

Fonoaudiólogo terapeuta *versus* fonoaudiólogo investigador

Malka Birkman*

Maria Claudia Cunha**

Introdução

Propomo-nos, neste trabalho, refletir sobre o tempo presente. Aventuramo-nos no que há de errante, o que a cada instante deixa de ser o que é, tecendo combinações inéditas que não são passíveis de repetição.

Referimo-nos ao presente marcado pela presença de dois sujeitos, paciente e terapeuta, cujas posições são definidas pelos efeitos desse encontro. E o que ocorre nesse instante tem um caráter ímpar, denotado por essas presenças empíricas. Assim, admitimos que quando o fonoaudiólogo relata um caso, está ficcionando experiências reais.

A propósito da clínica psicanalítica, Nasio (2001) afirma que o caso clínico é sempre uma reconstituição fictícia, ele

(...) se define, portanto, como o relato criado por um clínico, quando ele constrói a lembrança de uma experiência terapêutica marcante. Tal reconstrução só pode ser uma ficção, redigida de acordo com as leis restritivas da escrita. A experiência, o analista participa dela com o seu desejo, reencontra-a em sua lembrança, pensa nela por meio de sua história e a escreve na língua de todos. Podemos ver como todos esses planos sucessivos deturpam o fato real, que acaba por se transformar em outro. (p. 18)

Nesse sentido, a tradição fonoaudiológica de registrar os chamados “dados” (lingüísticos, comportamentais, sociais, motores, etc.) do paciente nas sessões por meio de aparelhos audiovisuais, desloca o clínico do lugar de terapeuta para o de observador/investigador, mesmo que provisoria-

mente. Como investigador, o fonoaudiólogo tem a possibilidade de criar hipóteses a respeito dos modos de funcionamento do sujeito/paciente; contudo, um descompasso é criado entre a atualidade do encontro e as análises reservadas a um outro tempo.

Esta diferença sinaliza a passagem do “escutar” na clínica para o “ler”, depois do clinicar. Tem-se aí explicitadas duas posições do fonoaudiólogo (1) a da interpretação “em cena”, em que o clínico está sob efeito das produções de seus pacientes. Ali, ele não pode prever o que vai ser dito nem os efeitos que “a fala dos pacientes” produzirão nele e (2) a da interpretação dos dados, quando ele – o terapeuta – se vê identificado com a posição do investigador. (Arantes, 1997, pp. 69-70)

Na cena clínica, o terapeuta é convocado pelo sintoma que desliza na metáfora discursiva daquele que sofre, anunciando a demanda. O paciente, posto em uma narrativa, ganha existência simbólica no imaginário do clínico, por isso converte-se em caso clínico.

Logo, relatar um caso clínico implica assumir que a realidade é inacessível, o tempo presente é irre recuperável e o que há são possíveis versões para os fatos. Além disso, argumentamos que as questões emergentes no *setting* demandam intervenções no tempo atual, o que configura, efetivamente, o gesto terapêutico, articulado com a memória discursiva resultante das sessões anteriores.

Sendo assim, essa comunicação objetiva problematizar a descrição e a interpretação do material clínico fonoaudiológico fora do enquadre terapêutico.

* Fonoaudióloga. Mestre em Fonoaudiologia pela PUC-SP. ** Fonoaudióloga. Doutora em Psicologia Clínica pela PUC-SP. Professora titular da Faculdade e do Programa de Estudos Pós-graduados em Fonoaudiologia da PUC-SP.

A especificidade da cena clínica

É inegável que a memória atualize sentidos, tanto dentro como fora do enquadre terapêutico; porém, insistimos na especificidade reservada ao instante em que terapeuta e paciente estão expostos ao trânsito de conteúdos intersubjetivos. Nesse sentido, a memória é entendida como atemporal, já que produto das marcas nas redes de sentido emergentes na relação paciente/terapeuta; portanto, dispensam compromissos com o tempo cronológico. E aqui, recorreremos aos conceitos freudianos de transferência e contratransferência.

A transferência é uma condição para o processo psicanalítico, manifestando-se quando o paciente inclui o analista numa de suas séries psíquicas já formadas, dirigindo-lhe sentimentos (afetuosos ou não) e tomada como a “resistência mais poderosa ao tratamento” (Freud, 1980). Refere-se a um caso particular de deslocamento de uma representação para outra, ou seja, a relação do sujeito com as figuras parentais é revivida com a figura do terapeuta. Não é incomum ler nos relatos freudianos casos em que os pacientes se apaixonassem ou tivessem repentes de agressividade e hostilidade em relação a sua figura.

Tais sentimentos, originalmente destinados a figuras parentais em momentos arcaicos da vida, se transfeririam para o analista, o qual deveria abordá-los de forma a favorecer a elaboração de conflitos.

No decorrer de suas obras, Freud evidencia que a transferência não é um evento restrito à clínica. Ao contrário, expõe que as relações que o sujeito estabelece com os outros na vida cotidiana estão permeadas por conteúdos transferenciais. Podemos compreender, desse modo, que sentimentos de empatia e/ou antipatia, por exemplo, em nós despertados por outras pessoas ao longo da vida, são resultados de processos transferenciais. Conseqüentemente, muitos conflitos internos podem ser resolvidos em situações prosaicas, sem que o sujeito esteja submetido a uma condição clínica.

No contexto clínico, a transferência foi considerada, concomitantemente, como obstáculo e condição para a análise.

Em resposta especificamente à transferência do paciente, sentimentos são despertados no analista, e esse processo Freud denominou contratransferência, subvertendo a idéia de que o analista poderia “manter-se incontaminado à margem desse processo” (Etchegoyen, 1987).

Retomando a idéia de memória, nesse contexto, ressalva-se que o particular reservado ao ineditismo desses afetos pode disparar imprevisíveis efeitos. Apostamos, neste sentido, na idéia de *Bahunge*, que pode ser traduzido por *trilhamento*, proposta por Freud no “Projeto para uma Psicologia Científica” (1895).

Esse foi um dos seus primeiros escritos em direção à constituição da psicanálise, no qual os conceitos pré-psicanalíticos articulam-se explicitamente com a neurologia. Nesse trabalho, a idéia de *trilhamento* indica um modo de funcionamento da memória que contesta os estudos neurológicos da época, os quais afirmavam que a memória era formada por engramas cerebrais correspondentes a dados obtidos diretamente da realidade. Freud contrargumentava, afirmando não haver tal possibilidade de acesso direto à memória, já que entendia que a entrada de um estímulo nas vias neuronais transformava a quantidade de energia nele mesmo contida, na medida em que, nesse caminho, barreiras impediam o acesso direto dessas informações ao cérebro.

Bahunger configura-se como uma trama de neurônios permeáveis e impermeáveis (barreiras de contato) formando uma rede complexa para a passagem de estímulos, que vão marcando a rede neuronal e que são modificados reciprocamente por ela, de modo a produzir trilhas inéditas à entrada de cada novo estímulo. Dessa maneira, formam-se,

(...) na trama dos neurônios, caminhos privilegiados que se entrecruzam formando uma rede complexa, de tal modo que a repetição exata de um mesmo percurso seja praticamente impossível. A memória não é, pois, a reprodução mecânica e idêntica de um traço concebido como imutável, mas uma memória constituída pela diferença de caminhos eles mesmo móveis. (Garcia-Roza, 1991)

Recorreremos a tais formulações freudianas para enfatizar a singularidade irreproduzível de cada gesto humano.

Os registros na clínica fonoaudiológica

Os escritos freudianos sobre a técnica psicanalítica recomendam uma série de normas metodológicas, entre elas destaca-se:

(...) uma das reivindicações da psicanálise em seu favor é, indubitavelmente, o fato de que, em sua

execução, pesquisa e tratamento coincidem; não obstante, após certo ponto, a técnica exigida por uma opõem-se à requerida pelo outro. Não é bom trabalhar cientificamente num caso enquanto o tratamento ainda está continuando – reunir sua estrutura, tentar predizer seu progresso futuro e obter, de tempos em tempos, um quadro de estado atual das coisas, como o interesse científico exigiria. Casos que são dedicados, desde o princípio, a propósito científicos, e assim tratados, sofrem em seu resultado; enquanto os casos mais bem-sucedidos são aqueles em que se avança, por assim dizer, sem qualquer intuito em vista, em que se permite ser tomado de surpresa por qualquer reviravolta neles, e sempre se enfrenta com liberdade, sem quaisquer pressuposições. (Freud, 1996)

Coerentemente, o psicanalista não faz uso de equipamentos que gravem sessões em audiovisual, uma vez que o que está em foco não é a palavra do paciente em si, mas aquilo que por ela pode ser revelado. A cura, nesse sentido, se processa pela palavra, mas não reside nela, que, por sua vez, é concebida como uma via de acesso ao inconsciente.

Diferentemente, os pacientes que chegam ao consultório fonoaudiológico apresentam queixas que se referem a problemas no funcionamento da linguagem oral e/ou escrita, manifestando sinais que apontam para transtornos na comunicação. Assim, entendemos que, de forma diversa à do psicanalista, o fonoaudiólogo busca a cura da palavra pela própria palavra.

Contudo, o fonoaudiólogo tradicionalmente recorre a instrumentos audiovisuais de registro, visando a análise e a interpretação do material clínico. E tal procedimento parece justificar-se pelo desejo de capturar a palavra (unívoca, literal) rigorosamente da realidade.

Notemos que esse recurso também é comumente utilizado nas Ciências Sociais, especialmente por antropólogos, a fim de superar as implicações causadas pela observação direta, garantindo assim a legitimidade dos fatos (Novaes, 2001).

Ainda de acordo com a autora acima citada, nesse contexto o filme é concebido como o campo essencial da pesquisa – predominantemente nos estudos sobre as diferenças étnicas – sobrepondo-se aos dados vindos da observação direta. Além disso, ele é o instrumento principal da pesquisa para a observação e classificação das diferenças. Nesses casos, fica evidente que o registro fílmico tem como objetivo destacar e analisar as diferen-

ças, podendo, a partir delas, classificar e organizar grupos, fatos e contextos similares numa mesma categoria.

Ora, voltemos ao âmbito clínico. Se a patologia de linguagem for tomada como uma diferença da ordem da qualidade do funcionamento do sujeito, os registros audiovisuais podem ser questionados. Nesse sentido, a pergunta que o clínico formularia como princípio de sua prática é “para que o sujeito desenvolveu tal sintoma?”, a partir do pressuposto de que o sintoma é regido pelos princípios de economia de energia psíquica. Ou seja, ele foi (inconscientemente) a solução mais econômica que o sujeito encontrou para lidar com o seu conflito. Relacionados à pergunta formulada, haverá uma série de princípios que nortearão a prática clínica, dentre os quais destaca-se a aposta na polissemia e na opacidade da linguagem, que irá requerer gestos interpretativos.

Tal pergunta difere de uma outra, que direciona a técnica no sentido de uma investigação etiológica da doença: “por que o paciente apresenta tal sintoma?”. Aqui, a aposta que se faz é a de que houve distúrbios nas aquisições que precedem a linguagem, ou seja, que referem ao desenvolvimento neuropsicomotor e social. Conseqüentemente, a conduta clínica segue uma abordagem desenvolvimentista, isto é, supondo etapas que se sucedem hierárquica e cronologicamente. Nota-se que ambas as perguntas revelam os pressupostos dos métodos clínico-terapêuticos que as norteiam.

Uma proposta técnica para o campo fonoaudiológico

Concluimos sugerindo que a comunicação entre inconscientes, reveladora da capacidade humana de escutar os afetos para além das palavras, possibilita a emergência de demandas subjacentes às queixas enunciadas pelo cliente.

O procedimento de “eternizar” os conteúdos manifestos pelo paciente através de recursos audiovisuais tem relevância científica na produção de conhecimentos que subsidiam teoricamente o método clínico fonoaudiológico, particularmente aqueles de natureza lingüística. Contudo, é preciso ter claras as limitações desse procedimento no que diz respeito à efetividade da função terapêutica.

Nessa perspectiva, até os possíveis esquecimentos que, tradicionalmente, se tenta evitar gravando/filmando ganham relevância no tratamento,



quando se pode interpretá-los como efeitos contra-transferenciais mobilizados pelo vínculo terapêutico. Assim, as próprias imperfeições da memória são elementos que reiteram que a encarnação é indispensável aos processos terapêuticos.

Referências

- Arantes L, Lier-De Vitto MF. Sobre os efeitos da fala da criança: a heterogeneidade desses efeitos. *Let Hoje* 1991;33:69-70.
- Etghegoyen RH. Contratransferência. In: Etghegoyen RH. *Fundamentos da técnica psicanalítica*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1987. p.143-50.
- Freud S. A dinâmica da transferência (1912). In: Freud S. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira*. Rio de Janeiro: Imago; 1980. p.135.
- Freud S. Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise (1912). In: Freud S. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira*. Rio de Janeiro: Imago; 1996. p.128.
- Gracia-Roza LA. *Introdução à metapsicologia freudiana*. 4.ed. Rio de Janeiro: Zahar; 1991. v.1
- Nasio JD. As três funções de um caso: didática, metafórica e heurística. In: Nasio JD. *Os grandes casos de psicose*. Rio de Janeiro: Zahar ; 2001. p.18.
- Novaes SC. O banho do bebê. *J Folha São Paulo* 2001 Fev 10; *Jornal de resenhas*.

Recebido em maio/05; **aprovado em** setembro/05.

Endereço para correspondência

Malka Birkman
Rua Venâncio Aires, 614, apto. 124, São Paulo,
CEP 05024-030

E-mail: malkabirk@yahoo.com.br

