assim em minha companhia. Apresentei-me e o levei até o armário que fica em outra sala, para escolher brinquedos. Apontou vários, escolhendo principalmente os de mais difícil acesso. Segui com ele para a sala de terapia, carregada de brinquedos.

Entre inúmeras corridas de carro, jogadas de damas, bingo e cara maluca, entre outras atividades, mas prioritariamente o jogo de damas, passamos alguns meses compartilhando sentidos sem palavras, desenvolvemos várias nuances de olhares com diferentes significados, gestos, posturas e alguns hábitos foram formatando nossos encontros. Tínhamos um jeito de ser em comum, construído pela negociação silenciosa entre os desejos dele e os limites da situação clínica marcados pelas minhas palavras.

Inicialmente, tentei fazê-lo falar, coloquei-o em contato com jogos cujas regras de funcionamento dependiam da fala, solicitei que pedisse, sugeri que

tentasse; no entanto, quanto mais eu lutava com o silêncio, maior era sua reclusão nele, meu desejo que falasse soava como insulto. Qualquer aproximação física ou abordagem visando observar sua região oral também parecia-lhe muito estranho, bem como comer em minha companhia.

Jogava para ganhar, seriamente compenetrado sem nenhum problema de ordem perceptual ou cognitiva, mostrava-se um exímio jogador e um sagaz sabotador das regras. Perder no jogo trazia-lhe forte indignação, ocorrendo o mesmo quando se aproximava o final da sessão: literalmente tentava virar a mesa ou apagava a luz, saindo abruptamente, deixando-me trancada na sala escura. Às vezes, negava-se a sair, colocava-se em frente da porta, mostrando-se forte o suficiente para me agredir, caso tentasse detê-lo.

Embora seja impossível analisar o funcionamento da linguagem, tomando como unidade de análise as palavras trazidas pela mãe e escritas da forma como ele falava, estas haviam sido retiradas da situação dialógica, estando portanto abstraídas do contexto que sustentava a articulação de sentido. No entanto, com o objetivo de averiguar a hipótese de que poderia haver uma dispraxia oral na base desse mutismo eletivo, já que as produções trazidas pela mãe se caracterizavam por alterações fonológicas do tipo redução, omissões fonêmicas e maior habilidade para vogais do que para consoantes, o que seria indicativo dessa patologia, encaminhei-o então para avaliação foniátrica. Recebi o seguinte laudo: “os dados obtidos até aqui indicam que existe dificuldade na praxis oral, mas pode ser manifestação secundária, pois o mutismo eletivo parece indicar algo além da dificuldade práxica, que está no quadro psicológico”.

Outra hipótese, mais tradicionalmente sugerida por um raciocínio clínico que abstrai a subjetividade, poderia ser, pelo seu quadro comportamental, o de atraso no desenvolvimento da linguagem atribuído ao dano cerebral mínimo, como descrito por Van Riper e Emerick (1997), quadro nosográfico ao qual haveria uma suposta lesão neurológica, embora não detectável por nenhum exame objetivo disponível. Essa nomenclatura permitiria a generalização do singular e não uma particularização dessas manifestações a partir de sua história, o que nesse caso não ajudaria em nada a intervenção terapêutica.

Posteriormente, numa conversa com a mãe, uma moça muito jovem e determinada, pedi que me falasse de si, para que entendesse a maternagem e o

lugar ocupado em seu imaginário por Felipe: “Era só eu de mulher e cinco irmãos, sempre fui agarrada no meu pai, que ficou inválido por acidente de trabalho. Manca de uma perna. Ele nunca teve boca pra nada, sempre foi bom. Não gosto da minha mãe, a gente quase não se vê”. Continua contando que, aos quatro anos, surpreendeu a mãe supostamente traindo o pai com o tio, ocasião em que foi terminantemente proibida de contar qualquer coisa para alguém. “Nunca contei isso para ninguém”. Chorou muito e rapidamente associou o problema de Felipe com o de um de seus irmãos, que é paciente psiquiátrico e sempre causou sérios transtornos no convívio doméstico. Aos dezessete anos, conheceu seu marido, na época em que ela fazia um curso profissionalizante, referindo que sempre gostou de estudar. Queria ser secretária. “Engravidei sem querer, sem saber, fiquei com medo, fui humilhada pelos meus irmãos, meu pai me acolheu, minha mãe não falou nada.” Em seguida, disse “Quando eu morri...”, e se corrige “Quando eu casei, meu sogro estava muito doente, meu marido era brigado com ele, já não se falavam há alguns anos mas fizeram as pazes antes dele morrer, é que ele explorava os filhos, eles trabalhavam muito e ele não pagava ninguém”. Quando Felipe nasceu, ganhou o nome do avô, que é o mesmo do pai.

Contou que o marido fala pouco e que ela também não conversa; achava que ele sabia o que era para fazer, não sem precisar falar, era enérgico embora gostasse dela e de Felipe; disse que ele não sabia fazer carinho. Nesse momento, identificou-se novamente com ele dizendo: “eu acho estranho fazer carinho, sempre fui muito fechada. Fico constrangida quando recebo visitas, ponho o café e fico esperando alguém falar”.

Disse também que Felipe convivia muito com o pai, embora só ultimamente tenha saído sozinho com ele; antes tinha medo, não saía sem ela de jeito nenhum. Disse que Felipe gostava de ajudar o pai a carregar tijolos para a construção. Lembrou-se que, logo que Felipe nasceu, passou muito mal, tinha dores e achou muito difícil cuidar do bebê, a sua cunhada foi quem a ajudou. “Não entendi nada, fiquei sozinha com ele e ele chorava muito, eu não tinha leite, não conseguia dar nenhum mês, tirava do peito e punha na mamadeira, depois secou”. Após o quarto mês pôde ficar sozinha com o bebê. Terminou a entrevista dizendo que: “fui vendo o amor dos outros pegando nele e fui pegando amor também”.

O que mais poderia fazer um terapeuta da linguagem nesse caso, senão esperar que a profusão de sentidos que habitava esse silêncio fosse escutada na transferência?

Seu poderoso silêncio impunha a mim o papel de adivinhadora de suas vontades e que ficasse imperativamente submetida ao seu não dizer. Oposto à apatia e à tristeza, havia um silêncio intenso e vigoroso, lugar de autonomia e de controle da norma, como se ele dissesse: “eu dito as regras”.

Após alguns meses, no início de uma das sessões, quando dirijia-me à sala, carregada com os brinquedos, Felipe trancou-se dentro da sala, deixando-me excluída do lado de fora. Bati na porta e ouvi sua voz dizendo: “Ãh, ãh”. Repliquei. “Não?” Disse que tinha umas encomendas para entregar. Ele abriu e fechou a porta, e a partir daí instaurou-se um jogo de encontrar e esconder. Ao ser surpreendido, deu gargalhadas, demonstrando estar muito feliz. Antes de vir procurar-me, precisava contar até dez: “um, oi, te, ato, inco, sê, sé, oto, nove, dé”. Percebo sua voz agudizada, embora nesse enunciado as marcas de entonação indicassem o apelo a que eu me escondesse. Surpreendi-me quando, ao me encontrar, tocou meu corpo e deixou-se tocar. Na sessão seguinte, pediu: “Esse aqui óh!”, abrindo e fechando a porta, mostrando como tudo começou. “ – Ah!”, respondi, “esconde, esconde”. Entrou embaixo da mesa e, propositadamente, fez de conta que não o estou encontrando. Imita barulho de “pum”, acho que tentando dar-me uma pista. Rimos juntos, entrei embaixo da mesa – uma situação propícia para fazer o exame dos órgãos fonoarticulatórios. Falei sobre a boca, seus barulhos – ele abriu, mostrei a dele, viu a minha, passamos a brincar com os sons e seus movimentos, estalos de língua, gargarejos, som de vento, de chuva, de filme de terror, de beijos e explosões... Não apresentava nenhuma alteração morfofuncional que pudesse justificar em parte as alterações articulatórias. Parecia estar diante de grandes descobertas. Tentou disfarçar o seu prazer, e eu percebi que tinha avançado muito enfrentando o perigo de se mostrar.

Felipe começou a ler e quis trazer o seu caderno do primeiro ano para eu ver. Mostra que identificava sílabas e conseguia relacioná-las formando palavras – p do pato – b de bola – t de tapete.

Costumeiramente, chegava à sessão calado, às vezes trazendo algo para me mostrar, sua coleção de figurinhas, sua carteira nova. Raramente iniciava um

diálogo, embora já pudesse responder às minhas questões, respostas lacônicas, mas que se abriam para interpretação. Permitia intervenção na forma quando não podia entender, repetia, interessava-se pelos meus movimentos articulatórios, buscava a pista motora, tentava se olhar no espelho e perceber a diferença entre os sons. Evitei abordagem direta da articulação. Ele oscilava entre observar e disfarçar seu interesse. Preferi interpretar seus enunciados, associando segmentos incompreensíveis a outros em que demonstrava conhecimento mais autorizado sobre o funcionamento da linguagem. Parecia que precisava ser avisado a respeito do que já sabe. A mãe referiu que em casa estava falando demais, às vezes até mandava que ficasse quieto, pois queria saber o nome de tudo e tentava contar o que fazia na sessão. Segundo ela, “ele disse que perguntou se você é casada, você não tem filho, que seu pai é pequeno. Ele fica fantasiando agora em voz alta, disse que você mora numa casa grande... Não consigo dar bola pra tudo, fala da fantasia – acho graça”. Na escola também tinha rompido o silêncio. No entanto, em sessão, parecia retroceder para o jogo, seu lugar de domínio e poder, nessa situação era quase proibido falar. Levei para a sessão livros de histórias, que ele ouvia, ouvia e, quando acabavam, abria o livro pedindo que recomeçasse. Raramente fazia comentários, mas no início das sessões surpreendia-o folheando um dos livros e ensaiando uma narrativa. Encorajava-o, solicitando que continuasse. Parece ameaçado e dizia: “Não ei, não ei, voe, voe conta”.

Novamente o silêncio, seu domínio e aparentemente minha impotência. Entre a submissão e o submeter, construímos um espaço de encontro: nesse jogo, Felipe pôde atentar para o funcionamento da linguagem, desfrutando dela em nossa relação.

Lembro-me de uma das últimas conversas que tive com a mãe, quando me disse que não confiava em ninguém.

Se a gente confia pode ser traído e isso já aconteceu comigo, eu gosto das pessoas, mas não sei tratar bem. E o Felipe é do jeito do pai, se fecha. E eu não consigo me entregar. O Felipe é igual a mim, ele tem um pouco do pai e um pouco de mim, coitado!

Poder reconhecer-se no filho e reconhecer-se a partir do sintoma dele moveu a mãe em sua relação com outro e com a linguagem. Falar sobre si parecia uma barreira que a mãe pôde vencer. Mostrou seu afeto, tratou-me muito bem,

contou-me muitos dos seus segredos e pôde compartilhar sua alegria por se descobrir desejosa em ter outro filho. Atribuo a isso à construção de intimidade com Felipe e a empatia com seu lugar de criança, frágil e silenciada e não de “gênio ruim”, provavelmente usando seus sintomas, principalmente o silêncio e a agressividade para se fazer entender ou para se defender de exigências desafinadas dos seus recursos.

Em outras conversas, trabalhei com a mãe mediante seu relato de diferentes situações de interlocução ocorridas entre ela e o pai, entre ela e Felipe e entre os três, temas relacionados ao sentido de falar, o que se falava, para quem se falava, como se falava, quem tinha a palavra e como essa era dada ou tirada, credibilizada ou desvalorizada quando não cumprida. Discutimos que a supervalorização da quantidade de palavras, em detrimento do trabalho para a construção dos sentidos pela interlocução, não estaria colocando em movimento a linguagem de Felipe, pois a hipercorreção provavelmente estagnava esse fluxo.

Ao colocar-se como intérprete nesse trabalho árduo da criança para mover-se no simbólico para além dos sintomas, o terapeuta da linguagem assume uma função interditória, dá sentido mas dá forma, domina as normas, inclui na cultura, ao mesmo tempo que restringe a exploração difusa, caótica e ininteligível, quando traz a regra, possibilita a conexão entre esses dizeres do sujeito e os sentidos que eles permitem construir, conexão por vezes reconfortante entre realidade externa e realidade interna.

A partir desse lugar, exercer uma ortopedia da fala revela-se uma tarefa impossível, fazer consertos nesses conteúdos desconectados sintaticamente e/ou fonética e fonologicamente incongruentes, abstraindo desses métodos o sentido que falar ou calar tem para o sujeito.

A relação terapêutica é o que há de mais subjetivo no método clínico-fonoaudiológico: a partir dela a transferência opera, tanto em relação aos pais, quanto em relação à criança. Esse entrecruzamento de dizeres norteia a escolha de estratégias terapêuticas e de todo o aparato técnico objetivo necessário à intervenção, priorizando procedimentos e estabelecendo um projeto terapêutico.

É portanto impossível separar o processo de aquisição de linguagem do processo de constituição do sujeito. Deste modo, o sintoma, mesmo que primariamente de etiologia orgânica, sempre carregará as marcas subjetivas do sujeito, estando, muitas vezes, os conflitos psíquicos ancorados nessa disfunção plausível

para o quadro patológico, ou seja, podendo-se pensar aqui numa sobreposição de sintomas. Mesmo as alterações orgânicas, das quais decorrem muitos sintomas na linguagem, sempre serão representadas e qualificadas a partir da relação com o outro. Desse modo, todo sintoma também produz efeito de sentido e, por isso, é linguagem.

Diferentemente do objetivo do método clínico psicanalítico, temos um compromisso com o sintoma, pois objetivamos, em nossa prática, que o sujeito possa prescindir dele, só que não a qualquer preço. Mesmo que o terapeuta não saiba, seu trabalho não se restringe ao ato mecânico de realizar a ortopedia da fala. Se esse trabalho provoca efeitos efetivamente terapêuticos, foi porque necessariamente a relação entre instâncias psíquicas foi flexibilizada, gerando a suportabilidade para a interdição da norma graças à generosidade técnica de uma escuta treinada para fazer vicejar o sentido.

Abdicando da ilusão de que podemos encontrar um lugar asséptico para agir, descontaminado da subjetividade do sujeito e da nossa, concluímos que tudo o que podemos conseguir objetivamente nos processos terapêuticos vai depender do quanto podemos detectar as variáveis subjetivas que operam na prática, e do nosso posicionamento diante delas.

Resumo

Este artigo pretende discutir a inexorável relação existente entre objetividade e subjetividade nos processos terapêuticos fonoaudiológicos, tanto no que se refere ao objeto desta prática quanto ao método clínico que a sustenta. Inicialmente o tema é abordado, mediante a demarcação dos limites do referencial clínico originário da clínica fonoaudiológica, a clínica médica, distinguindo duas abordagens possíveis do fenômeno patológico. Partindo da premissa que subjetividade e objetividade não se opõem na prática terapêutica na clínica da linguagem, os conceitos de: subjetividade, escuta e sintoma, provenientes da teoria psicanalítica, estarão parametrando o raciocínio clínico construído no estudo de caso, no qual será problematizada a função do terapeuta da linguagem.

Palavras-chave: *terapia fonoaudiológica, objetividade, subjetividade, método clínico, psicanálise e linguagem.*

Abstract

This article intends to discuss the inexorable connection between objectivity and subjectivity in speech and language therapeutic processes, referring both to the object of this practice and to the clinical method that supports it. Firstly, this matter is approached by means of demarcating the limits of the original clinical references in the speech therapy clinic – the medical clinic –, distinguishing two possible approaches to the pathological phenomenon. Starting from the premise that subjectivity and objectivity are not opposed in the therapeutic practice in the language clinic, concepts like: Subjectivity, Listening and Symptoms, originating from the Psychoanalytical Theory, will be the frame for the clinical reasoning that is built in a case study, in which the language therapist's role will be discussed.

Key-words: *speech therapy, objectivity, subjectivity, clinical method, psychoanalysis and language.*

Resumen

Este artículo tiene la intención de discutir la inexorable relación entre objetividad y subjetividad en los procesos terapéuticos fonoaudiológicos, ya sea respecto al objeto de esta práctica, ya sea respecto al método clínico que la sostiene. Empezamos a abordar el tema haciendo una demarcación de los límites del referencial clínico que ha dado origen a la clínica fonoaudiológica y la clínica médica, y haciendo una distinción entre dos abordajes posibles para el fenómeno patológico. Apoyados en la premisa de que subjetividad y objetividad no se oponen en la práctica terapéutica de la clínica fonoaudiológica, los conceptos de subjetividad, escucha y síntoma, originarios de la teoría psicoanalítica servirán de parámetro al razonamiento clínico construido en el estudio del caso, en el que se constituye como problema la función del terapeuta del lenguaje.

Palabras claves: *clínica fonoaudiológica, objetividad, subjetividad, método clínico, psicoanálisis, lenguaje.*

Referências bibliográficas

- BOUGHESE, M. S. (1997). *O progresso da psicanálise e os limites da clínica*.
Dissertação de mestrado. Programa de Psicologia Social, PUC-SP.
- FREUD, S. (1905/1989). "Tratamento psíquico (ou anímico)". *Obras Completas*,
vol. VII. Rio de Janeiro, Imago.
- HERMAN, F. (1997). *Psicanálise do cotidiano*. Porto Alegre, Artes Médicas.
- MURDOCH, B. E. (1997). *Desenvolvimento da fala e distúrbios da linguagem*.
Rio de Janeiro, Revinter.
- NASIO, J. (org.) (1989). *O silêncio em psicanálise*. Campinas, Papirus.
- VAN RIPER, C. e EMERICK, L. (1997). *Correção da linguagem*. Porto Alegre,
Artes Médicas.

Recebido em ago/00; aprovado em set/00



DESESQUECIMENTO: SOBRE A ESCOLHA DO MATERIAL CLÍNICO NA PESQUISA FONOAUDIOLÓGICA

Maria Claudia Cunha^{}*

Meados dos anos 80, e eu às voltas com a metodologia a ser utilizada em minha dissertação de mestrado. Já havia tomado algumas decisões: para discutir as noções de normal e patológico no campo fonoaudiológico, trabalharia com material empírico obtido por meio de entrevistas abertas com pacientes, pais e fonoaudiólogos. E os resultados seriam analisados qualitativamente, segundo o critério de convergências e divergências de opiniões manifestas pelos entrevistados.

Mas restava ainda uma questão: quem seriam os entrevistados? Em outras palavras – nas clássicas do discurso científico – como seria feita a “seleção dos sujeitos”?

* Fonoaudióloga, professora associada da Faculdade e do PEPG em Fonoaudiologia da PUC-SP.

Com essa dúvida, apresentei-me ao exame de qualificação, no qual me foi, objetivamente, sugerido que utilizasse minha subjetividade como critério. A idéia era que eu buscasse esses “sujeitos” no arquivo das memórias da minha experiência profissional.

Assim, dediquei-me ao exercício do desesquecimento. Quem eu gostaria de ouvir? Feitas as escolhas, passei para a etapa seguinte: será que essas pessoas se disporiam a falar? De suas disponibilidades ou recusas, pensei, seria possível aferir a fidedignidade dos “dados”, apesar da forma heterodoxa.

Com a aceitação unânime dos convites, o trabalho foi se desenvolvendo numa perspectiva epistemológica em que a possível neutralidade da pesquisadora e a dicotomia sujeito-objeto do conhecimento estavam descartadas.

Naquele momento, a polêmica questão do estatuto científico da fonoaudiologia traduzia-se por uma autocrítica generalizada: a de que os fonoaudiólogos eram incapazes de teorizar sobre suas práticas. Daí um misto de inveja e subserviência às áreas afins, como a lingüística, a psicologia, a medicina (a rigor, a biologia), às quais caberia pensar, enquanto que a nós caberia fazer – tarefa de “segundo escalão”.

Foi necessário um tempo histórico para ressignificar esse pressuposto, para desconstruir a idéia de uma relação hierárquica entre teoria e prática fundada na primazia da objetividade teórica sobre a subjetividade dos atos clínico-terapêuticos.

Em outras palavras: foi preciso assimilar a diferença conceitual entre método científico e método clínico, o primeiro como o caminho para se produzir teorias, o segundo como uma forma de ação que se articula indissociavelmente com elas. E, assim, admitir que, se desejássemos estabelecer alguma hierarquia no campo clínico-terapêutico, esta deveria ser expressa pela supremacia da prática sobre as teorizações, e não o contrário. E para tal, o critério não seria de valoração, mas de continência, a saber: para agir, o fonoaudiólogo necessitaria de teorias e de técnicas.

Nessa dinâmica, viabiliza-se a produção de conhecimentos, o que nos remete à temática central deste artigo: como selecionar o material clínico a ser utilizado na pesquisa fonoaudiológica? Assumindo a perspectiva de que dele partimos, e a ele retornamos com nossas formulações teóricas é que sugiro essa

reflexão. Ou seja, não pesquisamos para aprender a pesquisar, mas por nos depararmos com algum vazio no encontro com nossos clientes. Winnicott (1989, p. 10) diz melhor: “a existência do vazio é o estímulo para o trabalho. O cientista pode se permitir uma espera e se permitir ser ignorante”.

Iniciei com o relato de uma experiência pessoal para ilustrar a idéia de que o conhecimento científico produzido num campo clínico é, a um só tempo, objetivo e subjetivo porque resulta de uma relação, de um vínculo interpessoal. Assim, ele sempre revela uma dupla face: a que fala do objeto de estudo e a que fala do sujeito que dialoga com ele.

Dito isso, insisto no aspecto fundamental dessa reflexão: quando nos propomos construir um objeto de pesquisa, esse processo se inicia com algumas perguntas sobre a realidade. Para exemplificar, novamente, vou referir-me à minha trajetória. No mestrado, indagava sobre a conceituação de normalidade e patologia quanto aos problemas da linguagem; no doutorado, sobre a relação dos mesmos com o funcionamento psíquico. Ora, essas perguntas não ocorrem, necessariamente, somente a um fonoaudiólogo; até mesmo um leigo pode formulá-las, na medida em que todos nós compartilhamos conhecimentos sobre o mundo.

A mãe de um cliente nos diz que só agora resolveu buscar a nossa ajuda porque achava que até certa idade aquelas “trocas de letras para falar” eram normais... O paciente afirma que gagueja quando fica nervoso, afirmando ter “problemas psicológicos”... Nos dois casos, não estamos diante de fatos “reais”, mas de interpretações sobre os mesmos.

Então, o que leva o pesquisador a recortar na sua experiência clínica este ou aquele material e elegê-lo como objeto de investigação científica, com vistas a buscar explicações para além do que todo o mundo já sabe?

Se, como venho afirmando desde o início, essas escolhas não são neutras, seria contraditório que eu me arvorasse agora a categorizá-las. Portanto, vou ater-me à análise de aspectos suficientemente amplos que configuram opções metodológicas.

Para tal, é preciso fazer mais uma aferição conceitual, a saber: a distinção entre as instâncias clínica e clínico-terapêutica no campo fonoaudiológico. A primeira resulta da adoção do método clínico que, como já foi dito, constitui-se

numa forma de agir que articula teoria(s) e técnica(s). A segunda pressupõe a adição de um terceiro elemento: o *setting*, conjunto de parâmetros têmporo-espaciais no qual se construirá a relação terapêutica.

Nesta perspectiva, afirmo (já computando possíveis discordâncias) que todo fonoaudiólogo é um clínico, dada a sua formação acadêmico-profissional. Mas nem todos optam por ser terapeutas. E isso, certamente, não implica qualquer tipo de valoração de uns em relação aos outros.

Explícito: assessorar um grupo de teatro na preparação vocal, fazer avaliações audiológicas, proceder às chamadas “triagens escolares”, visando detectar problemas de linguagem, etc., são atos clínicos. E deles podem até brotar processos terapêuticos, caso clientes e clínicos decidam por isso.

Ilustro minha última afirmação com uma lembrança familiar. Há alguns anos, meu avô – criatura terna embora de gênio indomável – acatou a minha insistente sugestão de submeter a compra de seu próximo aparelho de amplificação sonora à orientação de uma colega fonoaudióloga da maior competência.

Portador de uma progressiva perda de audição desde a adolescência, nos últimos tempos e após muita resistência, tinha capitulado ao uso do aparelho, o qual, sistematicamente como era do seu feitio, sempre adquirira por meio dos serviços convencionalmente prestados pelos fabricantes.

Passou, então, a frequentar o consultório dessa colega com a frequência e a regularidade necessárias ao procedimento. Confesso que me surpreendi com a disponibilidade e a motivação com as quais ele ia ter com a “doutora” (sic). Terminado o processo de indicação, relativamente longo, dadas as dificuldades técnicas enfrentadas, deu-se o encontro final, já que o aparelho estava cuidadosamente adaptado.

Ocorre que, para o meu avô, o processo não estava absolutamente concluído. Propôs à “doutora” que continuassem marcando as sessões, pois achava que as conversas com ela lhe faziam muito bem e lhe possibilitavam melhoras na comunicação com as outras pessoas. Uma demanda terapêutica estava instaurada.

Contudo, habitualmente, nem as demandas terapêuticas emergem dessa forma, isto é, a partir de uma intervenção clínica específica, nem essas intervenções objetivam tal continuidade, nem os processos terapêuticos são incompatíveis

com elas. E o campo fonoaudiológico tem amplitude suficiente para acolher ambas as instâncias, onde os desejos de profissionais e clientes têm lugar (também em ambas).

Marcadas as noções de métodos científico e clínico, e de instâncias clínica e clínico-terapêutica, podemos voltar à proposta específica desta reflexão.

Nas pesquisas de natureza essencialmente clínica, parece-me que o conhecimento produzido deve atender ao princípio da generalização, entendida aqui como possibilidade de compartilhá-lo e replicá-lo no tempo e no espaço. E não vejo porque temê-la em nome de preconceituosos e ingênuos argumentos anti-cientificistas.

Se assumirmos, de fato, o dualismo objetividade-subjetividade como indissociável do ato clínico, não há porque insinuar o caráter “dessubjetivado” de um certo tipo de pesquisa fonoaudiológica.

Aqui me refiro especificamente aos trabalhos que dão ao material clínico um tratamento quantitativo e, no limite, estatístico, no qual, aparentemente, os sujeitos de pesquisa diluem-se em gráficos e tabelas. Dependendo, isto sim, da postura epistemológica e ética do pesquisador, esses mesmos sujeitos se re-encarnam mais adiante ao alimentar as bases teóricas do método clínico; este sim sempre a serviço de um outro que, cotidianamente, nos expõe a singularidade da sua dor.

São estudos dessa natureza que nos apontam, por exemplo, para os benefícios do consumo de água para a saúde vocal e para a elaboração de procedimentos para a detecção precoce dos problemas da audição. Enfim, para o aprimoramento do método clínico fonoaudiológico, criando e rompendo paradigmas.

Porém, pensemos agora numa outra dimensão dessa clínica, a saber, a da experiência terapêutica. Com isso, não pretendo opor grandes experiências a pequenas, no caso construções teóricas baseadas numa multiplicidade de casos submetidos a um tratamento quantitativo *versus* aquelas formuladas por um caso único. Esse impasse não me parece pertinente a um campo clínico como a fonoaudiologia.

O fato é que um terapeuta teoriza a partir de uma experiência relativamente restrita e, mais uma vez, não estamos tratando de hierarquizações. Isso equivaleria a

uma espécie de representação megalomaníaca de que a ciência tem que ser universalizada. A ciência é um campo, um recorte particular de objetos, e os cientistas criam seus grupos de intercâmbio, de interlocução, em que sua experiência diz alguma coisa. (Birman, 1994, p. 24)

Disto decorre também a não oposição entre verdadeiro e falso. A experiência vivida numa clínica da linguagem não nos permitiria tal postura, na medida em que o material empírico produzido pelo par terapêutico é sempre um conjunto de representações. Ao se acomodar entre dois pólos, o intersubjetivo e o intrapsíquico, esse material, essencialmente dialógico, torna-se irreduzível a esse tipo de classificação.

Assim, quero sustentar o argumento de que, logo ao recortar da experiência terapêutica o material que será utilizado para pesquisa – seja um caso ou fragmentos de vários casos clínicos – o fonoaudiólogo assume um lugar de intérprete, já atuando, portanto, num foco de tensão entre a empiria e a arbitrariedade.

Essa idéia se inspira em Birman, a propósito do campo psicanalítico, naquilo que o autor chama de um certo estilo de falar “por lapsos... Numa experiência de ordem ética e estética, exatamente porque deve produzir um estilo singular” (1997, p. 27).

Nessa perspectiva, vale dizer, a própria escrita clínica é, em si mesma, um exercício terapêutico. Isto porque possibilita ao terapeuta a lida com conteúdos contratransferenciais, a saber, o conjunto de suas reações inconscientes, particularmente em relação aos conteúdos transferenciais do cliente.

Além disso, é desejável que esse texto produza algum efeito no leitor, algo da ordem do indizível, que lhe permita ressignificá-lo. Assim, a literalidade dá lugar à polissemia, reiterando a natureza subjetiva do material dialógico construído pelo par terapêutico.

Resta ainda tocar num aspecto que considero intrigante. Como já foi dito, é do universo de nossa experiência que recortemos material clínico para a pesquisa. Quando esse material remete a processos terapêuticos, podemos afirmar

que se trata de experiência ampla, embora nem sempre quantitativamente “grande”. Insisto nesse ponto, a partir também de minhas experiências acadêmicas: não é raro deparar com pesquisas relevantes desenvolvidas por terapeutas pouco experientes.

De qualquer forma, persiste a questão: qual o material a ser privilegiado? O que melhor ilustra e sustenta as formulações teóricas enunciadas? O que sugere novas indagações? Aquele sobre o qual dispomos de registros mais sistematizados?

Acho que todas essas perguntas ocorrem ao pesquisador em busca de seu procedimento. Mas, gostaria de chamar atenção para o seguinte: a) faz diferença escolher material relativo aos clientes já atendidos ou em atendimento? b) é necessário dispor da materialidade de registros (gravações em cassete e/ou vídeo, anotações escritas)?

Junto as duas indagações para formular uma terceira: no que consistiria a memória do terapeuta? E, para tal, proponho uma reflexão a propósito da escuta terapêutica.

O fonoaudiólogo de “duas orelhas”, como já me referi em trabalho anterior, ouve a palavra com uma e escuta seus sentidos com a outra. E agora adiciono mais um elemento a esse processo: ouve/escuta tanto melhor quanto menor for a sua preocupação em lembrar-se.

Sendo assim, um cliente não equivaleria à classificação tradicional de “sujeito de pesquisa” a ser “observado”, nem a análise da relação terapêutica poderia restringir-se aos registros “desencarnados” para posterior análise.

Portanto, recordar-se da própria experiência é, ao meu ver, critério essencial e, dito nos cânones do discurso científico, altamente fidedigno. É na atemporalidade dessas lembranças e nas marcas dos afetos que elas carregam que podemos também justificar nossas escolhas. O que não exclui, necessariamente, a utilização das variadas formas de registros; recursos compatíveis com a natureza longitudinal dos processos terapêuticos, que nos auxiliam a ressignificá-los e/ou compartilhá-los profissional e academicamente.

Mas, o que de fato importa é que, ao pesquisar, o terapeuta não deve ceder à tentação de querer saber tudo: nem sobre o cliente, nem sobre si mesmo. Ambos, desesquecendo-se, produzem conhecimento humano da melhor qualidade.

Resumo

Considerando, e explicitando, as diferenças entre as noções de método científico e de método clínico, e também entre as instâncias clínica e clínico-terapêutica, este artigo parte do pressuposto de que o conhecimento científico produzido num campo clínico emerge de um vínculo interpessoal: a relação terapêutica. Assim, recordar-se da experiência vivida com seus clientes é critério essencial e fidedigno a ser utilizado pelo terapeuta na seleção de material clínico para a pesquisa.

Palavras-chave: objetividade, subjetividade, clínica.

Abstract

By considering and explaining the differences between the notions of scientific method and clinical method, and also between the clinical and clinical-therapeutic spaces, this article assumes that the scientific knowledge produced in a clinical field emerges from an interpersonal link: the therapeutic relationship. Thus, recalling the experience lived with his/her patients is an essential and reliable criterion that must be used by the therapist in the selection of clinical material for research.

Key-words: objectivity, subjectivity, clinical.

Resumen

Considerando y explicitando las diferencias entre las nociones de método científico y método clínico; y también entre las dimensiones clínica y clínico-terapéutica, el presente artículo parte del supuesto de que el conocimiento científico producido en un campo clínico surge de una vinculación interpersonal: la relación terapéutica. Así, al recordar la experiencia vivida con los pacientes tenemos un criterio esencial y fidedigno, que puede ser utilizado por el terapeuta para la selección de material clínico para la investigación.

Palabras claves: objetividad, subjetividad, clínica.

Referências bibliográficas

- BIRMAN, J. (1994). A clínica na pesquisa psicanalítica. *Psicanálise e Universidade*. Atas do 2º Encontro de Pesquisa Acadêmica em Psicanálise do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, PUC-SP.
- WINNICOTT, D. W. (1989). “Psicanálise e ciência: amigas ou parentes?”. In: _____ *Tudo começa em casa*. São Paulo, Martins Fontes.

Recebido em ago/00; aprovado em set/00



ONDE ESTÃO OS SINAIS?

Henrique Olival Costa *

A correta leitura dos eventos ocorridos e a conseqüente compreensão do porvir são algumas das qualidades mais vitais encontradas no ser humano. A suposta previsibilidade, inerente à evolução dos fatos, propõe uma ligação estreita entre passado, futuro e presente, como se os mecanismos sub-reptícios da Natureza pudessem, ao serem lidos, indicar seus próximos passos.

Esta crença na previsão de eventos tem pautado a atividade dos que se interessam em estudar e ajudar os seus semelhantes, desde a época de Newton e Laplace, quando o “deus-engenheiro” pautava a filosofia mecanicista do Universo.

O “Universo-máquina” cria o “homem-autômato” que passa a ser o Homem a ser compreendido.

* Professor assistente doutor da Faculdade de Fonoaudiologia e do PEPG em Fonoaudiologia da PUC-SP. Professor adjunto e chefe do Setor de Laringologia do Departamento de Otorrinolaringologia da Irmandade de Misericórdia da Santa Casa de São Paulo.

As palavras de Laplace (in Dupuy, 1994) são significativas quanto a essa tendência:

Uma inteligência que, para um dado instante, conhecesse todas as forças de que está animada a Natureza, e a situação respectiva dos seres que a compõem e se, além disso, essa inteligência fosse ampla o suficiente para submeter esses dados à análise, ela abarcaria na mesma forma os movimentos dos maiores corpos do Universo e o mais leve átomo: nada seria incerto para ela, e tanto o futuro como o passado estariam presentes...

Muitas vezes encontramos relatos de pessoas capazes de ler as entrelinhas dos caprichos da Natureza: sertanejos que prevêm chuva no Nordeste, pescadores com faro de tempestade nos Açores, e mesmo os populares “leitores” de movimentos sociais, políticos e econômicos nas telinhas da TV. Nossos telejornais diários são exemplos de nossa sanha por videntes que não tenham apelo religioso ou sobrenatural, mas sim projetem suas visões a partir do apelo secular da experiência e vivência pessoais.

Todos, por alguma razão, apegam-se a sinais, nem sempre ortodoxos ou habituais, mas que de alguma maneira podem ter significado preciso ou um vínculo “seguro” com os eventos futuros (Jupiassu, 1999).

Na nossa prática clínica, na procura de pistas que norteiem os passos a serem dados, atiramo-nos à cata de informações confiáveis, que representem o estado do indivíduo que procura ajuda.

Para tanto, temos uma gama de possibilidades a escolher. Dentre elas a mensuração instrumental, que vem evoluindo desde o astrolábio e o telescópio e que, ao se voltar para o ser humano, atinge o seu zênite na capacidade de “enxergar” dentro do corpo humano à procura do significado de suas relações moleculares.

Hoje podemos visualizar as ondas elétricas neurais, que nos ensinam como trafegam as ondas sonoras da audição, seguir a distribuição de hemoglobina pelos órgãos parenquimatosos, mensurar a quantidade desta ou daquela substância que se acumula neste ou naquele setor corporal, perceber as diminutas vibrações da mucosa das pregas vocais em nossa sanha por falar e, quem sabe, o que mais virá?

A Medicina se une a outras disciplinas e áreas de interesse do Homem e exclama, maravilhada: “Matamos a charada! Podemos descrever pormenorizada-mente cada uma das atividades orgânicas. Em pouco tempo a receita para a construção de um homem, no papel, estará desenvolvida!”. Será?

Quando pensamos nessa evolução, questionamos se, após tantas décadas de desenvolvimento científico, alcançamos a habilidade de perscrutar o ser humano de maneira a conhecê-lo fielmente e poder oferecer-lhe ajuda (Horgan, 1998).

Bachelar, ao ser perguntado, em uma espirituosa entrevista oferecida ao jornal *Le Monde*, anos atrás, se sua experiência filosófica fornecia informações suficientes para desenhar a natureza humana, respondeu que entendia ser o Homem semelhante a uma casa de três andares: o andar de convívio, onde a maioria das tarefas diárias é consumada e que expressa a face trivial do morador; o porão, onde se encontram as ferramentas e instrumentos para suas atividades mais modificadoras e empreendedoras, mas que raramente é visitado na rotina diária e, finalmente, o sótão, onde estão guardadas as lembranças, desejos recônditos e expectativas, e que só recebe o morador em seus momentos de introspecção. É sua imagem no espelho, construída em pequenos fragmentos de memória.

Encarando o ser humano desta maneira, percebemos nitidamente que temos tocado muito pouco e, apenas, o andar de convívio, deixando de lado os demais.

A questão do instrumentalismo científico e sua conseqüente repercussão nas ciências da Saúde podem ter suas disputas neste pensamento de casa de três andares. O quanto representa a mensuração de um sinal nesse grande *iceberg* imerso em águas profundas que é o ser humano?

Ao lermos as idéias de Damazio, passamos a refletir sobre o assunto de um ponto de vista menos universal e nos pegamos em uma cilada filosófica: conseguiria a agulha que marca o eletrocardiograma captar o júbilo ou o ressentimento do indivíduo perante sua atividade elétrica cardíaca?

Nas palavras de Damazio (1999): “Não importa se experimentado ou observado, *pathos* é um subproduto da consciência, assim como o desejo”. Para ele, tudo depende da vivência e, portanto, da conscientização quer do observado, quer do observador. Neste ponto, o autor define o que considera objeto e o que pensa ser imagem.

Por objeto quero dizer entidades tão diversas quanto pessoa, lugar, melodia, dor de dente...; por imagem quero dizer um padrão mental de qualquer modalidade sensorial, por exemplo, imagem sonora, tátil ou de bem-estar. Estas imagens compreendem aspectos das características físicas do objeto e podem também traduzir a reação de gostar ou não, aos planos que alguém pode formular para ele, ou a teia de relações que o objeto estabelece no meio de outros.

O homem se torna presente e o instrumento não é mais uma ferramenta que trabalha, objetiva, sob sua vontade. No real, muitas vezes o instrumento pode cumprir vontades e expressar a subjetividade do próprio criador.

Na antiga Grécia, Protágoras insistia que “O homem é a medida de todas as coisas”, estabelecendo os princípios do humanismo e relativismo (Morin, 1987). Não queremos pleitear um lugar supremo ao subjetivismo na investigação ou diagnóstico clínico, apenas orquestrar um pequeno motim informal da ditadura imposta pelos resultados da mensuração instrumental *vis-a-vis* da impressão clínica.

Chegado o momento de fechar as contas do que foi investido na Saúde e em que conseguimos chegar, apercebemo-nos de que a Revolução Científica que desembocou no positivismo nos ofereceu uma enorme e magnífica capacidade de compilação de dados orgânicos, quantificando nossas ações e economia interna. Entretanto, tem se mostrado frágil na apreensão da maioria dos aspectos que representam o “ser” humano (Prigogine, 1997; Ruelle, 1993).

Koyre (in Jupiassu), em seus *Etudes newtoniennes*, refere-se ao positivismo dizendo:

Ela (ciência moderna) fez isso substituindo nosso mundo das qualidades e de percepções sensíveis, mundo no qual vivemos, amamos e morremos, por um outro mundo de quantidade, de geometria deificada, mundo no qual, embora haja lugar para toda coisa, não há lugar para o homem. Assim, o mundo da ciência – o mundo real – afastou-se e separou-se inteiramente do mundo da vida, que a ciência foi incapaz de explicar – mesmo uma explicação dissolvente que dela faria uma aparência “subjetiva” (...). É nisso que consiste a tragédia do espírito moderno que “resolve o enigma do Universo, mas somente para substituí-lo por um outro: o enigma de si mesmo”.

Serres, em seu *A lenda dos anjos* (1995), comenta o papel do intermediário no tráfico de informações. Considero pertinentes suas colocações no momento em que desejamos compreender o real papel da instrumentação e mensuração dos atributos humanos pela máquina.

Em sua meditação sobre o intermediário usa a metáfora do vitral:

Humilde, fiel, a vidraça deixa passar os raios do dia... ou o desenho trabalhado, as cores, a beleza do vitral mudam, como um prisma, a luz branca do Sol no espectro exposto de sua secreta composição. O tema tratado no vitral evoca a mesma questão do intermediário: muito brilhante, pode interceptar a mensagem; discreto, impede que seja ouvida. Deve aparecer ou desaparecer?

Todo instrumento tem seu tutor, seu criador, com seus pontos de vista, seus credos e conceitos pessoais. Até quanto o instrumento se presta por vidraça? Quanto da mensagem proveniente do sujeito estudado vem dele, sujeito, e quanto da informação é gerada ou obstruída pelo mecanismo instrumental. Serres ainda comenta, “o representante pode fazer-se passar pela autoridade que o investiu”. Seria o instrumento a imagem do observado ou de seu criador/observador?

Olhando para trás nos surpreendemos. O positivismo racional, que gera e cria nossa segurança na objetividade científica, acaba por estar recheado de subjetividade escondida atrás de parafusos e porcas que, por serem dificilmente questionáveis (onde estão o médico, o fonoaudiólogo ou psicólogo engenheiros?), passam a ser dogmas absolutistas.

Resumo

A dificuldade em descrever fenômenos humanos visíveis ou não levanta a questão de nossa capacidade em quantificar atividades relativas ao curso fisiológico da vida. A busca de objetividade a todo custo dissipa uma questão maior que compreende a representação do real em resultados numéricos. Este texto procura transitar pela figura da subjetividade na elaboração e auferição de sinais biológicos e seu impacto sobre o nosso entendimento da realidade.

Palavras-chave: *subjetividade, instrumentação, diagnóstico.*

Abstract

The inherent difficulty to describe human phenomena, being them visible or not, raises the question of our ability to quantify activities related to the physiological flow of life. The search for objectivity at all costs dissipates a much greater question that involves the representation of reality in numerical results. This text focuses on the figure of subjectivity in the elaboration and measurement of biological signals and its impact over our understanding of reality.

Key-words: *subjectivity, instrumentation, diagnosis.*

Resumen

La dificultad en describir los fenómenos, visibles o no, levanta la cuestión de nuestra capacidad de cuantificar actividades relativas al curso fisiológico de la vida. La obstinación en la búsqueda de objetividad disipa una cuestión mayor que comprende la representación de lo real en resultados numéricos. Este texto focaliza la subjetividad en la elaboración y mensuración de señales biológicas y su impacto sobre nuestro entendimiento de la realidad.

Palabras claves: *subjetividad, instrumentación, diagnóstico.*

Referências bibliográficas

- DAMAZIO, A. (1999). *The feeling of what happens*. Nova York, Verlag.
- DUPUY, J. (1994). *Na origem das ciências cognitivas*. São Paulo, Unesp.
- JUPIASSU, H. (1999). *A paixão da ciência*. São Paulo, Letras e Letras.
- HORGAN, J. (1998). *O fim das ciências*. São Paulo, Companhia das Letras.
- MORIN, E. (1987). *O método. A natureza da Natureza*. São Paulo, Publicações Europa-América.
- PRIGOGINE, Y. (1997). *A nova aliança*. Brasília, UnB.
- RUELLE, D. (1993). *O acaso e caos*. São Paulo, Unesp.
- SERRES, M. (1995). *A lenda dos anjos*. São Paulo, Aleph.
- FURREZ, G. (1994). *A construção das ciências*. São Paulo, Unesp.

Recebido em ago/00; aprovado em set/00



O DIAGNÓSTICO NAS ALTERAÇÕES DA LINGUAGEM INFANTIL

*Regina Maria Freire**

Falar sobre diagnóstico em alterações de linguagem, tanto em adultos como em crianças, implica levantar questões que, por anterioridade, reclamam um dizer. A fonoaudiologia oferece ao pesquisador, que se propõe a circunscrever os limites de sua dimensão clínica, uma multiplicidade, apenas aparente, de fazeres clínicos. Eu diria aparente porque a sua divisão artificial naquilo que se nomeou de especialidades não se assenta sobre os princípios estruturais da clínica. Convido os leitores a revisitar alguns conceitos teóricos que norteiam o diagnóstico na clínica infantil e, obrigatoriamente, refletir sobre o papel dos pais. De um lado, a afirmação corrente de que a clínica fonoaudiológica é heterogênea e imprevisível tem levado alguns a crer em uma singularidade impossível de ser contida. Já seu oposto, a crença em uma homogeneidade de práticas encapsuladas em quadros nosológicos vem desencadeando uma série de divisões que, ao que parece, não

* Fonoaudióloga, doutora em Psicologia da Educação, professora do PEPG em Fonoaudiologia, PUC-SP.

será contida tão cedo. Penso que a heterogeneidade da fonoaudiologia para uns e sua homogeneidade para outros podem ser contidas em dois fazeres clínicos advindos de sua filiação a dois paradigmas, opostos entre si e excludentes.

Há uma clínica que nomearei clínica da Objetividade, que funda a fonoaudiologia e marca seu primeiro tempo de existência. As ações estruturais desta clínica se identificam àquelas reconhecidas como próprias do ato médico. Seu ato inaugural é o diagnóstico. Este nos remete à busca das causas que levaram a uma mudança de estado que gera efeitos indesejáveis. O diagnóstico coloca em cena dois objetivos. O primeiro – a *observação* – pressupõe uma semiologia ou seja, destina-se a determinar a natureza de uma afecção ou uma doença. O segundo – a *classificação* – permite localizar um estado patológico no quadro de uma nosologia. Portanto, o diagnóstico no campo da medicina e, conseqüentemente, da fonoaudiologia, assemelhada a este paradigma, é etiológico e diferencial. Seu sentido está em poder estabelecer um prognóstico e dirigir a definição de um tratamento ou, em última instância, ser um norteador da cura. Vejamos esta clínica sob a ótica do papel que é atribuído aos pais, circunscrevendo-a à clínica de crianças. Falar sobre o sintoma do corpo exige apenas informações sobre o funcionamento desse mesmo corpo, pois os pais, a princípio, não estão envolvidos na formação desse sintoma. Esta criança, vista pela ótica do desenvolvimento, será pensada como um corpo biológico que obedece a um plano maturacional. Será esta a concepção de sujeito que norteará a elaboração da chamada investigação anamnésica. A queixa trazida e relatada pelos pais será objeto, ainda, da investigação armada. Nesta, serão pesquisados os sintomas clínicos, agora sob a luz de instrumentais de alta sofisticação tecnológica destinados a dar transparência a um corpo percebido, inicialmente, pelo toque e pelo olhar. O objetivo final – o diagnóstico – é passo essencial para o estabelecimento do tratamento e do prognóstico. Nesta clínica, o que importa da linguagem é sua corporalidade, ou seja, como o falar pode indiciar um funcionamento qualquer do corpo. O raciocínio que atravessa a elaboração do diagnóstico é linear, ou seja, pretende o restabelecimento de uma relação causa-efeito para, a seguir, rompê-la por meio do tratamento. Neste momento, os pais são chamados à participação, uma vez que da atuação deles pode depender o sucesso do tratamento medicamentoso ou fonoaudiológico. Também é sob essa ótica que é instaurada

a prática da orientação. Orientar quer dizer guiar, dirigir, encaminhar, mostrar. Seu objetivo pode ser a prevenção ou, em muitos casos, uma demanda pelo auxílio dos pais no encaminhamento de certa terapêutica.

Centrando o olhar na fonoaudiologia, reconheceremos em seus procedimentos clínicos: a anamnese ou a entrevista, o exame circunscrito a uma parte do corpo, o diagnóstico ou a avaliação e a proposta de atendimento – atos clínicos filiados ao paradigma da Objetividade. Nesta clínica, até a investigação armada vem se desenvolvendo paralelamente ao progresso tecnológico da medicina: hoje pode-se mensurar a qualidade do som vocal ou mesmo o tônus de músculos do sistema estomatognático por meio de aparelhos sensíveis que traçam curvas-padrão e curvas desviantes para distinguir o normal do patológico. Em suma, há uma remissão dos sintomas da voz, da fala e da linguagem a um funcionamento biológico e, conseqüentemente, a quadros nosológicos construídos no âmbito do raciocínio da medicina. O atendimento fonoaudiológico, embora não cirúrgico ou medicamentoso, persegue objetivos semelhantes aos da clínica médica – restabelecer o estado de normatividade do corpo biológico. Dos pais da criança em atendimento, espera-se, nesta clínica dita da Objetividade, colaboração. Daí a adoção sistemática de uma forma de atuação junto aos pais chamada de orientação. Esta prática, apesar de antiga, ainda é muito usada nos dias de hoje. Ela ocorre em berçários, consultórios e escolas das mais diversas formas, seja aos pacientes ou aos pais dos mesmos. Segundo Millan (1993), a orientação, na clínica fonoaudiológica, acontece em dois momentos. Num primeiro, a mãe – como informante ideal – é chamada para “receber verdadeiras aulas sobre a doença de seu filho”, ou seja, a orientação volta a atenção da mãe relativamente às informações que ela pode armazenar para um “novo tipo de contato” com seu filho. Num segundo momento, a mãe é convidada a participar das sessões terapêuticas, assistindo-as a fim de poder aprender o quê e como agir com seu filho. Essa conduta é característica do discurso pedagógico, uma forma de discurso autoritário em que a reversibilidade tende a zero. O discurso pedagógico é afiliado ao discurso do poder, no qual há aquele que sabe, que ensina, e aquele que não sabe, que aprende. Se não aprende, desafia aquele que se propõe a regulamentar,

a arbitrar um funcionamento. Daí a rotulação de difícil para nomear uma família que escapa ao cumprimento de um papel que lhe é imposto pelo outro – o agente da orientação.

Mas deixemos de lado, por hora, a orientação como forma de inclusão dos pais no tratamento da criança, para concluirmos nossa reflexão sobre a chamada clínica da Objetividade. Como seu objetivo é a restauração de um estado anterior, seu fracasso ou sucesso está diretamente ligado ao alcance de metas propostas quando do diagnóstico. Nessa dimensão de clínica não está em cena a linguagem como subjetividade e sim sua função primeira: a comunicação. Esta é a razão porque se prioriza o termo comunicação quando a fonoaudiologia fala em seus distúrbios: há uma redução da linguagem a uma de suas funções. Comunicação coloca em cena o código e seus usuários.

O diagnóstico sofre outro tipo de interpretação quando toma a palavra a clínica psicanalítica. O deslocamento gerado pela mudança de objeto – do corpo para o psiquismo – pede uma outra técnica de investigação. O inconsciente encontra sua materialidade na linguagem invocando a escuta como técnica de investigação, pois o material clínico é verbal. Este carrega em si a questão do simbólico e traz consigo o enfrentamento da opacidade. Portanto, alça a escuta e a obrigatoriedade de se compreender o funcionamento da linguagem.

Contrariamente ao que vimos na clínica da Objetividade, nesta que será dita da Subjetividade, o que está em questão não é a criança como um vir-a-ser mas seu oposto: um ser desde sempre lá, mesmo antes de ser. Ou seja, quando o que se releva é a linguagem em seu funcionamento, não há como escapar da noção de estrutura. Portanto, a idéia de desenvolvimento dá lugar a uma abordagem estrutural do sujeito. Sob essa perspectiva, a criança é concebida como posição que ocupa no interior da estrutura discursiva familiar, e não mais como etapa do desenvolvimento. Nesse sentido, a especificidade da clínica de crianças se apresentará pela implicação dos pais em seu atendimento. Isto porque, como salienta Faria (1998), a estrutura das chamadas “entrevistas preliminares” nos atendimentos de crianças inclui os pais desde o início, uma vez que o pedido por um tratamento para uma criança nunca é feito inicialmente pela própria criança, mas sempre pelos pais ou por um deles.

Permanece, no entanto, uma outra questão, à qual o diagnóstico nos remete quando a linguagem é posta em relevo: a patologia. Se na clínica da Objetividade a noção de patologia que impera ainda é aquela em que quem toma a palavra é a Medicina, o mesmo não se coloca em relação à clínica da subjetividade e sua possível articulação com a Psicanálise. A noção de estrutura incorporada por esta última permitirá a ultrapassagem do plano das descrições semiológicas e nosográficas da clínica da Objetividade, situando a investigação para além das considerações qualitativas ou diferenciais.

Penso que na clínica fonoaudiológica é possível encontrar um certo tipo de estrutura que se forma em paralelo à do sujeito do psiquismo, pela mesma via, ou seja, a da linguagem. No entanto, esta estruturação, a princípio provisória, porque instaurada *pari passu* ao processo de aquisição de linguagem pode, sob determinadas circunstâncias, tornar-se patológica. De Lemos propõe três posições para explicar o percurso da criança em sua estruturação como falante. Na primeira posição, empiricamente caracterizada por uma fase inicial de acertos, a fala da criança é circunscrita à fala do adulto já que consiste em fragmentos dessa fala. A segunda posição, caracterizada pela ocorrência de erros na fala da criança, aponta para um falante submetido ao movimento da língua, mas ainda sem reconhecer a diferença que o erro instancia. A terceira posição aponta para o fato de se encontrar na fala da criança pausas, reformulações, correções e autocorreções que ocorrem sob a forma de substituições. Diz, De Lemos, que as substituições implicam o reconhecimento da diferença entre a unidade a ser substituída e a que a vem substituir. Esse reconhecimento é também determinado por um processo identificatório que se dá na linguagem como movimento de assemelha-mento à fala do outro. Representa, segundo a autora, um deslocamento do falante em relação à sua própria fala e à fala do outro.

Como a aquisição de linguagem pode iluminar a clínica fonoaudiológica? Pode-se pensar que a interpretação da fala da criança pelo outro nem sempre se apresenta com os mesmos efeitos, ou seja, pode caminhar em direções diferentes daquelas observadas pelos estudos em aquisição de linguagem. Quero dizer que a interpretação coloca em cena não qualquer adulto e qualquer criança, mas um certo adulto e uma certa criança.

Para desenvolver esta afirmação, proponho um retorno ao trabalho de Faria (op. cit), que identifica a criança a um dos elementos de uma estrutura pai-mãe-criança. A concepção de estrutura, na qual o valor de cada elemento não depende apenas do que ele é por si mesmo, mas sobretudo da posição que ele ocupa em relação aos outros elementos do conjunto, permite a circunscrição de posições que são ocupadas por cada um desses elementos. Essas posições são definidas pela autora como as seguintes:

1. a de *sujeitos* – ou seja, considerando que temos sempre diante de nós não apenas um pai, uma mãe e um filho, mas, antes de mais nada um homem, uma mulher e uma criança.

2. a de *funções* – lembrando que cada um dos elementos dessa estrutura está exercendo um papel em relação aos outros; que cada um desses elementos deve ser considerado como exercendo uma única e determinada função em relação ao outro elemento, além de não apenas o segundo elemento participar dessa relação, mas dele depender também a função do terceiro elemento.

3. a de *lugares* – em que a combinação de todas as relações estabelecidas, a interação desses sujeitos com as funções, permitirá que se deduza uma tópica para além das funções. Trata-se de uma tópica não encarnada, em que os lugares se definem a partir da posição que puderem ocupar os sujeitos como funções; é uma tópica dedutível da inter-relação desses elementos.

Se isto for verdadeiro, essas posições, materializadas na interpretação da fala da criança, podem ser determinantes do processo de aquisição de linguagem. Ou seja, estou supondo que, além da interpretação que leva ao deslocamento da criança em seu processo de aquisição da linguagem, tal como propõe o interacionismo, pode haver outras formas de interpretação, que terão outros efeitos. Parto, ainda, do pressuposto de que o funcionamento da linguagem da criança, em decorrência das posições que esta ocupa em relação aos seus intérpretes – pai – mãe – o outro – pode sofrer perturbações e que nem sempre ocorrerá como dele fala a aquisição de linguagem. Assim, a criança poderá ter sua fala interpretada de duas formas opostas: *como desviante*, dada a semelhança aparente que as pausas, autocorreções, e substituições mantêm com o que é comumente rotulado como patológico. Lembremos que a presença de fragmentos discursivos da fala do outro na fala da criança é dependente do reconhecimento que a interpretação

do adulto confere a esses mesmos fragmentos. Teríamos então: primeiro uma alienação da fala da criança ao significante da mãe que a interpreta como desviante e, a seguir, um reconhecimento de si enquanto nesta posição de “mau falante”¹ em que é colocada pelo outro. Portanto, sua identificação à interpretação que de si é feita pela fala do outro, o reconhecimento dessa fala como sua e sua implicação pela fala da mãe levariam à estabilização das pausas, correções, reformulações, substituições, agora congeladas como significantes que identificam a criança como posição no discurso do outro. Por outro lado, essa mesma fala poderia, embora ainda com erros, ser interpretada *como não desviante* pelo outro (pai-mãe). Neste caso, a criança se alienaria à identificação do outro e ao seu discurso que reconhece a fala da criança como semelhante à sua. Nessa identificação e reconhecimento, a fala da criança permanece também estabilizada, pois, antes mesmo de se tornar intérprete de si mesma, o faz por meio do espelhamento que o outro promove de sua fala. Como a mãe interpreta a fala de seu filho como semelhante à sua, a criança aliena-se nesta interpretação por se reconhecer nessa fala. Daí ocorre também uma forma de desvio.

Os sintomas decorrentes dessas duas formas de interpretação, ainda que semelhantes, apontam para duas posições diferentes em que a criança está em sua relação com a língua, no momento da parada na língua. Além disso, esses sintomas, devido à presença dos pais, poderão ser tomados como sintoma *na* criança, sintoma enquanto atribuído à criança pelo discurso dos pais; ou como sintoma *da* criança, sintoma apresentado pelo sujeito em questão que é a própria criança. Isto sinalizaria a necessidade de se pensar uma intervenção terapêutica específica para cada uma dessas formas. Estas, ainda, apontam não só para a inexorabilidade de se incluir a mãe e seu discurso sobre a fala da criança na reflexão sobre a patologia, como também a necessidade de escutar a criança e não simplesmente tomá-la a partir da queixa dos pais. Escutá-la, para decidir com ela sobre sua própria terapia, uma vez que ela se apresenta inicialmente não por uma demanda sua, mas pela demanda de seus pais.

1. Termo empregado por Silvia Friedman, ao se referir à posição em que o sujeito gago é colocado pela interpretação do outro.

A proposta de Faria (op. cit.) é considerar um trabalho que deve ser feito no momento das entrevistas preliminares, porque é nelas que essa estrutura que inclui pai, mãe e criança estará presente com uma montagem muito particular, exigindo uma intervenção. A intervenção neste momento inicial visa a terapia como uma promoção, ou melhor, a passagem de um sintoma-queixa para o sintoma de linguagem. Promover essa passagem seria desmontar a estrutura que se apresenta ao terapeuta, desatando esse enodamento que une sintomaticamente pais e criança, remetendo cada um a suas próprias questões. Em relação à criança, é primordial não esquecer que se trata de um sujeito como o adulto, mas sem desconsiderar a particularidade que impõe a presença concreta destes Outros encarnados que são pai e mãe. Em relação aos pais, é preciso considerar o lugar que aquele filho, do qual nos falamos, ocupa em seu discurso, sem desconsiderar que sua fala remete às posições que ocupam como homem e mulher ali presentes. Faria finaliza seu raciocínio sobre a psicanálise em crianças, afirmando que a saída para um trabalho terapêutico eficaz é oferecer um lugar aos pais que permita dialetizar em torno dos sujeitos que demandam a terapia, das funções que exercem e dos lugares que ocupam uns em relação aos outros nessa estrutura. Conseqüentemente, a desmontagem dessa estrutura será um efeito do trabalho e não uma imposição do terapeuta. Portanto, o procedimento da orientação, tão valorizado pela clínica da Objetividade, perde aqui seu papel.

Considero que estas colocações possam servir de inspiração para uma reflexão no plano da clínica fonoaudiológica. Primeiro, atribuindo um papel particular aos pais no que se refere ao atendimento de crianças. Segundo, pela mesma razão, circunscrevendo esses mesmos pais apenas ao atendimento de crianças, uma vez que, no caso de adultos, a família estará implicada pela via do discursivo, dispensando a presença encarnada dos outros elementos implicados na estrutura do sujeito em atendimento. Terceiro, ao permitir um outro olhar sobre o diagnóstico de crianças em que o dizer do outro estará implicado no dizer da criança. E, finalmente, ao reconhecer na criança um poder dizer de si e de seu sintoma.

Para finalizar, gostaria de colocar em relevo as vantagens que a fonoaudiologia poderia obter no desenvolvimento de sua clínica a partir das considerações colocadas. De um lado, como coloquei no início, escapando da armadilha que divisões artificiais vêm impondo à fonoaudiologia e que acabam por retardar o

seu percurso em busca de formalizações teóricas mais produtivas. De outro, reconhecendo que as particularidades da fonoaudiologia não são tantas nem todas, o que a tira do estatuto do inefável e a coloca no plano de um possível a ser teorizado.

Resumo

Este trabalho tem como objetivo discutir a questão do diagnóstico nas alterações da linguagem infantil. Para tal tarefa, afirma que a heterogeneidade da fonoaudiologia, para uns, e sua homogeneidade, para outros, podem ser contidas em dois fazeres clínicos: o da Objetividade, que funda a fonoaudiologia e marca seu primeiro tempo de existência e o da Subjetividade, que coloca o sujeito e a linguagem no centro do palco. Pretende, em última instância, apontar para um fazer clínico ciente de suas filiações e das conseqüências destas nos efeitos terapêuticos. Considera que a clínica de crianças pode ser um lugar interessante para estas colocações, atribuindo um papel particular aos pais por estarem implicados na estrutura do sujeito em atendimento. Aponta um outro olhar sobre o diagnóstico de crianças, em que o dizer do outro estará implicado no dizer da criança e, finalmente, reconhece que a criança pode dizer de si e de seu sintoma.

Palavras-chave: diagnóstico, patologia de linguagem, processo terapêutico.

Abstract

This paper aims at discussing the question of diagnosis when dealing with child language disorders. For this task it states that the heterogeneity of Speech and Language Therapy, for some, or its homogeneity, for others, can be explained by two different ways of clinical activity: one of them, structured on objectivity, founds this discipline and characterizes its initial period of existence, and the other, structured on subjectivity, puts language and the subject (le sujet) on stage. This paper emphasizes the clinical activity that is conscious of its affiliations and their consequences over the therapeutic effects. It considers that the children clinic can be an interesting place for these discussions, giving a particular role to the parents, due to their implication in the structure of the child who is

undergoing treatment. It also looks toward another kind of diagnosis in children, in which the speech of the other person will be implied in the child's own speech. Finally, it recognizes that the child can speak about herself and her own symptoms.

Key-words: *diagnosis, language pathology, therapeutic process.*

Resumen

Este trabajo tiene por objeto discutir la cuestión del y su homogeneidad para otros, puede ser comprendida en dos modos del quehacer clínico: el de la objetividad que instituye la Fonoaudiología y marca su primer tiempo de existencia y el de la subjetividad que pone al sujeto y el lenguaje en el centro del escenario. Intenta, en última instancia, mostrar un modo del hacer clínico a sabiendas de sus filiaciones y de las consecuencias de éstas sobre los efectos terapéuticos. Considera que la clínica de niños puede ser un lugar interesante para estas ideas, que atribuyen un papel particular a los padres por estar éstos implicados en la estructura de la persona en atención. Apunta hacia para una nueva mirada respecto al diagnóstico de niños, donde el decir del otro estará implicado en el decir del niño y finalmente reconoce que el niño puede decir acerca de sí y de su síntoma.

Palabras claves: *diagnóstico, patología de lenguaje, proceso terapéutico.*

Referências bibliográficas

- MILLAN, B. (1990). *A clínica fonoaudiológica: reflexões sobre a questão das crianças com fissuras lábio-palatinas*. São Paulo, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Dissertação de Mestrado.
- DE LEMOS, C. T. G. (1994). *Processos metafóricos e metonímicos: seu estatuto descritivo e explicativo na aquisição da língua materna*. Manuscrito inédito.
- FARIA, M. R. (1998). *Introdução à psicanálise de crianças: o lugar dos pais*. São Paulo, Hacker Editores.

Recebido em ago/00; aprovado em set/00



RESENHAS

**SUBJETIVIDADE CONTEMPORÂNEA
E EXPERIÊNCIA DO TEMPO**

*Luiz Augusto de Paula Souza (Tuto)**

A vertigem por um fio: políticas da subjetividade contemporânea

Peter Pál Pelbart

São Paulo, Iluminuras, 2000

(Edição apoiada pela Fapesp)

A clínica (qualquer que seja) releva de uma condição ética, pois se pauta por posições e atitudes relacionadas à tentativa de compreender e lidar com o sofrimento; o qual – no caso da fonoaudiologia – singulariza e temporaliza os transtornos de linguagem no seio de uma rede de conexões socioafetivas. No

* Fonoaudiólogo, mestre em Fonoaudiologia e doutor em Psicologia pela PUC-SP, professor associado da Faculdade de Fonoaudiologia e do PEPG em Fonoaudiologia da PUC-SP.

âmbito de experiências e modos de afetar e ser afetado pelo outro, são produzidos contornos psíquicos, lingüísticos e (também) orgânicos, que delineiam demandas clínicas aos fonoaudiólogos.

Percepções desse tipo fizeram com que, já há alguns anos, a fonoaudiologia fosse estreitando laços com perspectivas teóricas e metodológicas – de vários campos e disciplinas – voltadas ao estudo da subjetividade, sobretudo em suas articulações com a linguagem e com o corpo. Isto porque, entre outros fatores, tratar os transtornos da fala, da voz, da audição... impõe a necessidade de uma escuta clínica disposta aos signos que estejam em jogo no processo terapêutico, tenham eles emergido – a partir de circunstâncias e contextos específicos – em falas, em calas ou em outras expressões e gestos corporais. Vale dizer que tais signos respondem aos modos pelos quais os perfis subjetivos são construídos nas malhas da cultura contemporânea, ou seja, no funcionamento do *socius*, em particular em suas dinâmicas micropolíticas.

Ao assumir também esta face – digamos assim, intersemiótica do trabalho clínico/terapêutico da área – a fonoaudiologia vai intensificando e pluralizando as interpelações e diálogos com perspectivas e saberes de outras áreas, e criando proposições teóricas e metodológicas inter e transdisciplinares, responsáveis por certas transformações e novas formas de intervenção clínica.

O livro que apresento e cuja leitura sugiro é ferramenta útil para quem se dedica ao estudo de interfaces entre subjetividade, clínica e linguagem, não porque aborde específica ou exclusivamente esta temática, mas porque é composto de uma variada gama de ensaios acerca da subjetividade, suas vicissitudes e potencialidades na experiência do capitalismo tardio ou pós-moderno (como preferem alguns).

Trata-se de um livro sobre políticas da subjetividade contemporânea e sobre as geografias dos tempos que elas engendram e plasmam; tempos que reportam à intensidade das formas pelas quais nos dispomos ao intempestivo do encontro com o outro (humano ou não). A cartografia que Peter nos oferece – nada ortodoxa, diga-se de passagem – é recheada de indícios e marcas intensivas da aventura subjetiva contemporânea, incitada principalmente por dois efeitos das

investidas do capitalismo sobre a subjetividade, que são, até certo ponto, paradoxais, pois funcionam também como antídotos à violência motoniveladora perpetrada pelo capitalismo. O autor os chama de “efeitos bumerangue”:

Primeiramente (...), hoje em dia, ao lado das lutas tradicionais contra a dominação (de um povo sobre outro, por exemplo) e contra a exploração (de uma classe sobre outra, por exemplo), é a luta contra as formas de assujeitamento, isto é, de submissão da subjetividade que prevalece cada vez mais. (...) O segundo efeito bumerangue, estreitamente ligado a esse, é o seguinte: se a violência do capitalismo em sua ânsia de moldar de cabo a rabo a subjetividade se revelou ultimamente de modo tão obscuro e escancarado, ao menos tem isso, a vantagem de nos desfazer do mito de uma subjetividade dada. Podemos então, por fim, compreendê-la como plenamente fabricada, produzida, moldada, modulada – e também, por que não, a partir daí, automodulável. (p. 12)

No esteio desses efeitos, os ensaios que compõem o livro percorrem territórios muito distintos, mas ao mesmo tempo muito próximos, uma vez que atravessados e, num certo sentido, arrançados de enfiada pela axiomática capitalista. Eles (os ensaios) colocam e solucionam questões filosóficas, estéticas, clínicas..., dissecando muitos dos aspectos da subjetividade contemporânea dominante e propondo alternativas aos seus percalços, com agudo alcance crítico, tanto mais suave e sutil quanto mais avança em direção às vísceras da lógica capitalista e à análise da captura e do controle que ela geralmente opera sobre a subjetividade.

A investida massiva do capitalismo sobre a subjetividade, segundo o autor, a faz girar em círculos, numa corrida louca (em função da velocidade frenética conferida pelas tecnologias da informação e da comunicação) para não sair do lugar. Tal corrida restringe-se a um movimento concêntrico e a um espaço sem exterior que, por exemplo, nos é imposto por sonhos, projetos e desejos de vitrine (virtualidades estéreis) e pelo consumo desenfreado e compulsivo como critério e medida de qualidade da vida.

Em face dessa clausura, as reações mais frequentes são niilistas ou restauradoras de arcaísmos (religiosos, políticos, etc.), ou ainda idealistas (ingênuas ou não). Peter as recusa todas, desnudando nelas mecanismos de realimentação da-

quilo mesmo que tentam combater. A alternativa oferecida é – ao mesmo tempo – mais modesta e muitíssimo mais pretensiosa, como bem diz Jeanne Marie Gagnebin (na orelha do livro):

Ousa apontar não para “soluções positivas”, mas para “linhas de fuga”, isto é, estratégias – algumas vezes frágeis, mínimas, desesperadas, outras vezes exultantes ou barrocas – de insubordinação, de resistência, de criação (...) Não se busca, então, como em obras mais clássicas da filosofia, persuadir o leitor, mas sim convidá-lo a acompanhar essas trajetórias e, quem sabe, a inventar outros exercícios de liberdade.

Em última análise, trata-se mesmo de exercícios de liberdade, e esta talvez seja a maior e mais contundente utilidade do livro. No caso das disciplinas clínicas (entre as quais a fonoaudiologia), exercitar a liberdade não seria o sentido mais vital a ser cunhado e desdobrado pelos métodos e técnicas terapêuticas na lida com o sofrimento?



**(POR) UMA EDUCAÇÃO COM ALMA.
A OBJETIVIDADE E A SUBJETIVIDADE
NOS PROCESSOS DE ENSINO/APRENDIZAGEM**

*Elisa Pitombo**

***(Por) uma educação com alma. A objetividade e a subjetividade
nos processos de ensino/aprendizagem***

Beatriz Scoz (org.); Aglael Luz Borges; Eda Maria Canepa;
Roberto Gambini. Petrópolis, Rio de Janeiro, Vozes, 2000

Esta coletânea de artigos organizada por Beatriz Scoz tece delicadamente os fios da trama que compõe a relação do aprender a aprender na educação, em cujo tecido se entrelaçam as dimensões subjetivas e objetivas.

* Psicopedagoga, docente do curso de Psicopedagogia do Instituto Sedes Sapientiae, SP, mestranda em Psicologia pela Universidade São Marcos, SP.

Beatriz Scoz é pedagoga, mestre em psicologia da educação pela PUC-SP. No momento, trabalha como psicopedagoga clínica e institucional, coordenadora e docente de cursos de psicopedagogia de pós-graduação *lato sensu* e de grupos de formação de psicopedagogos na relação ensino/aprendizagem. Como autora do primeiro capítulo “Histórias de aprendizagem: a objetividade e a subjetividade na formação de educadores e psicopedagogos”, inicia-nos nessa jornada traçando o percurso do objetivo ao subjetivo na formação de educadores, apoiada nas idéias de Alicia Fernandez, Sara Paim e Antônio Nóvoa. A seguir, convida-nos a ver uma metamorfose, a identidade de educando e de educador sendo revelada num exercício de conexão dos espaços subjetivos com os objetivos, nas histórias de aprendizagem usando o recurso da caixa de areia, possibilitando a ressignificação do processo de aprender.

Aglael Luz Borges é filósofa, psicanalista, psicopedagoga, mestre em educação pela UFRJ, e coordenadora de cursos de psicopedagogia. Ela escreve o segundo capítulo, intitulado “A travessia no desenvolvimento e aprendizado: a constante relação entre subjetividade e objetividade”, e nos conduz a três travessias: no tempo através da história, no desenvolvimento e aprendizado e, finalmente, na prática docente do curso de psicopedagogia. Em todos esses passeios, a autora analisa alguns movimentos da realidade interna e externa do sujeito ante o mundo, no processo do conhecer. O curso de formação em psicopedagogia, seus estágios supervisionados e suas monografias são os espaços em que, para a autora, efetiva-se o movimento dialético entre objetividade e subjetividade.

Eda Maria Canepa é psicóloga de orientação junguiana atuando também como educadora; dedica-se ao tema “O caminho da arte, do corpo e dos sonhos na educação”, título do terceiro capítulo. Nele, apresenta três propostas pedagógicas experimentais transformadoras: a consciência e a expressividade corporal; as manifestações do inconsciente por meio do relato compartilhado dos sonhos dos alunos; e para a apreciação da arte como fonte de prazer, transformação e referência para avaliar estímulos visuais e auditivos. Anteriormente à introdução dessas propostas, a autora nos leva a um passeio mítico em companhia do Er de Platão, da deusa Ananke, a Necessidade. Nesse caminho, indica como lidar com as dificuldades do cotidiano escolar, vencendo a visão das polaridades da reali-

dade interna e externa, propondo uma integração entre elas na prática pedagógica escolar, pela inclusão da subjetividade, da expressividade, do imaginário e do inconsciente no cotidiano escolar.

Roberto Gambini é analista pelo Instituto C. G. Jung de Zurique, na Suíça, e cientista social pela USP com mestrado na Universidade de Chicago. Ele discorre sobre o quarto e último capítulo, denominado “Sonhos na escola”. Nele o autor nos convida a partilhar da observação da educação “de um outro lugar”, como sugeriu uma educadora. Esse lugar ocupado pelo relato de sonhos infantis é a ponte que reúne dois mundos do conhecimento, o visível e o invisível, o aparente e o que está atrás do aparente, o objetivo e o subjetivo. Para ele, o processo de aprendizado, quando se alimenta da imaginação e da fantasia, auxilia o nascimento do pensamento organizado e o processo educacional.

Este livro traz com muita propriedade uma luz sobre as questões entre a subjetividade e a objetividade no processo de ensino/aprendizagem. Distantes das polarizações de inspirações cartesianas, sujeito-objeto, corpo-mente, sentidos-desejos, relações-sonhos, os autores nos tiram das trevas e nos conduzem de mãos dadas para uma iluminada trajetória da leitura do subjetivo na educação.

A possibilidade de atravessar a ponte com esses autores não é um simples passeio, é uma viagem sensível e reflexiva cujas marcas inevitáveis, sem dúvida alguma, transformarão o olhar do leitor educador, psicopedagogo e de todo aquele que estiver voltado para as atuais buscas integradoras da globalização.



TESES

**Deficiência auditiva progressiva
em crianças e jovens: prevalência
dos aspectos etiológicos e
características audiológicas**

*Altair Cadrobbi Pupo
Unifesp 2000*

*Banca examinadora: Maurício Malavasi
Ganança (orientador), Teresa Maria
Momensohn dos Santos, Beatriz C. A.
Caiuby Novaes, Maria Cecília Martinelli
Iório, Carlos Alberto H. Campos*

Este estudo teve como objetivo verificar a prevalência das hipóteses etiológicas e dos achados audiológicos em um grupo de crianças e jovens deficientes auditivos, que tiveram, ao longo de suas vidas, perdas auditivas neurosensoriais progressivas.

Foram selecionadas 30 crianças e jovens com perda auditiva neurosensorial, congênita ou adquirida, com qualquer configuração e grau de perda auditiva, que apresentaram piora no limiar auditivo de pelo menos 15 dB em duas ou mais frequências, em pelo menos uma orelha. Foram excluídos todos os casos que apresentavam alterações no ouvido médio que justificassem a progressão ou flutuação da perda.

As perdas auditivas progressivas foram caracterizadas segundo a etiologia, a configuração audiométrica da progressão, o grau da perda auditiva antes e depois da progressão, a uni ou bilateralidade da progressão, a simetria ou assimetria da progressão, o padrão de variação do limiar

(progressiva, flutuante, flutuante/progressiva ou estável) e a piora no reconhecimento dos sons da fala decorrente da progressão.

Os resultados mostraram que a causa presumida genética de disacusia neurosensorial progressiva foi predominante, seguida pelas causas presumidas: indeterminada, multifatorial, rubéola, meningite e metabólica, em ordem decrescente de predominância. Houve diferenças significantes entre os limiares tonais da primeira e da última audiometria nas frequências estudadas, com progressão maior nas frequências 1, 2, 3 e 4 kHz. Houve predominância da progressão da perda auditiva em pacientes com perda moderadamente severa e severa. Constatou-se tendência da progressão a ocorrer bilateralmente. Quando ocorreu unilateralmente, a tendência foi a progressão na orelha com melhores limiares tonais. A progressão ocorreu de forma simétrica ou assimétrica. No entanto, quando ocorreu de forma assimétrica, a tendência foi a progressão maior nas frequências com limiares tonais melhores. Houve predominância de casos com padrão de variação da perda auditiva, progressiva e flutuante/ progressiva. Constatou-se tendência a ocorrer o mesmo padrão de variação em ambas as orelhas. Observou-se, em alguns casos, que a piora do Índice de Reconhecimento de Fala foi anterior à piora do limiar tonal.

O uso de registros de emissões otoacústicas como instrumento de vigilância epidemiológica de alterações auditivas em trabalhadores expostos a ruído

Ana Cláudia Fiorini

USP 2000

Banca Examinadora: Frida Marina Fischer (orientadora), Víctor Wunch, Orozimbo Costa Filho, Dóris Ruthi Lewis, Beatriz C. A. Caiuby Novaes

O objetivo desta pesquisa foi comparar os registros de emissões otoacústicas de dois grupos de indivíduos com limiares audiométricos entre 0 e 20 dBNA, expostos e não expostos a ruído ocupacional, na busca de alternativas para detecção precoce de alterações auditivas causadas pelo ruído. Foram avaliados dois grupos de 80 sujeitos, pareados com relação ao sexo e idade, com resultados do teste de imitância acústica dentro dos padrões de normalidade, sendo um deles não exposto e o outro exposto a ruído ocupacional há pelo menos um ano. Além da anamnese clínica e ocupacional, foram obtidos registros de emissões otoacústicas por transiente evocado e por produto de distorção para investigar possíveis alterações não observadas na audiometria. A prevalência de respostas ausentes em pelo menos uma orelha, no teste de emissões otoacústicas por transiente evocado, foi maior no grupo exposto (68,7%) do que no grupo não exposto (55,7%). O mesmo ocorreu para o teste de

emissões otoacústicas por produto de distorção, em que observamos 58,7% de respostas ausentes em pelo menos uma frequência entre os expostos, contra 30,0% nos não expostos. A análise estatística indicou relação para um nível de significância de 0,5% entre ser exposto a ruído ocupacional e apresentar respostas alteradas nos testes de emissões otoacústicas. O teste das medianas das amplitudes de respostas das emissões otoacústicas por produto de distorção indicou diferenças estatisticamente significantes ($p < 0,05$) nas frequências de 5k e 6kHz, entre os dois grupos. Os resultados indicaram que a exposição a ruído ocupacional pode implicar em alterações nos registros dos testes, sugerindo que as emissões otoacústicas podem ser um importante instrumento de vigilância epidemiológica de alterações auditivas, mesmo em indivíduos portadores de limiares audiométricos dentro dos padrões de normalidade.

Estudo sobre a relação entre cognição e linguagem no deficiente auditivo: o papel da imagem mental na interação psicossocial

*Maria Angelina Nardi de Souza Martinez
USP 1997*

Banca Examinadora: Zelia Ramozzi-Chiarottino (orientadora), Maria Cecília Bevilacqua, Beatriz C. A. Caiuby Novaes, Suelly Cecília Olivan, Limongi, Maria Cristina Cunha Pereira

O objetivo deste trabalho é investigar a importância da imagem mental no processo de cognição do deficiente auditivo com perda auditiva severa ou profunda, congênita ou adquirida antes dos dois anos de idade.

A hipótese deste trabalho é a de que o problema fundamental dessas crianças reside na não construção da reversibilidade das imagens.

Por meio do método clínico, confirmamos a presença da imagem mental como condição para toda implicação significativa que apareceu nos desenhos e nos discursos de crianças e adolescentes com deficiência auditiva profunda e que, pela falta de solicitação do meio para explicar o mundo, não se organizaram do ponto de vista do espaço, do tempo e da causalidade.

A análise dos resultados confirmou a nossa hipótese de que a dificuldade para utilizar e relacionar pressupostos, entender as entrelinhas, subentendidos, metáforas e conceitos, observada na nossa prática pro-

fissional com o deficiente auditivo e amplamente relatada na literatura, é resultado da não inserção das imagens mentais no tempo e da incapacidade de ver o “filme”, por elas constituído, no sentido contrário.

Este estudo permitiu-nos concluir que a imagem mental (como afirma Piaget) é o elemento de ligação entre a experiência sensível e o simbolismo, determinando a continuidade entre as ações e o discurso. Este estudo, no que diz respeito à audiologia educacional, apresenta um modelo teórico que permite explicar o que antes era observado e intuído a partir da prática, pretendendo, desta forma, contribuir para o avanço da fonoaudiologia como ciência, possibilitando a compreensão do fenômeno de construção do pensamento abstrato do deficiente auditivo e contribuindo para o desenvolvimento e a adequação dos programas de reabilitação que visam a sua interação psicossocial.

Vamos publicar um livro? A pessoa deficiente auditiva e a escrita na clínica fonoaudiológica

*Clay Rienzo Balieiro
Unifesp 2000*

*Banca examinadora: Ana Maria Baccari
Kuhn (orientadora), Beatriz C. A.
Caiuby Novaes, Brasília Chiari,
Maria Cecília Bevilacqua, Solange
Maria Leda Gallo*

Este estudo aborda um trabalho de produção de escrita desenvolvido com seis jovens deficientes auditivos, no contexto da clínica fonoaudiológica.

A proposta desenvolvida pauta-se numa abordagem discursiva da linguagem, especialmente a noção de discurso como efeito de sentido construído no processo de interlocução e a noção de que todo discurso nasce de outros discursos, produzidos anteriormente e em outro lugar. Neste ponto de vista, o sujeito não é visto como a origem do sentido, porque em suas falas se dizem outras falas.

Para o trabalho de produção de escrita, convocou-se o conceito de condições de produção, como lugar de interação verbal que determina a produção (ou não) do discurso da escrita, em função do contexto social e histórico em que se inscreve. Neste caso, as condições de produção para trabalhar o discurso da escrita, implicaram a inserção do sujeito em instância institucionalmente reconhecida como produtora desse discurso – o livro.

O material foi analisado caso a caso, segundo o papel desempenhado pelo terapeuta, ao trabalhar sobre um processo – e não sobre um produto – e os efeitos mobilizados pela escrita na relação paciente – escrita-ficção.

A proposta desenvolvida – escrever um livro para publicação – possibilitou, no contexto clínico, fazer da escrita um objeto de constituição da linguagem e do sujeito constituído como autor.

A clínica fonoaudiológica, voltada para o sujeito surdo, pode encontrar nesta proposta contribuições de ordem teórica e prática que favorecem a criação do espaço discursivo para o trabalho de linguagem.

**Interlocuções entre a clínica
fonoaudiológica e a psicologia clínica –
uma perspectiva reichiana**

*Lilia Ancona-Lopez
PUC-SP 2000*

*Banca Examinadora: Marília Ancona
Lopez (orientadora), Paulo Albertin,
Lucia Ghiringhello, Leslie Picolotto
Ferreira, Ivette Yehia*

Esta tese é o resultado de uma trajetória teórico-profissional que começou com a busca de uma teoria que fundamentasse o meu trabalho clínico fonoaudiológico.

Por estar bastante próxima dos psicólogos e das teorias psicológicas, a proposta de uma interlocução com esta clínica foi uma consequência natural de meu tra-

jeto. Esta interlocução foi feita por meio de um estudo de caso, cujo atendimento realizou-se a partir de uma perspectiva corporal, tendo como base a teoria reichiana.

Para que esta fundamentação fosse possível, foi necessário mostrar como o distúrbio de voz pode ser entendido como uma manifestação do caráter, permitindo a utilização deste conceito na fonoaudiologia. Foi também necessário estabelecer uma relação mais clara entre o modo de ser ou caráter da pessoa e os métodos e técnicas relativos ao corpo até agora utilizados na prática fonoaudiológica.

Nesta trajetória, foram incorporados: a avaliação dos anéis da couraça, o acompanhamento da liberação das emoções nesses bloqueadas, o seguimento das manifestações caracterológicas, além do manejo das transferências e resistências, adequado ao tratamento fonoaudiológico.

As ações terapêuticas e o enfrentamento das dificuldades do paciente, tendo esta compreensão como pano de fundo e sendo por ela norteada, deixaram transparecer a ajuda que a perspectiva corporal de base reichiana oferece à clínica fonoaudiológica, possibilitando a complementação e colaboração mútua entre esta clínica e a psicológica.

Representação do surdo enquanto ser musical

*Nadir da Glória Haguiera-Cervellini
PUC-SP 1999*

*Banca Examinadora: Marília Ancona
López (orientadora), Maria Cristina da
Cunha, Pereira Yoshioka, Sílvia Ancona
López, Lúcia Ghiringhello, Maria
Cecilia de Moura*

Este trabalho tem por objetivo compreender a representação que sujeitos surdos e seus familiares têm deles, como seres musicais, pautada em três chaves mestras conceituais, quais sejam: papel, estigma e representação social. Moreno, Goffman e Moscovici são referências fundantes deste estudo.

Foram entrevistados quatro jovens surdos e seus familiares. As entrevistas foram gravadas com a permissão dos sujeitos e posteriormente foram transcritas para análise. Percorrendo as histórias que foram se construindo durante as entrevistas, buscou-se adentrar os bastidores dos discursos, à procura dos significados explícitos e ocultos que revelassem a representação social do surdo, como ser musical.

Os jovens entrevistados, que tiveram, em sua infância, a vivência musical como meio para desenvolver a percepção auditiva, aprimorar a voz e a fala, ou seja, a música para fins de treinamento, hoje não a incluem em suas vidas como algo significativo. Quem vivenciou a música como experiência estética e fonte de prazer du-

rante algum tempo na escola, mas não viveu em casa um incentivo significativo nessa direção, também não inclui a música na sua existência. E, finalmente, quem vivenciou a música na infância, como experiência lúdica e prazerosa – seja na escola, seja no lar – hoje mostra-se profundamente envolvido com ela, incluindo-a na vida como um bem fundamental.

Com exceção dos pais da jovem que inclui efetivamente a música na sua vida, os demais familiares mostraram acreditar que a experiência musical é algo difícil para um surdo. Apesar de alguns sujeitos não se verem nas suas possibilidades musicais, todos evidenciaram sinais de musicalidade que apareceram nos seus cantos, demonstrações de dança ou preferências musicais. Esses sinais também foram indicativos de uma identidade musical própria de cada um.

Estes dados mostram que, a partir de como os pais vêem e lidam com a surdez, a presença da música na vida de seus filhos poderá ser algo gratificante e fonte de realização pessoal ou mais um instrumento enfadonho para levá-los ao enfrentamento e tentativas de eliminação de suas características de surdo.

Na vida cotidiana, a representação social do ser musical está construída sobre bases que envolvem bom ouvido, talento e criatividade. Para alguns sujeitos e seus familiares, a representação do surdo como ser musical parece carregar essas marcas. Dentro desse enfoque, a música é vista

como algo "difícil". Por outro lado, a representação do surdo como ser musical pode vir impregnada por uma visão de homem e de mundo que vê o surdo nas suas possibilidades existenciais. Neste caso, ele é visto na sua musicalidade. E é isto que faz a diferença da música como meio ou como fim em si mesma.

**Estudo da dinâmica da deglutição
e das suas variações associadas
ao envelhecimento, avaliadas
por videodeglutoesofagograma,
em adultos assintomáticos**

*Tereza Loffredo Bilton
USP 2000*

*Banca Examinadora: Henrique
Lederman (orientador), Anita
Liberalesso Neri, Ary Nasi, Maria Inês
R. Gonçalves, Milton Melciades Costa*

A dinâmica da deglutição de adultos assintomáticos foi avaliada por meio do videodeglutoesofagograma, a fim de identificar os eventos desta dinâmica nas fases oral, faríngea e esofágica e determinar as variações associadas ao envelhecimento. Foram avaliados 85 voluntários, distribuídos em três grupos: 35 anos (N=31), 35 a 64 anos (N=19), 65 anos (N=35).

A análise dos resultados nos permitiu concluir que os eventos da deglutição apresentaram algumas mudanças com o avançar da idade. A mastigação mudou com a utilização de próteses dentárias,

apresentando menor balanceio lateral, movimento mais anteriorizado e ingestão de menor volume de alimento, mas não interferiu no preparo e na coesão do bolo alimentar.

A observação pela imagem identificou atrofia dos músculos dos lábios, da língua, atrofia dos alvéolos dentários, diminuição da tonicidade do palato mole e mudança na conformação da epiglote (menor e mais angulosa) no grupo com mais de 65 anos, mas não houve alteração no aspecto funcional.

Os mecanismos de proteção da via aérea não apresentaram falhas. Não houve episódios de permeação laríngea ou aspiração em nenhum voluntário.

A presença de contrações terciárias e de retardo de esvaziamento esofágico moderado foi mais prevalente nos idosos, mas os voluntários não apresentaram sintomas clínicos.

Mudanças foram observadas, mas todos os voluntários deste estudo estão bastante adaptados a essas mudanças e alimentam-se sem nenhuma dificuldade, mantendo o prazer de comer.

**Entrecorpos, subjetivação
e processos urbanos**

Luiz Augusto de Paula Souza (Tuto)
PUC-SP 1997

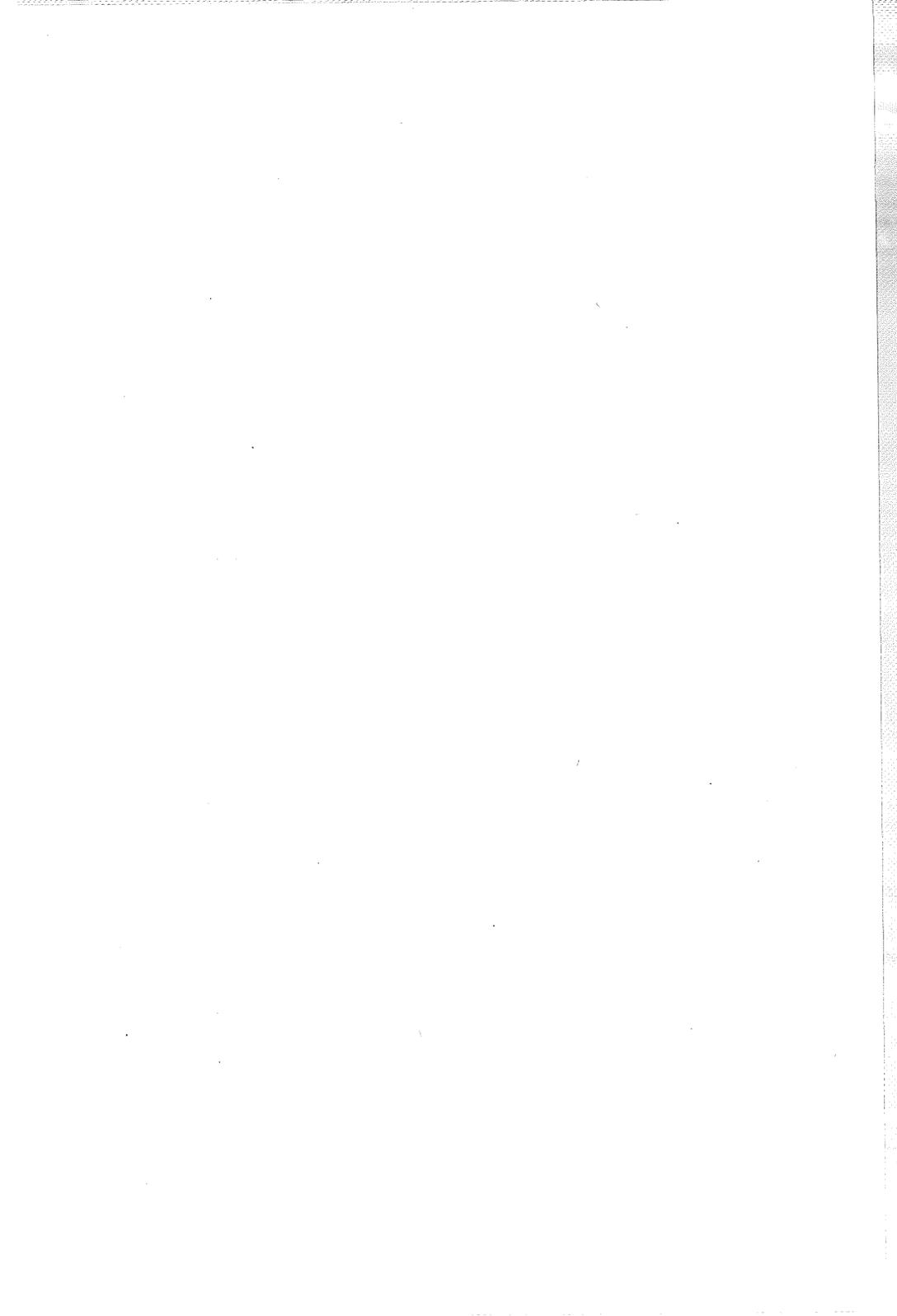
Banca Examinadora: Suely Rolnik
(orientadora), Luís B. L. Orlandi, Luís
Cláudio Mendonça Figueiredo, Raquel
Rolnik, Jorge Sebastião Chammé

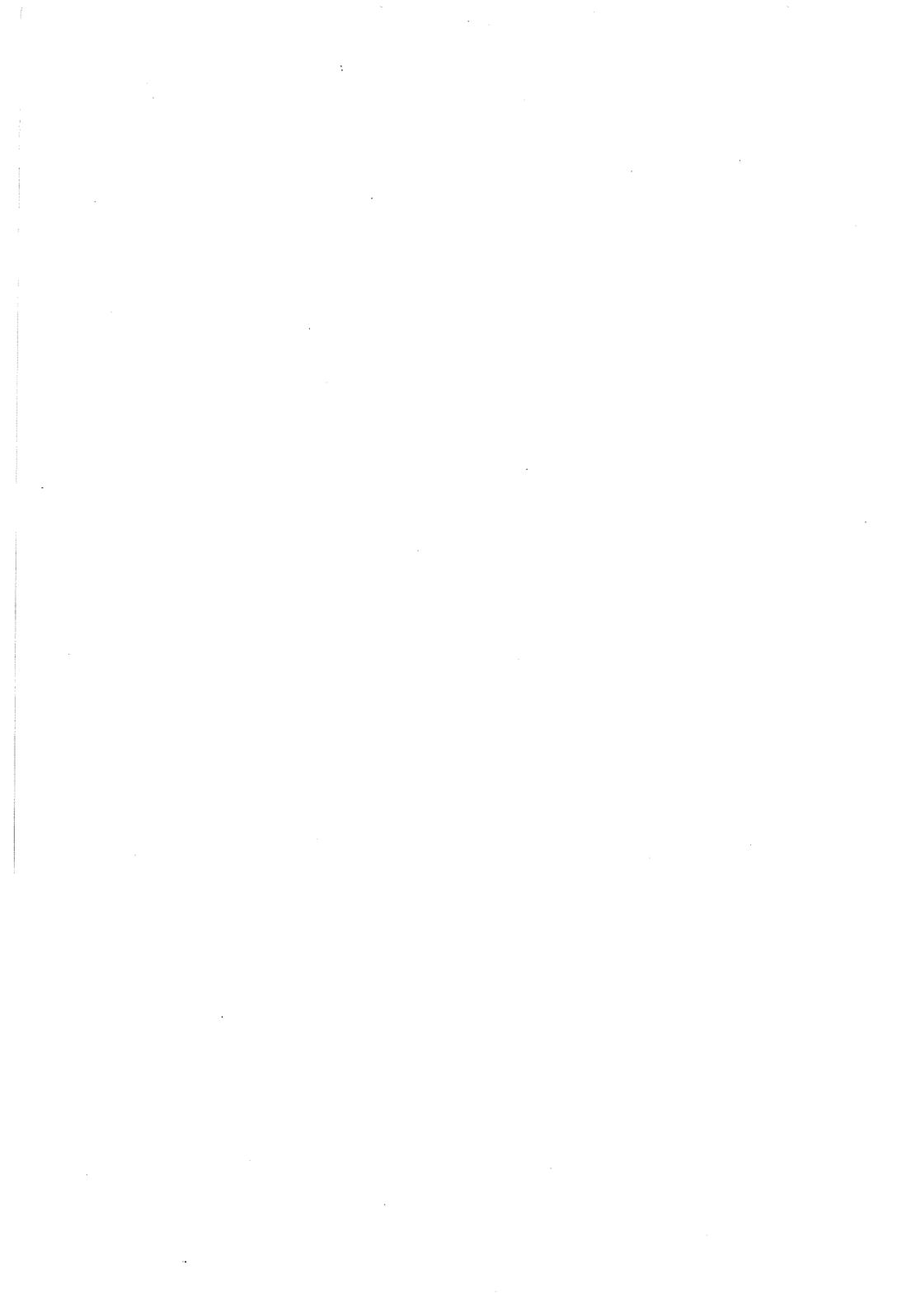
O trabalho orienta-se por duas constatações: a primeira, de que há um modo de subjetivação que se constitui por meio da cidade e ao mesmo tempo que ela; em tal modo predomina a perspectiva homogenética (unitária, homogeneizante), embora tanto na cidade como no tipo de subjetividade que aí se produz haja uma intensificação da variação e da densidade de fluxos, o que poderia favorecer um modo de subjetivação heterogenético (aberto à multiplicidade, à incessante produção de diferenças). A segunda constatação, derivada da anterior, é de que as cidades e as subjetividades, com frequência, são pensadas igualmente pela visada homogenética.

Partindo daí, o trabalho circunscreve a lógica e a genealogia da perspectiva homogenética, bem como as razões de sua preponderância e, indissociavelmente, da tendência a uma opacidade da multiplicidade e um cerceio das singularizações.

O objetivo maior é pensar cidade e subjetividade do ponto de vista heterogenético, considerando que a cidade contemporânea faculta – talvez mais do que em outras épocas – esta percepção. O sentido

de tal iniciativa tem por premissa que viver e perceber a cidade por esta via constitui uma força de resistência e de transformação da realidade vigente.







Artigos: devem ser digitados em espaço duplo contendo em média 15 a 25 laudas (textos maiores serão considerados em função de seu conteúdo). Os artigos devem ter um resumo em português e outro em inglês de, no máximo, 10 linhas.

Comunicações: São textos sintéticos sobre experiências clínicas ou outros assuntos de interesse. Dispensam resumo.

Resenhas: podem ser de livros ou teses e não devem se restringir a resumos das obras.

Resumos de teses: são textos breves sobre dissertações e teses recentemente defendidas nas áreas de interesse da revista.

A entrega de um texto e a sua publicação implicam na cessão dos direitos autorais para a Revista. O Conselho Editorial reserva-se o direito de sugerir modificações de forma ao autor, com o objetivo de adequar as colaborações aos padrões da Revista, ficando sua publicação sujeita às conveniências editoriais. As matérias assinadas são de responsabilidade de seus autores e não exprimem, necessariamente, as posições do Conselho Editorial.

Endereço para assinaturas e colaborações:

*Revista Distúrbios da
Comunicação*
Faculdade de Fonoaudiologia
PUC-SP
Rua Monte Alegre, 984
05014-001 - São Paulo - SP
Fones: 3670-8168 e 3670-8170,
com Miriam ou Luisa.

revisdic@pucsp.br
fonopuc@pucsp.br
www.pucsp.br/~fonopuc



Artigos

- Objetividade, subjetividade e um caminho pelo meio
- A singularidade e o trabalho clínico terapêutico
- Criação-desconstrução-recriação: apontamentos para uma clínica do sujeito
- Clínica, linguagem e subjetividade
- A objetividade e a subjetividade na fonoaudiologia
- Objetividade e subjetividade nos processos terapêuticos fonoaudiológicos
- Desesquecimento: sobre a escolha de material clínico na pesquisa fonoaudiológica
- Onde estão os sinais?
- O diagnóstico nas alterações da linguagem infantil

Resenhas

- Subjetividade contemporânea e experiência do tempo
- (Por) uma educação com alma. A objetividade e a subjetividade nos processos de ensino/aprendizagem