



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