

CLÁUDIA YOSHI AMADIO GOTO

***Voz e repercussão psíquica no limite da clínica
fonoaudiológica***

**UNIVERSIDADE SÃO MARCOS
SÃO PAULO
2006**

CLÁUDIA YOSHI AMADIO GOTO

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

***Voz e repercussão psíquica no limite da clínica
fonoaudiológica.***

UNIVERSIDADE SÃO MARCOS
SÃO PAULO
2006

Voz e repercussão psíquica no limite da clínica fonoaudiológica

CLÁUDIA YOSHI AMADIO GOTO

Banca Examinadora

Prof^a. Dra. Léslie Piccolotto Ferreira
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP)

Prof^a. Dra. Maria Consuêlo Passos
Universidade São Marcos (USM)

Prof. Dr. Daniel Delouya
Universidade São Marcos (USM)
Orientador

Dissertação defendida e aprovada em: ___/___/___.

Agradecimentos

Início pelo reconhecimento da *grandiosidade divina* em iluminar meu caminho especialmente no trajeto de estudos, desde tenra idade, implantando o gosto pelo saber, viabilizando a propagação desta dádiva para tantos outros interessados.

Ao Prof. Dr. Daniel Delouya por compartilhar das intenções deste estudo e favorecer meu amadurecimento enquanto pesquisadora, dedicada em encontrar o próprio caminho de sentido para meus questionamentos.

À Prof.^a Dr.^a Maria Consuelo Passos pela devoção em contribuir para a concretização deste estudo sempre acreditando em meu singelo empenho enquanto profissional e pesquisadora.

À Prof.^a Dr.^a Léslie Piccolotto Ferreira por compartilhar de seus conhecimentos, incentivando a continuidade desta pesquisa acreditada em sua relevância para a classe fonoaudiológica.

À Prof.^a Dr.^a Inês Rosa Bianca Loureiro pela orientação de parte presente neste estudo que muito favoreceu para sua composição final.

À minha irmã Mônica que partilhou dos momentos de angústia que acompanharam esta etapa de pesquisa, contribuindo com as revisões do texto, sem dispensar palavras de incentivo para que ela fosse alcançada.

À minha sobrinha Fernanda e ao amigo Jean pelos inestimáveis auxílios técnicos prestados com tamanha dedicação.

À minha família como um todo, especialmente aos meus pais que deixaram suplantado em mim o prazer pelo conhecimento enquanto fonte inesgotável.

À Cinira pela sensibilidade com que conduziu os processos finais para que se efetivasse a apresentação do presente estudo.

Aos amigos e colegas de trabalho pela compreensão no tempo que fôra dispensado para a dedicação deste estudo que inevitavelmente, resultou em minha ausência em tantos outros compromissos.

A todos os docentes e pacientes que partilharam de minha formação e

minha prática profissional, servindo de alicerces para tantos pensares.

Meu sincero, muito obrigada!

Resumo

GOTO, C. Y. A. Voz e repercussão psíquica no limite da clínica fonoaudiológica. São Paulo, 2006, p.61. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Universidade São Marcos.

O presente estudo parte da experiência de uma profissional que passou a considerar sua paciente para além de suas queixas somáticas relacionadas à voz, uma vez que esta última, passou a revelar parte de seu funcionamento psíquico, na clínica fonoaudiológica. Desta forma, o objetivo

voltou-se para o esclarecimento dos limites envolvidos nesta aproximação entre Psicanálise e Fonoaudiologia. Para tanto, partiu-se de um caso clínico, devidamente alicerçado em preceitos psicanalíticos para alcançar tal intento. Neste percurso, o conceito transferencial, a escuta e o próprio respaldo teórico focado para o funcionamento psíquico do sujeito, contribuíram para a intenção almejada. Com isso, colocou-se em relevo a ética e a própria prática clínica como limites aos quais um fonoaudiólogo deve atentar-se ao considerar seu paciente em sua significância subjetiva com demandas que devem ser consideradas à altura de sua grandiosidade e complexa existência.

Palavras-chave: Psicanálise/ voz/ Transferência/ escuta/ limites de atuação/ Ética.

Abstract

GOTO, C. Y. A. Voice and psychic repercution in the phonoaudiologycan clinic limit. São Paulo, 2006, p.61. Dissertation the Mester in Psycology, University, São Marcos.

The present study started from an expirience of a professional that considered a patient beyond her somatic complaint related to her voice, because she revealed part of her psychic side in phonoaudiologic clinic. This way, the objective turned to reveal the limits involved in this aproachment between Psychoanalysis and Phonoaudiology. So, a clinic case was based in

psychoanalythics concepts to get her intent. In this program, the transference concept, the listening and the theoretic base itself, turned to the psychic side of the subject, helped to get the wanted intention. The ethic and the clinic practice were there like limits that a phonaudiologist must attend in considering his patient in demands that must be valued by its grandiosity and complexity.

Key-Words: Psychoanalysis/ voice/ Transference/ listening/ acting limits/ Ethic.

Índice

Introdução

Cap.I- O legado de uma profissão

- a) O início 1
- b) Para além do mensurável 3
- c) Do social para a fronteira com a Psicanálise 4
- d) Diante da necessidade de limites 9

Cap.II- Limites emergentes no tratamento

- a) À procura do desconhecido12
- b) Dados resumidos de avaliação fonoaudiológica17
- c) As faltas desveladas promovendo a apropriação de afetos19
- d) Avançando no processo21
- e) A técnica fonoaudiológica acompanhada por agentes psíquicos 26

Cap. III- O reflexo psíquico no espelho do soma

- a) Sofrimento e compensação psíquica pelo corpo 32
- b) O psiquismo revelado pela pele 35

c) O outro que reflete no contorno da voz	37
d) A imagem sonora pelo percurso simbólico	38

Cap. IV- Restituindo o afeto na dinâmica da transferência

a) Um psiquismo fundado por Inconscientes	48
b) Imagens de movimento favorecidas pelo outro	50
c) A técnica fonoaudiológica e sua relação com o regresso ao ambiente infantil	51

Discussão	54
-----------------	----

Considerações finais	60
----------------------------	----

Referências Bibliográficas

Fontes Consultadas

Anexo

Introdução

A clínica fonoaudiológica pode ser reconhecida como uma prática que vem, ao longo do tempo, tentando responder a certas demandas que, curiosamente, dizem de um sujeito situado por trás de queixas somáticas. Os pacientes reclamam de incômodos vocais, acompanhados ou não de afecções da mucosa de suas pregas vocais, tanto no plano anatômico como no fisiológico.

No início desta prática, a visão, assim como a atuação junto ao paciente se baseava em preceitos oriundos da medicina, onde o sintoma era compreendido como um distúrbio corporal a ser corrigido, eliminado. No entanto, as supostas alterações físicas e sua etiologia nem sempre foram passíveis de constatação. Neste sentido, o fonoaudiólogo pode ter pacientes que o procuram, demonstrando alteração na qualidade vocal sem necessariamente apresentar um acometimento das pregas vocais que a justifique. Nesta circunstância, ele deverá compreender o caso para além do regime orgânico em termos de uma integridade constitucional.

De forma semelhante, este profissional pode se deparar com outros

casos em que a manifestação somática parece encontrar relação com outros registros que ultrapassam a compreensão pelo funcionamento fisiológico de seus corpos, como uma paresia de prega vocal sem etiologia que a justifique ou uma fenda fusiforme. Defrontando-se com estas peculiaridades em sua clínica, o fonoaudiólogo volta-se aos aspectos subjetivos do indivíduo, desgarrando-se da estabilidade promovida pela compreensão etiológica em termos de funcionalidade somática. A voz valoriza-se, então, pela *escuta do paciente*. A escuta, em alguns casos, passa a ser o único norteador para a compreensão das origens do sintoma e sua manifestação.

Foi de forma semelhante a esse percurso que Freud, cativado pelo trabalho de Breuer, e depois pelo de Charcot, encontrou em certas desordens corporais uma origem traumática com um sentido psíquico próprio. Assim, ele se voltou para a compreensão dos processos psíquicos buscando delinear seus fundamentos, dando início ao campo da metapsicologia. Esta última veio a contribuir no entendimento e atendimento de algumas queixas da clínica fonoaudiológica. Esclareceremos mais adiante o limite presente nesta pretensão.

De qualquer forma, os estudos psicanalíticos acerca da voz se animam, diante da existência de uma unidade psique-soma, a qual nos parece implicada nas funções atingidas que levam os pacientes à procura do fonoaudiólogo.

A necessidade de recorrer, no interior da clínica fonoaudiológica, às contribuições da escuta e do saber psicanalítico, nos moveu em direção ao objetivo desta dissertação: traçar, a partir da análise de um caso, os limites de atuação de um fonoaudiólogo. Para tanto, pretendemos inicialmente, apresentar a história do campo da Fonoaudiologia, com o intuito de esclarecer a fonte legada para a formação do profissional desta área bem como suas afluências que gratamente apontam para certas necessidades de se estabelecer fronteiras com outras áreas em função da demanda trazida pelos pacientes. Este percurso que provê a aproximação de fronteiras, deixa em contrapartida a velada necessidade de se repensar os limites envolvidos neste arrojado projeto para que os objetivos não se dissociem da fonte procurada.

Assim, seguiremos com a apresentação de um caso clínico que

revelou parte da vida psíquica de uma paciente no processo terapêutico. Avançaremos explorando a teoria psicanalítica para então acrescentarmos a imersão do caso nesta afluência. Por fim, retomaremos os aspectos mencionados ao longo do estudo em uma breve discussão, seguida pelas considerações finais que enfatizará os limites pensados em termos específicos de atuação que presumem sua aplicabilidade na prática clínica.

I - O legado de uma profissão

a) O início

As práticas fonoaudiológicas iniciaram-se em meados da década de 20, precedendo sua institucionalização. Só foram legitimadas academicamente, no início dos anos 60 com o surgimento dos cursos de graduação em Fonoaudiologia (Cunha,1997).

Após mais uma década, surgiram os primeiros cursos de pós-graduação na área. Desde então, a Fonoaudiologia vem desenvolvendo pesquisas de forma a problematizar sua identidade clínica.

Amorim (1977) afirmou que a Fonoaudiologia estava saindo do papel de ingênua disciplina, passando a ser científica. A ciência praticada estava sendo sistematizada de forma a desenvolver-se cientificamente em campo próprio.

Ele afirma a necessidade dos ensinamentos de Fonoaudiologia serem sistematizados, ordenados de forma esclarecedora para profissionais e interessados, a partir de manuais de conhecimento.

Tompson (1) referiu que, por firmar-se como ciência autônoma,

necessitava respeitar o postulado primordial da universalidade. Verifica-se que as buscas incessantes deixaram suas marcas na profissão até os dias atuais. Vejamos: “O primeiro passo no procedimento científico é a coleta de dados, e toda ciência começa pela medição. O segundo é a disposição e classificação dos fatos. Auxiliar para isto, bem como para a formulação, é o processo de análise, ou seja, a redução a termos mais simples” (p.17).

Por outro lado, o mesmo autor afirmou que o “o estado emocional modifica a sonoridade da voz” (p.21). Esta afirmação, associada aos critérios de cientificidade tão almejados, esclarece o momento conflitante de uma profissão que buscava firmar-se em um lugar que legitimasse a sua atuação. Contudo, defrontava-se com questões não quantificáveis deixando de lado percepções não mensuráveis na atuação clínica.

Esse impasse decorreria da própria fonte em que se inspirava esta atuação. Devemos lembrar que a Foniatria seria o estudo da linguagem e da audição, sendo desta forma um campo de atuação dentro da medicina e por esta peculiaridade de origem, podemos compreender a forte influência de uma visão médica na Fonoaudiologia. Atualmente, compondo uma classe singela em proporcionalidade, os fonoatras deixam para o fonoaudiólogo a herança em continuar parte de sua atuação ao que se refere à reabilitação destes pacientes.

Sob a influência do método positivista, a medicina difere o patológico do normal em função do sintoma. Toma-se por base a variação quantitativa de estados fisiológicos, considerando-se a normalidade pela maioria de uma amostra, devidamente alocada na curva de Gauss (critérios estatísticos).

Os fonoaudiólogos então voltam seus objetivos para a eliminação da alteração orgânica, utilizando-se de recursos legados do positivismo. Assim, detectar o acometimento nas pregas vocais in loco, avaliar o paciente respeitando critérios mensuráveis e generalizantes bem como utilizar técnicas e procedimentos pré-estabelecidos, compõem o cenário desta prática clínica no primitivismo de sua atuação. Este formato clínico ganhava relevância em consonância com os avanços de pesquisas que

retroalimentavam o ciclo que almejava sustentar a legitimidade da profissão.

Notamos o caráter excessivamente dogmático, em que a descoberta se baseava no empirismo, deixando de lado a subjetividade e a interpretação singular ao sujeito, como afirmara Orlandi apud Ferreira (1995).

De certa maneira, esta profissão se deparou com variações subjetivas determinantes dos fenômenos clínicos, repensando a relevância da escala de definição de anormalidade pela ausência de normalidade. Relacionando-se com estes pacientes que colocavam sua prática em questão, um grupo restrito de fonoaudiólogos, passou a refletir sobre a compreensão dos mesmos. A relevância do dado comprovado pelo diagnóstico observável cede espaço para a escuta da voz sintomática do paciente. Neste contexto, o material do fonoaudiólogo fundamenta-se no funcionamento de produção da voz para além do orgânico e fisiológico. A escuta do terapeuta da voz trazida pela fala do paciente, passa a integrar o cenário da clínica fonoaudiológica.

Desta forma, a intersubjetividade na relação terapêutica passou a ser focada e repensada, emergindo um novo sentido, colocando a atuação do fonoaudiólogo distante do autoritarismo herdado da medicina. Almejava-se uma identidade profissional que ultrapassasse o papel de mero aplicador de técnicas, vindo a conceber o paciente como um sujeito bio-psico-social.

b) Para além do mensurável

Os aspectos sociais passam a ganhar relevância na compreensão de casos de pacientes com alterações vocais e encontramos, Backer (2) com esta intenção, mas ainda carregando parte do olhar que recai sobre as manifestações orgânicas e delimitação de tempo de uso vocal.

Precedendo a esses autores, Bloch (1963) mencionava a influência da medicina psicossomática na compreensão psicodinâmica da voz, acrescentando que a patologia física seria decorrente de um distúrbio emocional. Assim, a desordem psíquica estaria canalizada para a expressão vocal e qualquer modificação da personalidade se tornaria audível através dela. Cooper (1974) procurou relacionar os tipos de vozes com aspectos culturais e estereótipos apresentados pelos sujeitos em dadas situações,

denominando-as como sensuais, autoritárias etc.

Após Cooper, voltamos a reencontrar alguns autores que se interessaram pelo estudo da clínica, privilegiando um sentido interpretativo dentro da relação terapêutica, como fizera Orlandi (3). Pensando nas particularidades de cada língua e nas inerentes ao sujeito, como a motivação, Kent & Rosenbek (1987), questionaram a aplicabilidade de testes utilizados na avaliação de sujeitos com alterações vocais.

Por outro lado, Behlau & Pontes (4), embora afirmassem que a voz variava de acordo com o estado emocional da pessoa e que a forma como era usada refletia a psicodinâmica vocal, voltavam-se para os registros orgânicos. Neste sentido, a história do paciente associada com uma análise perceptivo-auditiva, poderia conduzir a possíveis hipóteses etiológicas, baseadas em elementos concretos, se possível quantificáveis e mensuráveis, distantes de considerar peculiaridades subjetivas.

Pensando na aplicabilidade exclusiva de técnicas, Brodnitz (1981) afirmava que esta favorecia o olhar do fonoaudiólogo para o distúrbio, desprivilegiando sua condição primeira de sujeito.

Por reconhecer a relação de aspectos emocionais com a psicodinâmica vocal, por um lado e levar em consideração dados mensuráveis e quantificáveis por outro, podemos notar que a Fonoaudiologia está entre a Psicanálise e a Medicina assim como as águas de um rio que separam suas margens. Ao mesmo tempo em que precisa da margem médica para manter a identidade de quem atua para eliminar as patologias, não se sustenta sem a margem psicológica pertinente aos sujeitos envolvidos. O paciente se apresenta como um todo diante do terapeuta e sua subjetividade, registra-se a cada encontro, favorecendo ou não a qualidade e continuidade do processo terapêutico.

Desta forma, como associar a voz com a emoção sem entender a relação entre psique e soma? Este parecia ser o grande entrave da Fonoaudiologia: ter uma prática voltada para a alteração orgânica, ao mesmo tempo em que reconhecia a relevância da história do paciente, sem estabelecer a aplicabilidade deste reconhecimento em consonância com sua prática. Estamos falando de uma clínica que se colocava em questão dada a fronteira estabelecida com outra área que se dedicava à compreensão da

subjetividade do sujeito.

c) Do social para a fronteira com a Psicanálise

Pelo percurso efetuado, nota-se a prevalência do sujeito bem como do desejo, segundo a acepção psicanalítica, sobre o distúrbio e a disfunção da voz, assim como do processo sobre o produto final. O fonoaudiólogo desaloja-se da posição de “dono” exclusivo do saber e da aplicação incisiva de suas técnicas, em que o paciente é mero receptor de instruções. Desta forma, mesmo que restrita, em termos de proporcionalidade, parte destes profissionais, buscam a transformação de suas clínicas para encontrar respaldo em uma prática mais dialética.

Seguindo esta última tendência, peculiar a poucos pensares, passa-se a valorizar o sujeito para além de sua manifestação orgânica, especificamente pensando no trabalho com pacientes com alterações de voz, encontramos Freire (1987), Martz (1990) e Ferreira (1990) dentre as precursoras deste ousado projeto que coloca em questão as bases antes seguras herdadas da fonte positivista.

As pesquisas têm continuidade na história deste campo. Araújo (2000) afirma que os recursos da clínica fonoaudiológica são voltados para as disfonias, onde domina a descrição do sintoma e um tratamento que se distancia do paciente enquanto sujeito.

Neste sentido, Pinheiro (2001) aponta que mesmo tendo um discurso que não nega a relação entre voz e psiquismo, a Fonoaudiologia apresenta trabalhos científicos e práticas clínicas que dicotomizam estas dimensões, priorizando estratégias de eliminação do sintoma observável.

Segundo Cunha (1997), os fonoaudiólogos buscam afastar-se da definição clássica de serem meros tecnocratas, passando a pensar nas peculiaridades do sujeito, aproximando-se de uma clínica que considera o caráter humanista como presente na atmosfera de atuação, na relação com seu paciente.

Não estamos falando do abandono de certas técnicas, pois isto resultaria na invalidação da clínica fonoaudiológica, mas sim do contexto de

atenção relativo, por exemplo, às posturas de escuta do paciente. Na tentativa de legitimar o fazer fonoaudiológico, procurou-se uma aproximação dos conceitos interdisciplinares existentes.

O campo fonoaudiológico busca sua afirmação na década de 90, contando com a sugestão de Cunha (1997), que aponta a necessidade de pensar o sujeito como um ser psíquico, propondo um diálogo entre Fonoaudiologia e Psicanálise.

O pensamento da Fonoaudiologia volta-se para o psíquico, embora a autora reconheça esta parceria procurada há tempos. Ela distingue alguns pontos entre um processo de análise e um processo fonoaudiológico de inspiração psicanalítica.

Afirma que no primeiro, a fala apresenta-se como reveladora de produções inconscientes, servindo como meio para que o inconsciente seja atingido. No segundo, a fala é “marcada pelo inconsciente” (p.145) sendo um “fim em si”. Contudo, os sintomas que se manifestam na fala podem ser interpretados pelos conteúdos inconscientes, podendo a terapia fonoaudiológica, revelá-los.

Herrmann (5) menciona que em todas as circunstâncias em que nos dispusermos a nos colocar em ação diante de um estudo de um conjunto de significações humanas psicanaliticamente falando, geraremos o “inconsciente relativo” o qual traz um “saber transferencial” do estudioso e seu objeto de estudo. Desta forma, os fenômenos inconscientes, a interpretação e a transferência não são exclusivos do campo psicanalítico.

Não queremos nos apropriar da atuação típica deste campo, mas sim, esclarecer a proximidade estabelecida entre o psíquico e o somático. Como exemplo, mencionamos a neurose de transferência, própria do campo psicanalítico, constituída em torno da relação entre paciente e analista. Freud (1914), coloca a transferência como região intermediária que se estabelece entre a vida real e a doença. Trata-se de uma “doença artificial” que é gerada pela transição ocorrida na região intermediária, portanto, acessível à intervenção fonoaudiológica.

O psicanalista interpreta a transferência. O fonoaudiólogo interpreta *na* transferência, objetivando que o paciente elabore e conscientize-se de seu sintoma. O analista que entende a proximidade entre a história de vida, que é

singular, e a construção de um sintoma, intervém no plano psíquico. A intervenção no plano corporal envolve uma abordagem específica do sintoma. A relação entre estas duas perspectivas é nomeada por Cunha (1997) como articulação entre conceitualidade e corporalidade.

A Fonoaudiologia atua sobre o corpo, estabelecendo um vínculo de forma diferente do estabelecido na relação analítica. A autora ilustra sua idéia pelo relato de um paciente em processo final de terapia, que diz: “agora sou eu que mando na minha língua”, como forma de expressar um sentimento de cura. Agrego a este depoimento, outro pertinente a uma paciente que se apresentava em processo terapêutico para melhorar sua condição vocal: “Minha voz ficou rouca na semana em que estava aguardando a resposta para mudar de emprego”.

A conscientização do sintoma corporal como resultante da movimentação na unidade psique-soma justifica parte do sucesso de uma clínica que ainda busca uma identidade através de um objeto que é específico de sua atuação. Os novos caminhos exigem imensa dedicação por parte do profissional em aprofundar-se cada vez mais em seus pressupostos de subjetividade, contudo atentando-se para não ultrapassar os limites de atuação típicos de outras clínicas.

Diante das pesquisas notamos o interesse de fonoaudiólogos em buscar um diálogo com a Psicanálise ao falar em sintomas vocais de origem histórica, segundo Palmeira (2001), ou reconhecendo a relação entre alterações de ordem emocional (estresse e tensões advindas de situações de trabalho) como fatores desencadeantes de queixas vocais como Serrano et al (1995); Carvajal et al (1992); Servilha (1997); Pereira (2002) dentre outros.

Ainda encontramos Märtz (1990) relacionando voz e linguagem, na tentativa de singularizar a expressão vocal; Leon (2000) que verifica por sua pesquisa que especialistas em voz, reconhecem um corpo simbólico e dizem privilegiar questões psíquicas sem, contudo, especificar esta articulação em suas práticas clínicas; Salfatis (2004) busca um entendimento do paciente que apresenta alterações vocais, aproximando-se de uma compreensão psicopatológica devidamente correlacionada com sua prática clínica; Ancona-Lopez (2000) busca uma compreensão da prática clínica fonoaudiológica por aproximação do trabalho corporal reichiano; Louro (2000) se volta para a

compreensão da singularidade de cada paciente e para a importância da escuta na produção de sentido do discurso destes. De forma aproximada, Gonzalez (2001) reforça a importância da escuta e da singularidade além de discutir o sintoma, sob algumas perspectivas.

Com todo este avanço nas pesquisas que passaram a considerar aspectos pertinentes ao sujeito acarretando em repensares da clínica fonoaudiológica, percebemos parte do legado de uma profissão que sustenta uma grande quantidade de pesquisas onde dados observáveis, verificáveis e mensuráveis, caminham em direção à compreensão do sintoma em seu contexto físico. Desta forma, fazem dos pacientes, objetos de intervenção por meio de técnicas e procedimentos médicos, fonte esta que agregou a Fonoaudiologia como apêndice responsável por eliminar patologias entendidas como curáveis terapêuticamente.

Não podemos nos esquecer da proximidade entre a origem desta profissão com a clínica médica e em segunda instância, da sua necessidade em se manter reconhecida, vindo a encontrar na pesquisa quantitativa uma forma de definir seu objeto próprio e a legitimidade de atuação em tempos em que a sociedade exigia comprovação de dados para validar áreas de competência.

Estamos em um momento histórico em que um mero reconhecimento de fatores psicológicos, presentes na clínica, não faz da intervenção uma ação de sucesso. Cabe ao profissional aprofundar-se em estudos que elucidem suas percepções clínicas, sem receio de comprometer sua prática. Estamos falando de uma melhor compreensão do sujeito em sua singularidade que procura o profissional para resolver o sintoma de voz mesmo que ele esteja imbricado com aspectos de outra ordem.

Bloch (1963) afirma a necessidade de estudar o homem de forma integral, considerando sua cultura, ambiente, profissão, crenças, problemas etc. Ele aponta a relevância de se intercambiar a compreensão de um pólo com a Filosofia; de um nóculo com a Psicologia; um padrão de rouquidão com a Neuropsiquiatria e com a Psicanálise.

Para o autor, procura-se na laringe o ponto de partida sendo que na verdade, nela está o ponto final de um processo que envolve todo o organismo. Através de uma avaliação de voz e todos os aspectos implícitos

no ato da fonação, podemos estudar as perturbações de personalidade.

Bloch alerta o profissional no sentido de não se deixar iludir por aspectos presentes na laringe, típicos de um uso inadequado da voz, especialmente nos casos em que utilizam-na como instrumento de trabalho. Neste, um “diagnóstico simplista” de “cansaço da voz” pode encobrir aspectos emocionais importantes.

O autor atribui ao profissional que trabalha com patologias da fala e da voz, a necessidade de conhecer os problemas psicológicos e psiquiátricos relacionados a esta última, deixando claro que o inverso não seria exigido dos psiquiatras.

Os casos de rouquidão representam um refúgio e uma proteção. Assim, deve-se compreender a laringe dentro de um aparelho, este, dentro do indivíduo, e este último dentro da família, da sociedade e do mundo. Desse modo, poderemos ajudar o paciente de forma mais precisa. Pelo percurso apresentado, nota-se que a Fonoaudiologia caminha rumo a novas descobertas de forma a delimitar melhor seu campo de responsabilidade. Diante do comprometimento exigido de eliminar o sintoma trazido pelo paciente, o profissional deve caminhar rumo a compreensão singular do sujeito, mas este projeto lhe impõe alguns riscos.

d) Diante da necessidade de limites

A partir do momento em que a Fonoaudiologia se volta para aspectos advindos da Psicanálise, não existe mais espaço para apenas reconhecê-los em momentos isolados. Estamos em um tempo em que para alcançar nosso objetivo final, estabelecido por nossa formação (eliminar sintoma vocal), temos o compromisso de compreender o paciente como um todo, assumindo a responsabilidade de fazer da Fonoaudiologia uma clínica de sentido tanto para o profissional quanto para o paciente.

Compreender a demanda de cada paciente sob os mais diversos prismas e fazer dos conteúdos estudados e aprofundados o sentido de uma atuação, parece ser um compromisso irrevogável deste profissional.

Não estamos alegando, necessariamente, mudanças de objetivos já

que a cura do sintoma jamais é perdida de vista, seja qual for a orientação do fonoaudiólogo. Os estudiosos de casos de voz reconhecem a presença de fatores subjetivos, mas mantêm, contudo, uma prática que aplica técnicas mesmo quando conjuntamente valorizam a escuta e a história de vida de seus pacientes.

Caberá ao fonoaudiólogo saber agregar o conhecimento da Psicanálise, porém de forma menos reducionista e com o compromisso de manter seu campo próprio de atuação.

A forma reducionista pauta-se por uma certa distância quando aspectos psicológicos se fazem presentes. Por certo, o fonoaudiólogo se depara com certos limites de atuação quando as questões se enveredam para o campo subjetivo. Não seria procedente defender-se desta dimensão, mas, ao contrário, centrar esforços em compreendê-la, enriquecendo sua atuação, ressignificando sua prática clínica.

Assim, não devemos ter receio em reler e reescrever formas de atuação que aguardam por um sentido em base psicanalítica. Reconhecemos a relevância de aspectos trazidos pelo paciente à luz da Psicanálise, sem perder de vista os limites envolvidos neste ousado projeto.

O processo não se faz simples, mas cabe ao profissional o desafio de manter o objeto da Fonoaudiologia alicerçado em um fazer que provê sua demanda à altura de tantas descobertas. Essas simbolizam apenas o ponto de partida de uma jornada que pretende atingir novos pensares de uma clínica que tem à sua frente demandas a serem respondidas.

Fonoaudiologia e Psicanálise apresentam-se distantes e, ao mesmo tempo, próximas por terem como objeto o sujeito. Um sujeito que almeja eliminar seu sintoma quer esteja este no registro de seu corpo ou deslocado de outras formas.

O fonoaudiólogo carrega consigo a responsabilidade de tratar os sintomas, e também de perceber seu lugar no sofrimento psíquico do sujeito. De certa forma, Freire (1988) aproxima-se desta percepção ao notar que a voz de sua paciente estava comprometida em seu uso enquanto linguagem comunicativa. Inspirando-se na abordagem interacionista passou a focar a relação estabelecida entre duas pessoas em que a voz era usada como meio comunicativo. O diálogo passou a assumir o objetivo primeiro como via de

restabelecer o uso da voz neste contexto. Os nódulos previamente trabalhados por outra profissional, que utilizava o método tradicional, não foram regredidos em dois anos, ao passo que com o novo enfoque, os nódulos sofreram remissão com quatro meses de trabalho. Nesta nova prática, “o papel constitutivo da voz nas interações dialógicas” (p.97) ganham um lugar central na clínica fonoaudiológica.

Como podemos notar, aparecem algumas mudanças relacionadas ao percurso do fonoaudiólogo e sua atuação, que nos alertam para a necessidade de pontuar alguns limites de atuação para que não se comprometa a legitimação de sua prática.

Neste esquema, fica premente levar em conta o discurso do paciente no contexto fonoaudiológico bem como sua compreensão pela vertente psicanalítica. Essa intenção foi alcançada dentro dos limites impostos pela prática fonoaudiológica. Para acompanhar seu surgimento e efeitos, apresentaremos e discutiremos um caso clínico, desde o primeiro momento da procura pelo atendimento, passando por fragmentos de certas seqüências de sessões até o percurso final do processo.

II-Limites emergentes no tratamento

O contato estabelecido entre Clara e a terapeuta, colocou em evidência a linha de tensão estabelecida com a aproximação entre a Fonoaudiologia e a Psicanálise. Isto decorre de uma postura terapêutica na qual o paciente passa a ser entendido como uma unidade de funcionamento psique e soma, sendo que a queixa no registro do corpo entende-se como parte da repercussão psíquica e vice-versa. Neste caso, o dinamismo psíquico passa a ser considerado no processo terapêutico e para tanto, implicará no estabelecimento de limites diante de sua inserção no cenário fonoaudiológico.

Nos cabe apresentar então o percurso dos limites pensados a partir desta prática que de forma muito peculiar, viabilizou este entendimento. Assim, os apresentamos, a partir deste encontro entre as subjetividades envolvidas que tiveram suas instâncias inconscientes ativas e intercambiadas no processo em termos de comunicantes inconscientes.

Os aspectos transferenciais estiveram presentes de forma positiva, desde o primeiro encontro, e viabilizaram o oferecimento da escuta por parte da terapeuta a favor da contenção buscada pela paciente. Esta escuta de nada valeria se não houvesse uma compreensão sustentada em termos teóricos para justificar sua aplicabilidade. Sendo assim, aproximamo-nos da teoria psicanalítica, para melhor compreender a demanda inconsciente, revelada por Clara, a partir de seu discurso supostamente apresentado em termos conscientes. A partir do trajeto: *aspectos transferenciais-escuta-teoria*, nos defrontamos com o limite da *Ética* e da própria *clínica* que serão melhor compreendidos mais adiante. Ingressemos então, na exploração do caso clínico que alicerçou todo o estudo em questão.

a) À procura do desconhecido

Clara, ao procurar o atendimento, disponibiliza um espaço em sua rotina para falar de si. Sob a guarda do sintoma na voz, passa a colocar em movimento uma série de representações frustrantes e prazerosas de seu passado. Antes, sua defesa se resumia a uma descarga para expelir uma dor, não passível de elaboração, pela ameaça iminente de uma morte psíquica. Ao evitá-la, o corpo padecia das dores de uma mente que sabiamente as afastava para o melhor momento de elaboração. É neste sentido que um tempo é estabelecido pelo paciente, assim como o processo terapêutico é conduzido de forma singular. Clara tinha cinquenta e seis anos quando procurou atendimento fonoaudiológico em março de 2005. Trouxe como queixa: “Fico rouca, falta, falha ...”, indicando a região anterior de seu pescoço.

Em entrevista inicial, ela mencionou que fazia parte, desde 1992, do coro da igreja. Disse que a rouquidão havia aparecido há um ano e se apresentava de forma intermitente em sua vida. Acrescentou que cantava uma vez por semana por duas horas e no coral fazia quatro vozes, sendo que, seu pior desempenho era nos “tons médios”. Podemos notar que a frequência de uso da voz, não justificaria uma alteração vocal por um abuso, ou seja, trata-se de um uso da voz por um tempo restrito.

A qualidade da voz ficava comprometida pela manhã, adquirindo certa bitonalidade. No decorrer do dia sofria pioras, quer nos exercícios do canto, quer na fala comum. Na entrevista, a voz sofria oscilações nos primeiros cinco minutos e passou a ser rouca no restante do tempo. Clara se apercebera, somente após quinze minutos, dizendo: “nem precisa tanto, já estou com falhas na voz”.

A mudança em seu padrão vocal foi percebida algum tempo depois, denotando certa dificuldade em se conscientizar de seu próprio funcionamento vocal. Um certo automatismo comprometia o alcance de sua percepção. Levantamos a hipótese da presença de uma demanda psíquica já que nos momentos iniciais da sessão falava de forma ininterrupta, como se seu corpo fosse dissociado de sua estruturação psíquica, afetos e expressão

vocal. Parecia ser o primeiro momento em que ela encontrava um espaço para revelar suas demandas, apoiadas em um discurso queixoso da voz, com a peculiaridade de um afeto, distante de si, revelado pela sua estranheza em reconhecer a própria mudança da voz. Aqui encontramos o primeiro desafio para o profissional: promover a apropriação do paciente de sua própria voz, tornando-a parte integrada na unidade psique-soma.

No decorrer da sessão, Clara afirmou que sentia ardor na garganta durante a madrugada, tensão no pescoço, e que tomava medicamento para a rinite. Acrescentou que era professora de canto e que dava aulas por duas horas, uma vez por semana. Falou que sentia um aperto no peito e tomava chá para ajudar, assim como usava limão, maçã e gengibre para melhorar a dor que sentia na garganta.

Os produtos naturais utilizados por ela pareciam resgatar certos cuidados que revelavam uma possível necessidade de sentir-se com saúde e, de certa forma, viva e em sintonia com seu corpo. Era como se houvesse uma aproximação com a culpa de ter se tornado tão distante de suas próprias necessidades e então resolvesse cuidar de si utilizando alimentos naturais, como as mães muitas vezes ofereciam aos seus bebês, principalmente em tempos passados.

No meio da sessão, Clara afirmou para a terapeuta: “não tenho voz por não falar com ninguém” e iniciou falando das perdas sofridas e o quanto se sentia “um caco”. Há seis anos perdera seu irmão, atropelado por um trem. Ele trabalhava com as locomotivas e em certo momento de seu dia, levava o transporte para a linha final. Neste trajeto, voltava caminhando para determinado ponto. Em certo dia, resolveu cortar caminho e ficou preso nos trilhos, sendo atropelado.

Após seis meses, sua mãe morreu e, segundo a paciente, foi de tristeza por ter perdido seu filho caçula.

Clara disse que perdera seu pai queimado. Ele estava muito bem de saúde, mas estava esclerosado. Naquele período, morava com uma das irmãs da paciente. Ele tinha por hábito acender uma vela ao se deitar e em determinada noite, colocou fogo em seu quarto que ficava nos fundos da casa de sua irmã e quando perceberam já era tarde demais. Segundo a paciente, todos tinham o cuidado de deixar os objetos perigosos longe de seu

alcance. No entanto, a rotina de não dormir no escuro, já o colocava em perigo, ao acender sua vela.

A paciente mencionou que perdera sua irmã por envenenamento. Ela se separara do marido há oito anos e por todo este tempo tinha a expectativa de retomar o relacionamento. Quando tomou ciência que ele estava dividindo sua vida com outra pessoa, não suportou e se suicidou, deixando uma filha de quinze anos. Havia passado a entrada do ano com sua filha na praia, permanecendo cerca de quinze dias lá. Então, ingeriu veneno para matar rato e acabou falecendo.

Após mencionar suas perdas, a paciente disse: “Acho que tudo isso tem influenciado a minha voz. Tento não pensar nisso. Evito visitar minha irmã porque fico com a lembrança do quarto do meu pai todo queimado”.

A lembrança de Clara se restringia ao quarto queimado de seu pai. Já a falta do pai ou suas possíveis falhas não eram mencionadas pela mesma, nem tampouco os sentimentos vivenciados diante destes episódios. Ela parecia distante de seus afetos, contudo reconhecia que os detinha em um lugar muito protegido de forma a sustentar sua continuidade em viver.

Estes afetos possivelmente estavam alojados em si sob alguma forma de recalque ou supressão, ou talvez tenham sido descarregados diretamente para seu soma resultando no sintoma vocal. Sua fala anunciava a necessidade em se colocar diante de suas dores muito profundas que foram barradas de serem vivenciadas através da desafetação como demonstrava sua fala.

Freud (1917) afirmou que a experiência do indivíduo acusaria o sentido de seu sintoma, o qual surge para substituir uma representação recalçada já que esta, pelo conflito que gera com o Eu, não é tolerável para a consciência. Neste caso, podemos encontrar o conflito expresso na superfície corpórea. Contudo, trata-se de um sintoma que não se justifica simplesmente pelo registro fisiológico, mas pode ser entendido pelo jogo de forças que atuam no campo psíquico. O desinvestimento da representação de desejo acarreta um desalojamento do afeto tornando a libido “solta”, desesperada. Neste caso, temos a angústia que se descarrega ou se converte em sintoma corporal.

Ficou claro na sessão que a paciente precisava falar com alguém sobre suas perdas e a voz foi apenas um meio encontrado, por sua

racionalidade, para procurar ajuda por algo real e objetivo: sua alteração vocal. Desta forma, era mais fácil anunciar o grito de ajuda manifesto pelo registro de seu corpo a uma fonoaudióloga (“portadora do saber e agente operativo na intervenção, no plano consciente”) que procurar um Psicanalista, que lhe auxiliaria no enfrentamento de todo o sofrimento psíquico encoberto. O mais belo nesta situação é notar a preponderância de agentes psíquicos inconscientes, revelados pela fala do paciente, como ocorrera com Clara. Ela reconhecia, de certa forma, sua demanda psíquica, pelo fato de dizer logo no primeiro encontro que não tinha voz por não falar com ninguém. No entanto, de forma defensiva, o próprio corpo a sabotara com a formação do sintoma vocal que justificaria sua procura pela clínica fonoaudiológica.

Esta necessidade em justificar sua procura pelo atendimento, apresentou-se no segundo encontro com a terapeuta, no qual Clara trouxe o resultado do exame laringoscópico. No decorrer da sessão a terapeuta comentou com a paciente dos incômodos sofridos por uma pessoa que se submete ao procedimento do exame e ela começou a contar como havia sido sua submissão ao mesmo. Falou que havia sido anestesiada e não sabia como havia ocorrido o exame, vindo a tomar consciência algum tempo depois.

A terapeuta orientou a paciente para que procurasse o otorrinolaringologista que a havia encaminhado para a realização do exame, e que lhe contasse o ocorrido de forma a verificar seu parecer. Ela disse: “Eu confio nele. No que fez o exame, não. Vai ver este resultado está errado, afinal, minha voz não está ruim mesmo?” O resultado do exame afirmava normalidade na mucosa das pregas vocais.

Foi esclarecido à paciente que muitas vezes a voz pode apresentar-se com certa rouquidão, contudo não indicar lesões nas pregas vocais no momento do exame. De qualquer forma, afirmou que o caso de Clara necessitava de terapia pelo fato de ser ela uma profissional de voz, por cantar, sendo o padrão de rouquidão indicativo de um mau uso da voz. Isso lhe demandaria uma reeducação vocal para eliminar o quadro freqüente de rouquidão, que poderia evoluir para uma futura instalação de nódulos.

No final da sessão, Clara falou: “Então vou voltar lá e espero que ele me dê outra guia para eu repetir o exame, afinal eu devo ter alguma coisa”.

A ejeção para o soma e o interesse em encontrar algo realmente registrado no corpo, revela o desvio da dor que deixa sua marca em algum lugar deste. Seria como se Clara preferisse viver a dor somática ao invés da dor psíquica e de forma curiosa apenas protelasse o tempo de fazer o luto.

Fica premente a linha de tensão existente entre a Psicanálise e a Fonoaudiologia uma vez que o fonoaudiólogo se oferece como instrumento de troca em consonância com a demanda trazida pelo paciente.

b) Dados resumidos de avaliação fonoaudiológica

Clara apresentou: *respiração* predominantemente superior e nasal, embora tenha mencionado que no coral e com seus alunos, fazia uso da respiração diafragmática. A *capacidade respiratória* da paciente estava satisfatória talvez pela própria condição do trabalho no canto. Porém, este padrão não era bem utilizado como recurso favorecedor de sua produção de fala. Ela ainda se queixava de falta de ar e de cansaço ao falar, possivelmente por consequência da *velocidade* aumentada de fala, acarretando alteração na *coordenação pneumofonoarticulatória*. Desta forma, ela falava rapidamente, interrompendo a emissão de vocábulos ou comprometendo sua sintaxe pela pausa realizada para respirar.

Sua *articulação* apresentou-se diminuída e com *tensão na região cervical*. A qualidade da voz piorava à medida que se dava a continuidade da fala. Sua *ressonância* estava predominantemente laríngea.

A *projeção de voz* estava limitada, bem como foram diminuídas sua *sustentação e modulação*. Clara apresentava um padrão de voz grave, definindo-se como uma voz estrangulada, pelo uso do ar de reserva ao falar, e aspirada em consonância com ataque vocal aspirado.

Nos cabe esclarecer que a avaliação foi feita ao longo do processo, ou seja, a cada sessão. A qualidade vocal era avaliada bem como a forma e frequência com que executara os exercícios e as manobras propostas, a serem realizadas ao longo da semana. Acompanhei as modificações da voz junto ao seu discurso, focando minha atenção para os afetos emergentes em relação aos conteúdos que trazia.

Ressaltamos então a condição inicial da paciente: como mencionado no item anterior, Clara ocupou boa parte da sessão falando sobre a perda de pessoas próximas que mantinham laços supostamente afetivos com ela. No entanto, a ruptura com aquelas pessoas era trazida por um discurso estanque, que descrevia o ocorrido, mas sem manifestação afetiva na sua voz.

De certa forma, a voz de Clara trazia um componente excessivo de racionalidade, de defesa, para não “desmoronar” ante tais situações. Os afetos pareciam dissociados mesmo quando afirma: “Acho que tudo isso tem influenciado a minha voz”. “Não tenho voz por não falar com ninguém”.

Essas afirmações expressam certamente o elo que estabelece entre o sintoma e suas perdas trágicas, e suas reverberações nos relacionamentos atuais (“não tenho com quem falar”).

Assim, sua voz neste momento de avaliação apresentava-se sem modulações, com a velocidade aumentada, articulação reduzida e com pouca expressão facial e corporal. A tensão corporal, especificamente em ombros, pescoço e face, era visível junto a certa aspereza e padrão de estrangulamento da voz. Esta última característica relacionava-se também ao uso do ar de reserva utilizado pela paciente resultante da alteração pneumofonoarticulatória.

Conhecíamos, desta maneira, parte da realidade social em que Clara estava inserida, bem como os efeitos destas vivências sobre sua voz, aproximando-nos da proposta de Ferreira (1995) que aponta para a relevância dos processos dialógicos na avaliação, por propiciarem um maior conhecimento da história e da produção de voz dos pacientes.

c) As faltas desveladas promovendo a apropriação de afetos

A decisão por refazer o exame fez Clara se sentir cuidada e ser importante para alguém. Ela parecia sair da condição de estagnação e supressão da dor. A paciente dava sinais de início de saída de seu “torpor melancólico” e da condição de sobrevivente, vislumbrando uma vida de escolha. Ela passou a questionar o sentido de sua vida a partir da associação com sua voz.

Em uma das sessões, em que foi proposto um relaxamento de ombros

e pescoço, no qual a paciente era ativa, comenta: “meu marido fez uma massagem em mim, mas foi muito rápida e quando eu fui fazer nele, ele logo pediu para que eu terminasse”. A distância imposta pelo marido colocava em contraste, o valor da proximidade junto à terapeuta, como alguém que propiciava algo e permitia a troca consigo. Desta forma, havia alguém com quem falar e trocar afetivamente algo.

Nesta mesma sessão, Clara falou que fazia hidroginástica duas vezes por semana e nos demais dias, caminhava. Ela estava falando de como preenchia sua rotina, exercitando-se fisicamente de forma a desviar do tempo solitário diante de tantas ausências inclusive de seu marido ainda vivo. Era como se contasse à terapeuta de como fazia para sentir-se viva frente aos olhos cansados de seu esposo que se ausentava o dia inteiro trabalhando e se satisfazia com minutos breves de contato com ela.

Na sessão seguinte, a paciente continua falando de sua solidão. Sem manifestar qualquer sentimento de angústia, ela conta sobre o dia de seu aniversário que havia sido no final de semana. “Liguei para minha filha perguntando se ela viria almoçar comigo. Ela disse que não era para eu me preocupar com o almoço, pois ela nem iria para não dar trabalho. Então eu não precisava me preocupar, porque ninguém iria em casa mesmo. Aproveitei para descansar. Fui cantar no coral à noite, mas pedi à minha colega que cantasse sem mim, pois minha voz estava péssima”.

Vemos que a falta (nesse caso, falta de comemoração e reconhecimento por parte da filha) torna a voz péssima, como reveladora de: não tenho ninguém para cantar ou a quem cantar. Parece que a colega estava diretamente relacionada à terapeuta, em transferência, sendo alguém para quem se queixava e pedia atenção.

Bastam esses trechos que ilustram o entrelaçamento do discurso com a situação transferencial, para nos lembrar que a voz, o endereçamento ao *outro* (sempre no plano amoroso) é ligada ao corpo (relaxamento) e ao corpo do *outro...* (marido, filha, colega, terapeuta). O corpo não no sentido físico, mas como sítio de investimento amoroso, no caminho de mão dupla, transitivo entre o Eu e o *outro* e vice-versa. Eis aqui todo o aporte psicanalítico. Freud tinha mostrado isso desde o início, ou seja, que as falhas da voz e na região que a circunda se relacionam com a dor do anseio

amoroso ao *outro*. Lembramos, em relação à Clara, que as mulheres importantes da família (mãe, irmã) morreram pelas agonias amorosas seja em relação ao filho morto, seja em relação à própria vida junto ao *outro*, ao passo que os homens morrem de acidentes circunstanciais e com conseqüências fatais (o irmão e o pai). As mulheres morrem de um sofrimento que pode ser designado como psíquico, da falta e má sorte no amor. E ela, Clara não sofre de outra coisa que não a falta de marido, filha etc. Curiosamente, a voz, o sítio do amor, que tanto a serve na profissão, serve também como via de gritar esse sofrimento.

Em outra sessão, diante do trabalho com a respiração, Clara falou que quando havia treinado em sua casa, sentira um aperto no peito e então fez um chá para sentir-se melhor. Completou: “Aliás, o aperto foi o mesmo que sempre sinto em certas situações quando estou sozinha e lembro das pessoas que perdi. Sempre faço um chá para ajudar”.

O chá é usado nos momentos de aflição diante das faltas e os testes de importância afetiva para os outros, o que não deixa de evocar o chazinho que a mãe dá à criança em momentos de medo e aflição, o que aponta para a mesma direção que enfatizamos.

Como essa demanda de atenção e amor da qual sofre se dá no interior da relação com a terapeuta, pode se notar que esse elemento *transferencial* constitui o *primeiro fator* a ser considerado no trajeto que conduzirá ao limite da clínica fonoaudióloga. Nele se plasma a solicitação da escuta do universo psíquico, amoroso do paciente. O paciente certamente reconhecerá no terapeuta esta condição e então teremos o que se pode chamar de um vínculo ou interação que se estabelece para além de perguntas e afirmações verbais. Seria um contrato estabelecido em termos simbólicos (pré e inconsciente para o paciente), pautado no afeto. Notamos que este fator tanto pode encerrar a possibilidade de continuação do processo, como poderá favorecer a compreensão das condições em que é produzida a voz ante as trocas estabelecidas no contexto social do paciente. O segundo caso, aponta a necessidade de outros elementos que deverão ser estabelecidos.

d) Avançando no processo

Ao dizer: "... falta, falha..." Clara revela sua disposição em falar sobre faltas e falhas sofridas, sentidas e refletidas em seu corpo.

Após algumas sessões, Clara trouxe o novo exame que indicou fenda fusiforme. Esta fenda se relaciona, possivelmente, com um período de fadiga vocal transitória. Ela surgiu após um uso vocal intensivo, favorecido pelas inúmeras atividades de canto, que preenchiam a maior parte do tempo da paciente, como via de afastá-la da dor do luto das inúmeras perdas que sofrera.

Em outra sessão, Clara chega, quarenta minutos adiantada. Em seu horário foi atendida e a sala estava preparada para que fosse aplicada uma sessão de relaxamento que, no entanto, parecia não coincidir com sua urgência, não sendo colocado em execução.

Ela senta-se no lugar de costume e afirma: "Senti a dor no peito após fazer os exercícios". Pedi à paciente que falasse um pouco mais sobre este episódio, descrevendo a situação em que ocorrera. Clara afirmou que se encontrava bem até finalizar as manobras, sendo que ao término das mesmas, sentira a dor no peito, já referida em outro momento. Acrescentou que esta situação havia se repetido por todas as vezes que havia realizado os exercícios naquela semana. Por outro lado, afirmou que estava satisfeítíssima com o seu desempenho no coral domingo. Acrescentou que até seu esposo havia notado.

Dispus-me a pensar juntamente com ela sobre as possibilidades desta ocorrência. Em um primeiro momento, levantei a hipótese de relacioná-la com as condições de respiração associadas à execução das manobras vocais, mas concordamos que esta alternativa era improvável, dada as suas condições satisfatórias de execução.

Clara mencionou outra possibilidade, relacionando com uma provável alteração cardíaca, diagnosticada em tempos passados (alteração na válvula mitral). Afirmou que o médico, no passado, havia dito que se tratava de uma alteração mínima e que nada acarretaria a sua vida, uma vez que se respeitasse uma rotina tranqüila, sem grandes esforços físicos.

"Tem sido muita coisa para mim. Voltei a cuidar da minha neta. Levo e trago ela da escola. Ela fica comigo a manhã toda e, muitas vezes, à noite

também. Esta semana, liguei para minha filha pedindo que minha neta dormisse em casa. Ela disse que buscaria de qualquer forma porque a menina já tinha dormido duas noites lá. Ela gosta de dormir na minha casa porque tem feito muito frio e ela tem preguiça de acordar cedo para ir para lá, preferindo já ficar para dormir, na noite anterior”.

Concordei com a preocupação de Clara e endossei sua procura pelo cardiologista, mas sugeri que continuasse a pensar sobre outras leituras do episódio: dor. Lembro-a que na sessão precedente havia chegado à terapia de forma mais introspectiva e que havia justificado tal comportamento dizendo: “Este tempo fechado, frio e chuvoso me deixa um pouco estranha”. A sessão prosseguiu com os temas de sentimentos, lembranças e solidão.

Clara havia mencionado que sua neta havia dormido por duas noites em sua casa e por ela (a neta e ela mesma), dormiria a terceira, caso sua filha (mãe da criança) houvesse consentido. Sua carência era evidentemente projetada sobre a neta, o amor e o afago que deixou de obter junto à filha e à sua própria mãe.

Parece que a paciente entrava em contato com sua solidão e com o medo de voltar a deprimir-se como havia ocorrido com a morte de sua mãe. Ela afirmou: “Acho que faço muita coisa para não pensar nas perdas. Quando minha mãe morreu fiquei deprimida, não melancólica. É diferente. Eu não queria fazer nada e quando ia com meu marido no mercado, pedia para ele não sair de perto de mim, porque eu tinha medo de não conseguir voltar para casa sozinha. Eu não sabia o que fazer. Ele me perguntava sobre a mistura que deveria comprar e eu não conseguia definir uma. Em casa, ficava olhando para a cozinha sem saber por onde começar. Ele não acreditava que tinha medo de ficar sozinha e ele se afastou de mim no mercado e quando me encontrou eu estava chorando mesmo. Na verdade quando minha irmã morreu, eu resolvi que nada me abalaria e eu nem chorei. Até hoje ocupo a minha cabeça para não ficar deprimida. É horrível”.

Esses relatos de impotência depressiva, indicam de fato uma dificuldade de poder conter e elaborar a perda, de forma que a defesa e a incapacidade de lidar com o luto acabam paralisando o pensamento e a relação com a realidade. Isto nos leva a considerar que todo esse material ilustra como a carência amorosa em relação à mãe (filha e neta) é estendida

ao marido, e talvez a premência da primeira (mãe) sobre a segunda (marido). Esses conteúdos nos fazem suspeitar, como foi elaborado por Freud e outros autores, das dificuldades de diferenciação e de separação da mãe. Não a separação ocorrida de fato, como a morte da última, mas a morte relativa às falhas dos momentos de diferenciação na idade tenra, em torno do complexo de Édipo. Esta faz com que a relação com o marido, seja marcada pelas demandas oriundas das carências infantis junto à mãe.

Quando afirma que “é horrível”, se refere a um sentimento presente no momento atual. Demonstra, na transferência, diante do acolhimento de uma mãe-mulher-terapeuta, certa prontidão na re-evocação e trabalho da dor de separação. Digo-lhe que ela me parece capaz de suportar a dor do luto, pois iniciou sua terapia se referindo ao sentimento corporal que parece ser o da *angústia*.

Clara se queixou das inúmeras tarefas que executava, vindo a afirmar que já não estava dando conta e havia contratado uma pessoa para auxiliá-la nos afazeres domésticos. Contou que havia sido convidada para preparar os colegas da turma de computação para montar um coral, mas não tinha certeza de que conseguiria, dada a sua falta de tempo. Ela precisava de mais tempo, e talvez estivesse descobrindo o que antes estava soterrado pela defesa ante a dor depressiva que coincidia com as perdas da mãe e outros familiares.

Na sessão seguinte, aparece muito arrumada e conta que algumas pessoas haviam elogiado sua mudança física e acrescentou que estava saindo do luto. Esta afirmação parecia denotar certa resistência por parte da paciente em trilhar o percurso do luto, dando-o por encerrado. Não comentei nada. Após duas sessões, Clara comunicou seu plano de viajar com o esposo para “curti-lo” e descansar um pouco de sua rotina.

Na volta, contou-me de sua viagem e em seguida relatou que sonhara duas noites seguidas com sua irmã. Em uma delas, a irmã invejava seus cabelos. Pensamos na relação entre o novo corte de seu cabelo “saindo do luto”. Goza da vida e de sua feminilidade, a despeito do corte da separação da irmã e mãe, como se dissesse: “estou viva, ela morta”. Um corte da mãe e irmã para poder curtir de outro modo a vida, que não seja aquele do ambiente familiar da infância, mas transformado (com o marido), como explicita o

sonho seguinte. Nele, a irmã aponta, no supermercado, latas de óleo de diferentes formas, mas Clara voltava sua atenção para latas de leite imensas. Seria como se a irmã estivesse lhe dizendo para olhar para os diferentes caminhos que se podia percorrer e Clara afirmasse sua estagnação na infância e em suas carências. Os sonhos são elaborações de luto, remetendo-se às separações fundamentais da infância, para poder se diferenciar enquanto mulher. A culpa em enterrar os mortos e permanecer viva fazem parte neste contexto de vida.

A paciente estava utilizando a via simbólica para sonhar o que antes estava sendo atuado na vivência alucinatória de seu próprio corpo. Estava reaberta à possibilidade, desviando a rota da agressão e da dor antes dirigidas para o soma, para ganhar novas formas de representações.

O conteúdo partilhado se relacionava à dor da separação e Clara na sessão posterior, falou sobre a separação de sua filha que estava em vias finais de legalização, assim como as peculiaridades do conflito vivido por todos, que tivera início em novembro do ano anterior, mas que Clara não se sentia à vontade até então, para falar sobre o assunto.

Na sessão seguinte, ela fala do desemprego do filho e sua própria dificuldade financeira, justificando sua intenção de dispensar o trabalho de sua ajudante. A paciente parecia anunciar à terapeuta sua resistência e possível comprometimento desta no processo.

No encontro subsequente, ela levou a fotografia da ex-namorada de seu filho, apontando a semelhança desta comigo. No final da sessão, sugere passar, dada sua situação financeira, para atendimentos quinzenais. Ficamos de acordo em discutir o assunto na sessão seguinte.

As separações se aplicam, neste momento, aos *casais* - entre filha e genro, entre filho e namorada, e ela de mim. Ela gostava da ex-namorada do filho e se ressentiu muito com esta separação. A identificação entre mim e ela, pode ser interpretada de várias maneiras. Simbolicamente, quem pode gozar da feminilidade sou eu, não ela. Nora se separando da sogra é certamente paralelo à separação entre filha e mãe. Havia um amor dirigido a mim, da mesma forma àquele estabelecido com a “ex-nora”. Esse reconhecimento da separação (entre mulheres significativas) denota uma certa integração afetiva. Sua voz contava neste momento com a parcela de

doçura e sofrimento de separação ao mesmo tempo em que refletia a força de um Eu integrado que encontra um meio de reagir à situação de separação. Clara estava integrando os afetos no sofrimento psíquico, sem necessariamente utilizar-se do primitivo recurso de ejetá-los em seu soma, como antes. O relato dos conflitos ganha valor na medida em que aproxima o sujeito de sua memória afetiva para que esta última possa, no sentido concedido à qualidade vocal, refletir aspectos da esfera inconsciente do sujeito. Desta forma, o paciente pode começar a vislumbrar o próprio sentido de seu sintoma vocal, como aconteceu com Clara no final do processo.

O discurso dos pacientes revela as faltas, cobranças e conflitos que vivem, e pretendem veladamente justificar suas condições de reagir a um *outro* também envolvido. Estes pacientes sempre envolvem um terceiro com o qual se identificam, por repreendê-los ou por serem, por aqueles repreendidos. Notamos a necessidade do sujeito em se fazer existir diante da presença do *outro* e tornar-se, de certa forma, alguém pelo qual se afeta. Aqui está a idéia da transferência que veremos mais adiante, como forma de esclarecer que afetamos e somos afetados pelo *outro* e tomamos parte da imagem daquele como representação que ficou em nossos registros mais primitivos para encontrar uma possibilidade simbólica diferente na vida psíquica.

Podemos notar que o conteúdo apresentado até o momento, favorece o esclarecimento do *segundo fator* a ser considerado no percurso clínico: a *escuta*. Assim, a explanação interpretativa do caso esteve resguardada pela *escuta* da terapeuta que considerou o discurso da paciente como promovedor de aproximação de seus afetos que permeavam a manifestação vocal. A voz como meio de comunicação é acompanhada por aspectos afetivos como complemento de sua expressão. A *escuta*, não foi devolvida à paciente em sua forma interpretada, mas efetuada em termos psicanalíticos inconscientes. Esta *escuta* da terapeuta concedeu à paciente um lugar ativo em sua própria transformação. Reforçamos o resguardo pelo silêncio em certas situações clínicas como de essencial relevância ante o respeito pelo papel ativo do próprio paciente em perceber a si mesmo. Exemplifiquemos com uma vinheta clínica de Ferreira (1990):

Terapeuta: "- Mas, R., são dois meses que eu venho falando isso.. "

Paciente: "- Ah! Mas não adianta você falar, a gente é que tem que descobrir!" (p. 117)

Esta vinheta, se assemelha à conduta de uma das primeiras pacientes de Freud (1895), Von Emmy que lhe diz: "Escute, me deixe falar!"

Da mesma forma que o primeiro fator: *aspectos transferenciais*, o segundo: *a escuta*, correlato ao primeiro, pressupõe-se como etapa presente no processo terapêutico e exigirá o estabelecimento de outros elementos, que veremos mais adiante.

e)A técnica fonoaudiológica acompanhada por agentes psíquicos

Devemos esclarecer que as sessões apresentadas até o momento, não pretenderam revelar todo o conteúdo partilhado nas mesmas, nem tampouco respeitar toda a seqüência de sessões. Foram selecionados momentos de determinadas seqüências. Resta-nos esclarecer a intervenção fonoaudiológica em seus termos técnicos dentro da evolução do caso.

Clara comparecia uma vez por semana às sessões de quarenta minutos. Seu ingresso no processo terapêutico se deu no mês de março de 2005. Em janeiro de 2006, a paciente se encontrava em processo final, aproximando-se da alta. De novembro de 2005 em diante, os encontros eram realizados quinzenalmente devido às condições vocais da paciente e de forma a preparar seu momento de alta. Sua qualidade vocal acompanhava a restituição de condições ideais de produção de voz, estando o sintoma vocal, possivelmente eliminado ou reintegrado de outras formas na unidade psíquica da paciente.

Respeitando a necessidade trazida por ser escutada, a terapeuta assim o fazia, na maior parte da sessão, sempre procurando relacionar seu discurso com aspectos afetivos, de forma a promover a apropriação da paciente de seus afetos, pretendidos como alocados na voz. No início das sessões, Clara era questionada sobre a realização e percepção das manobras vocais sugeridas para serem executadas todos os dias. Era neste momento, que muitas vezes ela começava a discursar, quando não o fazia

desde o percurso da sala de espera. Clara se enveredava para questões vivenciadas na semana, revelando claramente a necessidade de minha atenção em escutá-la. O tempo restante da sessão era utilizado para a verificação das manobras realizadas e para a mudança para outras específicas e necessárias de execução ao longo da semana seguinte. Em geral, ela realizou a maior parte das manobras sugeridas.

No decorrer do processo, Clara faltou apenas em três sessões, justificadas por consulta médica, viagem e falta de meio de locomoção. O que demonstra seu afinco com o trabalho, levando em conta sua descoberta em ser escutada, o correlato elo transferencial e o aproveitamento psíquico.

Não pretendemos detalhar as manobras terapêuticas específicas utilizadas em consonância com o diagnóstico de fenda fusiforme, mas vale mencionar uma possível compreensão psicanalítica da relação entre a técnica utilizada e seus ecos psíquicos na paciente, uma vez que a escuta passou a ganhar espaço na sessão. Eis como a técnica fonoaudiológica integra-se ao universo simbólico da paciente, uma vez que ele passou a ser considerado pela clínica fonoaudiológica para além de seus registros físicos-corporais. A continuidade da aplicação das técnicas vocais deve estar em consonância com esta forma de se pensar o sujeito com o qual se trabalha.

Desta maneira, percebemos então que as técnicas vocais utilizadas tangem os desejos até então reprimidos ou ejetados diretamente para o corpo da paciente. Os exercícios relacionam-se com o trato vocal em toda a sua extensão e envolvem basicamente o movimento das estruturas relacionadas direta ou indiretamente na produção da voz. A respiração sustentadora da função da fonação também é trabalhada e, muitas vezes, o ar sustenta parte das manobras vibratórias utilizadas. Todas elas agem no órgão laríngeo e se estendem para a cavidade oral e nasal, abrangendo desta forma, todas as caixas de ressonância. Pensamos que de certa forma, o trabalho se volta para o prazer alcançado pela estimulação da zona erógena oral como ocorria em tempos primitivos da infância. Nestes, os movimentos coordenados relacionados com o contato da boca do bebê com o seio da mãe, atrelava o prazer com o registro das próprias imagens de movimento. A afirmação de Anzieu (1997) sobre o movimento de sucção respeitando o período masturbatório que culminaria com a chegada do leite à

boca, representa uma aproximação com o orgasmo. Esta interpretação nos leva a pensar no resgate das imagens em movimento como veículo sustentador de toda a dinamicidade psíquica que se instaura na clínica fonoaudiológica.

A *respiração* funda a vida do soma e a voz representa a respiração sonorizada. A fala então seria o viver apresentado em sua forma audível ao *outro*. Quando falamos em *respiração*, estamos falando na dinamicidade metafórica da psique do sujeito.

O *relaxamento* promove uma maior consciência do corpo e oferece uma continuidade de existência condizente com a da psique-soma originária do ser. Ele simboliza a entrega que favorece as associações livres e o possível surgimento de *insights*, levando às repressões e facilitando o encontro com o recalcado.

Quando falamos em *projeção vocal*, pensamos em projeção de pensamento comunicável a um *outro*; extensão de trajetos percorridos pelos traços de memória que contribuem positivamente para a sofisticação do substrato mnêmico do sujeito. A *ressonância* viabiliza o eco do *outro* que um dia foi produzido no espaço primitivo do bebê e propicia a exploração dos rastros constituídos pelas imagens dos próprios movimentos. A *sustentação vocal* envolve o sentido de encontro com as verdades e a forma de apresentá-las ao mundo enquanto parte de um Eu não cindido. Estes aspectos mencionados dizem de vivências e significações passadas que encontram projeção expressa por meio de uma voz que revela as asperezas de um percurso que, por um uso excessivo, alterou a condição anatômica comprometendo o trajeto expressivo do sujeito. O discurso deste, ganha espaço na clínica fonoaudiológica como forma de trazer as angústias antes congeladas no silêncio. O olhar torna-se compreensão não pelo que focaliza, na via representativa do corpo, mas sim pelo percebido para além da via consciente. Trata-se do olhar voltado para o registro do afeto trazido por intermédio da palavra e da voz que só ganha valor quando sustentado em uma relação, outrora do bebê com o *outro*, e agora transferencial.

Neste sentido, nos defrontamos com a capacidade sonhante entre terapeuta e paciente como promotora de possíveis mudanças de sintomas. A terapeuta poderia viver a dor da paciente pela transferência e o

espaço onírico se apresentaria como possibilidade de encenação transferencial do conflito e da dor humana. No momento em que ocorre uma associação, surge o ponto inicial de uma transformação. Neste caso, algo no corpo de Clara passou a ser substituído pela palavra e ela pôde então, percorrer outros trajetos em seu mundo psíquico que não a via de descarga direta para o soma.

Para tanto, a clínica se oferece como *holding*, do ponto de vista psicanalítico, para pacientes com alterações vocais que a procuram. Encontramos o eco de uma mãe suficientemente boa que ampara o bebê em seu crescimento. Na relação terapêutica, Clara se entrega aos sentidos que buscava, afagando-se no conforto de ser reconhecida enquanto ser, que dizia algo a alguém que se interessava em escutá-la, ao mesmo tempo em que mobilizava a possibilidade de escutar seu próprio processo elaborativo. A voz é encontrada em si, no silêncio sustentado pelo olhar do *outro*, que se oferece como espelho revelador do mais profundo sentido das próprias verdades. O silêncio sustentado em um contexto terapêutico viabiliza o dizer sobre o inconfessável. Sob os ditames da via repressora, o sujeito recorre ao Eu primitivo que não sabe ao certo como fazer uso de sua linguagem para comunicar seus afetos. A sensação de impotência ganha lugar no sujeito que viverá uma possível “depressão verbal” em que apenas o silêncio é reconhecido como tendo sentido.

Através da fala, o sujeito se expressa ao mesmo tempo em que a expõe para trilhar novos sentidos nesta relação com o *outro*. Estabelecemos um diálogo que pressupõe um suposto ouvinte, mesmo que muitas vezes este seja a parte que questionamos em nós mesmos. Sobretudo, o paciente atenta-se para a necessidade de procurar recursos em prol de sua manifestação somática na voz, deixando subentendida sua necessidade inconsciente que não se desapropria, seja qual for a circunstância de sua vida.

Este seria o *terceiro fator* de relevância no percurso do fonoaudiólogo que se baseia na *teoria* psicanalítica. Todos os profissionais devem dedicar-se em ampliar seus conhecimentos e para tanto a leitura e as pesquisas funcionam como meios que promovem o alcance desta pretensão. Contudo, conhecer mais sobre aspectos pertinentes aos sujeitos com que se trabalha,

exigirá do profissional o cuidado em não se valer das técnicas de atuação pertinentes a outras áreas. Estamos falando do confronto com o *limite* que se relaciona com a demanda psíquica reconhecida pelo paciente, que coloca o fonoaudiólogo diante da sua *ética profissional* em consonância com o próprio limite em termos de especificidade da *clínica fonoaudiológica*. Neste caso, caberá ao profissional trilhar o percurso junto ao paciente de forma a orientá-lo em direção a uma outra clínica conforme sua demanda revelada.

Queremos reforçar a responsabilidade deste profissional em apontar a fonte que mais avidamente responderá às necessidades de seu paciente que, em dado momento, poderá ser a clínica psicanalítica. No caso de Clara, ela é capaz de reconhecer a relação de sua voz com aspectos de outra ordem ao mesmo tempo em que reconhece os benefícios oferecidos pela atenção prestada na clínica fonoaudiológica, o que poderá levá-la futuramente a outros serviços que condigam com suas demandas subjetivas.

Retomaremos mais adiante este último limite a que um profissional deve atentar-se ao seguir o percurso apresentado. No momento, podemos avançar para a exploração teórica demarcada como terceiro fator que sustenta esta forma diferenciada de compreender o sujeito com quem se trabalha.

III- O reflexo psíquico no espelho do soma

a) Sofrimento e compensação psíquica pelo corpo

Freud revelou a partir da associação livre de seus pacientes, que alguns sintomas somáticos tinham um valor simbólico, representando conflitos centrais da vida daqueles, dos quais eles não poderiam tomar um pleno conhecimento, não poderiam sustentar. Sendo assim, o sintoma passa a ser compreendido como uma forma substitutiva de satisfação dos sentidos não assumidos pelo sujeito. Estes sentidos significativos são inconscientes, recalçados ou ejetados diretamente para o soma. Podem retomar os trajetos da infância que se iniciam pelas vivências corporais, auto-eróticas, junto aos outros, pelo corpo da mãe ou outros cuidadores. No caso da Clara, notamos que o espaço terapêutico lhe concedeu um lugar em que as palavras percorreram o trajeto em busca de sentido para as faltas amorosas, passando pelo conflito. A voz que figurava simbolicamente o endereçamento ao *outro*, perpassava seus trajetos de origem e os impasses através da transferência.

De forma semelhante, em 1905, no caso Dora, assistimos o sintoma de tosse nervosa, seguido pela afonia. A afonia não se justificava pela condição do funcionamento laríngeo, uma vez que a sonoridade acompanhava os momentos de sua tosse. Esta tosse sintomática denotava uma frustração não admitida no plano consciente. Tratava-se de um amor

não confessado, não admitido em relação a um homem, o Sr. K, que simbolizava algo como: “não tenho com quem falar quando você está viajando”. O amor desta jovem se deslocara para a zona erógena oral e podia significar, também, que não podia sustentar um amor maduro (genital) àquele homem e, portanto, havia uma transposição do mesmo para a modalidade primeira, oral, em que o amor passa pelas palavras e atenção maternas. Por outro lado, pode se pensar que a não admissão em alto e bom tom resulta em sussurrar ao *outro*, em segredo, condensado no símbolo da baixa voz.

Encontramos uma disfunção da laringe inferindo seu superinvestimento enquanto órgão erótico, o que nos evoca a reflexão ginecológica dos gregos em que a mulher era trazida entre dois colos e duas bocas (Loraux, 1988). No corpo trágico todos os lugares da morte tinham em si um lugar certo - *lugar do sintoma no corpo*. Contudo, esse expressa um caráter simbólico para o sujeito. Desta forma, ampliamos nossa compreensão para além do funcionamento anátomo-fisiológico, passando a considerar as alterações vocais como expressão de conflito de intenções psíquicas, na esfera amorosa de Clara.

As pregas vocais, simbolizadas como lábios da glote, se movimentam pelo encontro com o ar vindo dos pulmões havendo todo um conjunto de ações que envolvem contrações e distensões e geram a ressonância vocal em ação na sua forma audível. Assim, os movimentos do aparelho fonador parecem imitar, no nível simbólico, a rítmica sexual. A alteração vocal de Clara pode envolver uma dificuldade em aceitar as próprias experiências daquela ordem.

Neste sentido, assim como a voz propaga-se de cavidades para cavidades, preenchendo-as com o corpo vocal que ganha vida a cada propagação, a imagem sonora da vida psíquica de Clara, preenchia as faltas deixadas pela exclusão no recalque. A voz se conclui pela sua retro-alimentação na própria forma audível pela paciente. Pensamos em uma necessidade de poder se escutar como forma final da emissão de sucesso e associamos a isso o prazer auto-erótico alcançado pela libido em sua fase pré-genital e sua própria condição favorecida pelas imagens de movimento. Neste caso, vamos ao encontro de uma satisfação libidinal auto-erótica, obtendo prazer e gozo laríngeos. As imagens de movimento justificam a

alteração na voz bem como sua restituição no processo de terapia que viria a se sustentar na própria situação transferencial entre terapeuta e paciente.

Clara falava muito nas sessões, mas parecia pouco se escutar tanto ao que se refere à voz que se exteriorizava quanto àquela que ecoava em seu interior simbólico. Seria como se a angústia referida por ela, fosse reflexo da exasperação em não ter sido escutada e legitimada em sua demanda e afirmação junto aos *outros* significativos de sua infância e ambiente familiar. A *intensidade* elevada utilizada nas emissões vocais revelava um possível comprometimento em escutá-las e pressupunha uma dificuldade em ser ouvida pelo *outro*. O prazer era buscado em loco como compensação à falta da atenção e reconhecimento do *outro*. Estamos considerando o estágio pré-genital da libido, no qual os bebês, na excitação crescente no ato de sugar, parecem alcançar, alucinatoriamente, uma espécie de orgasmo que culmina com o adormecimento como efeito da satisfação alcançada. Mas na presença da sexualidade infantil da atividade da sucção, que Freud tanto enfatizou, busca-se interiorizar ou apropriar o prazer instaurado em loco pelos cuidados e atenção do *outro*, do adulto. Desta forma, a pulsão revelava-se auto-eroticamente, sendo a expressão sexual voltada para a instauração de referências de si da zona erógena (na mucosa dos lábios) como reflexo do endereçamento, afirmação junto ao *outro* que a atendia. Possivelmente, a paciente revivia este cenário primitivo ao executar as manobras sugeridas pela terapeuta, resultando, desta forma, em um alívio das tensões geradas tanto no plano somático quanto no psíquico.

Pensamos especificamente o estágio oral nas organizações pré-genitais. Nele, a atividade libidinal relaciona-se à ingestão de alimento. A sucção substitui o objeto externo ou engloba-o, “seus serviços amorosos”, no interior da própria atividade fantasmática de seu próprio corpo. Neste sentido, a rouquidão de Clara poderia ser compreendida como investimento libidinal que se desligara do *outro* externo, tentando compensá-lo no gozo laríngeo. A boca, compreendida em sua extensão pelo trato vocal, não perde sua significação como zona erógena ao menos em termos inconscientes, podendo assumir, a significação do órgão sexual em sua totalidade, desempenhando o próprio papel genital. Diante do reconhecimento do *outro* pautado na transferência, todo o simbolismo de Clara ganhava novos

percursos pelas imagens de movimento, relacionados à sucção, e ela podia então reconhecer e dar um novo sentido para suas faltas amorosas.

O bebê faz uso de sua boca como meio de estimulação auto-erótica, explorando o mundo e sentindo prazer nas vocalizações emitidas pelo balbucio e sons guturais proporcionando a si, prazer pela auto-erotização. Clara parecia entregar-se a esta estimulação auto-erótica através da repetição em pigarrear (atritar as pregas vocais, com o pretexto de “limpá-las”) e falando sem parar como uma compulsão que não encontrava o ponto máximo de satisfação, deixando suas pregas vocais exauridas pelo excesso de estimulação. Sua articulação travada denotava uma tensão nos músculos mastigatórios dentre outros, presentes na região da zona oral. Sua respiração rápida e encurtada, no momento de fala, revelava um estado de excitação que se aproximava da vivência sexual simbolizada. Esta hiper-estimulação, que talvez denotasse certa carência, insuficiência de ternura e presença do *outro*, visava denunciar pela voz alterada a falta deste *outro* de origem.

Pensamos então se esta manifestação da excitação de Clara no plano somático seria decorrente da falta de atenção do *outro* de forma a não poder transformar a forma crua da excitação, ou seja, a dor em interiorizar o prazer do *outro*, levando-a a ejetá-la no seu corpo em decorrência de certas carências ou traumas primitivos mais graves. De outra forma, ela poderia percorrer a via do recalque, vivendo o gozo pelo sofrimento sintomático.

O trajeto imagético oferecido no contato com o *outro* não havia deixado firmes registros que poderiam ser percorridos em situações posteriores de falta, e o prazer se valia então, por sua forma apoiada em base pulsional, desvencilhando-se em grande parte de possíveis representantes simbólicos. O simbolismo atuado no corpo de Clara, por sua fenda, pode ser compreendido pela aproximação da relação estabelecida entre as delimitações da pele com as do psiquismo.

b) O psiquismo revelado pela pele

A pele é pensada, no plano psíquico, em consonância com o complexo dos contornos do Eu. Assim, a alteração da mucosa das pregas vocais de

Clara antecipava sua correspondente profundidade de dano psíquico. A pele constitui uma barreira de proteção das agressões sendo capaz de filtrar as trocas com o meio, promovendo o elo integrativo do Eu, viabilizando o pensamento. Ela reflete aos olhos dos outros nossa boa ou má saúde orgânica e funciona como espelho de nossa alma. A alteração nas pregas vocais de Clara poderia representar interferências no tecido intermediário das representações-palavra sobre as quais erguem-se as cadeias associativas. Neste ponto, reconhecemos parte do universo psíquico que passa a ganhar espaço na clínica fonoaudiológica. As palavras de Clara buscavam sentido e revelavam parte de sua cadeia associativa que se dava ao longo da relação estabelecida com a terapeuta, pela via da transferência. No entanto, tal ocorrência apenas se fez valer na medida em que a terapeuta pôde atentar-se para o universo psíquico da paciente, entregando-se como veículo promovedor de sentidos. Com isso, a esfera vocal passou a ser reconhecida em sua vertente psíquica para além de sua manifestação concreta em termos de condições de funcionamento ante a produção vocal.

É desta forma que a fenda de Clara representa uma transação entre um *impulso* (zona corporal afetada) e uma *continência* que não cedia pelo fato de o objeto da realidade não coincidir com o objeto ideal. Neste caso, a descarga ocorrida sobre a pele era vivenciada como porção de descontentamento, no duplo sentido de incontinente e insatisfeito. Vejamos parte de seu discurso: “Sinto ardor na garganta e dor no pescoço na madrugada. Não tenho voz porque não falo com ninguém. Meu marido me fez uma massagem, mas foi muito rápida e quando fui fazer nele, ele logo falou que estava bom e que eu podia parar”.

O descontentamento, revelado pela mucosa das pregas vocais e por sua fala, nos faz pensar que o objeto da realidade não coincidia com o objeto desejável dos cuidados. Essa demanda e seu fracasso se repetia com a filha, como já mencionado anteriormente: “Liguei para minha filha perguntando se ela viria almoçar comigo no dia do meu aniversário. Ela disse que não era para eu me preocupar com o almoço, pois ela nem iria para não dar trabalho. Aproveitei para descansar. Fui cantar no coral à noite, mas pedi à minha colega que cantasse sem mim, pois minha voz estava péssima”.

c) O outro que reflete no contorno da voz

Anzieu (1989) afirma que a voz marca no recém-nascido a vida fora do corpo materno, possibilitando o contato do Eu com o *outro*, diferenciando o Eu do não-Eu. Apresenta-se como veículo de expressão de experiências subjetivas, marcando a existência do ser no mundo. Com isso, o espírito tenta formar uma idéia de interior, sendo atribuída à voz a função de delimitar fronteira entre dentro e fora. A instância de fronteira concerne ao Eu (separação entre interno e externo). Assim, a voz de Clara funcionava como envelope de seu Eu, e sua alteração nas pregas vocais refletia alterações daquele.

Diante da ausência do objeto e de sua falha, ocorria o esfacelamento da fala da paciente ficando no registro de sua mucosa. Desta forma, as afecções nela estão relacionadas com os estresses da existência, com as crises emocionais e com as insuficiências de estruturação do Eu.

Ao estudarmos a mente de um indivíduo, devemos abranger nossa compreensão para sua totalidade. O corpo não deve se distinguir entre psique e soma, exceto sob o ponto de vista da observação, já que se trata de um processo de inter-relação. Sendo assim, os conflitos são parte integrante do aparelho psíquico e é de acordo com a forma como são vivenciados ao longo da vida que os indivíduos vão determinar um estado de bem estar ou um estado de adoecer. O conflito manifesto pelo sintoma de Clara pode ser reconhecido como uma tentativa de cura. Trata-se de um funcionamento psíquico primitivo relacionado à tentativa do bebê de impedir uma ruptura com sua mãe, recusando parte de seu corpo, ejetando pensamentos carregados de afetos no corpo, reconhecido de certo modo como estranho. Este mecanismo é gerado no adulto diante da impossibilidade de elaborar estados de excitação ou de dor. Neste caso, as representações-palavra não são acessíveis, apenas atuando as representações-coisa. Esta particularidade era apresentada por Clara, em momentos iniciais de processo, por sua fala desafetada, típica de uma dissociação que ocorria entre afeto e vivências de frustração ou dor. Revendo seu primeiro contato com a terapeuta, podemos notar que ela se refere às perdas sofridas sem

que houvesse o afeto na voz em consonância com o possível sofrimento psíquico. Ficava apenas no registro de sua má qualidade vocal que se dissolvia ao longo da sessão, sem contudo, se expressar na esfera afetiva e em sua psicodinâmica vocal.

Estando então a voz entre o prazer e a dor, ela pode expressar um estado de felicidade ou tristeza. É na voz que nossos afetos encontram parte de sua via de representação. O sintoma nela revela um desalojamento, que afeta sua função enquanto meio expressivo.

Pensamos em uma fala que precisa do *outro* para ajustar-se através da incorporação da voz daquele. Neste sentido, Cunha (1997) diz que a fala oferece continência a todas as demais vozes exteriores ao mesmo tempo em que se define pelas vozes de outras falas. Laznik (2000) fala sobre o olhar do *outro* como sendo revestido de libido e determinante para a imagem do corpo nas relações com os *outros*. A autora refere-se à voz da mãe como sendo o primeiro objeto de pulsão (satisfação de desejo). Se não tocar o *outro*, se não alcançar o desejo, ocorre sua destruição enquanto objeto. A voz se rompe por não fazer limite, podendo chegar ao extremo de não instaurar a distinção entre corpo e discurso. Dessa forma, ela não encontra um lugar no corpo que a caracterize. O corpo não se identifica com um lugar simbólico já que não ocorre o efeito fundante da voz que o significa como corpo-objeto.

d) A imagem sonora pelo percurso simbólico

A voz diz da relação estabelecida entre os objetos através de sua representatividade. Tem-se a ligação entre a imagem sonora das palavras e a representação-objeto. A voz intermedia o “jogo de esconde-esconde” no qual, pela imagem e som, registra e preenche o vazio da solidão que colocava em risco a existência de Clara. O *outro* marca nossa existência por sua presença ambivalente. A voz do *outro* encontra uma escuta de sentido que se registra apenas se houver um silêncio que se ofereça como meio de propagação desta imagem sonora. O percurso inverso se faz valer na medida em que colocou Clara como agente do discurso, sustentando a troca transferencial estabelecida com a terapeuta.

Estamos no plano simbólico, o qual pressupõe jogos do imaginário que envolve perdas e ganhos ao mesmo tempo. É assim que a paciente se encontrava: no limite entre evitar a dor da insatisfação (ejetando o afeto em seu soma) e mantê-la como forma de auto-punição, pela culpa (não renunciando o sofrimento do qual gozava). Assim, o Eu de Clara aceitava as vantagens do adoecimento embora preferisse libertar-se dos desprazeres do sintoma.

No caso Rosalie H. mencionado por Freud em 1895, a afonia aparece numa mulher que almejava ser cantora e encontrava dificuldade principalmente em momentos de excitação nos quais ocorria uma constrição das pregas vocais resultando em um sentimento de impotência em controlar sua própria voz. A laringe torna-se sítio de conversão: Rosalie deve ter “engolido algo em seco”, assumindo o papel de testemunha muda de um ataque sexual quando aplicava massagens no pai. A afonia simboliza o assalto ao seu desejo que paradoxalmente se matiza na vontade de ser cantora.

O deixar de falar infere cessar a própria existência, sendo o silêncio uma maneira de se evadir, se suicidar. Ao pensarmos em um suicídio tomado pela via da voz, vale a pena retomarmos a compreensão de um corpo viril que se oferecia a ferimentos fatais. Era desta forma que as mulheres gregas encontravam na morte trágica pelo suicídio o alívio da insuportável perda de seus maridos mortos gloriosamente na guerra. “Dere” era chamada a parte anterior do pescoço, segundo Loraux (1988). Ela representava a região de maior fragilidade da mulher onde se aplicava o enforcamento. Na tragédia grega encontramos algumas formas de morte pela garganta como a de Jocasta, Fedra, Leda e Antígona. As mulheres se feriam mutuamente, centrando seus esforços diretamente no ponto forte da beleza feminina, lançando suas unhas sobre outras delicadas gargantas. Outro exemplo, de valor concedido a essa região, encontra-se em Helena, no conto III da Ilíada, um reconhecimento da deusa Afrodite por sua garganta delicada. As mulheres tinham uma voz brutalmente embargada em suas gargantas, quando apresentavam um comportamento errático. Elas encontravam no enforcamento uma maneira de exterminar a sufocação angustiante do interior de seus corpos.

Passamos em seguida, para os alicerces do universo transferencial que foi definido como o primeiro fator a que um fonoaudiólogo deve atentar-se, para que possa dar prosseguimento ao processo terapêutico.

IV - Restituindo o afeto na dinâmica da transferência

Em 1910 Freud se referia aos tempos anteriores em que o médico

precisava pressionar o paciente para que falasse, ao passo que nesta época (1910), notava uma “atmosfera mais cordial”. É nesta última atmosfera que baseamos nossos atendimentos da clínica fonoaudiológica, na qual se evita perguntar diretamente ao paciente sobre sua vida emocional.

No caso de Clara, a sessão lhe foi oferecida como lugar para falar de sua voz, e desde os primeiros encontros ficou esclarecida a intrínseca relação entre voz e emoção. Geralmente os pacientes inclinam-se a falar de conflitos vividos como justificativas de mudanças ocorridas em suas qualidades vocais.

O tratamento para Freud compõe-se de duas partes sendo uma delas a que o profissional infere e verbaliza ao paciente e a outra em que o último elabora o que escuta daquele. Assim, o analista concede a idéia antecipatória consciente e o paciente associa à uma idéia inconsciente reprimida.

Os sintomas não podem ser encobertos. Eles deixam sua presença como um indicativo de um longo caminho da tentativa de ocultar suas mais secretas intenções. Com o descobrimento do sentido do sintoma, elimina-se a vantagem de ser doente e provavelmente foi o que aconteceu com Clara. Sua alteração vocal revelava a dificuldade de elaborar a dor de separação, fazendo com que seu próprio corpo cindisse, promovendo a dissociação entre a psique e o soma. O sofrimento psíquico deslocara-se para o soma como forma de garantir sua sobrevivência. Tornava-se então mais fácil para ela falar de sua dificuldade de produção vocal (alocada em um corpo o qual se estranha) do que se dar conta de seu sofrimento psíquico. Assim, a relação estabelecida entre voz e emoção não precisava mais ser encoberta nas associações que se seguiam, e a paciente podia falar de seus afetos através do sintoma vocal.

Neste espaço sonhante, Clara revivia pela figura da terapeuta outras cenas reprimidas anteriormente, que podiam se relacionar com uma necessidade não satisfeita de amar e ser amada. Diante desta possibilidade, ela se aproximou da terapeuta com idéias libidinais antecipadas. Assim, seu investimento libidinal se dirigiu para a figura daquela. Este investimento incluiu a terapeuta em uma de suas séries psíquicas já formadas. A relação estava voltada à uma busca por refazer o trajeto das faltas geradas em

momentos primitivos ou mesmo criar novas representações para situações recalçadas. As peculiaridades desta transferência tornaram-se inteligíveis uma vez que a terapeuta considerou que eram estabelecidas por representações retidas no inconsciente da paciente.

Possivelmente, a necessidade amorosa insatisfeita de Clara, a fizera adoecer levando-a à procura de atendimento na clínica fonoaudiológica. A transferência surge como resistência, mas representa ao mesmo tempo, um meio de cura por promover a ligação de sua história no cerne do tratamento. Se as associações faltam, a interrupção pode ser removida pela garantia do paciente estar sendo dominado por uma ocupação relacionada com a figura do terapeuta. Desta maneira, altera-se a situação em que faltam associações, para outra em que elas são retidas.

Nas psiconeuroses a libido entra num curso regressivo e revive as situações amorosas infantis do sujeito. As forças da libido usadas para regredir surgem como resistências com o intuito de preservar o estado de coisas, modalidades anteriores. Assim, em cada ato da pessoa em tratamento, deve ser considerada a resistência, que representa uma tentativa de conciliação entre as forças que se opõem (sair do estado do sintoma, ou mantê-lo).

A transferência ocorre diante da associação entre algo consciente e algo inconsciente. Neste jogo de forças, encontramos a resistência. Desta forma, a transferência viabiliza o combate de todo o conflito, cabendo ao terapeuta atentar-se à ela. Encontramos então, a *transferência positiva* (de sentimentos afetuosos) e a *negativa* (de sentimentos hostis). A *transferência negativa* é apropriada para resistências ao tratamento, podendo contribuir no prosseguimento do processo quando devidamente interpretada. No contexto fonoaudiológico, pode resultar no abandono do processo, caso o profissional se depare com ela e não tenha tempo suficiente para notá-la e interpretá-la ao paciente. Vale dizer que esta ocorrência pode ser comumente encontrada, e neste caso o paciente sofre os desfavores de um profissional que não se atentou à sua ocorrência.

Quando ela passa a expressar resistência, muda o tratamento por duas formas diferentes e contrárias. Uma delas seria pela *inclinação amorosa* envolvendo uma origem na necessidade sexual. A outra, se

relaciona a *sentimentos hostis*, que envolvem uma ambivalência emocional, resultando em uma transferência negativa. Pode-se assim justificar o comportamento de abandono do processo. Por outro lado, a transferência pode ser superada esclarecendo ao paciente que tal sentimento repete uma situação anteriormente vivida e que não encontra a justificativa na origem da própria relação clínica. Fica estabelecida a necessidade da troca da repetição pela lembrança. Com isto, abre-se a possibilidade de rastreamento e abertura da vida mental. Assim, a transferência passa a atuar a favor do trabalho, perdendo o valor de ameaça.

De outra forma, a *transferência positiva* de impulsos eróticos reprimidos, poderá contribuir para a evolução do processo. A admiração do terapeuta pelo paciente facilita a compreensão do que é interpretado e aumenta as associações.

Através dos fenômenos transferenciais a comunicação é inconsciente. Esta ocorrência pôde ser verificada quando Clara associava algum evento com sua alteração vocal e passava a mudar suas atitudes. A maioria dos pacientes passa a discursar sobre um determinado episódio e os afetos despertados nele, relacionando-os com suas mudanças vocais. Vejamos esta vinheta de Clara: “A divulgação dos cargos ia acontecer no culto da manhã e eu não queria vê-lo me substituindo. Então nem fui para a igreja porque eu estava chateada. Sai com o meu marido. À noite resolvi me arrumar bem, preparei minha voz para reger o coro e todos me elogiaram”.

A terapeuta se empenhava em captar os impulsos emocionais da paciente dando nexos ao tratamento com base em sua história. A luta entre intelecto e vida pulsional, entre ação e compreensão, se trava no fenômeno da transferência. A voz entra como mediador do processo.

A técnica baseia-se em uma atenção flutuante com relação a tudo o que se escuta. O clínico que concentra muito sua atenção pode selecionar o material apresentado e poderá fixar-se em determinado ponto em sua mente, seguindo suas inclinações e assim comprometer o avanço em conhecer algo novo em seu paciente. Esta atenção flutuante ganha sentido na percepção que se tem dos comportamentos do paciente, para além do verbal, nos atentamos para o atuado.

O significado das coisas que se escuta, em sua maior parte, só será

identificado posteriormente. Por outro lado, esperava-se de Clara que reparasse em tudo e que comunicasse tudo que viesse a lhe ocorrer, sem prévia seleção. À terapeuta caberia escutar sem se preocupar com conexões e lembranças. Neste sentido, deveria abandonar-se à memória inconsciente que viria à tona quando a paciente trouxesse algo novo.

Neste sentido, Freud atribui pouca importância aos relatórios clínicos das histórias dos pacientes. Ele considera que o analista deve evitar especulação sobre os casos no momento em que estão em análise. O material obtido deve ser submetido a um processo sintético de pensamento após a conclusão da análise. O profissional não deve ignorar seus sentimentos por objetivar unicamente a cura do paciente, como ocorre na figura de cirurgiões. Pelo contrário, fará uso dos afetos captados daquele que servirão como veículo de tradução para a interpretação devolvida ao mesmo. Não cabe ao psicanalista ambicionar o convencimento de outra pessoa sobre os efeitos de sua terapêutica. Caso isto ocorra, teremos uma condição desfavorável para o trabalho e o profissional ficará impotente frente às resistências do paciente.

Quem passa pela análise e aprecia o conhecimento continua fazendo auto-análise após concluir o trabalho analítico, acreditando na possibilidade de descoberta de aspectos novos em si e nos outros. Há pessoas que ficam enfermas diante da tentativa frustrada de sublimar suas pulsões, outras alcançam tal sublimação em um processo espontâneo por consequência da superação de suas inibições na análise. O espaço para falar sobre sexualidade, expectativas, sonhos e medos, favorece o sujeito em suas elaborações. O terapeuta deve deixar o paciente falar por todo o tempo com exceção dos momentos em que explicar algo que favoreça a continuidade do discurso, as associações, deste último. Foi desta forma que Clara preencheu a maior parte das sessões, ou seja, falando.

Freud menciona, em 1912, a pouca importância do discurso narrativo trazido no início do tratamento, no tocante aos aspectos da história de vida do paciente, infância, doença etc. Assim, o paciente deve ser livre para falar espontaneamente e escolher em que ponto começará seu discurso. Os pacientes que datam sua doença em um momento específico da vida, normalmente associam a um dado acontecimento. Por outro lado, os

que não referem um marco para o aparecimento da doença vinculam sua neurose à infância. No caso de Clara, ela não fizera tal associação, no início do atendimento. Com o desenvolver do processo, ela citou o momento de rompimento do casamento da filha que curiosamente condizia com o momento primeiro de piora vocal. Este fato assinala, como cogitamos anteriormente, que ela estava pronta a elaborar um novo estágio de sua diferenciação feminina, pois o questionamento da filha em relação ao genro, recoloca no universo psíquico de Clara, os próprios desejos de mulher, o que a impele a re-elaborar as separações mal trabalhadas das primeiras relações junto à mãe. Pensa-se então, em uma angústia de separação vinculada a momentos primitivos que era reproduzida em posteriores separações de sua vida. Vejamos: “Minha filha foi viajar para o Rio de Janeiro e eu não fiquei bem o final de semana inteiro. Fiquei preocupada com aquela dor no peito porque ela foi de carro sozinha...”

A vinheta demonstra como este fato a remete às angústias de separação de vínculo primitivo com a própria mãe.

Neste momento processual, Clara não chegou a mencionar ou mesmo apresentar em sessão, alteração em sua voz. Parece que esta via de descarga encontrara outro percurso mais integrativo ao seu Eu e por outro lado, ela podia transformar em palavras parte de sua angústia.

Quando se antecipa a intervenção sobre o orgânico, desprivilegiando o psíquico como forma de tratamento, não se encontra êxito na maior parte dos casos. Com isso, reconhecemos a importância de uma escuta interpretativa como forma de dar sentido à falta do paciente, expressa por um discurso que parece excluir o *outro* enquanto interlocutor. Neste contexto, possivelmente ocorrerá atualização de situações passadas, promovida pela situação atual. Assim, afetos podem encontrar outros caminhos que não a via do recalque, ou mesmo a ejeção para o soma.

O paciente só faz uso da instrução oferecida pelo terapeuta, na medida em que a transferência o induza. Quando as resistências se apresentam, devemos esperar que sejam interpretadas para que se continue a possibilidade de elaboração do paciente no contexto transferencial.

Em um contexto fonoaudiológico não pretendemos fazer com que o paciente desenvolva algo próximo da complexidade sustentada pelo contexto

analítico. Contamos com a aproximação do paciente de seu corpo e suas experiências emocionais. Sendo assim, uma consciência maior da ligação entre sintoma e afeto pode deixar o paciente com outras vias de representação que não necessariamente a descarga para o soma como forma de evitar o desprazer. Clara, ao longo do processo, percebeu a relação existente entre emoção e alteração vocal e algo que passava do inconsciente para o soma pôde trilhar o trajeto inverso.

A intenção foi apresentar à paciente, formas diferentes de se perceber e reagir frente a determinados sintomas. Uma piora da voz seria resolvida com a falta ao coral, mas desta forma, o corpo pagaria pelos des-serviços de sua mente. Esta via de escoamento de afeto pune a própria pessoa que, de forma inconsciente, fala ao mundo por sintomas intraduzíveis em palavras. A resistência deriva da repressão e quando o paciente começa a apresentá-la pode se pensar que algo convertido no soma pôde encontrar outro caminho.

Freud afirma que a partir da transferência não nos ocupamos mais com a doença trazida em primeira instância pelo paciente, já que estamos falando em uma neurose criada e transformada recentemente. Ela coloca o analista no centro do distúrbio, uma vez que acompanha seu início, origem e crescimento. Com isso, todos os sinais do paciente abandonam o significado de origem, assumindo um novo sentido que se refere à transferência. Através dela, podemos mudar a satisfação da libido, o gozo, alcançado por meio do sintoma. É neste sentido que o discurso de Clara ganhou relevância no processo terapêutico, pois o foco das necessidades passou a ser psíquico e a dor dela voltou-se para o eixo de sua fonte de origem. Nesta perspectiva, passamos a escutar o discurso da mesma para além da forma manifesta e percebemos que trazia conteúdos relacionados às faltas amorosas.

A mesma força psíquica que situa a origem do sintoma apresenta-se através da defesa do Eu frente a afetos dolorosos. No contato com a terapeuta, Clara teve o despertar de afetos banidos em dado momento como forma de evitar o desprazer. A terapeuta ofereceu sua função catalítica para a paciente, que fixou em objetos presentes na sua consciência, a excitação libidinal, que não podia se converter ou ser substituída.

Ferenczi apud Freud (1910) aproximou a transferência da

introjeção. Ele afirmou que o paranóico expulsa de seu Ego, através da projeção, as pulsões desagradáveis. O neurótico, por intermédio da introjeção, busca absorver em seu Ego parte do mundo, tornando-o objeto de fantasias inconscientes para compensar desejos pulsionais inconscientes e insatisfeitos. Aqui entendemos parte do sucesso do trabalho fonoaudiológico voltado a pacientes com alterações vocais. Neste sentido, a transferência pertence à classe de introjeções que têm por objeto a figura do profissional.

Freud (1912) afirmou que a capacidade que um sujeito tinha de amar era caracterizada pela repetição de um ou mais estereótipos que viabilizavam a capacidade, as necessidades e objetivos relacionados a ela. Tais estereótipos resultavam das disposições constitucionais de cada indivíduo e dos eventos vivenciados por ele na sua história. Neste sentido, as *tendências libidinais frustradas* não se desenvolviam permanecendo no inconsciente. As *tendências libidinais satisfeitas* se desenvolviam voltando-se para a realidade. O autor relacionou o primeiro caso com a introversão da libido, reanimação de imagens infantis e regressão. Para ele, estando o sujeito diante de uma necessidade de amor não satisfeita pela realidade, suas tendências libidinais, seriam despertadas, no contato com um novo objeto. Vale dizer, que a transferência se apóia na seqüência “fixação, frustração, regressão” sendo que na relação entre paciente e terapeuta encontramos a reprodução desses fenômenos. Nos deparamos, desta forma, com a possibilidade de pensar o percurso das imagens em movimento, promovido em tempos primitivos diante da relação estabelecida com o *outro*, reproduzindo-se em momentos posteriores da vida.

a) Um psiquismo fundado por inconscientes

No contato com *outro*, nossos sentidos são ativados e podemos mostrar com clareza a intrínseca relação estabelecida entre psique-soma. Os sentidos corporais seguem seu percurso em consonância com a dinamicidade da psique. Pensamos em uma identificação que se estabelece pelas trocas psíquicas que são intermediadas pela captação de um apelo por uma escuta que desperta as vivências de frustração, resgatando a mãe que

um dia foi internalizada como objeto hostil. Ocorre que pelo contato com o *outro* se dá a dinamicidade psíquica entre as partes envolvidas, promovendo as conexões entre os traços de memória e a possível vida simbólica que os permeia. Poderíamos dizer que este circuito se retroalimenta em prol da existência psíquica do sujeito. O apelo para o adulto, expressado pela voz, revela uma mensagem primitiva oriunda do psiquismo que segue os rastros da memória em que o corpo age para salvar o *self* de uma morte psíquica.

Desta maneira, poderíamos pensar a libido, como no *Projeto de uma Psicologia* (Freud, 1895) em termos de estímulos endógenos (Qn'), oriundos do próprio corpo, se relacionando com funções como respiração e sexualidade, que necessitam de encaminhamento, assim como os estímulos exógenos (Q) que chegam ao sujeito. Quando não eliminados, ocorre um acúmulo de libido que poderá se transformar em angústia. Esta angústia viria associada a um distúrbio de uma ou mais funções corporais. Nesta situação, encontramos um decréscimo da participação psíquica nos processos sexuais que resulta em um acúmulo de excitação somática. Tal excitação somática não encontra via de conversão em excitação psíquica suficiente para manejar a excitação sexual de forma mais propícia, estando impedida de ser elaborada psiquicamente sendo desviada da psique para o soma.

Os estímulos endógenos apenas cessam sob condições oferecidas pelo mundo externo. O seio da mãe é oferecido como promovedor de prazer, correspondendo ao apelo pela eliminação do desprazer. A imagem dele percorre o trajeto dos traços de memória e com a repetição desta imagem teremos a possibilidade do bebê constituir as próprias imagens de movimento. Elas podem ser pensadas em consonância com a existência da constituição das primeiras imagens sonoras. Neste sentido, a voz da mãe compõe a cena do oferecimento do seio sendo que os registros de sua voz, possivelmente se encontrarão em seus traços de memória.

Fischbein (2001) considera a voz, um instrumento de transmissão de afeto. Ela envolve o sujeito desde seus momentos mais primitivos, sendo o veículo de sua humanização. Ela pode constituir-se enquanto um produto do trabalho psíquico de defesas ou ser uma expressão direta do mundo perceptual sensível, como a descarga de impressões brutas dos sentidos.

Desta forma, o paciente chega à clínica por sua dor, mas é animado

a percorrer o trajeto do desejo sustentado na transferência. No estado de desejo, ocorre atração pelo objeto de desejo através da imagem recordativa.

Fala-se em associação por simultaneidade, na qual uma barreira de contato é facilitada por ocupação simultânea. A Qn' passa mais facilmente de um neurônio para outro ocupado, do que para um desocupado. Poderíamos pensar neste sentido, nos traços mnêmicos e sua relação com a elaboração. Com a vivência de satisfação, ocorre a facilitação entre duas imagens recordativas, e os neurônios nucleares (fontes pulsionais) são ocupados no estado de incitação. Uma vez eliminado o investimento (a satisfação), Qn' é retirada das imagens recordativas.

Com o reaparecimento do estado de incitação ou de desejo, a ocupação prossegue para ambas as recordações, animando-as. Diante desta animação do desejo, a imagem recordativa do objeto é a primeira a ser afetada. Esta animação resultará em alucinação psíquica. Caso procedesse desta última maneira, teríamos uma desilusão acarretando angústia e descarga no sintoma corporal. A libido se transforma em angústia quando não tem representação do desejo. A dor, relacionada à lembrança, precisa seguir em vias novas de imagens de movimento (outrora proporcionadas pela mãe nas vivências eróticas junto ao *outro*), para sustentar o processo simbólico.

b) Imagens de movimento favorecidas pelo outro

Podemos pensar a dor como parte do universo psíquico. Ela precisa criar imagens de movimento pelas vivências eróticas que vêm do *outro*, sustentando o universo simbólico. A vida psíquica se origina do desejo (relação com a mãe). Na vivência da dor ocorre repulsa em manter ocupada a imagem recordativa hostil. Desta forma, encontramos a defesa primária ou repressão. Neste caso, temos as vivências primárias de dor, conduzidas a um fim através de defesa reflexa. Assim, um aumento de Qn' leva à ocupação de uma imagem recordativa hostil, resultando em uma eliminação através do escoamento de recordações. O processo de atração de desejo e da repressão forma em Ψ (Psi) uma organização chamada de EU (totalidade

das ocupações Ψ , reconhecida posteriormente como Ego). Ocorre um estado de integração entre as excitações que passam a ser contidas, abandonando o estado de dispersão e escoamento. A energia antes livre, passa a ser ligada. As primeiras ligações são “sínteses passivas” uma vez que apenas evitam o livre escoamento de excitações. Posteriormente, tornam-se “sínteses ativas” repetindo experiências anteriores de prazer ou de dor. A vivência de satisfação liga-se tanto à imagem do objeto, como à imagem do movimento da descarga. Com o estado de necessidade, essas imagens são reinvestidas. O objeto será alucinado como presente mesmo quando ausente.

É desta forma que os sentimentos positivos e isentos de culpa, promovem o êxito da análise. O ato psíquico e o pensamento representam um compromisso entre as forças que impulsionam o tratamento e as que se mobilizam em oposição a ele. Assim, ocorre um compromisso entre a exploração e a resistência. O conteúdo complexual de Clara foi transferido para a terapeuta e a idéia transferida objetivou seguir rumo à consciência.

Pela transferência a paciente pôde atualizar e manifestar emoções esquecidas. Por ela, assim como pelos sonhos, Clara tendia a descarregar suas emoções sem considerar a realidade. À terapeuta coube recolocar tais emoções no tratamento e na história de vida da paciente. Neste sentido, Freud reconhece a presença da transferência em outras psicoterapias, só que nestas, ela não é analisada e reconhecida normalmente.

Em 1919, Freud preconizou a técnica ativa de Ferenczi afirmando que o analista deveria, no caso de pacientes desamparados e inaptos na vida comum, combinar a análise com técnicas educativas. Aqui notamos a aproximação entre a técnica educativa combinada com a análise, na clínica psicanalítica, com a prática exercida na clínica fonoaudiológica. Devemos nos alertar para a questão de como trabalhar o prazer habitualmente alcançado pela erotização do órgão, sem causar uma depressão pela retirada do prazer. Não se trata de apenas substituir o prazer pela sua forma simbólica sentida, mas oferecer toda a contenção implicitamente pedida ao *outro* que é tocado pelo valor de compaixão despertado pela solicitação de sua presença como alguém que se oferece como objeto a ser interiorizado.

c) A técnica fonoaudiológica e sua relação com o regresso ao ambiente infantil

Pensemos então, nas técnicas oferecidas na terapia fonoaudiológica para pacientes que têm alterações vocais. As técnicas permitem ao paciente a possibilidade de excitarem seu órgão laríngeo proporcionando uma produção vocal saudável em que a libido se volta para o prazer de um órgão que não mais utiliza a agressão convertida para o corpo, ao mesmo tempo em que a presença do *outro* ganha relevância dentre as séries psíquicas presentes no sujeito. Com o estado de desejo sustentado na transferência, as imagens de movimento são animadas, resultando em uma alucinação psíquica que pode criar novas ocupações em ψ , estendendo os traços de memória para além das ocupações deixadas pelo registro do objeto hostil que resultavam em uma descarga atuada de formas erotizadas, de um prazer recalcado.

As manobras envolvem o aparelho fonatório em toda a sua extensão e relacionam-se diretamente com toda a região oral em sua significância simbólica. Trata-se de estimular uma região erotizada de forma que Clara passou a encontrar prazer nesta região não mais de forma danosa, mas na suavidade da vivência prazerosa promovida pelo percurso trilhado das imagens de movimento. A técnica fonoaudiológica em consonância com a possibilidade de reviver possíveis imagos parentais, pela figura da terapeuta, proporcionou à paciente uma forma diferenciada em se relacionar com seu próprio corpo em consonância com o mundo simbólico do psiquismo, favorecendo a existência da unidade psique-soma.

Por outro lado, na relação transferencial, o paciente deverá lidar com seus desejos insatisfeitos. Neste sentido, a transferência reforçaria a etiologia sexual das neuroses.

No caso de uma idealização do objeto de amor, este assumiria o lugar do que seria o do Eu ideal. No lugar do Eu, seria colocado o objeto identificado com o objeto desaparecido. Ferenczi apud Freud (1919), afirma que o objeto seria introjetado no Ego do qual, resultariam três resistências:

a) recalçamento;

b) resistência de transferência;

c) benefício secundário da doença: o sintoma seria integrado pelo Ego e persistiria a resistência do Id ocorrendo uma compulsão à repetição.

A transferência envolve aptidão para se utilizar, de forma regressiva o ambiente infantil, assim como à pressão exercida por este. Desta forma, reagindo a ele, está formada uma relação de transferência, regredindo e formando relações com imagens anteriores. Foi desta forma que Clara expôs parte de sua vida pessoal para a terapeuta, por relacionar sua figura dentro uma das séries psíquicas formadas, podendo re-significar vivências anteriores.

A compulsão à repetição cristalizava uma antiga realidade psíquica. A transferência reanimara estas formações psíquicas cristalizadas, promovendo a descarga desta energia de forma a elaborá-las, a satisfazê-las na realidade presente. Desta forma, a paciente pôde atualizar sua relação com o objeto por intermédio da transferência.

A transferência foi favorecida pelo desejo de cura por parte de Clara e pela implícita cura oferecida pela terapeuta. A paciente, sentindo-se à vontade para abandonar o pensamento seletivo e lógico, entregou-se às associações livres. Com isso, o Ego se fortaleceu e se emancipou, em certa medida, da influência do Superego infantil que resultava no efeito simbólico refletido nas mudanças da voz.

Klein (6) afirma que as origens do desenvolvimento do Eu, assim como as relações de objeto, decorrem da relação da criança com o seio materno. O desvio do analista por parte do paciente deriva-se de desvios de objetos primitivos seguindo o critério de ambivalência: bom e mau. Explorando a interação entre o presente e o passado, o analista permite a integração do paciente. Diminui a clivagem entre os objetos idealizados e persecutórios e o Eu utiliza melhor a vida inconsciente e fantasmática.

Os hábitos antigos, podendo se ajustar ao momento atual, animam o profissional para desvelar a via simbólica trilhada pela libido, principalmente em estágios muito primitivos pertencente à unidade psique-soma ainda em estruturação. Nota-se que a vida psíquica se origina na relação com a mãe. Ela pôde ser reproduzida uma vez que o desamparo de Clara gerou na terapeuta a emoção (valor de compaixão) remetendo esta última às suas

próprias vivências, podendo então se oferecer como sustentadora de novos trajetos para as imagens recordativas, para sua elaboração. Foi desta forma que a terapeuta ofereceu sua escuta para Clara percorrer o trajeto de suas inúmeras perdas, colocando-se diante da possibilidade de fazer o luto. Disponibilizando-se como receptora e transdutora de conteúdos inconscientes, as imagens de movimento das partes envolvidas puderam criar um novo trajeto para a significação das vivências de dor.

Discussão

A clínica fonoaudiológica precisou pensar seus limites, dada a aproximação cada vez maior com aspectos psíquicos dos pacientes que a procuravam. Com os avanços científicos e as necessidades subjetivas tornando-se cada vez mais preponderantes, na prática clínica, o fonoaudiólogo se reconhece na necessidade de repensar seu território de atuação e, neste caso, nada mais eficaz que pensá-lo sob os ditames de sua própria prática clínica.

O caso de Clara indicou alguns limites. Vale mencionar que o primeiro fator mencionado, veio a sustentar a intenção primeira deste estudo. A troca transferencial estabelecida desde o primeiro momento, nos suscitou o interesse em tomá-la como fonte inspiradora e eixo central deste trabalho.

Os *aspectos transferenciais*, que compõem o *primeiro fator de relevância* no trajeto que nos leva aos limites, relacionam-se com um contrato simbólico entre as partes envolvidas. Neste caso, a terapeuta se ofereceu como unidade de percepção e veículo de comunicação entre instâncias inconscientes e a paciente concedeu sua entrega aos cuidados da primeira, confiando suas particularidades, muitas vezes desconhecidas de si mesma. Com isso, o cenário terapêutico se tornou promovedor de uma dinamicidade psíquica. Mesmo que reconheçamos o discurso, apoiado em conteúdos supostamente conscientes entre as partes envolvidas, entendemos que o vínculo se manteve em termos de comunicantes inconscientes. Desta forma, a atenção flutuante, acompanhada de posteriores apontamentos, por parte da

terapeuta, muito contribuiu para a compreensão da vida psíquica de Clara. Estes aspectos ganharam seu valor à medida que a terapeuta oferecia uma escuta em consonância com a necessidade de Clara, utilizando seu discurso como material partilhado com a primeira. Assim, ocorria o encontro com o *segundo fator* a ser considerado: *a escuta*.

Supostamente simples, contudo de suma responsabilidade. A terapeuta tinha à sua frente uma paciente que tomava a maior parte do tempo da sessão com sua fala e de certa forma, esta fala requeria uma compreensão por parte da primeira que disponibilizava sua escuta pressupondo-a como de importância dentro do processo terapêutico. Com isso, exigia de si mesma um sentido para tal postura que se distanciava de sua sustentação prática embasada em solo empírico.

Estava-se então, diante da seguinte dificuldade: como fundamentar a importância de uma escuta sem estar diante do risco de adentrar o solo de atuação psicanalítica? Tal ameaça à legitimidade da Fonoaudiologia nos defrontou com o *terceiro fator* de relevância, que seria *a teoria*. Ela esclarecia os pilares de sustentação para a aplicabilidade da escuta no processo terapêutico e apontava para o próprio limite estabelecido por nossa prática. A terapeuta voltou-se então, para o aprofundamento na teoria de sustentação sem que para tanto tivesse qualquer pretensão de utilizar-se de técnicas outras, específicas do outro campo.

Seu objetivo recaía sobre a cura do sintoma trazido pela voz da paciente, não necessariamente sobre a eliminação do acometimento possível de suas pregas vocais. Estávamos distante da pretensão de atuar sobre os conflitos de ordem psíquica de Clara. Assim, o caso examinado sob os ditames teóricos revelou os efeitos da defesa psíquica refletidos na via do corpo, anunciando a cisão com a porção psíquica, passando a ser considerado como estranho, que funcionava enquanto depositário de doenças.

Pela figura da terapeuta, Clara pôde reviver a imago materna que promovia contenção, partilhando o enfrentamento de uma realidade repleta de perdas e defesas.

Estamos diante da dupla oferta de um papel de mãe que frustra e satisfaz, colocando a vida psíquica em dinamicidade diante da resolução de

conflitos. Ao mesmo tempo em que a terapeuta se oferecia como continente, instigava a paciente a percorrer o trajeto do conflito anteriormente recalado.

Clara representa um caso em que a transferência sustentou um processo de forma positiva. A paciente passou a utilizar o espaço terapêutico como um universo acolhedor no qual incluiu a figura da terapeuta em uma de suas séries psíquicas já formadas. Ao percorrer o trajeto das imagens infantis de movimento, ela pôde atualizar os momentos de angústia anteriormente passados e recalados, na elaboração que partilhava com a terapeuta. O espaço sonhante concedido reconstituía momentos de solidão da paciente, os quais não havia dividido com ninguém até então. Sob os ditames de instâncias repressoras, ela deixava em suspensão toda a forma de conflito que não conseguia superar. Sobre sua mãe pouco falava, mas deixava implícito que era na presença da terapeuta que ela atualizava todo o sentimento de desamparo presente em momentos primitivos. A voz aparecia apenas como um “farol” que se voltava para toda esta complexidade psíquica e que alertava a terapeuta sobre a existência de outras instâncias, que aos poucos, deixavam suas marcas no processo.

Conhecemos parte do simbolismo que circundava o universo da voz, mas de maneira única, anunciava pelos trajetos de memória, o mais profundo primitivismo de uma existência. A rouquidão de Clara dizia de suas dificuldades em verbalizar o que de fato gostaria, ao mesmo tempo em que revelava uma exaustão de gritar para um corpo reconhecido como estranho e cindido de sua parte psíquica, que não estava preparada para escutar, conter e aproximar-se enquanto constituinte de uma unidade de funcionamento. O contexto clínico favoreceu o encontro dela consigo, pela escuta oferecida pela terapeuta e por si mesma que buscava modificar o estado de coisas, sustentado até então, pela repetição de seu sintoma. Ao procurar a clínica fonoaudiológica, Clara aceitara a necessidade de olhar para si.

Neste sentido, a imago materna foi revivida podendo resultar em novas associações que enriqueceram o universo simbólico, deixando novos traços de memória, reinterpretados e re-allocados em outros registros que não pelo recalque ou ejeção direta para o soma.

A livre associação ganhou forma em um espaço marcado pela confiança em que não estavam presentes forças repressoras com leis pré-

estabelecidas. Mesmo que a fala de Clara e a da terapeuta estivessem pautadas em um contexto consciente e supostamente real, as forças inconscientes entravam em ação quase que de forma despercebida em momento de execução do discurso e da escuta.

Clara em dada sessão compareceu após ter faltado na sessão anterior, dizendo que havia tido dias muito difíceis. Apoiou-se no contexto da troca do carro, por boa parte do tempo da sessão. Em certo momento, começou a falar de seu filho e da felicidade que sentira por ele ter arrumado um emprego em sua área e prosseguiu até chegar na namorada do mesmo. Após muitos elogios feitos a mesma, ela fala: “Ela liga em casa e chama por meu filho sem perguntar se eu estou bem, ou se sou eu mesma quem está falando. No domingo, fui chamar meu filho para almoçar e ele falou que não iria comer naquela hora. Meu marido foi na cozinha e falou para eu parar de fazer tanta comida já que nosso filho nem ia almoçar. Fui no quarto dele... e logo depois, a vejo saindo do banheiro chorando. Você acha que é para tanto? Agora até evito ficar perto. Sabe, eu tenho o costume de cheirar o cabelo dele. Aceno para ele e para meu marido todos os dias das duas janelas quando saem”.

A paciente falava o tempo todo de suas carências em ser reconhecida, vista e amada e, sobretudo, anunciava a dificuldade sentida em perder o amor do filho para sua sucessora. Minutos depois, acrescenta: “O filho é meu, eu nunca vou perdê-lo, ela precisa aprender a separar as coisas”.

Clara reforça a dificuldade em re-alocar seu amor de mãe e desvincular-se enquanto figura feminina que investia sua falta de amor em seu filho. Inevitavelmente, a transferência oferece esta flexibilidade diante das projeções sobre o circuito estabelecido entre as séries psíquicas. Toda a situação de amor envolve trocas de papéis e troca de investimentos que precisam ser reorganizados na vida psíquica do sujeito. No caso de Clara, sua laringe funcionava como órgão erotizado, como forma de preencher a falta, assim como pela repetição de um trajeto fundado na defesa da hostilidade.

Todo este percurso foi feito para melhor conhecermos o universo psíquico de Clara uma vez que a mesma buscou seu espaço no enquadre terapêutico na clínica fonoaudiológica. Partimos então da libido que desde os

primórdios da vida do sujeito já é reconhecida como presente, quer sustentando as necessidades pulsionais, quer sustentando as necessidades afetivas do sujeito. O ponto universal é que ela se apresenta como promotora de toda a dinamicidade psíquica e faz do sujeito um ser que se afeta pelo *outro* presente no meio e também reage a este contato. Esta reação pode ser pensada em termos de resposta dada à ação deste *outro* que pode ser pela fala, pela ação motora da descarga para o próprio corpo ou pelo silêncio do recalque. Certamente não pretendemos explicar sobre as inúmeras possibilidades de reação de um indivíduo que se defronta com o conflito, mas sim podemos pensar algumas hipóteses de leitura do conteúdo partilhado com Clara na clínica fonoaudiológica.

Retomemos a libido, força propulsora da vida do sujeito. Freud muito habilmente, discorreu sobre a sexualidade e aprofundou-se no amor e notamos que com isso, estamos falando de um amor que se encobre pela falta. A interpretação pode voltar-se para muitos prismas, mas a essência do sujeito em sua funcionalidade recai sobre esta forma de amor revelado pela falta.

O amor inclui todas as modalidades de vida psíquica, se é que podemos assim dizer. Isso se dá pelo simples fato de reconhecermos a presença do *outro* como fundante de nossa própria existência. Não nos cabe retroceder às intencionalidades em se promover uma vida, mas nos concentraremos nas trocas amorosas presentes entre duas pessoas.

Ele justifica a existência em termos inconscientes, pois é ele que mobiliza o registro de todas as séries psíquicas, mesmo que muitas vezes se revele pelo registro do corpo, pela descarga de afeto que não pôde ser recalqueado, ou devidamente circunscrito em outra representação psíquica.

Clara reintegrou sua psique ao seu soma e pôde reconhecer-se enquanto unidade em sua existência menos ameaçadora. Reconhecendo a si, foi capaz de considerar o *outro* e deste, usufruir a ambivalência de sentimentos antes desconsiderados pela proteção do recalque ou descarga para o soma. De forma inversa, o reconhecimento do *outro*, favoreceu a percepção de si como deveria ocorrer em momentos primitivos de diferenciação. A força motriz de seu funcionamento libidinal, a disponibilizou para trocar afetos através da transferência que sustentou o circuito do desejo,

promovido pelo amor.

Foi desta forma que o amor marcou a existência de Clara e a constitui desde os primórdios de sua existência, mantendo-a como ser subjetivo e único em suas vias de troca com o *outro*.

Considerações Finais

Nossa intenção foi focar um caso clínico para revelar os limites de atuação de um fonoaudiólogo. O encontro com a Psicanálise acabou por promover muitos avanços para a Fonoaudiologia, contudo deixou a responsabilidade para os fonoaudiólogos esclarecerem o limite de sua atuação que se aproxima de outros solos teóricos. Assim, três fatores foram apontados ao longo do trabalho para que ficasse esclarecido o *limite ético* em consonância com o próprio limite da *clínica fonoaudiológica*. O *primeiro* deles pautado em *aspectos transferenciais*, se apóia na própria necessidade de se criar um vínculo no início do processo terapêutico, com alguém em quem confiamos, nos identificamos, nos oferecendo como instrumento de trocas. Sem este elo, o processo terapêutico coloca-se em risco de não prosseguir em seu percurso.

O *segundo fator*, pautado na *escuta*, se volta para o universo inconsciente e sua importância na troca e cura do paciente.

O *terceiro fator* se relaciona com a pretensão de melhor compreender o que se escuta do paciente, defrontando-nos com a *teoria*. O fonoaudiólogo pode pesquisar, ler, para melhor compreender seu objeto de estudo, mas jamais poderá ultrapassar o limite da *ética profissional*. Os códigos de ética da Fonoaudiologia e da Psicologia servem como parâmetros para delimitar qualquer limite “momentâneo” que possa ser colocado em questão. Eles presumem-se indiscutíveis, até o momento em que são consultados, mas jamais estagnados. E por que não usar esse limite única e exclusivamente para delimitar a atuação do fonoaudiólogo? Seria uma postura bastante audaciosa e por outro lado muito reducionista quando falamos do contato com um sujeito único em sua subjetividade. De nada valeria algumas linhas escritas por algumas pessoas se não houvesse a predisposição primeira apontada neste estudo, focada no oferecimento de si para que se dessem as trocas transferenciais.

Assim, ao explorá-lo mais nas considerações finais, pretendeu-se enfatizá-lo como elo que “fecha”, ao mesmo tempo em que inicia uma responsabilidade de atuação, e em contrapartida, acompanha a dinamicidade da ciência sem jamais perder de vista o respeito pelo ser humano. Em

paralelo, segue o respeito ético por uma atuação que um dia fora escolhida. Queremos reforçar a idéia de que por mais que as pesquisas avancem na compreensão do sujeito, o objetivo, a técnica e a demanda clínica jamais devem se perder de vista, para que não se perca a legitimação da própria profissão. Fica então o registro do próprio *limite da clínica* que um dia fora escolhida enquanto especificidade de atuação junto ao sujeito que a procura.

Registremos a cordialidade apresentada na exposição de motivos do código de Ética profissional do Psicólogo como fonte inspiradora para que persevere o espírito da pesquisa alimentado pelo desejo de servir ao seu semelhante à altura de sua grandiosidade.

“Ser ético é muito mais do que um problema de costumes, de normas práticas: supõe a boa conduta das ações, a felicidade pela ação feita e o prêmio ou a beatitude pela alegria da auto-aprovação diante do bem feito de Aristóteles”.

Foi desta forma que o estudo pretendeu seguir sua execução inspirando-se no caso de Clara para contribuir com a continuidade do espírito da pesquisa que se pretende inesgotável ante a subjetividade humana.

Referências Bibliográficas

- AMORIM, A . Fundamentos científicos da Fonoaudiologia. 1ª. ed. São Paulo. Grafik-Assessoria & Consultoria Editorial, 1977.
- ANCONA-LOPES, L. Interlocuções entre a clínica fonoaudiológica e a psicologia clínica: uma perspectiva Reichiana. São Paulo, 2000 [Tese-Doutorado-PUC-SP].
- ANZIEU, D. O pensar: do eu-pele ao eu-pensante. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.
- ANZIEU, D. Crear Destruir. Madrid: Biblioteca Nueva, 1997.
- ANZIEU, D. O eu-pele. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1989.
- ARAÚJO, A . N. Ouvindo a Voz... Escutando o Inédito: Uma análise da Entrevista Inicial nos Distúrbios da Voz. São Paulo, 2000 [Dissertação-Mestrado-PUC-SP].
- BRODNITZ, F. S. Psychological consideration in vocal rehabiklitation. J. Speech Disord., 46:21-6, 1981.
- BLOCH, P. Problemas da voz e da fala. Rio de Janeiro. Letras e Artes, 1963.
- BOONE, D. R. The voice and the voice therapy. Englewood Cliffs, Pretice

- Hall, 1971.
- COOPER, M. Modernas técnicas de reabilitation vocal. Buenos Aires, Panamericana, 1974.
- CUNHA, M. C. Fonoaudiologia e Psicanálise: a fronteira como território. São Paulo. Roca, 1977.
- FERREIRA, L. P. Voz Ativa: falando sobre o profissional da voz. São Paulo. Roca, 2000.
- FERREIRA, L. P. Um pouco de nós sobre voz. 4ª.ed. São Paulo. Pró-Fono, 1995.
- FERREIRA, L. P. Avaliação Fonoaudiológica da voz: o valor discriminatório das provas respiratórias. São Paulo, 1990 [Tese- Doutorado- EPM- SP].
- FERREIRA, L. P. Trabalhando a voz: vários esforços em Fonoaudiologia. 4ª. ed. São Paulo. Summus, 1988.
- FISCHBEIN, J. E. La voz del otro, acceso a lo estético. Revista de Psicanálisis, LVIII, 2, p. 493-505, 2001.
- FREIRE, R. M. A disfonia funcional numa abordagem interacionista: descrição de um caso. In: Ferreira, L. P. (org) Trabalhando a voz: vários enfoques em Fonoaudiologia. 2ª ed. São Paulo: Summus, 1988.
- FREUD, S. (1856-1939). Projeto para uma psicologia científica. In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Freud. V. I. Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- _____. (1893-1899). Primeiras publicações psicanalíticas. In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Freud. v.III, Rio de Janeiro: Imago, 1997.
- _____. (1910). Cinco lições de psicanálise: Leonardo Da Vinci e outros trabalhos. In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de

- Sigmund Freud. v. XI, Rio de Janeiro: Imago, 1997.
- _____. (1911-1913). O caso de Schreber, artigos sobre técnica e outros trabalhos. In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. v. XII, Rio de Janeiro: Imago, 1969.
- _____. (1916-1917). Conferências Introdutórias sobre psicanálise (parte III). In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. v.XVI, Rio de Janeiro: Imago, 1969.
- _____. (1925-1926). Inibições, sintomas e angústia. In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. v.XX, Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- GARCIA-ROSA, A . L. Introdução à Metapsicologia Freudiana. Rio de Janeiro. Zahar, 2000.
- GONZALEZ, T. C. Marcas do psiquismo no sintoma vocal. São Paulo, 2003 [Dissertação-Mestrado-PUC-SP].
- KENT, J. F. & ROSENBECK, J. C. Maximum performance tests of speech production. J. Speech Hear Disord., 52: 367-8,1997.
- LAZNIK, M. C. A voz como primeiro objeto da pulsão. Revista Estudo da Clínica, 5 (8): 81-91, 2000.
- LEON, T. P. De que se fala na clínica da voz. São Paulo, 2000 [Dissertação-Mestrado-PUC-SP].
- LORAU, N. Maneiras trágicas de matar uma mulher: imaginário da Grécia antiga. Rio de Janeiro. Jorge Zahar, 1988.
- LOURO, C. R. Processo terapêutico na clínica das disfonias: constituição de um espaço potencial na relação terapêutica. São Paulo, 2000 [Dissertação-Mestrado-PUC-SP].
- MÄRTZ, M. L. W. Vozes da voz. São Paulo, 1990 [Dissertação-Mestrado-

PUC-SP].

ORLANDI, E. P. A indiferença do material e o ponto de vista que organiza.

Ser. Estud., 3: 11-24, 1977.

PALMEIRA, C. T. ... E se Dora tivesse consultado um fonoaudiólogo?

Interligações de sintomas vocais psicogênicos e Psicanálise. Fortaleza, 2001 [Dissertação-Mestrado-Universidade de Fortaleza].

PEREIRA, L. P. A relação entre estress e disfonia em professores da rede

estadual de ensino da cidade de São Paulo: um, estudo empírico. São Paulo, 2002 [Monografia-Especialização em Fonoaudiologia-Área: Comunicação e Voz-FMUSP].

PINHEIRO, M. G. Considerações sobre voz e psiquismo: abordagem

fonoaudiológica. São Paulo, 2001 [Monografia-Especialização em voz-PUC-SP].

PONTALIS, J.B. A força de atração. Rio de Janeiro. Tavares e Tristão, 1991.

SALFATIS, D. G. Voz como lugar de sentido. São Paulo, 2004 [Dissertação-Mestrado-PUC-SP].

SERRANO, C. L. et all. Factores psicológicos associados à dosfonias

funcionales. Revista de Otorrinolaringologia, 45 (3): 134-138, 1995.

SERVILHA, E. A . M. Consciência vocal em docentes universitários. Pró-

Fono- Revista de Atualização Científica, 9 (2): 53-61, 1997.

Fontes Consultadas

- AMORIM, A . Fonoaudiologia Geral. 3ª. ed. Rio de Janeiro. Enelivros, 1982.
- ASSOUN, P-L. O olhar e a voz: lições psicanalíticas sobre o olhar e a voz: fundamentos da clínica à teoria. Rio de Janeiro. Companhia de Freud, 1999.
- BERLINCK, T. B. Dor. São Paulo: Escuta, 1999.
- BRANDI, E. Disfonias: avaliar para melhor tratar. São Paulo. Atheneu, 1996.
- CHIOZZA, L. Por que adoecemos? A história que se oculta no corpo. Campinas, SP. Papyrus, 1987.
- GARCIA-ROSA, A . L. Introdução à Metapsicologia Freudiana. Rio de Janeiro. Zahar, 2000.
- LAGACHE. D. - A Transferência. 1ª.ed. São Paulo. Martins Fontes, 1980.
- LAPLANCHE & PONTALIS. Vocabulário da Psicanálise. São Paulo. Martins Fontes, 2000.
- McDOUGALL, J. Teatros do corpo: o psicossoma em Psicanálise. São Paulo. Martins Fontes,1991.
- MAC FADEN, M. A . J. Psicanálise e psicossomática. São Paulo. Alínea, 2000.
- MELLO FILHO, J. Psicossomática hoje. Porto Alegre. Artes Médicas, 1992.
- PINHO, S. M. R. Fundamentos em Fonoaudiologia: tratando os distúrbios da voz. Rio de Janeiro, 1998.

VOLICH, R.M. Psicossomática: de Hipócrates à Psicanálise. São Paulo. Casa do Psicólogo, 2000.

VOLICH, R. M. & FERRAZ, F. C. Psicossoma Psicossomática Psicanalítica. São Paulo. Casa do Psicólogo, 1997.

VOLICH, R. M. & FERRAZ, F. C. Psicossoma Psicossomática Psicanalítica II. São Paulo. Casa do Psicólogo, 1998.

WINNICOTT, D.W.(1958)- Da pediatria à psicanálise. Francisco Alves. 1975.
[1945, “ A mente e sua relação com o psique-soma”, 409-427].

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)