INTRODUÇÃO

> *O sofrimento nos ameaça a partir de três direções: de nosso próprio corpo, condenado à decadência e à dissolução, e que nem mesmo pode dispensar o sofrimento e a ansiedade como sinais de advertência; do mundo externo, que pode voltar-se contra nós com forças de destruição esmagadoras* ***e*** *impiedosas;* ***e, finalmente, de nossos relacionamentos com os outros homens. O sofrimento que provém dessa última fonte talvez nos seja mais penoso do que qualquer outro.***
>
> *(O mal estar na civilização* – FREUD, 1930, p. 49; grifo meu).

O excerto freudiano em destaque toca na questão de um sujeito em sofrimento perante a sua relação com o outro. Essa afirmação pode ser estendida para a Clínica de Linguagem, com devidas ressalvas: neste campo, reconhece-se um sujeito que enuncia um *sofrimento* que tem como fonte a sua *fala prejudicada*. Essa fala deslaça sua relação com outros homens, por isso mesmo, o paciente espera que o clínico de linguagem "o liberte de um **mal-estar**" (LIER-DEVITTO, 2004a, p. 51) e que lhe seja aberta a possibilidade de ocupar uma posição-falante bem diferente da que ele enfrenta, que o *afasta dos demais falantes da língua*. De fato,

> o sintoma na fala **"faz sofrer"** porque é expressão tanto de uma fratura na ilusão de semelhante (descostura o laço social), quanto na ficção... de sujeito em controle de si e de sua fala (LIER-DEVITTO, 2005, p. 145, grifo meu).

A Clínica de Linguagem - campo assim designado por pesquisadores-fonoaudiólogos do Grupo de Pesquisa *Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem* para marcar diferenças teórico-clínicas em relação às abordagens clássicas da Fonoaudiologia[1] - é instigada pelos *sintomas manifestos na superfície da fala ou por efeitos de nonsense* que dela emanam... esse é seu compromisso primeiro. As produções sintomáticas são consideradas pelo clínico como "**intrigantes** porque suas manifestações são **plurais** [e imprevisíveis]... **prendem o corpo numa fala faltosa**" (LIER-DEVITTO, 2003, p. 243; grifo e acréscimo meu). O que caracteriza essa clínica são sujeitos que apresentam falas marcadas por hesitações, repetições, articulações desarranjadas, composições enigmáticas desconcertantes e lacunares, aglutinações inesperadas que perturbam a cadência da fala. Todas essas ocorrências demandam uma *escuta* e uma *interpretação* do clínico de linguagem.

Esse clínico dirige a escuta para a *mobilidade significante* ou para *cristalizações* que paralisam seu movimento. Ele se afasta, decididamente, de concepções de linguagem que privilegiam a substância - o significado. A Clínica de Linguagem toma distância da ideia de que a linguagem seja reduzida a veículo de representação do pensamento ou simples nomenclatura, isto é, matéria sonora que *etiqueta* coisas no mundo. Ela alinha-se, como se pode entrever, à reflexão de Saussure na sua teoria do valor.

---

[1] Assume-se, neste espaço de reflexão, a exigência incontornável de uma teorização sobre a linguagem que oriente a prática clínica e que crie restrições para a derivação teórica também sobre o sujeito. O estruturalismo europeu e a Psicanálise são as referências fundamentais. As discussões se desenvolvem entre pesquisadores e clínicos no interior de uma articulação entre o Programa de Pós-Graduação em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem (LAEL) e a Divisão de Educação e Reabilitação dos Distúrbios da Comunicação (Derdic), da PUC-SP.

Para o clínico de linguagem, produzir um dizer sobre a fala sintomática e provocar mudanças em seu funcionamento implica o compromisso (senão, a obrigação ética) de sustentar a *articulação* triádica ***sujeito-língua-fala***, como proposto por De Lemos (2002; entre outros). Por se tratar de uma clínica, sem dúvida, seria insuficiente tomar unicamente a linguagem como "objeto" – é o falante quem abre a clínica (FONSECA, 2002). A não sustentação dessa articulação de três polos, "diluiria sua especificidade" (LIER-DEVITTO & ARANTES, 2006, p.16). Assim, o sintoma é assumido como uma manifestação linguística enigmática, decorrente de um *funcionamento heterogêneo e imprevisível*. Como assinalou Fonseca (2006), o sintoma na fala é fruto da relação falante-língua-fala: "fala tem a ver com o funcionamento da língua... esse funcionamento não é cego porque há falante" (p. 336).

Sendo assim, roteiros, manuais ou procedimentos preestabelecidos são desnecessários para avaliação ou para o tratamento dos sintomas na fala, mesmo porque esses instrumentos, que são interpostos na relação paciente-clínico, eliminam o que é particular na fala de um sujeito (TRIGO, 2002; 2004; MARCHIORI, 2009) e ensurdecem o clínico que neles deposita o saber sobre o sintoma. Os testes ou provas, rotineiramente implementados na clínica fonoaudiológica, são convocados com a intenção de sanar o sintoma (de natureza linguística!) mediante a eliminação de possíveis fatores etiológicos "extra-linguísticos", ou seja, de ordem cognitiva, perceptivo-discriminatória, que estariam respondendo por sua emergência. Tais procedimentos são, em sentido estrito, "dirigidos": de um lado, dirigem o fonoaudiólogo – dizem como ele deve agir - e, de outro, *dirigem o paciente* – a executar *treinamentos* articulatórios, perceptivos, discriminatórios com a crença de

que ele, assim, adquira o “auto controle” de sua fala. Como consequência, há o apagamento do **corpo-falado/corpo-sujeito** (VASCONCELLOS, 1999; 2006; 2010) em prol de um corpo-organismo que precisa ser (re) habilitado para *falar* e *pensar sobre* o que fala.

Pode-se afirmar que, de maneira inédita, a Clínica de Linguagem recusa propostas como essas. Seu compromisso é com uma teorização que assume as produções sintomáticas como *efeitos do funcionamento da língua na fala* – reconhece a “autonomia e alteridade radical da língua” (DE LEMOS, 2002, p. 55). Essa posição dá a chave para o passo na relação com a Psicanálise, que assume a “alteridade radical” e “anterioridade” da linguagem; como consequência lógica, deparamo-nos com a impossibilidade de supor um sujeito-falante que possa controlar o funcionamento da língua. Para Saussure, nem *falante* e nem a “*massa social*” podem mudar a língua – a língua é “carta-forçada” (1916, p. 85) e “não constitui, pois, uma função do falante: é o produto que o indivíduo registra passivamente” (Ibid., p. 22).

Para a Clínica de Linguagem, reconhecer essa autonomia da língua permitiu um desdobramento teórico-clínico importante: a linguagem é “construída de sistemas, autônomos uns em relação aos outros” (BOUQUET, 2000, p. 129). Sendo a língua um sistema, não se poderia especificar uma sintomatologia para os quadros clínicos conforme circunscreve e advoga a Fonoaudiologia ao rotular “distúrbio articulatório”, “retardo de linguagem”, “afasia”, “distúrbio de leitura e escrita”, “gagueira”, “paralisia cerebral”. É fato que, afetada uma parte do sistema, outras serão comprometidas, necessariamente. Há dominâncias, contudo, que dão suporte a essas designações nosológicas. Nesse ponto, inclui-se a necessidade de o clínico

se interrogar sobre o efeito que essas alterações produzem no conjunto de uma fala e sobre os efeitos que esta produz sobre o falante... isso, sem dúvida, seria um movimento de escuta para a fala.

A escuta do clínico de linguagem não é qualquer: ela é teoricamente instituída. O clínico deve, a partir de sua escuta, se voltar à manifestação do sintoma que marca *o corpo da fala* (LIER-DEVITTO, 2000; 2002; 2003), sem se prender ao determinismo fisiológico ou à descrição gramatical. Convocado a *assumir posição frente à fala*, o clínico escuta e interpreta a cadeia significante manifesta.

A fala sintomática assume na Clínica de Linguagem, como procuro mostrar, caráter interrogante pelos efeitos provocados sobre ele, o clínico (e também sobre o próprio falante), no encontro com a fala. Esse encontro abre a possibilidade de escuta para a demanda do paciente de "transformação **na sua fala**" (ARANTES, 2006b, p. 323; grifo da autora). Marcar que a escuta e a interpretação do clínico de linguagem são teoricamente orientadas, significa dizer que essa clínica não contorna o *compromisso, seja com a teorização, seja com a fala de um sujeito*. A expressão "um sujeito" estenografa uma *clínica do singular.* O clínico, desse modo, mantém-se entre o jogo dos *efeitos singulares provocados por uma fala em seu corpo/orelha/escuta* e *a universalidade de uma teorização* (ANDRADE, 2001; 2003).

Essa postura adveio, vigorosamente, de uma relação crítica e reflexiva com a Linguística, ou seja, um *diálogo teórico* (LIER-DEVITTO, 1994, 1995, 2006a; LANDI, 2000). Não fiz menção à "aplicação", mas ao "diálogo" e devo acrescentar que essa relação não é mantida com qualquer ramo da Linguística. Faz-se compromisso teórico com a novidade saussureana, como indiquei acima. A máxima

de Saussure é de que a língua (*la langue*), o objeto da Linguística, é "um sistema que conhece somente sua ordem própria" (1916, p. 31). Ela foi relevante no esclarecimento de que a linguagem (*le langage*), invocada em muitos domínios, é inespecífica e heteróclita e não se presta a ser *objeto* da Linguística. O desejo de Saussure o movia na direção de "conhecer o organismo linguístico interno" (Ibid., p. 31). Isso explica porque a fala e o falante ficam, de certa forma, obscurecidos no *Curso de Linguística Geral*. O linguista fica do lado *da língua*, que ele supõe ser "da ordem do calculável" (MILNER, 1987, p. 07) e abandona as "singularidades heterogêneas": o sujeito e a execução da fala (LIER-DEVITTO, 2003).

O Interacionismo em Aquisição de Linguagem, proposto e desenvolvido por De Lemos e colaboradores, reconheceu o gesto saussureano e a autonomia da língua, mas produziu, ao se aproximar de Jakobson (1954, 1960), a marca teórica de implicação da *língua na fala de um sujeito*.

Se a assunção da autonomia da língua retira o sujeito da posição de *agir sobre a linguagem*, isso não significa que se pode abolir uma reflexão sobre o sujeito falante. Foi da Psicanálise que veio uma direção: o sujeito é entendido como "capturado" pelo outro, concebido como instância de língua constituída (DE LEMOS, 1992). A *fala da criança* e as mudanças que nela ocorrem são *questões desafiadoras.* Longe de uma abordagem desenvolvimentista (que, afinal, fica barrada depois da aproximação a Saussure), De Lemos (1995, 2002, 2006) introduz a proposta de que a mudança é **efeito** de deslocamentos da criança numa **relação estrutural (criança, outro e língua).** Quando predomina a relação criança-língua, ficamos frente à *natureza fragmentária de sua fala e de erros ou enunciados*

(im)previsíveis que decorrem de sua *interação* com o adulto. Interação, nessa perspectiva, é *diálogo* – jogo da linguagem sobre a própria linguagem.

Quero ressaltar que o *enfrentamento da fala*, trilhado por De Lemos (e acompanhado por outros pesquisadores do campo filiados a sua proposta), mostrou que **na fala há sujeito**... assumido como *corpo pulsional,* reflexo de uma Linguística "afetada pela Psicanálise" (MILNER, 1987; DE LEMOS, 2002, 2003). De Lemos pôde afirmar que o processo de aquisição de linguagem envolveria:

> um processo de subjetivação configurado por mudanças de posição da criança numa estrutura em que la langue e a parole do outro, em seu sentido pleno, estão indissociavelmente relacionados a um corpo pulsional, i.e., à criança como corpo cuja atividade demanda interpretação (2006, p. 28).

Os estudiosos do *Grupo de Pesquisa Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem*[2], do qual sou integrante, mantêm relação particular com essa Linguística que sofre os efeitos da Psicanálise. Relação que, não quero deixar de marcar, se define por uma "*posição de alteridade*" (LIER-DEVITTO, 2005): modo de aproximação a outro território teórico que se caracteriza por tomar a forma de um "diálogo". Numa relação desse tipo, pode-se chegar a um levantamento de questões teóricas e metodológicas para fomentar a *reflexão.* Esse diálogo que sustenta a alteridade com outro campo jamais assume a forma de uma apropriação irrefletida ou de aplicação.

[2] Grupo de Pesquisa CNPq, coordenado por Maria Francisca Lier-DeVitto e Lúcia Arantes (LAEL, PUC-SP), no interior do qual se insere esta pesquisa.

É nesse sentido que se deve entender que a proposta de De Lemos em Aquisição de Linguagem rendeu reflexão “para além de seu espaço disciplinar” (LIER-DEVITTO & CARVALHO, 2008). A Aquisição da Linguagem abriu caminho para uma reflexão original sobre as *Patologias* e a *Clínica de Linguagem* no Grupo de Pesquisa, a que se ligaram vários fonoaudiólogos e educadores. Esse grupo pôde ler a relação estrutural **criança-outro-língua** como **sujeito-outro-língua** e ultrapassar o limite das questões levantadas exclusivamente pela fala da criança, possibilitando investigar a relação de um falante com a língua-fala (ARANTES, 2005; LIER-DEVITTO, 2005).

A partir dessa posição frente à proposta Interacionista, pesquisadores da Clínica de Linguagem têm enfrentado, de maneira teórica, falas sintomáticas e questões clínicas, afastando-se de uma “leitura desvitalizante” da Linguística (LIER-DEVITTO, 2006a, p. 195). Isso só pôde ser possível devido ao compromisso com a especificidade de falas sintomáticas que, afinal, permite a delimitação de um espaço teórico-clínico-metodológico.

Arantes (2005) registrou bem a “perturbação” radical em sua clínica, provocada pelos efeitos de aproximação a De Lemos. A autora relembra o seu percurso pela Fonoaudiologia e o instante em que tomara contanto com o texto “Os Dilemas” [3], justamente no

> ano em que me formava fonoaudióloga [...] um texto que, na época, não compreendi sequer parcialmente, mas que, de alguma forma, perturbou-me [...] abordar a fala da criança parecia ser tarefa mais complexa do que o curso de

[3] Trata-se do texto de De Lemos (1982): *Sobre a Aquisição da Linguagem e seu dilema (pecado) original*. Boletim da Abralin, v. 3, p. 97-126. Editora da Universidade Estadual de Pernambuco.

> Fonoaudiologia me fazia crer. Afinal, eu havia recém aprendido a "contar a MLU" [4], a "identificar as intenções de um falante", a "descrever a sintaxe e analisar o léxico infantil" e, até mesmo, a "avaliar/qualificar como normal ou patológica" a fala de crianças (p.151).

Essa relação aos trabalhos de De Lemos marcou, substancialmente, a maneira de se abordar a fala. Produzir um dizer sobre a fala sintomática passou a não ser tarefa simples: envolveria um comprometimento teórico e uma vocação teórico-clínica (LIER-DEVITTO, 2006a; 2006b) que refletissem sistematicamente sobre: a) a noção de *sintoma na fala vs. erro ocasional ou de aquisição*; b) o papel do *outro-terapeuta vs. outro* que interage com a criança; c) a *linguagem* como um *funcionamento* que não se submete a outros domínios; d) o *sujeito* que sofre sob efeito de sua própria fala; e) o diagnóstico, a interpretação e a direção do tratamento – entre outras questões. Problemas particulares que ocorrem na escrita de crianças e de adultos têm sido investigados, também, nos últimos tempos, assim como a possibilidade de a escrita ser implementada como "procedimento clínico".

A noção de *sintoma na fala* adquiriu, portanto, o estatuto de "proposição problemática" (LIER-DEVITTO, 1998, 2002, 2005; LIER-DEVITTO & CARVALHO, 2008; CARNEVALE, 2008), isto é, a simples (e óbvia) observação de que "algo vai mal" deixa de ser suficiente. A fala sintomática passa a invocar interpretação, dizer teórico. Uma das primeiras definições aponta para a sua "cronificação": falas sintomáticas são um

[4] A M.L.U (Mean Lenght of utterance – comprimento médio do enunciado) foi uma ferramenta linguística proposta por Roger Brown (1973), cujo objetivo era calcular a média entre o número de morfemas produzidos pela criança e a quantidade de seus enunciados.

> desacerto resistente à mudança – expressão de uma lógica significante que comanda a fala de um sujeito que nela faz marca de sua presença na linguagem (LIER-DEVITTO, 2005, p. 145).

Nisso, sintoma e erro se distinguem, mostra a autora.

O sintoma na fala é considerado *proposição problemática,* perde sua transparência imaginária porque interroga. Ele assume caráter de enigma. Sua presença foge ao controle do sujeito, acrescenta Lier-DeVitto, já que o sintoma é a *repetição de um fracasso* que "diz de outro saber – o da língua - que movimenta uma fala e que o corpo atualiza sem vontade ou saber" (2003, p. 241). Nessa clínica, os sintomas são pensados a partir da relação sujeito-linguagem, como mencionado acima, portanto, eles não são:

> redutíveis a movimentos desajeitados do aparelho fonador, nem a realizações audíveis de uma relação interna/mental... os sintomas na linguagem excedem o orgânico, eles expõem o falante em sua falha. Neles, corpo e linguagem aparecem irremediavelmente entrelaçados (Ibid., p. 238).

Ao introduzir *la langue* para refletir sobre a fala sintomática, essa clínica dá um passo teórico na abordagem dessas falas, ou seja, cria-se uma ***escuta*** para essas ocorrências – a teoria afeta, portanto o corpo do clínico-investigador (LIER-DEVITTO, 2004a; CARVALHO, 2005; 2006). Distingue-se a posição do clínico de linguagem frente à fala: ele está para além de simplesmente perceber, notar, descrever, julgar uma ocorrência sintomática (LIER-DEVITTO, 2002) como faz o leigo. A escuta do clínico volta-se para a maneira particular de uma articulação significante, referente ao modo de inscrição do sujeito na linguagem. Note-se que ao

tratar da “inscrição do sujeito na linguagem” por esse âmbito teórico, a **escuta** compreende, também, **afetação pelo *corpo falante*** - aquele que “não é observável” em sentido estrito. Trata-se de um **corpo significado/significante** (VASCONCELLOS, 1999, 2010), que deve ser **escutado** e **interpretado**.

A partir do “jogo entre falas” – e do efeito das falas no clínico - é que a fala sintomática é definida e pode ser teoricamente interpretada. O diálogo clínico é a *mola mestra teórico-metodológica* (POLLONIO, 2005) na Clínica de Linguagem e, como bem destacou Tesser (2007),

> é o mecanismo privilegiado de enlace possível entre seres falantes. Ele é, então, solo de sustentação do tratamento clínico. De fato, no jogo dialógico mudanças [...] podem ocorrer (p.10).

Importa sublinhar que o diálogo clínico não é comunicação – ele supõe escuta teoricamente instituída para a fala sintomática. O outro do sujeito, na clínica, é o outro a quem se supõe “algo mais”, “um saber fazer” para mudar uma fala que fracassa sistematicamente (TUMIATE, 2007; TESSER, 2007).

Na Clínica de Linguagem, a relação com a Psicanálise é feita, mas “pensar diferenças” (LIER-DEVITTO, 2006a, p. 197) é essencial. Freud introduz o inconsciente – há, logicamente, recuo do sujeito psicológico, cartesiano (da razão e do controle – regulador de ações internas e externas). A *hipótese do inconsciente* considera o sujeito como habitado pelo *não saber* (esquece, diz o que não quer dizer, é traído pelas próprias palavras...). O reconhecimento dessas ocorrências permite ao campo da Clínica de Linguagem dizer que o sintoma é repetição sem vontade ou saber (LIER-DEVITTO, 2003), como vimos, mas falas sintomáticas não

são “formações do inconsciente” - ainda que um *não saber* nelas se inscreva (LIER-DEVITTO, no prelo). De fato, o falante pode escutar/saber que sua fala é estranha, mas nada pode fazer para modificá-la – recursos cognitivos, de controle, fracassam, como assinalou a autora acima.

Freud instaura a não coincidência entre *corpo e organismo.* Na verdade, ele dilui essa dicotomia ao mostrar que o “corpo fala” (CATRINI, 2011). Os fenômenos psíquicos são determinados pela causalidade psíquica, que é de “outra ordem” (interna ao seu aparelho), desvinculada da causalidade orgânica. Não é sem motivo que a Psicanálise é uma “cura pela fala”, cura que envolve a implicação do falante naquilo que ele diz e, o que ele diz, é “sobredeterminado”, não provém de uma fonte estável e previsível. Entende-se porque “a linguagem é tanto o instrumento do analista quanto o lugar de incidência do tratamento” (FARIA[5], 2006, p. 368). Com o privilégio da linguagem, o analista só poderia contar com a **escuta** e com a possibilidade de incidir sobre a fala... com uma **interpretação** para atingir o que está “além da fala”, isto é, operações inconscientes que determinam o aparecimento de suas manifestações e de sintomas.

Foi Lacan (1953), em sua releitura de Freud, que enunciou a relação linguagem-inconsciente: *o inconsciente está estruturado como uma linguagem*. Essa máxima foi lançada a partir do encontro com a obra saussureana, que permitiu a Lacan destacar o “significante”. Em Saussure, lê-se que o “significante, sendo de

[5] Deixo registradas as indicações de leitura de Viviane Orlandi Faria. A autora aborda, em profundidade, a questão da etiologia e da sobredeterminação na Clínica de Linguagem, indicando a importância de uma relação teórica deste campo com a Psicanálise. São elas: a) *Distúrbio articulatório: um pretexto para refletir sobre a disjunção teoria e prática na Clínica de Linguagem*. Tese de Doutorado São Paulo, Lael/PUC-SP (inédita), 2004; b) *Etiologia e sobredeterminação: sobre a descontinuidade entre organismo e sujeito*. In: Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem. Orgs: Maria Francisca Lier-De Vitto; Lúcia Arantes. São Paulo: EDUC, FAPESP, pp. 379-393, 2006.

natureza auditiva, desenvolve-se no tempo... representa uma extensão, e essa extensão é mensurável numa só dimensão: é uma linha" (1916, p. 84). Depreende-se, assim, o caráter linear, sucessivo do significante, de onde advém a significação: os elementos significantes "se apresentam um após o outro; formam uma cadeia" (Ibid., p. 83).

O analista escuta e destaca significantes da fala do analisante e pode pontuar, cortar a sessão, e interpretar a partir dessa fala. O que ele não pode é antever ou prever qual desses recursos ele implementará. Se o sintoma é "estruturado pela linguagem", é só por meio dela que ele pode ser abalado. Nesse sentido, na Clínica de Linguagem, ainda que o sintoma seja outro, ele "está no corpo da fala", é uma perturbação constante na cadeia manifesta, sendo, a fala, o meio de incidir sobre ele, como afirma Lier-DeVitto (2002, 2004b, 2005, 2006a e outros). Note-se que estamos marcando diferenças entre a Psicanálise e a Clínica de Linguagem ao indicar as especificidades de manifestações sintomáticas que interessam às duas clínicas. Sintoma é aquilo que *faz sofrer*, que provoca um *mal estar no sujeito* - um *sintomal* - justamente porque ele *resiste*, *perdura, insiste,* como enunciou Lacan (1975), algo que não "passa a outra coisa" (ALLOUCH, 1995), mas cuja especificidade, como indiquei, mobiliza, diferentemente, essas duas clínicas.

Uma vez traçado esse panorama, bastante sucinto sobre uma produção bibliográfica extensa, posso indicar a escolha temática desta tese. Ela remete ao desejo de aprofundamento da teorização sobre o *manejo do clínico de linguagem frente aos sintomas na fala*. Parto do ponto de vista de que discutir as bases teóricas que regem a terapêutica permite focalizar a *articulação entre escuta e interpretação*. Considero que dessa articulação pode emergir a possibilidade de produção de um

dizer sobre efeitos e mudanças que ocorrem na fala, isto é, sobre como um ato clínico pode movimentar as produções sintomáticas. De fato, as lacunas e os tropeços da articulação significante ou a estranha "correção gramatical" (LIER-DEVITTO, FONSECA & LANDI, 2007) de "falas vazias" de sujeito (LANDI, 2007; EMENDABILI, 2010) instigam e convocam o clínico acerca:

→ da necessidade de enfrentar a problemática que envolve a natureza da ***escuta clínica particular*** para as falas sintomáticas*;*

→ da importância de circunscrever a natureza heterogênea da ***interpretação clínica*** diante de ocorrências sintomáticas.

As noções de escuta e interpretação fazem a rotina da Clínica de Linguagem e estão presentes tanto no instante diagnóstico - entrevistas e avaliação de linguagem -, quanto na terapêutica propriamente dita. Há alguns anos, meu interesse pelo tema veio sendo instigado. De um lado, pela relação clínica com os meus pacientes, tenho levantado algumas questões amplas e outras mais pontuais:

- "O que é escuta clínica para a fala sintomática?"

- "Como a fala sintomática afeta um clínico de linguagem?"

- "Qual a natureza da interpretação que nela se realiza?"

- "Qual a relação entre escuta e interpretação?"

De outro lado, a leitura do trabalho de Arantes (2001) - *Diagnóstico e Clínica de Linguagem* - serviu-me de inspiração à medida que possibilitou a seguinte indagação:

Qual a natureza da escuta e da interpretação em cada um dos momentos clínicos: diagnóstico e terapêutica de linguagem[6]?

Em situações de entrevistas, o clínico de linguagem aguarda a enunciação de uma demanda de atendimento, um pedido de ajuda para mudanças na fala e para sua condição de falante (FONSECA, 2002 e outros). Durante as entrevistas, o clínico se depara com a densidade perturbada de uma fala e aguarda um dizer do paciente (ou de seus pais) sobre o sofrimento ou o incômodo que ela produz nele(s) - um *mal-estar* na relação sujeito-linguagem. Esta é a natureza da queixa. Vejamos, a seguir, como ela pode ser enunciada. Apresento alguns segmentos extraídos de minha prática clínica, que indiciam esse *mal-estar* do sujeito por efeito de seu sintoma na fala. Eles foram retirados de situações de entrevistas:

(1) *"minha **pofessola** me disse que eu falo errado e que **ela pa** eu vim aqui **pa** você me ajudá. Tem gente da minha sala rindo e falando que eu falo igual **quiancinha** e eu falei **pa** eles que não consigo e eles não **palam**. Uma **hola** a **pô** vai **bigar** com eles*".

(2) *"eu entrei na faculdade, **ma mas** não aguentei muito tempo. Eu **fiii é ficava** gaguejando e as pessoas tiravam muito barato de mim. Até que **num um** dia teve s**eee**minário e eu tive que ir lá na frente. Foi o pior dia da minha vida, você nem* **iii...magina***. Eu fiquei **su suando**,*

[6] Caminho com Arantes na direção de que os instantes de entrevistas, avaliação e terapêutica são indissociáveis, mas discerníveis em suas funções clínicas (ver ARANTES, 1994). Em sua pesquisa, Arantes abordou a questão diagnóstica (entrevista e avaliação de linguagem). Não foi seu propósito discutir a terapêutica, passo esse que incluo e encaminho nesta pesquisa no Capítulo 4.

vermelho e tremendo. O professor falou pra eu respirar e ficar calmo, ***ma mas*** *não saíam as palavras na ordem certa, dava um branco geral (pausa longa). Naquele dia é* ***não não*** *teve jeito, eu desci, fui na secretaria* ***e é... e*** *tranquei o curso*".

(3) *"eu sou bom em dublagem, mas começaram a falar que tem horas que eu tô dublando, eu articulo mal, corto as palavras, não dá pra entender direito o que eu falo. Eu não era assim. Eu passei a me gravar falando em casa e percebi que eu não sou tão bom quanto eu achava. Tem coisa que eu falo e que nem eu entendo, corto uma parte da palavra, vou rápido demais, não respiro e isso tá me fazendo prestar atenção em como eu falo e aí eu me atrapalho. Queria falar melhor, tenho medo de deixar de ser chamado pra dublar".*

(4) *"preciso* ***mu...ito*** *de sua ajuda,* ***to tô*** *desesperada. Amanhã tenho que* ***a é.. a apresentar*** *um trabalho na escola e eu não vou conseguir falar, vou gaguejar e vão me zoar muito.* ***E e eu*** *queria que você falasse com o diretor que eu não* ***po poposso*** *ir, que eu não consigo, que eu tenho problema e* ***que que quem*** *sabe ele fala pro professor não me chamar mais pra fazer seminário (chora)".*

(5) *"acho estranho o que acontece comigo. Toda vez que eu passo por uma entrevista de emprego, na hora de me apresentar, falar coisas normais tipo meu nome, o que eu gosto, como eu sou, meu lazer... essas coisas... acontece que eu me perco, não sei como organizar, o que falar primeiro e fico com a voz tremendo, falo certas coisas*

erradas, já me disseram isso, e acabo chateada porque sei o que dizer, mas na hora não sai. Mistura isso com a vergonha de falar. É.. a verdade é que eu não suporto falar pra um grupo de gente, estranho, né? Eu acho que isso tá me atrapalhando passar nos testes".

(6) *"sou dono do negócio e não posso ver os* ***funcionáios*** *rindo de mim. Todo dia é assim. Desde criança não sei falar o /r/ e, antes, isso não me incomodava. Hoje a coisa é* ***difeente****, eu vejo eles ali se cutucando e rindo e sei que é de mim, mas o quê que eu vou fazer? Fico quieto, mas sofro com isso. Aí pensei comigo: tá na* ***hoa*** *de pedir ajuda, não posso mais falar desse jeito*".

De maneira geral, essas queixas retratam o sofrimento que decorre da escuta dos sujeitos para as suas falas sintomáticas, mas, como disse acima, mesmo sendo afetados por elas, esses falantes não conseguiam "falar de outro modo". Nas entrevistas, o clínico de linguagem **escuta a queixa e recolhe a demanda**. Ele as recolhe e as toma como início de pedido do tratamento (mas não as interpreta, no sentido psicanalítico do termo). Essas enunciações são o *ponto nodal* para que outro passo diagnóstico seja iniciado. Na avaliação da linguagem, que vem depois das entrevistas iniciais, segundo Arantes (2001), há *deslocamento de posição*: o clínico **escuta a fala** "sem procurar "compreender", sem se guiar por expectativas prévias" (p. 89-90): a **escuta abre-se para os deslocamentos significantes e seus efeitos discursivos**.

Há deslocamentos na escuta, como procurei mostrar: **nas entrevistas**, o clínico deve ser afetado pela queixa que sempre traz um sofrimento – os **efeitos da**

fala do paciente sobre a própria escuta devem ser escutados, enquanto se espera um "pedido de tratamento". Na **avaliação da linguagem**, o clínico fica sob efeito da fala: **escuta os problemas na cadeia significante** e pode avaliar o apelo de mudança que foi dirigido a ele. De fato, é na avaliação de linguagem que o clínico "deve decidir e justificar [se e/ou porque] determinados acontecimentos linguísticos são considerados patológicos" (ARANTES, 2001, p. 125). No decorrer dos encontros de avaliação, a escuta (que é teoricamente instituída) pode apreender como o sintoma se articula na fala a partir da implicação da relação com a língua. A interpretação visa à ressignificação de uma fala, quer dizer, à emergência de outro *jogo significante na fala do paciente.* Falar em ressignificação, na Clínica de Linguagem (ou no Interacionismo), está longe de estar ligada ao significado. Trata-se, a rigor, de submeter falas problemáticas às operações da língua: aos *processos metonímicos e metafóricos* (*leis de referência interna da linguagem),* que podem promover novos arranjos significantes e discursivos. Refiro-me, aqui, a *uma faceta da interpretação* – há outras, como veremos.

No tratamento, propriamente dito, emerge a questão da mudança e, com ela, a problemática da interpretação. Escuta e interpretação são, sem dúvida, indissociáveis – não há interpretação sem escuta. Na formação do clínico de linguagem, para a circunscrição de uma *posição terapêutica*, ele transita por dois instantes: o da cena clínica, quando fica sob efeito direto de uma fala-viva; e depois, fora da cena clínica, quando se volta para a fala-dado[7]. Esses dois momentos

[7] Essa discussão fora iniciada em 1998, por Lier-DeVitto & Arantes. Em pesquisas posteriores, essa questão foi explorada – Arantes (2001), Andrade (2001; 2003). A discussão sobre gravar/filmar e transcrever o material de sessões, técnica imprescindível para o clínico de linguagem, será uma das questões abordadas ao longo desta pesquisa.

marcam a constituição de uma escuta que, para instituir-se, deve transitar pela teoria, já que “dado”, sempre é dado para uma teoria.

Esta tese procurou enfrentar, fundamentalmente, dois objetivos:

A) ***Apresentar e discutir o tratamento conceitual dos termos “escuta” e “interpretação” nas pesquisas da Clínica de Linguagem;***

B) ***Caracterizar o estatuto particular dessas instâncias*** *- tarefa que, aqui, envolveu revisitar o Interacionismo em Aquisição de Linguagem* e alguns textos específicos da Psicanálise - de forma tal que suas especificidades sejam delineadas.

No cumprimento de tais objetivos, a arquitetura desta pesquisa foi a seguinte:

No *Capítulo 1*, meu interesse foi situar as **falas sintomáticas** no cenário da Clínica de Linguagem. Para tanto, fui ao encontro das implicações teóricas envolvidas nas noções de ***sintoma*** e ***erro*** na fala, discussão imprescindível para demarcar territórios e indicar de que posição o clínico – na contramão ao investigador em Aquisição de Linguagem – pode escutar e interpretar furos, tropeços, rupturas e torções da fala. Trata-se, a meu ver, de uma discussão incontornável. Percorri noções fundamentais presentes tanto na Clínica de Linguagem, quanto no Interacionismo em Aquisição de Linguagem: *efeito, captura da linguagem, autonomia da língua, densidade significante, escuta, interpretação, corpus.*

No *Capítulo 2,* para dar encaminhamento à questão: "*Qual o estatuto da escuta e da interpretação na Clínica de Linguagem?"*, dirigi-me aos trabalhos do Projeto de Pesquisa *Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem* a fim de resgatar o tratamento dado a essas noções. Ficou claro, para mim, que os estudiosos deste Projeto de Pesquisa não se furtaram de uma aproximação à Linguística e à Psicanálise. Destaquei duas autoras - *Lourdes Andrade* e *Daniela Cristina Spina-de-Carvalho* – para sustentar o curso das discussões, já que elas privilegiaram a escuta e a interpretação em seus trabalhos e serviram de ponto de partida para que novas questões fossem levantadas.

No *Capítulo 3,* a Psicanálise serviu como norte para as discussões. Não restam dúvidas de que, dentre uma variedade de contribuições advindas do campo psicanalítico, encontram-se as noções de sujeito do inconsciente/do desejo, enlaçadas à questão da linguagem. Foram particularizadas as formulações de Freud e Lacan acerca da escuta e da interpretação analítica.

O *Capítulo* 4 finaliza esta tese. Nele, parto da exposição de alguns excertos de meus atendimentos clínicos que permitiram abordar questões como as que se seguem:

1) Qual a natureza da incidência da fala do clínico sobre a relação do sujeito com a linguagem?

2) ***Qual a natureza da escuta da fala "em cena" e "fora da cena" clínica*?**

Considero que o encaminhamento das discussões a que me propus, relativas ao papel do clínico de linguagem, permitiu-me tecer algumas *considerações finais* (*embora provisórias*). O maior efeito e mais importante desta tese foi, sem dúvida, a desnaturalização de noções como as de escuta e interpretação, tão decisivas para uma clínica que se intitula “de linguagem”.

CAPÍTULO 1

SOBRE A ESCUTA PARA A FALA: O INTERACIONISTA-INVESTIGADOR E O CLÍNICO DE LINGUAGEM

1.1 – Considerações sobre o "erro": escuta e interpretação no Interacionismo em Aquisição de Linguagem

O *Interacionismo em Aquisição da Linguagem* é uma teorização que está no pano de fundo da Clínica de Linguagem. Nele, expressões como *escuta* e *interpretação* ganham destaque e opõem-se, como veremos, à descrição e análise. Por essa razão (e outras), esta proposta pode render discussão na Clínica de Linguagem.

No Interacionismo, firma-se ***compromisso com a fala da criança***. A Clínica de Linguagem dá valor a esse compromisso e afirma seu ***comprometimento com falas sintomáticas*** (que se distinguem de falas erráticas de crianças). Sob efeito dessa diferença, noções como de *sujeito/outro/interação e erro/mudança* são revisitadas.

Nesta primeira parte, pretendo abordar dois pontos centrais:

(1) Questões teórico-metodológicas envolvidas na relação do investigador com os "erros" emergentes em falas de crianças em aquisição de linguagem;

(2) Especificar a natureza da escuta e da interpretação do investigador para a fala.

Um investigador-interacionista, ao se confrontar com o erro na fala da criança em aquisição de linguagem, assume que ele é *intrigante*, que sua natureza é *misteriosa* e marcada por *impasses* (CARVALHO, 2006). Pode-se dizer que foram os trabalhos de De Lemos (1992; 1995; 2002; 2006 e outros) que abriram perspectivas inusitadas para uma abordagem dos erros, comumente ignorados (*higienizados*) ou interpretados como manifestações de um saber gramatical que não encontra manifestação adequada na fala (DE LEMOS, 1992; FIGUEIRA, 1985; 2002; 2005 e outros).

Na proposta interacionista de De Lemos, o "erro" é concebido como *efeito da relação da criança à língua*, como resultado de cruzamentos imprevisíveis que apontam para uma distância entre a fala da criança e a fala do outro-adulto. Fazer menção à "fala da criança" é apontar para um movimento de passagem de *infans* à falante de uma língua. A aquisição de linguagem implica, portanto, um processo de subjetivação (DE LEMOS, 2002). Para ela, o processo ocorre numa estrutura que envolve a criança, o outro e a língua (*la langue)* - implica pensar na posição do sujeito nesse espaço estrutural. De Lemos propõe três deslocamentos que, por razões lógicas não são regidas por ordem cronológica ou teleológica.

Na *primeira posição*, a criança encontra-se *dependente/alienada à fala do outro* e, por isso, *acertos* aparecem nos intervalos entre os significantes desse outro com quem ela interage. Na *segunda* posição, a *língua é o pólo dominante* e são encontrados, nos enunciados de crianças, *"erros"* como "índices de não-coincidência

entre a fala da criança e a do adulto" (DE LEMOS, 2006, p. 30). A criança *erra* e é *indiferente às correções.* De Lemos (2002) chega a se interrogar: "o que ele [o sujeito] escuta do que fala?" (p. 61; acréscimo meu), já que não modifica o curso de seu dizer. Na *terceira* posição, a fala da criança mostra-se mais homogênea em relação à do adulto. O pólo dominante é o próprio *sujeito-falante* que passa a escutar e afetar-se pelos seus "erros", sendo capaz de *reformulá-los/corrigi-los*. Nessa posição, a criança já se divide entre *falante-escutante da própria fala e da fala do outro.* Convém assinalar que esse percurso "ideal" na estrutura não se realiza com crianças com falas sintomáticas.

Não é difícil notar que a noção de sujeito que subjaz às afirmações de De Lemos é retirada da Psicanálise: a criança é *capturada pela linguagem*, sustenta a autora teórica e empiricamente. No entanto, tal *captura não é pacífica*, ela implica um conflito/angústia entre corpo - linguagem (DE LEMOS, 2007).

É a partir desse "conflito" que "erros" insólitos e inesperados emergem enquanto efeitos de "movimentos singulares de **resistência** [ao outro], na dialética da alienação ao Outro" (CARVALHO, 2009, p. 101). Entende-se, assim, que os "erros" decorrem do "funcionamento da língua como determinante do aparecimento de formas que, apesar de 'estranhas', são produtos efetivos de relações dinâmicas" (DE LEMOS *et al*, 2004, p. 167).

Frente às produções enigmáticas, o que dizer da posição desse investigador? Na proposta de Cláudia de Lemos, *a fala da criança* foi sempre interrogante... ela nunca foi assumida como um mero "conjunto de dados a serviço de teorias linguísticas e psicológicas" (SCARPA, 2005, p. 20). Tal perspectiva valorizou e destacou "um ou outro fato mais saliente que já despontava na fala dos

pequenos" (FIGUEIRA, 2005, p. 30). Fatos estranhos e enigmáticos que fizeram dos "erros" "dados de eleição".

Os "erros" *intrigantes* (CARVALHO, 1995; 2005; 2006; 2009) provocaram *impasses* na teorização – a teoria mudou por efeito da escuta para esses erros. Eles instauraram uma metodologia bastante particular: ao acessar os registros longitudinais, o investigador realiza leituras proativas e retroativas em busca de relações entre erros. Carvalho (2006) faz menção a uma "escuta flutuante[8]". Segundo afirma a autora, o recorte para análise está na dependência dos *efeitos de estranhamento* da fala da criança na escuta do investigador. O investigador quer explicar tanto o aparecimento de formas erráticas quanto as suas mudanças.

Como já dito, na fala da criança há emergências inesperadas que vão desde produções "que fazem sistema" na língua até aquelas que portam um caráter *estranho ou enigmático*. Segundo M. T. de Lemos (2002), essas últimas ocorrências são usualmente *higienizadas*, pois elas não são passíveis de descrição pela gramática: mostram uma maneira singular de combinação de significantes. Um interacionista as elege como *nonsense,* justamente porque elas indicam uma *possibilidade* da língua que remete às operações metafóricas e metonímicas que percorrem a fala de uma criança em sua constituição como falante.

No Interacionismo, essa *fala errática* provoca no investigador suspensão de saber - *"*a singularidade e heterogeneidade dessas manifestações não encontram explicação direta na teoria, despossuindo [o linguista] de saber" (LEMOS, M. T. de,

[8] Carvalho se refere à concepção de "atenção flutuante" de Freud (1893-1895) – escutar sem se fixar em nenhum conteúdo específico, ou seja, apenas se familiarizar com o material.

2002, p. 153; acréscimo meu). Nesta perspectiva, a saída encontrada é *interpretar a fala da criança a partir de sua condição significante* (e não gramatical).

Para Carvalho (2009), o "erro" é

> movimento de resistência... não poderia ser concebido em sua imanência, como um dado produzido pelo sujeito/criança, mas sim como um efeito provocado na escuta do sujeito/investigador, o que requer um confronto com a questão do efeito (p. 107).

A interpretação do interacionista, frente a enunciados estranhos, não acontece à revelia "de um submetimento a essa fala" (LEMOS, M.T. de, 2002, p. 97). Ela se mantém, por isso, "no contínuo movimento de fazer/desfazer/refazer a investigação" (CARVALHO, 2009, p. 105). *Mas que orelha é essa que escuta e, posteriormente, incita/arrisca/refaz uma interpretação?*

De Saussure se retira a ideia de que o sujeito-falante é um *passivo depositário* da língua, ou seja, a língua seria "um tesouro depositado pela prática da fala em todos os indivíduos pertencentes à mesma comunidade..." (1916, p. 21). O revolucionário em Saussure foi não fazer da língua uma função consciente do falante ou dependente de seu controle. Retomo novamente o que disse o autor: a língua é "carta forçada" (Ibid., p. 85), *registrada passivamente* na orelha.

Vê-se, a partir daí, o porquê da escuta do falante ser sensível às diferenças que aparecem na fala. Essa orelha que se infere dos escritos saussureanos é mais do que o julgamento (binário) do falante (CHOMSKY, 1965, 1986, 2005), do que "pertence x não pertence à língua" (LIER-DEVITTO, 1995). A *ordem própria da língua* imprime suas marcas na orelha e *captura/aliena* o sujeito. O

falante, dessa forma, não é visto apenas como *suporte da língua*: ele é **efeito** de seu funcionamento (MILNER, 1989).

Essa *orelha analítica* (DE LEMOS, 1995), inscrita pela própria língua, *detém semelhanças, identidades, diferenças* (PARRET, 1995-1996)... é capaz de interpretar qualquer fenômeno psíquico-acústico, pois "é pela orelha que o sujeito falante adquiriu a língua" (Ibid., p. 95). Dito de outro modo: a língua "captura" a orelha-corpo-sujeito e marca os efeitos da linguagem sobre "*a alma do corpo"* (DERRIDA, 1967, p. 296). A expressão "alma do corpo" equivale à subjetividade. Nesse sentido, linguagem e subjetividade caminham de mãos dadas, afetando-se mutuamente.

Procurei, com esta apresentação sucinta da proposta de De Lemos, destacar como o erro é concebido e abordado nesta vertente sobre o processo de aquisição da linguagem. Pretendi, ainda, indicar sua relação com a Psicanálise no que concerne ao sujeito. Enfim: mostrar como *a língua*, em seu funcionamento, *captura* e faz do corpo-do-ser um *corpo-pulsional, significado e significante* (VASCONCELLOS, 1999, 2010). Se "o real do corpo está estruturado na e pela linguagem" (LEMOS, M. T. de, 1994, p. 25), é porque a língua, em sua condição de anterioridade lógica ao sujeito, o "captura" (DE LEMOS, 2006)... imprime suas marcas na corpo-orelha.

Note-se que a interpretação do investigador-interacionista para a fala da criança busca nela um funcionamento que implica o falante. Diferente é a interpretação da mãe, que é dita "estruturante" no sentido de que é "restritiva" (LIER-DEVITTO & ARANTES, 1998). Ou seja, o adulto incorpora, na cadeia de seu enunciado, fragmentos estranhos da fala da criança, atribuindo a eles "valor", quer

dizer, determinação sintática, semântica, textual (DE LEMOS, 1995). De fato, Carvalho & Avelar (1999) enunciam essa diferença: entre a posição do adulto/mãe, que interage com a criança, e a do investigador, que "interage" com os dados. No primeiro caso, o adulto coloca "as produções fragmentárias ou insólitas da criança em um todo fechado e significativo [trata-se da] "busca da harmonia" [ou] "sedução do significado*'*" (p.89). Desse modo, ele dá sequência à dialogia e atribui, à fala da criança, conhecimento, expectativa, intenções. O investigador, por sua vez, assume a marca de "imprevisibilidade" em sua relação aos dados; há um esforço metodológico voltado para o movimento de retroação pelas cadeias significantes para delimitar as relações entre as cadeias (manifestas e latentes) que respondem pela emergência de expressões insólitas.

1.2 - Sobre "erros" sintomáticos e a posição do clínico de linguagem

Na Clínica de Linguagem, falar em *escuta* e em *interpretação* implica, necessariamente, uma problematização da face da linguagem que as convoca e as define: refiro-me às falas sintomáticas. Ao tentar *particularizar as características dessas falas, o clínico-pesquisador* deve ser tocado pelos seus *efeitos* desconcertantes. A *afetação* suscitada pela fala imprime marcas em seu corpo-orelha-escuta e abre, na clínica, caminho para que um ato clínico seja instituído. Assim concebida tal afetação, pode-se dizer que aquilo que particulariza a *escuta* do clínico de linguagem é a sua possibilidade de apreender, na matéria viva da fala, uma diferença sintomática que remete a um *mal-estar do sujeito, decorrente de sua*

(difícil) condição de falante (FONSECA, 2002). Frente a isso, importa ao clínico promover *mudanças na fala do paciente*.

Os efeitos que falas sintomáticas provocam nos ouvintes são, necessariamente, distintos daqueles promovidos por "erros" acidentais ou, ainda, por produções linguísticas de crianças em processo de aquisição de linguagem, como já amplamente discutido por pesquisadores da Clínica de Linguagem (LIER-DEVITTO & ARANTES, 1998; LIER-DEVITTO, 2001; 2004a; FONSECA, 2002 e outros). Darei destaque a tais distinções, pois elas iluminam e restringem territórios como, por exemplo, os campos da Clínica de Linguagem e do Interacionismo em Aquisição de Linguagem. Lidar com essas diferenças favorece, sobretudo, a discussão que norteia esta pesquisa sobre escuta e interpretação[9]. Quando se confrontam esses dois campos, é possível apreender diferenças que particularizam modos distintos de enfrentamento da fala.

1.2.1 - Falas sintomáticas: o compromisso da Clínica de Linguagem

A co-autoria entre Lier-DeVitto & Arantes (1998) representou um passo importante na teorização sobre **falas sintomáticas** - *rendeu teorização* a discussão realizada sobre os *efeitos da fala de crianças.* As autoras propõem a distinção entre efeitos de falas erráticas e cambiantes de crianças em aquisição de linguagem e efeitos provocados por falas não menos erráticas e cambiantes, mas *sintomáticas*. Essas pesquisadoras apontam a necessidade de construir e iluminar, na Clínica de

[9] No Capítulo 2, as discussões sobre escuta e interpretação serão trilhadas a partir de certas pesquisas desenvolvidas no interior do Projeto *Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem*.

Linguagem, exigências: a **instituição de uma *escuta particular*** e de uma **teorização sobre tais ocorrências** que se voltam para uma fala que, necessariamente, *insiste em uma condição faltosa na linguagem*[10].

Lier-DeVitto & Arantes (1998) partem da questão dos *"efeitos dessas falas..."* e essa expressão percorre os trabalhos da Linha de Pesquisa *Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem.* Cabe perguntar como entender a noção de *efeito*. Para Lacan (1989), *efeito* seria uma ressonância ou afetação no corpo que escapa à consciência. De fato, também Milner (1987) dirá: *efeito* é uma inscrição de linguagem capaz de afetar/modificar o corpo-sujeito. Enfim: *o corpo é o lugar dos efeitos.* Ambas as definições indicam que a materialidade da linguagem incide sobre o corpo e o captura, o modifica, isto é, *sujeito* e *escuta* são (e)feitos de linguagem. A noção de *efeito* remete, assim, à relação sujeito X outro X linguagem: um corpo-falante que afeta outro corpo-falante.

Na clínica, a interação entre o par terapêutico envolve, sem dúvida, *afetação direta*. Durante as sessões, o terapeuta não se esquiva dos efeitos desconcertantes das falas sintomáticas que ficam impressos em sua *escuta* (no corpo do terapeuta). Tal *imprinting* de efeitos enigmáticos convoca/demanda interpretação.

[10] Condição de uma *fala que não faz sistema* (LEMOS, M. T. de, 2002), quer dizer: uma fala que cristaliza problemas e se distancia da sistematicidade aceitável da língua de uma comunidade. Por essa razão, o sujeito adentra a clínica com um pedido de mudança em sua fala e em sua condição de falante.Quando me refiro ao paciente adentrar o espaço clínico enunciando um pedido de mudança na fala, falo *normalmente* de pacientes adultos. Não posso negar, porém, que há crianças que dirigem ao clínico uma demanda para atendimento. É fato, portanto, que a clínica de crianças comporta especificidades em relação à de adultos, a presença dos pais, por exemplo, mas não será meu objetivo abarcá-las nesta pesquisa.

Nesse prisma, refletir sobre o sintoma no funcionamento de uma fala implica o enfrentamento da linguagem que se materializa na cena clínica – o clínico, afetado por ela, não recorre a referências externas à esfera da linguagem para produzir um dizer sobre a fala do paciente. Pelo contrário, ele conta com o recurso teórico das leis de composição interna da linguagem – operações metafóricas e metonímicas – para apreender a lógica das articulações significantes em falas desconcertantes.

Para iluminar a estranheza de certas ocorrências sintomáticas, que são sistemáticas, e tocar nos efeitos que podem produzir sobre o falante, apresento, a seguir, alguns fragmentos clínicos. Eles foram extraídos do artigo de Lier-DeVitto (2003) e retratam os *desalinhos* e *furos* que essas ocorrências imprimem no discurso:

Segmento 1 - criança de 7 anos

Criança: Vamos pegá nosso **zôgu**?
Terapeuta: Que **zôgu**?
Criança: É **zôôgu**! Não é assim que eu falei!

Neste segmento, Lier-DeVitto discute a fixidez da *criança em um ato*: o seu *corpo* permanece fixado em uma postura articulatória e, mesmo podendo escutar o erro *na fala do outro*, ela não pode "passar a outra coisa", nada pode fazer para mudar sua produção. Quero assinalar que, no caso, a criança fica *sob efeito* do erro reproduzido *na fala do outro*, mas isso não é suficiente para que algo mude em

sua fala. Pode-se suspeitar, ainda, que ela *não seja afetada* pelo erro cristalizado na própria fala. Vejamos o segmento 2.

Segmento 2 - criança de 8 anos

Terapeuta: O seu pai veio com você?

Criança: Veio.

Terapeuta: Vocês vieram de ônibus?

Criança: Não.

Terapeuta: O seu pai trouxe você de carro?

Criança: É... ele está trabalhando.

Terapeuta: Trabalhando?! O que o seu pai *faz*?

Criança: Ele *faz de propósito.*

Acima, distintamente, temos um caso em que a fala é "correta" sob o ponto de vista gramatical, mas se perde quanto à coerência semântico-discursiva do diálogo – há afastamento do outro e *nonsense,* especialmente em "*faz de propósito*". Como diz a autora, trata-se de uma

> fala cuja referência não pode ser inferida, seja do contexto, seja do diálogo... um falante que, quando chamado a responder pelo que diz, cede a vez ao jogo cego das referências internas da língua (2003, p. 242).

Fragmento 3 – menino de 11 anos

(1)

Terapeuta: Ela não tem muito dinheiro? Mas acho que não é tão caro (ir ao circo). Agora que o papai tá de fusca...

Menino: É que ele tirou dinheiro do... o homem deu, né?... no trabalho dele, porteiro, meu pai, quer dizer, é porteiro, né? Aí, ele faz tudo certo, né? Aí o homem comprou.

(2)

Terapeuta: O que você fez no fim de semana?

Menino: Eu, eu ia pro aniversário, mas aí eu não fui porque, porque pra minha mãe, ela só ia se a minha tia, a minha, a... mãe da minha... amigo do meu irmão.

Nesse segmento, há uma "fala truncada" (LIER-DEVITTO, 2005, p. 241) que se perde em meio às hesitações e os movimentos de retorno do paciente sobre a própria fala embaralham ainda mais o sentido; o traçado temporal (metonímico/sintagmático) é perturbado pela incidência de operações metafóricas numa *sistematicidade que não faz sistema* (LEMOS, M. T. DE, 1994). Questiono: a escuta desse paciente seria afetada por tais desarranjos? Possivelmente sim, uma vez que ele procura dar andamento ao texto, mas as sistematicidades sintomáticas cristalizam-se nessa fala e, assinala Lier-DeVitto, resistem à cronologia, falam contra a ideia de desenvolvimento – esse paciente não consegue "passar a outra coisa".

Em outro artigo, Lier-DeVitto (2003) amplia essa discussão. A autora diz que falas sintomáticas desrespeitam o tempo e pergunta: "de que vale, com efeito, a idade cronológica se o problema diz de uma insistência numa posição na linguagem?" (p.147). Ela prossegue:

> o organismo cresce, mas [...] a idade que se mede não corresponde ao "tempo de um sujeito" – tempo que as descrições de emissões de fala e sua correlação com uma

> escala temporal não pegam. Entendo que o tempo do sujeito no **sintoma é o da repetição de uma lógica estrutural, que suspende o tempo do "desenvolvimento** (p. 147-148, ênfase minha).

É mesmo isso que se pode inferir dos segmentos apresentados: falantes em idades cujas falas, tão estranhas, não são mais esperadas – suas "falas são inaceitáveis", como procurei exemplificar acima.

Os "erros esperados e aceitáveis" que emergem ao longo do processo de aquisição de linguagem, indiciam uma sistematização em curso – eles decaem e a criança "vai adiante". Os sintomas, diferentemente, prendem/paralisam o sujeito numa posição problemática. Frente a isso, Lier-DeVitto (2003) questiona "o que prende esse corpo falante? O que barra sua escuta para a língua constituída e deixa essa fala desalinhavada e esse corpo em falta?" (Ibid., p. 242). Respostas a essas questões são buscadas ao longo do atendimento de cada caso clínico.

Os três segmentos apresentados, consideradas suas heterogeneidades, apontam para o *rompimento da unidade* da língua (ANDRADE, 2001); trata-se de produções caóticas, *resultantes* da *relação [tumultuada] do sujeito com a língua* (LIER-DEVITTO, 2001; 2002; 2003; entre outros; CARVALHO, 2002). Elas não deixam de ser escutadas, não passam despercebidas à escuta do outro e/ou, muitas vezes, à do próprio sujeito. Como no caso de falas de crianças em aquisição, os erros sintomáticos também produzem efeitos dessemelhantes (DE LEMOS, 2002; LEMOS, M. T. DE, 2002) e dizem de um falante "*na corda bamba*": que não sustenta posição inteligível na linguagem. Mas, como disse, há erros que se fixam – são os

sintomáticos. Por isso, essas falas permitem que na clínica se faça a partição entre *"normal"* e *"patológico"*[11] (ARANTES, 2006a).

A seguir, vejamos outro segmento clínico retirado do trabalho de Fonseca (2002), relativo ao atendimento de um afásico:

Segmento 4

(T)erapeuta e (P)aciente:

T: O que o senhor leu? Daí, o que o senhor lembra que o senhor pode falar?

P: Tava chovendo (ri).

T: É.

P: Chovia mas o... tava... acabô os não tava arrumá, consertá as coisas, né? Num-num no tempo, mas não... Como é que eu vô falá? Ah, me perdi-perdi (ri).

T: Tava chovendo.

P: Tava chovendo.

T: Ahn?

P: Depois tinha-tinha, o outro relógio. Tava expricá a... Como é que eu vô falá?

T: Eles queriam consertar...

P: É

T: Eles queriam consertar... Por quê? Por que queriam que consertassem?

P: Que tinha com - tinha com/consertar. Não!

T: Tinha que consertar.

P: Consertá. Mas a...

[11] Partição que comporta complexidades, como aponta o artigo de Arantes (2006), que trata dos impasses que envolvem a distinção entre produções desviantes sintomáticas e não sintomáticas.

T: Por quê que tinha que consertar? Por que chovia muito?

P: É tinha chuva.

T: E o que acontecia quando chovia?

P: (SI).

A fala do paciente "*vem em pedaços*" (FONSECA, 2002) – o falante *falha* e não sustenta seu discurso. Ele é, contudo, afetado pelo que diz, como diz e pelos dizeres *que não lhe vêm.* Ele se interroga, por duas vezes, *Como é que eu vô falá? Ah, me perdi-perdi*! A escuta do clínico, não menos afetada pela trama significante que se articula na fala do afásico, busca, porém, não retirá-lo da posição de falante. Em outras palavras, busca garantir, ainda assim, a sua "ilusão de estar em controle de sua fala" (LIER-DEVITTO, FONSECA & LANDI, 2007, p. 20). É essa direção que Fonseca (2002 e outros) destaca em seu trabalho quando dá relevo às "falas em sofrimento" que adentram o espaço clínico.

Pois bem, a relação com a fala do paciente inclui uma articulação entre ela e a do clínico. Afinal, a *relação clínica é dialogal*. Essa condição faz pensar no que Lier-DeVitto (2005) nomeou de *"efeito bumerangue"*: a fala sintomática afeta aquele que fala e também aquele que ouve e, o efeito no outro, faz retornar um efeito para o falante. Questões clínicas de importância decorrem dessa situação – elas convocam a interpretação na clínica[12].

Pode-se compreender, assim, o interesse que tem a *noção de efeito* na Clínica de Linguagem. O clínico não controla a fala do paciente, mas deve procurar

[12] Não se deve perder de vista que essa relação não é dual. Há sempre um "terceiro" entre dois falantes: a língua.

um “rendimento”, que pode decorrer de um silêncio, de uma pergunta, de uma complementação ao dito, de uma repetição do enunciado do paciente, de um pedido de repetição. Quer dizer, são muitas as facetas da interpretação, mas ela deve ter em seu norte a ideia de rendimento e de sustentação da posição do falante em sua fala. Ligar a interpretação ao “efeito” é também desligá-la de uma preocupação de ouvir, perceber e descrever “erros” para, depois elaborar atividades de treinamentos corretivos.

Admite-se, na Clínica de Linguagem, a ordem própria da língua – um funcionamento que tem “ordem própria” e que não pode ser manejado pelo falante, como se vê nos segmentos acima apresentados. Escuta e interpretação de falas sintomáticas implicam, portanto, a articulação língua, sujeito e outro. Ao assumir essa tríade, pode-se dar reconhecimento aos limites impostos a um sujeito

> que sofre por efeito (da escuta do outro e, muitas vezes, da própria escuta) de desarranjos em sua fala e por conta de sua condição peculiar de falante (questão subjetiva que remete a um abalo na identificação com os outros falantes e a uma fratura no imaginário de controle sobre a própria fala) (LIER-DEVITTO, 2005, p. 144-145).

Como se pode ler, a fala sintomática provoca um duplo *efeito*: no próprio sujeito, que procura a clínica em busca de mudanças; e no clínico, que, a partir da afetação por essa fala em sua escuta, mobiliza um “manejo” terapêutico: com os efeitos da escuta na interpretação. Na Clínica de Linguagem, afirma-se que a escuta é afetada pela *materialidade de uma fala desconcertante*, pela *lógica que comanda a cadeia significante*... para como a *língua pressiona a fala do sujeito*... *pela dialogia entre terapeuta e paciente*. Mas, para que uma escuta clínica se institua, é preciso,

como diz Andrade (2005) que o clínico sustente “a articulação entre a universalidade de uma instância teórica particular e a singularidade incontornável de uma fala sintomática” (p.173).

A escuta envolve, ainda, um retorno à fala que excede a *fala-viva* que marca a cena clínica. Na Clínica de Linguagem, dá-se importância à relação *fala-dado*, ou seja, a materiais colhidos e transcritos das sessões, que se compõem com a instância teórica na constituição da escuta. Essa foi uma discussão que ganhou contornos nesta clínica a partir do artigo de Lier-DeVitto & Arantes (1998), que tocou na passagem do *“escutar”* na clínica para o *“ler”* depois do clinicar. Essa passagem mostrava duas posições de interpretação: (1) *em cena,* quando as falas de paciente e terapeuta se afetam mutuamente; (2) *fora de cena*, quando frente aos dados, o clínico se identifica com a posição de “investigador” e se deixa afetar pela teoria. Em 2001, Andrade dá sequência à discussão ao afirmar que uma reflexão sobre os efeitos da fala implica:

> distância daquilo que nos afeta diretamente – a circulação de dizeres na clínica... o imediatismo da fala na clínica não deixa lugar para uma separação nítida ou análise das falas que ali circulam... fala e falante estão, no instante em que uma fala se produz, indissoluvelmente ligados. Um discernimento só pode ser produzido em momento posterior, momento de tomada de distância do instante em que a fala e seu efeito se produzem (p. 261).

Arantes dá novo passo teórico-metodológico ao discutir o papel da transcrição de sessões na Clínica de Linguagem. Ela sustenta que a relação a uma transcrição “é inevitavelmente uma interpretação” (2001, p. 146) que, mesmo sem

ter a pretensão de resgatar objetivamente uma situação clínica vivida, permite ao clínico dizer:

> como o sintoma se articula na cadeia significante nesse resto visível de corpo e voz. Essa distância da clínica certamente situa o clínico de linguagem numa outra posição, posição que implica distância do efeito imediato da fala do paciente (p. 147).

Entende-se que uma vez distante dos efeitos imediatos da fala, o clínico pode "olhar" o material para responder com um dizer sobre a *articulação do sintoma na cadeia significante*. Esse gesto coloca o clínico em outra posição porque "a escrita invoca a escuta e a escuta invoca a teoria de linguagem que permite ler o material: interpretação que não dissocia, mas articula leitura e escrita" (p. 148). Note-se: na clínica, não há interpretação que não decorra de uma teorização.

De fato, o *material transcrito,* lido pela lupa de uma teoria, *afeta a posição do clínico* "fora da cena" (permite um dizer sobre a fala) e "em cena" (participa da instituição de uma *escuta clínica* - não leiga); participa, enfim, da *interpretação* e da *modalidade* em que ela vier a ocorrer (LIER-DE VITTO & ARANTES, 1998; ARANTES, 2001).

Arantes discute o assunto num acompanhamento clínico, que apresento, na íntegra, a seguir.

> Em supervisão de alunas da disciplina Avaliação de Linguagem, abordamos um caso que pode ilustrar a importância das transcrições. Trata-se da avaliação de C. uma criança de quatro anos e meio que, de acordo com os pais, até um ano e meio teve um desenvolvimento normal, inclusive de linguagem. Entretanto, seu desenvolvimento estancou e até mesmo "involuiu" (disseram eles), pois ele "deixou de comunicar-se com os outros".

Durante a primeira sessão de avaliação, chamou atenção o fato dela vocalizar (gemidos, choramingos) durante todo o tempo. Sua vocalização apresentava grande variação melódica, porém essas vocalizações não eram dirigidas ao outro - terapeuta. Uma vocalização contínua, sem interrupção.

Observei a sessão e em seguida discutimos os aspectos que mais nos afetaram. De sua fala, pudemos dizer apenas que era uma vocalização contínua, sem sentido, um longo gemido. As alunas foram orientadas a transcrever a filmagem.

Na semana seguinte, elas voltaram surpresas porque, durante a transcrição, puderam reconhecer 'pedaços de fala'. C. falava! Considerando que eu mesma havia observado a sessão e que nada pude discriminar, resolvi ouvir a fita com elas para mostrar que, quando fazemos uma transcrição, o fazemos "da posição de falantes de uma determinada língua" e que, muitas vezes, aproximamos fragmentos da criança a uma palavra, que atribuímos sentido a fragmentos (uma vez falantes, somos fadados a interpretar). Enfim, que deveríamos estar alertas para não atribuir ao paciente o que ele não produziu.

A surpresa foi então minha: de fato, naquele "choramingo", apareceram "palavras". Isso, nem mesmo minha escuta experiente para a fala de pacientes pode detectar. Vejamos o que as alunas transcreveram:

Segmento 5

(Criança deitada no chão como se estivesse fazendo um bonequinho voar).

T: *Ele só voa, esse MININININHO?*

P: **uiui_Aõ ... / CAI_aqui_na_miamão_o_iiii~u_MIMIININHO**

(Criança deitada e movimentando um bonequinho no chão)

T: *Onde ele vai passear (...)*

Quê que cê tá falando?Ah? Hein, C?

CAIU ...Você vai. Qué que foi?

P: **euunuum_so_aa_menininoonãããoo"**

.....

(Criança deitada no chão, olhando para suas mãos levantadas. Segura um peixinho numa delas e um bonequinho, na outra)

T: *cê tá querendo comê o peixe*

Não pode pôr na BOCA o bonequinho...

P: **Ábriiooo_BOCÃOO** (levando o objeto a boca)

.....

T: *Olha o CAMINHÃOZINHO andando aqui no braço do C, ó!*

P: **UÔÔÔNIBUStaduulado**

> A partir da transcrição da fita, em que se pôde ouvir palavras, na verdade, pôde-se ouvir mais – sequências – o que permitiu dizer que esta criança falava. Isso é diferente de afirmar que "a criança apenas vocaliza como se estivesse gemendo". Ou seja, a transcrição mudou a posição das alunas frente às produções de C.. Mais que isso, permitiu dizer algo a respeito dessa fala e desse falante - de seu modo de presença na linguagem.

Esse longo trecho de citação é esclarecedor em si mesmo e fala em favor da importância da gravação e da transcrição no delineamento da escuta clínica. A autora assinala que ao deslizar para uma posição de investigador, o clínico não abdica de sua posição e nem o material deixa de ser clínico – as impressões da fala na escuta não se perdem... a escuta fica mais refinada. Se quem transcreve o caso é o clínico, acrescenta a autora, ele o faz com sua "orelha de falante" (ARANTES,

2001) e, por isso, não fica frente a um *corpus* em sentido estrito[13]. A fala-viva fica na orelha do clínico e é essa marca em seu corpo que garante acesso à singularidade da fala sintomática quando o clínico se volta à transcrição; portanto, a fala-dado não pode ser reduzida a "mero dado de análise".

Firma-se, pelas vias acima abordadas, o compromisso do clínico de linguagem: é preciso assumir *posição teórico-clínica* para que a *escuta* e *interpretação* possam acontecer. Trata-se de posição frente à fala que diverge daquela do falante leigo e daquela do investigador, como procurei mostrar.

Não é simples supor distância temporal entre *escuta* e *interpretação* – talvez se possa refletir em termos de acontecimentos simultâneos. De todo modo, pode-se pensar que essas instâncias se distinguem se atribuirmos à interpretação o estatuto de um *ato linguístico* (clínico) efetivo. Dito de outro modo: a escuta é uma afetação/efeito no corpo, mais precisamente na orelha e, a interpretação, manifesta-se como fala (ou silêncio), mas tem como condição a escuta. É certo que essa divisão não exclui o fato de que a escuta seja, ela mesma, uma *instância interpretativa silenciosa* – nisso reside a questão: é interpretação, mas não é ato, ainda que este silêncio porte, como interpretação, um dizer.

Quanto à interpretação, destaco a dissertação de Spina-de-Carvalho (2003), que indica algumas modalidades interpretativas do clínico de linguagem: *pontuar, ressignificar, nomear, efetuar um corte, silenciar, interrogar, marcar*

[13] Segundo De Lemos, *corpus* (e seu plural, *corpora*) seria um conjunto de dados colhidos e transcritos que servem de referência à fala da criança, mas não é *a fala da criança* (ver Corpo & *Corpus*, 2003).

diferenças, transliterar[14]*.* Quando faço referência à interpretação enquanto *ato*, assento-me na ideia de que ela seja entendida em "sua dimensão de mudança - dando lugar ao imprevisível - e na sua dimensão temporal, o que só permite reconhecer um antes a partir do depois" (DE LEMOS, *no prelo*). Esse "reconhecer um antes a partir do depois" deixa claro que é no depois, depois do efeito que um ato produz, que se pode dizer se ele foi (ou não) uma interpretação – ela também, se apreende no efeito.

Com o psicanalista Dunker (2003), posso dizer que um *ato clínico* adquire sentido apenas numa cena – *um ato é uma ação em um lugar.* Ele é, por isso, não programado - emerge na imediaticidade dialógica da cena clínica. De fato, um ato interpretativo deve promover efeitos, mudanças linguísticas e, consequentemente, subjetivas (PONTES, 2003).

A questão da interpretação remete, ainda, à questão do saber. Segundo Lier-DeVitto (2004a), a posição do clínico frente à fala é sempre determinada por sua relação ao saber. Ele pode, diz a autora, *saturar a posição de saber* e apresentar-se como veículo cego de uma teoria. O caso se reduziria a "mais um" num conjunto de semelhantes/diferentes. Desse modo, o singular não teria vez, não haveria escuta para *o* caso – para a *fala-viva.* Nessa nuance, enquadram-se relações ditas "objetivas", mediadas por instrumentos, baterias de testes previamente elaborados de descrição - o saber, diz Lier-DeVitto, fica depositado no instrumento: é ele que sabe o que encontrar na fala. Outra postura – na verdade oposta à anterior - seria a posição em que a prática é valorizada (quase que

[14] Allouch (1995), ao falar de interpretação, se vale de algumas modalidades: tradução, transcrição e transliteração. Esses tópicos serão explorados no Capítulo 2.

exclusivamente) - muitos apostam em um saber intuitivo, advindo de suas *experiências clínicas* e deixam escapar a regulação teórica.

Há, porém, a posição defendida, por exemplo, pela Clínica de Linguagem, conforme aqui assumida – que sustenta *a tensão entre saber e não saber*[15]. Afirma-se, sob tal perspectiva, o que já abordei acima, isto é, que a **teoria é imprescindível para a constituição de uma escuta clínica para a fala.** A *teoria, porém,* é entendida como *"*não toda*"* (MILNER, 1987), já que se admite que "a face enigmática de cada caso faz aparecer a falta desse um na teoria*"* (LIER-DEVITTO, 2004a, p. 53). No instante clínico, "a teoria está lá, no corpo do clínico de linguagem... na sua escuta que não é qualquer, como qualquer não é sua posição frente à fala sintomática*"* (Ibid.).

Lier-DeVitto (2004a) empenha-se na distinção entre o clínico e o investigador frente à fala. A autora se aproxima dos trabalhos de Carvalho (2002; 2005; 2009), no campo da Aquisição de Linguagem, e se inquieta:

> procurei, recorrendo a Carvalho, conduzir a argumentação para a importância do estabelecimento de **uma linha de fronteira entre modos de relação à fala**, considerando o cientista e o clínico. Mas, Glória Carvalho perturba um tanto essa distinção porque o investigador ganha corpo em sua discussão (2004a, p. 55, ênfase minha).

Diante dessa inquietação, Lier-DeVitto dá um passo teórico importante para delimitar posições. A autora considera que o clínico frente a *corpora*[16] guarda na escuta os efeitos da cena clínica – os dados são de seu atendimento. Nesse

[15] É essa a postura adotada pelos pesquisadores do Projeto Aquisição, Patologia e Clínica de Linguagem, do qual faço parte.

[16] Para aprofundar na questão dos *"corpora*", ver De Lemos (2003) e Lier-DeVitto (2004a).

sentido, não são propriamente *corpora,* como vimos com Arantes (2001). O investigador, sim, opera com eles, já que *corpora* circulam de mão em mão (e na *internet*) sem relação à fala *in vivo*. A autora acentua o fato de que interesses do investigador e interesses do clínico respondem a éticas diferentes:

> a ética do cientista é, afinal, governada pela meta de produção de arcabouços teóricos, de compreensões ou sistemas totalizantes – o que não é pouco, nem inútil, nem menor: eles são legítimos e necessários à própria teorização... teorias são produtos dessa ética e elas são condição, não só para a instituição do corpo do investigador, como também para a constituição do corpo do clínico de linguagem (2004a, p. 55).

O investigador lida com *fala-exemplo*, generalizável - em que voz e corpo estão apagados (DE LEMOS, 2003). Não restam dúvidas de que esse apagamento, na clínica, diluiria sua especificidade. O material clínico *não é independente da fala-viva* e as noções de **escuta** e de **interpretação** são tributárias dessa condição. Essas noções serão discutidas, a partir dos trabalhos teóricos da Clínica de Linguagem, no próximo capítulo.

CAPÍTULO 2

ESCUTA E INTERPRETAÇÃO NA CLÍNICA DE LINGUAGEM

"... todo mundo quer aprender a falar. Ninguém quer aprender a ouvir..."

(Rubem Alves, Escutatória)

Neste capítulo, percorro os trabalhos de estudiosos do grupo de pesquisa *Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem* (LAEL-CNPq) que colocaram ênfase nas questões de escuta e interpretação para a fala sintomática. Para abordar estes conceitos, dirigi-me à produção bibliográfica guiada por alguns *operadores de leitura atrelados à escuta e à interpretação*, tais como, *fala sintomática, efeito, cadeia significante, diálogo clínico* e *mudanças na fala*. Esses operadores de leitura retratam nada menos que os principais alicerces teórico-clínicos constituintes desse campo. Saliento que os trabalhos estudados sustentam-se, sem exceção, nas direções teóricas desenvolvidas no Capítulo 1.

Dentre os trabalhos visitados, privilegio pesquisadoras que, substancialmente, deram destaque a questões relacionadas à escuta e à interpretação. São elas:

(1) Lourdes Andrade, em: ***Ouvir e escutar na constituição da Clínica de Linguagem*** (2003); e ***"Captação" ou "captura" – considerações sobre a relação do sujeito à fala*** (2006);

(2) Daniela Cristina Spina-de-Carvalho, em: ***Clínica de Linguagem: algumas considerações sobre interpretação*** (2003).

Começo a apresentação com os trabalhos de Lourdes Andrade.

2.1 – Ouvir e escutar na constituição da Clínica de Linguagem

A reflexão sobre a natureza da fala sintomática envolve, como vimos, o jogo contínuo entre as *marcas singulares de um caso* e a *objetividade teórica*. Lourdes Andrade assinala que essa reflexão se remete a uma relação que comporta *impasses*. De fato, a naturalidade, comumente inquestionada, se apoia em saber previamente o que procurar na fala para responder pelo fenômeno sintomático; ela não condiz com a "clínica da escuta e da interpretação" que procuro aqui discutir e sustentar. Esta clínica parte do fato de que a relação à fala é imprevisível - o sintoma não se traça por linhas de regularidade, isto é, não é acontecimento generalizável a todos os casos.

Este ponto nos lembra Freud – seus casos "têm nome próprio", quer dizer, cada caso é um caso, efetivamente. A Clínica de Linguagem caminha na mesma direção, aquela que encontra eco nas palavras de Quinet (2002):

> todo paciente novo implica a constituição da própria Psicanálise: **o saber que se tem sobre outros casos não vale de nada**, não pode ser transposto para aquele caso. Cada caso é, portanto, um caso novo e como tal, deve ser abordado (p.28, grifo meu).

É assim que se pensa e se procede na Clínica de Linguagem: as manifestações sintomáticas não se reproduzem, não têm extensão. Essa constatação exigiu esforço teórico, como vimos no capítulo anterior. Para enfrentar a fala sintomática é preciso teoria (e não instrumentos pré-estabelecidos). Qual é, então, o modo de aproximação à *materialidade linguística* na Clínica de Linguagem?

Um ângulo importante dessa questão foi teorizado por Andrade (2003), quando a autora discute a diferença entre ***ouvir*** *e* ***escutar*** que, segundo ela, *são posições distintas frente à fala sintomática*[17] - a elas subjazem roupagens teóricas diametralmente distintas. *Ouvir* remete ao discurso organicista e cognitivista sobre a percepção. Remete, ainda, à ideia de que a linguagem é naturalmente aprendida quando não se tem uma privação sensorial (auditiva). Uma hipótese como esta não afasta, portanto, um nível de habilidades orgânico-discriminatórias admitidas como suficientes para o acesso à fala do outro. Diferentemente, *escutar* não é habilidade que decorra de dotação orgânica ou de capacidade cognitiva – ela não é determinada, seja pela "fisiologia, seja pela cognição", diz a autora.

Baseada em Saussure (1916), Andrade afirma que a *escuta* é um *efeito impresso pela fala no corpo do falante*. Isso significa que, teoricamente, assume-se que a linguagem "é um terceiro" (LIER-DEVITTO & CARVALHO, 2008), com "ordem própria", não tangível pela via da Biologia ou de aportes cognitivistas. A situação que se coloca é a seguinte: reconhecer a ordem própria da língua obriga admitir que, para o ser-falante, não há a instância do "ouvir" porque sua orelha é marcada, desde

[17] Este ponto foi abordado, de forma breve, por Arantes (1994).

o início, pela fala/linguagem. Ou seja, *para o ser-falante só há escutar* – sustenta a Andrade (2003).

A discussão sobre *ouvir* e *escutar*, sem dúvidas, abriu distância entre a Fonoaudiologia tradicional e a Clínica de Linguagem no que diz respeito à abordagem e a escuta para a fala[18] e imprimiu, por consequência, modos particulares de manejo para cada clínica.

A concepção de que o ser-vivo "recebe estimulação e produz uma resposta [...] implica a ideia de indivíduo que tende à adaptação" (ANDRADE, 2006, p. 202) é recuada pela Clínica de Linguagem. No enquadre tradicional na Fonoaudiologia, *respostas desviantes na fala* indiciariam *falhas no aparato perceptual*, já que visadas organicistas e cognitivistas admitem "ligação intrínseca – ou natural – entre audição e linguagem..." (ANDRADE, 2005, p. 168). A autora ilumina o fato de que, nesses ambientes teóricos, *o linguístico não tem vez*: ele e o sujeito falante são excluídos "da explicação de problemas na fala e, portanto, na condução da prática clínica fonoaudiológica" (ANDRADE, 2003, p. 16). O fonoaudiólogo, lembra a pesquisadora, para dizer sobre o sintoma apoia-se no aspecto físico do som da fala (isolável por equipamentos e transcrições)[19] e busca estabelecer, a partir de correlatos orgânico-fisiológicos, o que eventualmente justifica a sua ocorrência. É assim que as "explicações" caminham no campo da

[18] Ressalto que não cabe aos meus interesses discutir as dessemelhanças (e desencontros) entre a Fonoaudiologia e a Clínica de Linguagem. Essa já foi uma discussão que ganhou peso em muitos outros trabalhos. Remeto o leitor a *alguns* deles: Pollonio (2005), Pollonio & Freire (2008), Lier-DeVitto (1995, 2000, 2003, 2006a), Andrade (2001, 2003, 2006), Arantes (2001), Fonseca (1995, 2002), Trigo (2004), Vasconcellos (1999, 2006, 2010), entre outros.

[19] Lembro aqui a discussão realizada por De Lemos (2003) – Corpo e *corpus* – e as discussões sobre *a fala-viva* introduzidas no Capítulo 1 e realizadas por Lier-DeVitto (2004a).

Fonoaudiologia - supõe-se que a linguagem esteja a serviço de representações internas.

Essa postura é indicativa da exclusão da *ordem própria da língua* e de uma reflexão sobre o *falante* a ela submetido. Tal exclusão faz com que o trabalho clínico insista em treinamentos e memorizações auditivo-discriminatórios, esclarece Andrade (2003). Aposta-se na ideia de que esses *exercícios* possam "estimular a percepção e a retenção cognitiva" da relação "entre forma fônica e o sentido, entre a pista ou som de apoio e a execução articulatória correta" (Ibid., p. 18). Sendo assim, não restam dúvidas de que essa posição frente à fala representa o *apagamento da linguagem e do sujeito-falante* (considera-se, a respeito do homem, um aparato *perceptual* e outro *mental*).

Em que pesem diferenças no que concerne às ênfases colocadas mais no orgânico ou mais no cognitivo, essas tendências coincidem sobre a pouca importância dada à relação falante-linguagem e ao corpo-falante. Assim, o sintoma na fala acaba reduzido a uma face articulatória e/ou perceptiva e é entendido como "*falta de controle do sujeito sobre a fala*", como "*falta de conhecimento sobre a linguagem*", como "*índice de não saber*", afirma Andrade.

A noção de sintoma, na Clínica de Linguagem, decorre do compromisso assumido com a heterogeneidade sintomática e com uma teorização que envolve compromisso com a ordem própria da língua e com a hipótese do inconsciente. Interessa lembrar que Saussure retira a linguagem da esfera do organismo e da cognição e que Freud toma distância do discurso médico, que envolve um pensamento nosológico estrito (tendência a relacionar sinais a quadros clínicos). O

sintoma, na esfera psíquica, passa a ser um *mal-estar* de que o sujeito quer se livrar. Na Psicanálise, o sintoma porta um sentido que se abre, na clínica, à interpretação. Na Clínica de Linguagem, o sintoma aparece às claras na superfície manifesta da fala e afeta (psiquicamente) o sujeito. Em uma e outra clínica, contudo, *o sintoma interroga*.

Sob esta ótica, produzir um dizer sobre os sintomas na fala implica reconhecer que: (1) são ocorrências desarranjadas e imprevisíveis que se cristalizam na fala de um sujeito; (2) há um modo particular de problema na relação do sujeito com a linguagem; (3) são manifestações que implicam sofrimento do falante frente a sua fala e a sua condição de falante. Essas manifestações demandam escuta clínica e interpretação.

O conceito de interpretação não é transparente. Interpretar não significa unicamente "atribuir sentido ao sintoma". No caso do sintoma na fala, o sentido é enigmático para o clínico e está lá, submerso nos desarranjos da fala do paciente que, comumente, está *ao lado do que diz* (LACAN, 1955 [1984]). Assim, se há sentido a "atribuir", esse sentido é, para o clínico, da ordem da *decifração* do que o sujeito "quer dizer". O problema para o clínico de linguagem, como se vê, localiza-se na *trama significante* de uma fala que resiste à "adaptação". A *interpretação* incide sobre ela, no sentido de atingir, no limite, a escuta do próprio falante.

Note-se que na afirmação acima está implícita à noção de interpretação um*a posição do clínico de linguagem* que, como já vimos, não perde de vista a articulação entre "saber" teórico e "não saber" sobre a fala do paciente: "a clínica de

linguagem deve levar em conta (...) o imprevisível que marca o encontro do paciente com o terapeuta e de ambos com o sintoma" (FONSECA, 2002, p. 252).

Assim, respaldada nas assunções teóricas desenvolvidas no âmbito do Grupo de Pesquisa *Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem*, clínicos e pesquisadores a ele ligados opõem-se à ideia de transparência do sintoma (porque há sujeito) e à postura estritamente corretiva (adaptativa) que têm caracterizado a prática do fonoaudiólogo.

2.2 - Fundamentos teóricos e a construção do conceito de escuta e de interpretação

De fato, desde Saussure, não se pode mesmo falar em "transparência" da linguagem: "a língua não oferece unidades perceptíveis à primeira vista" (ANDRADE, 2003, p. 123). E mais, para se refletir sobre escuta e interpretação, é preciso considerar que "jamais um fragmento de língua poderá basear-se [...] noutra coisa que não seja sua não-coincidência com o resto (Ibid., p. 137-138). Diz o mestre genebrino:

> o significante linguístico não é de modo algum fônico... é constituído não por sua substância material, mas unicamente pelas diferenças que separam sua imagem acústica de todas as outras (Ibid., p. 138).

Desse modo, pode-se entender o tema da ***imprevisibilidade da fala***: ele se liga ao fato de que as unidades *não são prévias* (afirma Saussure), mas *efeitos de relações*.

Por isso, unidades não podem ser apreendidas enquanto elementos sonoros isolados *quando se aborda a fala de um falante*, como na clínica.

Saussure não teorizou sobre o sujeito-falante, mas o fato de criar *la langue* como objeto da Linguística, "autônomo" e anterior ao falante, retirou do indivíduo o controle sobre a fala; reitero: *"*a língua é carta forçada" (SAUSSURE, 1916, p. 85). Segundo o autor, afasta-se o sujeito psicológico da esfera da Linguística. Entende-se porque não são as condições perceptuais - cognitivas que governam o acesso à linguagem. Andrade (2006) é certeira: o gesto saussureano, diz ela, "abre caminho para uma escuta para a fala, ou seja, para as operações da língua que nela ocorrem" (p. 204).

A partir da fundação da ciência da linguagem por Saussure e das teorizações de Jakobson e Benveniste que se empenharam em articular língua e fala, foram os trabalhos de De Lemos (1992, 1995, 2002 e outros) e, depois com ela, Pereira de Castro (1997; 1998; 2002, 2003a, 2003b) e Lier-DeVitto (1994; 1995; 1998 e outros) que deram visibilidade ao esforço teórico de depreender a *incidência da ordem própria da língua na singularidade da fala de um sujeito falante*. Esse esforço foi decisivo na teorização da Clínica de Linguagem, que só poderia ser erigida sob discussões que considerassem a problemática sujeito-linguagem. Essa condição está presente em discussões já realizadas aqui sobre escuta e interpretação *para a fala de um falante*.

Como disse acima, a reflexão de Andrade (2001; 2003; 2005; 2006) firma o compromisso do clínico de linguagem em **sustentar uma escuta para a**

singularidade de uma fala. Quanto à interpretação, ela não está sob condição diversa. Admite-se, na Clínica de Linguagem, que

> embora a marca de uma inscrição teórica seja fundamental à escuta do terapeuta, **o imediatismo e a imprevisibilidade do instante clínico [...] exigem uma interpretação [singular]** (ANDRADE, 2005, p. 173, ênfase minha).

Se a teoria marca o corpo do clínico, é importante considerar que essa teorização sustenta um "não-saber" frente à fala de um paciente. A articulação entre escuta e interpretação pode ser realizada, então, ao nível teórico: a *escuta clínica* para o singular de uma fala move o *ato interpretativo,* que aposta em seus efeitos de mudanças.

A título de iluminar as novidades clínicas que envolvem a escuta e a interpretação, introduzidas pelos compromissos assumidos com a teorização sobre a linguagem e com a especificidade da fala sintomática, convém acompanhar Andrade (2003; 2006) quando ela apresenta alguns segmentos do atendimento de uma criança.

Segmentos 1

T. e P. brincando de montar casas para animais.
(18/04)

T: E a vaca vai conse**gui** subi até essa mesa?

P: Vá cunsi**gu**i.

T: Vai? Ah, então tá.

P: Sei lá si ela vai cunsi**gui**.

T: Ah, cê num sabe? Talvez tenha que pe**gá** uma ***esca***da pra ela che**gá** lá em cima, hein?

P: O que a ***escá*rgui** // Ela tem qui // tem qui subi lá no sôite //

já pensô si ela cai?

T: Já pensô?!

Segmentos 2 e 3

T. e P. fazendo comida para os bichos.
(6/04)

T: Todo mundo vai comê peixe?

P: Vai cumê.

T: Ninguém come **carne de vaca**, não?

P: Come. I **us sanchugan** (SI)///
Já cumeu, ó.

T: Já comeu?

P: Ele vai dumi aqui, ó ///
Acentô ////

(18/04)

T: Eu num achei, eu já olhei aí // Ó, isso daí é band-aid para colocar no **machucado** quando cair, ó!. Então, se algum deles cair a gente põe band-aid pra não deixar o **sangue** sair

P: Ó. Ache um tampa da/ da/ sabe di qui é essa tampa aí? Da banana **da vaca**.

T: Hum. Quê que a **vaca** ta fazendo lá no cantinho, hein?

P: Ela tá fazendo/ ela tá fazendo **suco**. Ela tá fazendo é **san**/ é umgual carne.

T: Carne.

P: É **surrasco**.

Produções enigmáticas como "*escárgui*" (**Segmento 1**), "*us sanchugan*" (**Segmentos 2 e 3**) demandam interpretação. Note-se que o procedimento clínico

está longe de ser caracterizado como de "atribuição de sentido". A rigor, a fala da terapeuta, mais interrogativa que afirmativa, impulsiona modificações nos enunciados da criança. Modificações que podem levar a produções mais estranhas, que intrigam e pressionam a decifração. É o caso das aglutinações significantes mencionadas, que condensam cenas vividas de forma perturbadora. Essas aglutinações podem resultar de composições entre fragmentos do diálogo clínico, como é o caso de "*escárgui*" (***esca**da* e *conse**gui***) - não sem introduzir restos inapreensíveis (uma acentuação inesperada e um "r" no interior da pseudo-palavra enunciada).

Nos **episódios 2** e **3**, temos "*us sanchugan*" que cruza vivências em tempos diferentes. Temos uma produção que por não poder ser reconhecida na relação com a fala da terapeuta em **6/04,** permanece indagada. No diálogo de **18/04**, aparece, no entanto, as palavras ***"sangue", "vaca", "carne", "surrasco"***. Elas relacionam os **segmentos 2** e **3** através do enunciado da terapeuta em 2 ("*ninguém come **carne de vaca**, não?*"), como favorecem a decifração de "*us sanchugan*", que articula pedaços de "**san**gue", "ma**chu**cado" e "**su**rrasco" - e condensa uma vivência. A escuta teórica da terapeuta apreende, ainda, que "***suco***" está em "***su**rras**co***", assim como, em sequência invertida, em "***us** sanchugan*".

Ocorrências como estas mostram bem que o clínico de linguagem suporta ficar "fora do sentido", suporta seu "não-saber" sobre composições enigmáticas. A interpretação envolve "espera" por desdobramentos significantes na fala do paciente. Ela interroga antes de concluir e, assim, assume ares de decifração[20].

[20] Andrade discute que, embora pareça estranho, é o **segmento 3** que elucida o que ocorre no **segmento 2** (cronologicamente anterior). É nessa direção que se pode pensar sobre a cadeia significante: não é o tempo cronológico que rege o seu movimento – não se trata de uma linearidade.

Falar em aglutinação ou condensação é o mesmo que suspender o tempo cronológico. Essa ideia está em Freud (que subverte a linearidade do arco reflexo), como lembra Andrade, e também em Saussure, que introduz "as relações associativas a partir das quais ganha força a tensão entre elementos ausentes e presentes na cadeia" (ANDRADE, 2003, p. 121). "Ausências" que remetem a um tempo lógico - escuta e interpretação ficam sob o comando desse tempo que é relacional (e não consecutivo), já que a língua, como diz Normand, *"*passa seu tempo a interpretar e a decompor [...] essa é sua carreira*"* (2000, p. 121 – *apud* ANDRADE, 2003).

As composições enigmáticas como as que pudemos ver, remetem para o problema da escuta dessas crianças para a fala, ou seja, as segmentações estranhas interrogam a natureza de sua relação com o outro e com a língua. Os segmentos retirados do outro são desconcertantes, na medida em que não chegam a formar uma palavra da língua portuguesa. A escuta do sujeito-paciente para a própria fala e para a fala do outro é de interesse clínico fundamental – afinal, este é seu problema de fundo, o de não fazer corpo com a fala da comunidade. O interesse do clínico é poder afetar a escuta do sujeito-falante de forma que ele possa ultrapassar a paralisia desarranjada de sua fala e "passe a outra coisa". Note-se, portanto, que não se recorre a exercícios articulatórios, de discriminação auditiva ou de memorização.

Falar em *escuta* e em *interpretação* envolve a relação entre falas/falantes atravessada pela língua. Não é sem razão que, influenciadas pela Clínica de Linguagem, Pollonio (2005) e Pollonio & Freire (2008) disseram que é na/pela linguagem que o acontecimento terapêutico encontra lugar.

Resumidamente, a *escuta clínica* não é *gesto neutro* (ANDRADE, 2001), como já repetido nesta tese: ela é instituída pelo *efeito do reconhecimento da ordem própria da língua* - na escuta "há inscrição teórica" (Ibid., p. 265), como procurei mostrar com os segmentos comentados. E, como também apontei, a escuta é "fio condutor" para *a interpretação*[21] - uma escuta que acompanha o movimento das cadeias significantes. A Clínica de Linguagem, afetada por ocorrências ou combinatórias insólitas na fala dos pacientes, as toma como enigmas interrogantes e não como formas desadaptadas a serem corrigidas em sentido estrito.

A partir destas colocações, passo ao trabalho de Daniela Cristina Spina-de-Carvalho (2003), que amplia discussões sobre a *interpretação* na Clínica de Linguagem.

2.3 – Clínica de Linguagem: algumas considerações sobre interpretação

Spina-de-Carvalho (2003) dedicou um trabalho extenso à questão da *interpretação* na Clínica de Linguagem com crianças. Seu mestrado merece especial atenção, pois ele tematiza e explora uma problemática que coloco em foco neste trabalho, que envolve as *vicissitudes da interpretação na Clínica de Linguagem*.

A autora chama a atenção para o fato de ter sido na década de 80 que, na Fonoaudiologia, o termo *interpretação* começou a circular. A possível razão para isso foi o interesse pela constituição de uma clínica distanciada do caráter médico-

[21] Lembro, mais uma vez, que a escuta "em cena" e "fora de cena" (discutida por Andrade (2001) e Arantes (2001)) são decisivas na constituição da escuta para a fala. Quero chamar a atenção para a importância clínica de remissão aos dados colhidos e transcritos. Foi essa possibilidade técnico-metodológica que permitiu outra relação do clínico de escuta e interpretação para a fala.

organicista, cujo tripé se sustentava nos ideais da objetividade, eficácia da observação e regularização de comportamentos. Até então, *interpretação* foi termo desinteressante para o campo por razões óbvias: não se considerava a "heterogeneidade desconcertante dos quadros sintomáticos de linguagem" (SPINA-DE-CARVALHO, 2003, p. 01) e nem o caráter *imprevisível* de cada caso clínico. Para se chegar a isso, seria preciso admitir imprevisibilidade (afastar o ideal de objetividade) – admitir, enfim, que "há falta na teoria" e, portanto, o conhecimento prévio não poderia prever a marca inédita de cada caso clínico (FARIA & TRIGO, 2004).

Pode-se afirmar que, embora o termo tenha circulado no âmbito da Fonoaudiologia depois de 1980, ele só recebeu uma discussão teórica mais consistente nas teorizações da Clínica de Linguagem, que se voltou para a importância da definição da *especificidade da interpretação clínica de falas sintomáticas.* A primeira afirmação, como mostra Spina-de-Carvalho, foi a de indicar sua função: "interromper a prisão de um sujeito em seu sintoma" (2003, p. 69). Em outras palavras: na Clínica de Linguagem, a *interpretação* é movida pelo desejo de promover mudanças na fala sintomática e/ou na condição do falante.

Essa postura clínica, conforme assinala a pesquisadora, implica o "abandono na confiança da observação" (Ibid., p. 15) ao se voltar para a fala sintomática; o clínico não prevê/antecipa resultados e não intenta regularizar/adaptar comportamentos. Ele aposta em efeitos dialógicos na escuta do sujeito – o tempo é o do sujeito.

Spina-de-Carvalho indica algumas modalidades que pode tomar a interpretação. O clínico pode *estranhar*, *atribuir sentidos*, *interrogar, silenciar, inserir*

fragmentos da fala do paciente numa cadeia/texto, repetir/espelhar a fala do paciente. Interessa, mais que tudo, porém, a afirmação de que não há prescrição possível para essas modalidades porque um caso não instrui outro, nem é possível prever o tipo de afetação que uma fala promoverá na escuta do clínico. Desse modo, esse elenco apresentado por Spina-de-Carvalho está longe de poder ser tomado como uma taxonomia, já que ele é incompleto e impreciso (mesmo porque muitas outras possibilidades poderiam ser ali acrescentadas). Importa, de fato, que *não há prescrição para a interpretação*.

Outro ponto de maior interesse no trabalho da autora é a afirmação de que a *interpretação* liga-se ao *efeito* de uma fala. Ou seja, "nem toda fala é interpretação" (SPINA-DE-CARVALHO, 2003, p. 12). É preciso pensar que a *interpretação não está sob o controle do terapeuta* e sim que ela é reconhecida como tal no efeito/afetação produzidos no paciente – é isso que a referenda. Nesse sentido, são ilustrações iluminadoras os deslocamentos ocorridos nas falas das crianças promovidas pelos enunciados/perguntas da terapeuta, por *interpretações* – como apontam os segmentos de Andrade, apresentados acima. Notam-se, neles, falas sintomáticas "em movimento", "passando a outra coisa".

No trabalho de Spina-de-Carvalho há clara e declarada aproximação à Psicanálise. A autora se dirigiu a dois psicanalistas: **Jean Allouch** (1995), em *Letra a Letra,* e **Ângela Vorcaro**[22] (1997), em *A criança na clínica psicanalítica* - estudiosos que se empenharam em distinguir o estatuto da interpretação na Psicanálise. Esse empenho perpassou uma relação à Psicologia, discussão que

[22] Em seu livro, Vorcaro mobiliza as noções discutidas por Allouch tomando-as como base para discutir as questões diagnósticas na clínica psicanalítica com crianças.

interessa ser retomada na medida em que esse campo ainda serve, em grande escala, de influência para a clínica fonoaudiológica tradicional[23] e a Psicanálise afeta substancialmente a Clínica de Linguagem.

Assim, Spina-de-Carvalho, a partir de Allouch, indicou a existência na Psicanálise de três "*tendências interpretativas*": *transcrição, tradução e transliteração*. Ela lê essas tendências com Vorcaro, que enfatizou o fato de as duas primeiras – *transcrição descritiva* (guiada pelo ideal classificatório) e a *tradução compreensiva* (guiada pelo imaginário da atribuição de sentido) – serem bem afinadas com os objetivos da clínica médica e psicológica, que têm norteado a prática fonoaudiológica. A primeira não coloca em dúvida o poder da percepção/observação na apreensão de sinais e sintomas e, a segunda, aposta na certeza do clínico chegar ao significado do sintoma. A *transliteração* distingue-se neste trinômio. Ela é a modalidade interpretativa que rege a clínica psicanalítica e que interessa à Clínica de Linguagem[24].

Como se definem as três tendências interpretativas segundo Allouch?

A transcrição é uma *operação no real* que possibilita:

> escrever regulando o escrito com base em alguma coisa fora do campo da linguagem [...] mas, a partir do momento em que se transcreve, entra-se no campo da linguagem e o objeto produzido pela transcrição nunca é mais que objeto determinado, ele também, pela linguagem (Allouch, 1995, p. 15).

[23] Essa foi uma discussão que encaminhei em minha dissertação de mestrado, "O brincar e a clínica fonoaudiológica" (2005; PUC-SP) e ainda no artigo "O brincar na clínica fonoaudiológica" (POLLONIO & FREIRE, 2008).

[24] Convém ressaltar que as três operações não acontecem de maneira isolada e nem são excludentes; elas se articulam e, nesse movimento, há a prevalência de uma sobre as outras.

Para tornar essa citação mais apreensível, tomemos o exemplo de Allouch. Ele faz menção à *transcrição fonética.* Através dela, um *som* é reconhecido como *não linguístico* até que, sob a condição de fonema (lançado na rede relacional) ele é alçado na cadeia ao funcionamento simbólico – ali ele, na oposição com todos os outros fonemas de uma língua, adquire um *valor*. Note-se que a transcrição, segundo ele, mesmo voltada para a própria coisa transcrita (isolada), não interfere no objeto notado - o objeto anotado nunca será tal qual o objeto obtido. Residiria nisso o seu caráter de impossível, de rastro, de traço: a transcrição esbarra no ponto do real que não é simbolizável e exige o apoio da tradução ou da transliteração.

A tradução, por sua vez, é uma *operação imaginária* que dá prevalência ao sentido único, à antecipação: à interpretação baseada na literalidade do acontecimento. É a *busca pela significação* que está no bojo desta operação. Assim, mesmo reconhecendo obstáculos na busca pelo sentido, o intérprete-tradutor persiste na busca de um sentido[25]. Trata-se do que Allouch nomeou de "prática não teorizável" (1995, p. 16) – fica na dependência da projeção de sentido do terapeuta.

No caso da *transliteração*, tem-se uma *operação simbólica*, que dá primazia à letra[26] e ao modo como ela assume o significante. A *escuta para os significantes* acontecem mediante a uma leitura de *deciframento* que, embora tenha o seu "*ponto de partida na transcrição*", ganha o seu valor no "*só-depois*"**,** na relação

[25] Quando o sentido se esvai, o tradutor parte em direção de uma nova ancoragem interpretativa, pois sustentar o não saber ou o não todo lhe parece inviável.

[26] O conceito de letra, alçado por Lacan, adquiriu acepções diversas ao longo de sua obra. Letra como fonema em *A instância da Letra*; letra como texto escrito; partícula significante; essência de significante - diferente de signo; redutível ao traço (Seminário IX); limite entre saber e gozo – o significante está no simbólico e a letra, no real (Seminário XVIII); letra algébrica constituinte dos matemas/ideal de transmissão (Seminário XX). Ressalto, contudo, que essa discussão não será ampliada em meu estudo.

significante. Transliterar envolve uma operação de leitura com o escrito, relacionando-o a outros escritos. É esse jogo que permite a *escuta clínica*. Nos termos de Allouch:

> a transliteração não basta, por si só, para definir um modo de leitura [...] sua entrada em jogo na leitura é uma operação simbólica que se verifica, em cada caso, estar articulada às duas outras operações, que são a tradução (do registro do imaginário) e a transcrição (operação real) (1995, p. 15).

Esta é a interpretação que vigora na prática analítica – ela se afasta da leitura psicologizante (inclusive na Psicanálise) e visa a trazer à consciência conteúdos inconscientes. Entende-se o porquê de Allouch afirmar ser preciso "não traduzir para transportar o sentido, mas **traduzir para ter significante** sobre o qual assentar o apoio homofônico da transliteração" (Ibid., p. 127-128, grifo do autor). Em outros termos: em uma operação simbólica, vale a articulação de fragmentos significantes a outras cadeias, pois, conforme enunciou Allouch, transliterar não é *ler entre as linhas, mas considerar cada linha*. Não é outra a direção da interpretação da Clínica de Linguagem, como procurei mostrar teoricamente e em segmentos clínicos. Há diferenças em relação à Psicanálise, contudo: *o que convoca e interroga a Clínica de Linguagem são os desarranjos na fala, que fazem sofrer um falante: são os desarranjos que o isolam dos demais falantes de uma língua (a sua).*

Interessa caminhar um pouco mais nessa discussão de Allouch com Vorcaro (1997), porque aquilo que ela diz da Psicologia vale para a Fonoaudiologia (ARANTES, 2001). A autora afirma que a Psicologia alça a *observação* como critério de "validade científica" e, em decorrência disso, o que se observa nas manifestações sintomáticas passa a ser *descrito classificatoriamente* ou *traduzido*

compreensivamente. Interessado na *descrição classificatória*, o clínico codifica a manifestação do paciente em um *referencial* – tido como padrão de "*normalidade*", que servirá de modelo para a comparação de uma *performance estranha,* que será concebida como *desviante e patológica.* Nesse caso, diz Vorcaro, é a *ciência que responde pela interpretação* ao enquadrar/encaixar o paciente em um código previamente estabelecido (em quadros nosográficos). Há aqui "identificação do clínico com o saber". Nesse enquadre, mantém-se "apagado o resto que singulariza cada um... [pois se] procura a identidade desse paciente aos quadros já descritos e classificados" (VORCARO, 1997, p. 40; acréscimo meu).

A *tradução compreensiva* "rege as práticas psicodiagnósticas como fonte de produção de sentido. Assim, qualquer manifestação [...] adquire o mesmo estatuto: evoca sentidos" (Ibid., p. 42). A busca pelo sentido é movida, como dito acima, *pela intuição (subjetividade) do clínico.* Há crença, portanto, na *competência pessoal* à revelia de uma regulação teórica. É forte, nesse caso, a "cumplicidade entre percepção e representação" (SPINA-DE-CARVALHO, 2003, p. 19) - o clínico não desconfia de sua observação. A dilatação da subjetividade do clínico - sua "ilusão de saber" – apaga, igualmente, a singularidade sintomática de um paciente. Sendo assim, esvai o sentido de "interpretação" - o sintoma é visto como transparência e perde o valor de enigma próprio de uma manifestação sintomática.

Nessas duas possibilidades - tão frequentes na clínica psicológica e fonoaudiológica (eu acrescento) – "dissipa-se o que provocou estranhamento" (VORCARO, 1997, p. 45) no clínico e, com isso:

> tudo o que concerne às posições subjetivas... ele se acha justificado para decidir enquanto mestre absoluto, não podendo

> ninguém duvidar que ele sabe melhor que qualquer outro (CLAVREUL, 1983, p. 184-185).

Uma interpretação, que leve em conta o singular, não seleciona materiais ou fragmentos segundo expectativas do clínico. A interpretação enquanto transliteração é operação simbólica e, como tal, visa à *lógica de ciframento pelos significantes*, certamente porque *la langue*, após Saussure, é sistema de termos articulados: o valor de um termo, como vimos, requer a presença de outros - a manutenção de relações diferenciais. Entende-se porque Vorcaro (1997) afirma que aquilo que se escuta é o significante e ele não responde diretamente (previamente) pela significação. O clínico alcança possibilidades de sentidos no "só-depois", conforme indicou Allouch.

Suspende-se o olhar, a certeza da observação, a univocidade do significado e afirma-se o poder da escuta na interpretação porque, segundo Spina-de-Carvalho: "ao inscrever-se na linguagem, o valor de uma manifestação notada/anotada não se estanca no jogo de equivalências e nem se esgota no sentido do terapeuta" (2003, p. 24). Neste cenário, afirma a autora, *nenhuma interpretação é previsível ou definitiva*, pois: (1) a linguagem é evanescente; (2) a teoria não porta uma totalidade capaz de esclarecer todas as nuances de um caso; (3) não se sustenta a autonomia imaginária de quem interpreta.

A certeza de uma interpretação esbarra, portanto, na inevitável opacidade de um caso clínico. O clínico não antecipa o que dirá e muito menos pode antever os efeitos de sua interpretação. Ciente de sua posição, ele sabe *quando e como falar* - sua técnica é regulada pela teoria. Assim pensa a Clínica de Linguagem.

Spina-de-Carvalho, já em 2003, aponta a transliteração como nodal nessa clínica, justamente porque nela não está em causa traduzir a fala do paciente nem descrever, *stricto sensu*, os movimentos da fala sintomática, como procurei discutir. Na Clínica de Linguagem, escutar e interpretar/transliterar equivale a deixar-se afetar por articulações e movimentos de cadeias significantes, que se articulam no diálogo clínico entre terapeuta e paciente.

O trânsito da expressão "interpretação enquanto transliteração" poderia adentrar simultaneamente dois espaços clínicos, o da Psicanálise e o da Clínica de Linguagem? Sim, no sentido de que a escuta e interpretação são dirigidas pelo significante, mas na Clínica de Linguagem é a fala sintomática que as afeta e as conduz. Ali, como diz Tesser:

> a escuta é para a fala e para o diálogo [na qual o clínico se deixa] afetar pela densidade significante de falas faltosas, truncadas, inconclusas. O ato clínico não se sustenta no significado (comumente abalado ou mesmo diluído no movimento das falas sintomáticas) (2007, p. 75).

Pode-se dizer que a interpretação incide sobre a materialidade da fala, para o que nela está desarranjado, desalinhado e "não visa a o que [o paciente] quis dizer ou a um sentido oculto do sintoma" (SPINA-DE-CARVALHO, 2003, p. 134; acréscimo meu).

Procurei mostrar, neste final de capítulo, que *escuta e interpretação* na Clínica de Linguagem passam pelo precioso (e nada fácil) encontro com a Psicanálise. Dentre as várias razões para esse encontro, destaco, de um lado, que esse campo marca a indissociável relação entre teoria e prática (há uma *práxis* ética e estruturalmente constituída a partir da hipótese do inconsciente) e da importância

que dá à linguagem. De outro lado, convém lembrar que é do interior desse campo clínico que vêm as noções de escuta e interpretação. Por isso, dirijo-me à Psicanálise no próximo capítulo.

CAPÍTULO 3

ESCUTA E INTERPRETAÇÃO: UM PERCURSO PELA PSICANÁLISE

"O analista não tem medo do silêncio [...]; ele não escuta somente o que está nas palavras, escuta também o que as palavras não dizem. Escuta com a "terceira orelha"... **(Theodor Reik).**

Tendo em vista o que já foi discutido até o final do Capítulo 2, a presença da Psicanálise nesta tese tem uma função estratégica – a de permitir uma delimitação mais clara entre escuta e interpretação em dois campos e duas clínicas (clínica de linguagem e psicanalítica). Como vimos, se há distanciamento quanto ao pensamento psicológico e médico, o fato de a escuta estar voltada para o traçado do significante e ser esta escuta que impulsiona uma interpretação, há necessidade de precisar diferenças. Além do que, teoricamente, a Psicanálise (com Lacan) não deixou de recorrer à mesma fonte teórica que a Clínica de Linguagem – refiro-me ao estruturalismo europeu, que tem em Saussure e Jakobson seus expoentes máximos. Nem por isso, a Psicanálise é "uma Linguística" (assim como a Clínica de Linguagem não é Linguística ou Psicanálise).

O analista, como se lê na epígrafe acima, *escuta* com a "terceira orelha": aquela teoricamente instrumentalizada sobre o inconsciente. Essa escuta instituída

pela teoria não dispensa a palavra: escuta o que o enunciado contém, mas esconde (aquilo que foi recalcado) e, ainda, recolhe os lapsos, os atos falhos, os chistes, os mal-entendidos. Dito de outro modo, a teoria institui uma escuta que recolhe o que tropeça, aquilo que se intromete *numa fala encadeada e bem formada* de um analisante, isto é, a escuta do psicanalista é tocada pelo que nela emerge de contrassenso, pelo descompasso na cadência, pelos desvios de rota do sentido, pelo que pode gerar hesitação ou interrupção. Insisto neste momento sobre *o quê da fala importa ao/para o psicanalista (o quê é fala para o psicanalista)* – é *fala-viva*, sem dúvida, mas *não é fala sintomática* no sentido dela se apresentar numa articulação que pode beirar uma "não língua" (VORCARO, 2000). Não é essa fala que interroga um psicanalista.

A Psicanálise "passa pelo exercício da fala*"* (MILNER, 1995 [2010], p. 05); a fala tem a função de evocar o inconsciente, mas essa clínica a *ultrapassa* ao privilegiar o que designa como "manifestações do inconsciente" (lapsos, chistes e atos falhos), mal-entendidos, esquecimentos e sonhos.

Para tratar, ainda que sucintamente, das noções que interrogam esta pesquisa, visitei textos freudianos - que abordo na primeira parte deste capítulo – e Escritos e Seminários de Lacan - que serão trazidos na segunda parte.

Reafirmo que o "diálogo teórico" estabelecido com a Psicanálise não tem a pretensão de encontrar caminhos para responder às questões que pertencem à Clínica de Linguagem, mas para tentar, nesse encontro, delimitar singularidades. Não espero encontrar, portanto, no percurso tecido sobre o campo psicanalítico, respostas sobre como proceder, fazer ou agir. Isso seria, entendo, sinônimo de um abandono de compromisso com as *falas sintomáticas.* Considero ser possível dizer

que a Psicanálise e a Clínica de Linguagem partilham de um mesmo ideal clínico (escuta para o significante e compromisso com o singular), mas a "clínica ideal" para um e para outro campo não é compartilhada[27].

Nessa direção, certos fundamentos estão na base desses campos - o reconhecimento da hipótese do inconsciente e da ordem própria da língua – em que pesem diferenças de encaminhamento teórico, que impõem dominâncias e privilégios na exploração de conceitos e noções em cada um desses territórios. Espero que este capítulo favoreça meu intuito de distinguir as noções de escuta e interpretação, conforme se apresentam na Psicanálise e na Clínica de Linguagem.

3.1 – Na trilha de Freud...

Embora se possa falar em "tempos" da obra freudiana (a passagem dos trabalhos substancialmente médico-neurológicos em direção à Psicanálise; o posterior corte epistemológico marcado pela publicação da *Interpretação dos sonhos* e o incessante desenvolvimento posterior da teorização), é inegável que Freud se afasta completamente do raciocínio racionalista que vigorava nos estudos científicos e filosóficos.

Pode-se, sem medo de incorrer em erro, falar em "distanciamento radical" em relação a essas esferas do pensamento ou, então, em "revolução freudiana": Freud retira o sujeito do centro do controle de suas ações e pensamentos: "a razão, depois de Freud é outra", como disse Lacan, uma vez que Freud propõe uma

[27] Utilizo, aqui, uma montagem enunciativa que está em Milner (1987) quando aborda a questão da "ciência ideal" e do "ideal de ciência" na área da Linguística.

dinâmica do inconsciente (FREUD, 1912; 1915 [1996]) como determinante. A consciência-razão deixa de ser o fundamento da verdade, já que ela, sendo efeito do inconsciente, é lacunar, faltosa, perpassada por esquecimentos, distorções e mesmo *nonsense*. No campo da Clínica de Linguagem, é mesmo esse sujeito que se apresenta... mesmo podendo *escutar* sua fala esburacada e insólita, ele nada pode fazer por meios conscientes para alterá-la (LIER-DEVITTO, 2003, 2006a e outros). É nesse sentido que a hipótese do inconsciente, primeiramente, faz presença na Clínica de Linguagem.

O caminho para a *interpretação* na Psicanálise passa pelos *Estudos sobre a Histeria* (FREUD, 1893-1895). Ali ele anuncia algo sobre isso ao indicar o abandono do "método catártico"[28]. Freud assume que o caminho do tratamento passaria pela *associação livre* – a *regra técnica fundamental* da Psicanálise. Essa regra deixa clara a *natureza da escuta* do psicanalista para a fala – sua *posição* frente a ela. Trata-se de um método que deixa a fala para o analisante – ele é convidado a falar e o analista a escutar:

> sem exercer nenhum outro tipo de influência, convida-os [os pacientes] a se deitarem de costas num sofá, comodamente, enquanto ele próprio senta-se numa cadeira por trás deles, fora de seu campo visual. Tampouco exige que fechem os olhos e evita qualquer contato, bem como qualquer outro procedimento que possa fazer lembrar a hipnose. Assim a sessão prossegue como uma conversa entre duas pessoas igualmente despertas [...] (FREUD, 1903-1904 [1987], p. 234).

[28] Freud (1901-1905) menciona que a análise, a partir da hipnose, retira o sujeito da consciência a fim de esclarecer, uma a uma, as "origens" de cada manifestação sintomática. Porém, essa prática oculta a resistência e foi, por isso, substituída pela "associação livre", que consiste em deixar o paciente livre para determinar o que dizer, modo de o inconsciente vir à tona. Ao associar livremente, o paciente estaria "limpando a sua mente", amenizando o seu sofrimento psíquico.

A localização espacial do analista favorece a sustentação da necessária *atenção flutuante*, que caracteriza a *escuta analítica*, que deve deixar-se levar pela associação livre do paciente para poder ser afetada, nessa fala aparentemente consistente e coerente, pelo índice de manifestação do inconsciente (suas formações, contrassensos, hesitações...). Foi essa mudança técnica que permitiu teorizar sobre *um novo recurso técnico - o da interpretação* - que visa a *avançar pelas associações livres para chegar aos conteúdos recalcados* e abrir uma via para "*a vida anímica*". Foi através dela que Freud afirmou ter podido desenvolver *a "arte da interpretação",* entendida por ele como um compromisso de *"*[...] extrair do minério bruto das associações inintencionais o metal puro dos pensamentos recalcados" (FREUD, 1903-1904 [1987], p. 235).

Em *"A interpretação dos Sonhos*" (1900)[29] – obra máxima que inaugura oficialmente a Psicanálise – Freud afirma que *"*interpretar um sonho implica atribuir a ele um sentido" - isto é, substituí-lo por algo que se ajuste à cadeia de nossos atos mentais" (FREUD, 1900, p. 75). Um sentido que escapa ao sujeito, mas que se ajuste "à cadeia de seus atos mentais". Ao particularizar o seu método de interpretação e não deixar que ele fosse confundido com mera "atribuição intuitiva de sentido", Freud distingue dois modos de "interpretar sonhos", que vigoravam no "mundo leigo":

> O primeiro desses métodos considera o *conteúdo do sonho como um todo e procura substituí-lo por outro conteúdo que seja inteligível* e, em certos aspectos, análogo ao original. Essa é a *interpretação "simbólica***"** dos sonhos, e *cai inevitavelmente por terra quando se defronta com sonhos que são não apenas*

[29] A importância desta obra esteve, dentre outras, em permitir descobertas sobre a sexualidade infantil e o Complexo de Édipo.

> *inteligíveis, mas também confusos* (FREUD, 1900, p. 76) (ênfases minhas).

Note-se que o método "simbólico" de atribuição do sentido é "analógico", ou seja, interpretar é parafrasear um sentido dado, inquestionável e tangível. Esse método, diz Freud, depende, contudo, de que o sonho tenha certa *inteligibilidade* – o que não acontece muito. Essas são, para ele, as limitações desse tipo de interpretação que lembra bem de perto a "tradução compreensiva", apresentada no capítulo anterior e que, por sua vez, remete ao que Lier-DeVitto (2004a) discutiu sobre "saturação da posição de saber" pelo clínico. A interpretação psicanalítica, ensina Freud,

> poderia ser descrita como o *método da "decifração"*, pois trata os sonhos como uma espécie de criptografia em que cada signo pode ser traduzido por outro signo de significado conhecido, de acordo com o código fixo (FREUD, 1900, p. 76).

Seguindo com Freud, teremos que o *método de interpretação por simbolismo* representa uma "*intuição direta ou fantasiosa*", a partir da qual o doador de sentido "interpreta pensamentos segundo as próprias expectativas: a chave da simbolização é arbitrariamente escolhida pelo intérprete" (FREUD, 1901, p. 04). Diferentemente, o *método de decifração* pode ser comparado como o tratamento de um "conglomerado geológico" ou uma "criptografia" – é abordado como enigmático.

Distante da primeira modalidade de interpretação, Freud diz:

> minha teoria não se baseia numa consideração do conteúdo manifesto dos sonhos, mas *se refere aos pensamentos que o trabalho de interpretação mostra estarem por trás dos sonhos* (1901, p. 99).

É preciso, portanto, "*deslindar certas estruturas psicopatológicas"* que, *decompostas,* poderiam sustentar a decifração. O trajeto por *"conglomerado de formações psíquicas"* é sinuoso e "*diferente em cada caso*". O sintoma, afirma Freud, é *"*determinado de vários modos... [ele] é "sobredeterminado" (FREUD, 1893-1895, p. 205). Por isso, a noção de sobredeterminação, na Psicanálise, participa conceitualmente da noção de interpretação como decifração, mas não como aquela suposta pelo leigo. Segundo Freud, para se chegar a um sentido, "[seu] método *não é tão cômodo* quanto o método popular de decifração, que traduz qualquer parte isolada do conteúdo do sonho por meio de um código fixo" (Ibid., p. 80), a interpretação "deve ser aceita como suficiente e não se deve considerar prejuízo que o conteúdo do sonho não seja inteiramente descoberto" (1911-1913, p. 56).

Quando Freud afirma que os sonhos *"*realmente têm um sentido*",* isso não significa, portanto, que *todo* o sentido será revelado por uma interpretação e, como diz ele, seu método não pode ser equiparado à "decifração leiga" (tradução) – ele criou o método de escuta e de interpretação. Tem-se, na Psicanálise, um *método norteado por uma teoria* como exigência interna a esse campo. Como já mencionado, não apenas os sonhos são objeto do trabalho interpretativo, mas também as manifestações do inconsciente (lapsos da fala/esquecimentos, chistes, esquecimentos e o sintoma) – todos os "materiais recalcados e as resistências", diz Freud.

Diante dessas ocorrências, Freud (1912) recomenda que a escuta analítica seja "uniformemente distribuída", ou seja, que afaste "propósitos conscientes" (p. 57) - o analista será "recompensado toda vez que resolve ter *fé nos próprios princípios teóricos* e se persuade a não discutir a orientação do

inconsciente ao estabelecer elos de ligação" (Ibid., ênfase minha). Nessa direção, sugere ao analista:

> manter a mesma 'atenção uniformemente suspensa' (como a denominei) em face de tudo o que se escuta [...] e evitamos um perigo que é inseparável do exercício da atenção deliberada. Pois assim que alguém deliberadamente concentra bastante a atenção, começa a selecionar o material que lhe é apresentado; um ponto fixar-se-á em sua mente com clareza particular e algum outro será, correspondentemente, negligenciado, e, ao fazer essa seleção, estará seguindo suas expectativas ou inclinações. Isto, contudo, é exatamente o que não deve ser feito. Ao efetuar a seleção, se seguir suas expectativas, estará arriscado a nunca descobrir nada além do que já sabe; e, se seguir as inclinações, certamente falsificará o que possa perceber. *Não se deve esquecer que o que se escuta, na maioria, são coisas cujo significado só é identificado posteriormente* (1912, p. 67, ênfase minha).

Trata-se de suspender a atenção, sempre focal. O analista, ao contrário, abandona-se inteiramente à "memória inconsciente"*, isto é, "*ele deve simplesmente escutar e não se preocupar se está se lembrando de alguma coisa" (Ibid.).

Para garantir essa posição de escuta, deve-se abandonar a prática de *tomar notas/registrar durante as sessões* sob uma vez que ela desvia a escuta da fala do paciente:

> far-se-á necessariamente uma seleção prejudicial do material enquanto se escrevem ou se taquigrafam as notas, e parte de nossa própria atividade mental acha-se dessa maneira presa, quando seria *mais bem empregada na interpretação* do que se ouviu (FREUD, 1912, p. 68, ênfase minha).

Tais registros serviriam, apenas, para fins científicos e, verdadeiramente,

> casos mais bem sucedidos são aqueles em que se avança, por assim dizer, sem qualquer intuito em vista, em que [o analista] *permite ser tomado de surpresa* (...) *sem quaisquer pressuposições* (Ibid., ênfase minha) [30].

No segmento acima, expressões como "*ser tomado de surpresa*", "*sem quaisquer pressuposições*" indicam bem a posição de escuta do analista: ele deve se deixar afetar pelo não-esperado, pelo singular. Tal colocação se sustenta na afirmação de que o *conteúdo manifesto* (a linha da associação livre) "é (...) uma fachada" (FREUD, 1923-1925, p. 77).

Outra questão decisiva para o tema da escuta/interpretação no âmbito da Psicanálise é a transferência, que é uma espécie de "passe para o analista". Trata-se de:

> uma *intensa relação emocional entre o paciente e o analista (...)* de caráter positivo ou negativo, e pode variar entre os extremos de um amor apaixonado, inteiramente sensual, e a expressão infrene de desafio e ódio exacerbados. *Essa transferência - para designá-la pelo seu nome abreviado - logo substitui na mente do paciente o desejo de ser curado* (...) é a *mola mestra do trabalho conjunto de análise* (...) e seria insensato fugir à mesma, pois *uma análise sem transferência é uma impossibilidade* (FREUD, 1925-1926, p. 25-26, ênfase minha).

Temos, assim, que a transferência é condição também para a interpretação – o analista tem autorização para *interpretar em transferência* e *a*

[30] Lembro o leitor da discussão, no Capítulo 2, sobre a ética da ciência e a posição do investigador como diversa da posição do clínico e da ética da clínica, realizada por Lier-DeVitto (2004), que parte do texto freudiano, de 1912.

própria transferência. Foi a ideia de transferência que inaugurou a de *resistência*: mecanismo que pode levar o analisante a desviar-se de seu sintoma, isto é, ele silencia, descomprometendo-se, assim, com a regra da associação livre. Ele pode, até, interromper a análise: "o bom tempo não pode durar para sempre" (FREUD, 1916-1917, p. 513) - o tratamento esbarra na resistência e pode inviabilizar a interpretação. O analista deve reconhecer essas forças encobridoras para, assim, reconduzir o tratamento.

3.2 – Uma releitura da Psicanálise: Jacques Lacan - escuta e interpretação no retorno a Freud

Foi com linguistas como Saussure e Jakobson que Lacan inicia seu "retorno a Freud"[31]. Ele pode rever e ampliar elaborações sobre o inconsciente (e outros pontos teóricos), assim como sobre a técnica. Sabe-se que Lacan (1953 [1986]), ao reler a obra freudiana[32], conservou sua consistência lógica, mas *introduziu o campo da fala e da linguagem* para pensar sobre os *fundamentos teórico-clínicos da Psicanálise*. Essa inclusão, sem dúvida, permitiu que a tríade

[31] Adianto ao leitor que, para efeito de minha discussão neste trabalho, restrinjo-me às formulações lacanianas anteriores à introdução da problemática do real em sua teorização. Fico, portanto, na esfera do que se convencionou chamar de "a primeira clínica de Lacan" (clínica do significante).

[32] Segundo Lacan, "o pensamento de Freud é o mais perpetuamente aberto à revisão. É um erro reduzi-lo a palavras gastas. Nele, cada noção possui vida própria" (1953 [1986], p. 09). Dessa afirmativa se vale Lacan para dizer sobre os caminhos que trilhou e avançou ao inspirar-se em Freud.

sujeito-linguagem-inconsciente permanecesse atada ao longo de seus escritos. Segundo Milner,

> a psicanálise freudiana constrói entre o inconsciente e a linguagem uma rede cerrada de conexões, mas a constrói na mais pura ignorância com relação à linguística. É, aliás, nesse ponto que o corte instituído por Jacques Lacan desencadeou os efeitos mais visíveis. Podemos resumi-los assim: a questão das relações entre a psicanálise e o fenômeno da linguagem se coloca desde os primeiros trabalhos de Freud; a questão das relações entre a psicanálise e a ciência da linguagem não tem conteúdo antes de Jacques Lacan (1995 [2010], p. 04).

Essa "falta de conteúdo [na relação com a ciência da linguagem] antes de Lacan" pode ser entendida a partir do poder de determinação que ele atribui à linguagem na fundação do sujeito: o sujeito *define-se e determina-se na e pela linguagem* (LACAN, 1953a [1998]). Lacan reconheceu Saussure e destacou, de sua escrita do signo, *a primazia do significante*, mas o separa do significado. A *barra* deixa de ser traço de união (entre significado e significante) e passa a ser vista como de *resistência a essa união.*

Lacan cria tensão na composição da unidade sígnica e leva longe, portanto, a ideia saussureana de que "a significação é efeito de relações entre significantes" (SAUSSURE, 1916, p. 69), cuja essência "não é de modo algum fônica (...), mas unicamente [constituída] pelas diferenças que separam sua imagem acústica de todas as outras" (Ibid., p. 137-138). Lacan aprofunda esse raciocínio ao dizer que "o significante como tal não se refere a nada, a não ser que se refira a um discurso, quer dizer, a um modo de funcionamento, a uma utilização da linguagem como liame" (1972 [1985], p. 43). E, mais adiante:

> o significado (...) [tem a ver] somente com a leitura do que se ouve de significante. *O significado não é aquilo que se ouve. O que se ouve é o significante. O significado é efeito do significante* (Ibid, p. 47, ênfase minha).

Fato é que Lacan introduz, na cadeia significante, o *sujeito do inconsciente*, como "efeito da captura" do ser pela linguagem. Disso decorre que o sujeito encontra-se alienado ao Outro, por isso, é desprovido de ser, é faltoso. Nessa direção, Lacan faz referência ao "sujeito do inconsciente" como aquele que é "encadeado, tramado, estruturado, tecido de linguagem" (1955 [1984], p. 100) – ele é fruto de interpretação que, como recolhemos de Freud sobre a interpretação, nunca é "toda". De fato, é com isso que conta a análise.

Na análise, o que é colhido da associação livre, *"*na trama do discurso do psicanalisante" (LACAN, 1955 [1984], p. 35) é o que afetou a escuta do analista e, por isso, diz Lacan, a tarefa não é nada simples: *escutar é uma arte...* como mostrou Freud com as histéricas, que inaugura *"*um modo inteiramente novo de relação humana" (LACAN, 1964, p. 45). Para Lacan (1976), o essencial não é "*escutar com as orelhas"* (efeito de captura/percepção direta e de sentido imaginário). A escuta, afirma, está voltada para o modo como o sujeito trama-articula-combina os significantes ao dizer de sua história e de seu sintoma.

Para Lacan (com FREUD, 1900), os significantes são articulados através de duas operações: *condensação* e *deslocamento*. É Jakobson (1960)[33] que faz

[33] Lacan inspira-se no texto "*Dois aspectos da linguagem e dois modos de afasia*", de Roman Jakobson (1954). Neste texto, Jakobson define a linguagem a partir das operações de seleção e combinação. Na seleção, ocorrem associações feitas por *identidade* – semelhança (o eixo da similaridade) e por *oposição* - diferença. Na combinação, há relações de *concatenação - continuidade*

delas “leis de composição interna da linguagem” (MILNER, 1989) e essas operações freudianas serão renomeadas como operações *metafórica* e *metonímica*. Da primeira – operação metafórica - decorrem condensações/substituições na cadeia significante. Do eixo metonímico, decorrem deslocamentos/combinações significantes articulados por contiguidade. A escuta se deixará guiar por essas duas operações da linguagem.

O analista, frente cadeia da associação livre do analisante, busca “confrontar o sujeito com sua demanda” (LACAN, 1958, p. 89) para “que ele se faça ouvir” (LACAN, 1953a [1998], p. 295). O paciente é levado a *escutar-se em seu dizer*. Segundo Lacan, ao lado de Freud, a escuta do analista reconhece que o inconsciente se revela pela fala, mas, sublinha: “é unicamente pelo equívoco que a interpretação opera. É preciso que haja alguma coisa no significante que ressoe” (LACAN, 1975 [2007], p. 18), que aponte para um equívoco no qual o ouvido “não pode se tapar, se cerrar, se fechar” (Ibid., p. 19). Assim, para que possa haver interpretação, a escuta deve ser *afetada por formações significantes que manifestem o inconsciente*. Como vimos, acima, em Lacan, *é preciso que haja alguma coisa no significante que ressoe... o inconsciente.*

O que se pode marcar é que interpretação não é sinônimo de compreensão, uma vez que dar *primazia ao significante* é criar obstáculo à aproximação entre interpretação e tradução compreensiva (ver Capítulo 2), sempre prenhe de significados inflados de verdade. O método proposto por Lacan para frear

---

(o eixo da contiguidade) a partir da posição de um significante em relação aos demais. Essas duas operações demarcam os processos metafóricos e metonímicos.

o ímpeto na direção do significado transita entre algumas direções interpretativas: *pontuação, retroação, silenciamento*.

O analista, ao *pontuar* a cadeia de significantes, suspende uma significação. Uma *pontuação* (pausa na cadeia combinatória da fala, como na escrita) pode acontecer como uma *escansão* ou um *corte* do analista a fim de promover, na fala do paciente, *novas redes significantes* – para que *um "novo"* ao sujeito apareça, isto é, "um novo" que possa abalar suas verdades cristalizadas (acerca de sua história e de seu sintoma). De acordo com Lacan (1966), "o corte no discurso... surpreende o sujeito" (p. 801) – visa a suspender conexões estáveis entre significante e significado e a fazer aparecer o sujeito "na pura dimensão [dos] significantes que o determinam" (QUINET, 2002, p. 59, acréscimo meu).

Como o inconsciente funciona na contramão de uma cronologia (ele é atemporal), é por *retroação* (no *só depois*, como disse Freud) do enunciado que um "novo sentido" pode ser suscitado. Lacan (1966) sustenta que o tempo próprio de emergência do inconsciente - a *pulsação do inconsciente* – comporta movimentos de abertura e fechamento. Em certas aberturas, diz ele, *formações do inconsciente* emergem e mostram o *desejo do analisando* - instante que autoriza um ato do analista (qualquer que seja). De todo modo, seus efeitos são "da alçada do paciente" (FUKS, 2000, p. 132).

O silêncio do analista pode ter efeito de interpretação. Essa posição implica, primeiramente, suportar o "silêncio-em-si, no interior de si, para [depois] suscitar o grande Outro do analisando" (NASIO, 1999, p. 54). Como se vê, o "silêncio" é alçado à parte da técnica: precede a interpretação e pode, ele mesmo,

interrogar o analisante: *a interpretação pode ser "sem palavras",* diz Nasio (1999), porque o silêncio não é mudo: ele porta a linguagem. Como assinalou Miller (2005), se a *"fala guarda o silêncio*" e o *silêncio não é neutro*, ele pode ter efeito de interpretação (Lacan, 1967a). A interpretação pode ir muito *além das palavras* (Lacan, 1974). Enfim, Lacan sustenta que a interpretação, ao "ser essencialmente reintroduzida sobre o manejo do significante" (1957, p. 380) não se esgota[34]. De fato, como a interpretação porta uma (e se suporta numa) *estrutura de linguagem*... *o sentido não se cristaliza,* à medida que *novas tramas significantes se encadeiam* e, com elas, outra(s) direção(ões) interpretativa(s) pode(m) emergir.

Também, para Lacan (1967a), não há espaço para a interpretação *fora da transferência – sem ela não se pode falar em interpretação.* Pode-se dizer que o objetivo da interpretação é *"*a redução dos significantes a um sem-sentido para assim encontrar os determinantes de toda a conduta do sujeito" (LACAN, 1964, p. 143). Redução dos significantes a um "sem-sentido" que interrogue o analisante. Note-se que, aqui, falamos de uma interpretação que pode levar ao não-sentido. Como consequência, podemos dizer que "o efeito da interpretação é incalculável*"* (LACAN, 1973, p. 22). Ao interpretar, o analista o faz "sem pensar no quê ia dizer, nem por quê ia dizê-lo" (NASIO, 1999, p. 148). Nessa direção, radicalizada por Lacan, exclui-se do campo psicanalítico qualquer movimento de natureza pré-concebida ou da ordem do planejamento técnico-estratégico (como queria Freud). Interessa, assim, (1) desvendar *algo que liga um significante a um outro significante*

[34] O analista interpreta sob a condição de *sujeito suposto saber* (1961-1962), certo de que apostou em um "efeito de verdade" e não em uma "interpretação verdadeira" (LACAN, 1967). Se a trama significante da linguagem se estrutura em redes que se compõem, recompõem e se associam aos passos de novas ordenações significantes, pode-se considerar o porquê de Lacan falar em *efeito de verdade* e não em um sentido único e verdadeiro.

(LACAN, 1969 [1992]) e (2) que o paciente possa “escutar o que diz” (LACAN, 1955 [1984], p. 115) e mudar de posição.

Quanto à posição do analista, ele não está “fora do jogo”, mas não leva adiante os seus sentimentos:

> fazer intervir seus sentimentos em sua ação sobre o paciente é (...) dirigir o paciente, em vez de dirigir o tratamento[35]. É a impotência de uma práxis autêntica, que pode reduzi-la ao exercício de um poder pela transcrição dos seus sentimentos, imputando-os ao paciente (VORCARO, 1999, p. 78).

O analista, diz a autora, não cede espaço para a contratransferência, “finge-se de morto” ao situar-se na posição de sujeito suposto saber. Em Psicanálise, esclarece a autora, “a interpretação só pode produzir algo novo pelo efeito do significante no advento do significado” (Vorcaro, 1999, p. 80). O analista quer que a interpretação produza *retificação subjetiva* pelo advento de novo sentido sob efeito de remontagens significantes na fala do analisante. A interpretação, portanto, pode “subverter a estrutura da palavra... ao suspender o eu do enunciado e o sujeito da enunciação” (Ibid., p. 82).

Espero ter podido mostrar que escuta e interpretação psicanalíticas são reguladas pela teoria sobre o inconsciente, que se pronuncia sobre a técnica clínica do psicanalista. Espero, também, ter indicado que Lacan radicaliza Freud, sem negá-lo. Escuta e interpretação são guiadas pela hipótese do inconsciente e é ela

[35] Vorcaro, aqui, enuncia uma das máximas lacanianas: o analista não conduz o paciente, conduz o tratamento (ver Lacan, 1998).

que delineia o posto do analista frente à fala do paciente, que o situa numa posição de escuta para as “manifestações do inconsciente”.

Nesse ponto é de importância fundamental o texto de Lier-DeVitto (*no prelo*) em que a autora distingue qual é a fala que interessa à Psicanálise e qual é aquela que importa para a Clínica de Linguagem. Assumo a longa citação abaixo, como suficiente e clara para o encerramento desta parte de meu trabalho. Com ela, fecho este capítulo.

> Resta perguntar, então, se as falas sintomáticas têm lugar na Psicanálise. Parto da afirmação de que essas *falas* não se confundem com as manifestações que dão validade à Psicanálise, ou seja, elas não se confundem com as *formações do inconsciente* [MILNER, 1995][36]. Vale assinalar que as *formações do inconsciente* têm ocorrência esporádica e imprevisível e as *falas sintomáticas* são composições estáveis, no sentido de serem a <u>cristalização de uma anomalia</u>, i.e., de lógica significante, inesperada e indesejada, que resiste à língua constituída. Deve-se, ainda, considerar o fato de que <u>os sintomas na fala *não* podem ser contornados, ocultados</u>, ou seja, eles ficam expostos e expõem o falante em sua falta/falha. Procuro, com esse assinalamento, deixar nítida a separação entre formações do inconsciente e falas sintomáticas, ou melhor, as falas mais relevantes para Psicanálise e aquelas que pressionam a Clínica de Linguagem (LIER-DEVITTO, a sair - ênfases da autora, grifos meus).

Lier-DeVitto continua:

> Importa perguntar se as falas sintomáticas interessam para a Psicanálise (...). Vorcaro (a sair) admite [que elas] são recolhidas como *sinais* de quadros clínicos “<u>*sem* maior detenção às condições subjetivas ali incidentes</u>”, embora, “a

[36] As formações do inconsciente são, segundo Freud, os sonhos, os chistes, os lapsos, os esquecimentos de palavras.

> determinação subjetiva das manifestações patológicas da fala *não seja negligenciável"* (ênfases minhas) (...) Vorcaro (a sair) amplia o rol de "impasses" ao acrescentar a eles "constrangimentos clínicos" que elas podem provocar ao método psicanalítico. Manifestações linguísticas desarranjadas, perturbadas, diz ela, podem "causar estranhamento ao agente da clínica" (Ibid., ênfases da autora, grifos meus).

Suponho não ser necessário ir mais longe para trazer à luz diferenças conceituais e técnicas entre a Psicanálise e a Clínica de Linguagem, mesmo sabendo que nelas transitam termos como "significante", "escuta" ou "interpretação". Eles assumem conotações diferentes e específicas ao penetrarem em corpos teóricos particulares. Importa considerar que as falas que convocam a Clínica de Linguagem *não são* aquelas contempladas no campo da Psicanálise. Com essa discussão, passo, no Capítulo 4, aos materiais clínicos que percorrem a minha rotina clínica e a problematizar como a escuta e a interpretação ali se inserem.

CAPÍTULO 4

RETRATOS DA CENA CLÍNICA: A FALA-VIVA E A FALA-DADO NA CLÍNICA DE LINGUAGEM

Pretendo, neste capítulo, apresentar alguns segmentos de sessões retirados de minha prática clínica a fim de iluminar discussões que encaminhei ao longo desta pesquisa. Como vimos, abordar *escuta* e *interpretação* implica problematizar a posição do clínico de linguagem frente a falas sintomáticas. Esse compromisso envolve dois ângulos: (1) é esperado que o clínico apreenda a lógica das manifestações sintomáticas (faça um diagnóstico) e (2) que sua incidência sobre essas falas seja teoricamente justificada e esclareça sua participação nas mudanças que possam ocorrer ao longo do tratamento (escuta e interpretação).

Para que tal reflexão clínica seja encaminhada, é necessária a articulação entre a escuta "em cena" e "fora da cena" - ou ainda, a relação do clínico à *fala-viva* e à *fala*-dado. Importante dizer que a relação ao material transcrito/à *fala-dado* é um passo fundamental na *formação de um clínico de linguagem*, como mencionei em outro momento, já que a transcrição participa da constituição e do refinamento da escuta para a fala. Nem por isso esse recurso deixa de participar da rotina clínica. Pode-se recorrer a ele sempre que o clínico se sentir embaraçado com os enigmas da fala, ou seja, quando fica frente a ocorrências sintomáticas que desafiam sua escuta e/ou parecem cristalizadas e inabaláveis às interpretações.

Nesse ponto, a relação à fala-dado pode iluminar e promover uma afetação subjetiva no clínico, pois ele é chamado a se reposicionar frente à fala e ao paciente. Esse procedimento de "retorno ao dado" permite uma nova abertura para

as cadeias significantes - intrigantes e interrogantes - que acontecem no diálogo entre terapeuta e paciente. Frente a essa densidade significante, o terapeuta se pergunta sobre as modalidades interpretativas predominantes no tratamento; ele decide, se preciso, por uma mudança de rota para buscar direções outras de produzir mudanças na fala do paciente.

Uma transcrição comporta, sem sombra de dúvidas, como procurei mostrar, a "orelha" daquele que a anota (o clínico) – já que ela é efeito de uma posição teoricamente orientada, isto é, é marca na escuta que vem da cena clínica, como discutiram Andrade (2001; 2003) e Arantes (2001). Por isso, podemos dizer que a transcrição de sessões clínicas deve ser realizada pelo clínico do caso, que tem em sua orelha a voz (som da fala-viva) e, no olhar, o corpo de onde a fala partiu. Em outras palavras, o clínico tem "sua participação nas linhas e entrelinhas do que escreve, assim como a teve nos atos e atitudes ligados à direção do tratamento" (CASTRO, 2010, p. 28-29).

Passo a retratar, a seguir, o segmento de um atendimento clínico. Nele chamo a atenção para o fato de que, no de decorrer de alguns encontros, o paciente parecia alheio, refratário à minha presença e ao diálogo. Quando as sessões terminavam, eu ficava com a questão de como particularizar sua fala: em minha escuta ficavam apenas produções vocálicas "indiferentes à situação dialógica", que pareciam não ter relação com a minha fala. Em outros termos: a impressão era de que eu "falava por ele" para sustentar a situação clínica. De certo modo, eu preenchia sua "ausência".

Foi afetada por essa condição clínica que me voltei às transcrições. Ao ler o material transcrito, do modo como sugerido por Carvalho (2006), a partir de Freud,

certos momentos se insinuaram - sinal de que insistia um enigma, “um estranho” (LEMOS, M. T. de; 1994; 2002), afetação que me levou, destaco, ao recorte do segmento abaixo.

Devo dizer que esse movimento ressignificou minha relação com o paciente e com a sua fala. Dito de outro modo: pude escutar “outras ondulações” nessa fala, que eu caracterizava apenas como “vocálica” e indiferente à minha. Como disse, a relação à fala-dado abalou a minha posição diante dessa criança. Fui surpreendida pelo fato de que, mesmo dirigindo pouco o olhar para mim ou mesmo estando fisicamente afastada, ela participava da atividade dialógica.

Segmento 1

T: Esse trenzinho vai **subir** a ladeira... **sobe, sobe, sobe.**

P: (olha para o trem, mas permanece de costas para mim).

T: Ele precisa de força pra **subir**! Vamos R., faz força! **Sóóóbe! Sóóóbe!**

P: **Buí** (vira-se, me dirige o olhar e começa a manipular um trem menor).

T: **Subiu!** Agora ele vai passear por toda essa fazenda.

Piuí piuí piuí abacaxi, choc choc choc choc por aí.

P: (SI) **abaí** (olha para o trem que está em minha mão).

T: Olha só, o trem tá chegando perto do cavalo!

E o cavalo saiu correndo: **pocotó pocotó pocotó**.

P: (vem ao meu lado, pega o trem da minha mão e se aproxima do cavalo).

T: O cavalo vai passear de trem. **Pocotó pocotó**.

P: Ó...

Pocoió.

Segmento 2

T: Esse **tubarão** tem uma boca grande. Fala pro Nemo “cuidado”!

P: **Ããão** (olha para a TV e abre a boca).

T: Corre Nemo, corre **dele**, corre **dele**!

P: (abre bem os olhos).

T: Olha, o **tubarão** tem dentes gigantes! **Ai, ai!!**

P: (se afasta e pega um carro).

T: Ah, você vai mostrar pro carro esse **tubarão**?

P: (coloca o carro na mesa, próximo a mim, e começa a empurrá-lo em movimentos de vai e vem).

T: R.! vamos mostrar pra ele o **Nemo** e o **tubarão**?

P: Deie adão.

T: O que, R?

P: ----------

Em ambos os episódios, o retorno ao material fez-me notar que o menino não era indiferente ao meu dizer, nem à minha presença. Ao contrário das primeiras impressões marcadas pela situação *in vivo* da cena clínica, pude surpreender vocalizações, comumente de baixa intensidade. Elas emergiam como restos metonímicos aderidos à minha fala. Em **(1)**, as produções da criança “**Buí**” e “**abaí**” se mostraram produtos, respectivamente, das expressões antecedentes presentes em minha fala: “**subir**” e “**abacaxi**”. Em **(2)**, o paciente mostrou que não se afastava do diálogo (fragmentos deslizavam entre nossas falas: **dele – deie; tubarão – ããão/adão)**. Não se tratava, de modo algum, de uma fala vocálica e distante da

minha: eram produções afetadas por ela. Desse modo, minha fala impulsionava essa criança na linguagem – uma conclusão a que pude chegar a partir da possibilidade de rever o material clínico. *Escrever os acontecimentos dialógicos,* conforme apresentarei daqui por diante, foi motor de discussões sobre o manejo da interpretação.

Passemos aos fragmentos.

Segmento 3

Episódio 1

(T. e P. brincando com personagens do desenho "Chaves").

(1) T: Vamos fazer uma **casa pra eles**?

(2) P: **Casa deie**.

(3) T: Essa é a **casa dele**, do Seu Madruga, que grande!

(4) P: **Casa dele**.

Sapéu.

A kiko... o Kiko.

(5) T: **O Kiko usa um chapéu**, é isso mesmo L.

Ele quer brincar... mas quem será que vai brincar com ele?

(6) P: **Saves**.

(7) T: Boa ideia, vamos chamar o Chaves.

(8) P: (segura o Chaves).

Iá iá iá (usa o Chaves para bater no Kiko).

(9) T: **Ele tá brigando com o Kiko?**

Ele ficou bravo? Por quê?

(10) P: **Setá!**

(11) T: **O quê?**

(12) P: **Pigá!**

(13) T: **Pegar o quê?**

(14) P: Tá, tá (ele bate no Kiko).

(15) T: **Brigar?**

(16) P: Pode.

(17) T: Eu acho que não pode brigar...

(18) P: Pode!

(19) T: Você briga na escola, L.?

(20) P: Pode, **bigô**.

(21) T: Com quem você brigou?

(22) P: Léo.

(23) T: Com o Léo?

(24) P: Pode pode pode! (grita).

(25) T: A professora não fala que é feio brigar com os amigos?

(26) P: Não não. Escola **pidês bigá**.

(27) T: Ai... o Léo vai chorar se você brigar com ele. E depois não vai querer brincar mais com você. E o Kiko ficou triste, não quer brincar mais com o Chaves...

(28) P: Médico médico.

(29) T: O que tem o médico?

(30) P: ----------

(31) T: **Quem tá doente?**

(32) P: U... **banisso. Beniso.**

(33) T: **Quem?**

(34) P: O Léo.

(35) T: O **menino** da sua classe... ficou doente e não foi na escola?

(36) P: Não, com a mamãe dele.

(37) T: Ele foi com a mamãe dele no médico?

(38) P: Mãe deie.

(39) T: E será que amanhã ele vai na escola?

(40) P: Tadinho.

(41) T: Tadinho mesmo do Léo, ficou doente.

(42) P: Tadinho, médico.

(43) T: Ele chorou?

(44) P: Não. Medo.

(45) T: Ele ficou com medo?

(46) P: É, Léo.

Sabel solô.

(47) T: **A Isabel chorou?**

(48) P: **Cholô** escola.

Episódio 2

(1) P: Cadê, cadê **Saves**?

(2) T: Aonde será que ele foi?

(3) P: Sentado sentado.

(4) T: **Onde você viu ele sentado?**

(5) P: Aqui, casa.

(6) T: Olha... ele não tá sozinho... tem o seu Madruga, a...

(7) P: (me interrompe).

Bacu Siquinha Chicota Cota.

(8) T: A Chiquinha também tá sentada com eles no banco!

(9) P: Kiko Kiko.

(10) T: Ele também sentou.

(11) P: **Banco**.

Episódio 3

(1) T: Fiquei sabendo L. que você foi no Simba Safari!

(2) P: Foi.

(3) T: Com quem você foi?

(4) P: Papai, mamãe.

(5) T: E sua irmãzinha, não foi com vocês?

(6) P: Alissa (faz gesto afirmativo com a cabeça).

(7) T: A Larissa foi também, que legal, foi todo mundo da sua casa.

E quais bichos você viu lá?

(8) P: **Cachalo. É... não, pacalo** e (SI).

(9) T: **Quem?**

(10) P: **Cavalo.**

(11) T: Só o cavalo? Quem mais?

(12) P: **Ião lá.**

(13) T: **O leão!**

(14) P: É, rau, rau (faz grunhidos)

Rau, rau **leão.**

Episódio 4

(1) P: Lobo. Vovó vóózinha hitola.

(2) T: Acho que você vai contar hoje a história do Lobo Mau.

(3) P: Hitola lobo.

(4) T: Vamos ver a história do Chapeuzinho Vermelho? (busco o livro e lhe dou. Ele me devolve e pontua)

(5) P: Contá, Cauda.

(6) T: Tá bem, eu conto, vamos lá... é o seguinte.

(7) P: Iquinte!

(8) T: Era uma vez uma menina chamada Chapeuzinho Vermelho. A mamãe falou pra ela levar **uma cesta de comida pra vovó porque ela estava doente**.

(9) P: **Doente vovó. Tadinha.**

(10) T: **E a Chapeuzinho saiu pela floresta cantando**.

(11) P: (me interrompe) **Cantando! Chapéu doce!**

(12) T: O quê?

(13) P: ----------

(14) T: Você olhou a cestinha? Tinham doces na cestinha da Chapeuzinho?

(15) P: É.

Antes de me voltar para uma leitura desses fragmentos, isto é, para uma leitura da afetação pela *fala*-viva, eu diria que esse paciente participava de maneira peculiar do diálogo. Para responder a "o quê especificava essa fala como sintomática", foi importante meu retorno à fala-dado. Nesse movimento, deparei-me com combinatórias que podiam ser interpretadas como "fragmentos da língua constituída" (ARANTES & FONSECA, 2008, p. 28), mas que se alternavam com ocorrências cujos efeitos eram de dispersão discursiva. Minha incidência sobre sua fala, como pretendo indicar, abria a possibilidade de ele "ir adiante" e *desdobrar* outras cadeias significantes, para além da simples reprodução de partes/restos dos meus dizeres.

No **Segmento 4**:

Episódio 1

(9) T: **Ele tá brigando com o Kiko?**

Ele ficou bravo? Por quê?

(10) P: **Setá!**

(11) T: **O quê?**

(12) P: **Pigá!**

(13) T: **Pegar o quê?**

(14) P: Tá, tá (ele bate no Kiko).

(15) T: **Brigar?**

(16) P: Pode.

(17) T: Eu acho que não pode brigar...

Note-se que minhas interrogações: "**Ele tá brigando com o Kiko?**", "**O quê?**" e ainda "**Pegar o quê?**" e **"Brigar?"** levaram ao aparecimento, na fala do paciente, de formas como (12) "**Pigá!**" - e, mais adiante, a (20) "**bigô**" e (26) "**bigá**" - rearranjos, como se vê em (20) e (26):

(20) P: Pode, **bigô**.

(21) T: Com quem você **brigou**?

(22) P: Léo.

(23) T: Com o Léo?

(24) P: Pode/pode/pode! (grita).

(25) T: A professora não fala que é feio **brigar** com os amigos?

(26) P: Não não. Escola **pidês bigá**.

As indagações (estranhamento da parte do terapeuta) podem ter efeito de interpretação – elas afetam a escuta do paciente para a própria fala. Em outros termos, provocam (re)posicionamento subjetivo do paciente frente à própria fala. Quanto ao fragmento abaixo,

(31) T: **Quem tá doente?**

(32) P: U... **banisso. Beniso.**

(33) T: **Quem?**

(34) P: O Léo.

(35) T: O **menino** da sua classe... ficou doente e não foi na escola?

(36) P: **Não, com a mamãe dele.**

... chamo a atenção para a minha posição frente à expressão (32) “U **banisso. Beniso**”. Não me detive frente ao *desarranjo na fala*: pude ficar fora do sentido. Mostrei estranhamento (33): “**Quem?”** e o paciente respondeu (34) “**Léo”,** que me fez retroagir à produção enigmática em (32) e a *apostar* em (35) “**menino** da sua classe...?” - segmento que movimentou sua fala e o diálogo (afirmar que o amigo faltou na escola por estar doente, razão pela qual ficou em casa (36) “**com a mamãe dele**”).

Chamo a atenção, ainda no **Episódio 1**, para produções como (4) “**Sapéu**” e (6) “**Saves**”, que circularam em sua fala ao lado de (48) “**cholô**”. Destaco, no **Episódio 2,** significantes como (7) “**Siquinha Chicota**” e, no **Episódio 4**, a ocorrência de (10) “**Chapéu doce!**”. Essas produções (**sapéu – saves – chapéu/ siquinha – chicota)** decorrem de efeitos homofônicos (semelhanças sonoras) e levam à emergência de formas condensadas/aglutinadas que interrogam o outro-terapeuta.

A escuta para a própria fala se mostra no **Episódio 3**. O paciente hesita por efeito de sua fala (8): **É...não**... e é capaz de mudar de posição: **cachalo – pacalo -** “**cavalo**”:

(8) **Cachalo. É... não, pacalo** e (SI).

(9) T: **Quem?**

(10) P: **Cavalo.**

Temos aí um sujeito que titubeia para designar.

Destaco, no segmento abaixo, a expressão (10) “**Chapéu doce**”:

(7) Era uma vez uma menina chamada Chapeuzinho Vermelho. A mamãe falou pra ela levar **uma cesta de comida pra vovó porque ela estava doente**.

(8) P: **Doente vovó. Tadinha.**

(9) T: **E a Chapeuzinho saiu pela floresta cantando.**

(10) P: (me interrompe) **Cantando! Chapéu doce!**

(11) T: O quê?

(12) P: ----------

(13) T: Você olhou a cestinha? Tinham doces na cestinha da Chapeuzinho?

(14) P: É.

Trata-se de uma composição imprevisível, cujo efeito em minha escuta foi de “surpresa”, mas ela não “afetou” a escuta do paciente. “Pode-se supor” que tal combinação adveio da expressão “cesta de comida” (de minha fala), que remeteu o paciente a outros significantes ausentes/latentes à cadeia. O destaque da expressão “Pode-se supor” não foi ao acaso: referi-me a uma *possibilidade de interpretação* para as ocorrências materializadas na fala, isso porque “não podemos determinar nem a fonte (de onde elas vêm) e nem para quem elas são, de fato, endereçadas” (LANDI, 2009, p. 43). Só no final do enunciado, sua fala se desenlaça e cede ao movimento da língua que associa pedaços, “restos de falas que remetem às cenas vividas pelo sujeito” (Ibid.). Contudo, não posso deixar de marcar que a expressão “**Chapéu doce**” - do modo como ali foi introduzida pelo paciente – suspendeu o

sentido, produzindo *nonsense* por ficar “fora de tempo, fora de lugar” (LIER-DEVITTO, 2005).

Passo, nesse momento, a tratar de outras modalidades interpretativas para além do interrogar ou estranhar. O clínico pode **atribuir sentido** ao **pontuar, retomar, ressignificar a fala do paciente.** A aposta na atribuição de um sentido deixa o clínico na “posição de aguardo” – ele espera produzir alguma mudança na relação sujeito-fala. Esse “aguardo” comporta uma escuta para os possíveis efeitos que a fala do clínico possa promover na fala do paciente: indiferença? estranhamento? retomada da própria fala? ressignificação? Ou seja, o clínico restringe ou amplia a fala do paciente, inserindo-a em uma cadeia da língua e, assim, chega a um sentido (DE LEMOS, 1992).

É fato que o material clínico está aberto a outras possibilidades de sentido - há uma “reserva de sentido sempre disponível” (FUKS, 2000, p. 118) para um enunciado. Isso significa, portanto, que “atribuir sentido” é “fechar o sentido”. Por isso, o clínico não deve temer, em certas circunstâncias, significar, fazer texto de sequências enigmáticas do paciente. Ele deve, para isso, deixar-se guiar pelos ecos de significantes (LIER-DEVITTO, 1998) que restringirá a possibilidade de recobrimento da fala do paciente, que conterá o ímpeto de ser guiado pelas próprias expectativas, conforme se viu nos trabalhos de Vorcaro (1997; 1999), relidos por Spina-de-Carvalho (2003). Evitam-se, assim, interpretações que se aproximem demais de traduções compreensivas.

Chamo a atenção para os episódios abaixo, de outro paciente.

Segmento 5

Episódio 1

(1) T: O que você desenhou aqui, L.?

(2) P: Esse aqui é aquele... é... é... esqueci.

(3) T: **Como ele é?**

(4) P: Aquele bicho... ele anda... passa na estrada... quando vou de carro ele tá ali e plaf, passa em cima.

(5) T: **Você viu esse bicho atropelado, é isso?**

(6) P: **É...**

Lembrei! A **picavala**.

(7) T: Como?

(8) P: A **pica**... **é... é... não!**

É sim, picapo, **ah**! (resmunga).

Pica... **valu**. **Paquivala!**

(9) T: Eu não sei que bicho é esse.

(10) P: Sabe sim, ele é pequeno. É que **eu não sei explicá**, mas é assim, um... **picavala**.

(11) T: Ele costuma andar em estrada, hum...

(12) P: É, é! Eu vi muitos na estrada e eles morre.

(13) T: A **capivara**?

(14) P: É, é, é desse aí que eu fiz um desenho aqui, ó!

Episódio 2

(1) P: Sabia que eu tô hoje com **duas aspas**?

(2) T: Com o quê?

(3) P: É... **pacas**. Não, **aspa** aqui (abre a boca).

(4) T: Ah, você machucou, está com **aftas**.

(5) P: Esse arde.

(6) T: Dói mesmo, H., ainda mais duas de uma vez!

Episódio 3

(1) T: E hoje à tarde, teve muita lição?

(2) P: Hoje a lição é pra fazer com os pais.

(3) T: A professora passou atividade pra fazer em casa com eles?

(4) P: É.

(5) T: E sobre o que era?

(6) P: **Um napo**.

(7) T: **Ahn?**

(8) P: **Um napa**.

(9) T: **Não entendi.**

(10) P: **O Napa do Brasil.**

(11) T: **Um mapa?**

(12) P: Esse **napa** foi difícil, não achava ele grande como ela pediu.

(13) T: A professora pediu para você pesquisar com seus pais um mapa do Brasil?

(14) P: É, do mundo todo.

Episódio 4

(1) P: Meu professor de História é estranho.

(2) T: Estranho como, L?

(3) P: **É assim, é... ele fica... ele vira, é.**

(4) T: Ele é estranho por quê?

(5) P: Porque ele é **desconfornado**.

(6) T: Ele o quê?

(7) P: Anda assim ó (imita passos largos de perna aberta). Ele é **desquisito**.

(8) T: Você quer dizer que ele é **desengonçado**?

(9) P: **É isso aí que eu falei que ele é.**

Episódio 5

(1) P: Fiquei ruinzão no fim de semana.

(2) T: O que aconteceu?

(3) P: Eu fiquei **quente**, é... **doente**.

(4) T: Com febre?

(5) P: Minha mãe me deu **leventam**, eca!

(6) T: O que é isso?

(7) P: Eu bebi aquilo, é ruim.

(8) T: É um remédio?

(9) P: Não, é chá.

(10) T: E como é mesmo que ele chama?

(11) P: É **olevetam**.

(nota que eu não entendi e começa a soletrar)

O A L V L E.

(12) T: Isso é um tipo de chá? Como ele é?

(13) P: É. Você nunca tomou não?

(14) T: Acho que não! Eu não conheço... não lembro de ter tomado.

(15) P: Sabe sim, **é... deixa eu vê... levertam.**

(16) T: ----------

(17) P: **Acho que não é assim, péra.**

Olertam.

(18) T: **Chá de hortelã?**

(19) P: **Isso. É isso que eu queria levantá.**

(20) T: **O quê?**

(21) P: **Eu queria lembrar.**

Os episódios deste paciente mostram a recorrência de aglutinações que "furam" a estrutura de sua língua. Vejamos as ocorrências que marcaram cada um dos episódios.

No **Episódio 1**, o paciente transitou pelas seguintes "tentativas": **picavala – pica – picapo - pica...valu - paquivala - picavala**.

No **Episódio 2**, por **aspas – capas – aspa.**

No **Episódio 3**, produziu **um napo – um napa – o napa – esse napa**.

No **Episódio 4**, aparecem: **desconfornado – desquisito**.

No **Episódio 5**, observam-se **leventam – olevetam - O A L V L E – levertam – olertam**.

Essas ocorrências “desestratificam e confundem sistematicamente som e sentido... impedindo que um estrato possa servir de apoio para destrinchar outro” (MILNER, 1987, p. 15). A fala desse paciente oscila para o fracasso de um dizer. De fato, em nenhum dos episódios acima, o paciente pode alcançar uma produção “esperada”.

O diálogo “caminhou” mesmo marcado por dificuldades: pausas e deslocamentos estranhos de significantes. Mas, como disse, é impossível negar que, mesmo assim, o paciente não tenha ficado sob efeito do que disse.

Episódio 1

(8) P: A **pica**... **é... é... não!**

É sim, picapo, **ah!** (resmunga)

Pica... **valu**. **Paquivala!**

(9) T: Eu não sei que bicho é esse.

(10) P: Sabe sim, ele é pequeno. É que **eu não sei explicá**, mas é assim, **um... picavala**.

OU

Episódio 4

(3) **É assim, é... ele fica... ele vira, é.**

(4) T: Ele é estranho por quê?

(5) P: Porque ele é desconfornado.

OU

Episódio 5

(15) P: **... é... deixa eu vê... levertam**.

(16) T: ----------

(17) P: **Acho que não é assim, péra**.

Olertam.

(18) T: Chá de hortelã?

(19) P: **Isso. É isso que eu queria levantá.**

(20) T: O quê?

(21) P: **Eu queria lembrar.**

As articulações significantes deste paciente estão repletas de hesitações, de ir e vir, de tentativas de reformulação ("**é... é... não**" seguidas de "**é sim**"- um "**sim**"), mas frustradas. Mediante a tais embaraços, o sujeito enuncia um: "**eu não sei explicá**" -, bem como "**é assim, é... ele fica... ele vira, é...**".

No **Episódio 4**, quando digo (4) "**ele é estranho por quê?**", o paciente responde (5) **"porque ele é desconfornado"**, tem-se um sujeito aprisionado a um "impossível de passar a outra coisa". No **segmento 5**, acontecimentos como (15) "**é... deixa eu vê"**, sequenciado por (17) "**acho que não é assim, péra**", sinalizam tentativas diversas de substituições, mas essa fala "dramatiza um insucesso" (LIER-DEVITTO, 2003, p. 238). Essas ocorrências não cessam. Trata-se, portanto, de um sujeito que está "nas mãos" dos jogos internos da língua.

O que dizer, nessa direção, da minha incidência sobre a sua fala? Retomo, para isso, o **Episódio 3**:

(1) T: E hoje à tarde, teve muita lição?

(2) P: Hoje a lição é pra fazer com os pais.

(3) T: A professora passou atividade pra fazer em casa com eles?

(4) P: É.

(5) T: E sobre o que era?

(6) P: **Um napo**.

(7) T: **Ahn?**

(8) P: **Um napa**.

(9) T: **Não entendi.**

(10) P: **O Napa do Brasil.**

(11) T: **Um mapa?**

(12) P: Esse **napa** foi difícil, não achava ele grande como ela pediu.

Nessa sequência dialógica, depois de meus estranhamentos (7) "**Anh?"** e (9) "**Não entendi"**, o paciente introduz um elemento novo: outro significante levou a "**Brasil"**: (10) "**O napa do Brasil**". Isso sinaliza o efeito, sobre ele, do estranho que insiste em sua fala, e pode estar ligado ao efeito de estranhamento que ela provocou em minha escuta.

No entanto, o **Episódio 4**, a seguir, mostra que o paciente sustenta a "ilusão" de ter dito "desengonçado" - tanto é assim que produz, na linha (9), "**É isso aí que eu falei que é"**:

(6) P: Anda assim ó (imita passos largos de perna aberta). Ele é **desquisito**.

(8): T: Você quer dizer que ele é **desengonçado**?

(9) P: **É isso aí que eu falei que ele é.**

Pode-se falar também em interpretação pela via da **correção**. Essa é uma questão delicada, pois, como apontaram os estudos de Andrade (2003; 2006) e Araújo (2006), a correção está atrelada a questões teóricas bem distantes da teorização que sustenta a Clínica de Linguagem porque:

a) privilegia a capacidades perceptuais-cognitivas (maturacionais) ao supor que o sujeito seja capaz de dominar o curso de seu dizer;
b) assume a linguagem como objeto de conhecimento;
c) considera que a fala é transparente e seu sentido é diretamente apreensível;
d) entende que a relação audição-percepção/cognição (os aparatos fisiológicos) sustentam a produção da fala;
e) assume que se pode superar as dificuldades na fala a partir de treinamentos discriminatórios e articulatórios.

Críticas gerais a essa proposta já perpassaram o corpo teórico desta tese. Assinalo, contudo, que elas anulam pontos centrais a uma clínica:

a) abandonam a singularidade que marca uma fala;

b) recobrem a ordem própria da língua;

c) apagam os efeitos inéditos que uma fala pode provocar e qualquer possibilidade de interpretação da fala[37].

Quando afirmei, anteriormente, que seria uma modalidade interpretativa do clínico "corrigir a produção da criança", não foi sob as tendências acima mencionadas. Ao contrário: parto de uma perspectiva na qual a interpretação, mesmo pontual-dirigida-corretiva, não perde o veio da *interação* como **diálogo** (DE LEMOS, 1998) e não apaga o estatuto singular de uma fala-falante. Trata-se de um recurso alçado pelo clínico em situações em que o paciente não escuta a própria fala, não se deixa afetar pela diferença entre sua fala e a do clínico – nesses casos, a suspensão do diálogo pela correção produz efeito de interpretação, por vezes.

Há "perigo" quando o clínico assenta-se numa posição de "doutrinador de falas" e se mantém como "detentor de um saber" sobre elas e sobre o paciente. Vejamos, a esse respeito, um segmento extraído do trabalho de Araújo (2006). Nele, a autora discute o fato de a terapeuta não poder sustentar-se no não-sentido – sua escuta está fechada para o movimento da fala do paciente... ela fica obturada para a densidade significante da fala.

[37] Como apontaram os trabalhos de Spina-de-Carvalho (2003) e Araújo (2006), esse apagamento leva o clínico a cair na armadilha da "tradução compreensiva" ou numa "tendência corretiva pedagógica" da fala.

Fragmento 4

(**F**) fonoaudióloga e (**C)** criança – brincam com vários bonecos e fazem de conta que as personagens estão passeando no zoológico. A autora chama a atenção para o impasse provocado pela presença de pedela/pedera na fala da criança.

(1) C: e aí a Suze

e a/ e aí/ e aí/ e aí o cafalo/

e aí/ e aí/ e aí a mãe tela

e a Ana folam o (cheganto) dá pedela

(2) F: chegando, não entendi

(3) C: na pede::ra

(4) F: pedreira?

(5) C: é

(6) F: por que pedreira?

(7) C: e aí a Suze falô/

e aí qualqué um que no/

que eu seguei

(8) F: -------

(9) C: e aí a Su falô *vamo i pá*

pedera e aí falo

(10) F: vamo i pra pedreira?

(11) C: é

(12) F: fazê o que na pedreira?

(13) C: é que o cavalo tão secando

(14) F: eles gostam de ir prá pedreira?

(15) C: e aí a Sônia foi (draçá ela) tudo/

todo mundo zunto folam na pe::de::la

(16) F: pedreira todo mundo foi?

(17) C: é

(18) F: fazê o que na pedreira?

(19) C: vê o Napoleão

(20) F: o quê?!

(21) C: se ele tão secando

se ele secá na leiteira o reão/

o lapoleão e aí vão (cota)

(22) F: vem o Napoleão na pedreira?

(23) C: é

(24) F: eu nu sei o que é pedreira

(25) C: é a/

e aí todo mundo foram na pede::ra

(26) F: e quê que tem na pedreira me conta?

(27) C: um bicho Naporeão

(28) F: Napoleão o bicho

(29) C: oh, vamo í pa pedera que nós

(temquemos) que vê o Napoleão

***e aí falô*.**

Observe-se que *pedela* é traduzida em *pedreira*. A terapeuta seguiu num monólogo e à margem da fala da criança – índice de tradução compreensiva. A rigor, diz Araújo, dois monólogos caminham lado a lado: a terapeuta em busca de um significado para "pedreira"; a criança dá sequência ao texto, mas é interrompida constantemente para responder às indagações do clínico. Opondo-se a essa forma de posicionamento, Araújo afirma:

> é pela via da impossibilidade de traduzir a fala da criança que a problemática da atribuição de sentido vem à tona como tendência identificada na clínica de linguagem (2006, p. 402).

O fonoaudiólogo não teve escuta para as marcas singulares da fala do paciente e, por isso, não se pode, efetivamente, falar em efeito interpretativo. Para indicar como o *corrigir* pode ter efeito *interpretativo*, apresento o extrato abaixo:

Segmento 5

(1) P: Na escola a gente tá ensaiando pa festa junina.

(2) T: E quando vai ser a festa, A.?

(3) P: No fim de junho, vai ser legal.

(4) T: As danças vão ser de pares ou vocês vão dançar sozinhos?

(5) P: Vai ser de dois.

(6) T: E você já sabe com quem você vai dançar?

(7) P: **Com o Rodigo**.

(8) T: Com quem?

(9) P: **O Ro:dli:go**.

(10) T: **Ah... Ro:::<u>drigo</u>?** (enfatizo a produção).

(11) P: É.

(12) T: E sua amiga, a Carol?

(13) P: A Calol vai dançar com o Enzo.

Sabia que o Ro:drigo (faz um esforço articulatório para produzir).

Nossa! Péra, eu falei. Eu acertei. Eu senti!

(14) T: Verdade A.!

(15) P: **Nossa, palece que um vulcão passou pela minha boca, ela temeu!**

(16) T: Parece que sua língua tremeu? É isso?

(17) P: É.

Viva eu, eu consegui falar Rodrigo!

(18) T: Também foi a primeira vez que eu percebi você falando esse som, muito bom A.

(19) P: **Eu consegui! Deixa eu ver... Ro:dli... não, péra. Ro:drigo. Tremeu de novo! Amanhã na escola o Ro:dli é, Rodrigo vai saber que eu acertei o nome dele.**

Incidir/corrigir a fala do paciente, marcando uma diferença (um não previsto) em sua produção, pode ter efeito interpretativo se produzir mudança na relação de escuta da criança para sua fala e/ou para a fala do outro. Não se trata de corrigir em sentido estrito, ou seja, fornecer a forma ou o modelo correto, mas sim uma possibilidade outra de afetar o sujeito em escuta. Essa modalidade interpretativa não fere, assim, a "ética clínica": não se toma distância do fato de que o sujeito não pode guiar ou controlar *o quê* e *como* dizer.

Se a correção pode afetar o paciente e fazê-lo chegar à produção esperada, ela pode, se recurso insistente, obliterar o andamento dialógico, levar a criança ao silenciamento e, ainda, inviabilizar que outros elementos significantes circulem, conforme retratado no **Fragmento 4.**

Diferentemente, minha intervenção no **Fragmento 5,** ao marcar mais pausadamente a produção do vocábulo, foi disparar uma possibilidade de afetar a escuta dessa criança e não frear o andamento dialógico: (10) "**Ah... Ro:::drigo?**". Disso, ocorreu um efeito: a paciente pôde proferi-lo assertivamente em (13) "**Sabia que o Ro:drigo**", em (17) **"Viva eu, eu consegui falar Rodrigo!"** e, ainda, em (19) "**Eu consegui! Deixa eu ver... Ro:dli... não, péra. Ro:drigo. Tremeu de novo! Amanhã na escola o Ro:dli é, Rodrigo vai saber que eu acertei o nome dele**". Nos termos de Spina-de-Carvalho (2003), a correção é uma modalidade interpretativa

> quando ela muda a posição da criança frente à própria fala, quando, por exemplo, a criança hesita, estranha a própria fala e a modifica (mesmo que não chegue a produzir a forma esperada) (p. 74).

Pode-se dizer que minha fala afetou sua escuta e fez aparecer um sujeito-falante sob outra condição: (13) **Nossa! Péra, eu falei. Eu acertei. Eu senti!**, em (17) "**Viva eu, eu consegui falar Rodrigo**!" e em (19) "...**eu acertei o nome dele**".

Esse excerto clínico levanta uma questão importante: o "acerto" provocou na escuta dessa criança um efeito para além de sua fala... afetou o seu corpo: (15) "**Nossa, palece que um vulcão passou pela minha boca, ela temeu!**". Neste caso, a orelha é capturada pelo "resultado do tremor interno do corpo pelo qual se manifesta e se revela, não a figura material, mas uma primeira idealidade vinda da

alma” (DERRIDA, 1967, p. 296). A paciente ficou sob efeito do que disse e isso provocou um abalo em sua subjetividade, na esfera de seu corpo como uma pressão, uma força, metaforizada por “um vulcão”. Esse tremor, de fato, excedeu uma sensação puramente orgânico-fisiológica: abalou a sua escuta e fez “vibrar” a sua subjetividade: “**viva, eu consegui”... “eu acertei**”.

A seguir, apresento um último excerto clínico, relativo ao caso de uma paciente afásica:

Segmento 6

(1) P: **Esse** é **meu**, oh (mostra o anel em sua mão), **ficou**.

Não, é o **dele**.

(2) T: Esse anel que a senhora está usando é a aliança do seu casamento?

(3) P: É, **isso**, **esse**, **ficou**. Como é que é?

(4) T: Ficou? Como assim?

(5) P: É **dele**.

(6) T: E esse aí na mão da senhora é o anel do seu esposo?

(7) P: **É dele**, **é dele**... **é meu**... **é nisso**... **é nosso**, ah! Ai! Credo!

O **meu** não **sei**.

(8) T: O da senhora sumiu?

(9) P: Acho que é. Eu **dei**.

Não, é... **eu vendi**. Não! É... ai que feio, não consigo. De que jeito que é?

(10) T: Vamos lá, eu sei que a senhora consegue me dizer sim.

Então... esse anel aí é o do seu marido. E o da senhora?

(11) P: Ah, o **meu**?

(12) T: Isso. Onde está a aliança da senhora?

(13) P: Deve tá... **meu** filho? O pequeno.

(14) T: O seu filho mais novo guardou?

(15) P: **É.**.. o **meu**. **Esse** é **dele**.

(16) T: Sei, é do seu esposo. E por que a senhora está com o anel do seu marido?

(17) P: **Meu pe**... é... **apertou**. Ele foi e **ficou esse** aqui.

(18) T: O anel da senhora ficou justo?

(19) P: É. Depois que ele **morreu ficou** aqui.

(20) T: O anel ficou com a senhora, sei. E daí a senhora preferiu usar o dele porque ficava mais confortável?

(21) P: Foi assim. É **isso** mesmo que você **falou**.

Difícil, pesado, viu?

(22) T: Como?

(23) P: Dizer, falar e... é... as **co** as **coisas**. Some aqui em cima (põe a mão na cabeça).

Nos excertos apresentados, a paciente queixa-se de sua condição de falante – de sua fala sintomática, desalinhavada, marcada pelo "tempo da insistência, da repetição" (LIER-DEVITTO, 2006, p. 186). A paciente escuta algo estranho em seus enunciados, haja vista as expressões: (7) **Ai! Credo**!; (9) ... **ai que feio, não consigo**; (21) **Difícil, pesado, viu?**; (23) ... **Dizer, falar... Some aqui em cima** – sinais de afetação subjetiva. Embora ela não fique indiferente àquilo que diz, "nada pode fazer para mudar essa fala, falada que é pela língua que faz laços

metonímicos ou metafóricos com os pedaços de seu dizer" (FONSECA, 2002, p. 229).

Não se pode negar que essa paciente escuta sua "impotência na fala", num dizer que "vem aos pedaços" (FONSECA, 2002, p. 234) – mas os efeitos da língua perturbam o sentido. Por poder se escutar, a paciente procurava um redizer, que logo desaparecia em meio à sua fala sintomática.

Procurei, neste capítulo, mostrar como escuta e interpretação enlaçam-se na clínica, numa direção que não se sustenta na "escuta compreensiva", nem na interpretação voltada para a "atribuição de significado". Parece-me que as modalidades interpretativas, aqui incluídas e comentadas, puderam levar falas sintomáticas a tomar outra direção - não digo que menos faltosas, mas, de um modo ou de outro, foram movimentadas.

CONSIDERAÇÕES PROVISORIAMENTE FINAIS

Instante de concluir...

Esta tese percorreu e procurou problematizar o estatuto da escuta e da interpretação na Clínica de Linguagem. Neste percurso, empenhei-me em indicar que a *escuta*, nesta clínica, não coincide com ouvir (ANDRADE, 2003) – não é mera captação de som externo e nem visa à compreensão. *Escuta* na Clínica de Linguagem é efeito de uma teoria[38] – ela captura e marca o corpo-orelha do clínico. Da Psicanálise, conforme indiquei, recolhe-se a importância incontornável do compromisso com a singularidade. Assim, a *escuta para a trama significante* é heterogênea, singular a cada falante... e*,* portanto, afetada pelos *efeitos sintomáticos singulares de uma fala.*

A questão da *escuta* foi trabalhada, nesta tese, a partir da articulação *língua-fala-sujeito* (DE LEMOS, 1992, 2002 e outros; LIER-DEVITTO, 1995, 1998 e outros), trinômio que permite apreender a "lógica" que movimenta *cada* composição significante que se manifesta em *cada* fala sintomática. Fica posto, assim, que os sintomas na fala não escapam ao *determinismo linguístico*, fruto da "alteridade radical da língua" (DE LEMOS, 2002, p. 55), porém esse determinismo não é "cego", na medida em que há fala e falante - sujeito que faz, na linguagem, marca de singularidade. O peso que se dá à linguagem e ao sujeito retira, do cenário da Clínica de Linguagem, a *causalidade orgânica* como resposta para acontecimentos

[38] No caso, a *escuta* resulta, como procurei mostrar, da filiação ao estruturalismo europeu que introduz a noção de significante e de estrutura, que possibilitou a abordagem da fala sintomática em sua *densidade significante* (LIER-DEVITTO, 1999 e outros).

perturbadores da fala. Para a Clínica de Linguagem, a *fala sintomática* é "proposição problemática" (LIER-DEVITTO, 2006b), ou seja, não é naturalizada na condição de uma empiria transparente e nem se confunde com a "fala" que interroga a Psicanálise. A *escuta* liga-se, assim, na clínica, ao jogo significante e dialógico, isto é, ao modo de implicação entre as falas de terapeuta e paciente.

A *interpretação* – modo de incidência do clínico de linguagem na fala de um paciente – é ela, também, efeito da escuta para operações significantes que governam a dialogia, que relacionam enunciados. Ela não pode, logicamente, ser vista como ligada ao ideal *adaptativo* da supressão de sintomas. Nesta perspectiva, dado o submetimento da escuta do clínico às articulações significantes, a interpretação está longe de decorrer de um conhecimento interior sobre a linguagem. A interpretação é instigada como efeito significante do *diálogo clínico.* O cerne da questão é assumir que uma fala afeta a escuta teoricamente instituída e considerar como o clínico interpreta a manifestação sintomática.

Importante dizer que essas falas inconclusas, elípticas, truncadas, desarranjadas – que transitam pela Clínica de Linguagem - "não inviabilizam o diálogo, nem a interação, nem a interpretação" (LIER-DEVITTO & FONSECA, 2008) porque a escuta e interpretação não estão voltadas para o significado, mas para a trama significante, como tenho assinalado.

Disposta a reunir e a ampliar essas discussões, na visita aos trabalhos desenvolvidos no interior do Projeto de Pesquisa *Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem,* dedicados à escuta e à interpretação, pude apreender o compromisso decidido de desnaturalizar essas noções. Encontrei nos estudos de Andrade (2003; 2006) um espaço fértil para encaminhar minha discussão sobre escuta e, em Spina-

de-Carvalho (2003) uma base sólida para o desenvolvimento de elaborações a respeito do estatuto da interpretação na clínica.

Foi desses lugares que parti na tentativa de “dar um passo adiante” na reflexão sobre “escuta-interpretação”. Esse passo se instituiu na afirmação sobre a *necessária aproximação* à *Linguística* (Estruturalismo Europeu e Interacionismo em Aquisição de Linguagem) e à *incontornável relação com a Psicanálise.* Nesses dois territórios, conforme procurei mostrar, transitam conceitos e questões que atravessam a Clínica de Linguagem - procurei indicar que, embora similares na superfície, eles assumem conotações bastante particulares. Isso porque *aquilo da fala que é privilegiado* em um campo não coincide com o que é privilegiado em outro. De fato, a “suposta e decantada articulação teórica deve ceder seu lugar a um autêntico trabalho de *reconstrução conceitual”* (LAJONQUIÈRE, 1992, p. 134, ênfase minha).

A relação tensa mantida entre esses domínios garante a alteridade da Clínica de Linguagem – foi ela que permitiu recolocar noções como de escuta e interpretação “problemáticas” e definir direções singulares. Foi essa relação de *alteridade* que permitiu a esta clínica chegar a uma “estrutura mínina [e escapar à] circularidade ao estabelecer independências” (MILNER, 1995 [2010], p. 03). O estabelecimento de uma “autonomia teórica” fomentou uma discussão a respeito da posição do clínico de linguagem frente a falas sintomáticas e delineou a natureza da escuta e da interpretação nesse espaço que, como procurei mostrar, são instâncias discerníveis, embora indissociáveis.

Resumidamente, reitero: a *escuta clínica* fica sob efeito da mobilidade significante que se materializa no *corpo da fala sintomática.* A interpretação

manifesta-se como fala, que ganha estatuto de interpretação quando interroga ou produz algum tipo de modificação na fala do paciente – uma incidência de fala é interpretação apenas "no depois". A interpretação se realiza de diferentes formas, mas nunca é definida *a priori*. Podemos falar, com Spina-de-Carvalho (2003), em "intervenções interpretativas" como *estranhar*, *interrogar*, *ressignificar*, *corrigir* entre outras.

Os efeitos dessas "intervenções interpretativas" são imprevisíveis. Procurei destacar que, para essas manifestações, não há prescrição, já que são provocadas pela "fala-viva" que acontece na clínica. Espero que os segmentos clínicos, presentes nesta tese, tenham podido iluminar a afirmação de que é num tempo *posterior* à incidência de um ato que se pode dizer se ele foi uma interpretação. Isto é, se a incidência de minha fala afetou a escuta do paciente e sua fala. Note-se que assim como na *escuta*, a *interpretação* também se implica à noção de efeito.

A interpretação, na Clínica de Linguagem, pode ser aproximada da ideia de *transliteração*, que vem da Psicanálise, caso se considere a diferença incontornável que separa essas clínicas – diferença, insisto, definida pelo que "se entende por fala", ou melhor, "pelo que da fala se recolhe em cada uma dessas clínicas" (LIER-DEVITTO, *no prelo*). Fato é que numa e noutra, há um afastamento de tendências que pendem para a tradução compreensiva.

Na abertura desta parte, encadeio à palavra "considerações", a expressão: "provisoriamente finais". Essa decisão remete ao fato de que questões sobre *escuta* e *interpretação* não se encerram nas linhas que compõem esta tese – estou certa de que esta temática demanda, ainda, desdobramentos. Acredito,

porém, que as elaborações, aqui realizadas, movimentaram aspectos essenciais sobre *escuta* e *interpretação.* Desse modo, fica para outro momento os passos que pretendo dar a respeito desse tema tão instigante.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALLOUCH, Jean. *Letra a letra.* Companhia de Freud, Rio de Janeiro, 1995.

ANDRADE, Lourdes. *Os efeitos da fala como acontecimento na clínica fonoaudiológica*. In: Letras de Hoje, Porto Alegre, v. 36, nº 3, pp. 261-265, 2001.

_____. *Ouvir e escutar na constituição da Clínica de Linguagem*. Tese de doutorado. São Paulo, Lael-PUC, 2003.

_____. *Considerações sobre a escuta na clínica de linguagem*. In: Cadernos de Estudos Linguísticos, IEL- Unicamp. Campinas, 47 (1) e (2) – jan./dez, pp. 167-174, 2005.

_____. "*Captação" ou "captura" – considerações sobre a relação do sujeito à fala*. In: Aquisição, Patologia e Clínica de Linguagem. Maria Francisca Lier-De Vitto; Lúcia Arantes (org.). São Paulo: EDUC, FAPESP, pp. 201-218, 2006.

ARANTES, Lúcia. *O fonoaudiólogo, este aprendiz de feiticeiro*. In: Fonoaudiologia no sentido da linguagem. Maria Francisca Lier-DeVitto (org.). Editora Cortez, São Paulo, pp: 23-37, 1994.

_____. *Diagnóstico e Clínica de Linguagem*. Tese de doutorado. São Paulo, Lael-PUC (inédita), 2001.

_____. *Sobre os efeitos do Interacionismo no diagnóstico de linguagem*. In: Cadernos de Estudos Linguísticos. Campinas, São Paulo. V. (1) – (2), n. 46, pp.151-158, 2005.

_____. *Impasses na distinção entre produções desviantes sintomáticas e não sintomáticas*. In: Aquisição, Patologia e Clínica de Linguagem. Maria Francisca Lier-De Vitto; Lúcia Arantes (org.). São Paulo: EDUC, FAPESP, pp.219-226, 2006a.

_____. *Sobre a instância diagnóstica na Clínica de Linguagem*. In: Aquisição, Patologia e Clínica de Linguagem. Maria Francisca Lier-De Vitto; Lúcia Arantes (org.). São Paulo: EDUC, FAPESP, pp.315-329, 2006b.

ARANTES, L. & FONSECA, S. C. da. *Efeitos da escrita na Clínica de Linguagem*. *Estilos clin.* [online]. Vol.13, n.25, pp. 14-35, 2008.

ARAÚJO, Sonia Maria de Melo. *Clínica de Linguagem: sobre a posição do fonoaudiólogo na relação com a fala sintomática de crianças*. In: Aquisição, Patologia e Clínica de Linguagem. Maria Francisca Lier-De Vitto; Lúcia Arantes (org.). São Paulo: EDUC, FAPESP, pp. 395-412, 2006.

BOUQUET, Simon. *Introdução à leitura de Saussure.* Trad. Carlos A.L. Salum e Ana L. Franco. São Paulo: Cultrix, 2000.

BROWN, Roger. *A first language: The early stages.* Cambridge, MA: Harvard University Press, 1973.

CARVALHO, Glória Maria Monteiro de. *Levantamentos de questões sobre o erro em Aquisição de Linguagem*. In: Letras de Hoje. Porto Alegre, v. 30, no. 4, pp. 137-143, 1995.

_____. *Uma discussão sobre o efeito provocado pela ecolalia do autista*. In: Anais do 4º. Colóquio do LEPSI IP/FE-USP. São Paulo, 2002. Acesso eletrônico: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000032002000400010&lng=pt&nrm=abn. Acesso em: 30 Set. 2010.

_____. *Questões sobre o deslocamento do investigador em Aquisição de Linguagem*. In: Cadernos de Estudos Linguísticos. Campinas, São Paulo. V. (1) – (2), n. 46, pp. 61-67, 2005.

_____. *O erro em Aquisição de Linguagem: um impasse*. In: Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem. Maria Francisca Lier-De Vitto & Lúcia Arantes (org.), EDUC, FAPESP, SP, pp.57-78, 2006.

_____. *A singularidade da fala da criança e o estatuto do investigador da Aquisição de Linguagem*. In: Revista Intercâmbio. São Paulo, Lael/PUC-SP. Vol. XX, pp. 99-113, 2009.

CARVALHO, G. & AVELAR, T. C. de. *A relação dialógica como questão para a Aquisição de Linguagem*. In: Os múltiplos usos da língua. Denilda Moura (org.). Revista do Programa de Pós-Graduação em Letras. EdUFAL Maceió, pp. 87-90, 1999.

CARNEVALE, Luciana. *O falante entre cenas: descaminhos da comunicação na deficiência mental*. Tese de doutorado, Lael-PUC, São Paulo, 2008.

CASTRO, Júlio Eduardo de. *O método psicanalítico e o estudo de caso.* In: Pesquisa em Psicanálise: transmissão na universidade. Fuad Kyrillos Neto & Jacqueline Oliveira Moreira (org.) Editora da Universidade de Minas Gerais – EdUEMG, 2010.

CATRINI, Melissa. *Apraxia: sobre a relação entre corpo e linguagem.* Tese de doutorado, Lael-PUC, São Paulo, 2011.

CHOMSKY, Noam. *Aspects of the theory of syntax*. Cambridge: The MIT Press, 1965.

_____. *Knowledge of language*. New York: Praeger, 1986.

_____. *Novos horizontes no estudo da linguagem e da mente*. Trad. Marco Antonio Sant´Anna. São Paulo: Editora UNESP, 2005.

CLAVREUL, Jean . *A ordem médica*. São Paulo: Brasiliense, 1983.

DE LEMOS, Cláudia Thereza Guimarães. *Sobre a aquisição de linguagem e seu dilema (pecado) original*. In: Boletim da ABRALIN, 3, pp.97-136, 1982.

_____. *On specularity as a constitutive process in dialogue and language aquisition.* In: *Questions on social explanation: piagetian themes reconsidered.* Camaioni, L. e De Lemos, C.T.G. (orgs.). Amsterdã, John Benjamins, 1985.

_____. *Los processos metafóricos y metonímicos como mecanismos de cambio*. Substractum I, 1(1), pp. 121-135, 1992.

_____. *Corpo e linguagem*. In: Corpo-mente: uma fronteira móvel. Luiz Carlos Uchôa Junqueira Filho (org.). Casa do Psicólogo. 1ª ed, pp. 235-247, 1995.

_____. *Os processos metafóricos e metonímicos como mecanismos de mudança*. In: Substratum: temas fundamentais em Psicologia e Educação, mecanismos de mudanças linguísticas e cognitivas. Porto Alegre: Artes Médicas. Vol. 1, n. 3, pp. 151-172, 1998.

_____. *Das vicissitudes da fala da criança e de sua investigação*. In: Cadernos de Estudos Linguísticos, Campinas, n. 42, pp. 41-69, 2002.

_____. *Corpo & corpus*. In: Corpolinguagem: gestos e afetos. Nina V. de A. Leite (org.). Mercado das Letras, Campinas, SP, pp. 21-30, 2003.

_____. *Uma crítica (radical) à noção de desenvolvimento na Aquisição da Linguagem*. In: Aquisição, Patologia e Clínica de Linguagem. Maria Francisca Lier-De Vitto; Lúcia Arantes (org.). São Paulo: EDUC, FAPESP, pp. 21-32, 2006.

_____. *Da angústia na infância*. In: Revista Literal. Campinas, São Paulo. N. 10, pp: 117-126, 2007.

_____. (*no prelo*). *Acordando discursos adormecidos: o que o ato poético diz do ato analítico*.

DE LEMOS, C.T.G., LIER-DEVITTO, M.F., ANDRADE & ANDRADE, E.M., SILVEIRA, E. *Le saussurism en Amérique Latine aux XX. Siécle.* Cahiers Ferdinand de Saussure. Librairie Droz S.A. Genebra, 56, pp: 165-176, 2004.

DERRIDA, Jacques. *De la grammatologie*. Minuit, Paris, 1967.

DUNKER, Christian Ingo Lenz. *As escansões do gesto: esboço para uma teoria psicanalítica da ação*. In: Corpolinguagem: gestos e afetos. Nina V. de A. Leite (org.). Mercado das Letras, Campinas, SP, pp. 31-38, 2003.

EMENDABILI, Mariana Elza Tomaselli. *Um estudo de perspectivas teórico-clínicas nas demências: sobre a relação linguagem, memória e sujeito*. Dissertação de Mestrado. São Paulo, Lael-PUC, 2010.

FARIA, Viviane Orlandi. *Etiologia e sobredeterminação: sobre a descontinuidade entre organismo e sujeito*. In: Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem. Maria Francisca Lier-De Vitto; Lúcia Arantes (org.). São Paulo: EDUC, FAPESP, pp. 379-393, 2006.

FARIA, V. O. & TRIGO, M. de F. *Contribuições da psicanálise na abordagem das falas sintomáticas de crianças*. In: COLÓQUIO DO LEPSI IP/FE-USP, 5, 2004. São Paulo. **Proceedings online...** Available from: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000032004000100060&lng=en&nrm=abn>. Acess on: 07 Nov. 2010.

FIGUEIRA, Rosa Attié. *Causatividade: um estudo longitudinal de suas principais manifestações no processo de aquisição do Português por uma criança*. Tese de doutorado. Unicamp – Campinas, 1985.

_____. *Marcas insólitas na aquisição de gênero*. Trabalho apresentado em mesa-redonda do XIII Congresso Internacional da ALFAL, 2002.

_____. *A criança na língua. Erros de gênero como marcas de subjetivação.* In: Cadernos de Estudos Linguísticos, Campinas, vol. 47 (1) e (2), pp. 29-47, 2005.

FONSECA, Suzana Carielo da. *Afasia: a fala em sofrimento*. Dissertação de Mestrado. São Paulo, Lael-PUC, 1995.

_____. *O afásico na Clínica de Linguagem*. Tese de doutorado. São Paulo, Lael-PUC, 2002.

_____. *Interacionismo, afasia e Clínica de Linguagem*. In: Cadernos de Estudos Linguísticos. Campinas, vol. 47 (1) e (2), pp.159-166, 2005.

_____. *O estatuto da entrevista no processo diagnóstico da afasia*. In: Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem. Maria Francisca Lier-De Vitto; Lúcia Arantes (org.). São Paulo: EDUC, FAPESP, pp. 331-339, 2006.
FREUD. Sigmund. *Estudos sobre a histeria*. In: Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. V. II, Rio de Janeiro, 1893-1895.

_____. *A interpretação dos sonhos*. In: Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. V. IV, parte I. Rio de Janeiro, 1900.

_____. *A interpretação dos sonhos*. In: Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. V. V, parte II. Rio de Janeiro, 1901.

_____. (1903-1904). *O método psicanalítico de Freud*. In: Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro, Imago. V. II, p. 117-230, 1987.

_____. *Um caso de histeria. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade e outros trabalhos*. In: Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. V. VII. Rio de Janeiro, 1901-1905.

_____. *O manejo da interpretação de sonhos na Psicanálise*. In: Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. V. XII, Imago, Rio de Janeiro, pp. 54-58, 1911-1913.

_____. *Recomendações aos médicos que exercem a Psicanálise*. In: Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. V. XII Imago, Rio de Janeiro, pp. 66-72, 1912.

_____. (1915). *O inconsciente.* In: História do Movimento Psicanalítico. Trad. Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago. Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Vol. XIV p. 165, 1996.

_____. *Conferências introdutórias sobre psicanálise*. Conferência XXVIII: Terapia analítica. *In:* Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. V. XVI. Rio de Janeiro: Imago, pp. 523-539, 1916-1917.

_____. *O ego e o ID e outros trabalhos*. In: Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. V. XIX, Imago, Rio de Janeiro, 1923-1925.

_____. *Um estudo autobiográfico, inibições, sintomas e ansiedades. A questão da análise leiga e outras histórias*. In: Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. V. XX, Imago, Rio de Janeiro, 1925-1926.

_____. (1930). *O mal estar na civilização*. Imago, Rio de Janeiro, 1974.

FUKS, Betty Bernardo. *Freud e a judeidade: a vocação do exílio*. Jorge Zahar Editor, Rio de Janeiro, 2000.

JAKOBSON, Roman. (1954). *Dois aspectos da linguagem e dois tipos de afasia*. In: Linguística e Comunicação. Cultrix. São Paulo, 1988.

_____. *Linguistics and poetics*. In: Thomas A. Sebeok, Style In: Language, MIT Press, Cambridge Massachusetts, pp. 350-377, 1960.

LACAN, Jacques. (1953). *Os escritos técnicos de Freud*. Seminário I. Jorge Zahar Editor, Rio de Janeiro, 1986.

_____. (1953a). *Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise*. In: Escritos. Jorge Zahar Editor, Rio de Janeiro, 1998.

_____. (1955). *Las psicosis.* Seminário III. Paidós, Barcelona, pp. 319-331, 1984.

_____. *Formações do inconsciente*. Seminário V. Jorge Zahar Editor, Rio de Janeiro, 1957.

_____. *O desejo e sua interpretação*. Seminário VI. Jorge Zahar Editor, Rio de Janeiro, 1958.

_____. *La identificacion*. Seminário IX. Edição eletrônica em espanhol, 1961-1962.

_____. *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Seminário XI. Edição eletrônica em espanhol, 1964.

_____. *Le temps logique et l´assertion de certitude anticipée.* In: *Écrits*. Ed. Seul. Paris, 1966.

_____. *La logica del fantasma in Los Seminarios de Jacques Lacan*. Edição eletrônica em espanhol. Clase 15, de 12 de abril de 1967.

_____. (1967a). *El acto analítico*. Seminário XV. Edição eletrônica em espanhol.

_____. (1969). *O avesso da Psicanálise*. Seminário XVII. Jorge Zahar Editor, Rio de Janeiro, 1992.

_____. (1972). Mais, ainda. Seminário XX. Jorge Zahar Editor, Rio de Janeiro, 1985.

_____. *Los incautos no yerran*. Seminário XXI. Edição eletrônica em espanhol, 1973.

_____. *R.S.I.* Seminário XXII. Edição eletrônica em espanhol, 1974.

_____. (1975). *O sinthoma*. Seminário XXIII. Jorge Zahar Editor, Rio de Janeiro, 2007.

_____. *Lo no sabido que sabe de la una-equivocación se ampara en la morra.* Seminário XXIV. Edição eletrônica em espanhol, 1976.

_____. *Shakespeare, Duras, Wedekind*, *Joyce.* Lisboa: Assírio & Alvim, 1989.

_____. *Escritos*. Rio de Janeiro. Jorge Zahar Editor, 1998.

LAJONQUIÈRE, Leandro de. *Para repensar as aprendizagens: de Piaget a Freud. A (Psico) Pedagogia entre o conhecimento e o saber*. Editora Vozes, Petrópolis, Rio de Janeiro, 1992.

LANDI, Rosana. *Sob o Efeito da Afasia: a Interdisciplinaridade como Sintoma nas Teorizações*. Dissertação de Mestrado. São Paulo, Lael-PUC, 2000.

_____. *Falas vazias: língua, referência e sujeito na demência*. Tese de doutorado. São Paulo, Lael-PUC, 2007.

_____. *O sujeito e o efeito da própria fala na afasia e na demência*. In: Revista Kairós Gerontologia, São Paulo, V. *12* (2), pp: 33-45, 2009.

LEMOS, Maria Thereza Guimarães de. *A língua que me falta: uma análise dos estudos em Aquisição de Linguagem*. Tese de doutorado. IEL. Unicamp, 1994.

_____. *A língua que me falta: uma análise dos estudos em Aquisição de Linguagem*. Mercado das Letras. Campinas, 2002.

LIER-DEVITTO, Maria Francisca. *Apresentação*. In: Fonoaudiologia no Sentido da Linguagem. Maria Francisca Lier-DeVitto (org). São Paulo, Cortez, 1994.

_____. *Novas Contribuições da Linguística para a Fonoaudiologia*. In: Revista Distúrbios da Comunicação. São Paulo, vol. 7 (2), EDUC, pp. 163-171, 1995.

_____. *Os monólogos da criança: "delírios da língua"*. São Paulo, EDUC/FAPESP, 1998.

_____. Às *margens da Linguística*. Memorial do concurso para professor titular. Lael/PUC-SP, 2000.

_____. *Sobre o sintoma-déficit de linguagem, efeito da fala do outro, ou ainda...?* In: Letras de Hoje, 36 (3), pp. 245-252, 2001.

_____. *Questions on the normal-pathological polarity*. *Revista da Anpoll, 12* (169: 186). São Paulo: EDUSP, 2002.

_____. *Patologias da Linguagem: Subversão Posta em Ato*. In: Corpolinguagem: gestos e afetos. Mercado das Letras, Campinas, pp. 233-245, 2003.

_____. *Sobre a Posição do Investigador e a do Clínico Frente a Falas Sintomáticas*. In: Letras de Hoje, Porto Alegre, EDIPUCRS, vol.39, nº 03, pp. 47-60, 2004a.

_____. *Linguagem-criança e instituições*. In: Proceedings of the 5. Colóquio do LEPSI IP/FE-USP, 2004b. [online], [cited 04 October 2010]. Available from: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000032004000100002&lng=en&nrm=iso.

_____. *Falas sintomáticas: fora de tempo, fora de lugar*. In: Cadernos de Estudos Linguísticos, Campinas, vol. 47 (1) e (2), pp. 143-150, 2005.

_____. *Patologias da Linguagem: Sobre as "Vicissitudes de Falas Sintomáticas"*. In: Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem. Maria Francisca Lier-De Vitto; Lúcia Arantes (org.) São Paulo, EDUC, FAPESP, pp. 183-200, 2006a.

_____. *Teorias de Linguagem e falas sintomáticas*. In: II Fórum de Linguagem: linguagem, natureza e cultura. Texto da palestra proferida em 26 de maio de 2006 na Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2006b.

_____. (no prelo). *Abordagem de falas sintomáticas: sobre a condição intervalar da Clínica de Linguagem entre a Linguística e a Psicanálise*. Conferência no XIISILEL, a sair. ORG: SILVEIRA, E.M. (UFUBerlândia).

LIER-DEVITTO, M. F. & ARANTES, L. *Sobre os Efeitos da Fala da Criança: da Heterogeneidade Desses Efeitos*. In: Letras de Hoje, nº 2, pp. 65-72. Porto Alegre, Edipucrs, 1998.

_____. *Apresentação*. In: Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem. Maria Francisca Lier-De Vitto; Lúcia Arantes (org.). São Paulo, EDUC, FAPESP, pp.11-17, 2006.

LIER-DEVITTO, M. F. & FONSECA, S.C. da. *Considerações sobre "equívoco" e "diálogo" na Clínica de Linguagem*. In: Desafios da Língua: pesquisas em língua falada e escrita. Denilda Moura (org.). Maceió, EDUFAL, pp. 485-488, 2008.

LIER-DEVITTO, M. F.; FONSECA, S. C. da & LANDI, R. *Vez e voz na linguagem: o sujeito sob efeito de sua fala sintomática*. In: Revista da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde. Vol 10, n. 1, pp. 19-34, 2007.

LIER-DEVITTO, M. F & CARVALHO, G. *Interacionismo: um esforço de teorização em aquisição da linguagem*. In: Teorias de aquisição da linguagem. Finger, I & Quadros, R.M. (org.). Florianópolis: Ed. UFSC; p.100-27, 2008.

MARCHIORI, Milena. *Testes e provas: possibilidades de interrogar o "distúrbio articulatório" como categoria nosográfica na clínica de linguagem*. Dissertação de Mestrado. PUC-SP, LAEL, 2009.

MILLER, Jacques-Alain. *Silet: os paradoxos da pulsão, de Freud a Lacan*. Campo Freudiano do Brasil, Jorge Zahar Editor, Rio de Janeiro, 2005.

MILNER, Jean-Claude. (1978). *O amor da língua*. Porto Alegre. Artes Médicas Editora. 1987.

_____. (1989). *Introduction a une science du langage*. Paris, Ed. du Seuil.

_____. *Linguistique et Psychanalyse*. In: Enciclopaedia Universalis (www. lutecium.org). Paris, France S. A. n. 13, pp. 858-862, 1995 [2010].

NASIO, Juan-David. *Como trabalha um psicanalista?* Jorge Zahar Editor, Rio de Janeiro, 1999.

NORMAND, Claudine. *Saussure*. Paris, Les Belles Lettres, 2000.

PARRET, Herman. *Réflexions saussuriennes sur le temps et le moi*. In: Cahiers Ferdinand de Saussure, vol. 49, pp. 85-119, 1995-1996.

PEREIRA DE CASTRO, Maria Fausta. *A interpretação: a fala do outro e a heterogeneidade da fala da criança*. In: Letras (Santa Maria), Rio grande do Sul, v. 14, pp. 125-138, 1997.

_____. *Sobre a interpretação e os efeitos da fala da criança*. In: Letras de Hoje. Porto Alegre. V. 33, n. 2, pp. 81-87, 1998.

_____. *A argumentação na fala da criança: entre fatos da língua e de discurso*. Trabalho apresentado em mesa-redonda do XIII Congresso Internacional da ALFAL, 2002.

_____. *Questões para as abordagens cognitivistas da argumentação e da comunicação em Aquisição de Linguagem*. In: Saudades da língua: a Linguística e os 25 anos do Instituto de Estudos de Linguagem da Unicamp. Eleonora Albano *et al* (org.). Campinas, Sp: Mercado das Letras, 2003a.

_____. *Apontamentos sobre o corpo da linguagem*. In: Corpolinguagem: gestos e afetos. Nina V. de A. Leite (org). Mercado das Letras, Campinas, SP, pp. 47-60, 2003b.

POLLONIO, Cláudia Fernanda. *O brincar e a clínica fonoaudiológica*. Dissertação de mestrado. PUC-SP, 2005.

POLLONIO, C. F. & FREIRE, R. M. A. de. *O brincar na clínica fonoaudiológica*. In: Revista Distúrbios da Comunicação. 20(2): pp. 267-278, 2008.

PONTES, Suely Aires. *Esteriotipia autística: é possível produzir gestos sem escansão?* In: Corpolinguagem: gestos e afetos. Nina V. de A. Leite (org.). Mercado das Letras, Campinas, SP, pp. 263-269, 2003.

QUINET, Antonio. *As 4 + 1 condições de análise*. Jorge Zahar Editor, Rio de Janeiro, 9ª ed, 2002.

SAUSSURE, Ferdinand de (1916). *Curso de Linguística Geral*. Charles Bally e Albert Sechehaye (org.) Colaboração: Albert Riedlinger. São Paulo: Cultrix, 1971.

SCARPA, Ester Mirian. *A criança e a prosódia: uma retrospectiva e novos desenvolvimentos*. In: Cadernos de Estudos Linguísticos, Campinas, vol. 47 (1) e (2), pp. 19-27, 2005.

SPINA-DE-CARVALHO, Daniela Cristina. *Clínica de Linguagem: algumas considerações sobre interpretação*. Dissertação de Mestrado, São Paulo, Lael-PUC, 2003.

TESSER, Evelin. *Reflexões sobre o diálogo: sob efeito da Clínica de Linguagem com afásicos*. Dissertação de Mestrado. LAEL/PUC-SP, 2007.

TRIGO, Milena de Faria. *Distúrbios articulatórios: da articulação de um sintoma à desarticulação de uma fala*. Intercâmbio. São Paulo, LAEL/PUC-SP, 2002.

_____. *Sobre os distúrbios articulatórios: a heterogeneidade em questão na Clínica de Linguagem*. In: Estudos Linguísticos XXXIII, pp: 1250-1255, 2004.

TUMIATE, Claudia Fernanda. *Considerações sobre o agramatismo: traçados e tropeços.* Dissertação de Mestrado, Lael, PUC-SP, 2007.

VASCONCELLOS, Roseli. *Paralisia Cerebral: a Fala na Escrita.* Dissertação de Mestrado. São Paulo, Lael, PUC-SP, 1999.

_____. *Fala, escuta, escrita: a relação sujeito-linguagem no caso de uma criança com paralisia cerebral que não oraliza*. In: Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem. Maria Francisca Lier-De Vitto; Lúcia Arantes (org.). São Paulo, EDUC, FAPESP, pp. 289-311, 2006.

_____. *Organismo e sujeito: uma diferença sensível*. Tese de doutorado. São Paulo, Lael-PUC, 2010.

VORCARO. Angela. *A criança na clínica psicanalítica.* Companhia de Freud, Rio de Janeiro, 1997.

_____. *Crianças na Psicanálise: clínica, instituição, laço social*. Rio de Janeiro, Companhia de Freud, 1999.

_____. *O estatuto do dado linguístico como articulador de abordagens teóricas e clínicas*. In: Caderno de Estudos Linguísticos. No. 38, Campinas, 2000.