

Voz e psiquismo: diálogos entre fonoaudiologia e psicanálise

Marilza Gulfier Pinheiro*

Maria Claudia Cunha**

Resumo

Este trabalho discute as relações entre voz e psiquismo no campo fonoaudiológico, especificamente quanto aos sintomas vocais. Observa-se que o discurso dos profissionais da área não nega essas relações, mas a produção científica e a abordagem clínica dicotomizam as dimensões psíquica e orgânica dos sintomas vocais. Tal abordagem conduz a intervenções fonoaudiológicas restritas ao sintoma corporal observável, em termos audíveis e visíveis. A partir disso, discutimos através de pesquisa bibliográfica a imprecisão terminológica, reveladora de inconsistência conceitual, utilizada na literatura fonoaudiológica dos distúrbios vocais. E apontamos, em contrapartida, para uma abordagem referenciada pela teoria psicanalítica, que possa tornar a intervenção fonoaudiológica nos sintomas vocais um processo que assuma seu caráter efetivamente terapêutico.

Palavras-chave: fonoaudiologia; transtornos da voz; psicanálise.

Abstract

This article discusses the relationship between voice and psyche inside the speech therapy field, especially for the vocal symptoms. It is observed that the professional's speech in the area doesn't deny these relations, but the scientific production and the clinical approach separate psychic and organic dimensions of the vocal symptoms. This approach takes the speech therapy intervention to restrict the vocal symptoms to an observed body's symptom, in an audible and visible way. We then discussed, through a bibliographic research, the inaccuracy of the terminology, which revealed inconsistent concepts used at the Speech Therapy's literature of the vocal disorders. Finally, we pointed for an approach based on the psychoanalysis theory, which could turn the speech therapy intervention of the vocal symptoms into a process that assumes the therapeutic role.

Key-words: Speech therapy; speech, language and hearing sciences; voice disorders; psychoanalysis.

* Fonoaudióloga do Centro de Apoio Psico-Social Infantil Santana – CAPSi – da Prefeitura do Município de São Paulo. Especialista em Voz pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). ** Fonoaudióloga, professora titular da Faculdade de Fonoaudiologia e do Programa de Pós-Graduação da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP).

Resumen

Este trabajo discute las relaciones entre voz y psiquismo en el área fonoaudiológica, específicamente en relación a los síntomas vocales. Se observa que el discurso de los profesionales del área no niega esas relaciones, pero la producción científica y el abordaje clínico dicotomizan las dimensiones psíquica y orgánica de los síntomas vocales. Ese abordaje lleva a intervenciones fonoaudiológicas restringidas al síntoma corporal observable, en términos audibles y visibles. A partir de ese punto, discutimos a través de la investigación bibliográfica la imprecisión terminológica, reveladora de la inconsistencia conceptual, utilizada en la literatura fonoaudiológica de los trastornos vocales. Señalamos, en cambio, un abordaje referenciado por la teoría psicoanalítica, que pueda convertir la intervención fonoaudiológica de los síntomas vocales en proceso que asuma su carácter efectivamente terapéutico.

Palabras clave: fonoaudiología; transtornos de voz; psicoanálisis.

Introdução

Pesquisando a bibliografia fonoaudiológica referente aos distúrbios vocais, percebe-se que são escassos os estudos que relacionam voz e psiquismo.¹

Observa-se que a maioria dos autores que enfocam esses sintomas não nega essa relação e considera a subjetividade dos clientes com problemas vocais. Mas avaliamos que essas colocações ainda são superficiais, não apresentando parâmetros teórico-metodológicos suficientemente consistentes para a análise da dimensão psíquica.

Contudo, tradicionalmente, a relação entre voz e psiquismo é enfatizada nos estudos que se referem às chamadas disfonias psicogênicas como um quadro clínico específico.

Behlau e Pontes (1995a)² partem da classificação das disfonias em orgânicas e funcionais, apontando três causas possíveis para esta última: uso incorreto da voz, inaptações fônicas e fatores psicoemocionais. E referem que as disfonias funcionais geradas por fatores psicoemocionais são nomeadas de disfonias psicogênicas.

Em outro trabalho, Behlau e Pontes (1995b) declaram que é alta a incidência de disfonias que têm como causa alterações psicoemocionais, fazendo, inclusive, a seguinte assertiva:

(...) embora a dinâmica psicofisiológica da emoção possa ser explicada por inúmeras teorias, as relações entre esses processos e a voz ainda não estão bem esclarecidas. (p. 24)

Além disso, a tendência da literatura fonoaudiológica é a desconsideração das distintas concepções que o psiquismo assume na psiquiatria, na psicologia e na psicanálise, o que, várias vezes, implica imprecisões e inconsistências teórico-metodológicas.

Podemos ilustrar essa crítica com os usos indistintos no mesmo texto de Behlau e Pontes (1995a). Referindo-se ao que denominam fatores psicoemocionais, os autores apontam para a relação entre voz e personalidade e, para explicar esta relação, utilizam-se de terminologia e conceitos indiferenciados, a saber: distúrbios psiquiátricos, variáveis psicológicas, alterações psicoemocionais, distúrbios psicológicos, desordem psicológica, adaptação psicológica não adequada, histeria de conversão, estresse emocional, desordens específicas da personalidade, perfil psicológico alterado, confusão emocional e fatores psicológicos.

Apesar disso, enfatizam que “variáveis psicológicas” têm papel importante na formação de padrões de comunicação de um indivíduo, como a escolha do tipo de voz, articulação, fluência da fala e linguagem. Relacionam, também, os ajustes motores para a produção vocal às características da personalidade do falante e ao efeito causado no ouvinte.

Morrison et al. (1994) destacam a relação entre traços de personalidade e características vocais, mas alertam que “... alguns estudos mostraram que não há uma uniformidade entre a expressão da personalidade e a voz ...” (p. 98).

¹ Salientamos, no entanto, que pesquisas recentes apontam para novos caminhos neste campo de estudo. A propósito ver: Ferreira (1993), Ferreira, Algodoal e Silva (1997/1998), Louro (2000), Leon (2000), Araújo (2000), Pinheiro (2001) e Bergatin (2002).

² Esses autores são citados diversas vezes neste trabalho por apresentarem proposições significativas para o tema em questão.

Contudo, no mesmo trabalho, afirmam que as disfonias de etiologia psicogênica ocorrem com mais frequência em pessoas que reprimem o choro e a agressividade.

Anderson e Schalen (1998) definem as “desordens psicogênicas” da voz como um distúrbio do comportamento vocal causado por estresse psicossocial na ausência de alterações estruturais e neurológicas da laringe. Para compreender o significado de “psicogênicas”, usam termos como conflitos emocionais, fatores psicossociais, emoções, estado emocional, problemas emocionais e estresse emocional.

Coelho et al. (1996) também utilizam terminologia indiferenciada para se referirem ao aspecto psíquico: aspectos psicológicos, emoções, personalidade e estados psicológicos.

Porém, quando se refere não mais às disfonias psicogênicas, mas às “outras” disfonias, a grande maioria dos trabalhos apenas cita a dimensão psíquica, mas nunca dando a ênfase, a nosso ver necessária, ao papel desempenhado pelo psiquismo na formação e manutenção do sintoma vocal de forma geral.

Ainda com Behlau e Pontes (1995a), podemos ilustrar a perspectiva acima. Pontuam que não são todas as disfonias que têm “fatores psicológicos” em sua origem, mas que o estresse emocional tem sua participação na maior parte das disfonias hipercinéticas.

Em outro artigo, Behlau e Pontes (1995c) declaram que em todos os indivíduos há mudanças vocais de acordo com o estado emocional, mas que mudanças na qualidade vocal sob estresse não provariam a presença de uma desordem psicogênica.

Stemple et al. (1995) ao situarem a importância das “emoções” na produção vocal colocam:

Os sintomas vocais resultantes podem ser simplesmente um conjunto de tensões corporais, gerando uma maior hipertonicidade específica dos músculos intrínsecos e extrínsecos da laringe causando uma disфонia. Ou podem ser um sinal de desordens psicológicas mais sérias. (p. 59)

Coelho et al. (1996) mencionam a aceitação, entre os pesquisadores e os clínicos na área dos distúrbios da voz, do “aspecto psicológico” presente nas disfonias. Referem que, apesar das evidências da relação entre emoções e voz, os estudos não são conclusivos. Na tentativa de equacionar o problema, as autoras utilizam do conceito de “es-

tesse”, caracterizando-o como uma alteração fisiológica que ocorre no organismo quando este tem que efetivar uma reação diferente e de maior intensidade daquela correspondente à sua atividade orgânica normal.

Mas, esta maneira de analisar as disfonias reitera a dicotomia entre psíquico e orgânico, em outras palavras, entre mente e corpo.

Avaliamos que esta concepção dicotomizada de sujeito conduz a uma abordagem fonoaudiológica cujo objetivo se restringe à eliminação do sintoma corporal observável, o que podemos observar em Anderson e Schalen (1998), quando propõem como intervenção fonoaudiológica o uso de exercícios vocais e treino das habilidades de comunicação e emocionais, não deixando claro no que consistiria “treinar as habilidades emocionais”.

Behlau e Pontes (1995a), ao comentarem o tratamento na afonia de conversão mencionam:

A remoção do sintoma geralmente ocorre em uma única sessão e embora acreditamos que seja melhor induzir o paciente a conseguir uma boa qualidade vocal no primeiro encontro, se o estresse da situação for grande, é melhor a realização de outras sessões, diariamente, uma ou mais vezes, o que dificilmente ultrapassa o período de uma semana. (p. 71)

E chamam esse procedimento de “terapia sintomática”.

Essa abordagem caracteriza uma possibilidade de intervenção fonoaudiológica, mas há outras mais compatíveis com o nosso ponto de vista. É o que podemos ver em Viola (1995) ao estudar um caso de disфонia espástica. Desde o início do relato, há uma preocupação com a esfera relacional da cliente em questão e não somente com o quadro vocal, como vemos no trecho a seguir:

(...) creio que ela não desejava e não sentia possibilidade de mudar sua forma de pensar e agir, mas através desta relação terapêutica encontrou condições de utilizar suas capacidades e de entrar em contato com seus desejos, de modo que as ações que se seguiram foram frutos destas sensações e reflexões. (p. 98)

Nesse sentido fica explícita a diferente compreensão do sintoma apresentado pela cliente, aliada a uma atuação que não se restringe somente a eliminá-lo.

Em trabalho anterior (Cunha, 1996), já aparece o questionamento em relação à postura fonoau-

diológica que opõe sintomas de linguagem somáticos a sintomas de linguagem “psi”, sendo este último tomado, aleatoriamente, como sinônimo de termos como psicológico, psíquico ou emocional.

Nesse sentido, a necessidade de o campo fonoaudiológico refletir sobre a conceituação do psiquismo já é trazida para discussão. Nesse trabalho, parte-se da idéia de que os conteúdos psíquicos inconscientes marcam as formas da linguagem, podendo incidir também sobre a voz, base biológica e dimensão supra-segmentar da linguagem.

Aponta-se para uma intervenção fonoaudiológica baseada na teoria psicanalítica, na qual o sintoma é considerado também como uma linguagem, propondo-se que: “A tradução dos sintomas da fala numa esfera psíquica, de tal forma que eles pudessem vir a ser enunciados numa outra linguagem, que não apenas corporal” (p. 139).

A partir do exposto, o objetivo deste trabalho é discutir a relação entre voz e psiquismo no campo fonoaudiológico dos sintomas vocais, questionando as abordagens clínicas que consideram somente a expressão orgânica desses sintomas. Para tal, utilizaremos a psicanálise como abordagem teórica.

A conceituação de psiquismo

A partir do exposto, percebemos que a literatura fonoaudiológica tradicional não traz uma conceituação teoricamente consistente do psiquismo, o que é expresso pela terminologia indiferenciada, que reduz o psiquismo a “tudo o que não é orgânico”. Por esse motivo, apontamos, inicialmente, o conceito de psiquismo a partir dos objetos de estudo específicos da psiquiatria, da psicologia e da psicanálise. Em outras palavras: faremos uma abordagem epistemológica do problema.

A psiquiatria é um ramo da Medicina que tem como objeto de estudo a doença mental, por meio da descrição e da classificação dos sintomas manifestos, como aparece no DSM-IV³ e no CID-X⁴ (instrumentos tradicionalmente utilizados para a informação diagnóstica). É centrada nesses sintomas que a psiquiatria estabelece a sua psicopatologia.

Na psicologia, há uma pluralidade de enfoques metodológicos e as várias escolas psicológicas

existentes distinguem-se pela forma de abordar seu objeto de estudo, pelo método utilizado e, acima de tudo, pela concepção de sujeito assumida.

No entanto, podemos situar o objeto de estudo da Psicologia na dimensão da consciência e, dessa forma, aproximá-la da Psiquiatria que privilegia o sintoma enunciado pelo sujeito e/ou manifesto pelos sinais.

As abordagens psicodinâmicas, particularmente, baseiam-se na teoria freudiana, logo incorporando a dimensão do inconsciente, a importância das experiências infantis para a formação do comportamento adulto e os mecanismos de defesa (Schultz e Schultz, 1998, p. 354). Nesse sentido, essas abordagens consideram as perturbações mentais como manifestações simbólicas do inconsciente, mas não tomam o material inconsciente como foco das intervenções terapêuticas.

A psicanálise nasceu com Freud apartada da psicologia positivista e, segundo Schultz e Schultz (1998), não era produto da academia, do “laboratório universitário”, e sim da observação clínica (p. 324). Freud postula o inconsciente como objeto de estudo da sua psicologia, quebrando a tradição da psicologia como ciência da consciência e da razão.

O inconsciente exprime “o conjunto dos conteúdos não presentes no campo atual da consciência” (Laplanche e Pontalis, 1995); seriam conteúdos aos quais foi recusado o acesso ao sistema pré-consciente-consciente pela ação do recalque. Assim, Freud (1915) afirmava que, além dos conteúdos reprimidos, no inconsciente há atos latentes (que são temporariamente inconscientes) e fantasias.

Não temos acesso ao inconsciente, a não ser por meio de atos falhos, sonhos ou sintomas. Como Freud (1915) afirma: “...só o conhecemos como algo consciente, depois que ele sofreu transformações ou tradução para algo consciente” (p. 191).

Para Freud, a vida psíquica é governada pelo inconsciente e, dessa maneira, as formas e funções da vida psíquica (linguagem, pensamento, comportamentos) são expressões do inconsciente. O autor não renega o corpo, mas propõe cuidar da mente e do corpo como unidade, tendo o inconsciente como intermediação.

³ *Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais*, na sua 4ª versão, da Sociedade Americana de Psiquiatria.

⁴ Classificação Internacional de Doenças, na sua 10ª versão, da Organização Mundial de Saúde.

Psicanálise e voz

A fim de aprofundar a reflexão sobre a relação entre voz e psiquismo, buscamos o tema na literatura psicanalítica. A partir disso, fazemos uma proposta de leitura dos sintomas vocais por meio de parâmetros teóricos psicanalíticos, que possam contribuir para que a intervenção fonoaudiológica assumira seu caráter efetivamente terapêutico.

A nossa fonte de pesquisa foi a biblioteca da Sociedade Brasileira de Psicanálise (SP), onde pudemos também constatar a escassez de trabalhos sobre o tema. Assim, faremos referência aqui aos autores que parecem-nos trazer as contribuições mais significativas.

Nos seus estudos sobre as neuroses, Freud (1888) foi o primeiro a fazer referências à relação entre voz e psiquismo. Situava a afonia entre os sintomas da histeria de conversão, a qual teria sua origem em algum conflito psíquico, e os sintomas apresentados não teriam uma causa física e sempre estariam relacionados a um componente da esfera da sexualidade. Partia do pressuposto que o psiquismo era determinado pelo inconsciente: um conjunto de conteúdos recalcados que não tiveram acesso à consciência.

O sintoma, assim, seria um representação de conteúdos inconscientes e teria uma representação no corpo (o sinal) e uma representação mental (o símbolo). Aqui o sintoma é originado por uma repressão, que é um processo psíquico que visa encobrir, fazer desaparecer da consciência, uma idéia ou representação insuportável e dolorosa. Nessa perspectiva, podemos entender o sintoma como sendo, ao mesmo tempo, uma tentativa de satisfação de um desejo e uma negação a essa satisfação.

O sintoma sempre tem um significado latente além do manifesto; ele é revelador da vida psíquica do paciente, salientando-se que um indivíduo pode usar de seu corpo e não da fala para dizer de seu sofrimento.

Rosolato (1977), partindo da ópera, situa a voz como possibilidade humana, desde o início da vida, de alcançarmos o mundo que nos rodeia. Retoma o desenvolvimento do bebê, pontuando que, inicial-

mente, o grito é a manifestação de excitação – na dor ou no prazer – espontânea e passiva. Depois, o bebê utiliza-se de ruídos vocais como forma de agir no ambiente, controlar suas emissões e reproduzir sons escutados. Além disso, nesse momento, o bebê consegue suportar a ausência materna usando esses mesmos jogos vocais. Essa gama de sons que o bebê produz será descartada ou reduzida, pelo adulto, a sons que permitam uma melhor comunicação.

Continua citando a voz como expressão de conteúdos “... *que se separan del corpo, que provienen de un trabajo subterráneo de fabricacion...*” (p. 96). A partir disso, correlaciona a voz mais à questão anal do que à própria oralidade.⁵

Rosolato afirma ainda que a voz pode ser vista como semelhante ao conceito de pulsão⁶, tomando esse termo na acepção freudiana. Isso porque, para essa autora, a voz tem um lugar no biológico/corporal e no psíquico (origina-se em uma excitação/tensão que tem que ser reduzida na busca de um prazer); tem um objeto (afetar um receptor para assegurar a comunicação) e também está inscrita no registro de afeto (voz) e de representação (palavra).

Spitz (1987), comentando uma peça musical – *Ancient Voices of Children: A Cycle of Songs on Texts by Garcia Lorca* –, afirma que a voz cria a ilusão de ligação entre o eu e o outro. Baseando sua reflexão nos escritos de Margaret Mahler sobre o desenvolvimento infantil, afirma que a voz é somente uma maneira parcial de superar as separações que ocorrem durante o desenvolvimento, e nos extremos dessas separações estão o nascimento (primeira separação) e a morte.

Afirma, ainda, que a voz, na mesma medida que tenta superar as separações, é uma maneira de afirmação do *self*, de confirmação da identidade.

Também encontramos em Anzieu (1997) referências à voz como uma possibilidade original de manifestação de angústia do bebê diante de sua total fragilidade e dependência. Além disso, a voz no recém-nascido marca o seu próprio aparecimento fora do corpo materno.

Inicialmente, o grito do bebê é orgânico e aos poucos:

⁵ Segundo a psicanálise, o desenvolvimento psicosexual é dividido em fases e essas caracterizam-se por maneiras específicas da organização da libido, isto é, em cada uma delas uma zona erógena é predominante. As fases psicosexuais seriam: oral, anal, fálica e genital.

⁶ Pulsão, também chamada de instinto, é entendida não como impulso inato ou predisposição herdada, mas sim como fonte de estimulação que ocorre no interior do corpo. O objetivo da pulsão é eliminar a tensão causada pela estimulação corporal, buscando satisfação através de alguma atividade.

(...) o homenzinho adquire vaga consciência do que ocorre através de suas cordas vocais e das sensações que nelas pode provocar. Tira novos prazeres em se ouvir repetir os ruídos vocálicos que aos poucos descobre. Também logo sabe utilizar esses ruídos para manifestar necessidades e desejos. Aprende que certos sons produzidos por sua garganta resultam na presença amada e tranquilizadora que almeja. (p. 150)

A partir disso, o bebê experiencia a voz como algo que constata a separação entre ele e a figura materna, mas ao mesmo tempo é essa voz que vai possibilitar a presença desse objeto desejado. Continua afirmando ser a voz a possibilidade real de contato entre a criança e sua mãe. “A voz prolonga a boca, que mama nos limites perceptíveis ao ouvido” (p. 151). E ainda: “... a voz também será o complemento espacial da mão assim prolongada pelo apelo em direção ao objeto desejado” (p. 151).

Bollas (1997), analisando o espaço analítico, comenta que toda palavra escolhida traz a possibilidade de conteúdos psíquicos serem expostos e seleciona uma direção a ser seguida no processo analítico. Assim, a voz é que traz a palavra a esse contexto.

Acrescenta que nessa relação de falante e ouvinte, na situação psicanalítica, podemos compreender a boca, o ouvido e a voz como sendo erogenizados. Por meio das vocalizações (inflexões da voz-mudanças de *pitch*), expressamos a afetividade, para onde está direcionada a nossa libido; transmitimos por meio de nossa voz uma fusão inconsciente de sexualidade e agressividade. Comenta, ainda, que há muitos caminhos para se expressar afetos, mas a voz seria o mais efetivo.

Por sua vez, Ogden (1998), partindo da voz na poesia e analisando-a na situação analítica, refere que criar uma voz seria uma maneira de marcarmos nossa existência nesse mundo. Utiliza-se do termo voz no sentido de “dar voz”, “deixar falar” o que somos, e, nesse sentido, essa concepção de voz pode ser relacionada a todas as formas de linguagem: na poesia, na prosa, no diálogo analítico e nas conversas do dia-a-dia.

Ele não concorda que a voz seja o “verdadeiro *self*” e nem “falso *self*”, mas que tenha elementos de ambos e “poderia ser entendida como um canal para a ‘experimentação’ consciente ou inconsciente com o vivenciar do *self*” (p. 586). A voz não seria uma expressão do *self*, mas uma experiência que é manifesta no ato da fala ou escrita.

Diz, ainda, que para cada situação criamos uma voz, e o seu som só o sabemos no momento em que a ouvimos: “A singularidade na voz pode ser entendida como uma forma individual criada no meio em que se usa a linguagem” (p. 601).

Nessa perspectiva, a voz não é algo pronto, acabado, mas é ação, movimento, é recriada a cada instante.

Trazendo estas reflexões ao *setting* analítico, Ogden refere que a voz do analista e a voz do analisando são cada qual exclusivas e, ao mesmo tempo, trazem à tona a experiência inconsciente comum que se cria na inter-relação do espaço analítico. A isso Ogden chama de *terceiro analítico*. Diz, ainda, que o *setting* analítico, por suas características (pouca sugestão visual, ênfase no uso da linguagem e ritmo dialógico incomum), contribui para uma sensibilidade maior ao som da voz do analisando. Este talvez nunca tenha escutado a sua voz, e a possibilidade de ouvir-se no *setting* analítico o levaria a experiência de criar uma voz própria.

Figueiredo (1998), comentando este texto de Ogden, parte do pressuposto que falar e escrever envolvem uma implicação e um distanciamento. Implicação no sentido que, nesses atos, deixamos nossas marcas sonoras ou gráficas no mundo; o distanciamento ocorre a partir do fato de que nessas marcas que deixamos nos reconhecemos e nos estranhemos (lembra da sensação de estranheza ao escutarmos nossa voz no gravador).

Como o sujeito está sempre em processo de constituição, a produção da voz é uma das maneiras do *self* “vir-a-ser” para si e para os outros. A voz expressa e comunica a experiência subjetiva do sujeito. Os sentidos do que falamos vão se enredando e formando redes associativas por onde circulam os afetos, e essas redes associativas se constituem das ressonâncias e ecos semânticos mais as ressonâncias e ecos sonoros. Os aspectos psicofísicos do que se diz (estilo da dicção, melodia, ritmo, harmônicos) são responsáveis pelas ressonâncias e pelos ecos sonoros que a voz produz. Há, também, as ressonâncias e os ecos de quem escuta essa voz: são efeitos produzidos no corpo do ouvinte (“escutar com o corpo inteiro”).

Finaliza colocando a voz como sendo o que de mais próprio cada sujeito pode produzir e, ao mesmo tempo, é o que o possibilita a entrar em contato com outras vozes e ser afetado por elas, e assim ser modificado.

Em Guntert (1999), vemos evidência da voz como expressão da personalidade. Ela retoma o conceito de Anzieu (1989) de “envelope sonoro” do Eu, que situa a diferenciação entre o Eu/Não-Eu, originando-se na voz da mãe e nas trocas fonemáticas que ocorrem entre o bebê e sua mãe. Essas primeiras formas de comunicação, com o desenvolvimento do pensamento e da linguagem, permanecem na comunicação adulta.

Nesse sentido, a linguagem envolve as pessoas num meio sonoro e as une como que através de um cordão vocal.

Prosseguindo, Guntert retoma a idéia do som da voz como envelopante do Eu e conclui que poderíamos afirmar que essa voz expressa, também, os distúrbios relativos às funções do Eu. Ficando atentos aos aspectos não somente lingüísticos, mas também infra lingüísticos e pré-lingüísticos, poderíamos detectar movimentos patológicos ou saudáveis do paciente.

Laznik (2000) traz à discussão a tese de que a voz seria o primeiro objeto da pulsão oral. Ocorre uma excitação interna no bebê, originada por fome ou sede, e ele vai manifestar uma descarga motora (grito) e, a partir disso, um outro vai satisfazê-lo nas suas necessidades. Esta experiência vai deixar traços mnêmicos no bebê que, quando deixado sozinho, poderá evocá-los e também o outro (mãe) atento, assegurador e assim reencontrará o equilíbrio. Seria uma experiência alucinatória. Retomando Freud, Laznik explica que, na alucinação de satisfação, não estão somente os traços mnêmicos, mas também os atributos desse outro assegurador.

Indo mais além e apoiando-se em observações clínicas e trabalhos de psicolingüistas, que afirmam que o bebê identifica a voz materna antes de mamar pela primeira vez, Laznik afirma que a constituição do aparelho psíquico não está somente apoiada nas experiências de satisfação das necessidades virtuais do bebê.

Sustenta que o bebê alucina primordialmente a voz materna e, mais especificamente, seus picos prosódicos (“mamanhês”) e não somente os traços visuais.

Continua afirmando que:

(...) desde o nascimento, e antes de qualquer experiência de satisfação alimentar, o recém-nascido tem uma apetência extraordinária para o gozo que a visão da sua presença desencadeia no Outro materno. (p. 90)

E é na prosódia da voz materna que o recém-nascido se identifica como objeto de gozo deste Outro. O bebê vai procurar o rosto que corresponde a essa voz e também se fazer objeto desse olhar.

Clínica fonoaudiológica e sintomas vocais

O sujeito disfônico, por meio de sua alteração vocal, fala de seu psiquismo, produto daquelas primeiras experiências e de todas as outras que o acompanham. A todo momento, ele estará “falando” de si por meio do sintoma. Citando Mannoni (1990):

(...) alguma coisa permanece *falada*, separada do sujeito, o qual não tem o domínio do que o marcou, deixando-o completamente *sem palavras para o dizer*. (p. 11, grifos nossos)

Assim, o sujeito, “não tendo palavras” para expressar essas marcas, é falado pelo sintoma que apresenta (no caso, a disfonia). Nesse sentido, podemos considerar as alterações vocais como alterações de linguagem.

Quando o paciente disfônico chega ao nosso consultório parece que ele “perdeu” a sua voz; não se reconhece na voz que produz, não se identifica com a voz que tem podido produzir e, nesse sentido, o *setting* terapêutico fonoaudiológico é o lugar onde é possível reapropriar-se da sua própria voz e, assim, da sua história. Isso poderá ocorrer se o fonoaudiólogo estiver atento não somente à voz como produção acústica, mas também aos significados dessa voz na história desse paciente.

Ao ouvir a sua voz nas terapias fonoaudiológicas, o paciente disfônico vai experimentando novas formas de utilizá-la por meio de técnicas fonoaudiológicas específicas, mas também, juntamente com essa “nova voz”, vai experienciando e criando novas maneiras de estar no mundo, de relacionar-se consigo – com o que sente e pensa – e com os outros. Dessa forma, vamos construindo, através da relação terapêutica, a história de uma voz, a história de um sujeito.

A voz é um produto do nosso corpo. Desdobra-se na materialidade do som e em produto simbólico, isto é, os significados que foram construídos (os afetos relacionados a essa voz, as primeiras marcas vocais desde o nascimento). Marcamos simbolicamente as pessoas com a nossa voz e somos

marcados pelas vozes alheias. Ao atendermos um paciente com sintoma vocal, precisamos considerar ambos os aspectos apontados.

Na clínica das disfonias, o fonoaudiólogo privilegia a materialidade da voz. Isso torna-se fascinante, na medida em que nos dá a ilusão de poder controlar o fenômeno vocal, por meio de técnicas específicas. Há um encantamento por parte dos pacientes e fonoaudiólogos ao perceberem que uma determinada técnica fonoaudiológica realmente opera melhoras na voz. Mas onde está o sujeito/autor dessa voz?

Mannoni (1990) alerta os analistas – e parece-nos que esse alerta também cabe ao fonoaudiólogo:

Prisioneiro de um personagem ou de um papel, o analista chega então por vezes a ser surdo diante de uma aflição dificilmente transponível em palavras. Para reconhecer o “Eu” naquilo que tenta dizer-se, importa entretanto antes de tudo que o analista não se “lance” sobre a “informação”. (p. 10)

Não queremos minimizar a importância dos recursos técnicos no campo fonoaudiológico, mas estamos certos de que eles não sustentam a intervenção fonoaudiológica integralmente. Isso porque no atendimento ao paciente disfônico devemos considerar a produção acústico-motora da voz (relacionada à materialidade do som), mas também os aspectos simbólicos revelados por ela.

Partindo de duas colocações de Bollas (1997), a saber: a de que é através de nossa voz que expressamos a “força do instinto sexual” e que voz, boca e ouvido são erogenizados num processo analítico, podemos nos questionar se isso também não acontece no espaço terapêutico fonoaudiológico. Será que no processo terapêutico fonoaudiológico, a libido do paciente e do terapeuta estariam “do lado de fora” da sala de terapia?

Nós, fonoaudiólogos, estamos o tempo todo nos deparando com essas forças pulsionais e, nesse sentido, precisamos nos instrumentalizar para acolher os aspectos citados no processo terapêutico.

A partir do momento em que trazemos a psicanálise como referencial teórico para tematizar o método clínico-fonoaudiológico, buscamos, inclusive, a não dicotomia entre sujeito e objeto de conhecimento. Isto porque um dos pilares do método

clínico psicanalítico é justamente a relação transferencial⁷ que se estabelece entre terapeuta e paciente, na qual ambos estão totalmente implicados no processo analítico. Acreditamos que isso também é desejável no processo terapêutico fonoaudiológico: apesar de nós, fonoaudiólogos, não trabalharmos a transferência, não deveríamos trabalhar desconsiderando-a.

Acreditamos que tanto o psicanalista quanto o fonoaudiólogo fazem intervenções que envolvem o sujeito como corpo e psiquismo. O psicanalista intervém no inconsciente e, a partir disso, “toca” o corpo; o fonoaudiólogo, por meio de suas técnicas específicas, intervém no corpo e, a partir disso, “toca” o inconsciente. A técnica fonoaudiológica seria o caminho utilizado para que o cliente que nos chega, expressando sofrimento pela sua alteração vocal, possa mostrar-se.

Considerações finais

Nesse cenário apontamos para uma abordagem referenciada pela teoria psicanalítica sem, contudo, sugerir sua hegemonia. Mas acreditando que ela possa tornar a intervenção fonoaudiológica nos sintomas vocais um processo que assuma seu caráter efetivamente terapêutico.

Para tal propomos que o fonoaudiólogo não dicotomize o paciente com sintoma vocal através da antinomia orgânico e psíquico.

Enfatizamos que, para que esse trabalho seja metodologicamente consistente, não basta que o profissional tenha afinidade com tal concepção, utilizando-a apenas discursivamente. É necessário, em contrapartida, um investimento pessoal e institucional (via currículos de graduação, especialização e pós-graduação) que possibilite ao fonoaudiólogo um aprofundamento teórico no campo da psicanálise.

Referências

- ANDERSON, K. e SCHALEN, L. (1998). Etiology and Treatment of Psychogenic Voice Disorder: Results of a Follow-up Study of Thirty Patients. *Journal of Voice*, v. 12, n. 1, pp. 96-106.
- ANZIEU, A. (1997). “Da carne ao verbo: mutismo e gagueira”. In: *Psicanálise e linguagem – Do corpo à fala*. São Paulo, Casa do Psicólogo, pp.149-187.
- _____. (1989). *O Eu e a Pele*. São Paulo, Casa do Psicólogo.

⁷ Em psicanálise, transferência é a repetição de relações do sujeito com as figuras parentais no momento atual; o deslocamento de desejos inconscientes para situações atuais.

- ARAÚJO, A. N. (2000). *Ouvindo a voz... escutando o inédito: uma análise da entrevista inicial nos distúrbios de voz*. Dissertação de mestrado. Distúrbios da Comunicação. São Paulo, Pontifícia Universidade Católica.
- BEHLAU, M. e PONTES, P. A. DE L. (1995a). “Disfonias Psicogênicas”. In: FERREIRA, L. P. (org.). *Um pouco de nós sobre voz*. 4 ed. Carapicuíba, Pró-Fono, pp. 61-86.
- _____. (1995b). *Avaliação e tratamento das disfonias*. São Paulo, Lovise.
- _____. (1995c). “A evolução do conceito de disfonia espástica”. In: FERREIRA, L. P. (org.). *Um pouco de nós sobre voz*, 4 ed. Carapicuíba, Pró-Fono, pp. 101-18.
- BERGANTIN, M. (2002). *Considerações sobre o atendimento terapêutico realizado pelo estudante de Fonoaudiologia a propósito dos sintomas vocais*. Dissertação de mestrado. Distúrbio da Comunicação. São Paulo, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- BOLLAS, C. (1997). Wording and Telling Sexuality. *The International Journal of Psycho-Analysis*, April, 8 (part 2), pp. 363-67.
- COELHO, M. A. ; BEHLAU, M. e VASCONCELLOS, E. G. (1996). “Da relação entre stress e distúrbios da voz”. In: MARCHEZAN, I. Q.; ZORZI, J. L. e GOMES, I. C. D. *Tópicos Em Fonoaudiologia*. Vol. III. São Paulo, Lovise, pp. 361-87.
- CUNHA, M. C. (1997). *Fonoaudiologia e psicanálise: a fronteira como território*. São Paulo, Plexus.
- FERREIRA, L. P. (1993). “A avaliação da voz: o sentido poderia ser outro?” In: *Um pouco de nós sobre voz*. Carapicuíba, Pró-Fono, pp.29-38.
- _____.; ALGODOAL, M. J. e SILVA, M. A. A. (1997/1998). A avaliação da voz na visão (e no ouvido) do fonoaudiólogo: saber o que se procura para entender o que se acha. In: MARCHEZAN, I. Q., ZORZI, J. L. e GOMES, I. C. *Tópicos de Fonoaudiologia*. Vol. IV. São Paulo, Lovise, pp. 393-413.
- FIGUEIREDO, L. C. (1998). A completa noção de voz. *Revista Brasileira de Psicanálise*, v. 32, n. 3, pp. 605-609.
- FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas*. Rio de Janeiro: Editora Imago, 1969.
- _____. *Histeria*. vol. I. p. 79-101, 1888.
- _____. *O Inconsciente*. vol. XIV. p. 189-223, 1915.
- GUNTERT, A. E de V. (1999). Voz: Ressonância do Eu. *Revista Brasileira de Psicanálise*, v. 33, n. 4, pp. 661-669.
- LAPLANCHE, J. e PONTALIS, J. B. (1995). *Vocabulário da Psicanálise*. São Paulo, Martins Fontes.
- LAZNIK, M. C. (2000). A voz como primeiro objeto da pulsão oral. *Revista Estilos da Clínica*, v. 8, pp. 80-93.
- LEON, T. P. (2000). *De que corpo se fala na clínica da voz*. Dissertação de mestrado. Distúrbios da Comunicação. São Paulo, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- LOURO, C. R. (2000). *Processo terapêutico na clínica das disfonias: constituição de um espaço potencial na relação terapêutica*. Dissertação de mestrado. Distúrbios da Comunicação. São Paulo, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- MANNONI, M. (1990). *O que falta à verdade para ser dita*. Campinas, Papyrus.
- MORRISON, M.; RAMMAGE, L.; NICHOL, H.; PULLAN, B. et al. (1994). *The Management of Voice Disorders*. San Diego, Califórnia: Singular Publishing Group, Inc..
- OGDEN, T. H. (1998). Uma questão de voz na poesia e na psicanálise. *Revista brasileira de Psicanálise*, v. 32, n. 3, pp. 585-604.
- PINHEIRO, M. G. (2001). *Considerações Sobre Voz e Psiquismo: Abordagem Fonoaudiológica*. Monografia (Especialização em Voz). São Paulo, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- ROSOLATO, G. (1997). “La voz: entre cuerpo e linguagem”. In: HARARI, R. *Pontualizaciones Psicoanalíticas*. Buenos Aires, Ed Trieb.
- SCHULTZ, D. P. e SCHULTZ, S. E. (1998). *História da Psicologia Moderna*. 10 ed. São Paulo, Cultrix.
- SPITZ, E. A. (1987). “Separation – Individuation in a Cycle of Songs – Gerge Crumb’s Ancient Voices of Children”. *The Psychoanalytic Study of the Child*, v. 42, pp. 531-543.
- STEMPLE, J. C.; GLAZE, L. E. e GERDEMAN, B. K. (1995). *Clinical Voice Pathology – Theory and Management*. 2 ed. San Diego, Califórnia: Singular Publishing Group, Inc.
- VIOLA, I. C. (1995). “Atuação terapêutica e análise de um caso de disfonia espástica”. In: FERREIRA, L.P. (org.) *Um pouco de nós sobre voz*. 4 ed. Carapicuíba, Pró-Fono, pp. 95-9.

Recebido em agosto/03; aprovado em março/04.

Endereço para correspondência:

Marilza Gulftier Pinheiro
Rua Managerú, 149 – Parada Inglesa, São Paulo, SP
CEP 02082-090

E-mail: magupi@uol.com.br