



O SETTING FONOAUDIOLÓGICO:  
A QUE SERÁ (E NÃO SERÁ) QUE SE DESTINA?\*

Maria Claudia Cunha\*\*

*Mas atenção! A moldura é uma cerca virada para fora. Deve excluir o exterior, não segurar quem está dentro.*

Fábio Herrmann

Para iniciar, uma rápida, mas necessária, digressão etimológica. Quero chamar a atenção para o sentido clínico-terapêutico da palavra *setting*, noção originariamente inscrita nos campos psicológico e psicanalítico. As referências ao lugar de origem parecem-me indispensáveis à análise da migração desse conceito para o campo fonoaudiológico.

*Setting* pode ser traduzido como *marcação, enquadre* e, como tal, nos remete a: 1. Delimitação de dois espaços: um “dentro” e um “fora” – portanto, a palavra *enquadre* é precisa para representar o surgimento de um campo, *no in-*

---

\* Essas considerações foram originalmente formuladas em 1997, para compor um dos seminários temáticos que acompanharam o processo de reformulação curricular do curso de Fonoaudiologia da PUC-SP. Em 1998, foram apresentadas no XV<sup>th</sup> Meetings of International Society for Study of Behavioral Development, em Berna, Suíça. Aqui, aparecem revistas e ampliadas, sob o efeito da intensificação das reflexões acerca do método clínico-terapêutico fonoaudiológico, em que o *setting* se constitui num tópico contemporâneo.

\*\* Fonoaudióloga, professora associada da Faculdade e do Programa de Estudos Pós-Graduados em Fonoaudiologia da PUC-SP.

terior do qual se estabelecem; 2. Parâmetros espaço-temporais para a *ação*; logo, a palavra *marcação* adquire um sentido próximo daquele usado no teatro (marcação de cenas, das falas dos personagens).

Assim, introduzo aquela que considero a face fundamental da função terapêutica do *setting*: *a de criar um limite abstrato entre a situação terapêutica e a vida real*.

Mas isto equivaleria a dizer que a primeira não tem (nem deveria ter) qualquer relação com a segunda? Muitíssimo pelo contrário. Ao enunciar esse pressuposto – base das considerações que se seguem –, não pretendo instaurar nem uma cisão esquizofrênica, quer no cliente, quer no terapeuta, quer em ambos; nem reeditar a clássica discussão sociológica a respeito das noções de público e privado.

Quero, sim, explicitar a maneira que considero a mais terapêutica de se relacionar vida real e situação terapêutica. A saber: o material clínico que o terapeuta dispõe para intervir interpretativamente é *a representação que o cliente faz da vida real na situação terapêutica*. E o *setting* é a condição para a viabilização e a manutenção dessa possibilidade que é, em última análise, a da expressão da *subjetividade*. O *setting* não é o lugar onde o cliente vive a vida como ela é, mas como desejaria que fosse e, também, como não fosse.

Portanto, o conjunto de parâmetros espaciais (local constante, natureza e disposição dos objetos, etc) e temporais (horário e duração das sessões, frequências e ausências, férias) que estruturam o *setting* adquire o caráter simbólico indispensável aos processos terapêuticos. E também deve adequar-se tecnicamente ao método clínico-terapêutico utilizado. É inclusive por isso, pelas especificidades técnicas, que os consultórios – dimensão material do *setting* –, do analista de adultos ou de crianças, do psicólogo que atua numa abordagem corporal, do fonoaudiólogo, etc., têm características físicas peculiares e distintas.

Mas, em comum, todos mantêm ou, pelo menos, deveriam manter a função de delimitar um espaço e um tempo favoráveis à intensificação de trocas relacionais que promovam a mobilização de conteúdos inter e intrapsíquicos, tanto do cliente quanto do terapeuta, pelo efeito da presença de um sobre o outro, sejam quais forem os sintomas e as demandas em jogo.

Portanto, e agora centrando as minhas considerações nas possíveis relações entre fonoaudiologia e psicanálise, abordarei a questão específica do *setting* a partir de três recortes que me parecem essenciais para a análise das suas características e funções numa clínica da linguagem: 1. a relação transferência/contratransferência; 2. o atendimento de crianças e de adultos; e 3. o lugar da família no processo terapêutico.

É Freud (1912, p. 157) quem afirma que o terapeuta “deve ser opaco aos seus pacientes e, como um espelho, não mostrar-lhe nada, exceto o que lhe é mostrado”. Essa recomendação se fundamenta essencialmente na noção de inconsciente, que nos permite afirmar que “sabemos” a nosso respeito muito mais do que pensamos (conscientemente) saber.

Assim, os processos terapêuticos têm a função de ampliar a capacidade do cliente em *mostrar-se* pelo aprofundamento do autoconhecimento, e não a de *ensiná-lo* coisas sobre si mesmo ou, mesmo, a de *modificá-lo* num sentido disciplinar, idealizado socialmente.

Isso implica que, no *setting*, as regras socioculturais vigentes devem ser suspensas, se necessário transgredidas, em nome do estabelecimento de outra: a ausência de julgamento e censura arbitrários por parte do terapeuta, que deve se comprometer a agir acolhendo os conflitos que promovem os sintomas de seus clientes e não tentando reprimi-los a partir de princípios éticos e morais. O inconsciente opera no psiquismo como força anárquica, e como tal deve ser considerado. Assim, o terapeuta não deve exigir dele respeito ou mera adequação, sob pena de, constituindo-se numa espécie de “superego adicional” ao do cliente, promover novos conflitos ao invés de ajudá-lo a livrar-se dos antigos, exatamente os que o fizeram demandar ajuda profissional.

Nessa perspectiva é que “ordem e o progresso”, máxima positivista, é substituída pela idéia de que a superação da desordem operada pelos sintomas na entidade corpo/mente somente pode se dar a partir da livre expressão da desordem original, aquela que se estabeleceu entre conteúdos conscientes e inconscientes no interior do aparelho psíquico.

E o *setting* é necessário exatamente para acolher a desordem, de tal forma que o cliente dela usufrua com vistas a “reorganizar” a vida. Daí, repetindo, decorre a sua função de marcar uma fronteira entre a situação terapêutica e a vida real.

Mas, ao mesmo tempo em que o *setting* autoriza o cliente a se manifestar, ele serve para proteger o terapeuta dos efeitos que essas manifestações lhe causam. E quando falo na necessidade de se proteger, refiro-me especificamente a um ponto fundamental: o *setting* é indispensável ao terapeuta porque ele *não é um observador neutro*, o psiquismo do cliente afeta o seu. É por essa razão que podemos falar em relação terapêutica em oposição à observação clínica. E é por tudo o que já foi dito que podemos opor a descrição e a eliminação de sintomas à interpretação e à modificação dos mesmos.

Em síntese: na clínica da interpretação, o *setting* é a base sobre a qual se estruturam os processos terapêuticos, e é por meio dele que se instaura a dinâmica intersíquica indispensável ao estabelecimento da relação terapêutica. Isto é, uma relação fundada na *transferência* do cliente e na *contratransferência* do terapeuta.

Dito isso, quero definir mais precisamente esses dois conceitos oriundos da teoria psicanalítica. A *transferência* é a repetição de conflitos infantis, vivida na relação terapêutica com uma sensação de extrema atualidade. A *contratransferência* é o conjunto de reações inconscientes do terapeuta, geradas pelos conteúdos transferenciais do cliente. Tratam-se, portanto, de fenômenos ao mesmo tempo indissociáveis e, é bom que se explicita, inevitáveis quando se admite a dimensão do inconsciente.

Ao introduzir a noção de *setting* nessa perspectiva, minha intenção é a de provocar o seguinte questionamento ao campo fonoaudiológico: não nos cabe trabalhar a transferência, dado que o nosso objeto não é o inconsciente (objeto psicanalítico por excelência). Mas, se admitimos a existência do inconsciente, isto é, se admitimos o modelo psicanalítico de funcionamento da mente, temos que, necessariamente, admitir que o *setting* fonoaudiológico abriga fenômenos transferenciais e, por extensão, contratransferenciais. Portanto, trabalhamos na transferência.

Mas é curioso notar que, mesmo entre os fonoaudiólogos teoricamente adeptos do modelo psicanalítico de mente, encontramos aqueles que pretendem

trabalhar *apesar* da transferência. Essa contradição se manifesta de duas maneiras em seus atos clínicos: ou deliberadamente ensurdecem diante dos fenômenos transferenciais, ou os tomam como material alheio, inacessível e intocável pelas suas intervenções, procedendo com o clássico encaminhamento do cliente àqueles que consideram como os “especialistas da mente” (psicólogos, psicanalistas, psiquiatras).

Ora, mas essa contradição, além de suspender-lhes a escuta, torna-os, a meu ver, demissionários da parte de sua tarefa profissional, entre outras: aquela relativa à concepção de linguagem que, também teoricamente, afirmam assumir. Em outras palavras, se tomarmos a linguagem como trabalho *mental* de produção de sentidos, no seu caráter intra e intersubjetivo, como desconsiderar que as *palavras contêm muito mais do que dizem literalmente e*, especificamente numa situação terapêutica, recusar-se a apreendê-las transferencialmente?

Se o *setting* estabelece que o terapeuta é o outro/espelho do cliente, o terapeuta deixa de ser um outro qualquer e passa a ser o outro que não tem a opção pessoal, mas o imperativo metodológico de intervir interpretativamente, buscando os sentidos dos sintomas; no caso fonoaudiológico, daqueles manifestos na linguagem.

O que a dinâmica transferência/contratransferência instaura é exatamente a forma de comunicação mais autenticamente psicanalítica, a que se dá *de inconsciente para inconsciente*. Se na tal “vida real”, aparentemente, o que se dá é o oposto – isto é, de consciência para consciência –, no *setting*, a situação se inverte. Surge assim a possibilidade de o cliente, sujeito cindido entre inconsciente/consciente, encontrar um tempo e um espaço favoráveis para tentar integrar ambas as instâncias do seu psiquismo, buscando elaborar os conflitos instaurados por essa cisão.

Mas é importante salientar que também o terapeuta não escapa a essa mesma constituição psíquica: ele também é um sujeito cindido. Contudo, no contexto do exercício profissional, ele não está autorizado a elaborar seus próprios conflitos. Sei que essa afirmação é óbvia, teoricamente. Porém, nem sempre ela é assumida na prática clínica fonoaudiológica.

Aí, os terapeutas, talvez mais fortemente os iniciantes, mas não só, tendem a lidar com a contratransferência de forma semelhante àquela com que lidam com a transferência, isto é, *apesar* dela.

Para tal, frequentemente, justificam essa conduta com uma espécie de álibi obtido por aquilo que considero uma distorção da natureza de seu objeto. Em outras palavras, descomprometidos com o que consideram como objeto alheio (isto é, o psiquismo, tomado como propriedade e responsabilidade do campo psi), submetem o objeto linguagem a uma abordagem centrada no exercício estrito de habilidades comunicativas. Nessa perspectiva, qualquer assunto é, potencialmente, tema de diálogos terapêuticos, que se tornam conversas corriqueiras, rotineiras. Isso implica uma “naturalização” da linguagem, subtraindo-lhe a dimensão subjetiva, tornando-a refratária aos efeitos do psiquismo e da cultura.

Configura-se, assim, uma situação tipicamente antiterapêutica, na qual terapeuta e cliente “conversam sobre tudo”: sobre suas respectivas famílias, respectivas atividades cotidianas, respectivos valores e apreciações morais sobre a realidade, etc. E o *setting* passa a ser uma extensão da vida real, transformando-se num contexto de interação social, em que vigoram as mesmas regras relacionais “lá de fora”.

Considero que essas distorções são geradas por duas razões fundamentais:

- o “conversar sobre tudo” garante a *quantidade de fala* que, por sua vez, possibilita que se tenha *mais material* no qual procurar e categorizar os “erros” na fala. Além disso, essa abordagem favorece a redução/eliminação do silêncio, fenômeno que o terapeuta tende a considerar como símbolo da sua própria incompetência em “fazer o cliente falar”; a despeito do que, por que e, o que é mais grave, para quem;
- logo, a contratransferência passa a ser atuada, ao invés de elaborada. Emoções e sentimentos transitam livremente entre o par terapêutico, e o terapeuta se sente autorizado a vivê-los à luz das suas próprias experiências, tal e qual na sua “vida real”: o cliente que “não colabora” o deixa irritado/ frustrado; a mãe abandonada o faz compadecer-se das carências do cliente; as crianças adotadas ou filhas de casais separados são necessariamente fadadas à infelicidade, etc. E quanto maior a identificação, mais intensos os sentimentos de cumplicidade ou rejeição, o que

acaba por configurar vínculos antiterapêuticos, porque baseados na construção de elos de amizade ou hostilidade. Importa ressaltar que, em ambos os casos ou nas suas nuances afetivas intermediárias, desfaz-se (ou nem mesmo constitui-se) o *setting*.

Em relação à constrastransferência, minhas palavras finais são deliberadamente incisivas: para lidar com suas inevitáveis reações constrastransferenciais, o terapeuta precisa buscar um *setting* que o acolha no lugar de cliente. Psicoterapias, de forma geral, não têm a mesma prescrição e efeito universais que a aspirina, mas, no caso daqueles que exercem funções terapêuticas, são particularmente indicadas.

Dois outros aspectos se destacam na prática terapêutica fonoaudiológica quando nos voltamos para a configuração do *setting*: existiria uma diferenciação entre os *settings* no trabalho com crianças e adultos? Como se relacionam o *setting* e o grupo familiar do cliente no decorrer do processo terapêutico?

Para a primeira indagação, do meu ponto de vista, a resposta é não. Isso porque, seja no trabalho com crianças ou com adultos, continua valendo o argumento inicial, ou seja, o da função primordial do *setting* como a de demarcação de uma fronteira imaginária entre a situação terapêutica e a vida cotidiana. E a partir das considerações até aqui expostas, acrescento: fronteira que garante, pelos conteúdos transferenciais e constrastransferenciais, uma forma genuinamente terapêutica de interação.

Entretanto, a *forma* pela qual essa interação se dá varia, em maior ou menor grau, em ambos os contextos, em função do código de comunicação privilegiado pelo cliente. No caso do adulto, ele é, via de regra, a fala (mesmo nas suas expressões sintomáticas). No caso da criança, esse caráter verbal-oral tende, naturalmente, a dar lugar a um caráter lúdico, e o brincar passa a ser a linguagem privilegiada.

Acho que este não é o momento de analisar essa questão com a profundidade que ela merece. Mas, ao abordá-la, mesmo que brevemente, quero destacar o que me parece essencial: quer a fala, quer o brincar têm as suas formas marcadas por conteúdos psíquicos inconscientes. Mais: a diversidade aparente dessas formas de expressão não altera a natureza e a função do *setting* terapêutico, nem o compromisso do terapeuta com intervenções de caráter interpretativo.

Com isso, quero chamar a atenção para uma premissa psicanalítica fundamental: o inconsciente é atemporal, portanto, seus conteúdos não arquitetam sintomas de acordo com faixas etárias. São comuns, no campo fonoaudiológico, apreciações como “prefiro e/ou sinto-me mais competente para atender crianças que adultos” (ou vice-versa, acho que com menor frequência). Mas o que está em jogo não são, como possa parecer, as diferenças quanto ao funcionamento psíquico do cliente. O que está em jogo são dois aspectos: um inespecífico e outro específico à fonoaudiologia.

O primeiro diz respeito aos conteúdos contratransferenciais, ou seja, as reações mobilizadas no terapeuta podem, potencialmente, variar em função de ele se sentir mais ou menos confortável, mais ou menos identificado, quando está no lugar de espelho de uma criança ou de um adulto. Portanto, parece-me que o desejo que move alguém a expressar preferências pelo trabalho com uma ou outra faixa etária relaciona-se a sua própria história de vida, e não a questões de ordem metodológica.

O segundo é de fato específico ao campo fonoaudiológico, como também o é, por outras razões específicas, ao campo psicanalítico. Estou me referindo à *linguagem*. Aí parece-me importante a diferenciação entre lidarmos com um cliente em processo de aquisição de linguagem e com aquele cujo processo não está mais em curso, mesmo considerando que o funcionamento da linguagem é dinâmico, sem tomá-lo como gradativa superação de etapas. Portanto, estou apenas diferenciando fases de um processo contínuo.

Essas diferentes fases também não determinam alterações da noção de *setting* apresentada, e, nesse sentido, retomo considerações feitas sobre as possíveis linguagens utilizadas no *setting* (o falar e o brincar, basicamente), agora numa articulação explícita com o campo psicanalítico, para dizer que as crianças pequenas, em fase de aquisição de linguagem, exigem do fonoaudiólogo (assim como do psicanalista) uma maior atenção quanto à escuta de conteúdos transferenciais. Isto porque, tal e qual na psicanálise, o método fonoaudiológico é essencialmente verbal-oral.

O último aspecto que vou abordar é o da relação entre *setting* e grupo familiar, articulando-o também com a questão do atendimento de crianças e adultos.



Acho que o grupo familiar é introduzido no *setting* pelas representações do cliente, já que é parte essencial do conjunto de representações que ele nos oferece a respeito da vida “lá de fora”. Mas observo no campo fonoaudiológico uma tendência peculiar de lidar com as figuras parentais. Parto do princípio indiscutível de que o contrato terapêutico, pré-requisito para o estabelecimento do *setting*, precisa ser parcialmente negociado (horários, pagamento) com os pais ou seus substitutos, nos casos de crianças e adultos dependentes. Quando digo *parcialmente*, espero deixar claro que as demandas do cliente e da família também entram em jogo nessa negociação e constituem a sua dimensão subjetiva.

Ocorre que isso é diferente da idéia de que, para efeitos do processo terapêutico, o adulto é um “cliente inteiro”. E a criança ou o adulto dependentes precisam ser uma espécie de somatório com a família, para poder alçar à condição de cliente.

Esse raciocínio, a meu ver equivocado, tem implicações clínicas variadas. Mas atendo-me àquela que diz respeito mais diretamente ao tema especificamente tratado aqui.

Vejam: se a família adentra o *setting*, não mais como representação mas como materialidade, a tendência é a da escuta terapêutica ter que se ampliar, a ponto de poder acolher também as demandas e os conteúdos transferenciais familiares. Temos aí uma questão metodológica importante: em que circunstâncias isso pode ou não ter valor terapêutico? Acho que a resposta a essa questão exige a análise de casos particulares, não podendo ser tratada rigidamente. Mas quero colocar a questão em outros termos. Em síntese: *acolher* demandas familiares e lidar terapêuticamente com elas é diferente de *orientar* famílias sobre a melhor maneira de cuidar de seus filhos ou de eleger seus membros como *co-terapeutas*. Lembremos que o inconsciente também circula pelas trocas relacionais familiares.

Assim, é necessário que estejamos atentos para o fato de que as demandas habituais, como a ansiedade dos pais pelo término do tratamento, a resistência em aceitar as dificuldades dos filhos, a mútua culpabilização dos casais pela produção e/ou manutenção dos sintomas das crianças, etc., revelam também conflitos psíquicos particulares a cada um dos membros familiares. Portanto, pare-

ce-me não terapêutico tratá-las apenas como elementos dificultadores do processo terapêutico, a serem eliminados por uma intervenção normativa, muitas vezes superegóica, por parte do terapeuta.

No limite, dada a natureza dos conteúdos em jogo, a intervenção familiar muitas vezes também demanda a configuração de um outro *setting*, e não a sua simples inclusão naquele que compartilhamos com o nosso cliente. Nesses casos, acho aconselhável que os terapeutas afastem-se de suas tendências onipotentes e/ou missionárias, desenvolvendo cada vez mais uma escuta que fortaleça a cumplicidade indispensável ao estabelecimento e à manutenção do vínculo primordial, que é com o seu cliente, criança ou adulto.

Ao fazer essa afirmação, imediatamente me recorro de um menino que atendi há algum tempo. Em um dos nossos primeiros encontros, ainda um tanto constrangido com o próprio desejo diante de minha “adulta presença”, pergunta: “aqui eu posso falar mal do meu pai e da minha mãe?”.

O *setting* é isto: tempo e lugar nos quais pagamos para dizer o que nos passa pela mente, para alguém a quem não devemos o menor respeito hierárquico. Alguém com quem compartilhamos a invenção desse espaço e que, a partir daí, começa a habitar o nosso imaginário, favorecendo que comece a passar pela nossa mente o que era, até então, inimaginável.

### **Resumo**

*A noção de setting, originária dos campos da psicologia e da psicanálise, é aqui analisada na perspectiva da fonoaudiologia. Para tal, foram considerados três aspectos: a relação transferência/contratransferência, o atendimento de crianças e de adultos e o lugar da família no processo terapêutico. Nessa perspectiva, inspirada na psicanálise, são sugeridos parâmetros teórico-metodológicos para a intervenção fonoaudiológica, de forma a sustentá-la em termos genuinamente terapêuticos.*

**Palavras-chave:** *psicanálise; fonoaudiologia; clínica da linguagem.*

**Abstract**

*The conception of setting from psychology and psychoanalysis is here analyzed through phonoaudiology view. For that, three aspects were considered: the relation between transference/counter-transference, children and adults therapy and the family position on therapeutic process. On this perspective, inspired on psychoanalysis, theoretical-methodological parameters are suggested for the phonoaudiological intervention, in a way to support it in genuinely therapeutic terms.*

*Key-words: psychoanalysis; phonoaudiology; language clinic.*

**Resumen**

*La noción de “setting” originária de los campos de la Psicología y de la Psicoanálisis, es aquí analizada en la perspectiva de la Fonoaudiología. Para eso tres aspectos fueron considerados: la relación transferencia / contratransferencia, el atendimiento de niños y de adultos y el lugar de la familia en el proceso terapéutico. Desde esa perspectiva, inspirada en la Psicoanálisis, se sugieren parámetros teórico metodológicos para la intervención fonoaudiológica de forma a sostenerla en términos genuinamente terapéuticos.*

*Palabras claves: psicoanálisis; fonoaudiología; clínica del lenguaje.*

**Referência**

FREUD, S. ([1912]1980). “A dinâmica da transferência”. In: *ESB*, XII. Rio de Janeiro, Imago.

*Recebido em set/01; aprovado em nov/01.*