

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO  
PUC-SP**

**Luciana Carnevale**

**O falante entre cenas: descaminhos da comunicação na  
deficiência mental**

**DOCTORADO EM LINGUÍSTICA APLICADA E ESTUDOS DA  
LINGUAGEM**

**SÃO PAULO  
2008**

# **Livros Grátis**

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

Milhares de livros grátis para download.

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO**  
**PUC-SP**

**Luciana Carnevale Silveira**

**O falante entre cenas: descaminhos da comunicação na  
deficiência mental**

**DOCTORADO EM LINGÜÍSTICA APLICADA E ESTUDOS DA  
LINGUAGEM**

Tese apresentada à Banca Examinadora como exigência parcial para obtenção do título de Doutor em Lingüística Aplicada e Estudos da Linguagem pela pontifícia Universidade Católica de São Paulo, sob orientação da Profa. Dra. Maria Francisca Lier-De Vitto.

**SÃO PAULO**  
**2008**

**Banca Examinadora**

---

---

---

---

---

---

---

*Dedico esta tese aos meus pais, Orlanda e José  
Carlos, pelo apoio constante e pela terna presença.*

## AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Maria Francisca Lier-De Vitto, pelas palavras sempre tão confortantes nos momentos mais difíceis da realização deste trabalho. Seu entusiasmo e compromisso em torno das questões que envolvem a linguagem e as falas sintomáticas foram e são, sem dúvida, grandes motivadores de minha filiação, hoje, ao projeto comum de construção de uma Clínica de Linguagem. Agradeço pela amizade e pela escuta sensível para as questões que, com sua orientação precisa e serena, pude desenvolver aqui.

À Profa. Dra. Lúcia Arantes, agradeço pelas contribuições valiosas durante os exames de qualificação. Agradeço, também, pela sua dedicação na condução dos cursos oferecidos ao longo de minha formação, na fono e, também, na Clínica de Linguagem.

À Profa. Dra. Mariluci Novaes, pelas considerações pontuais e decisivas em exame de qualificação que me possibilitaram mudar o rumo deste trabalho e dar um primeiro passo no enfrentamento da problemática que envolve a linguagem e a subjetividade na *debilidade*.

Ao Prof. Dr. Cássio Silveira, pela antiga amizade e pela disponibilidade de leitura e de contribuir com este trabalho.

À Profa. Dra. Lourdes Andrade e à Profa. Dra. Suzana Fonseca, por participarem de minha formação na Clínica de Linguagem e também pela amizade.

À Profa. Dra. Sônia Araújo, amiga sempre disponível para discutir comigo as questões deste trabalho.

À Rosana Landi, Roseli Vasconcellos e Viviane Orlandi de Faria, por compartilharem comigo “o trajeto nada fácil” do doutorado e, também, pela amizade e pelo projeto comum na Clínica de Linguagem.

Aos demais pesquisadores do Grupo *Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem* pelas contribuições que me ajudaram na reflexão aqui empreendida.

À Daniele Rosa Sanches, um agradecimento bastante especial por sua disponibilidade em me auxiliar com as escassas produções acerca da *debilidade* na Psicanálise. Sem dúvida, além de apoiar as considerações aqui realizadas dos materiais clínicos, essa bibliografia instigante será o ponto de partida para o futuro aprofundamento deste trabalho.

À amiga Rejane Camarda Corrêa, pelas colocações preciosas que me despertaram para as questões subjetivas evidenciadas na fala de Mario. Nossas discussões conduziram-me certamente às indagações motivadoras deste trabalho.

Ao Guilherme, pela compreensão da distância, pela cumplicidade na partilha dos momentos mais difíceis, pelo companheirismo, pelo seu carinho.

Às minhas estagiárias e ao Mario que tornaram possível a realização desta tese.

Ao CNPq, pelo apoio financeiro, sem o qual este trabalho não seria possível.

## ÍNDICE

<b>RESUMO</b>	<b>7</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>8</b>
<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>9</b>
<b>CAPÍTULO 1</b>	
<b>1. DISCURSO ORGANICISTA SOBRE A SÍNDROME DE DOWN</b>	<b>24</b>
1.1. História, etiologia, diagnóstico e tratamento	24
1.2. <i>Debilidade Mental: uma outra ótica</i>	29
<b>CAPÍTULO 2</b>	
<b>2. FONOAUDIOLOGIA E SÍNDROME DE DOWN (SD)</b>	<b>35</b>
2.1. Linguagem e <i>subjetividade</i>	35
2.2. Sob a égide da problemática da complementaridade	37
<b>CAPÍTULO 3</b>	
<b>3. CLÍNICA DE LINGUAGEM: <i>SINTOMA, ESCUTA E DIÁLOGO</i></b>	<b>46</b>
3.1. <i>O sintoma na fala: proposição problemática</i>	46
3.1.1. A noção de <i>sintoma</i> : delineamentos	47
3.2. <i>Escuta</i> na Clínica de Linguagem	54
3.2.1. O falante e a fala (própria e do outro): aquisição e patologias da linguagem	55
3.2.2. <i>Escuta e</i> Clínica de Linguagem	62
3.3. <i>Diálogo e</i> Clínica de Linguagem: <i>escuta e interpretação</i>	72
<b>CAPÍTULO 4</b>	
<b>4 SOBRE A NATUREZA DE UM SINTOMA NA FALA</b>	<b>82</b>
4.1. <i>Uma questão para um clínico de linguagem?</i>	82
4.2. <i>Considerações sobre o material clínico.</i>	92
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>114</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>116</b>



## RESUMO

Nesta tese, está em foco uma ocorrência particular de *perturbação do sentido e do diálogo* decorrente de uma fala que frustra a expectativa do outro. As primeiras questões surgiram logo no início de minha atividade docente, em 2001, durante a supervisão do atendimento fonoaudiológico de um rapaz de 22 anos, Mário, que vinha com diagnóstico de Síndrome de Down. Sua fala, não raro, abalava o efeito de comunicação ao desviar-se do *sentido esperado*, ainda que ilusório, no diálogo ou numa narrativa. Nessa perspectiva, “dificuldades em manter uma conversa” ou “impossibilidade de dar sentido” à sua fala foram as queixas que motivaram a família a procurar a clínica fonoaudiológica.

No âmbito da literatura médica e das publicações na área das Patologias da Linguagem voltada à Síndrome de Down, referências à *perturbação do sentido e do diálogo* conforme explicitada acima, são inexistentes. Fica-se ao desabrigo de um assentamento teórico para lidar com esses casos. Problemas que interferem na “*inteligibilidade de fala*”, como se diz, são atribuídos, basicamente, a fatores orgânicos estruturais e perceptuais. Ainda, comprometimentos na expressão e na compreensão da linguagem são entendidos como resultantes de déficits nos *mecanismos cognitivos* supostamente responsáveis pela aquisição da linguagem. Correm, por aí os ditos *distúrbios da comunicação*. A meta na clínica fonoaudiológica é **restaurar a comunicação**. Busca-se implementar as ditas “*técnicas interacionais*” dirigidas à supressão/minimização de déficits cognitivos e à (re)adequação da comunicação. Entretanto, há mais a considerar do que a *interação dual* e o *contexto situacional* – os diálogos com Mário e os embaraços clínicos exigem recusar a ilusória transparência da linguagem, ou seja, a confiança no visível da interação e da comunicação, bem como a idéia de que o falante pode “*monitorar*” sua própria fala.

Este estudo segue uma direção teórica alternativa e tem como objetivo refletir sobre a pertinência do acolhimento de casos como o de Mário na clínica fonoaudiológica. Para tanto, a teorização de Saussure que concebe a Língua em sua ordem própria (CLG) e a hipótese psicanalítica do inconsciente (fundante da subjetividade), são consideradas. O Grupo de Pesquisa *Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem*, coordenado por Maria Francisca Lier-DeVitto, no LAEL-PUCSP, também alinhado a essas teorizações, possibilitou-me, a partir das elaborações das noções de sintoma, escuta e diálogo, na Clínica de Linguagem, discutir as manifestações sintomáticas presentes na fala de Mário, bem como aproximar-me da leitura que a Psicanálise realiza da questão da *debilidade*. Segmentos de sessões clínicas serão apresentados no decorrer dessa discussão.

Palavras-Chaves: Deficiência Mental; Clínica de Linguagem; Síndrome de Down

## ABSTRACT

This study focuses on a specific phenomenon concerning *nonsensical dialogical occurrences* motivated by a kind speech production which systematically frustrates the interlocutor's expectations. The questions I have been able to raise were triggered in 2001, when I first supervised the speech therapy processes of a 22 year-old-man with a clinical diagnosis of Down Syndrome. His utterances were frequently disturbing because they deviated from an unexpected narrative or dialogical argumentative direction. One can understand why the families' complaints about these subject-speakers not seldom make mention to their "*difficulties in sustaining conversation*" or "*failure in conveying/attributing meaning to utterances*" and these complaints underlie the reason why they are advised to search for speech therapy.

When medical and speech therapy literature on Down Syndrome are visited, one is surprised to attest the scarce theoretical discussion related to language problems, though it is a fact that communicative difficulties are widely recognized, though always reduced either to organic-ethiological factors (perceptual-cognitive ones) or to cognitive processing problems - out of question is the relationship speaker-speech-language. Pragmatics is often called upon to explain communicative disorders although, paradoxically, the *violations* at stake in dialogues with those patients cannot be assimilated to the ones dealt with in that field of linguistic studies. The Speech-Therapy area is widely known as having the clinical **aim of (re)establishing communication**. Thus, interaction techniques are devised to abolish or diminish cognitive deficits and, above all, communicative disorders.

This study endeavors to develop the argument that there is an alternative fruitfull theoretical trend to approach and explore the clinical phenomenon of the so-called *communicative disorder* caused by meaning disturbance. The alternative trend put forward here is theoretically committed with the saussurean proposal concerning language as an "autonomous order" and, taking into account logical-epistemological and clinical-empirical reasons, also with the psychoanalytic hypothesis of the unconscious, concerning subjectivity. So, either *interaction/dialogue* commonly accepted as a observable relationship between two speakers or the transparency of the *situational context* is refused in this thesis. The CNPq Research Group, *Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem*, supervised by Maria Francisca Lier-DeVitto, at LAEL-DERDIC/PUCSP, provided this study with consistent epistemological position to approach both the linguistic and the psychoanalytic literature implied in this study.

Keywords: Mental Retardation and Language Therapy; Language and Down Syndrome; Speech Pathology and Therapy

## INTRODUÇÃO

Neste estudo, está em foco uma ocorrência particular de *perturbação do sentido e do diálogo*, decorrente de uma fala que frustra a expectativa do outro. Sublinho, de saída, com Lier-DeVitto & Arantes (1998), o corte operado na escuta de um já falante, afetada pelo caráter “sintomático” dessa fala. Neste caso, foi de fato *um efeito de patologia*, o fator determinante do apelo à clínica fonoaudiológica. Nessa perspectiva, “*dificuldades em manter uma conversa*” com o sujeito ou “*impossibilidade de dar sentido*” à sua fala, colocações que, no senso-comum, remetem a problemas de comunicação, foram as queixas dos familiares, dirigidas ao fonoaudiólogo.

A Fonoaudiologia, área conhecida como dos “Distúrbios da Comunicação”, faz complemento a essa demanda e, na clínica, empenha-se em restaurar a comunicação (ARAÚJO, 2002). Sua meta é fazer o paciente comunicar, mas duas questões surgem de imediato: “seria mesmo possível atender a essa demanda de garantir a normalidade do trânsito comunicativo, tendo-se em vista a natureza desses enunciados disruptivos?”. Esta primeira interrogação traz uma outra qual seja: “como qualificar esse modo **insistente** de perturbação do trânsito comunicativo?”. Essas questões que remetem a acontecimentos sintomáticos, no sentido de que elas chegam à clínica, não obscurecem, contudo, um ponto assinalado por Milner (1978/87): o de que o *equivoco*, enquanto marca de subjetividade, manifesta-se na fala de qualquer falante e pode perturbar e até suspender o efeito de comunicação. O autor nos lembra que “o *tecido de nossas conversações*” é permeado pelos mal-entendidos, pelo “*duplo sentido*”, pelo “*dizer em meias palavras*”, ou seja, por tudo aquilo que “*faz valer em toda locução uma dimensão do não-idêntico*” (p.13). Dimensão que, enfim, se oferece como resistência ao trânsito imaginário de sentidos na comunicação.

Assim sendo o ponto é: se a fala de qualquer falante pode gerar *perturbação de sentido e na comunicação* sem que lhe seja atribuída a qualidade de “patológica” há, certamente, uma discussão a ser desenvolvida sobre o tema que deveria instigar um fonoaudiólogo. Desse modo, poderiam as ocorrências linguageiras, em causa nesta tese, ser abordadas como da ordem do *equivoco* de que nos fala Milner (1978/87)? Se, por um lado, não há dificuldade alguma em reconhecer que qualquer falante produz equívoco (que o

*equivoco* também forma o *tecido de nossas conversações*, como pontua o autor), por outro lado, não se pode dizer que o *tecido* de falas sintomáticas seja o mesmo daquele de *nossas conversações* - afinal, nem todo falante chega à clínica por qualquer efeito de sua fala.

Admitindo-se tais considerações, parece-me, também, que não seria razoável sustentar a idéia corrente no campo da Fonoaudiologia (que nesse aspecto faz laço com o senso-comum) de que *perturbação ou a ausência de comunicação* seriam marcas emblemáticas das “patologias de linguagem”. Aliás, em oposição a esse tipo de redução, Lier-DeVitto (2003) mostra que falas sintomáticas, via de regra, não são caracterizadas por suspensão ou mesmo perturbação da comunicação, pois são, na maioria das vezes, interpretáveis. Contudo, pressiono um pouco mais essa pontuação da autora: “ela abrangeria as falas aqui tratadas cujo efeito foi tantas vezes *silenciador* sobre o clínico?”. Há ainda que se considerar, nessa discussão, sua distinção em relação a falas de “doentes psiquiátricos”, que não são encaminhados à clínica fonoaudiológica..

Devo dizer que esta tese foi motivada pela clínica. As primeiras (mas duradouras) questões surgiram logo no início de minha atividade docente, no ano de 2001, quando fui supervisora da clínica-escola de uma Faculdade de Fonoaudiologia no Paraná. Ali, eu deveria acompanhar os estagiários que iniciavam a prática de atendimento clínico, no último ano de graduação em Fonoaudiologia e discutir as inquietações dos terapeutas principiantes relativamente aos processos terapêuticos conduzidos por eles. Nessa função, acompanhei, pelo período de aproximadamente 18 meses, os atendimentos consecutivos de duas estagiárias, Teresa (T.) e Celina (C.), a um rapaz de 22 anos, Mário, que vinha com diagnóstico de Síndrome de Down. Sua fala, não raro, abalava o efeito de comunicação - queixa da família que, como já dito, resolveu procurar a clínica fonoaudiológica.

A mãe do paciente trazia como problema da linguagem de Mário, a dificuldade de entender o que ele falava. Sua fala, segundo ela, era “*sem nexa*”, “*enrolada*” ora por “*falar muito depressa*”, ora por causa de seu “*temperamento ansioso e atrapalhado*”, fato que dificultava e até impedia, algumas vezes, o estabelecimento de uma conversa com ele.

“...quando a gente tá numa reuniãozinha assim, na praia, tem mais gente na mesa, todo mundo conta um assunto, mas ele, como ele não tem um assunto dele, ele inventa, sabe? É mentiroso... A gente brinca com ele que é mentira [...] Daí quando vô na casa do meu

*irmão, todo mundo tem um assunto pra contá e ele não tem o assunto dele, daí ele inventa, conta, conta, mas não tem nexo, não tem continuidade, não tem porquê ele contar aquilo.[...]. Vou te contar que isso deixa minha vida triste...triste... Procuo dar atenção pra ele, ou uma das irmãs que estão ali dão atenção, porque não é do interesse de ninguém o que ele vai contá, né.... Ele conta uma coisa assim sem nexo, sem nexo, sem nexo, as pessoas já viram de lado e começam a conversar. A não ser que fale de futebol. Daí meu cunhado entra, outro entra, tira sarro dele...isso me humilha, triste... triste Celina...Ele não é aceito. Por mim, pelo T. [pai] e minhas filhas ele é, mas pela família não...”*

Além desse relato, comentários da mãe como “...ele enrola bastante....eu queria que você trabalhasse com ele para acalmar um pouco a fala dele, que ele se expresse um pouco melhor... porque ele também se sente prejudicado”, vinham acompanhados de outros, que salientavam o caráter “confuso” dessa fala e deixavam transparecer a incapacidade do filho para “distinguir os papéis das pessoas”, como, por exemplo, “...quem era chefe e quem era empregado”. Também, segundo ela, Mário “se perdia no tempo”: “Veja ele faz aniversário dia 10 de setembro, e ele já está convidando desde janeiro...”, ou, então, “Quando se pergunta para ele a idade da sobrinha dele, ele diz que ela tem dois meses, mas ela tem dois anos”. Chamava ainda a atenção uma colocação intrigante: “quando ele quer é uma perfeição”.

Considerando os enunciados acima, na clínica fonoaudiológica, a remissão a uma *fala enrolada* faz supor a presença de desarranjos em sua “superfície”, ou seja, faz pensar em composições perturbadas, falas inconclusas, em problemas de ordem morfológica e outros. Enfim, o sintoma na fala, para um fonoaudiólogo, costuma ter essa conotação. De qualquer modo, era possível depreender, de um lado, um incômodo da mãe frente aos impasses freqüentes nas conversas com o filho e, do outro, um apelo à clínica destinada ao tratamento dos “distúrbios da comunicação”. Sua expectativa era de que a fala que soava ininteligível (“*confusa*” e “*atrapalhada*”) pudesse se tornar “mais inteligível”, “mais comunicativa”. Apelo esse que não deixa de ser repetido por Mário, quando fala com uma das terapeutas:

*T - Você viu o show do milhão ontem?*

*M - Vi*

T. -*É legal, né? Já pensou ganhá todo aquele dinheiro!  
Se você ganhasse, Mário, o quê que cê comprava?*  
M. - *Eu comprava um caro, uma casa e um fono, só pra mim.*  
T. - *O quê? Cê comprava uma fono só pra você? Pra quê?*  
M. - *É só pra eu falá direito, porque as pessoas não entendem quando eu falo...*

Ainda que se possa interrogar sobre a demanda de Mário à terapeuta, um incômodo parece se manifestar nessa fala. Em outras palavras, mesmo que Mário possa ser visto como mero portador da queixa de sua mãe (e da família) sobre sua fala, ela acontece na clínica e é (re)endereçada à terapeuta. Devo dizer que, de todo modo, tanto a fala da mãe, quanto à fala de Mário, foram recolhidas como *queixa*, o que justificou o início do tratamento. Valho-me, contudo, neste momento, da instância da clínica para dizer um pouco mais sobre os efeitos sintomáticos dessa fala na escuta de Teresa e na de Celina. Cada uma das terapeutas, a cada vez, deixou transparecer sua estranheza em relação à fala de Mário, mas tal “estranheza” não corria por conta de *desarranjos no corpo dessa fala*. Nenhuma delas fez menção a hesitações, a alterações do ponto de vista fonético/fonológico, ou ainda, a aglutinações estranhas que eventualmente pudessem ter ocorrido na fala desse paciente. Eu procurava, então, apreender, nos relatos de Teresa e Celina, o quê, naquela fala, provocava seu efeito sintomático, mesmo porque, ambas estavam certas de que Mário necessitava de tratamento fonoaudiológico. Pude, aos poucos, dar-me conta de que o desconforto em relação àquela fala estava mais presente no dizer de Teresa (T):

*“Ele é ansioso, muitas vezes, principalmente quando quer contar algo que aconteceu. Eu não sei o que acontece, pois eu gosto de atender o Mário, sempre penso que os assuntos começam com ele, começamos a terapia - beleza! Vai tudo bem até que, de repente, ele faz uma confusão: **rompe o diálogo, mistura os assuntos, não chega a um significado** e isso acaba causando um impacto pra mim; fico confusa e sem saber o que fazer ...”*

O efeito sintomático produzido pela fala de Mário aparece, aqui, relacionado à perturbação do sentido e da comunicação: “...*não se chega a um significado*” . Apresentarei alguns segmentos de sessões para que o leitor possa ficar situado frente ao

tipo de fala a que me refiro e que motivou esta discussão. Os “tópicos numerados” em negrito correspondem às falas de T. e C. e remetem a distintos efeitos. Teresa diz que:

### (1) “**Mário muda de assunto de repente**”

#### Segmento 1

(Terapeuta T. e paciente (M.) falando sobre o show do milhão):

1. T. - Ah, você gosta do show do milhão?
2. M - Eu gosto, gosto de ganhá cinquenta mil.
3. T. - Cinquenta mil? Você tem o joguinho no computador ou só assiste na televisão?
4. M. - só assisto.
5. T. - **E você acerta bastante?**
6. M. - **Acerto. Acerto bastante. Sério! Eu faz assim / quando eu fui / levantei, fui no banheirinho, lavei o rosto, tomei um cafezinho e depois escovei o dente e fui cuidar da minha sobrinha.**

Já, no segmento abaixo, temos um “diálogo” entre Celina e Mário. De modo diferente do que acontece acima, com Teresa, não há suspensão da comunicação ainda que se possa reconhecer uma *perturbação do sentido dialógico*. Pelo próprio enunciado de Celina em (33) pode-se depreender que, para ela, o “diálogo” prosseguia (como ela mesma diz), em torno do “tema” ‘festa junina’, até um ponto surpreendente de fato, - “*porque, porque num pensa... du teu pai?*” - (fala de Mário em [32]), que resulta na suspensão do efeito de sentido do texto e soa à terapeuta como um “**mudar repentinamente de assunto**” que merece restrição, conforme deixa ver sua própria pontuação em (33):

#### Segmento 2

(O paciente chega à sala de terapia muito bravo, reclamando do fato de C., naquele dia, não ter ido chamá-lo na sala de espera. A terapeuta tenta argumentar que, na verdade, foi ele quem se antecipara - o que acontecia com alguma frequência. Além disso, ele queria saber, insistentemente, “com quem ela havia falado”, o que a deixou confusa e sem entender de que se tratava. É na seqüência dessa situação que ocorre o fragmento abaixo).

1. M. - Celina, posso te pedir uma coisa bem séria pra você?
2. C. - Fale.
3. M. - Celina, quê que você ta fazendo'im aqui?
4. C - **Quê que eu to fazendo aqui?**  
**É isso que você quer saber?**
5. M. - Celina, o que é o verdadeiro nome?  
O quê que é você?
6. C. - Eu? A Celina que estou conversando com o Mário.

7. M - Verdadeiro, o verdadeiro vamo [fazendo um movimento de 'ir logo' com as mãos]
8. C. - Sou a fonoaudióloga do Mário. Pronto, já respondi.
9. M. - Acho bom.  
(silêncio)
10. M. - Celina... si eles montarem uma festa aqui.../  
Que tal fazê uma festa de en/ encerramento aqui ?.
11. C. - Fazê uma festa do quê?
12. M. - Encerramento
13. C. - Ah! festa de encerramento, no final do ano? [esta sessão ocorreu em abril]
14. M - Não!
15. C. - Quando?
16. M. - Quarta-feira que vem.
17. C. - Mas daí, festa de encerramento não é quando acaba?
18. M. - Não...quando fizé a festa de encerramento aqui....
19. C. - Nós vamos fazê uma festa de encerramento / não quarta-feira.  
Antes da festa de encerramento, sabe festa do quê que nós vamo fazê?
20. M. - Hum?
21. C. - Festa Junina.
22. M. - Meu Deus...
23. C. - Você não gosta?
24. M. - Tô bravo com vocês, Celina.
25. C. - Hã?
26. M. - Festa Junina, festa junina, pelo amor de Deus Celina...
27. C. - Por que você não gosta?....Não gosta de bandeirinha... assim tudo enfeitado?
28. M. - Quê que é isso Celina...
29. C. - A gente tá pensando em fazer aquelas brincadeiras que tem em festa junina, aquelas brincadeiras... assim de pescaria, corrida de saco...
30. M. - Celina,.. não enche o saco!
31. C. - Como? O quê que você falou que eu não entendi?
32. M. - Você é...(SI) sapa. Porque , porque num pensa... du teu pai?
33. C.- Ah, nós estamos conversando sobre a festa e não sobre o meu pai. Não era isso?
34. M. - Pára de mandá, pára de mandá festa junina...
35. C. - Você não quer participar da festa junina?
36. M. - Parti de hoje de castigo!
37. C. - Eu?
38. M. - Você  
(...)



Celina parece poder sustentar melhor as “fugas de sentido”, pelo menos, por mais tempo, embora diga que:

(2) “Às vezes Mário não escuta o que eu falo. Ele fica insistindo num mesmo assunto...”

### Segmento 3

1. M. - Escuta, a carta que você trouxe na 2a. feira, cadê?
2. C. - O que eu trouxe na 2a. feira?
3. M. - Não sabe?
4. C. - Não! Não sei me conte.
5. M. - Eu ia jogá com você hoje.
6. C. - Ah! Você quer jogar? O futebol, o futebol de botão?
7. M. - Sim senhora!
8. C. - Não trouxe hoje...
9. M. - E o jornal?
10. C. - Também não trouxe. Quê qu'eu trouxe hoje? (havia livros em cima da mesa)
11. M. - Que você trouxe... você leu algum livrinho.
12. C. - Então! Vamos ler um livrinho?
13. M. - **Tá bom, não se irrita**
14. C. - Eu não estou irritada. Eu disse: vamos ler um livrinho? Então?
15. M. - **Tá bom, não se irrita**
16. C. - Por que você acha que eu estou irritada?
17. M. (silencio)
18. C. - Ó! Eu estou sorrindo, como é que eu estou irritada?
19. M. - Você tá querendo...
20. C. - Como? Não entendi o quê você falou. Me diga o quê você, que eu não entendi?
21. M. - O quê que é?
22. C. - É, o quê você falou agora que eu não entendi.
23. M. - Oh! Minha boquinha tá até fe.... ( gesto de “fechar o zíper” na boca)
24. C. - Tua boca está fechada? Por quê? Nós não estamos conversando?
25. M. - **Ta bom não se irrita**
26. C. - Mas porquê você está achando que eu estou irritada? O quê é ser irritada?
27. M. - **Ta bom não se irrita**

### Segundo Celina e Teresa

(3) as falas de Mário “não correspondiam à realidade” (ao “contexto situacional”)

### Segmento 4

1. M. - ...ontem... aquela hora ... teu pai brigou com você...

2. *T.- Meu pai / brigou comigo?*
3. *M. - É... ontem...aquela hora que cê tava lá... na tele[vi]são...*
4. *T- Na televisão, ontem? Ontem eu nem assisti televisão...*
5. *M. - Não, não, pera a / pera aí, Teresa - cê num entendeu...*

Fui profundamente afetada por este atendimento, talvez pela própria posição assumida de fonoaudióloga-supervisora que me assentava num ponto de conflito caracterizável como um “ter que supervisionar/orientar” e, ao mesmo tempo, “sentir-me identificada” com as terapeutas-estagiárias, **hesitantes quanto ao manejo do caso**. Em outras palavras, eu me interrogava sobre como encaminhar o atendimento de Mário, sobre a natureza do sintoma em sua fala. Afinal, ela, quase sempre “*fazia sistema*”, era “*gramatical*”, ou seja, as falas de Mário obedeciam, na grande maioria das vezes, às restrições impostas pela língua. Nem por isso, deve-se admitir, *essa correção* (o “falar corretamente”) deixava de expor, na diversidade de suas manifestações, um insucesso de outra natureza, insucesso esse, que levantava uma indagação sobre a condição subjetiva deste paciente. De todo modo, uma composição enigmática sem dúvida, entre sujeito-língua/fala, estava posta. A fala de Mário, para mim, envolvia, certamente, a relação triádica, mencionada acima.

Pode-se dizer que quadros sintomáticos de linguagem, como o de Mário, configurados pela presença de “falas disruptivas” que “perturbam o sentido” no diálogo ou numa narrativa, quando tratados no campo dos Distúrbios da Comunicação são vistos como *transtornos pragmáticos*, ou seja, déficits no uso social da linguagem. Trata-se de uma suposição que dá relevo a questões relacionadas à **intenção do falante** e à sua capacidade para construir e/ou partilhar, com o outro, conhecimentos de mundo (representações), bem como para “**comunicar de forma eficaz**” esses conteúdos internos, através de “**ajustes**” apropriados da fala às necessidades do ouvinte.

Ocorre, contudo, que menções a *desordens pragmáticas*, na literatura voltada à linguagem de sujeitos com Síndrome de Down, ganham pouco destaque já que estes últimos são considerados bastante sociáveis e “cooperativos” do ponto de vista comunicativo. Por essa razão, a grande maioria dos autores explicita não haver muitas dificuldades nesse nível. Como dizem Rondal & Comblain (1996/2007), “*a produção verbal é informativa, relevante e, geralmente, apropriada ao contexto social e às*

*intenções comunicativas dos locutores. Em particular, a maioria dos atos de fala e das funções conversacionais são acessíveis aos adultos com Síndrome de Down, mesmo quando os meios lexicais e gramaticais são reduzidos*". Desse modo, ainda que possam comprometer, em algum grau, a dita "inteligibilidade da fala", "estratégias de reparo" da comunicação incluem a produção de gestos que acaba por "compensar" essa deficiência e possibilita ao interlocutor "captar" as intenções comunicativas e inferir os sentidos na "conversação". (CHAPMAN, 1997). Como se vê, a fala de Mário parece não se enquadrar nessa literatura já que nem *meios lexicais e gramaticais* encontram-se *reduzidos*, nem "ajustes" necessários na fala ou mesmo a realização de gestos é feita para "facilitar" a compreensão do outro quando este alega não entender o que ele diz. Mário é a "exceção à regra" da alegada "cooperação" comunicativa atribuída aos sujeitos com Síndrome de Down.

Mas ainda, sobre a aproximação à Pragmática há uma pontuação a fazer com relação ao movimento do campo dos Distúrbios da Comunicação em sua direção: desconsidera-se o fato de que as supostas *violações* cometidas pelo falante não podem ser assimiladas, de modo algum, àquelas tratadas na Pragmática Lingüística - campo que se volta para a *linguagem em uso*, mas **não** falada por falantes "sintomáticos". Enfatizo que, por essa razão, não há ali lugar para refletir sobre a linguagem ou sobre o sujeito que "*erra e mesmo sabendo que erra, nada pode fazer por sua fala*" ou que "*erra, mas não tem escuta para o erro*" porque toda a questão fica ali reduzida a problemas mais profundos (de natureza cognitiva) que afetam a comunicação. De todo modo, fica-se, portanto, ao desabrigo de um assentamento teórico para lidar com casos como o de Mário, nesse campo.

De todo modo, na clínica fonoaudiológica, **restaurar a comunicação** é a meta e, para atingi-la, busca-se implementar, a partir do "empréstimo" de conceitos e aparatos descritivos da Pragmática "técnicas interacionais", como se diz, dirigidas à supressão/minimização de déficits cognitivos e à (re)adequação da comunicação. Como veremos ao longo do desenvolvimento desta tese há mais a considerar do que a *interação dual* e o *contexto situacional* - os diálogos com Mário e os embaraços clínicos exigem recusar a ilusória transparência da linguagem, a confiança no visível da interação e da comunicação.

No que tange ao atendimento clínico aqui em causa, mesmo que não se possa falar propriamente de adesão de Teresa e Celina à Pragmática, o tipo de relação estabelecida entre terapeuta e paciente assentava-se, ainda assim, sobre a noção de interação social. Dessa forma, as terapeutas acabavam por destacar aquelas falas que tomavam como “incoerentes” e assinalavam explicitamente ao paciente o fato de que “*não haviam compreendido*”, de que “*ele estava fugindo do assunto*” e assim por diante. Entretanto, o resultado era, via de regra, o estabelecimento de um conflito que, por vezes, instigava o paciente a fazer ameaças de abandono da sessão, de agressão física (inclusive), de recusa explícita ao diálogo (escondia o rosto ou virava de costas para o clínico). Sem dúvida, havia uma inquietação, de minha parte, com relação a este caso que me mobilizou para a necessidade de repensar a pertinência, para a clínica fonoaudiológica, de casos como o de Mário e, também, sobre uma eventual condução do tratamento.

Meu incômodo apontava, fundamentalmente, para meus limites e para a fragilidade dos aportes teórico-metodológicos da Fonoaudiologia que resiste a teorizar sobre a linguagem. Aproximei-me, em 2003, da proposta teórica sugerida e desenvolvida por Maria Francisca Lier-DeVitto e pesquisadores do Grupo de Pesquisa “Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem”, do LAEL/PUCSP, pela insistência (como se verá) na incontornável necessidade de *desnaturalizar o sintoma na fala* e de *teorizar sobre uma Clínica de Linguagem*. Procurarei esclarecer a diferença radical entre **Clínica Fonoaudiológica com linguagem** e **Clínica de Linguagem** mais adiante neste trabalho.

Antes, porém, de apresentar o caminho a ser percorrido nesta tese, cabe salientar que a Clínica de Linguagem tem, desde antes de sua nomeação, como tal, as marcas do percurso de formação de Lier-DeVitto - uma lingüista interessada na fala da criança, que foi interpelada pelo caráter particular das falas sintomáticas e pelas questões clínicas que emergiram de sua escuta para as indagações de fonoaudiólogos a respeito dessas manifestações. Filiada ao Interacionismo, criou um abalo no interior de um campo outro - o da Fonoaudiologia - o peso de um rigor teórico-conceitual imprescindível ao enfrentamento de falas que figuram nessa clínica e à sustentação do compromisso com a teorização sobre essas manifestações intrigantes e a clínica que as acolhe. Pode-se dizer que os movimentos de Lier-DeVitto, nesse novo espaço, criaram relações de filiação dos pesquisadores e clínicos do Projeto Integrado “Aquisição da Linguagem e Patologias da Linguagem”, do

qual hoje faço parte, aos fundamentos lingüísticos levantados na Proposta Interacionista. Trata-se, deve-se sublinhar, de um modo de aproximação “*com restrição*” característico de relação à alteridade, quer dizer, relação sem diluição de especificidades. Nesse sentido, interessa uma colocação da autora de 1994 (p.16), ainda no início de sua reflexão sobre falas sintomáticas, que pode muito bem ilustrar o que digo acima e que retém seu valor na atualidade:

*Há sem dúvida, um ‘parentesco’ entre a linguagem da criança e a dos ‘pacientes’. Em ambos os casos, somos colocados diante de um acontecimento lingüístico em que a regra é, por assim dizer, o irregular, o assistemático, o inaceitável. Nisso os interesses convergem. E um encontro entre disciplinas, para ser rentável e enriquecedor, não poderá resultar de uma escolha aleatória, de um gosto ou da admiração alienada por uma arquitetura teórica. A natureza dos objetos deve suscitar as questões que darão voz a ambas as partes, que as porão em dialogia. Afinal, ‘parentesco’ não é ‘identidade’. (ênfases minhas)*

Como se vê, a relação com o Interacionismo **não** foi mobilizada por um desejo de aplicação. Entende-se o porquê de outra afirmação a esse respeito: a de que a “aproximação entre campos impõe restrições”, que devem ser observadas (LIER-DeVITTO & FONSECA, 2001). Respeita-se a assunção de que **campos diferentes têm objetivos e questões não coincidentes**. Assim, qualquer busca de “identidades” deve ser tomada como direção suspeita. Lier-DeVitto propõe a via de um “*diálogo teórico*” (1994 e outros; LANDI, 2000): um diálogo que respeite singularidades. Tal direção - “uma lição retirada do Interacionismo” como diz Lier-DeVitto (2006) - dá o norte da investigação e da reflexão sobre as patologias e a clínica de linguagem e, parece-me, responde pela originalidade da proposta - “*parentesco*” não é “*identidade*”. Ou seja, falas de criança e falas sintomáticas são diferentes e remetem a condições subjetivas particulares - **erro não é sintoma** (em sentido estrito). Basta para admitir, sobre isso, que algumas crianças chegam à clínica porque fracassaram; tropeçaram nos processos imbricados de estruturação subjetiva e de objetivação da linguagem e, diga-se, cada uma a seu jeito - de modo singular.

As questões dos pesquisadores do Projeto/Grupo de Pesquisa também são peculiares porque envolvem a **clínica** em que são chamados a responder por uma prática específica: aquela que está envolvida na demanda de mudanças numa fala “inaceitável”, “irregular”, “assistemática”, como disse Lier-DeVitto (ibidem). Nesse passo, há que se considerar o

**sofrimento** - marginalização e prisão numa fala problemática (LIER-DeVITTO, 2002b; 2003; 2005a; 2006 e outros; FONSECA, 2002; LIER-DeVITTO, FONSECA & LANDI, 2007). Nessa perspectiva, esta proposta possibilitou-me assentar, em solo mais fértil, uma discussão sobre as dificuldades que enfrentei como supervisora do caso de Mário.

Esclarecido meu assento teórico, posso apresentar os capítulos desta tese:

O capítulo 1 inicia-se com uma discussão da literatura médica acerca do diagnóstico, sinais clínicos e pontuações sobre o tratamento na Síndrome de Down. Nessa discussão, a deficiência mental explicitada, por alguns autores, como presente em 100% dos casos, ganha relevo por ser considerada uma característica marcante do quadro e por supostamente determinar as “futuras aquisições” desses sujeitos em diversas áreas. Com relação ao tratamento, verifica-se a predominância de uma clínica de cunho *ortopédico* que busca a minimização dos déficits apresentados com vistas a uma “melhor adaptação” social. Essas considerações levam-me a uma breve investigação da construção do conceito de *debilidade mental* e o que dela decorreu relativamente à terapêutica oferecida. Para tanto, resgato um trabalho, no campo da Psicanálise, que recupera historicamente essa trajetória através de discussões de que procuro tirar proveito teórico e clínico.

No capítulo 2 apresento o modo como questões relativas à linguagem, na Síndrome de Down, são abordadas por pesquisadores das Patologias da Linguagem, entre eles, fonoaudiólogos.

No capítulo 3, sob o pano de fundo da Clínica Fonoaudiológica tradicional voltada ao atendimento de sujeitos com Síndrome de Down, (tratada no capítulo 2), a Clínica de Linguagem é apresentada. Nesse momento recupero as produções de alguns de seus pesquisadores tomadas como referência na discussão de três pilares fundamentais dessa clínica: as noções de sintoma, de escuta e de diálogo. A discussão encaminhada aponta para a exigência de aprofundar, nesse âmbito, a relação sujeito-língua/fala.

No capítulo 4, tal exigência conduz-me, novamente, a trabalhos de psicanalistas sobre a *debilidade*. Esses trabalhos, por implicarem, na discussão sobre essa condição (a de *debilidade*), a posição do sujeito em relação à linguagem, permitem-me lançar um outro olhar sobre os materiais clínicos que, conseqüentemente, favorecem desdobramentos teóricos e clínicos na Clínica de Linguagem. Neste mesmo capítulo, materiais clínicos representativos do quadro sintomático da fala de Mário (advindos do atendimento

fonoaudiológico de Celina) são abordados com vistas ao levantamento de questões suscitadas pela relação sujeito-linguagem. Assim, encerro esta introdução em que procurei situar a fonte da questão de que me ocupo neste trabalho, indicar o posto teórico adotado e as direções que foram percorridas em sua elaboração.

## Capítulo 1

### 1. O discurso organicista sobre a Síndrome de Down

#### 1.1 História, etiologia, diagnóstico e tratamento

Tendo em vista que o tema desta tese foi suscitado a partir do acompanhamento fonoaudiológico de Mário, um paciente portador da Síndrome de Down, consideramos relevante iniciar nossa discussão resgatando alguns aspectos gerais desse quadro nosológico, tais como o rótulo que lhe dá origem, os sinais clínicos favorecedores de seu diagnóstico e as indicações de tratamento, para compreendermos, mais adiante, o modo pelo qual os autores da área abordam a fala/linguagem desses sujeitos.

Ao traçar uma breve história da SD no artigo “*Trisomy 21: the Story of Down Syndrome*”, Leshin (1997-2007) afirma que esta entidade nosológica, enquanto categoria clínica, começou a ser descrita em 1866, num ensaio publicado pelo médico John Langdon Down decorrente da observação de crianças com retardo mental, no asilo em que foi superintendente, em Surrey, na Inglaterra. Ali, dentre as crianças do asilo consideradas mentalmente retardadas designadas, naquela época, de “idiotas” ou “cretinas”, uma primeira distinção foi efetuada a partir do reconhecimento de um grupo que apresentava características físicas comuns. Tais características se assemelhavam, segundo Down, às da população da Mongólia, motivo pelo qual ele passou a referir essas crianças como “mongolóides”.

Fortemente influenciado pela tendência evolucionista da época, Down (1866) inferiu, explicitamente, no polêmico artigo mencionado acima intitulado “*Observations on an ethnic classification of idiots*”, não haver dúvidas de que as características étnicas do grupo de crianças observado e descrito eram fruto de degeneração racial do povo da Mongólia: um argumento a mais para fazê-lo refutar a idéia de “*unidade da raça humana*”, como deixam ver suas pontuações abaixo. Seguem as palavras de John Langdon Down a respeito:



*I have for some time had my attention directed to the possibility of making a classification of the feeble-minded, by arranging them around various ethnic standards, - in other words, framing a natural system to supplement the information to be derived by a inquiry into the history of the case.*

*I have been able to find among the large number of idiots and imbeciles which come under my observation, [...], that a considerable portion can be fairly referred to one of the great divisions of the human race other than the class from which they have sprung.[...].*

*The great Mongolian family has numerous representatives, and it is to this division, I wish, in this paper, to call special attention. A very large number of congenital idiots are typical Mongols. So marked is this, that when placed side by side, it is difficult to believe that the specimens compared are not children of the same parents. The number of idiots who arrange themselves around the Mongolian type is so great, and they present such a close resemblance to one another in mental power, that I shall describe an idiot member of this racial division, selected from the large number that have fallen under my observation.*

*“the boy’s aspect is such that it is difficult to realize he is the child of Europeans, but so frequently are these characters presented, that there can be no doubt that these ethnic features are the result of degeneration.*

*[...]*

*Apart from the practical bearing of this attempt at an ethnic classification, considerable philosophical interest attaches to it. The tendency in the present day is to reject the opinion that the various races are merely varieties of the human family having a common origin, and to insist that climatic, or other influences, are insufficient to account for the different types of man. Here, however, we have examples of retrogression, or at all events, of departure from one type and the assumption of the characteristics of another. If these great racial divisions are fixed and definite, how comes it that disease is able to break down the barrier, and to simulate so closely the features of the members of another division. I cannot but think that the observations which I have recorded, are indications that the differences in the races are not specific but variable.*

*Theses examples of the result of degeneracy among mankind, appear to me to furnish some arguments in favor of the unity of the human species.*

*(Trecho do artigo de 1866 extraído de Schwartzman, 1999a, pp11-12)*

Tendo em vista o teor nitidamente preconceituoso do artigo de Down, o termo *mongolismo* foi amplamente combatido pela comunidade científica (especialmente pelos geneticistas asiáticos), nos anos 60, diz Leshin (1997-2007), já que considerado um “*insulto étnico*” aos sujeitos nascidos na Mongólia. Na década de 70, uma revisão americana da terminologia médico-científica adotou o uso do termo “Down Syndrome”, muito embora a expressão “Síndrome de Down” seja habitualmente utilizada no Reino Unido, na Europa e, também, no Brasil.

Ainda segundo Leshin (idem), na primeira metade do século 20, dos diversos estudos sobre a **etiologia** desse quadro, merece destaque o trabalho pioneiro de Waardenburg e Bleyer (1930) que já apontava, como possibilidade etiológica, a presença de anormalidades cromossômicas. Entretanto foi apenas em 1959 que Jerome Lejeune e Patricia Jacobs, em pesquisas independentes, indicaram como fator determinante do quadro, uma divisão celular atípica, cuja determinação, ainda hoje, resta interrogada. Nessa mesma perspectiva, Pueschel (2001b) salienta a proposição de diversas teorias: fatores endógenos (anormalidades hormonais, problemas imunológicos, predisposição genética) ou exógenos/ambientais (exposição excessiva à radiação, infecções virais) que afetam os pais, são apontados como variáveis que supostamente influenciariam na inadequada divisão celular.

Muito embora seja reconhecido que o cromossomo-extra pode ser transmitido pelo pai ou pela mãe, mais freqüentemente, o exame genético dos bebês com SD tem constatado a herança materna. O autor menciona ainda que o avanço da idade materna é amplamente referido como um fator de risco para o nascimento de uma criança com SD. Porém, ele próprio relata (1992-2007) que a maioria dos bebês com esse diagnóstico (mais de 85%), nasce de mães com menos de 35 anos de idade. Mesmo frente a dados tão gerais e, até certo ponto, controversos, o que se pode afirmar com certeza é que a SD é descrita como uma anormalidade genética, resultante de erros na divisão celular, como já dito, envolvendo basicamente três espécies de alteração cromossômica (LESHIN, 1996-1997; Pueschel, 1992-2007; 2001b; Swartzman, 1999b; Brunoni, 1999; dentre outros) . Como se pode ver a descoberta de Waardenburg e Bleyer (1930) de que o quadro em questão, nesta tese, é de fundo orgânico não é contestada. Contudo, a polêmica se estende e, note-se, não se chega a uma conclusão a respeito do que, de fato, causaria a divisão celular atípica.

O **diagnóstico** é geralmente efetuado logo após o nascimento, graças à presença de uma série de sinais físicos diretamente observáveis (alterações fenotípicas) que, consideradas, em conjunto, levam a uma suspeita do quadro. Nesse sentido é enfatizado por Schwartzman (1999b) o fato de que, isoladamente, tais sinais não têm valor “*patognômico dessa desordem*”, ou seja, não configuram a SD, podendo ocorrer em indivíduos normais. Ainda, segundo Brunoni (1999, p.41):

*o diagnóstico sempre é feito pelos achados fenotípicos, **mormente pela aparência facial**. De fato, é a associação de sinais discretos observados [principalmente] no fâceis dos pacientes que permite o diagnóstico, principalmente nos recém-nascidos. (ênfase minha)*

Merece destaque o fato de que um dos aspectos mais notáveis da Síndrome de Down é a total variedade de traços físicos, tanto no que diz respeito aos sinais presentes, quanto à intensidade com que se manifestam em cada sujeito, o mesmo podendo ser afirmado com relação a outras enfermidades e anomalias associadas ao quadro. Assim, algumas crianças, por exemplo, segundo Schwartzman (1999d) e Leshin (1997-2007), têm problemas oftalmológicos e/ou de audição, respiratórios, cardíacos, alterações imunológicas, gastrointestinais e outras não. Além disso, há autores que enfatizam, como principais características fenotípicas, um atraso global no desenvolvimento neuropsicomotor e diferenças quanto ao grau de retardo mental - segundo Limongi (2004), o retardo mental está presente em 100% dos casos de SD. Note-se que sinais faciais podem não ser prontamente observáveis e, além disso, são referidas anomalias “internas” (não visíveis), eventualmente, presentes. É com base nessa heterogeneidade de alterações fenotípicas que Brunoni (1999, p.41) adverte quanto à necessidade de cautela em informar a família sobre o quadro: “*dadas as circunstâncias extremamente difíceis para [...] assimilar esta notícia*”. Ele, como médico, prefere aguardar o “resultado definitivo”, decorrente de um estudo cromossômico que envolva o mapeamento do cariótipo da pessoa.

Neste ponto, merecem destaque aqui as considerações de Leshin (1997-2007) acerca das possíveis explicações para tanta diversidade “fenotípica”, neste quadro. O autor salienta que, muito embora especulativas, são pressupostas duas razões, ambas, convergindo para a determinação orgânica da presença flutuante dos sinais encontrados caso a caso. Uma primeira razão, diz ele, residiria na diferença dos genes que são

triplicados na trissomia 21. Segundo o autor, os genes podem vir em diferentes formas alternadas (são os chamados “*aliados*”). Na SD, o fenótipo (os traços físicos e problemas associados) seria, nesta visão, o resultado do que se chama de “*superexpressão*” desses genes que conteriam, supostamente, informações diferentes em cada cariótipo. Assim, o efeito da superexpressão dos genes dependeria de qual “*aliado*” está presente na pessoa com a trissomia do 21. Uma segunda explicação oferecida, diz Leshin (idem), é aquela relativa à chamada “*penetrância*”. Segundo o autor, se a presença de um “*aliado*” produz certos efeitos em algumas pessoas, mas não em outras, isso é chamado de “*penetrância variável*” e parece ser, diz ele, o que acontece com a trissomia 21: os aliados não fazem a mesma coisa para qualquer pessoa que os possua. Ambas as explicações podem ser pertinentes, de acordo com esse autor, para a extrema variação fenotípica observada entre crianças e adultos com SD.

Vê-se bem o modo de operação do discurso organicista. As explicações oferecidas são reveladoras do necessário controle da heterogeneidade, nesse Campo. Em outras palavras, as diferenças individuais, enquanto particularidades, não interessam à Medicina: na verdade, elas representam um obstáculo ao cumprimento da exigência de produção da universalidade requerida na ciência médica. Assim, ainda que diferenças entre os casos sejam reconhecidas, elas devem ser organizadas e contempladas nas explicações centradas no funcionamento orgânico.

Passemos, agora, à questão polêmica do **tratamento** de pessoas com Síndrome de Down. Em virtude de um diagnóstico precoce ser estabelecido e, também, das intercorrências que podem colocar em risco a vida ou comprometer a saúde dos recém-nascidos com Síndrome de Down, Schwartzman (1999e) salienta que esses bebês exigem acompanhamento específico frequente. Por esse motivo, desde muito cedo, eles são inseridos em programas de reabilitação em que profissionais de diversas áreas (médicos-especialistas, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas e psicólogos) procuram dar suporte à família. Almeja-se a minimização dos problemas cotidianos na lida com o bebê, tais como aqueles envolvidos, por exemplo, no manuseio e na alimentação e, com isso, a promoção, segundo aquele autor, de um “*desenvolvimento mais adequado*” da criança.

Cabe enfatizar que, no cerne do discurso corrente da Medicina e das ditas “áreas da habilitação/reabilitação”, a organicidade atípica permanente desse quadro, inclui, como já dito, a *debilidade mental* dentre seus principais traços típicos. Essa característica baliza, segundo essa visão, a grande maioria das *futuras aquisições* do sujeito com SD. Assim, preconiza-se que quanto mais cedo a criança for inserida em programas de estimulação global, maiores serão suas chances de “*desenvolver habilidades*” motoras, cognitivas e sociais, concebidas como determinantes de sua “inclusão” na comunidade.

Contudo, é preciso entender que subjacente a esse pressuposto tão difundido na atualidade - assentado, como se diz, num modelo mais *humanitário e integrador* de tratamento - permanece fortemente arraigado, o ideal de normalização desses sujeitos. Em outras palavras, com o objetivo de realizar a adaptação social, institui-se uma clínica de caráter *ortopédico* que busca, senão **superar, minimizar deficiências** e, cuja origem remonta, como nos lembra Santiago (2005), aos primórdios do estabelecimento da categoria clínica da *debilidade mental*, nas investigações psiquiátricas. Ora, esse ponto nos interessa diretamente, na medida em que será possível compreender, também, o modo de configuração da clínica fonoaudiológica que recebe e atende essa população. Por esse motivo, alguns aspectos da constituição da noção de *debilidade mental* serão aqui retomados - eles favorecem nosso entendimento a respeito da concepção que os pesquisadores do Campo dos Distúrbios da Comunicação (a serem trazidos mais adiante, neste trabalho) têm sobre a fala/linguagem.

## **1.2. “*Debilidade mental*”: uma outra ótica**

Parto de Santiago (2005), que apresenta e discute a evolução teórica do conceito de *debilidade mental*, conceito esse, que culminou com o seu estabelecimento enquanto uma *categoria clínica*. Esta autora chama a atenção, primeiramente, para o uso atual e corriqueiro do termo *debilidade*, para o que ele retém, no senso comum, das primeiras tentativas de teorização sobre o tema (no século XIX). Sua simples menção, diz ela, sugere “naturalmente” a imagem de alguém marcado por uma insuficiência, por uma fraqueza física ou psíquica e mesmo pelo déficit das faculdades mentais, mais propriamente, aquele

que se refere ao atraso intelectual. Há, portanto, um *aspecto deficitário* acoplado à acepção do termo *debilidade*, que é oriundo de suas primeiras elaborações conceituais, no âmbito da Psiquiatria, como assinalou a autora.

Santiago (2005) mostra que, na França, desde o início dessa trajetória (de construção do conceito de “*debilidade mental*”) procurou-se, naquele Campo, determinar um componente orgânico como fator etiológico explicativo do déficit - direção bastante diversa daquela que orientava as investigações sobre psicose apoiadas em considerações sobre as funções da consciência (percepção/atenção, julgamento/sentido de realidade e memória) e que apontavam para um **déficit de natureza funcional**, expresso pelo “afastamento do louco em relação à realidade”. Neste caso, dizia-se, então, que o déficit era referente a uma falha da *capacidade de associação das idéias*. Contrariamente, como já dito, no caso da debilidade mental, postula(va)-se a existência de um **déficit de natureza orgânica**, “*maciço*” e prejudicial a todo o conjunto das funções psíquicas. Desse modo, diz a autora (p.45),

*verificar-se-á não apenas uma ênfase sobre qualquer produção fenomênica - por exemplo alterações no campo da consciência, da linguagem, do pensamento e do juízo, e ainda no da afetividade, da memória e da percepção, tal como se observa na semiologia psicopatológica das psicoses - , mas também a prevalência de uma deformação ou insuficiência generalizada das atividades cognitivas que compromete o desempenho intelectual desses sujeitos. (ênfase minha).*

Com vistas a uma breve caracterização da terapêutica voltada à reabilitação dessa população, interessa-nos, mais de perto, o que Santiago (ibidem) discute, após retratar, retrospectivamente e, de forma minuciosa, o longo período de descrições e classificações das especificidades desse quadro clínico. Refiro-me à **crença na possibilidade de reversão do quadro**, introduzida pela corrente dita “humanista” da Psiquiatria, que movimentou iniciativas terapêuticas *adaptativas*. Dentro dessa perspectiva, foi privilegiada a idéia de *normalidade* e, no que tange às discussões sobre o retardo mental, a de valorização do potencial e do ideal de perfeição humana (não do déficit). A preocupação com a reabilitação de “crianças retardadas” rendeu, inclusive, aos médicos, a designação de *educadores de idiotas* (SANTIAGO, 2005, p.55):

*No âmbito da psiquiatria humanista, essas práticas adquirem objetivos claramente terapêuticos segundo a perspectiva da ortopedia mental. Na verdade, os psiquiatras representantes dessa corrente transformaram essas práticas educativas em pedagogia especial para reverter a insuficiência mental e, assim, ficam conhecidos como verdadeiros educadores de idiotas. (ênfases da autora)*

Esse momento pode ser caracterizado, de fato, como um momento em que se opera uma mudança radical na forma de abordar a *debilidade mental* (até então, chamada de *idiotia*) - admiti-se que ela é curável e isto é o que motiva essa nova prática *ortopédica*, apesar de persistir a crença com relação à **existência de um componente orgânico na origem da patologia**. De todo modo, a idéia é a de que os prejuízos dele decorrentes, sobre qualquer uma das funções cognitivas do *indivíduo*, devem ser compensados. Tal projeto clínico **consolidou uma prática pedagógica especial**, através da implementação de métodos terapêuticos dirigidos ao tratamento da *alienação mental* na infância. Como conseqüência direta dessa psiquiatria pedagógica experimental, esclarece Santiago (ibidem, p.58), crianças *idiotas* deixam os asilos para ocuparem instituições especializadas e, mais tarde, as salas de ensino especial no interior de escolas regulares, situação que “*prepara o terreno para a pedagogia experimental que surgirá, então, no seio da escola, no início do século XX*”.

Dentro dessa nova abordagem, o retardo mental agregado ao organismo é, também, referido à polaridade normal vs. patológico, o que coloca problemas bastante complexos, uma vez que (p.58) “*a introdução de uma variação contínua no interior dos processos orgânicos deixa sem solução a delimitação do normal e a definição de uma estratégia positiva em relação à patologia*”. Dito de outro modo, permanece a indefinição entre *normal* e *patológico* e persiste o debate acerca da “*educabilidade relativa do deficiente [que] passa a ser o aspecto semiológico que melhor assinala as diversas patologias da inteligência*.” Serão esses, os dois critérios norteadores das investigações que, no início do século XX, particularizam a definição médico-pedagógica da *debilidade*, na França.

Neste ponto, é fundamental destacar as ações da psiquiatria que se instalam no âmbito escolar, na busca de um *diagnóstico científico dos estados inferiores da inteligência* - surge a abordagem psicométrica de Alfred Binet e Théodore Simon. Trabalhando conjuntamente, eles propõem um método para selecionar e classificar as “crianças anormais”: à avaliação psicológica, cabia a mensuração da inteligência através de

observações diretas das crianças e da aplicação de testes e provas de complexidade crescente correspondentes a níveis mentais diversos. Para tanto, um inventário das aquisições consideradas “próprias” a cada idade é realizado e adotado como parâmetro de normalidade. Santiago (2005, p. 60) assinala que, no trânsito da Psiquiatria para a Psicologia/Pedagogia, estabelece-se uma distinção entre *débeis*, *imbecis*, *idiotas* e institui-se a categoria da “*debilidade mental*” que passa a ser referida, unicamente, àqueles com “*capacidade para aquisição de conhecimentos escolares*”.

O empreendimento de Binet e Simon torna-se um marco nos estudos sobre a *debilidade*. O retardo mental, até então, visto como “*estagnação no desenvolvimento psíquico*”, passa a ser compreendido como “*lentidão*” ou “*atraso*” em relação ao ritmo do desenvolvimento considerado normal. Assim, o *débil* é aquele que possui uma atividade intelectual normal, porém defasada. Por essa via, a *cronologia* é erigida como parâmetro primeiro de definição da criança anormal e a *ortopedia mental*, a terapêutica que orienta seu futuro escolar e profissional.

Importa, nessa história, que a sofisticação dos instrumentais diagnósticos (de protocolos e de baterias de testes), acabará por distinguir duas clínicas: a *ortopédica* (já existente) e a *psicoterápica*. Vejamos:



Primeiramente, os novos instrumentos diagnósticos voltam-se para a **avaliação quantitativa** e isolada de cada uma das capacidades cognitivas: percepção, compreensão, abstração, retenção. No entanto, ocorre que, por essa via, sujeitos podem ter *desempenho diferente* ao longo dos testes. Esclareço: um sujeito pode ser avaliado como possuindo um bom nível de abstração, numa determinada tarefa, mas em outra (que requer a mesma capacidade de abstração), obter escore baixo. Pois bem, a constatação desses *resultados heterogêneos* cria um abalo na “confiabilidade” deste instrumental e, por conseguinte, na determinação da própria *debilidade*. Isso levará a uma mudança considerável na interpretação dos resultados - **a avaliação torna-se, então, qualitativa**: resultados serão ditos *homogêneos* ou *contraditórios*. Tal mudança acaba por produzir, ainda, duas classificações relativamente aos sujeitos que supostamente apresentem *debilidade mental*: serão considerados *débeis verdadeiros* aqueles que obtiverem um resultado “homogêneo” ao longo da testagem, ou seja, desempenharem mal em todos os testes. Já, *falsos débeis* serão aqueles que apresentarem resultados contraditórios.

Importa, contudo, que essas duas modalidades de *debilidade mental*, equivalentes no plano nosológico, serão distinguidas no plano etiológico, como afirma Santiago (2005, p. 63): “A *debilidade verdadeira permanece associada ao déficit orgânico*”, ao contrário da *falsa debilidade*, admitida como não propriamente real, mas advinda “*de um conflito psíquico ocasionado provavelmente por desordens de origem afetiva*”. Para este último caso - o de uma *pseudo-debilidade* -, a autora menciona que a psiquiatria infantil dos anos 30-40 tenta referendar, com base no pressuposto de sua total superação, uma outra proposta de tratamento assentada nas teses psicanalíticas de desenvolvimento psíquico: a “psicoterapia”. Valem, sobre isso, as colocações de Santiago (ibidem, p. 63):

*abre-se ao menos para esses casos de falsa debilidade, uma via de acesso à clínica psicanalítica. Para os débeis verdadeiros ao diagnóstico psicológico, apresenta-se, mais uma vez, a oferta de educação especial, com todas as novas ações que passam a integrar a rede de ajuda às crianças com dificuldades mentais.*

Portanto, no que tange à chamada *debilidade verdadeira*, a ela vem acoplado, como disse, um componente orgânico a instaurar o déficit, a instaurar “o que falta”, o “a menos” que supostamente existe nos sujeitos considerados normais.

Naqueles diagnosticados como tendo Síndrome de Down, o *retardo* ou a *debilidade mental* comparecem, no dizer de médicos e dos demais especialistas, como uma **insuficiência intelectual inerente à própria síndrome** (que, por isso, afeta a linguagem já que ela é entendida como “função cognitiva”). Pois bem, a Síndrome de Down seria resultante de *debilidade verdadeira* (tem raiz orgânica). Note-se que a clínica médica não poderia incidir numa direção de cura. Assim, vê-se tomar o lugar do ideal de *cura* e de *conservação da vida*, o ideal de *adaptação*, que é próprio da Educação. Reeducar não é curar - é corrigir comportamentos “errados”, desadaptados em relação ao ideal social. No limite de um saber e de uma clínica - a médica -, vemos a abertura para outras clínicas, dentre elas, a fonoaudiológica.

Se, a partir do estudo de Santiago (2005), é possível afirmar que uma clínica psicológica e uma pedagogia especializada, ambas adaptativas, são tributárias dos desenvolvimentos teóricos sobre a *debilidade mental*, creio que não menos verdadeira, é a asserção de que a Fonoaudiologia, em grande medida, configura-se a partir desse mesmo perfil de *clínica ortopédica*, principalmente quando se trata da terapêutica dirigida a esses pacientes. Assim, se à Psicologia e à Psicopedagogia cabem, de acordo com esse raciocínio, o preenchimento, no sujeito, de uma “falta de saber”, à Fonoaudiologia, caberia suprir uma suposta “falta na linguagem”.

Vimos, neste capítulo, duas modalidades de discurso mobilizados pela *debilidade mental*. Primeiramente o raciocínio organicista típico das discussões na Medicina e, na seqüência, o olhar crítico de uma autora assentada na Psicanálise sobre o mesmo tema. Mas não se deve estranhar que tecidos históricos possam ser diferentes - há sempre versões históricas porque cada uma delas é tributária do posto de observação a partir do qual o discurso se desenvolve. A esse respeito, Arantes (2001) recolhe de Clavreul (1983, p.64) uma indicação importante que, por ser bastante ajustada a este momento do trabalho, retomo e amplio aqui: “*evocar as origens é sempre constituir um mito e esse mito vem estear a ideologia. A coleta desses fatos, sua apresentação é uma escolha que está a serviço do que se procura constituir*”. No próximo capítulo, veremos como a Fonoaudiologia se acomoda nesse espaço da *debilidade mental* para o qual tem sido convocada.

## Capítulo 2

### 2. Fonoaudiologia e Síndrome de Down (SD)

#### 2.1 Linguagem e *subjetividade*

Interessa mostrar, mais de perto, neste capítulo, como a linguagem de sujeitos com SD é tratada ou caracterizada no campo das Patologias da Linguagem e da Clínica Fonoaudiológica. Cabe sublinhar, de antemão, que não é objetivo desta tese realizar uma revisão exaustiva dessas pesquisas. No exame de algumas das principais publicações da área que enfocam a linguagem (CUNNINGHAM, 1999; CUNNINGHAM et al, 1985; MILLER, 1988, 1992, 1993; CHAPMAN, 1996 ; FOWLER, 1990; RONDAL, 1996-2007, RONDAL & COMBLAIN, 1996-2007 e outros) é possível notar, de saída, a preocupação dos autores mencionados em salientar a gama heterogênea das manifestações lingüísticas que podem estar presentes em cada caso. Nesse sentido Kumin (1999) enfatiza que, embora habituais, os *problemas de linguagem* não são específicos desse quadro, ou seja, não constituem um padrão único recorrente nessas crianças podendo fazer presença na fala de qualquer criança.

Entretanto essa diversidade constatada e, explicitada ainda, em outros trabalhos do campo, não é suficiente para impedir que um rol das “habilidades/dificuldades lingüísticas” mais comumente encontradas seja apresentado. É digno de nota o fato de que, em **todos** os trabalhos examinados, na seqüência às observações introdutórias sobre a possibilidade de variação nas manifestações lingüísticas, entre casos, seja apresentada uma relação dos “achados mais freqüentes”. Não menos surpreendente é a convergência marcante de opinião, entre os pesquisadores, em relação ao pequeno rol desses sinais sintomáticos. Digo “surpreendente” porque, como vimos, as discussões sobre a SD e/ou a *debilidade* são intensas e controversas nos outros campos (na Medicina e na Psicanálise). Relaciono a seguir, nos termos utilizados pelos pesquisadores, o perfil lingüístico oferecido na SD:

- 1) **atraso na emergência da linguagem expressiva**, que se mantém, ao longo do desenvolvimento e em geral, mais defasada (atrasada) em relação à compreensão e à cognição (idade mental não-verbal);

- 2) **desenvolvimento da morfossintaxe** mais comprometido do que o lexical;
- 3) **problemas persistentes nas áreas da morfossintaxe e da fonologia** comprometedores da inteligibilidade da fala, juntamente com o déficit motor-articulatório freqüente;
- 4) **uso social (comunicativo e pragmático) da linguagem** relativamente bom, embora sejam realizadas algumas poucas menções a dificuldades de compreensão por parte do ouvinte, principalmente aquele que se situa fora do círculo de convivência desses sujeitos. Alega-se que esses últimos desconsideram o fato de que é preciso adequar a fala às necessidades do ouvinte.

Tais características comparecem, também, nas colocações de Limongi (2004, p.956),

*os autores são unânimes em afirmar que o desenvolvimento cognitivo é superior ao de linguagem; que a compreensão é mais efetiva que a expressão oral da linguagem; que a linguagem não-verbal exerce função comunicativa importante para o indivíduo com Síndrome de Down; que questões relacionadas às habilidades motoras orais contribuem para o favorecimento da ininteligibilidade da expressão oral; que déficits de memória e atenção, além de pobres habilidades relacionadas ao processamento auditivo, vêm se juntar a [outras] dificuldades; que condições individuais de desenvolvimento global e ambientais também são importantes de serem consideradas. [ênfases minhas]*

Tendo em vista as colocações acima, posso dizer, a partir de Lier-DeVitto (1999), que a heterogeneidade desses quadros “faz pressão” porque remete a uma forma de existência e remete, portanto, a “uma verdade” que demanda explicação e que escapa às tentativas de descrição que tendem à homogeneidade. Esta realidade/verdade, a escuta do falante de uma língua não deixa passar. Por aí, dá-se reconhecimento à existência da diferença entre os casos supostamente “enquadrados” nesse perfil. Casos que apresentam algumas (mas nem todas) as suas características e casos que “fogem”, também, totalmente a essas características, como o de Mário, por exemplo. Refiro-me a uma variação que não deixa de ser perturbadora da própria noção de que “há um certo perfil”. Mas para que se

possa enfrentar tais casos em sua diversidade, essa *verdade* que eles exibem deveria ser elevada à condição de proposição problemática o que, efetivamente, não ocorre. Submetidos ao raciocínio causalista, eles são reportados diretamente à variação possível “no arranjo combinatório dos genes” determinante de uma “arquitetura cerebral atípica” (RONDAL, 1996-2007), como veremos: expressão da naturalização e do apagamento da singularidade das falas sintomáticas nesse campo. E nem poderia ser diferente considerando-se os recursos teórico-metodológicos alçados, na “investigação” da linguagem. É sobre eles que nos deteremos logo mais adiante.

Antes, porém, saliento que essa questão remete, a princípio, diretamente à relação que a Fonoaudiologia estabelece com a Lingüística, mas, como pretendo discutir neste trabalho, não apenas com este Campo. Outras áreas fazem presença aí (como a Medicina e a Psicologia) e, por isso, faz-se necessário abordar as implicações decorrentes dessa aproximação para apreender como “falas sintomáticas” são concebidas nessa clínica e por esses pesquisadores.

Chamo a atenção primeiramente para as citações anteriores. A linguagem é claramente concebida enquanto integrante de um sistema maior (o comunicativo) e a ela atribuído um caráter cognitivo-funcional, privilegiado a partir de sua cisão em dois níveis: o **emissivo** equivalente à sua expressão/produção e o **receptivo** que diz respeito à sua compreensão, ambos condizentes com a noção de seu papel enquanto instrumento de comunicação. Quanto a essa divisão, que expõe uma aderência ao pensamento organicista sobre a linguagem, penso, em oposição e essa tendência majoritária, ser bastante pertinente invocar Paul Henry (1992, p.114) com o que ele denomina de “*problemática da complementaridade*”, qual seja: as ciências do homem só têm podido pensar a linguagem “... ou bem [como] uma realidade psicológica, ou bem uma realidade social [...] - certamente, mantendo perfilado o discurso organicista porque o organismo é assumido (implícita ou explicitamente) como “suporte”, seja do psicológico/social, seja da linguagem.

## **2.2 Sob a égide da problemática da complementaridade**

O autor acrescenta que: (p.115) “*no campo da complementaridade a linguagem aparece de maneira privilegiada como aquilo que assegura a articulação do psicológico e do social,*

*principalmente em torno da noção de comunicação*". Cabe ressaltar que a linguagem, vista sob essa ótica, é sempre determinada por algo que lhe é externo. Isso equivale a dizer que, afastada qualquer hipótese sobre seu funcionamento autônomo, sua motivação encontra-se no par indissociável psicológico/social expresso na intencionalidade do homem de transmitir/externalizar conteúdos internos a outros homens e expresso, além disso, na noção de que, pertencente ao social, sua natureza é transparente, como deixam ver as colocações de Paul Henry (1992, p.116-7):

*Surge aqui uma dificuldade que parece que provém do fato de só podermos conceber a realidade da linguagem através de uma relação exterioridade/interioridade [...]. Digamos que, do ponto de vista do sujeito que tematizamos aqui, o exterior é o social (e, para além, o meio físico), o interior é o psicológico. É preciso alojar a linguagem em algum lugar lá dentro, ao mesmo tempo no interior e no exterior.*

Vale dizer que Fonseca (1995, 2002), voltada para a pesquisa e a clínica das afasias, acrescenta um elemento a mais ao campo da complementaridade: "o cerebral" - ele também faz desaparecer a linguagem como proposição problemática. Aliás, fora do campo das Ciências Humanas, nos campos clínicos, essa colocação é não menos relevante ao delineamento da diferença que pretendo assumir em relação às concepções de linguagem e de sujeito vigentes, de forma ampla, na Fonoaudiologia. Neste Campo, é outra a ênfase a respeito dessa problemática da complementaridade: a linguagem, como afirma Paul Henry (1992) é concebida como "coisa" e, enquanto tal, é **instrumento** utilizado por um sujeito da vontade (de se expressar) e da intenção (de se comunicar). É mesmo assim que a linguagem e o falante comparecem na visão dos pesquisadores (dentre eles fonoaudiólogos), que abordam a linguagem na Síndrome de Down. Isso posto, pode-se e deve-se perguntar qual é a função que a Lingüística teve ou tem nessa área. Não há dúvidas de que este último Campo é uma fonte. Basta ver o que diz Limongi (2004, p.957): vários estudos, pontua ela, enfocam a linguagem e, neles, "*...são encontradas pesquisas que enfatizam o desenvolvimento lexical, o sintático, o pragmático, sem se esquecer do fonológico*". Confirmação inequívoca do que disse. Contudo, se a Lingüística é fonte, ela não é responsável pelos movimentos realizados em sua direção, como veremos. Landi (2000),

retomando um tema presente e insistente na proposta de De Lemos - o tema da aplicação - coloca “contra a parede”,

as tentativas de elaboração teórica inter/multidisciplinares, sempre, diz ela, dirigidas por leituras desvitalizantes porque utilitárias da Lingüística.

Lier-DeVitto (1995) focalizou esse movimento do Campo dos ditos Distúrbios da Comunicação. A autora critica tanto o encontro do fonoaudiólogo com a fala sintomática, como a natureza do apelo que ele dirige à Lingüística: o apelo caracterizado como “*um empréstimo*” de seus instrumentais descritivos. O efeito de um pedido dessa natureza é a realização de um “*mau encontro*”, já que fica anulada “...a lógica do **dispositivo teórico** que o[s] motivou” (p.167) (ênfase minha). Característico desse mau-encontro é, também, o fato de que esses instrumentais são, equivocadamente, transformados em instrumentos de medida de normalidade. Ora, diz a autora, a oposição normal-patológico, não faz parte das dicotomias da Lingüística - como “correto/incorreto” ou “possível/impossível” (LIER-DeVITTO, 2002b; 2006). Resta dar relevo, aqui, ao fato de que, segundo ela, ignorar a lógica do dispositivo teórico significa estar “fora do diálogo” e, portanto, adotar uma posição de submissão: as teorizações ficam para o outro campo e as aplicações, com a Fonoaudiologia. Trata-se do mesmo modo de relação estabelecido com a Medicina e essa repetição é “sintomática”. Podemos apresentar um quadro: da Medicina vêm as explicações e da Lingüística os “*instrumentos de toque na fala*” (LIER-DeVITTO, 2006). Essa distribuição esclarece porque, na Fonoaudiologia, a definição de linguagem é organo-cognitivista e, sem dúvida, ela comparece nos estudos sobre Síndrome de Down.

Nessa perspectiva, subjacente ao procedimento de aplicação acima abordado e, convivendo harmoniosamente com ele, há a idéia de que a aquisição da linguagem é fruto de apreensões parciais e cumulativas: de aprendizagem. Segundo essa visão, uma base cognitivo-semântica é entendida, pelos pesquisadores da área, como precursora do componente lexical e sintático (MILLER, 1987, 1993; RONDAL & COMBLAIN, 1996-2007; RONDAL, 1996-2007; FOWLER, 1990; MOORE, CLIBBENS & DENNIS, 1996/2007; BUCKEY 1996/2007, dentre outros). Esse é o modo de fazer, da linguagem, uma “função cognitiva” - a semântica deixa de ser componente lingüístico e passa a ser “da cognição”. A esse respeito valem as colocações de Rondal e Comblain (1996-2007) sobre a linguagem de adultos com Síndrome de Down:



*Assim como para classes semânticas, adultos com Síndrome de Down parecem estruturar suas expressões - **não importa o quão formalmente limitadas elas possam ser - de acordo com as mesmas relações semânticas básicas** como ocorre com as pessoas sem habilidades intelectuais (isto é, agente, objeto semântico, instrumentação, beneficiário, locação, atribuição, etc). Eles também parecem compreender corretamente a mesma classe de significados estruturais básicos quando expressos na fala de outra pessoa. **Não há indicação de que a base estrutural-semântica elementar da linguagem seja marcadamente diferente** [em ambos os grupos] nos níveis correspondentes de desenvolvimento lingüístico. [tradução e ênfases minhas].*

Esta citação é reveladora da noção de linguagem que predomina na área. Nessa operação, *mecanismos cognitivos gerais* (capacidades motoras e sensoriais) tornam o mundo acessível à criança, ainda na qualidade de “determinantes prévios” que possibilitariam a construção de categorias semânticas. É desse modo que significados/conceitos seriam introjetados/representados e, só depois, “expressos/comunicados” pela fala da criança. Entenda-se que a aquisição lexical, suposta como correspondente à *função referencial da linguagem*, teria lugar depois das aquisições cognitivo-semânticas. Mesmo que possa parecer plausível e possível esse tipo de raciocínio, vigente nos trabalhos da área, ele é insuficiente porque nada esclarece sobre **como** a linguagem é adquirida pela criança ou sobre **como** os diferentes componentes (o cognitivo e o semântico, ambos e o lexical, o lexical e o sintático, estes e o pragmático) são adquiridos e se relacionam. Enfim, a aceitação das afirmações de Rondal & Comblain (1996-2007) parece mais uma “questão de fé”.

De todo modo, problemas de ordem semântica seriam, segundo Rondal (1996-2007), os primeiros a surgir na criança com SD e seriam *inevitáveis*, já que causados pelo **retardo mental** que é característico dessa síndrome. Por essa razão, esses sujeitos levariam um tempo muito mais longo “*para dispor de uma base cognitivo-semântica suficiente*” para alicerçar o desenvolvimento lingüístico - fatalmente a criança terá **retardo de linguagem**. Chegamos a um ponto importante. Sendo o “atraso de linguagem” um reflexo do “atraso mental”, entende-se porque sempre o **parâmetro é temporal** para indicar defasagens em diferentes níveis: no intelectual (traduzido pela noção de idade mental, de QI) e no de recepção/compreensão ou no de produção/expressão da linguagem.

Penso não ser preciso dizer que, nesta visão, o nível mais decisivo da linguagem, “o mais avançado”, é o da recepção-compreensão - dizem os autores que ele é compatível com a idade mental do sujeito e, frente a resultados que indiquem defasagens receptivas (por deficiência mental), eles afirmam, ainda assim, que essas crianças compreendem mais do que podem expressar. Quanto à capacidade de expressão “gramatical” (de conteúdos internos “derivados da inteligência”), a mensuração dessa capacidade é feita com base em descrições de padrões estipulados como representativos de cada idade. Entende-se, assim, que Rondal & Comblain (1996-2007) digam que “*o desenvolvimento lexical receptivo em pessoas com deficiências intelectuais está freqüentemente relacionado com a idade mental*” e que Fowler (1990) discuta o desenvolvimento morfosintático salientando que, na maioria das pessoas com SD, as habilidades de expressão da linguagem são restritas: elas produzem, diz ele, frases simples que são compatíveis com a estrutura gramatical apresentada por crianças normais em torno dos três anos de idade. Para Rondal & Comblain (1996- 2007), há também, sem dúvida, predominância de sentenças de menor extensão e mais simplificadas (enunciados são largamente telegráficos, há omissão ou uso reduzido de palavras funcionais e com “*pouca carga semântica*” como artigos, alguns pronomes, preposições, conjunções, auxiliares e outros).

Um contraponto fundamental a essa posição é apresentado por Lier-DeVitto (2001) que critica a tentativa dos pesquisadores do Campo das Patologias da Linguagem de apreender o “sintoma na fala”. O problema, diz a autora (p.246), é que descrições gramaticais ou pragmáticas “*não pinçam a qualidade específica da fala dita patológica*”. Conseqüentemente, elas não podem distinguir entre o “normal” e o “patológico” na linguagem. A autora chama a atenção para o fato de que essa medida temporal é trazida na sucessão do fracasso de definir o sintoma na fala pela via da descrição e do estabelecimento de um padrão de desenvolvimento lingüístico. Desse modo, a objetividade demandada dos aparatos descritivos da fala (gramaticais ou pragmáticos) não é atingida - o que coloca limites às mensurações psicométricas, já que o escalonamento temporal apóia-se no efeito de que a fala está “*fora de tempo*”, ou seja, no efeito de “*algo que não é mais esperado ocorrer numa certa idade*” (p.249) e menos em critérios objetivos científicos confiáveis. Realmente, como conceber equivalentes a fala de sujeitos adultos com Síndrome de Down com a de

crianças “normais” de três anos idade? Qual seria, ainda, a “utilidade” dessa afirmação para a clínica?

Essas não são certamente questões para pesquisadores como Rondal, Comblain e Fowler, dentre outros aqui referidos, que são representativos nas pesquisas sobre a SD. Tendo em vista a ausência de teorização sobre a linguagem e sobre a relação sujeito-linguagem, as discussões giram em torno das tentativas de explicações para o “desnível” na aquisição de componentes lingüísticos (o que coloca de um lado, o lexical e, do outro, o morfossintático e o fonológico).

O centro, nas discussões, seria a suposição do envolvimento de diferentes modos de operação cognitiva na aquisição da linguagem. Sem se deter na explicitação dessas operações, Fowler (1990) afirma, por exemplo, que o conhecimento advindo das situações concretas vividas pela criança seria determinante da aquisição do componente lexical. Já, o fator decisivo, na aprendizagem de “aspectos relativos à morfossintaxe” seria a habilidade da criança de organizar o “*conhecimento gramatical*” de natureza “*puramente lingüística*”. E essa última tarefa é, diz ele, particularmente difícil para crianças com retardo mental por requerer alto nível de abstração. Nessa direção, dizem Moore, Clibbens & Dennis (1996-2007), formas gramaticais são mesmo muito abstratas e sua omissão na fala de sujeitos com SD pode estar ligada à manutenção dos significados, “*cujo mecanismo permaneceria intacto num nível muito mais geral*”. Segundo Miller (1987, p.245), a maior complexidade dos mecanismos cognitivos (nível de abstração) envolvidos na organização e processamento da morfossintaxe e da fonologia, explicariam, também, o fato desses sujeitos “*...falharem para transcender o tempo e o espaço na sua linguagem produtiva, falando sobre objetos e eventos imediatamente presentes*”. Talvez se possa resumir a questão da seguinte forma: sujeitos “débeis” não fazem abstrações, como “mostra” a linguagem.

É mais uma vez Rondal (1996-2007) quem procura oferecer uma explicação para esse “descompasso”. Para ele, **há duas rotas distintas de desenvolvimento lingüístico**: uma destinada ao processamento dos aspectos formais da linguagem e outra relacionada à construção de conceitos (e que estaria diretamente ligada ao desenvolvimento cognitivo mais precoce). Com essa distinção, o autor pretende dar certa autonomia ao que poderíamos designar como “processamento gramatical” e explicar porque os “retardados” falam, afinal. Essa saída leva a uma “colcha de retalhos” em que se mesclam inatismo, cognitivismo e

aprendizagem, pois Rondal propõe a existência de uma “*arquitetura cerebral inata*” para a linguagem - um sistema de processamento específico e “*puramente lingüístico*” - convivendo com conhecimentos construídos/internalizados a partir de “experiência de mundo”.

Com essa linha de raciocínio, Rondal (1996-2007) dirá que problemas na fisiologia cerebral, por ocasião da SD, debilitam o desenvolvimento e o funcionamento de estruturas cerebrais e, conseqüentemente, a linguagem: “*peças com síndrome de Down, via de regra, não desenvolvem a arquitetura cerebral necessária para a acomodação da linguagem numa direção favorável à construção do conhecimento gramatical*”. Daí a inconsistência, “*ponto a ponto*”, diz Rondal, de suas produções gramaticais. Buckley (1996-2007) sustenta-se nesta mesma posição, mas sem explicitar um processamento lingüístico independente, como Rondal. Para ela, trata-se de aprendizagem. A autora destaca, como **fatores determinantes do “lento desenvolvimento”** dos aspectos morfossintáticos e fonológicos, na SD, perdas auditivas recorrentes e dificuldades específicas de processamento auditivo, por exemplo. Entretanto, pondera Buckley, é mais comum que o perfil lingüístico dessas crianças seja o resultado de “*um complexo de interações entre os efeitos da perda auditiva, dificuldades motoras de fala, memória auditiva de curta duração, dificuldades no processamento da fala e oportunidades para praticá-la*”. Enfim, decorrentes dos ditos problemas orgânicos e cognitivos “de base”.

O trabalho de Schwartzman (1999c) sobre o desenvolvimento do sistema nervoso, em pessoas com SD, é compatível com esse raciocínio. Apesar de uma referência explícita à “normalidade” da condição de desenvolvimento inicial do Sistema Nervoso Central (SNC), em crianças com SD, o que justificaria a semelhança de suas **primeiras** manifestações neuromotoras e cognitivas em relação àquelas de “crianças normais”, o autor admite o surgimento de uma defasagem cognitiva no primeiro grupo, entre o terceiro e o sexto mês de vida, por efeito de uma desaceleração no crescimento de certas estruturas neuronais (como o cerebelo e o tronco cerebral). Tais estruturas estariam, diz Schwartzman, intimamente ligadas ao controle do tônus muscular, ao sistema auditivo e a processos cognitivos complexos (“memória”, “atenção”) concebidos como fortemente implicados nos problemas lingüísticos mencionados acima, como vimos (RONDAL & COMBLAIN 1996-2007; RONDAL, 1996-2007; BUCKLEY 1996-2007).

Parece-me que não se deve perder de vista o fato de que, subjacente às colocações dos pesquisadores, há uma idéia de conjunção sem conflito entre os domínios orgânico e cognitivo na determinação da linguagem e de suas “perturbações” - esse é o ponto de partida das tentativas dos autores, que se voltaram para falas de “pessoas retardadas”. A seqüência de determinações é a seguinte: alterações no funcionamento orgânico → prejuízo do funcionamento cognitivo/mental → comprometimento na linguagem.

Esse raciocínio causalista afirma a irrelevância do lingüístico (LIER-DeVITTO, 2003), também, na abordagem dos tropeços e derivas da fala sintomática de sujeitos com Síndrome de Down. Com Lier-DeVitto (ibidem, p. 237), afirmo que seu efeito sintomático fica reduzido, irremediavelmente, a problemas de emissão de fala: “*entende-se que o organismo afetado não pode emitir a fala (ou emitir bem)*”, por razões orgânicas funcionais/lesionais ou, ainda, “*assume-se que o organismo, ao emitir a fala, expressa o comando ineficiente da mente sobre ele*”, o que remete tanto às dificuldades referidas para expressar a gramática, quanto para “externalizar” conteúdos internos.

Ao resgatar alguns estudos que enfocam a linguagem de sujeitos com SD procurei salientar dois aspectos que considero relevantes:

- 1) Chamei a atenção para o fato de que a linguagem interessa aos pesquisadores, na medida em que é manifestação externa ou, como se diz, um *fenótipo comportamental* dessa síndrome; talvez o “sinal/sintoma” mais importante por evidenciar déficits no funcionamento cognitivo/mental apontados como sua principal característica. Como indiquei, no início deste capítulo, a reconhecida variabilidade dos quadros lingüísticos não chega a interpelar em sua particularidade, cedendo lugar à descrição do perfil lingüístico mais comum na SD. Nessa medida, não se vai além da mera constatação da heterogeneidade dos quadros que, de todo modo, não ultrapassa os limites impostos pela *arquitetura cerebral* “danificada” desses sujeitos. Não se pode deixar de reconhecer a compatibilidade desse raciocínio com aquele que vige na Medicina que concebe a questão das diferenças individuais como inscrita nas distintas composições possíveis dos genótipos dos sujeitos acometidos;

- 2) Procurei iluminar, também, o fato de que, compatíveis com a idéia da linguagem enquanto *fenótipo comportamental* são os mecanismos subjetivos, invocados como determinantes de sua aquisição, a saber, mecanismos de natureza cognitiva/mental, ativados em consonância com o funcionamento cerebral. Conseqüentemente, a idéia de sujeito que prevalece no campo, mesmo frente aos admitidos “danos” nesses mecanismos, é a de sujeito-epistêmico que vige nas propostas de (re)educação/(re)habilitação dessa população. O ideal de supressão/minimização do déficit lingüístico ou bem pressupõe a capacidade do sujeito de vir a “operar sobre a linguagem” ou de aprendê-la, pela via da aprendizagem/comportamental: de todo modo, faz presença o sujeito psicológico.

Nesse panorama, o que importa é que as terapêuticas implementadas são sempre compensatórias do déficit e orientadas para a “melhorar” a comunicação. Salientei a incompatibilidade dessa linha de investigação com o projeto de uma *Clínica de Linguagem*, que visa acolher um sujeito em sofrimento justamente por conta de uma fala sintomática da qual ele não pode ver-se distanciado ou “em posição de controle”. Na realidade estão em causa maneiras diametralmente opostas de se entender a questão do sujeito, da linguagem, do sintoma na fala e, conseqüentemente, a direção do tratamento que, neste caso (no da Clínica de Linguagem), ao contrário da Clínica Fonoaudiológica preconizada, não visa à normalização ou adaptação social por meio da “restauração” da comunicação. É o que pretendo demonstrar, no próximo capítulo, durante a apresentação da Clínica de Linguagem.

## CAPÍTULO 3

### 3. Clínica de Linguagem: *sintoma, escuta e diálogo*

Vou me ocupar, neste capítulo, fundamentalmente com o desenvolvimento das noções de sintoma, escuta e diálogo, na Clínica de Linguagem, na medida em que essa discussão deverá iluminar minha questão central - elas serão operativas como instrumentos de leitura do problema que pretendo abordar - aquele relativo ao acolhimento de casos como o de Mário numa Clínica de Linguagem.

#### 3.1 O *sintoma na fala*: **proposição problemática**

Fazer do sintoma na fala *proposição problemática* significa, diz Lier-DeVitto, assumir **posição teórica** frente ao problema e admitir que, uma vez sendo “de linguagem” o acontecimento que interroga, dar reconhecimento ao campo da Lingüística, é gesto ético. Este foi o fundamento primeiro, o alicerce, da proposta desenvolvida no âmbito do Grupo de Pesquisa *Aquisição, Patologias e Clínica de linguagem*. A referida pesquisadora sustentou, portanto, ser necessária a relação com a Lingüística como via de problematização de falas sintomáticas e tem mantido aceso um “*diálogo teórico*” com esse campo, como já dito na introdução deste trabalho. Podemos entender este ponto como de radical diferença em relação à Fonoaudiologia tradicional voltada ao atendimento de sujeitos com SD que, como procurei indicar no capítulo anterior, tem se restringido a gestos de aplicação de aparatos descritivos e a leituras pouco aprofundadas de propostas teóricas da Lingüística.

A filiação ao Interacionismo, posto em relação de alteridade, deu as coordenadas dessa aproximação. Para abordar o sintoma na fala, Lier-DeVitto parte do reconhecimento da *ordem própria da língua*, conforme postulada por Saussure (CLG/1916), cujas leis foram transformadas por Jakobson (1960), em *leis de composição interna da linguagem* (MILNER apud DE LEMOS, 1992, p.127). De fato, é Jakobson quem mostra o modo de operação de *la langue em la parole*, ou seja, mostra que “há língua na fala”. Aliás, o exemplo de Jakobson é seguido de perto porque, admite-se que ele pôde escutar Saussure e que, por

isso, pôde dar visibilidade às operações de *la langue* em “*toda e qualquer manifestação da linguagem*” (SAUSSURE, 1916, p.13). Ou melhor, os processos metafóricos e metonímicos ressignificam os eixos sintagmático e associativo de Saussure porque, transformados em leis de composição da linguagem, penetram e explicam manifestações em prosa ou em poesia, iluminam a fala da criança e a de afásicos. Jakobson expande o campo de forma a envolver ocorrências assistemáticas e irregulares.

Contudo, por entender que falas sintomáticas fundaram uma clínica (a fonoaudiológica) - o que é tomado como índice de que elas também impõem limites à clínica psicanalítica (LIER-DeVITTO, 2006) - e que *clínica* exige que se considere o singular (e não propriamente tipos nosológicos), tornou-se impossível não abordar a problemática da subjetividade. Tal necessidade traduz-se nas seguintes colocações (LIER-DeVITTO, 1999, p.349):

*Problematizar a 'fala' significa, acima de tudo, enfrentar a multiplicidade de suas manifestações. Significa assumir que essa heterogeneidade 'caótica' para Chomsky ou 'inapreensível' para Saussure é da ordem da ocorrência. **Ocorrência de um falante na fala.** Eu disse de 'um falante' e é esse 'um' que faz a sua inscrição na língua, que faz com que ela seja 'não uma' na fala. Daí a heterogeneidade desconcertante que marca essa existência - a da fala... (ênfases da autora).*

Para a autora (ibidem: 349), “... é a problematização do sujeito que poderá levar a uma teorização sobre a fala, o que não implica um 'esquecimento' da língua da lingüística”, mas seu reconhecimento (basta para isso, lembrar a leitura que Lacan fez de Freud, com Saussure). As citações acima podem ser tomadas como emblemas do *diálogo teórico* que a Clínica de Linguagem se dispõe a realizar.

### **3.1.1 A noção de *sintoma* na linguagem: delineamentos**

Parece-me pertinente ressaltar, já neste momento, a íntima relação entre *sintoma na fala* e *escuta da fala* na Clínica de Linguagem. Deste modo, é sintoma na fala aquela manifestação que afeta a escuta (do outro falante ou mesmo do próprio) de modo bastante particular; uma fala que é escutada como “patológica”, ou seja, que ultrapassa o limiar do



“*incorreto, mas aceitável*”. Saliento, portanto e, de antemão, a imbricação entre sintoma e escuta como termos indissociáveis na Clínica de Linguagem.

Lier-DeVitto (2002c - inédito), em busca de uma particularização da noção de sintoma na fala, afirma:

*Não recuso que toda fala/discurso sejam "sintomáticos", no sentido de que há sempre algo de singular ...na fala ... que faz de cada falante "um". Dirijo minha atenção para aquelas falas cuja manifestação leva ao discernimento de uma classe, traça uma diferença radical que ganha, digamos, contorno de "patológico".*

A autora faz menção a *um corte que a escuta realiza* e que separa uma classe (ou uma polaridade) que não espelha os pares “certo-errado”, “correto-incorreto”, “possível-impossível” próprios do domínio da Lingüística. Vemos aqui, nessa marcação de diferença, um exemplo de sustentação da alteridade da Lingüística e do Interacionismo: *o sintoma na fala* é outro em relação ao “erro” (da criança ou ocasional). Se todo erro expõe um falante adulto em falha/falta - e ele pode rir ou ruborizar (por exemplo) -, um sintoma não produz esses efeitos: ele marginaliza o falante, causa perplexidade, sofrimento. Essa é a marca do sintoma na fala. Procurarei acompanhar os passos de Lier-DeVitto na tentativa de construção desta noção.

Como disse, sintoma não é erro, pelo efeito que produz na escuta do outro. O primeiro toque nesta questão foi dado no artigo intitulado *Sobre os efeitos da fala da criança: da heterogeneidade desses efeitos* (LIER-DEVITTO & ARANTES, 1998). Nele, as autoras tecem, como se lê, considerações sobre diferentes efeitos que falas de crianças produzem na escuta do outro e abordam questões a respeito da “interpretação” no Interacionismo, na Clínica de Linguagem e na Psicanálise - trata-se, como sempre, de cernir diferenças. O *efeito* que lhes interessa, acima de tudo, é exatamente aquele que leva ao estabelecimento da polaridade normal-patológico. Partindo da distância que há entre o *infans* e o falante, distância essa que desponta na *sistematicidade fugidia* peculiar à “fala de crianças”, as autoras chamam a atenção para o fato de que tal característica, ainda que notada por um “já falante”, não afeta sua escuta a ponto de fazê-lo atribuir a essa fala uma qualidade de “patológica”. Em questão, neste artigo, estava a necessidade de evitar um possível **equivoco de reduzir o sintoma a erro** e, conseqüentemente, a suposição de uma

identidade entre Campos: entre o campo nascente da Clínica de Linguagem e o Campo de Aquisição da Linguagem, pelo menos num sentido que apaga especificidades da relação criança-linguagem-outro.

Há algo de mais específico nas falas sintomáticas, insiste Lier-DeVitto (2001b - inédito), que não passa despercebido à "...escuta sensível e refinada do falante nativo [...], que não é indiferente àquilo que, numa fala, faz presença como diferença [e ainda], como (diferença-sintoma). Assim, na heterogeneidade indeterminável dos "erros", uma classe pôde ser isolada - uma classe de manifestações não menos heterogêneas mas que não pode ser acomodada no espaço dos "erros" toleráveis/interpretáveis/espirituosos - definitivamente, este não é o caso do sintoma na fala (LIER-DeVITTO, 1999; 2002b). Os primeiros passam pelo crivo da escuta do falante. O sintoma, de modo algum, é "aceitável" - ele é, como se diz, patológico. Enfim, **sintoma não é erro** - esse é o primeiro ponto.

No artigo de 1998, Lier-DeVitto e Arantes avançam um tanto mais a questão, pois apontam para o fato de que algo se impõe e faz **barreira à identificação da criança com a fala do outro (e vice-versa)**. Nele, vemos já a noção de sintoma atrelada ao **efeito na escuta** de um "'já-falante', como alguém que pode escutar, na diferença inerente que [uma] fala tem em relação à dele, uma marca e nela reconhecer-se (ou não), implicar-se nela (ou não)"(p.68). A dimensão do sujeito se insinua pela via do **sofrimento** de alguém, cuja fala, como dizem com Allouch (1994), "não passa a outra coisa" e que mantém, assim, **um falante aprisionado numa falta ou falha**. As expressões, enfatizadas acima, correspondem aos primeiros trilhamentos na definição de sintoma na fala.

Em *Questions on the normal-pathological polarity in language* (2002b, p.173), Lier-DeVitto procura aprofundar a discussão sobre os impasses identificatórios, ou melhor, aborda a consequência maior do "efeito radical" de falas sintomáticas e diz que ele *marginaliza um falante*:

*Quanto a produções patológicas desviantes, pode-se afirmar que elas, de fato, dão visibilidade, de uma forma dramática, à marca de singularidade que se expressa num isolamento trágico do falante. Realmente, quando produções patológicas estão em causa, a produção errática do falante exhibe uma diferença qualitativa radical e fundamental que mantém o sujeito falante à margem de todos os outros falantes de uma dada língua.(traduções minhas).*

A autora salienta, assim com maior força, o efeito de **natureza particular** produzido por falas sintomáticas porque sublinha um aspecto subjetivo que dele decorre: **um modo dramático** de ser falante e seu **isolamento**.

Outro passo será dado em *Patologias da Linguagem: subversão posta em ato* (2003). Nele, a autora chama atenção para a *superfície da fala*, para perturbações na *densidade significativa*, como diz. O sintoma nesse espaço, afirma ela, é nada mais do que **indício de subjetividade** já que, nele, se manifesta um **modo particular e ruidoso de enlaçamento entre corpo e linguagem** (p.236): "*corpo que, no dizer, faz sintoma no corpo da linguagem*". Nota-se, neste trabalho da autora, os primeiros ecos nítidos da Psicanálise, mais precisamente, da hipótese do inconsciente proposta por Freud. Lier-DeVitto (p. 240-241) sustenta que **há desconhecimento do falante sobre aquilo que comanda sua fala** porque mesmo quando "sabendo" que ela é sintomática, que ela o expõe em falha/falta e o faz sofrer (como atestam claramente muitos sujeitos afásicos), esse saber mental/consciente não o instrumentaliza para "passar a outra coisa". **O sintoma é, assim, uma repetição sem vontade ou saber**. Ressaltada fica, desse modo, a condição daquele que sofre por efeitos de sua fala sem nada poder fazer para modificá-la - "*mesmo que o sujeito possa não desconhecer que falha, que perde o fio do discurso*" (p.243). Um efeito, sem dúvida, dramático: uma fala pode afetar a escuta daquele que fala e que nada pode fazer para modificar esse estado de coisas. Trata-se, entendo, de uma definição que contém implicitamente as outras enunciações sobre ele (o sintoma): a de que "*sintoma implica sofrimento*", que ele é "*índice de problemas identificatórios*" e outros mais.

Nesse artigo seminal, Lier-DeVitto apresenta e discute um conjunto de materiais clínicos heterogêneos que toma como indicativos e ilustrativos da complexa relação corpo-linguagem. Neles, pode-se apreender (como pretendeu mostrar a autora) produções estranhas que mostram um corpo falado (que fala) não redutível às condições impostas pelo organismo, ou melhor, um corpo-linguagem não-coincidente com o corpo-organismo. Surpreendente, nesse sentido, é o adolescente (A.), de 16 anos, que diz à terapeuta (T.):

T.Ce escuta quando ce fala errado? A. Eu acho que **zá** consigo falar todos os sons

A. Lóxico! Mas minha mãe anotou que eu não consigo falar "**já**", "**cheguei**", "**acho**" e "**a gente**".

A intermitência inesperada entre “acerto” e “erro” dilui, como se vê, a dicotomia mente/corpo. Esse “notar” e ao mesmo tempo “não-notar” que “erra” nada tem a ver com o “ouvir” enquanto fenômeno fisiológico, mas com a “escuta” que remete ao sujeito. Nesse sentido, este adolescente pode até notar o erro, mas como enfatiza Lier-DeVitto (2003, p.241), “*nem por isso pode evitar sua reincidência sintomática*”. O falante não passa a outra coisa: fica aprisionado “*numa repetição ignorante de si*” (p.242). “*Repetição de um corpo que não pensa absolutamente no que faz*”(p.241) (ênfase da autora). A autora conclui a partir desses fragmentos, que eles nos colocam frente a um **corpo falante**, que manifesta uma condição sintomática especial (e enigmática) no **corpo da fala**. Note-se que “*Subversão posta em ato*”, elaborado em 1999 (embora publicado em 2003), já dá consistência teórica, e material, para a afirmação de que a fala, em si mesma, é insuficiente para a apreensão do sintoma (LIER-DeVITTO & ARANTES, 1998, LIER-DeVITTO, 2001a). De fato, o **corpo falante vem articulado à fala**.

Em *Sobre o sintoma - déficit de linguagem, efeito da fala no outro, ou ainda...?* (LIER-DeVITTO, 2001a), a questão *fala-corpo que fala* pôde ser um pouco mais aprofundada pela pesquisadora. Este trabalho decorre de extensa pesquisa bibliográfica sobre o modo de abordagem do sintoma no Campo da Aquisição e das Patologias da Linguagem. Nele, Lier-DeVitto surpreendeu-se com declarações de fracasso francamente explicitadas por pesquisadores que procuraram circunscrever o sintoma como *déficit de linguagem* (leia-se, “gramatical”), ou por outros que se empenharam em qualificá-lo como *violação pragmática*. Frente a essas investigações “*sem conclusividade*” (palavras dos autores), a pesquisadora sustenta, retomando a temática do *empréstimo*, que os instrumentais descritivos gramaticais ou de aparatos recolhidos da Pragmática Lingüística não têm poder de “*pinçar nem definir uma qualidade específica à fala dita patológica*” (ibidem, p.246) e, conseqüentemente, não distinguem entre o “normal” e o “patológico” na linguagem, como já tive a oportunidade de salientar no capítulo anterior.

Em direção oposta a esse modo de pensar o sintoma, a autora enfatiza sua dimensão de enigma que interroga sobre o sujeito falante e sua relação à fala. Por aí, fala é mais do que “emissão de fala” - corpo-linguagem-escuta formam um amálgama. Sendo assim, não se poderia almejar uma definição de sintoma na fala abrangendo unicamente uma das

facetas dessa relação tão complexa. Para além da fala, diz Lier-DeVitto (2001a, p.249), a escuta do outro é afetada pela “*fala falada por um falante*”, por essa “*imbricação singular*”. Note-se que, na articulação já realizada anteriormente entre a fala sintomática e o *corpo que fala* preso numa *repetição* (discussão essa conduzida mais pelo lado do sujeito cuja fala é sintomática, em *Subversão posta em ato*), é implicado o outro no sintoma, também, a partir de sua escuta - da intuição do falante, sensível não apenas a *uma emissão de fala*, mas a essa articulação fala-falante.

Contudo, no que diz respeito à especificidade do sintoma na linguagem, embora concebida sua articulação ao lingüístico, a definição oferecida até aquele momento era ainda, digamos, “genérica”, fazendo menção ao sintoma como manifestação *no corpo da fala*. Quero dizer que a despeito da assunção quanto à implicação da *ordem própria da língua* no sintoma, não há, propriamente, até aqui, uma problematização mais “verticalizada” nesse aspecto. Coloca-se, de forma definitiva, então, o problema de **explicar** o que, de algum modo, pôde ser localizado nessas análises (e o que elas higienizam) - empenho visualizado nos trabalhos subseqüentes da autora.

Em *Patologias da linguagem: sobre as “vicissitudes de falas sintomáticas”* (2006), Lier-DeVitto faz avançar seu reconhecimento ao sujeito do inconsciente, proposto na Psicanálise por Freud - um avanço tributário, como ela mesma faz questão de pontuar, dos efeitos do Interacionismo sobre sua investigação dirigida às falas sintomáticas. A partir desse *diálogo teórico* com o Interacionismo, o processo de subjetivação que implica a ordem própria da língua e que remete ao modo particular de enlaçamento de um sujeito na/pela linguagem e ao outro (*instância da língua constituída*), ecoa nas reflexões da autora sobre o sintoma na fala. A partir daí, como desconsiderar, diz Lier-DeVitto (ibidem, p.189), o “*cruzamento de interpretações plurais (oferta de significantes à criança) e identificações parciais (nascimento de sujeitos singulares) - modalidade imprevisível, enigmática de relação do sujeito ao outro e à linguagem?* Note-se que o sintoma na fala, até então, visto como “*um desacerto resistente à mudança*”, torna-se “*expressão de uma lógica significativa que comanda a fala de um sujeito que nela faz presença na linguagem*” (2005a, 145).

De fato, as elaborações posteriores de Lier-DeVitto sobre o sintoma insistem nessa questão. Em *Falas sintomáticas: um problema antigo, uma questão contemporânea* (2005b, p.325), a pesquisadora investe na busca de explicitação dessa “lógica” e propõe:

*...pelo lado da língua e de suas conseqüências na fala pode-se apreender o modo de composição e de circulação singulares entre elementos significantes - singularidade detectável e explicável a partir das leis da língua em operação na fala de **um** falante. (ênfase minha)*

Essa lógica envolve a relação entre universal e singular (ANDRADE, 2006). A referida “singularidade detectável” remete, segundo Lier-DeVitto (2005b, p.325): “a um modo singular de relação do sujeito com a fala: ao modo como ele 'escuta' a fala do outro e a própria fala e ao modo segundo o qual sua produção - sua liberdade - é restringida por processos internos da linguagem. O sintoma, enquanto “**assistematicidade regulada**” [pela língua] exige, mesmo, pensar numa “**subjetividade que não é livre**” (ibidem, p.326).

Em *Criança - Linguagem e instituições* (2004b-inédito), a autora toca mais de perto os desarranjos que, na escuta de um falante, são distintamente apreendidos daquelas ocorrências identificadas como pertencentes à *fala de criança* - importa que eles não fazem série com estes últimos e dizem “*de uma escuta muito particular da criança para a fala dos representantes da língua constituída. As segmentações, aglutinações e encadeamentos são estranhos e surpreendentes, causam [enfim] perplexidade*”. Essa perplexidade é compatível com o efeito de patologia que essa fala provoca e compatível, também, com a “estranheza” frente a um sujeito que produz uma fala desconcertante e não se escuta, não escuta o outro (ou o desconcerto que sua fala provoca no outro), não se corrige ou “se reformula”, como diz a autora. O sintoma na fala é visto enquanto “*uma assistematicidade perturbadora da densidade significativa de uma fala*”, um modo “*possível e indefinido*” de expressão do enlace de uma criança ao simbólico, de sua captura como falante de uma língua.

*Se admito, com Saussure, que a captura da criança pela linguagem não se faz pela via da 'reflexão', se observo que os passos da criança no percurso para se tornar falante mostram que não há um caminho previsível e seguro a ser trilhado; se me deparo com uma heterogeneidade não delimitada de manifestações patológicas, parece-me necessário pensar que o sujeito joga um papel 'ativo' nesse movimento de captura ... mesmo que se trate de uma atividade inconsciente. Quero dizer, com isso, que a aquisição da linguagem, vista pelo ângulo da 'captura' não pode ser entendida como um processo de 'registro' [passivo] (idem).*

É claro que o ponto de tensão com a teorização saussureana desponta neste artigo de 2004b, embora não para negá-la, mas para fazê-la trabalhar. Lier-DeVitto suspeita que a *língua* seja um “*tesouro depositado no cérebro*”, ou “recolhido passivamente”. Ela entende que, em Saussure, “registro passivo” tem a função de retirar teoricamente o sujeito do controle sobre a língua.

Bem, o traçado da reflexão (ainda não encerrado) que trago aqui representa, em grande medida, o que se pôde dizer, até o momento, sobre o *sintoma na fala*, no âmbito do Grupo de Pesquisa *Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem*. Tenho acompanhado de perto essas elaborações rigorosas, de Lier-DeVitto, que me levam a entender que o *sintoma na fala* não é apreensível “em si mesmo”, que ele implica fortemente a *relação* do falante com a língua-fala: é, como já dito, “efeito da insistência problemática de uma lógica significativa que envolve um sujeito [...] e que **deve ser desvendada na densidade significativa de uma fala**” (2005a, p.145). Atenta-se para a superfície da fala, para seu modo não-transparente de composição.

### **3.2 Escuta na Clínica de Linguagem**

No item que precede enfatizei, de saída, que a **noção de escuta é indissociável da noção de sintoma** na Clínica de Linguagem. De fato, os desenvolvimentos dessa noção, na pesquisa e reflexão de Lier-DeVitto, desde 1998, apontam para a definição de que o sintoma causa sofrimento subjetivo porque ele, como se pôde ler antes, *esgarça o laço social e produz quebra na ilusão de unidade* (2002b, 2002c, 2005a, 2006, dentre outros). O ponto é que essa dupla afetação (no outro e em si mesmo) ocorre porque a fala, com frequência, toca - mesmo que de forma inevitavelmente heterogênea e num só golpe - a escuta do outro e do próprio falante. A opção que fiz de abordar *sintoma na fala* e *escuta para a fala* separadamente foi, digamos, estratégica (ou acadêmica, se preferirmos) na medida em que se pode ganhar em qualidade de explicitação dos conceitos. Essa medida não se distancia, igualmente, do fato de que certos trabalhos dão mais ênfase para uma face (fala) ou outra (escuta), mesmo não sendo possível dissociá-las completamente. Além disso, sendo este aporte dialógico e clínico, não seria mesmo possível supor outra coisa. Antecipo, com esses comentários, **que interação/ diálogo e interpretação**, na Clínica de

Linguagem, dão relevo à relação inevitável entre fala/escuta: tema que será abordado no item subsequente a este que ora inicio sobre **escuta**.

### **3.2.1 O falante e a fala (própria e do outro): aquisição e *patologias da linguagem***

A expressão *escuta para a fala* remete à particularidade da **relação que o sujeito-falante tem com o que ele e o outro dizem**, considerando-se, é certo, que *há língua na fala*. Este fundamento é inalienável e ilumina o lugar de alinhamento, já mencionado, da Clínica de Linguagem ao Interacionismo: presta-se igual reconhecimento à *ordem própria da língua*. De fato, foi nesses termos que De Lemos (1992, 2002a e outros) colocou a questão do outro-falante (ele é “*instância da língua constituída*”).

Ao fazermos menção à relação do sujeito com a linguagem (língua/fala), nós o colocamos em **posição de escuta**, ou seja, colocamos em questão, reafirmo, “*o modo como [o sujeito] 'escuta' a fala do outro e a própria fala e o modo segundo o qual sua produção - sua liberdade - é restringida por processos internos da linguagem*” (LIER-DeVITTO, 2005b, p.325). E note-se: se é preciso apreender “um modo de relação com a fala” é porque essa relação é heterogênea, singular e imprevisível. Assim, reitero que falar em subjetividade é tomar o partido de uma singularidade “não livre”, porque restringida pelas leis da linguagem.

Nesse ponto, parece-me importante indicar que o *outro da fala* nunca é “transparente” - ele não é coeso e unitário, pois é “outro-instância da língua”. Essa acepção de outro desloca, necessariamente, a discussão da interação e do diálogo para um terreno em que ambos os termos ganham complexidade. Como ensina a Psicanálise e atesta a Clínica de Linguagem, o outro é sempre *o não-semelhante* e, enquanto tal, *não-assimilável, não-conciliável, não passível de ser internalizado*, e, portanto, fonte de permanente conflito. Ora, dar reconhecimento a esse fato, significa seguir, de perto, as considerações que Cláudia de Lemos (1992, 1996, 1999, 2002a e outros) tem feito sobre a fala da criança, no Interacionismo, *sob efeito da Psicanálise*. Considerações essas que, embora já tocadas brevemente, no item anterior, serão melhor discutidas aqui por implicarem diretamente o



delineamento da noção de escuta na Clínica de Linguagem. Elas incluem a teorização saussureana sobre *la langue*, bem como a de Jakobson (1954/88; 1960) que exige articular língua-fala, o que permite à autora refletir sobre a relação sujeito-linguagem. Essa necessidade teórica faz, sem dúvida, a diferença, conferindo originalidade incontestável à sua proposta.

Talvez se possa afirmar que duas são as discussões fundamentais, realizadas por Saussure, encaminhadas no Curso de Lingüística Geral (CLG, 1916), que interessam à De Lemos: a primeira delas diz respeito à questão da *delimitação das unidades na língua* e, a segunda, refere-se à *posição do sujeito frente à língua*. Ambas levam a autora à problematização da escuta da criança para a fala, como veremos.

De Lemos (2002a, p.51) nos lembra que Saussure “*tentou apreender as propriedades mínimas da língua, situadas aquém do que se trata como evidente: unidades, classes e categorias*”, o que vinha ao encontro daquilo que ela mesma havia atestado na lida com falas de crianças, desde suas primeiras investigações: que a fala da criança era “*determinada pela fala do outro, indeterminada do ponto de vista categorial; heterogênea, resistente à depreensão de suas regularidades e de seus pontos de mudança*” - resistente, enfim, à sua apreensão “*como evidência de conhecimento da língua*” (idem, ibidem).

De fato, para Saussure (1916/69), “*a língua apresenta este caráter estranho e surpreendente de não oferecer unidades perceptíveis à primeira vista*” (CLG, p.124) (*ênfase minha*). Segundo ele (CLG, p.120), a cadeia fônica de que *la langue* se vale é “*massa indistinta*”, uma “*porção de sonoridade*”, (CLG, p.120), ou seja, as unidades da língua nada retêm da matéria fônica. As colocações de Saussure abalam a idéia de que a linguagem seja adquirida via capacidades fisiológicas (perceptuais) e sinalizam para a opacidade no estabelecimento das unidades na língua, afinal, da “*massa indistinta*” não se depreende os signos. Entende-se, aqui, um ponto importante sobre a questão da **escuta**: ouvir e escutar são coisas bem distintas. (DE LEMOS, 1992; ARANTES, 1994; ANDRADE, 2003) - a capacidade de ouvir não é passaporte, ou melhor, garantia de acesso a uma língua. Escutar as unidades da língua depende de **como se escuta** e nisso reside todo o problema da idealização da Aquisição da Linguagem (LIER-DeVITTO & ARANTES, 1998) - uma idealização que “*higieniza*” ou exclui, “*certas crianças*” - aquelas cuja escuta para a língua é “*inesperada*” (LIER-DeVITTO, 2006).

Ainda, o desdobramento dessa proposição de Saussure, aquele que resulta na definição da língua enquanto um “*sistema de valores puros*” (CLG, p.130), importa à De Lemos porque traz à cena o seu funcionamento implicado na delimitação das unidades. Nessa dimensão, estas últimas são efeitos de relações no sistema da língua, cujo movimento, superordenado aos elementos, está presente em toda e qualquer manifestação lingüística (JAKOBSON, 1954/88), incluídas, as produções insólitas da criança, os “erros” que são a característica da “fala de criança”. Atesta-se, na “fala de criança”, que o acesso a uma língua não é uniforme, homogêneo e que, portanto, ele não é determinado pela biologia.

Nesse sentido, a proposição de Saussure que atrela o “*conhecimento do funcionamento [da língua]*” (CLG, p.22), à condição de “*receber essa herança da massa falante*”, produz efeitos nas reflexões da autora. O ponto fundamental é que Saussure deixa transparecer uma noção de “conhecimento” que subverte a posição do sujeito epistêmico. Dito de outro modo, a relação sujeito vs. objeto é, no CLG, de outra ordem: o sujeito não é “sujeito cognoscitivo” e a linguagem não é “objeto de conhecimento”. Daí que mais condizente com sua proposta é a noção de “transmissão” de um conhecimento/saber sobre o qual não se pode operar. Para Saussure, o “conhecimento da língua”, sabemos, é “*carta forçada*”, é “*herança da massa falante*”. Se o homem fala é por ter sido, de certa forma, “forçado” e, por isso, a idéia é mesmo a de “captura” do ser pela linguagem. Por essa razão, ele é aquele que “*por si só, não pode nem criá-la, nem modificá-la [a língua]*” (CLG: 22). Nessa reflexão, a possibilidade de vislumbrar o sujeito da Psicanálise era, portanto, “plausível”, como afirma De Lemos (1992, 2002a).

É a partir dessa leitura de Saussure que a relação da autora com a Psicanálise se faz presente: De Lemos (1996; 1999; 2002a) pôde implicar, na aquisição da linguagem, o sujeito do inconsciente, bem como assentar as bases de sua proposição fundamental: a de que, para se chegar à língua, é necessário ser “capturado” (DE LEMOS, 2002a). Ela assinala a importância de abordar a aquisição da linguagem a partir da problemática de “posições da criança” frente à linguagem. A autorização de sua proposta, como se vê, é teórica e, também, empírica.

“Argumentos empíricos”, como disse anteriormente, sustentavam igualmente a proposta dessa autora. Certas produções da criança chamavam sua atenção porque se apresentavam “*como indícios da enunciação*”. Elas ultrapassavam “*o estritamente lingüístico do enunciado*”. Com base na psicanálise, De Lemos (ibidem) pôde remeter tais fenômenos “*à noção de escuta, no sentido em que esta difere do ouvir, enquanto atividade sensorial, de ordem fisiológica.*” (DE LEMOS, *ibidem*, p. 55) (*ênfase minha*). Entende-se a relevância de ter sido possível à autora valorizar a heterogeneidade de falas de crianças, criticar a “higienização” de *corpora* e, com base nesses fenômenos, recolher o ensinamento de Saussure e, também, da Psicanálise. Ela diz (p.55):

*O que a mim pareceu, então, coerente com essa autonomia e alteridade radical da língua foi dar a ela, à língua, a função de captura, entendida como estenograma ou abreviatura [...] de processos de subjetivação. Considerada em sua anterioridade lógica relativamente ao sujeito, o precede e, considerada em seu funcionamento simbólico, poder-se-ia inverter a relação sujeito-objeto, conceber a criança como capturada por um funcionamento lingüístico-discursivo que não só a significa como lhe permite significar outra coisa, para além do que a significou.*

Então, ao se falar de “captura pela língua” fala-se, ao mesmo tempo, de processo de subjetivação. Por essa via, o corpo da criança é o da escuta - corpo-escuta porque marcado pela linguagem. A autora fica, assim, com “o corpo pulsional” em sua teorização sobre a aquisição da linguagem. Consequentemente, toma distância da área com a qual dialogou por 20 anos porque se recusa a ver a criança como sujeito psicológico. Ela recusa, portanto, a idéia de que o processo de entrada e percurso na linguagem seja compatível com a noção de “desenvolvimento” (aquisição por apreensões parciais da linguagem determinadas por capacidades orgânicas, cognitivas ou pela internalização de ações sociais). Enfim, sob esta ótica, a “capacidade orgânica de ouvir” torna-se “percepção”, ou melhor, “escuta”, desde que um organismo seja capturado pela linguagem - o que equivale a dizer que é somente com uma língua ou com um corpo-linguagem que ele pode “perceber” esta língua.

Essas considerações de De Lemos no Interacionismo assentam as bases da Clínica de Linguagem. Elas são fundamentais porque permitem tornar mais nítida sua originalidade em relação à Clínica Fonoaudiológica. Por enquanto, limito-me a contrapô-las dizendo que a primeira fica do lado do “escutar” (do corpo pulsional) e, a segunda, ao lado do “ouvir”

(do corpo-organismo e suas alegadas capacidades para apreender a linguagem). Importante, ainda, para a Clínica de Linguagem, foi o que De Lemos (1999; 2002a) introduziu sobre a relação entre língua e escuta, ou seja, sobre objetivação da linguagem e seus efeitos de subjetivação: o caminho da criança em direção à língua constituída é entendido como percurso que envolve uma mudança estrutural que envolve três posições (da criança em relação à língua/fala).

Segundo a autora (2002a), no que diz respeito à primeira posição, a condição que permite à criança falar é a possibilidade dela se alienar na fala do outro. Quer dizer, a criança fala pedaços que pega da fala do outro e “*o caráter [ainda] fragmentado dos enunciados cronologicamente iniciais*” não dispensa o apoio da interpretação. Pode-se, então afirmar que “*fragmentação [da fala] e dependência [do outro] não implicam um 'antes da língua'*”, nem imitação-cópia dos enunciados do outro (De Lemos, 2002a, p. 57). Há dominância do pólo do outro, portanto, mas é preciso dizer que *dependência*, neste caso, envolve diferença: **não-coincidência** entre falas (e isso deslocará radicalmente o sentido corrente de diálogo e/ou interação, como pretendo mostrar).

No que se refere ao sujeito, a evidência empírica que aponta para essa não-coincidência é a de que não há “reprodução”. A autora fala, a partir de sua aproximação à Psicanálise, em “alienação constitutiva” na primeira posição, segundo ela, indicativa de processo de subjetivação em curso. Tal processo pode ser entrevisto no **modo particular de escuta da criança para a fala do outro** - uma escuta guiada por **vivências subjetivas significadas na/pela linguagem**. São essas vivências enigmáticas que possivelmente dirigem “a tesoura” que recorta fragmentos da fala do outro (ou o quê ela pode escutar da fala do outro) - sustentam-na, portanto, na diferença, a despeito de sua alienação à fala do outro. De Lemos ao falar em “vivência” traz a noção de *cena*, tão cara a Freud. Vive-se uma cena, o que é muito diferente de “visualizar contexto” (como se pensa em outros espaços teóricos). Admitir “escuta” nessa posição é dizer da presença de “posição” e de posição não-coincidente com a do outro, de quem a criança “tira” palavras para falar.

A autora chama nossa atenção, ainda, para o fato de que, do ponto de vista estrutural, **a fala da criança sinaliza para a escuta que ela tem da fala da mãe**: fragmentos que evocam cenas/textos outros em que já circularam e adverte (2002a p.58): “*trata-se [portanto] de uma relação entre significantes, cuja referência é interna e que, ao mesmo*

*tempo em que aponta para um funcionamento lingüístico, faz emergir dessa relação um sujeito*". A partir dessas considerações ficamos, diz ela, frente ao sujeito do inconsciente: a fala da criança não esconde seu submetimento à ordem simbólica - e não à fala do outro, *stricto sensu*. **A escuta da criança está menos submetida ao empírico imediato dessa fala e mais ao funcionamento da língua**, que pode ser escutada desde "uma outra cena".

De Lemos afasta-se, como se vê, da idéia de interação enquanto relação intersubjetiva, do outro como interlocutor ou outro-semelhante. Como disse acima, o "outro" é "instância da língua constituída" ou "do funcionamento lingüístico-discursivo" e, por isso, é a primeira via de acesso da criança à linguagem. De fato, tanto a possibilidade de deslizamento de fragmentos entre falas (que coloca em relação de contigüidade fragmentos incorporados do enunciado do outro), quanto a evocação, pelo significante, de cenas outras invoca o eixo metonímico. No primeiro caso, a fala é o índice, no segundo, é a escuta.

No que diz respeito à segunda posição, "erros" e composições insólitas emergem na fala de crianças. Aparece propriamente a "fala da criança". Ela é comandada por seqüências paralelísticas (espelhamento estrutural que dá coesão à progressão insólita dessas falas) o que aponta para o seu distanciamento entre as falas da criança e do outro - vê-se, na verdade, um sujeito "*alienado ao próprio movimento da língua*" (DE LEMOS, 2002a, p. 61). A autora dá, aqui, reconhecimento às análises dos monólogos da criança realizadas por Lier-DeVitto (1994/1998). Elas nos permitem ver uma fala impulsionada por espelhamentos que a língua promove: uma operação do eixo metafórico "*em presença*" que faz irromper, na cadeia manifesta da criança, significantes e cadeias latentes. Essa investigação permitiu a De Lemos visualizar tal movimento, ainda, nas composições inusitadas que podem gerar abalos na seqüência do diálogo e do texto narrativo. Contudo, se elas são estranhas para o outro, não o são para a criança, como pontua a autora (2002a, p. 61):

*em contraste com a primeira posição em que o fragmento que comparece na fala da criança é como que um vestígio metonímico das cadeias pelas quais o outro a interpreta, na segunda posição, seus enunciados são cadeias permeáveis a outras cadeias e, portanto, passíveis de deslocamento, de resignificação, de abrir-se para significar outra coisa.*

A escuta da criança, nesta posição, permite dar reconhecimento ao fato de que “*não operam, nem no erro nem na seqüência paralelística, restrições que incidam seja sobre a intromissão das cadeias latentes na cadeia manifesta [...] nem sobre as cadeias que se sucedem, impedindo a progressão do diálogo e do texto narrativo*” (DE LEMOS, *ibidem*, p.61). Ou seja, a escuta da criança não lhe permite retomar seu próprio enunciado, reformulá-lo em outra direção - por isso, ela não pode sustentar uma textualidade efetivamente coesa e consistente: “*alienado no próprio movimento da língua, o que [o sujeito] escuta do que fala?*” (*idem, ibidem*).

A possibilidade de **escutar-se** indicia a terceira posição: afetada pelo próprio dizer, sua fala vem marcada por “*pausas, reformulações, correções convocadas ou não pela reação direta ou indireta do interlocutor*” (*idem, ibidem*). **A escuta da criança passa a estranhar** seus próprios enunciados. Não se pense que esse momento possa ser compreendido como expressão de aquisição de conhecimento sobre a língua ou como operação cognitiva/metalingüística. Isso seria, adverte De Lemos, ignorar o “*hiato entre essa fala que insiste no erro e a escuta que reconhece esse erro*” (*ibidem, p. 62*). A terceira posição,

*é espaço em que se manifesta heterogeneidade. Ou melhor, pausas, reformulações e correções não ocorrem sempre onde se faria necessário e podem ocorrer quando não parecem necessários, não sendo, portanto, previsíveis, como a noção de metaconhecimento, ou mesmo monitoração da fala, o exigiria.*

Portanto, a terceira posição representaria a cisão do sujeito em falante/ouvinte (dois tempos não simultâneos nem coincidentes). Ela é, também, momento da ilusão ou da “*aparente coincidência com a fala do adulto ou da comunidade*” (*ibidem, p.62*).

Eu disse, no início deste tópico, que as três posições foram importantes para a Clínica de Linguagem e devo fazer um alerta: elas foram importantes, mas não foram operativas na explicação de quadros ditos patológicos. Que importância, então, elas tiveram? É fato que o jogo entre falas é iluminado a partir da implicação do movimento da língua. Contudo, os eixos metafórico e metonímico, invocados como mecanismos de mudança são confrontados: eles movimentam falas patológicas (sem dúvida), mas **não são**

“mecanismos de mudanças”, o que leva De Lemos (2002a, p.64), inclusive, a se questionar sobre o valor das três posições:

*o que, na verdade restaria das três posições? É cedo para dizer, mas vislumbro um caminho que passa pela chamada patologia da linguagem e pela psicopatologia infantil, isto é, por um voltar-se para aquelas crianças que ou sucumbiram ou se enredaram em sua trajetória.*

Arantes, 2001 e Oliveira, 2002 mostraram que os mesmos processos estão presentes em falas sintomáticas e que eles, portanto, ferem o ideal de estruturação subjetiva e da linguagem, a eles suposto. Como reconhece De Lemos (2002a, p.65), “*deve-se dizer, então, que um mesmo processo pode produzir efeitos diferentes - no caso, o patológico*” (ênfases da autora). Entendo, apesar disso, que a montagem estrutural do processo de aquisição da linguagem trouxe a possibilidade de abordar a problemática da relação fala-escuta e esta, sem dúvida, tem rendido na Clínica de Linguagem e permitido levantar questões relevantes que pretendo discutir a seguir.

### **3.2.2 Escuta e Clínica de Linguagem**

A teorização sobre a escuta teve desdobramentos singulares na Clínica de Linguagem concernentes à especificidade do atendimento de crianças e de adultos. Veremos que os clínicos-pesquisadores dirigem seu foco para pontos distintos, no que tange a essa problemática.

Iniciarei a discussão partindo, da **Clínica de Linguagem com crianças**. Nesse âmbito, Lourdes Andrade (2003) deu um passo crucial na caracterização da noção de escuta. Esta autora realiza uma reflexão forte a partir de um questionamento criterioso acerca da pressuposição, naturalizada no Campo das Patologias da Linguagem, de que há relação direta e causal entre capacidades perceptuais e as condições patológicas que afetam a linguagem. Ela discute criticamente (2003, p.87), com base em materiais clínicos, a admissão, generalizada na Fonoaudiologia, da existência de um “*organismo com capacidades de captação sensorial e processamento auditivo/mental de uma estimulação externa específica - sons da fala*”. Sob essa perspectiva organicista, sustenta Andrade, procedimentos terapêuticos são elaborados com vistas à correção/supressão do que se supõe como

"distúrbios de linguagem" oriundos de "déficits perceptuais". É por isso que a tendência, nessa clínica, é a de "treinar capacidades perceptuais". Nessa dimensão, diz a autora (ibidem, p.87), a fala para o fonoaudiólogo reduz-se a *"uma sucessão de elementos discretos e discerníveis que estimulam um aparato perceptual já preparado para exercer funções de captação e processamento"*. Andrade (ibidem, p.88) sublinha os *"laços claros com o pensamento estabelecido pela clínica médica [tomada] como seu modelo e ponto de partida"*.

Tendo em vista o universo clínico e, nele, mais precisamente, seu interesse por *"crianças cujo movimento na estrutura freqüentemente não inclui um assentamento na terceira posição"*, Andrade retira conseqüências específicas para a clínica; sobretudo, dos "argumentos empíricos" oferecidos por De Lemos (1992, 1995, 2002a e outros) sobre a fala da criança. A autora abordará a escuta da criança indiciada por sua própria fala e pelo quê ela escuta da fala do outro.

Para Andrade as reflexões de Cláudia de Lemos são de especial interesse porque, como diz a autora, permitem reconhecer uma criança que, uma vez atravessada pelo funcionamento simbólico (através da fala do outro), **faz relação à fala, pela escuta**. Isso equivale a dizer que, desde **sempre há, de algum modo, escuta da criança para fala**: um *lugar na linguagem* a partir do qual ela poderá advir como *sujeito*. A filiação ao Interacionismo e o recurso ao seu autor de base - Saussure -, fundamentam a crítica de Lourdes Andrade à Fonoaudiologia e sustentam sua afirmação, fortemente argumentada e empiricamente mostrada, de que, desde o início, há relação da criança à linguagem: ela não "ouve" e sim "escuta" - uma vez lá, na linguagem, o organismo é silenciado. Será a partir dessa postulação que as noções de sujeito psicológico e de **sintoma na fala**, enquanto "sinal de déficit perceptual/cognitivo", serão duramente questionadas.

Andrade apresenta uma análise extremamente refinada para materiais clínicos de falas de crianças encaminhadas para atendimento fonoaudiológico. Suas interpretações enfocam os movimentos da língua na fala do paciente e entre falas (a dele e a fala da terapeuta) sinalizando para o lugar de assentamento das construções teóricas sobre a escuta, nessa clínica. Com o objetivo de esclarecer o leitor sobre essas análises destacarei, a seguir, as considerações da autora sobre três segmentos de falas referentes a duas crianças. Vale mencionar que, na apresentação desses materiais, Andrade (2003) faz uma distinção quanto ao foco de análise:



O primeiro segmento apresentado inclui uma análise que enfatiza a importância de se considerar o funcionamento da língua na fala - suas leis de referência interna. O objetivo é **afastar a idéia** de que a fala da criança seja determinada pelo *empírico imediato* da fala do outro.

Os dois outros segmentos referem-se a uma mesma criança e a análise recai sobre sua **posição subjetiva** indiciada pelo modo particular de *composição e segmentação* em suas produções sintomáticas.

Reproduzo, a seguir, um primeiro segmento, de sessão de avaliação de linguagem, de uma criança de 3 anos de idade, com quadro conhecido como de Atraso de Linguagem.

- (1) **Segmento 1:** Fonoaudióloga (F) e criança (C) retirando objetos de cozinha de uma caixa. C. e F. retiram, no momento que ocorre o diálogo abaixo, panelinhas da caixa.

(1) F: Nossa, quanta panela...cadê **A tampa**? (...) (2) C: é eichi / meu eichi [*pegando a jarra*] (3) F: É leite? (4) C: é (5) F: Hum...tem leite nessa jarra... Cê vai tomar? (...) (6) C: **a câ** **a pã** **a pãrra** [*procurando algo na caixa*] (7) F: **A jarra?** (8) C: Hum? **Parra** (9) F: **A jarra**... (10) C: **a rãrra** (...) **a capa** (11) F: Ah, **a tampa** ...**da jarra!**

Na discussão deste segmento, Andrade (2003: 104) chama atenção para a fala da criança, (linha [6]). Ela identifica em - ‘a pã’ e ‘a pãrra’ - o retorno de fragmentos sonoros do enunciado da terapeuta - ‘tampa’ e ‘jarra’ -, que entram em relação, cruzam-se e, quando isso ocorre, a fala da criança toma distância da língua constituída: a autora salienta que esses fragmentos “*aparecem [...] numa seqüência que subverte a linearidade em que apareciam na fala de F*” (*ênfase da autora*). Assim é que ‘pã’, na fala da criança, inicia a seqüência, e aparece com a nasalidade “deslocada” (vem de *tampa*, em que “**pa**” surge como “**pã**” - nasalidade que estava em “**tam/pa**) → **tampa** → **pã** (a nasalidade muda de lugar).

A suspensão da linearidade é índice, afirma Andrade, da não-coincidência entre a fala da criança e a fala da terapeuta (índice que perturba a suposição de que a criança repete o modelo, guiada por uma “saliência sonora”, concebida como captação pelo “ouvir”). A

autora (*ibidem*, p.104-5) chama atenção, a seguir, para “*a cã*” que, aliás, não comparece, enquanto presença audível/física, na fala da fonoaudióloga: “*não é [portanto] a sonoridade - o empírico [dessa fala] que se reproduz*”. Trata-se de uma circulação “*bizarra, porém não aleatória*” de fragmentos na fala de C. Ou seja, como enfatiza Andrade, ainda que não audível, a emergência de ‘*cã*’, na fala dessa criança, vai ao encontro da hipótese da *presença latente* desse significante na língua, disponibilizado pela relação entre ‘*tã*’, ‘*pã*’ → ‘*cã*’ (‘*tampa*’, ‘*canta*’, etc). Além desse “fato de língua”, diz a autora (*ibidem*, p.105), deve-se considerar a existência de “*uma certa relação criança-língua, que leva a criança a escutar, de modo singular, o que se produziu na fala da terapeuta*”. Não deixa de ser surpreendente a relação que se estabelece entre “a cãpa” e “tampa” em (10) e (11). Talvez eu acrescentasse à excelente interpretação de Andrade que “cãpa” não só lê, retroativamente, o embaraço da criança na sucessão que se inicia com “cã” (6), como também está em “capa” e, desse modo, mantém uma relação de sentido com “tampa” - uma relação de sentido (aquilo que cobre)? De fato, o que aparece é uma intrincada jogada significante que não é jogo de azar - há sujeito e, portanto, restrição à circulação de elementos numa fala. A interrogação é, desse modo, inevitável: o que a criança escuta do que o outro diz e de sua própria fala? E, o que ela não escuta?

Nos dois segmentos, abaixo analisados, Andrade (2003) enfatiza o modo de relação da criança à fala do outro e à língua que determina a natureza sintomática das montagens-desmontagens que ocorrem em sua fala. Tais segmentos dizem respeito ao período inicial de atendimento fonoaudiológico de uma criança de 5 anos de idade.

Episódios 1 e 2: Terapeuta (T) e Paciente (P) fazendo comida para os bichos.  
(6/04)

T: Todo mundo **vai comê peixe**?P: Vai cume. 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 ///  
Acento ///

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* prá não deixar o **sangue** sair.P: Ó. Achê um tampa da/ da/ sabe di qui é essa tampa aí? Da *banana* da **vaca**.T: Hum. Qui qui a vaca tá fazendo lá

no cantinho, hein?P: Ela tá fazendo/ ela tá fazendo **suco**. Ela ta fazendo é **san/** é um gual **carne**.T:  
Carne.P: É **surrasco**.

O fragmento “*us sanchugan*” é destacado por Andrade. Ele surge na fala da criança (sessão de 06/04), esclarece a pesquisadora, **sem que se possa explicá-lo a partir da fala da terapeuta** - o que deixa em aberto sua determinação. Entretanto, considerando um diálogo de **sessão posterior** (18/04), ela pôde “*chegar mais perto daquilo que se condensa*” nesse enunciado. Andrade (2003: 111) discute o encontro entre as palavras “*sangue*”, “*vaca*”, “*carne*”, “*surrasco*”, que viabilizaram o estabelecimento de uma relação entre os dois episódios, relação, esta, que foi iluminada pelo enunciado: “*ninguém come carne de vaca, não?*” pronunciado pela terapeuta, na sessão de 06/04. Esse enunciado e as palavras mencionadas acima, da sessão posterior, possibilitaram a leitura de ‘*us sanchugan*’ que, em sua interpretação, condensa e distorce:

‘*san*’ → ‘*sangue*’

‘*chu*’ → ‘*surrasco*’/*churrasco*

‘*gan*’ → ‘*sangue*’

Nesses cruzamentos surpreendentes de pedaços de fala, trazidos pela análise de Andrade, aparece, também, a relação entre as produções da criança ‘*suco*’ e ‘*surrasco*’. Note-se que ‘*suco*’ comparece também em ‘*surrasco*’, bem como “*su(co)*” está invertido ‘*us sanchugan*’. O trabalho desta pesquisadora mostra bem a complexidade envolvida na questão da escuta para a fala: ficam indicadas indagações importantes para a Clínica de Linguagem, que eu poderia enunciar da seguinte maneira, a partir dessa fala sintomática:

- (1) De que modo a escuta segmenta a fala do outro?
- (2) Quem é o outro para essa criança?
- (3) Ela pode escutar a perturbação de sua fala?

Tomo o trabalho de Andrade (2003) como representativo de uma discussão sobre a escuta da criança na Clínica de Linguagem, não só porque ele **infere, com clareza, a questão da escuta para a fala**, mas porque ele avança e permite abordar a distinção entre Clínica Fonoaudiológica e Clínica de Linguagem. Nesta última, “escuta” remete à relação entre significantes, ou seja, deve ser considerada para além dos segmentos “sonoros” imediatos - indiciados por restos de enunciados, pela presença de fragmentos que subvertem a linearidade esperada, pela presença de fragmentos que não podem ser

identificados, quanto à sua procedência, na cena clínica. Para a autora (ibidem, p.78), essa desordem está relacionada ao fato de que:

*escuta implica posição subjetiva, implica escutar a partir de algum lugar. Se a fala do outro dispara a da criança, isso só acontece porque há escuta. Ou seja, há, [...], um sujeito afetado por uma fala, por um ponto (que não é qualquer) dessa fala na medida em que esse ponto é destacado por uma escuta atravessada por textos em que a criança está significada e significa.*

Note-se que se essa *afetação* é impenetrável, ainda assim, ela é interpretável. E se afirmamos que não há antecipação possível para uma fala, seja ela sintomática ou não, **falas sintomáticas criam dificuldades maiores para a escuta do outro** e levantam interrogação sobre a do falante para a própria fala. Andrade, a esse respeito, chama atenção para **o caráter peculiar da segmentação** da fala dessa última criança e assinala o modo particular de sua **escuta para a fala**. Nesse sentido, vale lembrar que, mesmo insólitas, as articulações significantes da fala de crianças em aquisição da linguagem, produzem efeitos bem diferentes na escuta do outro: promovem riso e sorriso, por exemplo. Esse não é o caso de falas patológicas. Andrade (2003, p.114) sublinha que a natureza dessa segmentação é sintomática na medida em que *“o que a criança escuta e retira da fala do outro **anula, [...], sua pertinência à palavra ou cadeia de origem** e, nesse sentido, fica livre para combinações que não são restringidas pelas possibilidades da língua constituída” (ênfase minha) - **aprofunda, por aí, a noção de não-coincidência entre falas e de distanciamento entre falantes**, assinalada anteriormente por Cláudia de Lemos. Note-se que, pela via da escuta, tangenciamos a definição de sintoma, trabalhada no início deste capítulo.*

A Clínica de Linguagem com adultos traz algumas questões diferentes sobre a escuta, que pretendo abordar a partir de discussões encaminhadas por Suzana Fonseca (1995, 2002 e 2006), Rosana Landi (2006) e Lier-DeVitto (2003 e 2005a). Essas pesquisadoras interpeladas, na clínica, por sujeitos afásicos e pelo que sua fala estilhaçada permite dizer sobre a escuta, aprofundaram questões relacionadas à relação fala-escuta e têm apontado, também, para a condição subjetiva específica desses pacientes. Pode-se dizer que há **uma característica comum e um traço mesmo de distinção entre crianças e adultos**.

Quanto aos fenômenos característicos, *falas sintomáticas de crianças e falas de afásicos* apresentam facetas discursivas e estruturais comuns. Não é rara, na verdade, a comparação entre elas na literatura. De fato, ambas são descritas de um modo bem similar como “telegráficas”, “agramaticais”, “elípticas”, “hesitantes”, “escandidas”, “inconclusas”. Fonseca (2002, p.229) sugere que, talvez, uma maneira sucinta de qualificar essas falas seria dizer que crianças e afásicos “são falados” por *la langue* “que faz laços metonímicos ou metafóricos com os pedaços de dizer[es]”. Esses “pedaços” são restos, fragmentos soltos que, contudo, não são quaisquer - eles mantêm, de forma perturbadora/cifrada para o próprio sujeito, “sua relação com cenas vividas” (LIER-DeVITTO & FONSECA, 2008, no prelo).

Entretanto, deve-se sublinhar aqui o fato de que produções afásicas ainda que, singulares em sua manifestação, afetam a escuta do afásico: ele **pode escutar-se** e essa é uma diferença radical entre adulto e criança (que “não se escuta” e nem enuncia uma queixa sobre a própria fala). Afásicos escutam e sofrem por isso. De fato, o encontro com afásicos, testemunha que eles estão ali: que escutam a fala do outro e a própria fala - acima de tudo **escutam a diferença entre elas**. Lier-DeVitto (2003, p.238) resume essa situação catastrófica ao dizer que o afásico fica “*esgarçado entre uma escuta presa no imaginário da língua constituída e o corpo que falha, que é movimentado pelo jogo simbólico/relacional da língua numa ‘subversão posta em ato’*”. O afásico não fica fora da linguagem, não “perde” a linguagem porque, acima de tudo, está situado numa língua **pelo lado da escuta**; por aí ele fica identificado à “comunidade lingüística”. Ele fica, dela apartado, **pelo lado da fala**. Essa divisão subjetiva espetacular, como diz Lier-DeVitto, só poderia ser fonte de sofrimento: o falante se escuta como um “quase-não-falante”. Não há, efetivamente, coincidência entre **o corpo que fala** e o mesmo **corpo que escuta**. A autora, ao traduzir esse desencontro dramático (2005a, p.145) diz de “*um corpo que escuta uma fala [própria] que desfaz o ideal de homogeneidade entre os falantes de uma língua e gera uma ‘fratura na ilusão de semelhante [e na de] sujeito em controle de si e de sua fala’*”. Não é sem razão, portanto, que Fonseca (2002, p.229) enfatiza o **drama subjetivo do afásico** envolvido na impossibilidade *incontornável* de retorno, à sua antiga condição de falante: não há recuperação da fala na afasia - o afásico “*guarda nostalgia do passado [...] fica como outro frente à própria fala, numa não-coincidência insuperável entre fala e escuta*” e fica numa situação de “*sempre escutar sem poder mudar*” (ibidem, p.230). **Resta interrogado, portanto, o papel**

**da escuta como fator de mudança na fala.** Poder escutar o outro bem como, escutar-se, não determina necessariamente, no caso de falas sintomáticas, mudanças na fala. Frente a essa constatação, podemos questionar a assunção do falante como fonte de *intenções* que o movem. Como bem coloca Lier-DeVitto (2003, p.238-9), falas sintomáticas “*dizem da determinação do sujeito pela linguagem e não pela razão ou pelo bom senso*”.

Landi (2006) ao discutir um caso clínico envolvendo um Acidente Vascular Cerebral nos coloca frente a uma situação intrigante: a paciente escutava sua fala como sintomática. Esta paciente enuncia seu mal-estar sobre uma fala sintomática enquanto os outros falantes não a reconhecem como tal. Nesse caso, o fato surpreendente é que ela sofria por conta de uma condição “imaginada” por ela que “*escuta erros e faltas que não ocorrem ou que não afetam significativamente a escuta do outro*” (ibidem, p.345). A interpretação que a autora (ibidem, p. 346) nos dá para esse desacordo entre uma fala que caminha e uma escuta presa no passado é mais precisamente: sua “*escuta é filtrada pela vivência do AVC que fez de uma fala bastante apropriada, uma fala ‘esquisita’ para a paciente*”. O interesse maior deste trabalho de Landi é sua afirmação de que **pode haver sintoma na escuta**. Essa conclusão dá sustentação para o que Lier-DeVitto (2001a) tem enfatizado sobre o sintoma na fala, ou seja: muito embora se tenha sublinhado os **desarranjos na espessura significativa**, não é a fala *stricto sensu* que está em causa nessa Clínica - fala e falante “*corrompem-se mutuamente*”, como diz Milner (1978/87) - não há um sem outro, mas eles nunca fazem unidade. Na Clínica de Linguagem o foco está dirigido para heterogeneidades: entre fala e escuta, entre falas, entre escutas, entre fala e falante e assim por diante. Pode-se afirmar que a palavra-chave é “entre”, o que é o mesmo que dizer “relação”, não-positividade.

Como se vê, nos trabalhos da Clínica de Linguagem com adultos, a dimensão do sofrimento é enfatizada, ganha relevo, principalmente, quando pensamos nos da clínica com afásicos. Talvez se possa dizer, com Fonseca (2002, p. 251) que a “*não-coincidência insuperável entre fala-escuta*”, no caso de afásicos, seja o nó da questão. Na clínica com crianças a aposta na mudança talvez seja mais forte porque “crianças mudam” (pelo menos, essa é uma suposição imaginária inequívoca a respeito de crianças). Quanto à relação com o Interacionismo, temos um questionamento explícito por parte dessa última autora (p.203):

*as três posições enunciadas para dar conta da mudança na estruturação da linguagem e do sujeito **não descrevem (ou explicam)** a problemática contida nos impasses de um processo problemático. [...]. Não se pode, acima de tudo, nem mesmo falar em dominância de uma posição sobre outra **como índice de mudança**. Elas se embaralham numa mescla surpreendente. Também, **o que ali se diz sobre a relação fala-escuta ganha contornos singulares**. (ênfases da autora)*

Se diferenças devem ser marcadas numa relação de filiação, importante é que diferenças não obliterem essa relação. Categorias, noções, processos são mesmo levados ao seu “mais de rendimento” - entre caminhos há distâncias. Distâncias que não ficam obscurecidas mesmo quando nos voltamos para crianças. Refiro-me à diferença entre aquelas que chegam à clínica porque suas falas causam estranhamento, perplexidade e crianças que têm uma relação menos tumultuada com a linguagem.

Falas sintomáticas de crianças afetam a escuta do outro de modo bem diferente daquele de crianças que avançam na direção da língua constituída, como já disse. No primeiro caso, o outro não se reconhece ali e, portanto, não se identifica com a criança. Esse estado de coisas gera perturbações que deflagram uma fratura no imaginário “do que é uma criança” e promove desequilíbrio entre fala-escuta-corpo que fala. Nelas, assinalou Lier-DeVitto (2001a, p.249): “*o corpo que fala, [anda disjunto] da fala que fala (d)esse corpo*” (corpo da criança) e “disjunto”, certamente, na escuta do outro, que não espelha/reflete a fala dessas crianças - com elas, ele não se identifica. Assim, ficamos frente a um corpo-falado-falante descompassado: pequeno, cuja fala em excesso “ultrapassa” o que seria esperado dele (desse corpo) como falante; ou ainda, um corpo grande, mas uma fala que seria aceitável quando ele era mais jovem, menor. Ou seja, a “**fala/corpo**” **fica, na escuta do outro, presa “fora de tempo”** . Digamos que o corpo cresce, mas o sujeito fica cristalizado numa condição subjetiva que “não combina” com sua imagem, sem poder “escutar-se” a não ser nos efeitos de exclusão/marginalização que a escuta do outro lhe devolve.



### 3. 3 *Diálogo e Clínica de Linguagem: escuta e interpretação*

Na Clínica de Linguagem, a escuta para a fala deve adquirir contornos bastante particulares em relação àquele que ocorre entre médico-paciente, entre psicanalista-analisante, entre professor-aluno ou entre falantes de uma língua. Como disse Lier-DeVitto, um diálogo articula fala e escuta de modos bastante específicos. Se levarmos em consideração o esforço de teorização que vem sendo encaminhado no âmbito do Projeto Integrado/Grupo de Pesquisa *Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem* e que procuro explicitar, neste capítulo, podemos assinalar que a noção de **diálogo clínico**, que decorre de tal teorização, é de um espaço de *não-coincidência*. Note-se, porém, que não estamos falando de “assimetrias interacionais”, que são tão caras a vertentes pragmáticas, sempre atreladas à determinação do contexto empírico (assimetria explicada pela relação entre falantes em situação específica de atendimento profissional). Nesses trabalhos, como discutiu Lier-DeVitto (2004a), sequer são feitas menções à natureza das falas que circulam no diálogo: nada se diz sobre “*a lógica que rege a sintaxe [de uma fala], seu modo sintomático de articulação (LIER-DeVITTO 2000-02 - relatório científico CNPq)*”. Feito este esclarecimento, procurarei, nesta parte de meu trabalho, abordar alguns aspectos relacionados à especificidade da escuta-interpretação de um clínico de linguagem. Contudo, a particularização dessa escuta-interpretação, segundo entendo, só pode ser feita se considerarmos **a relação - o diálogo clínico -** que, implica, acima de tudo, a explicitação de **uma posição** desde onde uma fala sintomática é escutada nesta Clínica.

O passo inicial para a realização desta tarefa passa pela desnaturalização da idéia de diálogo que, via de regra, é tomado como sinônimo de “conversa/comunicação” (LIER-DeVITTO & FONSECA, 2008 - a sair; TESSER, 2007). Tenho procurado, ao longo deste trabalho, indicar os efeitos do Interacionismo na elaboração da Clínica de Linguagem. Efeitos esses que discuti nos desdobramentos das noções de “*captura*” e “*desconhecimento sobre a linguagem*”, nas reflexões de Lier-DeVitto sobre o sintoma na fala em que este aparece como não redutível a *erro*. Ainda, efeitos que me empenhei em mostrar através do rendimento original relativo aos modos bastante especiais de *relação do sujeito à fala*, qualificada como *sintomática*, ou seja, quando explorei os desenvolvimentos da noção de escuta. Vejamos, então, o que se pôde elaborar sobre **o diálogo clínico**.

Começamos com “a lição do Interacionismo”, como diz Lier-DeVitto (2006). Cláudia de Lemos, desde o início de sua proposta, entendeu como “lingüística” a relação estabelecida entre criança e adulto (DE LEMOS, 1982, 1986 e outros); interação é, ali, “*jogo da linguagem sobre a própria linguagem*”, ou seja, interação é **diálogo**: efeitos entre falas que o movimentam:

*diálogo [...] é o ponto nuclear, a pedra de toque deste interacionismo. Interação é diálogo. Quer dizer, nada fica fora da linguagem. Uma afirmação forte como essa obriga a uma tomada de posição. [...]. Entende-se agora porque o diálogo é linha divisória, é marca de fronteira.” (LIER-DeVITTO, 1994, p. 17)*

A noção de interpretação vem relacionada à fala do outro que retira da deriva, os fragmentos incorporados pela criança - nesse sentido, interpretação é **restrição**, na medida em que ao ser situado, na fala do outro, numa posição na cadeia, um fragmento sai de sua condição de indeterminação categorial, semântica e pragmática (DE LEMOS, 1982). Note-se que tratar diálogo como um “jogo de efeitos” é dizer que há imprevisibilidade e, conseqüentemente, não coincidência entre falantes e falas. São essas características que permitem falar em injunção à interpretação: diálogo envolve diferença e esta é motor da réplica e exigência de interpretação. De fato, uma fala não é um todo fechado, coeso, transparente: há nela muitos vazios, não ditos e mais a dizer: “*não há homogeneidade em qualquer interação e é exatamente por comportar uma heterogeneidade insuperável, que um sujeito se dirige ao outro*” (LIER-DeVITTO, 2004c, p.51).

Essas colocações permitem compreender a insistência de Cláudia de Lemos no seu “compromisso com a fala da criança”. Uma noção de interação, configurada como jogo da “*linguagem sobre a própria linguagem*” (1982, 1986 e outros) é, portanto, antinômica a de interação enquanto “intersubjetividade”, enquanto relação dual, de cunho psicológico-sociológico. Ora se “*nada fica fora da linguagem*”, a concepção de interação que deriva dessa afirmação, não permite sua identificação a outras, em que diálogo é “díade” ou “troca verbal”, cujas características são determinadas pelo contexto empírico/social de ocorrência. Entende-se porque seria impróprio assimilar este Interacionismo a outros interacionismos (piagetianos, vygotskyanos, por exemplo). Nesses interacionismos, a linguagem está a serviço da representação e da comunicação - permanece reduzida a funções expressiva e

comunicativa (que anulam seu poder). Neles, linguagem é função da cognição - o sujeito “regula” seus usos - e seu funcionamento resta ignorado: ele não participa das explicações sobre processos de subjetivação e nem dos enunciativos. **Fala** é “emissão”, **linguagem** é “código” e **sujeito** é “senhor da linguagem”. Diferentemente, salienta Lier-DeVitto (1994, p.17):

*Neste interacionismo com o qual estamos comprometidas, quem assujeita é a linguagem, não o ‘parceiro’. O outro empírico é, enfim, também assujeitado. Nisso reside o abismo que nos separa de outros interacionismos que, ao fazerem reinar o sujeito psicológico, fazem interação equivaler à comunicação. Dizemos que o sujeito não controla nem os sentidos nem a linguagem, nem os ‘turnos’ nem as ‘trocas de papeis’ numa ‘conversação’ [...]. Concordamos que o sujeito ‘não é senhor em sua própria casa’, como já disse Freud. Não se confunda, por isso, interação com comunicação ou conversação.*

O aprofundamento dessa diferença entre o Interacionismo e os interacionismos psico-sociológicos advém da implicação (nas descrições e explicações das mudanças que ocorrem no processo de aquisição da linguagem) da *ordem própria da língua*, ou seja, do **funcionamento da linguagem** (DE LEMOS, 1992). A *linguagem* (língua na fala) é introduzida como **um terceiro** no diálogo - o que exigiu transformações teóricas profundas no Interacionismo: o outro que já não era *socius* (M. T. LEMOS, 1994/2002), mas *falante*, passa a receber uma definição clara: “*instância de funcionamento lingüístico-discursivo*”, conforme já dito anteriormente, com Cláudia de Lemos (1992), quando tratamos a questão da escuta. O outro é assim, definitivamente, não-empírico o que recrudescer o sentido de **interação** como **diálogo**.

Importa sublinhar que a **não-coincidência** entre fala de criança e de adulto é, até mesmo, empírica (sensível), assim como o são as condições subjetivas dessas personagens envolvidas no diálogo. Como seria possível, então, assimilar diálogo a comunicação? Só poderia mesmo haver, nessa relação, pelo menos da parte do adulto, “estranhamento” (M. T. LEMOS, 1995; CARVALHO, 1995) e, da parte da criança, alienação (1ª posição) e resistência à interpretação (2ª posição). Diálogo e conflito caminham lado a lado neste Interacionismo, como se vê.

A Clínica de Linguagem não perde de vista tal concepção de diálogo. Ela parte daí para refletir sobre diálogos(s) clínicos que, como não poderia deixar de ser, envolvem

questões de natureza bem particulares: a resignificação de diálogo na clínica é, afinal, **exigência lógica**. Uma clínica é instaurada por uma condição sintomática bastante particular, ou mesmo singular. No caso da Clínica de Linguagem, essa “condição” remete a uma queixa (1) sobre uma fala “em desacordo” com o desejado pelo sujeito ou esperado pela comunidade, assim como (2) sobre uma condição de falante em falha/falta: sobre um mal-estar relativo à fala. Acompanhemos Lier-DeVitto (2005a, p.144-45):

*A Clínica de linguagem é, de fato, um espaço em que **uma qualidade especial de interação** é instituída pela presença de um sujeito que sofre por efeito [...] de desarranjos em sua fala e por conta de sua condição peculiar de falante [...]. Portanto a clínica é lugar em que uma demanda por mudança na linguagem e na condição de falante é dirigida ao outro-terapeuta. Sendo esse o caso, refletir sobre a interação exige considerar sua natureza nessa clínica: tanto o **outro** deve ser pensado em sua especificidade de **outro-terapeuta**, quanto **mudança**, já que ela fica condicionada a um ato clínico (**uma interpretação**) que, espera-se, possa incidir sobre o sintoma. (ênfases da autora)*

Podemos destacar, na citação acima, a caracterização da não-coincidência que circunscreve o espaço clínico. Na clínica, queixa e demanda do paciente, levam à questão de um **saber suposto ao clínico sobre a linguagem** e um saber fazer/agir sobre ela para “curar” a fala ou sobre como retirar o paciente de seu mal-estar (LIER-DeVITTO, 2004c, p.51):

*De fato, uma dissimetria constitutiva marca a relação clínica: o que um sujeito em sofrimento pede ao outro-clínico é que ele o liberte de um mal-estar [...]. Ele, o **paciente, não quer “bater papo”** ou trocar pontos de vista. Um sujeito, que chega à clínica de linguagem supõe, portanto, ao outro-terapeuta, um saber sobre o que o faz sofrer, sobre o quê o marginaliza - supõe a ele um domínio sobre uma técnica que poderia fazê-lo ‘passar a outra coisa’ (Allouch, 1995). **Esse sujeito atribui ao clínico, portanto, um saber sobre aquilo que, para ele, é enigma.** (ênfase minha)*

Procurei, através de citações e comentários, dar relevo a enunciados que podem iluminar a cena clínica, na Clínica de Linguagem. O fato de haver uma **demandada dirigida a um clínico**, diz de “...uma relação que não pode ser compreendida como **interacional** ou

*comunicacional, em sentido estrito.*” (LIER-DeVITTO, 2004c, p.51). Considerando, portanto, o diálogo que se estabelece na clínica de linguagem, há que se admitir que sua especificidade deva ser teorizada. Vale assinalar que, no âmbito desta Clínica, os desarranjos na fala, devem poder dar lugar ao falante. Sendo assim, a **escuta do clínico** deve ser teoricamente constituída uma vez que tais desarranjos, “*não [deveriam] inviabilizar o diálogo, nem a interação, nem uma interpretação*” (LIER-DeVITTO & FONSECA, 2008 - a sair). Enfim, diálogo não é comunicação. Lier-DeVitto e Fonseca partem de Benveniste (1996/1995) que, fiel a Saussure, assinala o engano de conceber *linguagem* como *convenção*. Sob tal ótica, dizem as autoras (2008, a sair): “*todo enunciado que fugisse do ‘acordado/convenicionado’ deveria ser, logicamente ininterpretável - uma barreira à comunicação e à própria interação entre falantes*”. Falas sintomáticas, então, seriam ininterpretáveis. Contudo, “*... as ditas ‘falas patológicas’ são em grande medida ‘interpretáveis’*” (LIER-DeVITTO, 2003, p.237) e um efeito de comunicação acaba sendo atingido porque esse “sucesso”, esse efeito imaginário, “*produz a ilusão de que a língua é toda e de que os falantes são semelhantes*” (LIER-DeVITTO e FONSECA, 2008 - a sair).

Entretanto, ainda que no âmbito das relações ordinárias, a linguagem seja reduzida à comunicação, equivaler linguagem e comunicação, como sublinham as autoras, com Benveniste, significa **apagar o que lhe é essencial - sua natureza simbólica** e, com isso, a possibilidade de abordar a relação singular de um sujeito com a linguagem (na clínica). Para Arantes (2001) essa relação “*...exige considerar, também, o sintoma enquanto significante (enquanto acontecimento submetido às leis de referência interna da linguagem). [Já que] é em algum ponto da articulação significante que o sujeito faz sua inserção*” (*ibidem*, p.131). Por isso, diz a autora, é necessário ao clínico de linguagem, “*voltar-se à densidade significante da fala*”, lugar de inscrição do sintoma e lugar “*em que pode ser erigida a singularidade de uma escuta do terapeuta de linguagem*” - Uma escuta dirigida para o modo de articulação do sintoma na fala e para os “*efeitos que ele produz/não produz na escuta do paciente (e do terapeuta)*” (p. 132).

Arantes (2001) insiste em afirmar que a comunicação, não é absolutamente o que está em foco na Clínica de Linguagem. Tal insistência interessa porque, não colocar a comunicação como meta, faz marca de fronteira entre esta Clínica e a Fonoaudiológica. Sônia Araújo (2002) discute, inclusive, o modo como a Fonoaudiologia se apresenta: como

área dos **Distúrbios da Comunicação** e, por isso, a interpretação que nela se realiza é, via de regra, pautada pelo significado. Consequentemente, o fonoaudiólogo faz uma “*tradução compreensiva*” da fala do paciente:

*...o fonoaudiólogo ocupa a posição do ‘senhor do sentido’, ao recobrir com um texto próprio a fala da criança. Como resultado, ele acaba por “não se deixa[r] afetar pelo todo da fala da criança, pelo jogo significante, em que formas entram em relação e o sentido vem como efeito” (ibidem, p. 112).*

E ainda,

*Assim, na posição de compreender/explicar o que a criança quis/quer dizer, o fonoaudiólogo não escuta “**como fala**” o paciente (ibidem, p.71).*

A partir da análise de materiais clínicos, correspondentes a sessões de terapia fonoaudiológica, Araújo (2002) deixa ver que a preocupação do fonoaudiólogo com o sentido do que diz o paciente, oblitera aquilo que particulariza uma fala sintomática e, também, o diálogo na clínica. De fato, uma vez que se concebe o diálogo como mútua determinação entre falas, como “*jogo textual*” em que um dizer se produz como efeito de outro, parte-se do princípio de que a posição do clínico frente à fala do paciente tem conseqüências. É ela que guia sua interpretação que pode, ou não, resultar num “ato clínico”. No caso do clínico de linguagem, esse “ato” é correlativo à posição de sustentar a *densidade significante* de uma fala: condição para fazê-la circular num “texto” e, portanto, condição para que ele possa promover mudanças na fala do paciente e sustentar, enfim, seu compromisso ético nessa clínica (ARANTES, 2001).

O reconhecimento da proposição do funcionamento da língua - de uma Ordem Simbólica - na Clínica de Linguagem promove, como se vê, o abalo do imaginário de “diálogo” enquanto “relação harmoniosa entre interlocutores” dentro de uma situação de comunicação.

Na esfera imaginária, do senso comum, a consonância referida acima, sugere *semelhança entre falantes*, como já dito, concordância/coincidência entre falas, ‘troca’ ou mesmo ‘negociação’ na ‘partilha’ de conteúdos internos, cuja representação mental, subentende-se, se dá a ver através da linguagem como veículo expressivo (LIER-DeVITTO, 1998). Nesse “trânsito livre” imaginário, uma suposta estabilidade de sentidos joga papel fundamental: presume-se que só há comunicação porque há acordo fechado, ou

dito de outro modo - cristalização social - quanto aos sentidos numa língua. Essa “miragem” é sustentada apenas no plano da idealização das relações “intersubjetivas” visto que ela não resiste, como diz Lier-DeVitto & Fonseca (2008 - a sair), à *realidade do diálogo* quer seja na clínica de linguagem, quer seja fora dela, pois sucumbe diante dos *mal-entendidos*, do *duplo sentido*, do *dizer em meias palavras* que fazem parte do *incessante tecido de nossas conversações*, como já assinalei antes, com Milner (1978/87, p.13). Sobre isso, valem as palavras das autoras (2008 - a sair):

*...o conceito tradicional de comunicação opera uma redução: ao apagar diferenças entre falantes, eles são assumidos como ‘semelhantes’, ou melhor, como dois pontos simétricos - dois do mesmo. Segundo esse raciocínio, a língua não poderia ser pensada como ‘equivoca’. Essa posição, porém, fica presa numa cegueira porque é capaz de recobrir a própria experiência, a própria realidade da comunicação, sempre pontuada por ambigüidades, mal-entendidos, desacordos [...].*

Como assinalam Lier-DeVitto & Fonseca (ibidem), é na Psicanálise que uma problematização sobre a idéia de comunicação ganha lugar, a partir mesmo do reconhecimento do funcionamento simbólico proposto por Saussure. Naquele âmbito, em que a linguagem é erigida, como diz Lacan, enquanto “*causa de haver sujeito*” e lugar de manifestação do inconsciente, as reflexões sobre a subjetividade implicam o modo de relação do sujeito ao simbólico e incluem a questão de uma cisão que se dá a ver na divisão entre o enunciado e a enunciação.

Ao enunciado, pode-se dizer, corresponde à “ficção” da comunicação enquanto “*uma relação de linguagem*” instaurada pelas vias do signo (MILNER, 1978/87, p.64). Desse modo, diz o autor:

*...um sujeito falante conjectura que o ser que lhe faz face é não somente semelhante, mas um mesmo, quer dizer, é como ele um sujeito falante; é preciso simplesmente que ele reconheça, em certos movimentos físicos, signos, e que ele suponha, conseqüentemente, a existência de um sujeito emissor.*

Entretanto o que atesta, segundo o autor, a *unicidade de um motor comum* entre os sujeitos não é aquilo que se dá a ver no semblante de semelhança entrevisto nas *alianças de palavras* e de frases articuladas, no repetível da língua. O ponto comum nos falantes de

uma língua não se enraíza no que nela faz “unidade”, mas justamente, naquilo que os singulariza, na brecha que ela abre ao sujeito como possibilidade de ser “*não-toda*” - possibilidade que Milner (ibidem) chama de “*subjetivação*”. Um “*ponto subjetivado na cadeia*” entrevisto, como diz o autor (ibidem, p.64), desde que se tome uma seqüência de língua:

*basta que um sujeito de desejo aí faça signo em um ponto, para que, ao mesmo tempo, tudo bascule: a possibilidade de cálculo sintático cessa, a representação gramatical cede e os elementos articulados viram significantes.*

Pode-se dizer que é a partir da consideração deste *ponto subjetivado na cadeia* que Lacan operará, segundo Milner (2002), uma mudança radical no estruturalismo, articulando ao funcionamento da língua proposto por Saussure e à sua presença na fala (Jakobson), a noção de “ato” - “ato” enquanto *ponto subjetivado*, imbricado, como a citação acima de Milner sinaliza, na noção de “cadeia”.

Lier-DeVitto e Fonseca (2008 - a sair) falam, juntamente com o autor (2002), dessa transformação que, enfatizam, dilui a dicotomia língua-fala e a bi-dimensionalidade do funcionamento da língua compreendida na polaridade estrutural entre sintagma e paradigma/metonímia e metáfora. Pode-se entender, a partir de Milner (ibidem), que tal diluição corresponde, de fato, ao modo de sustentação do compromisso da Psicanálise com as questões que o sujeito e o inconsciente levantam para esse Campo. Por essa via, o falante e sua fala, ou melhor, a “cadeia de fala” de um falante, bem como a questão da comunicação, não contemplados no programa científico da Lingüística, são incluídos na reflexão.

Milner (ibidem) nos lembra que Lacan parte de Benveniste em sua discussão acerca dos “*níveis de análise lingüística*” (o autor explicita encontrar-se, na frase, o limite da língua). E note-se, limite que, neste nível, reside na impossibilidade de estabelecimento das relações previstas pelo sistema da língua, como ele enfatiza (ibidem, p.160-61): “*entre frases não há nem relação paradigmática nem relação sintagmática*”. Elas mesmas não cedem lugar a paradigma ou a sintagma. “*Portanto, não há relação em absoluto, ao menos não uma relação que a lingüística estrutural possa captar. Encontra-se aqui o ponto limite onde ‘a língua*



cessa' para dar lugar à 'comunicação viva'". Para o autor, no âmbito dessa discussão de Benveniste, atenção especial é dada por Lacan à afirmação de que as frases não têm "emprego" donde se lê que elas não têm paradigma. Nesse sentido, Milner (2002, p.161) afirma:

*se o estruturalismo não pode dizer nada da frase salvo que ela 'existe', o hiperestruturalismo pode mais que isso, porque postulou como axioma o caráter imaginário do paradigma e porque, sob esse aspecto, tem formulado conceitos novos. Por exemplo, os de tempo lógico e retroação.*

Esses conceitos estão ligados, como veremos, à questão do sentido circunscrito à noção de cadeia. Como salienta Milner (2002, p.161)), com Lacan, "a frase [...] não redundando sua significação senão com seu último termo, estando cada termo antecipado na construção dos outros, e inversamente fechando seu sentido por seu efeito retroativo".

Através das colocações acima, Milner depreende ser necessário tratar a frase enquanto cadeia - "estrutura mínima" que compreende linearidade e "unidimensionalidade", e que equivale, por sua vez, ao "sintagmático em ato"- dimensão estrutural constituída por significantes e em si mesma significante. Assim, é erigida uma doutrina do significante, segundo o autor, em que não apenas a linearidade é essencial, mas, ainda, sua atualidade: "Não há virtual" ou "não há mais virtual que imaginário" (p.162). A virtualidade do paradigma no sistema da língua proposto por Saussure é substituída pela atualidade do sintagma na reflexão de Lacan.

É nesse sentido que Lier-DeVitto e Fonseca (2008 - a sair) assinalam a diluição efetuada por Lacan da bidimensionalidade do sistema da língua em favor de um "espaço unidimensional". A ênfase é dada à cadeia significante e nela introduzida a noção de "ato" que comporta, unicamente, dizem as autoras, com Milner (2002:159), "relações em presença". Relações que implicam "estruturação significante", sem a qual, como se viu a partir de Lacan, nenhuma transmissão de sentido seria possível.

Lacan introduz no sistema da língua, a questão da atribuição de sentido e, ainda, "liga transferência de sentido à imprevisibilidade porque **entre os significantes** supõe um sujeito", como sublinham as autoras. Nessa discussão, a comunicação só pode ser entendida como "um encontro contingente entre duas redes significantes", modo mesmo de se entender a afirmação de Lacan de que "a comunicação é um equívoco bem-sucedido". Dada a implicação do singular que compreende "ato" e "sujeito" numa rede significante, não há coincidência entre duas redes significantes. Conseqüentemente, há impossibilidade de coincidência

quanto ao sentido que elas comportam. Portanto, o que diz respeito ao encontro e à concatenação entre redes significantes é, sempre, da ordem da contingência, contra-face da necessária “*injunção à interpretação, que produz a ilusão de que a língua é toda e de que os falantes são semelhantes...um equívoco bem sucedido*” (LIER-DeVITTO & FONSECA, 2008, a sair).

Essa discussão torna-se relevante à Clínica de Linguagem, em que a diferença radical entre falantes salientada pelos “desarranjos” sintomáticos de falas ainda que, na maioria das vezes, não impeçam o encontro contingente entre redes significantes, embaralham sua concatenação. Desse modo, desfazem o imaginário de semelhança entre falantes dada a **realidade do diálogo** que movimenta a interpretação na cena clínica.

Assim, *furos no corpo de uma fala*, bem como falas sintomáticas que interrogam do ponto de vista de sua significação, como é o caso da fala de Mário, correspondem a “*pontos subjetivados na cadeia*” imprevisíveis quanto à sua articulação, mas, nem por isso, indeterminados tendo em vista que *um outro modo de operação do sistema* é enunciado por Lacan: a homonímia - “*lei da articulação significante*”. Falas sintomáticas, como discutem Lier-DeVitto & Fonseca (ibidem), deixam ver em seu modo de articulação significante, a homonímia que se serve da estrutura e que as impulsiona, mesmo quando prejudicada é a “*transmissão de sentidos*” numa seqüência dialógica.

Neste ponto, a escuta do clínico de linguagem para a fala é decisiva na promoção de um “*encontro entre duas redes significantes*”, bem como do favorecimento de articulações significantes. Desde que se conceba como dialógica e não como comunicação a relação estabelecida entre terapeuta e paciente, “*no encontro entre falas na clínica, a homonímia não impede os efeitos interpretativos de uma fala na outra*” (idem ibidem). Nessa dimensão, as autoras salientam que importa distinguir interpretação de transmissão de sentido e de compreensão. Importa, enfim, sustentar a interpretação enquanto “*trabalho da escuta para o andamento significante*” e, ainda, como uma condição necessária à instituição da Clínica de Linguagem.

Neste capítulo procurei, a partir das reflexões até aqui encaminhadas sobre sintoma, escuta e diálogo, dar visibilidade às bases teórico-metodológicas que assentam a *Clínica de Linguagem*. Ao circunscrever o sintoma à lógica que rege a estruturação significante de uma fala, essa clínica estabelece as balizas para o desenvolvimento da noção de escuta e de

diálogo (este último, como pretendi mostrar, demarcador da relação instaurada entre clínico e paciente). Uma vez delineados os contornos dessa atuação, torna-se imperativo discutir sobre falas sintomáticas caracterizadas, não por desarranjos em sua estruturação significante, mas pelo efeito de “perda de sentido”, como no caso de Mário. Tal efeito exige um aprofundamento das discussões acerca da subjetividade na linguagem ainda bastante incipientes, porém fundamentais para os desdobramentos futuros da Clínica de Linguagem.

## CAPÍTULO 4

### 4. SOBRE A NATUREZA DE UM SINTOMA NA FALA

#### 4.1. *Uma questão para um clínico de linguagem?*

O *sintoma na fala* definido até este momento, na Clínica de Linguagem, enquanto *desarranjo na densidade significativa de uma fala*, não deixa de caracterizar, em parte e por vezes, as produções de Mário, mas, como tenho procurado assinalar, esse não é o traço que parece afetar a escuta do outro - sua fala causa perplexidade menos porque tropeça no encadeamento sintagmático manifesto e mais por se deslocar abruptamente do sentido textual em curso num diálogo ou numa narrativa.

Lier-DeVitto (2000, 2003 e outros) toca no problema, que ora me ocupa, quando se volta para um segmento de diálogo clínico entre uma fonoaudióloga e uma menina de 8 anos em que à pergunta da terapeuta - “*o que o seu pai faz*”, ela responde: “*faz de propósito*”. Em sua análise, a autora dá visibilidade aos movimentos da língua entrevistos, na fala desta criança, a partir da palavra “*faz*” que dizia respeito, na pergunta dirigida a ela, à “ocupação” de seu pai. Lier-DeVitto chama a atenção para o deslocamento desse *significante* que, na resposta da menina, vem num bloco e articulado a um outro texto. A resposta surpreende porque se desvia do sentido esperado no diálogo, embora nada haja de errado em sua composição: “*faz de propósito*”. A análise oferecida por Lier-DeVitto dá relevo à relação sujeito-língua/fala: mostra que o enunciado, embora estranho uma vez que “escapa ao diálogo”, é um possível de língua. Considerando a importância e relevância desse tipo de aporte a falas sintomáticas, pareceu-me importante pressionar essa modalidade de toque na linguagem a partir de considerações sobre a questão da subjetividade.

No interior do Projeto *Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem*, ao lado da afetação antes produzida em Lier-DeVitto, minha tentativa de refletir sobre falas como as de Mário, faz laço com a tese de Rosana Landi (2007), que aborda as falas sintomáticas na demência. Nesses quadros, diz ela, há *dissolução subjetiva*, o que responde pelo que na literatura se designa como *falas vazias* - “vazias de sujeito”, segundo Lacan. No que se refere a Mário, suas falas são estranhas porque se desligam abruptamente do diálogo em

curso e se inscrevem em cenas outras, embora ele responda à fala do outro. Esse descolamento remete a uma questão de tempo, ou melhor, à atemporalidade do significante que obedece a uma lógica relacional (estrutural), mas também subjetiva. Nesse sentido, significantes presentes na fala endereçada a Mário podem remetê-lo (no instante) para um “outro tempo e lugar” - para uma “outra cena” que insiste e se inscreve numa vivência. Essas falas que representam violações ditas “pragmáticas”, essas falas “*fora de tempo*” e “*fora de lugar*” (LIER-DeVITTO, 2005a), frustram a expectativa do ouvinte e mostram a não-coincidência do falante com sua fala. Deve-se perguntar: “*quem fala na fala de Mário?*”, “*para quem/com quem ele fala?*”, ou mesmo, *desde onde fala Mário?*

Reportando esse quadro às situações clínicas a serem discutidas abaixo, pode-se dizer que um problema maior se institui na medida em que o **outro é o terapeuta** que vivencia um forte desconforto frente à fala de Mário. Nota-se, nos materiais clínicos, que esse desconforto acaba sendo atribuído a um “erro/desvio do contexto quase que por desatenção” que fere a lógica do aqui-agora da comunicação: forma mesma de apagar diferenças entre uma escuta leiga e uma escuta clínica, ou seja, de perder posição. Em sua particularidade, as falas de Mário interrogam (sem dúvida) sobre aquele que fala, sobre a *subjetividade*, como disse, e por esse motivo, aproximei-me de considerações tecidas no campo da Psicanálise a respeito de quadros conhecidos como de *debilidade mental*. Espero que a introdução dessa vertente de discussão possa contribuir, de forma positiva, no enfrentamento teórico da Clínica de Linguagem, em especial no que concerne à relação sujeito-língua/fala e às implicações clínicas que dela possam decorrer. Assim, antes de abordar o material de sessões fonoaudiológicas, mostrado na Introdução desta tese, abrirei algumas diretrizes e delineamentos de argumentos nodais, conforme encaminhados por alguns psicanalistas.

É de se esperar que na Psicanálise - campo que problematiza o sujeito - seja desenvolvida uma leitura alternativa da *debilidade*. Lacan (1971/72), de fato, indicará a necessidade de se estabelecer um corte radical nessa noção - ele anula a definição, até então centrada no déficit intelectual, ao situá-la em termos de “*um mal-estar fundamental do sujeito quanto ao saber*” (Lacan apud PIERRE BRUNO, 1986, p.14). Um “mal-estar” que diz respeito a um modo muito particular de relação sujeito-linguagem, de “*instalar-se num*

*discurso*". Vê-se, então, que a definição de *debilidade* implica "o saber inscrito num *discurso*".

Podemos começar dizendo que a elaboração do conceito de *debilidade*, na Psicanálise, tem uma trajetória, ou seja, passou por transformações. Ela é trabalhada, primeiramente, por Maud Mannoni (1964) e sua elaboração permitiu a Lacan (1964), no Seminário XI, avançar a questão, que será alvo de interesse, também, para Pierre Bruno (1986) e Eric Laurent (1989; 1995) - ambos alunos de Lacan e autores expressivos na restrita bibliografia produzida sobre o assunto. Pode-se afirmar que, a exemplo de Lacan, eles reconhecem o gesto pioneiro de Mannoni de incluir *o débil* no campo analítico. Como afirma Pierre Bruno (1986, p.15), *o mérito de Maud Mannoni é incontestavelmente de ter suspenso, por um ato, o interdito de acesso do débil ao tratamento psicanalítico - uma proibição que se expressa na contra-indicação do débil à análise justificada, até então, por um discurso que sustentava o argumento de uma impossibilidade, da parte do débil, de elaborar as interpretações analíticas.*

A referida publicação de Maud Mannoni (1964) é oriunda de seus vários anos de atuação clínica junto a crianças consideradas incuráveis, uma experiência que a levou a questionar a própria noção de *debilidade* e asseverar a insuficiência de sua definição enquanto déficit intelectual. É por essa via que a autora (p.XV) irá situar o referido estudo "no sentido da tradição freudiana mais autêntica", pois, a exemplo de Freud, ela parte, primeiramente, do reconhecimento dos fatores biológicos como causa, para depois apostar "sobretudo [n]a importância da história subjetiva" na constituição do psiquismo e na compreensão de seus distúrbios. Ainda, seu entendimento do inconsciente como "estruturado como discurso, de onde provém todo simbolismo ligado ao nascimento, à parentalidade, ao corpo próprio, à vida e à morte", é tributário das orientações de Jacques Lacan, de quem recebeu, segundo ela mesma afirma, o encorajamento necessário para o levantamento das questões sobre o tema que, ali, ela poderia formular. Esse impulso a retirou da posição confortável de aceitar o fator orgânico como explicativo da *debilidade* - segundo ela (p.XVI), uma crença que "serve deploravelmente de desculpa à nossa incapacidade". Mannoni sustentou essa posição inclusive frente a casos em que um componente orgânico vinha, desde o início, reforçar o caráter incontestável de uma enfermidade - como, por exemplo, naqueles de crianças com Síndrome de Down (p.XVII):

*Fui levada a tomar uma direção completamente diferente, a procurar primeiro o **sentido que pode ter um débil mental para a família**, sobretudo para a mãe, e a compreender que a própria criança dava **inconscientemente à debilidade um sentido comandado por aquele que lhe davam os pais**.*

O dizer parental é, como se lê acima, determinante. Esteja a *debilidade* associada a componentes *orgânicos* ou *psicogênicos*, a questão, para um psicanalista, é a de procurar apreender, no sujeito considerado *débil*, os efeitos, nele, desse dizer materno. Para Mannoni, importa a resposta da família à *debilidade* - o modo como ela é noticiada, tantas vezes, logo após o nascimento da criança e como é recebida e sustentada na *economia psíquica* dos pais (sobretudo, da mãe). Pierre Bruno (1986, p.15) ressalta que Mannoni, nessa torção que realiza, confere à criança o estatuto de “*sujeito depositário de significantes parentais e médicos que o identificam ‘débil’*”. Sendo, assim, é na relação do sujeito com o significante que o problema subjetivo se constitui. Embora se possa reconhecer a presença nítida de Lacan nas formulações da autora, foi a partir da sensibilidade clínica de Mannoni e de sua discussão sobre a *injunção* do significante materno sobre a criança, nesses casos, que Lacan pôde oferecer outra concepção de *debilidade*. Vejamos a diferença de interpretações.

A ênfase de Mannoni no dizer parental, mais precisamente, na idéia da criança como *sujeito depositário de significantes maternos*, permite que se fale em uma hipótese de que, na *debilidade*, haveria “ *fusão de corpos*”: do corpo da criança e do corpo da mãe (uma relação dual). A autora (1964, p.48), referindo-se à tese freudiana sobre a importância do desejo na constituição do sujeito e do objeto, ressalta o seguinte:

*Vimos a que ponto a criança retardada e sua mãe formam, em certos momentos, **um só corpo**, o desejo de um confundindo-se com o desejo do Outro (...). O que, na mãe, não pôde ser resolvido no nível da experiência de castração, vai ser vivido, **como eco**, pelo filho que, nos seus sintomas, muitas vezes não fará mais do que fazer ‘falar’ a angústia materna.*

Frente ao entendimento de que, na *debilidade*, o discurso da criança “faz eco” às preocupações maternas, Mannoni propõe como ação terapêutica inicial, que se procure

apreender primeiramente, na mãe, o sentido dos sintomas da criança. Nessa dimensão, diz a autora (ibidem, p.58), “qualquer estudo da criança débil ficará incompleto enquanto o sentido da debilidade não for procurado primeiro na mãe”. Pois bem, isso a conduz a aproximar (na diferença) *debilidade* e psicose.

Neste ponto, Lacan, em seu Seminário XI (1964/85), efetua uma interpretação diferenciada do fenômeno, ainda que dê reconhecimento à hipótese da autora de que a criança *débil* é *reduzida a objeto*, a suporte do desejo (desconhecido) da mãe. Para Lacan (ibidem, p.225), o que está fundamentalmente em causa, não é uma “ *fusão de corpos*” e sim a “*coalescência*”, ou seja, “*a junção da primeira dupla de significantes*” (*significantes primordiais*) que, na trajetória do *ser* em direção à constituição subjetiva, no caso da debilidade, “*solidifica-se, holófraseia*”. Portanto, a *ausência de intervalo* marca a fala do *débil*. Segundo Lacan (ibidem, p.225), trata-se de “*um apanhar a cadeia significante primitiva em massa*” - característica essencial da holófrase - fenômeno que, segundo o autor, não aparece apenas na *debilidade*, porém, aí a holófrase é marca da relação do *débil* com a linguagem. Essa observação de Lacan, de fato, pode ser reconhecida em falas de Mário e de outros sujeitos com Síndrome de Down, que tive antes a oportunidade de acompanhar - um “*bloco sem intervalo*”. Como se vê, o autor confere ao significante o estatuto de passaporte para entrada do ‘ser’ na linguagem. Portanto, ao contrário de Mannoni (1964), não basta, para Lacan, fazer referência vaga ao “dizer parental” - é preciso implicar o modo como o sujeito “responde”.

Ao remeter a questão da *debilidade* ao desaparecimento do intervalo entre S1 e S2, diz Laurent (1995, p.170), Lacan remete o problema à “*passagem inicial [do ser] pela estrutura*” (afasta, com isso, a idéia de fusão corporal entre mãe e criança) e permite “*separar lugares distintos no corpo*” e, conseqüentemente, reconhecer que a holófrase dá lugar a “*uma série de casos - ainda que, em cada um, o sujeito não ocupe o mesmo lugar*”, como na psicose, na psicossomática e na debilidade.

Neste ponto, importa ainda a leitura que De Lemos (2002b, p.46) confere à holófrase. A autora toma distância da noção que se tem a respeito no Campo da Aquisição da Linguagem. A holófrase é aí identificada ao *estágio inicial de uma só palavra*, e cuja interpretação apóia-se na suposição de uma *intenção comunicativa da criança* que é *inferida do contexto comunicativo*. A autora complementa:



*subjacente a essa leitura holófrástica da palavra isolada está, segundo tudo indica, a crença de que a criança já dispõe de conceitos/significados e lhe faltam significantes, isto é, rótulos em número suficiente para exprimi-los.*

No interior de uma concepção como esta, assinala a autora, a linguagem é objeto de conhecimento apreensível de forma parcial e cumulativa. O sujeito, por sua vez, é identificado a ‘*indivíduo da espécie*’ (unidade de percepção e cognição) e sua fala é instrumento de comunicação. Nesse enquadre, a holófrase manifestaria sua *tentativa de significar*, equivalente, nesse caso, a “*querer dizer*”. Conseqüência direta dessa pressuposição, diz De Lemos, é a impossibilidade de interrogar sobre “*o caráter fragmentário da fala inicial da criança*” (2002b, p.46). Ocorre, contudo, que tal interrogação é incontornável frente ao efeito de espelhamento entre falas que se dá a ver nesse momento de entrada da criança na linguagem. Efeito, esse, apreendido, dirá a autora (ibidem), na dualidade imaginária da relação mãe/criança em que aquilo que aparece na fala da criança são fragmentos da fala do outro materno que, por sua vez, os retoma em sua própria fala, inserindo-os em textos e enunciados que lhes conferem sentido - função da mãe, que, ao interpretar, faz passar fragmentos e palavras isoladas, novamente, pelo “*moinho da linguagem, ou pelo Outro, tesouro dos significantes*” (idem ibidem, p.48). Ora, o que essa “*incorporação sem análise*” da fala do outro aponta é para uma condição de alienação a fragmentos que transitam entre dizeres (e não para um *querer dizer*).

Frente a esse trânsito entre falas, a interrogação primordial da autora pôde ser formulada na pergunta (idem ibidem, p.48): “*quem fala na fala dessa criança falada pela mãe?* Ao levantar uma indagação sobre a *aparente coincidência* entre a fala da mãe e a da criança, a discussão sobre a própria questão da subjetivação é suscitada. Conseqüentemente, e para além daquilo que concerne propriamente à dita “*aquisição da linguagem*”, abre-se a porta para perseguir uma interrogação sobre aquelas ocorrências de fala nas quais a holófrase manifesta uma condição enunciativa singular que sinaliza, por assim dizer, o “*fracasso*” de alguns sujeitos em sua trajetória em direção à língua constituída. Essas crianças resvalam no estabelecimento do *laço social* pela fala. Dito de outro modo, De Lemos empenha-se em articular os processos de objetivação da linguagem

e subjetivação. A persistência de holófrases pode indicar reveses de tal processo. A resposta oferecida à questão “*quem fala na fala da criança?*” inclui, de fato, reflexões oriundas de sua aproximação à Psicanálise, como mostram as colocações abaixo (2002b, p.50):

*O passo seguinte só poderia ser o de retornar à fala inicial da criança para trazer à luz seu **caráter fragmentado**, para reconhecê-la como **restos metonímicos da fala da mãe**. Se, em um primeiro momento, eles convocam a interpretação da mãe, isto é, uma cadeia significante com a qual esta assegura seu desejo através do sentido que atribui ao fragmento da criança, em um segundo momento, **é essa mesma cadeia que convoca na criança um fragmento de uma outra cadeia** que o remete a outra significação.*

Com essas colocações a autora afasta a hipótese da coincidência entre falas. E note-se, a mobilidade que ganham os fragmentos [significantes] na fala da criança “*num segundo momento*” pode ser vista como tributária de um **intervalo** entre significantes em que o sujeito pode incidir, o que é assegurado, diz De Lemos (ibidem, p. 50), pela primazia “[d]o simbólico sancionado pela metáfora paterna” sobre o imaginário que governa a relação imaginária mãe-criança num primeiro momento (identificado como o de uma “alienação constitutiva”). A autora tece, assim, sua interpretação sobre esse momento inicial em que tem lugar um jogo imaginário entre falas e que é interdito, esclarece ela, pela incidência do simbólico, instaurado pela *metáfora paterna*, sinalizando a tentativa incipiente da criança de conquistar uma posição enunciativa: “*a criança corta a cadeia da fala da mãe e dá reconhecimento ao intervalo que lhe permite indagar sobre o desejo do Outro*” (DE LEMOS, ibidem, p.51). Nessa direção convergem as colocações de Lacan (Seminário XI, p.203):

*Uma falta é, pelo sujeito, encontrada no Outro, na intimação mesma que lhe faz o Outro por seu discurso. Nos intervalos do discurso do Outro, surge a experiência da criança (...)*

*Nesse intervalo [...], que faz parte da estrutura mesma do significante, está a morada do que [...] chamei de metonímia. É de lá que se inclina, é lá que desliza, é lá que foge como o furão, o que chamamos desejo. O desejo do Outro é apreendido pelo sujeito naquilo que não cola, nas faltas do discurso do Outro (...)*

Ainda, a interpretação que a autora oferece ao “erro”, que surge na fala da criança bem como ao fato dela mostrar-se *refratária à correção* é bastante operativa. Se o erro, diz De Lemos, reflete o distanciamento entre as falas da criança e a da mãe, pode-se indagar a respeito dessa *resistência* às tentativas de correção: não seria esse sinal de **separação/distanciamento dos significantes do outro** (contraparte da alienação primeira e primitiva) indício de subjetivação? E uma vez que essa posição é identificada, pela autora, como aquela que diz de uma “*menos escuta*” para a fala da mãe, poderíamos perguntar: em que medida a criança precisa deixar, neste momento, de escutar o que diz o outro, para poder vir, mais tarde, a se escutar?. Nesse sentido, a holófrase, enquanto índice da **ausência de intervalo na estrutura significante** (Lacan, seminário XI, p.225), apontaria para o avesso desse processo descrito como de separação (fragmentação) e para a

fixidez da escuta da “cadeia do Outro por inteiro”, ambos a serem tomados como complicações de ordem subjetiva.

No que diz respeito à *debilidade*, uma pontuação de Pierre Bruno (1986, p.16), vai ao encontro do que trouxe acima: “*o débil produz essa impressão de não poder se separar dos significantes do Outro [...], interditando-se de interrogar sobre sua vontade*”. É neste ponto que se pode apreender a diferença das interpretações de Lacan (Seminário XI, p.225) e de Mannoni (1964) (que assimila debilidade e psicose): “[*a debilidade*] *é certamente algo da mesma ordem do que se trata na psicose*” (LACAN, *ibidem*, p.225); contudo, **o débil não é um psicótico**, mesmo que ele até possa ser reduzido a isso - como podem atestar as produções holofrásticas. Entretanto, na *debilidade*, ao contrário do que ocorre na psicose, **o sujeito está dentro do discurso**; de certo que “*mal instalado*” ou “*meio por fora*”, diz Lacan (“*Ou PIRE*” - inédito, conf. de 25/03/72), mas ainda no discurso.

Pierre Bruno (1986) salienta que, no cerne dessa diferenciação, reside uma auto-interdição: o débil “*não quer saber*” - mas, saber o quê? Aquilo que lemos em citações de Lacan e de Cláudia de Lemos nos dá a pista: o débil não quer saber do desejo do Outro e, conseqüentemente, do próprio desejo. Bruno sustenta que o *débil* se afasta da psicose justamente porque se interdita de saber e, com isso, evita se interrogar sobre a própria vontade. Dito de outro modo, é ao não se permitir saber que “*ele se mostra sensível à sua divisão de sujeito, que ele dá a ver, ocultando*” (*idem ibidem*, p.16). O psicótico, de forma alguma, pode fazer isso. Na debilidade, diz Pierre Bruno, há como que um disfarce, uma “*astúcia do débil*” - ele “*se faz débil*” (não-inteligente) para não poder ler “*nas estrelinhas*” a falha/falta no Outro - modo mesmo de conservá-lo como verdade de que se faz escravo. Mas, fato é que “*a verdade, desde que um sujeito se proponha a exprimi-la em verdade, [sempre] mente*” (PIERRE BRUNO, *ibidem*, p.18).

Em posição oposta àquele que pode “*ler nas entrelinhas*” encontra-se, segundo Lacan, aquele que “*flutua entre dois discursos*” (ênfase minha):

*“Chamo debilidade mental o fato de um ser, um ser falante, não estar solidamente instalado num discurso. É isso que dá ao débil um caráter especial. Não há nenhuma outra definição que se lhe possa dar senão aquela de estar um pouco ‘por fora’ (à côté de la plaque), ou seja, ele flutua entre dois discursos. Para estar solidamente instalado como sujeito, é preciso ater-se a um, ou,*

*então, saber o que se faz. Mas, não é porque se está à margem, que se sabe o que se diz”. (LACAN, Seminário de 1971-2, “OU...PIRE”)*

O *débil* é, assim, aquele que está “*um pouco por fora*”, **preso à margem do intervalo** imposto pela ordem simbólica. **Sua recusa em manifestar-se nesse lugar vazio de sentido, equivale à “evitação” de sua própria divisão**, diz Lacan, “divisão” que ele recobre com a imagem de uma unidade (especular em que os sentidos vêm do Outro).

O *débil* fica fixado numa “*identificação apaixonada*” pela imagem da mãe. É nesse sentido que se pode entender Pierre Bruno (1986, p.17), quando afirma que o “*o débil faz caduca a língua como fonte de equívocos*”, pois **o equívoco é a expressão mesma de uma conquista** que o *débil* recusa - ele se prende numa cristalização imaginária: “*o débil não pode se separar dos significantes do Outro*” (idem ibidem, p.16), ele não desliza como nos *monólogos da criança*, como nos de *Camila* (2:6), tratados por Lier-DeVitto (1998, p.154):

*(Monólogo de berço antes de dormir)*

*Num fala no teu nome*

*Num fala no meu nome*

*Num fala midanoni (2 vezes)*

*fala mi anomi*

***fa’a*** mi danomi

*Num fala no meu nome*

*Não **fala** no....*

*no\_me (2 vezes)*

*O **Ráfa** num...*

***h’ala*** no meu nome

*(inspira/expira com força)*

*É da tia!*

*Eu passê **rá!** pó-ta*

Note-se que há furos na cadeia significativa e que eles remetem à perda de sentido ou mesmo ao *nonsense*. No monólogo de Camila, o que se vê é uma incidência na cadeia significativa do Outro, que leva a outra coisa. Vemos o movimento de retorno da língua sobre si própria (que se diz estar barrado da fala do *débil*). Esse movimento, mesmo que possa levar a *nonsense* é, também, promessa de sentidos outros, distintos daquele que não é passível de interrogação. Digamos que o *débil* não corre o risco de passar pelo não-sentido, da mesma forma que Camila, no segmento de monólogo acima.

Certamente, a leitura que a Psicanálise faz da *debilidade* toca em muitos outros aspectos que não foram abordados aqui, mas, para este momento, fico com as considerações que apresentei para comentar o material clínico, que se segue.

#### **4.2. Considerações sobre o material clínico**

O material clínico abaixo refere-se a uma mesma sessão de terapia fonoaudiológica, conduzida por Celina com Mário. As transcrições foram realizadas pela própria terapeuta depois de registrada em gravador digital.

Anuncio de antemão que, neste trabalho, não procederei, a análises centradas na relação língua-fala como aquelas que, até o momento, têm sido empreendidas na Clínica de Linguagem. Afetada pela leitura dos autores apresentados neste capítulo fico sob efeito da última citação de Lacan que define o *débil* como aquele que *flutua entre dois discursos*. Aparte às figuras do discurso às quais o autor faz alusão nesta definição e cuja compreensão e aprofundamento, reconheço, exigem um trânsito pela psicanálise que não possuo, ela vai justamente, ao encontro, daquilo que pude perceber na fala deste paciente e que aponta para suas muitas oscilações. De fato essas oscilações parecem dizer dessa “flutuação”. Procurarei assim comentar as *oscilações de Mário e a natureza da relação sujeito-língua* em sua fala.

*SEGMENTO 1* - Este longo segmento se inicia a partir do estranhamento da terapeuta Celina (C.), que entende ter sido chamada de *Mário* pelo paciente (M.).

1.C. - *Eu sou o Mário!? Mas Mário não é nome de homem?*

2.M. - *É*

- 3.C.- *Então como é que eu vou chamar Mário?*
- 4.M. - *Celina Mário*
- 5.C. - *Celina Mário!? Sabe como é que é o meu nome?*
- 6.M. - *Não*
- 7.C. - *Celina Lúcia*
- 8.M. - *Celina Lúcia*
- Celina Fonte [o nome do paciente é Mário Fonte]*
- 9.C. - *Quem é Fonte?*
- 10.M. - *Você*
- 11.C. - *Eu!? Eu sou filha da sua mãe!?*
- 12.M. - *Sim*
- 13.C. - *Será?*
- 14.M. - *Eu acho que sim.!*
- 15.C. - *Mas tem **quantas** filhas a sua mãe?*
- 16.M. - *Duas*
- 17.C. - *Como **duas!**? **Quem?***
- 18.M. - *Você e ela.*
- 19.C. - *Ah! Ela fica filha dela mesmo?*
- 20.M. - *Sim*
- 21.C. - *Não tem alguma coisa errada?*
- 22.M. - *Não, não, não.*
- 23.C. - *Como é que é!? Quem é filha da sua mãe?*
- 24.M. - *Escuta, a carta que você trouxe na 2a. feira, cadê?*
- 25.C. - *O que eu trouxe na 2a. feira?*
- 26.M. - *Não sabe?*
- 27.C. - *Não! Não sei, me conte.*
- 28.M. - *Eu ia jogá com você hoje.*
- 29.C. - *Ah! Você quer jogar? O futebol? O futebol de botão?*
- 30.M. - *Sim senhora...*
- 31.C. - *Não trouxe hoje*
- 32.M. - *E o jornal?*

- 33.C. - *Também não trouxe. Quê que eu trouxe hoje? (tinha livros em cima da mesa)*
- 34.M. - *Quê você trouxe? Você leu algum livrinho.*
- 35.C. - *Então! Vamos ler um livrinho?*
- 36.M. - *Tá bom, não se irrite.*
- 37.C. - *Eu não estou irritada. Eu disse vamos ler um livrinho? Então?*
- 38.M. - *Tá bom, não se irrite.*
- 39.C. - *Por que você acha que eu estou irritada?*
- 40.M. - *(SI)*  
*(silêncio)*
- 41.C. - *Oh! Eu estou sorrindo, como é que eu estou irritada?*
- 42.M. - *Você (SI) querendo(SI)*
- 43.C. - *Como? Não entendi. O quê você falou? [silêncio]*  
*Me diga, o quê você..., que eu não entendi?*
- 44.M. - *O quê que é?*
- 45.C. - *É, o quê você falou agora, que eu não entendi?*
- 46.M. - *Oh! Minha boquinha tá até fê...[fazendo gesto de 'zipar' a boca]*
- 47.C. - *Tua boca está fechada? Por quê? Nós não estamos conversando?*
- 48.M. - *Tá bom, não se irrite.*
- 49.C. - *Mas porque você está achando que eu estou irritada? O que é ser irritada?*
- 50.M. - *Tá bom, não se irrite.*
- 51.C. - *Você sabe o que é ser irritada? Oh! Vamos fazer o seguinte.....*
- 52.M. - *Tá bom, não se irrite.*
- 53.C. - *Tem vários livrinhos aqui. Este aqui eu não achei legal, mas tem um aqui bem legal. Qual você quer ler?*  
*[Mário olha os livros]*
- 54.C. - *Sabe o que está escrito aqui?*
- 55.M. - *Celina [seguindo as letras com o dedo]*
- 56.C. - *Aqui está escrito "O Joelho Juvenal"*
- 57.M. - *Não, espera aí. Você não entendeu.*



- 58.C. - *O quê eu não entendi?*
- 59.M. - *Você não entendeu..*  
*Celina Lucia [apontando com o dedo]*
- 60.C. - *Eu não sou nome de livro, sou?*  
*Isto aqui é um livrinho, não é?*
- 61.M. - *Não*
- 62.C. - *Não!?*
- 63.M. - *É Celina e Lucia*
- 64.C. - *O que é Celina e Lucia?*
- 65.M. - *É parecido com você.*
- 66.C. - *O Joelho Juvenal?*
- 67.M. - *Hum hum*
- 68.C. - *Oh! Tem o Joelho Juvenal ..... [terapeuta mostra os livros]*
- 69.M. - *Cara de jabuticaba*
- 70.C. - *Quem? Como é cara de jabuticaba?*
- 71.M. - *Você*
- 72.C. - *E como é cara de jabuticaba?*
- 73.M.- *[faz careta]*
- 74.C. - *Assim?... E jabuticaba não é uma fruta gostosa, bonita até?*  
*Não é uma fruta bonita?*
- 75.M. - *Você parece sabe o quê?*
- 76.C. - *O quê eu pareço?*
- 77.M. - *Um cara de joelho.*
- 78.C. - *Cara de joelho. Porque?*
- 79.M. - *Por causa que .....*
- 80.C. - *Como é que é cara de joelho?*
- 81.F - *(silêncio).*
- 82.C. - *Oh! Quer ler o do joelho? Este aqui é dos dedinhos, dos dedos da mão.*
- 83.M. - *Eu lê. Celina Lucieto*
- 84.C. - *O que é Celina Lucieto?*
- 85.M. - *Você.*

- 86.C. - *Eu sou Celina Lucia, né?*
- 87.M. - *Celina Lucia, não apreço.*
- 88.C. - *Deixa eu te perguntar uma coisa. Você não disse que lia jornal lá na biblioteca?*
- 89.M. - *Tá bom, não se irrite.*
- 90.C. - *Lia livro..., eu não estou irritada. Estou conversando com você. E aqui está escrito Celina Lucia?*
- 91.M. - *Sim*
- 92.C. - *Será?*
- 93.M. - *Hum hum, ela tem cara de livro*
- 94.C. - *Cara de livro?*  
*Oh! E tem este da casa sonolenta.*
- 95.M. - *Não, espere, espere... [Mário pega o livro]*  
*Celina Solidade*
- 96.C. - *Oh! Você quase acertou. So....*  
*(silêncio).*
- 97.C. - *Como é que pode ser Celina aqui, Celina aqui, Celina aqui [mostrando os livros], os livros não são diferentes?*
- 98.M. - *Pera aí, pera aí. Você não entendeu.*
- 99.C. - *Então me explique*
- 100.M. - *Olha aqui,*  
*Celina chata*
- 101.C. - *Ah! Eu sou chata?*
- 102.M. - *Não, não, brincadeira.*
- 103.C. - *Ah! Brincadeira. Então porque você falou que eu sou chata, se é brincadeira?*
- 104.M. - *Celina horrorosa*
- 105.C. - *Horrorosa porque? Por que eu sou chata, por que eu sou horrorosa?*
- 106.M. - *Celina alegria*
- 107.C. - *Celina alegria?*
- 108.M. - *Sabe porque?*

109.C. - *Porque?*

110.M. - *Por que você tem cara de ...vindo*

111.C. - *Cara de quê?*

112.M. - *Vindo*

113.C. - *Cara de ouvido? Não entendi?*

114.M. - *Quê que é?*

115.C. - *Eu não entendi, o que é cara de ouvido?*

116.M. - *Pera aí Celina.... [põe o dedo indicador na testa pensando]*

*Vovozinha*

117.C - *Porque?*

118.M. - *Você tá de cabelo branco*

119.C. - *Eu tenho cara de cabelo branco, cadê?*

120.M. - *Não parece, mas não é*

121.C. - *Oh! Você só tá dando nome de chata, de horrorosa, de vovozinha, quê mais? Ainda bem que ficou alegria aí, né?*

122.M. - *Olha, presta atenção...*

*Celina Lobão, chapeuzinho Vermelho*

123.C. - *Celina Lobão, Chapeuzinho Vermelho, você conhece esta história?*

124.M. - *Sabe porque?*

125.C. - *Porque?*

126.M. - *Por que se tem cara de vindo*

127.C. - *Cara de ouvido. Eu não sei, eu não sei o que é cara de ouvido. Me explique, como é uma pessoa cara de ouvido?*

128.M. - *Sabe porque?*

*Por que você tem cara de Chapeuzinho.*

129.C.- *Chapeuzinho. Quer que eu leia este livro para você? Da casa, oh aqui está escrito A Casa sonolenta.*

130.M. - *Pera aí.*

131.C. - *Hum!*

132.M. - *Celina casa soledade*

133.C. - *Soledade*

- 134.M. - *Sabe o quê?*
- 135.C. - *Falando em soledade, você disse que foi rezar 3a. feira, ontem?*
- 136.M. - *É ontem*
- 137.C. - *Foi com quem?*
- 138.M. - *Não, foi sozinho.*
- 139.C. - *Foi sozinho?*
- 140.M. - *Fui pegar ônibus*
- 141.C. - *Foi pegar ônibus e aonde você foi levar....*
- 142.M. - *Não sabe?*  
*Não sabe?*
- 143.C. - *Me conte, aonde?*
- 144.M. - *É... é foi no radio, é.*
- 145.C. - *Passou no radio?*
- 146.M. - *Passou*
- 147.C. - *Você foi rezar e passou no rádio, eu não entendi. Você foi aonde?*
- 148.M. - *Foi pegar o ônibus.*
- 149.C. - *Pegou o ônibus...*
- 150.M. - *Fui, fui na igreja.*
- 151.C. - *Foi na igreja. E o que você disse que passou no rádio?*
- 152.M. - *A noveninha!*
- 153.C. - ***Ah! Eu consegui entender. Você foi numa novena, na igreja e esta novena passa no rádio?***
- 154.M. - *Passa*
- 155.C. - *E que igreja que é esta?*
- 156.M. - *É cultura*
- 157.C. - *Passa na cultura? Na rádio cultura?*
- 158.M. - *Passa*
- 159.C. - *E você foi sozinho?*
- 160.M. - *Foi, não foi, eu foi sozinho. Tomei o ônibus, foi pra ouvir o que (SI) meu tercinho, o meu terço e rezei.*
- 161.C. - *Toda 3a. feira você vai na novena?*

- 162.M. - *Todo dia*
- 163.C. - *Todo dia ou toda 3a. feira?*
- 164.M. - *Todo dia. Terça-feira que vem eu vou.*
- 165.C. - ***Ah entendi! Toda semana você vai?***
- 166.M. - *Toda 3a. feira eu vou, domingo eu vou, eu rezo bastante.*
- 167.C. - *Você vai na missa no domingo?*
- 168.M. - *Domingo eu vou por que a mamãe tá dormindo.*
- 169.C. - *Ela vai com você só no domingo?*
- 170.M. - *Não, ela vai dormi. Foi dormi.*
- 171.C. - *Ela foi dormi?*
- 172.M. - *Foi. Daí acorda ela. Tá errado (SI) ela falou assim: acorda a tua mãe, fala com tua mãe.*
- 173.C. - *Então vamos voltar lá no que você estava me contando. Você quis acordar tua mãe, pra ir na missa. Não foi isso?*
174. M. - *Sim*

A partir dessa extensa seqüência é possível identificar rapidamente que há sempre trânsito entre dois modos de relação entre falas. Por vezes, eles se alternam com certa nitidez e, por outras, eles se mesclam de forma complexa:

Há momentos em que o diálogo se sustenta como réplica e, nessas ocasiões, Mário tanto parece dirigir sua fala ao outro, quanto responde à fala do outro. Há momentos em que parecemos estar frente a um *falso diálogo*. Mário fala, mas parece não dirigir sua fala ao outro do diálogo presente - há apenas *semblante de diálogo* na medida em que é o outro-terapeuta (no caso) quem “persegue” a fala de Mário, criando a impressão de turnos dialógicos.

Em que pese o estranhamento da terapeuta frente a alguns enunciados do paciente, os segmentos de 1 a 14 podem ser vistos como característicos de um jogo dialógico - falas parecem enlaçar-se numa alternância de perguntas e respostas, envolvendo ambos os participantes. Contudo, em 11, os pontos de exclamação na transcrição da terapeuta sinalizam que a resposta de Mário, em 10, à pergunta feita por ela (*Quem é “Fonte”?*)

frustra sua expectativa - na verdade, essa resposta causa perplexidade porque *Fonte* é o sobrenome de Mário (e não dela). Essa complicação persistirá no diálogo até o enunciado 23. Mário está dentro do discurso, sem dúvida (ele **fala com** a terapeuta), mas “meio de fora” (ele responde sem compromisso com a verossimilhança). Desse estado de coisas parece decorrer o estranhamento dessa seqüência dialógica, que recorto abaixo:

1.C. - *Eu sou o Mário!? Mas Mário não é nome de homem?*

2.M. - *É*

3.C. - *Então como é que eu vou chamar Mário?*

4.M. - *Celina Mário*

5.C. - *Celina Mário!? Sabe como é que é o meu nome?*

6.M. - *Não*

7.C. - *Celina Lúcia*

8.M. - *Celina Lúcia*

*Celina Fonte [o nome do paciente é Mário Fonte]*

9.C. - *Quem é Fonte?*

10.M. - *Você*

11.C. - *Eu!? Eu sou filha da sua mãe!?*

12.M. - *Sim*

13.C. - *Será?*

14.M. - *Eu acho que sim.!*

15.C. - *Mas tem **quantas** filhas a sua mãe?*

16.M. - *Duas*

17.C. - *Como **duas!**? **Quem?***

18.M. - *Você e ela.*

19.C. - *Ah! Ela fica filha dela mesmo?*

20.M. - *Sim*

21.C. - *Não tem alguma coisa errada?*

22.M. - *Não, não, não.*

23.C. - *Como é que é!? Quem é filha da sua mãe?*

Importa assinalar que não há qualquer desorganização sintagmática nos enunciados de Mário. Note-se, porém, que C. pressiona sua fala, cada vez mais, em busca do *estabelecimento de uma lógica* - uma pressão que persistirá até o final deste segmento de diálogo clínico. Chamado a responder por uma lógica e garantir a “veracidade da informação”, Mário passa ao largo dessa demanda, mas prossegue respondendo à C. - que parece não suportar bem “ficar fora” do sentido (ARAÚJO, 2002). Vê-se aparecer o clássico viés pedagógico/corretivo na fala da terapeuta e, por ela, o caráter adaptativo da clínica fonoaudiológica tradicional em que a única lógica possível ou admissível é a da verdade/falsidade da comunicação, que não abre espaço para um “ponto de poesia” (MILNER, 1978/87), para outros modos de implicação subjetiva na fala. Surpreendente é que, após perguntas escandalizadas e embaraçosas da terapeuta (15 e 23), Mário muda a direção do diálogo. Em 24, ele literalmente sai da “enrascada” e de 24 a 35 acaba acontecendo outra situação difícil e, ao mesmo tempo, cômica, pois tudo o que Mário pede ou sugere (e que, aparentemente, havia sido combinado entre os dois) é negado/recusado pela terapeuta: não há nem carta, nem jornal, nem futebol de botão (prometidos antes) - Mário é quem pressiona aqui (em negrito):

24.M. - ***Escuta, a carta que você trouxe na 2a. feira, cadê?***

25.C. - *O que eu trouxe na 2a. feira?*

26.M. - ***Não sabe?***

27.C. - *Não! Não sei ... me conte.*

28.M. - ***Eu ia jogá com você hoje.***

29.C. - *Ah! Você quer jogar? O futebol? O futebol de botão?*

30.M. - ***Sim senhora...***

31.C. - *Não trouxe hoje*

32.M. - ***E o jornal?***

33.C. - *Também não trouxe. Quê que eu trouxe hoje? (tinha livros em cima da mesa)*

34.M. - *Quê você trouxe? Você leu algum livrinho.*

35.C. - *Então! Vamos ler um livrinho?*

Já, de 36 a 53 surge o que se chamei de *falso diálogo* - é nessa seqüência que se poderá notar uma espécie de transfiguração. Mário **muda o tom de voz** e reproduz, neste momento, um refrão (que aparecia com freqüência): “*tá bom, não se irrite*” (falado por personagem de TV - “Chaves” - e funciona do mesmo modo que o dessa figura), que emerge como contra-ponto estereotipado depois de cada enunciado da terapeuta. Mário, como *Chaves*, é surdo à fala do outro e, também como na TV (o que surpreende), a terapeuta toma essa estereotipia como fala endereçada a ela e a ela responde “negando que esteja irritada”. É a fala de Chaves que fala na fala de Mário e que caracteriza a *holófrase*. A questão é: quem fala com quem nessa seqüência? A fala de Mário “vem em bloco” - voz e segmento alienados a um outro. A fala de C., responde a quem, então? A um bloco cristalizado?

36.M. - Tá bom, não se irrite.

37.C. - Eu não estou irritada. Eu disse vamos ler um livrinho? Então?

38.M. - Tá bom, não se irrite.

39.C. - Por que você acha que eu estou irritada?

40.M. - (SI)

(silêncio)

41.C. - Oh! Eu estou sorrindo, como é que eu estou irritada?

42.M. - *Você (SI) querendo(SI)*

43.C. - Como? Não entendi. O quê você falou? [silêncio]

Me diga, o quê você..., que eu não entendi?

44.M. - O quê que é?

45.C. - É, o quê você falou agora, que eu não entendi?

46.M. - *Oh! Minha boquinha tá até fê...*[fazendo gesto de ‘zipar’ a boca]

47.C. - Tua boca está fechada? Por quê? Nós não estamos conversando?

48.M. - Tá bom, não se irrite.

49.C. - Mas porque você está achando que eu estou irritada? O que é ser irritada?

50.M. - Tá bom, não se irrite.

51.C. - Você sabe o que é ser irritada? Oh! Vamos fazer o seguinte.....



52M. - Tá bom, não se irrite.

53.C. - Tem vários livrinhos aqui. Este aqui eu não achei legal, mas tem um aqui bem legal. Qual você quer ler?

[Mário olha os livros]

Nessa fala cristalizada não há erro (e nem poderia haver) porque não há hesitações ou tropeços - não há intervalo (a não ser em 44 e 46), mas esses enunciados enigmáticos perdem-se.

Entre 54 e 134, novamente oscilações. Instaura-se um movimento discursivo predominantemente *dialógico* em que há, aparentemente, enlaçamento entre falas a despeito de Mário trazer, muitas vezes, o inusitado, inesperado. Aqui, em contraposição às falas em bloco, há incidência do sujeito “*entre os significantes do Outro*”. Sua fala ganha mobilidade em seqüências paralelísticas em torno do nome da terapeuta (mais uma vez). Assim, temos:

54.C. - *Sabe o que está escrito aqui?*

55.M. - *Celina [seguindo as letras com o dedo]*

56.C. - *Aqui está escrito “O Joelho Juvenal”*

57.M. - *Não, espera aí. Você não entendeu.*

58.C. - *O quê eu não entendi?*

59.M. - *Você não entendeu..*

*Celina Lucia [apontando com o dedo]*

60.C. - *Eu não sou nome de livro, sou?*

*Isto aqui é um livrinho, não é?*

61.M. - *Não*

62.C. - *Não!?*

63.M. - *É Celina e Lucia*

64.C. - *O que é Celina e Lucia?*

65.M. - *É parecido com você.*

66.C. - *O Joelho Juvenal?*

67.M. - *Hum hum*

68.C. - *Oh! Tem o Joelho Juvenal ..... [terapeuta mostra os livros]*

69.M. - *Cara de jabuticaba*

70.C. - *Quem? Como é cara de jabuticaba?*

71.M. - *Você*

72.C. - *E como é cara de jabuticaba?*

73.M. - *[faz careta]*

74.C. - *Assim?... E jabuticaba não é uma fruta gostosa, bonita até?*

*Não é uma fruta bonita?*

75.M. - *Você parece sabe o quê?*

76.C. - *O quê eu pareço?*

77.M. - *Um cara de joelho.*

78.C. - *Cara de joelho. Porque?*

79.M. - *Por causa que .....*

80.C. - *Como é que é cara de joelho?*

81.F. - *(silêncio).*

82.C. - *Oh! Quer ler o do joelho? Este aqui é dos dedinhos, dos dedos da mão.*

83.M. - *Eu lê. Celina Lucieto*

84.C. - *O que é Celina Lucieto?*

85.M. - *Você.*

86.C. - *Eu sou Celina Lucia, né?*

87.M. - *Celina Lucia, não aprece.*

88.C. - *Deixa eu te perguntar uma coisa. Você não disse que lia jornal lá na biblioteca?*

89.M. - *Tá bom, não se irrite.*

90.C. - *Lia livro..., eu não estou irritada. Estou conversando com você. E aqui está escrito Celina Lucia?*

91.M. - *Sim*

92.C. - *Será?*

93.M. - *Hum hum, ela tem cara de livro*

94.C. - *Cara de livro?*

*Oh! E tem este da casa sonolenta.*

95.M. - *Não, espere, espere... [Mário pega o livro]*

*Celina Solidade*

96.C. - *Oh! Você quase acertou. So....*

*(silêncio).*

97.C. - *Como é que pode ser Celina aqui, Celina aqui, Celina aqui [mostrando os*

*livros], os livros não são diferentes?*

98.M. - *Pera aí, pera aí. Você não entendeu.*

99.C. - *Então me explique*

100.M. - *Olha aqui,*

*Celina chata*

101.C. - *Ah! Eu sou chata?*

102.M. - *Não, não, brincadeira.*

103.C. - *Ah! Brincadeira. Então porque você falou que eu sou chata, se é brincadeira?*

104.M. - *Celina horrorosa*

105.C. - *Horrorosa porque? Por que eu sou chata, por que eu sou horrorosa?*

106.M. - *Celina alegria*

107.C. - *Celina alegria?*

108.M. - *Sabe porque?*

109.C. - *Porque?*

110.M. - *Por que você tem cara de ...vido*

111.C. - *Cara de quê?*

112.M. - *Vido*

113.C. - *Cara de ouvido? Não entendi?*

114.M. - *Quê que é?*

115.C. - *Eu não entendi, o que é cara de ouvido?*

116.M. - *Pera aí Celina.... [põe o dedo indicador na testa pensando]*

*Vovozinha*

117.C - *Porque?*

118.M. - *Você tá de cabelo branco*

119.C. - *Eu tenho cara de cabelo branco, cadê?*

120.M. - *Não parece, mas não é*

121.C. - *Oh! Você só tá dando nome de chata, de horrorosa, de vovozinha, quê mais? Ainda bem que ficô alegria aí, né?*

122.M. - *Olha, presta atenção...*

*Celina Lobão, chapeuzinho Vermelho*

123.C. - *Celina Lobão, Chapeuzinho Vermelho, você conhece esta história?*

124.M. - *Sabe porque?*

125.C. - *Porque?*

126.M. - *Por que se tem cara de vido*

127.C. - *Cara de ouvido. Eu não sei, eu não sei o que é cara de ouvido. Me explique, como é uma pessoa cara de ouvido?*

128.M. - *Sabe porque?*

*Por que você tem cara de Chapeuzinho.*

129.C.- *Chapeuzinho. Quer que eu leia este livro para você? Da casa, oh aqui está escrito A Casa sonolenta.*

130.M. - *Pera aí.*

131.C. - *Hum!*

132.M. - *Celina casa soledade*

133.C. - *Soledade*

134.M. - *Sabe o quê?.*

As substituições que se sucedem depois de “Celina” são ora suscitadas por ecos sonoros (Lucia/Lucieto/solidade), (atenção, lobão), ora são convocadas por significantes que se relacionam pelo significado (chata/horrorosa/alegria). Pode ocorrer, numa série de substituições, que fragmentos reconhecíveis de textos nela se imiscuem, como em 110, 116 e 122. De todo modo, esse paralelismo é estranho: é tecido em torno de um nome próprio (o da terapeuta), mas substituições não o ressignificam, mesmo porque, nomes próprios designam mas não significam e, desse modo, nas substituições, palavras conversam entre si, mas não com a palavra-âncora que as precede.

Note-se que, ao longo deste grande segmento acima, Mário tem **falas inesperadas porque perpassadas por falas prontas**, como “*Tá bom, não se irrite*”, “*Celina Lúcia não aprece*”, os inúmeros “*Sabe o quê?*”, “*Sabe porque?*”, “*Não sabe?*” e muitas outras. Além disso, chamam atenção, também, os segmentos 57, 59, 95, 98, 116 (“*Pera aí Celina...*”), 122 (“*Olha, presta atenção...*”) e 130, aparentemente surdos à fala do outro. Nesse sentido, um comentário de Pierre Bruno (1986, p.26) a respeito da fala de Hem, um de seus pacientes, faz sentido aqui:

*Hem responde a toda questão que coloco na sessão cortando-a com um “sim” antes que ela chegue a seu término. O “sim” neutraliza a questão, antes que ele possa fechar a significação e **liberar um efeito de sentido** (um outro menino débil, L., tem o mesmo hábito de me perguntar a cada fim de sessão: “você estará lá quinta?” e, logo em seguida: “você não estará lá na quinta?” Todos os casos de resposta são assim antecipados, o que neutraliza dessa vez toda resposta de minha parte.*

Não parecem diferentes muitas das falas de Mário: ele “*não pode ler nas entrelinhas*”, na verdade, ele escuta palavras, mas não o outro. Assim, há “*descarte dos significantes*” que poderiam dar margem a novas significações (BRUNO, *ibidem*, p.26). Conseqüentemente, há neutralização de sentidos e de posições.

Entre 135 e 174, Mário é chamado a fazer um relato e assistimos à sua dificuldade de mudar de posição subjetiva, de passar para a posição de narrador.

135.C. - *Falando em soledade, você disse que **foi** rezar 3a. feira, ontem?*

136.M. - *É ontem*

137.C. - ***Foi** com quem?*

138.M. - *Não, **foi sozinho**.*

139.C. - *Foi sozinho?*

140.M. - ***Fui pegar** ônibus*

141.C. - ***Foi** pegar ônibus e aonde você **foi** levar....*

142.M. - *Não sabe?*

*Não sabe?*

143.C. - *Me conte, aonde?*

144.M. - *É... é **foi** no radio, é.*

145.C. - ***Passou** no radio?*

146.M. - ***Passou***

147.C. - *Você **foi** rezar e passou no rádio, eu não entendi. Você **foi** aonde?*

148.M. - ***Foi pegar** o ônibus.*

149.C. - *Pegou o ônibus...*

150.M. - ***Fui, fui** na igreja.*

151.C. - *Foi na igreja. E o que você disse que passou no rádio?*

- 152.M. - *A noveninha!*
- 153.C. - **Ah! Eu consegui entender.** *Você foi numa novena, na igreja e esta novena passa no rádio?*
- 154.M. - **Passa**
- 155.C. - *E que igreja que é esta?*
- 156.M. - *É cultura*
- 157.C. - **Passa na cultura? Na rádio cultura?**
- 158.M. - **Passa**
- 159.C. - **E você foi sozinho?**
- 160.M. - **Foi, não foi, eu foi sozinho. Tomei o ônibus, foi pra ouvir o que (SI) meu tercinho, o meu terço e rezei.**
- 161.C. - *Toda 3a. feira você vai na novena?*
- 162.M. - *Todo dia*
- 163.C. - *Todo dia ou toda 3a. feira?*
- 164.M. - *Todo dia. Terça-feira que vem eu vou.*
- 165.C. - **Ah entendi! Toda semana você vai?**
- 166.M. - **Toda 3a. feira eu vou, domingo eu vou, eu rezo bastante.**

Como se pode ver, trata-se de uma narrativa que, independentemente da questão da verossimilhança dos fatos narrados por Mário, não dispensa a fala do outro. Mesmo assim, há confusões. As pontuações de De Lemos (2006) sobre a posição subjetiva, **indiciada pela presença dos pronomes pessoais**, na narrativa da criança, são relevantes. A partir dessas considerações, pode-se dizer que Mário balança entre ‘eu’ e ‘ele’: fica entre a posição de quem pode se designar como “eu” (“Fui pegar ônibus”, “Fui, fui na igreja”, “eu vou”, “eu rezo bastante”, etc.) e a posição daquele “de quem se fala” (“foi pegar o ônibus”, “eu foi sozinho”, etc), mas que deveria responder na primeira pessoa. Destaco, como ilustrativo do que digo, os segmentos abaixo:

- 137.C. - **Foi com quem?**
- 138.M. - **Não, foi sozinho.**

159.C. - **E você foi sozinho?**

160.M. - **Foi, não foi, eu foi sozinho. Tomei o ônibus, foi pra ouvir o que (SI) meu tercinho, o meu terço e rezei.**

A presença instável dos pronomes pessoais na fala de Mário mostra, de fato, sua oscilação “entre posições”. Mas antes de encerrar esses comentários sobre as características da fala de Mário, gostaria de chamar atenção, ainda no que diz respeito às **oscilações entre posições subjetivas**, para o segmento abaixo. Nele, Mário muda o tom de voz, fala rispidamente e mais alto, coloca o dedo em riste. Ele parece um ator e numa cena outra, bem distante daquela que envolve a terapeuta. Eu a reproduzo abaixo:

496.M. - **Nada a vê, o teu pai, a tua mãe, o teu namorado**

497.C. - *O quê que tem?*

498.M. - *Contou pra ele que você não é ... São Paulo .... você é Coritiba e Atlético.*

499.C. - *Ah! Como é que eu posso ser Coritiba e Atlético do mesmo lugar. [os dois times são de Curitiba e Mário é torcedor do Coritiba]*

500.M. - **Sim senhora.**

501.C. - *Não.*

502.M. - **Porque quem é responsável aqui sô eu!**

503.C. - *Ah você? Você que é responsável? E o que o responsável faz?*

504.M. - **O responso.**

505.C. - *E o quê que ele faz?*

506.M. - **O responsável prá aqui .... sô eu! Quem é este orgulho daqui sô eu!**

507.C. - *Ah você é o orgulho daqui? E o que o responsável faz?*

508.M. - **E você o que tá fazendo aqui?**

509.C. - *Eu estou conversando com você. Não estou?*

510.M. - **E você não sabe quem é você?!**

511.C. - *Eu sei! Você sabe quem é você?*

512.M. - **Não sabe? Como você é falsa!**

513.C. - *Porque que eu sou falsa com você? O quê que eu fiz?*



- 514.M. - **O quê que teu namorado contô pra você?**
- 515.C. - *O que você acha que ele contou?*
- 516.M. - **Nada. O quê que ele trouxe?**
- 517.C. - *Quem é meu namorado?*
- 518.M. - **Desembucha.**
- 519.C. - *Desembucha o quê?*
- 520.M. - **Vamos** [bate com a mão na mesa]  
**Vamo, em nome da lei!**
- 521.C. - *Ãh?*
- 522.M. - **Em nome da lei polícia daqui!**
- 523.C. - *Ah, você é polícia agora? Olha você era o responsável, agora você é polícia daqui...*
- 524.M. - **Sim senhora.**
- 525.C. - *Aqui na Clínica tem polícia?*
- 526.M. - **Tem.**
- 527.C. - *Porque?*
- 528.M. - **Porque sô eu, quem manda aqui sô eu!**
- 529.C. - *O quê que você manda?*
- 530.M. - **Coloco você na cadeia!**
- 531.C. - *Mas porque? O quê que eu fiz para ir para a cadeia?*
- 532.M. - **O meu patrão não vai .....quer falá com você.**
- 533.C. - *Porque? O quê que eu fiz, que seu patrão quer fazer comigo? Hein?*
- 534.M. - **Vamos, vamos em nome da lei!**
- 535.C. - *Vamos aonde?*
- 536.M. - **Na delegacia falar com o meu patrão.**
- 537.C. - *O teu patrão ta lá na delegacia?*
- 538.M. - **Tá.**
- 539.C. - *E fazendo o quê na delegacia?*
- 540.M. - **Fala, desembuche!**
- 541.C. - *Mário, não estou entendendo... O que você quer que eu desembuche, o que você quer que eu fale? Me diga.*

- 542.M. - **É liberdade!**
- 543.C. - *Como?*
- 544.M. - **É liberdade!**
- 545.C. - *Liberdade?*
- 546.M. - **Quem é liberdade aqui sô eu! E você, na prisão!**
- 547.C. - *O que tem na prisão?*
- 548.M. - **Vou colocá lá.**
- 549.C. - *E se você me colocá lá na prisão, como é que eu vou vir aqui conversar com você?*
- 550.M. - **Jamais!**
- 551.C. - *Jamais, o quê?*
- 552.M. - **Jamais, jamais! ...**
- 553.C. - *Acho que você está treinando....*
- 554.M. - **Nada a vê!**
- 555.C. - *Nada a vê?*
- 556..M. - **Sabe porque você tá na cadeia?**
- 557.C. - *Na cadeia? Então não vou mais conversar com você se eu estou na cadeia.*
- 558.M. - **Sem comida, sem chuveiro, sem ficá de castigo ....**
- 559.C. - *É, nossa! Mas nós nem vamos poder ser mais amigo?*
- 560.M. - **Não!**
- 561.C. - *Não? Nem vamos mais conversar, nem vamos mais poder jogar botão? Nem vamos mais conversar sobre futebol, natação?*
- 562.M. - **Não fale!**
- 563.C. - *Nem sobre judô, sobre a capoeira...?*
- 564.M. - **Vamos saindo.**
- 565.C. - *Você está bravo?*
- 566.M. - **Vamos saindo, por que eu não quero mais falar.**
- 567.C. - *Vou voltar a ler o livro se você não quiser mais falar.*
- 568.M. - **Não fale mal de ninguém! Se você falar mal de alguém, você vai ver comigo.**

- 569.C. - *Olha aqui Mário, quando que eu falei mal de alguém?*
- 570.M. - ***Eu vou chamar o meu professor, o meu professor. Meu professor Guido, tem uma coisa, se você falar mal dele, não volto mais aqui.***
- 571.C. - *Eu não falei mal do professor Guido. Ele não é legal? [pseudo diálogo, fala vazia, para sustentar o diálogo]*
- 572.M. - ***Não fale mal!***
- 573.C. - *O teu professor Guido*
- 574.M. - ***Não fale mal dele! Se falar mal dele, sabe o que acontece com você?***
- 575.C. - *O quê?*
- 576.M. - ***Olho da rua!***
- 577.C. - *Ih eu to achando que hoje você ta muito bravo comigo.*
- 578.M. - ***Tô!***
- 579.C. - *Diga-me, nós estamos conversando e de repente ficou muito bravo, quer me repreender, quer me deixar sem ...*
- 580.M. - ***De castigo!***
- 581.C. - *De castigo?*
- 582.M. - ***Sim senhora!***
- 583.C. - *Quem vai pro castigo?*
- 584.M. - ***Você!***
- 585.C. - *Quando faz o quê, que uma pessoa vai pro castigo?*
- 586.M. - ***Sem comida, sem ....., sem nada.***
- 587.C. - *Você já ficou de castigo?*
- 588.M. - ***Nada a vê.***
- 589.C. - *Ah!*
- 590.M. - ***Nada a vê o responsável aqui sôeu!***
- 591.C. - *Então se eu estou de castigo, então não vou nem conversar.*
- 592.M. - ***Bom, eu acho bom.***
- 593.C. - *Então eu vou voltar a ler o livro enquanto a gente não conversa, tá bom?*
- 594.M. - *Ih brigado (SI). Você sabe que a Celina não que falar mal da ..... ah do*

*Granal Doma [nome do idealizador do método de tratamento que fazia quando bebê]*

595.C. - *Quer conversar?*

596.M. - ***Celina, conheço você***

Mário repõe falas (da mãe?), fica surdo à fala do outro, cede corpo e voz. Mário se apresenta como outro e fala desde outro lugar. Desta vez, o que chama a atenção e sensibiliza é a violência subjacente da cena que volta. Como de outras vezes, Celina procura entrar nessa fala, ela vai atrás, mas Mário não responde a ela. Essa situação, certamente, levanta questões para um clínico de linguagem e a busca de um manejo teoricamente orientado para esses casos, mais que uma necessidade é um gesto ético.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

No âmbito da Clínica de Linguagem, falas sintomáticas têm sido definidas a partir do efeito de estranhamento que advém de seu desarranjo do ponto de vista estrutural. De fato, não parece haver dúvida, de que ele é apreendido, na escuta de um já falante, como envolvendo um problema "de linguagem". Um já falante que ao ouvir uma fala desarranjada em sua superfície, pode estranhá-la; capta um problema que é "**de fala**" e busca ou indica a necessidade de uma clínica voltada ao seu "tratamento".

Nesses casos, admi-se, com facilidade, a implicação do lingüístico. Ela transparece nas produções insólitas de sujeitos encaminhados para a clínica fonoaudiológica como nos mostrou Andrade (2003). A autora dá visibilidade à relação sujeito(escuta)-língua/fala sensibilizada pelo caráter peculiar da segmentação e das composições bizarras dos enunciados de algumas crianças. Enfim, acolhemos prontamente esses casos e costumamos dizer, com Lier-DeVitto que o sintoma na fala tem uma natureza particular. Por conta disso, alguns espaços de filiação teórica foram privilegiados e subsidiaram a reflexão sobre as manifestações sintomáticas de fala, o que pode ser claramente atestado no acompanhamento da trajetória de construção da noção de sintoma na Clínica de Linguagem, aqui apresentada. Nesse percurso, a definição de sintoma na fala enquanto *desarranjo na tessitura significativa* é tributária do *diálogo teórico* estabelecido com a Lingüística.

Ao lado disso, a Clínica de linguagem pouco tem se pronunciado acerca de falas sintomáticas que se *desviam* ou *perturbam* o sentido no diálogo ou numa narrativa. E note-se, a despeito do reconhecimento do "*inequívoco movimento da língua nessas falas [...], movimentadas pela materialidade sonora e de substituições possíveis que ferem a concatenação textual*" (LIER-DeVITTO, 2003, p.242). De fato, a Linguística, como assinala Pêcheux (1975, p.88), "*...se ocupa em expulsar a questão do sentido para fora de seu domínio*".

Por aí, se configura um limite para a Clínica de Linguagem, na abordagem de tais casos. Entretanto, essas falas chegam à clínica e pedem explicação e, além disso, exigem direção de tratamento. Isso é mais do que suficiente para que se leve a diante a tentativa de

problematizá-las numa Clínica de Linguagem, o que pretendo realizar num próximo trabalho. Quero dizer que ainda que “façam sistema”, que sejam “gramaticais”, esses acontecimentos não deixam de expor, na pluralidade de suas manifestações, como já dito anteriormente, o insucesso de um falante - um falante que “*quando chamado a responder pelo que diz, [...] cede a voz, empresta o corpo, põe em ato o fracasso de ser presença restritiva (mesmo que faltosa) na linguagem*”, como assinala Lier-DeVitto (2003, p.242).

Embora muito se possa dizer sobre a complexidade envolvida na relação sujeito-linguagem envolvendo *débeis*, contento-me, neste trabalho, com o passo que pude dar. Espero, contudo, ter iniciado um movimento para o enfrentamento de casos como o de Mário que fazem presença e, com bastante freqüência, na Clínica de Linguagem: crianças com Síndrome de Down são encaminhadas para esta clínica, devido à sua condição singular de falantes. Reconheço que essas pessoas interrogam sobre o “manejo” e, inclusive, sobre os próprios limites dessa Clínica - ponto de que parti para a realização deste trabalho. Penso, ao finalizar este percurso, que é preciso caminhar mais. Por esse motivo, não teço considerações sobre ações clínicas, embora esteja certa de que muito poderia ter sido dito. Algumas ficam implícitas e merecem ser desenvolvidas - aquelas que dizem respeito ao fato de que a clínica fonoaudiológica é calcada em relações intersubjetivas ou sobre a ineficácia de recursos adaptativos, sobre insistência na busca da verossimilhança de falas sintomáticas ou do hábito da tradução compreensiva (Allouch, 1995; Vorcaro, 1997; Arantes, 2001, Araújo, 2002). De fato, a lógica dessas falas não é comandada pelo contexto situacional ou interativo. Penso que a Clínica de Linguagem deve responder por isso caso se disponha a receber a demanda de pessoas “*mal instaladas*” ou “*meio por fora*” do discurso (como disse Lacan).

## BIBLIOGRAFIA

- ABEDUTTO, L.; MURPHY, M.M. Language, social cognition, maladaptive behavior, and communication in Down syndrome and fragile X syndrome. In M. L. Rice & S. F. Warren. **Developmental language disorders: From phenotypes to etiologies**. Mahwah, NJ: Erlbaum (Eds.), 2004.
- ALLOUCH, J. **Letra a letra**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1995.
- ANDRADE, L. **Ouvir e escutar na constituição da clínica de linguagem**. Tese de doutorado. LAEL-PUCSP, 2003.
- \_\_\_\_\_ Procedimentos de avaliação de linguagem na clínica fonoaudiológica: entre o singular e o universal. In M.F. Lier-DeVitto & L.Aranes (orgs.). **Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem**. São Paulo: EDUC/FAPESP, 2006, pp.349-360.
- ARANTES, L. O fonoaudiólogo esse aprendiz de feiticeiro. In M.F. Lier-DeVitto (org.). **Fonoaudiologia: no sentido da linguagem**. São Paulo: Cortez, 1994.
- \_\_\_\_\_ **Diagnóstico e clínica de linguagem**. Tese de Doutorado. LAEL-PUCSP, 2001.
- ARAÚJO, S. **O fonoaudiólogo frente à fala sintomática de crianças: uma posição terapêutica?** Tese de Doutorado. FFCH-USP, 2002.
- BENINE, R. **“Omidéio”**: o que é isto? - questões e reflexões sobre as dislalias, distúrbios articulatórios funcionais e desvios fonológicos. Tese de Doutorado. LAEL-PUCSP, 2001.
- BENVENISTE, E. **Problemas de lingüística geral I e II**. Campinas: Pontes (Editora da UNICAMP), 1966/95.
- BERBERIAN, A.P. **Fonoaudiologia e Educação: um encontro histórico**. São Paulo: Plexus, 1995.
- BINET, A.; SIMON, T. **Les enfants anormaux**. Toulouse :Privat, 1978.
- BRINTON, B.; FUJIKI, M. A comparison of request-response sequences in the discourse of normal and language-disordered children. **Journal of speech and hearing disorders**, 1982, n°47, pp.620-657.
- BRUNO, P. A côté de la plaque sur la débilite mentale. **Ornicar?, Bulletin du Champ freudien**, 1986, n° 37, pp. 38-65.

- BRUNONI, D. Aspectos epidemiológicos e genéticos. In J.S.Schwartzman & Cols. **Síndrome de Down**. São Paulo:Ed.Mackenzie: Memnon, 1999, cap. IV, pp.32-43.

-



- BUCKLEY, S. Language development in children with Down Syndrome: reasons for optimism. Disponível em: <http://information.downsided.org/library/periodicals/drsp/01/1/003/DSRP-01-1-003-EN-GB.html>. Última modificação: 22/01/2004. Data de acesso: 06/07/2007. Copyright © 1996-2007. The Down Syndrome Educational Trust. All Rights Reserved.
- CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. São Paulo: Forense, 1943/90.
- CARVALHO, G.M. **Erro de pessoa: um estudo sobre o equívoco em aquisição da linguagem**. Tese de Doutorado. IEL-UNICAMP, 1995.
- CHAPMAN, R. Desenvolvimento da linguagem em crianças e adolescentes com Síndrome de Down. In. P. Fletcher & B. MacWhinney (orgs.). **Compêndio da linguagem da criança**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997, pp. 517-533.
- CLAVREUL, J. **A ordem médica: poder e impotência do discurso médico**. São Paulo: Brasiliense, 1978/83.
- CRAIG, H.K. Deficiências pragmáticas. In P. Fletcher & B. MacWhinney (orgs.). **Compêndio da linguagem da criança**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997, pp. 503-516.
- CUNNINGHAM, C. **Understanding Down Syndrome: an introduction for parents**. New York: Brokline Books, 1999.
- CUNNINGHAM, C.; GLENN, S.M.; WILKINSON, P.; SLOPER, P. Mental ability, symbolic play and receptive and expressive language of young children with Down's Syndrome. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, 1985, vol.26, nº2, pp.255-65.
- CURTISS, S.; TALLAL, P. On the nature of impairment in language-impaired children. In J.F.Müller (ed.). **Research on child language disorders: a decade of progress**. Austin Tx: Pro-Ed, 1991, pp.189-210.
- De LEMOS, C.T.G. Sobre a aquisição da linguagem e seu dilema (pecado) original. **Boletim da Abralin**, vol.3. Recife: Editora da Universidade Estadual de Pernambuco, 1982.
- \_\_\_\_\_. A sintaxe no espelho. **Cadernos de Estudos Lingüísticos**, vol. 10. Campinas: UNICAMP, 1986.
- \_\_\_\_\_. Los procesos metafóricos y metonímicos como mecanismos de cambio. **Substractum**, Barcelona: Meldar, 1992, nº1, pp.121-135.

- \_\_\_\_\_ Língua e discurso na teorização sobre a aquisição de linguagem. **Letras de Hoje**, Porto Alegre: EDIPUCRS, 1995, vol.30, nº4, pp. 9-28.
- \_\_\_\_\_ Em busca de uma alternativa à noção de desenvolvimento na interpretação do processo de Aquisição de Linguagem. **Relatório Científico CNPq, 1996**. (inédito).
-

- \_\_\_\_\_ Native speaker's intuitions and metalinguistic abilities: what do they have in common from the point of view of language acquisition? **Cadernos de Estudos Linguísticos**, Campinas: Editora da UNICAMP, 1998, vol 33, pp.5-14.
- \_\_\_\_\_ Em busca de uma alternativa à noção de desenvolvimento na interpretação do processo de Aquisição de Linguagem. Parte II. **Relatório Científico CNPq**, 1999. (inédito)
- \_\_\_\_\_ Sobre o estatuto lingüístico discursivo da narrativa na fala da criança. **Lingüística** 13, 2001, pp.23-60.
- \_\_\_\_\_. Das Vicissitudes da fala da criança e de sua investigação. **Cadernos de Estudos Linguísticos**, Campinas, 2002a, (42): 41-69.
- \_\_\_\_\_ Sobre fragmentos e holófrases. **Psicanálise-Infância-Educação**. São Paulo: USP-IP, 2002b, pp.45-52.
- FELMAN, S. **Le scandal du corps parlant: Don Juan avec Austin ou la séduction en deux langues**. Paris: Éditions du Seuil, 1980.
- FERGUSON, A. Maximising communication effectiveness. In N. Müller (ed.) **Pragmatics in speech and language pathology**. Amsterdam: John Benjamins Publishing Co, 2000, pp.53-88.
- FERNANDES, F.D.M. **Aspectos funcionais da comunicação de crianças com síndrome autística**. Tese de Doutorado. FFCH-USP, 1995.
- \_\_\_\_\_. **Atuação fonoaudiológica com crianças com transtornos do espectro autístico**. Tese de Livre-Docência. USP (Curso de Fonoaudiologia), 2002.
- FIGUEIRA, R.A. Erro e enigma na aquisição da linguagem. **Letras de Hoje**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 30, nº4, pp. 145-162.
- FIGUEIREDO NETO, L.E. **O início da prática fonoaudiológica na cidade de São Paulo - seus determinantes históricos e sociais**. Dissertação de Mestrado. Distúrbios da Comunicação-PUCSP, 1988.
- FONSECA, S.C. **Afasia: a fala em sofrimento**. Dissertação de Mestrado. LAEL-PUCSP. 1995.
- \_\_\_\_\_. **O afásico na clínica de linguagem**. Tese de Doutorado. LAEL-PUCSP. 2002.

- \_\_\_\_\_ . O estatuto da entrevista no processo dialógico da afasia. In M.F. Lier-DeVitto & L. Arantes (orgs.). **Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem**. São Paulo: EDUC, FAPESP, 2006.
- FOWLER, A. Language abilities in children with Down Syndrome: evidence for a specific syntactic delay. In D. Cicchetti & M. Beeghly (eds.). **Children with Down Syndrome: a developmental perspective**. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.
- FREUD, S. Os chistes e sua relação com o inconsciente. In **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira**. Vol.VIII. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1905/1996.
- GROSSEN, M; SALAZAR-ORVIG, A.S. clinical interviews as verbal interactions: a multidisciplinary outlook. **Pragmatics**, Antuérpia: IprA, 1998 vol.8, n.2, pp.149-155.
- GIRARDI, A.P. O discurso do risco e o risco do discurso. Tese de Doutorado. LAEL-PUCSP. (a sair).
- HENRY, P. **A ferramenta. Imperfeita - língua, sujeito e discurso**. Campinas-SP: Editora da UNICAMP, 1992.
- \_\_\_\_\_. Os fundamentos teóricos da “análise automática do discurso” de Michel Pêcheux (1969). In F. Galet; T. Hak (orgs.). **Por uma análise automática do discurso**. Campinas-SP: Editora da UNICAMP, 1993.
- HUDELOT, C. To pursue the discussion without concluding. **Pragmatics**, Antuérpia: IprA, 1998 vol.8, n.2, pp.287-295.
- JACOBS, P. The somatic chromosomes in mongolism. **Lancet**, 1:710, 1959.
- JAKOBSON, R. Dois aspectos da linguagem e dois tipos de afasia. In **Linguística e Comunicação**. São Paulo: Cultrix, 1954/88.
- \_\_\_\_\_ Linguística e poética. In **Linguística e comunicação**. São Paulo: Cultrix, 1960.
- JASPERS, K. **Psicopatologia geral**. São Paulo: Atheneu, 1987.
- KUMIN, L. Comprehensive speech and language treatment for infants, toddlers, and children with Down syndrome. In T.J Hassold & D. Patterson (eds.). **Down Syndrome: a promising future, together**. New York: John Wiley & Sons, 1999, pp.145-54.
- LACAN, J. **O Seminário, livro IV, A relação de objeto**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1956-7/95.

- \_\_\_\_\_ **O Seminário, livro 11, Os quarto conceitos fundamentais da psicanálise.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1964/88.
- \_\_\_\_\_ **Le seminaire, livre XVI, D'um autre à l'Autre.** Paris - inédito, 1968-69.
-

- \_\_\_\_\_  
**Le seminaire, livre XIX, ...ou pire.** Paris - inédito, 1971-72.
- \_\_\_\_\_ **R.S.I. Ornicar? Bulletin du Champ freudien**, nº 3, 1975.
- LANDI, R. **Sob efeito da afasia. A interdisciplinaridade como sintoma nas teorizações.** Dissertação de Mestrado. LAEL-PUCSP, 2000.
- \_\_\_\_\_. Quando o sintoma é de escuta: considerações sobre o diagnóstico de afásicos na clínica de linguagem. In M.F. Lier-DeVitto; L. Arantes (orgs.). **Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem.** São Paulo: EDUC - FAPESP, 2006, p.341-7.
- LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J.B. **Vocabulário de psicanálise.** São Paulo: martins Fontes, 2001.
- LAURENT, E. El goce del débil. In **Niños en psicoanalysis.** Buenos Aires: Manantial, 1989.
- \_\_\_\_\_ **Versões da clínica psicanalítica.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1995.
- LEJEUNE, J. Le mongolisme - premier exemple d'aberration autosomique humaine, **Ann Genet**, 1 : 41-9, 1959.
- LEMOS, M.T.G. A fala da criança como interpretação: uma análise das teorias em aquisição da linguagem. **Letras de Hoje.** Porto Alegre: EDIPUCRS, 1995, vol.30, nº4.
- \_\_\_\_\_ **A língua que me falta: uma análise dos estudos em aquisição da linguagem.** Campinas: Mercado das Letras, 1994/2002.
- LESHIN, L. Trisomy 21: the history of Down Syndrome. Disponível em: **http://www.ds-health.com/**. Última modificação: 17/01/2007. Data de acesso: 06/07/2007. Copyright © 1997, 2000, 2003 - 2007. Down Syndrome: Health Issues: news and information for parents and professionals.
- LIER-DE VITTO, M.F. Apresentação. In M.F. Lier-DeVitto (org.). **Fonoaudiologia: no sentido da linguagem.** São Paulo:Cortez Editora, 1994.
- \_\_\_\_\_. Novas Contribuições da lingüística para a Fonoaudiologia. **Distúrbios da Comunicação.** São Paulo, 1995, v.7, nº2, p.163-171.
- \_\_\_\_\_. **Os Monólogos da criança: delírios da língua.** São Paulo: Educ, 1998.

- \_\_\_\_\_ .Theory as a ideology and approach to deviant linguistic facts. In J. Verschueren (ed.) in **Language and Ideology**. Antuérpia: IPRA & Authors, 1999, vol.1, pg.344-351.
- \_\_\_\_\_ .As margens da Lingüística: falas patológicas e a história de um desencontro. **Memorial de concurso para professor titular**. LAEL/PUCSP, 2000a.
- \_\_\_\_\_ .Relatório científico de produtividade em pesquisa. CNPq, 2000/02.
- \_\_\_\_\_ .Sobre o sintoma - déficit de linguagem, efeito da fala no outro, ou ainda...? **Letras de Hoje**. Porto Alegre, 2001a, v.36, n.3 pp. 245-251.
- \_\_\_\_\_ .**Sobre o sintoma na linguagem**. Trabalho apresentado no XXI InPLA. LAEL-PUCSP, 2001b, Texto inédito.
- \_\_\_\_\_ .**Pontuações sobre a heterogeneidade**. Trabalho apresentado no XXII InPLA. LAEL-PUCSP, 2002a, Texto inédito.
- \_\_\_\_\_ .Questions on the normal-pathological polarity. **Revista da ANPOLL**. São Paulo: EDUSP, 2002b, vol.12, nº1, pp.169-186.
- \_\_\_\_\_ Patologias da linguagem: sobre as “vicissitudes de falas sintomáticas”. Texto inédito originalmente elaborado para apresentação oral no evento em homenagem à Cláudia Lemos, na UNICAMP, 2002c. (uma versão modificada e ampliada deste trabalho foi publicada, sob o mesmo título, em 2006. - ver ref. abaixo).
- \_\_\_\_\_ .Patologias da Linguagem: subversão posta em ato. In LEITE, N. (Org). **Corpo e Linguagem: gestos e afetos**. Campinas: Mercado da Letras/FAEP/Unicamp, 2003, pp. 233-245.
- \_\_\_\_\_ .The symptomatic status of symptoms: pathological errors and cognitive approaches to language usage. Comunicação em Painel no 7º International Pragmatics Conference. Budapeste, Hungria. In **Revista Distúrbios da Comunicação**. São Paulo:EDUC, 2004a, vol.16, pp.195-201
- \_\_\_\_\_ .A criança e as instituições. Comunicação apresentada no Encontro do LEPSI, 2004b.
- \_\_\_\_\_ .Sobre a posição do investigador e a do clínico frente a falas sintomáticas. In **Letras de Hoje**. Porto Alegre. EDIPUCRS, 2004c, v.39, nº3, p47-59.
- \_\_\_\_\_ . Falas sintomáticas: fora de tempo, fora de lugar. **Cadernos de Estudos Lingüísticos**. Campinas, 2005a, no 47(1) e (2): 143-150.

- \_\_\_\_\_ . Falas Sintomáticas: um problema antigo, uma questão contemporânea. In. M.M. Freire; M.H.V. Abrahão; A.M.F. Barcelos (orgs.). **Linguística aplicada e contemporaneidade**. Campinas: Pontes, 2005b, v.1, pp. 317-28
- \_\_\_\_\_ . Patologias da Linguagem: sobre as “vicissitudes de falas sintomáticas”. In M.F. Lier-DeVitto & L. Arantes (orgs.). **Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem**. São Paulo: EDUC, FAPESP, 2002d/2006b, p.183-200.
- \_\_\_\_\_ Efeitos subjetivos na cadeia significativa: considerações sobre a alteridade. **Letras de Hoje**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2007.
- LIER-DE VITTO, M.F.; ARANTES, L. Sobre os efeitos da fala da criança: da heterogeneidade desses efeitos. **Letras de Hoje**. Porto Alegre, 1998, v.33, n.2, p.65-71.
- LIER-DE VITTO, M.F.; FONSECA, S.C. Linguística, Aquisição da Linguagem e Patologia: relações possíveis e restrições obrigatórias. In **Letras de Hoje**. Porto Alegre: PUCRS, 2001, Vol.36, n.º3, pp.433-41.
- \_\_\_\_\_ O “equivoco bem-sucedido” ou da comunicação no diálogo. Artigo resultante de comunicação apresentada em sessão coordenada no 7º ENAL. Porto Alegre, PUCRS, 2006. A sair na **Edição Eletrônica do ENAL**, 2008.
- LIER-DE VITTO, M.F.; FONSECA, S.C.; LANDI, R. **Veze voz na linguagem: o sujeito sob efeito de sua fala sintomática**. In Kayrós, Revista do Programa de Gerontologia da PUSP: EDUC, 2007.
- LIMONGI, S.C.O. Linguagem na Síndrome de Down. In L.P.Ferreira, D.M. Befi-Lopes & S.C.O. Limongi (orgs.). **Tratado de fonoaudiologia**. São Paulo: Roca, cap.76, pp.954-966, 2004.
- MANNONI, M. **A criança retardada e a mãe**. São Paulo: Martins Fontes, 1964/99.
- MEY, J.; HABERLAND, H. Editorial: Linguistics and Pragmatics. **Journal of Pragmatics**, 1977, vol.1, pp.1-12.
- MILLER, J.F. Language and communication characteristics of children with Down Syndrome. In S.M.Pueschel et al. **New perspectives in Down Syndrome**. Baltimore: Brookes Publishing, 1987, cap. 9, pp.233-62.
- \_\_\_\_\_ The developmental asynchrony of language development in children with Down Syndrome. In L. Nadel (ed.). **The psychobiology of Down Syndrome**. Cambridge: MIT Press, 1988, pp. 167-97.



- \_\_\_\_\_ Development of speech and language in children with Down Syndrome. In I.T. Lott & E.E. McCoy (eds.). **Clinical care for persons with Down Syndrome**. New York: Academic Press, 1992, pp. 39-50.
- \_\_\_\_\_ Development of speech and language in children with Down Syndrome. In I.T. Lott & E.E. McCoy (eds.). **Down Syndrome: advances in medical care**. New York: Wiley & Sons, 1993.
- MILNER, J.C. **O amor da língua**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1978/87.
- \_\_\_\_\_ **El périplo estructural. Figuras y paradigma**. Buenos Aires: Amorrortu, 2002.
-

- MONDADA, L. Therapy interactions: specific genre or “blown up” version of ordinary conversational practices? **Pragmatics**, Antuérpia: IprA, 1998 vol.8, n.2, pp. 155-167.
- MOORE, L.; CLIBBENS, J.; DENNIS, I. Reference and representation in children with Down syndrome. Disponível em: **http://information.downs.org/library/periodicals/drsp/05/2/063/DSRP-05-2-063-EN-GB.html**. Última modificação: 22/01/2004. Data de acesso: 06/07/2007. Copyright © 1996-2007. The Down Syndrome Educational Trust. All Rights Reserved.
- MOTA, S.B.V. **O quebra-cabeça da escrita: a instância da letra na aquisição**. Tese de Doutorado. PUCSP, 1995.
- MÜLLER, J. Pragmatics in speech and language pathology: clinical pragmatics. In N. Müller (ed.) **Pragmatics in speech and language pathology**. Amsterdam: John Benjamins Publishing Co, 2000, pp.1-6.
- NOVAES, M. **Os dizeres nas esquizofrenias: uma cartola sem fundo**. São Paulo: Editora Escuta (Plethos).
- OLIVEIRA, M.T. **Ecolalia: quem fala nessa voz?** Dissertação de Mestrado. LAEL-PUCSP, 2001.
- PASTORELLO, L.M. Contribuições da abordagem funcionalista do desenvolvimento da linguagem: análise clínica de dois casos. In F.D.M. Fernandes ; L.M. Pastorello; C.I. Scheuer. **Fonoaudiologia em Distúrbios Psiquiátricos da Infância**. São Paulo: Lovise, 1996, pp.181-99.
- PERKINS, M. The scope of pragmatics disability: a cognitive approach. In N. Müller (ed.) **Pragmatics in speech and language pathology**. Amsterdam: John Benjamins Publishing Co, 2000, pp.7-28.
- PUESCHEL, S. What is Down Syndrome? Disponível em: **http:// www.ds-health.com/**. Última modificação: 17/01/2007. Data de acesso: 06/07/2007. Copyright © 1992-2007. Down Syndrome: Health Issues: news and information for parents and professionals.
- \_\_\_\_\_ A brief history of Down Syndrome. In **A parent’s guide to Down Syndrome: toward a brighter future**. Baltimore, Maryland: Paul H. Brookes Publishing Co., cap. 2, pp. 9-15, 2001a.
- \_\_\_\_\_. Exploring the causes of Down Syndrome. In S.M. Pueschel (org.) **A parent’s guide to Down Syndrome: toward a brighter future**. Baltimore, Maryland: Paul H. Brookes Publishing Co., cap. 3, pp. 17-27, 2001b.

- RICCE, M.L.; WARREN, S.F.; BETZ, S.K. Language symptoms of developmental language disorders: An overview of autism, Down syndrome, fragile X, specific language impairment and Williams syndrome. **Applied Psycholinguistics**, 2005, n° 26, pp. 7-27.
-

- RONDAL, J. Cases of exceptional language in mental retardation and Down Syndrome: explanatory perspectives. Disponível em: <http://information.downsided.org/library/periodicals/drsp/04/1/003/DSRP-04-1-003-EN-GEB.html>. Última modificação: 22/01/2004. Data de acesso: 06/07/2007. Copyright © 1996-2007. The Down Syndrome Educational Trust. All Rights Reserved.
- RONDAL, J.; COMBLAIN, A. Language in adults with Down Syndrome. Disponível em: [http:// information.downsided.org/library/periodicals/drsp/04/1/003/DSRP-04-1-003-EN-GEB.html](http://information.downsided.org/library/periodicals/drsp/04/1/003/DSRP-04-1-003-EN-GEB.html). Última modificação: 22/01/2004. Data de acesso: 06/07/2007. Copyright © 1996-2007. The Down Syndrome Educational Trust. All Rights Reserved.
- SACKS, H.; SCHEGLOFF, E.; JEFFERSON, G. A simplest systematics for the organization of turn taking for conversation. **Language** 50, pp. 696-735.
- SALAZAR-ORVIG, A. interpreting and diverging in clinical interviews. **Pragmatics**, Antuérpia: IprA, 1998 vol.8, n.2, pp.167-185.
- SANTIAGO, A. L. **A inibição intelectual na Psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2005.
- SAUSSURE, F. **Curso de Lingüística Geral**. São Paulo: Cultrix, 1916/96.
- SEGUIN, E. **Traitement moral, hygiénique et éducation...**, vol.I, p.107.
- SPINA-DE-CARVALHO, D. **Clínica de Linguagem: algumas considerações sobre interpretação**. Dissertação de Mestrado. LAEL-PUCSP, 2003.
- SCHWARTZMAN, J.S. Histórico. In J.S.Schwartzman & Cols. **Síndrome de Down**. São Paulo:Ed.Mackenzie: Memnon, 1999a, cap. II, pp.03-15.
- \_\_\_\_\_ Generalidades. In J.S.Schwartzman & Cols. **Síndrome de Down**. São Paulo:Ed.Mackenzie: Memnon, 1999b, cap. III, pp.16-31.
- \_\_\_\_\_ O sistema nervoso na SD. In J.S.Schwartzman & Cols. **Síndrome de Down**. São Paulo:Ed.Mackenzie: Memnon, 1999c, cap. V, pp.44-81.
- \_\_\_\_\_ Alterações clínicas. In J.S.Schwartzman & Cols. **Síndrome de Down**. São Paulo:Ed.Mackenzie: Memnon, 1999d, cap. VI, pp.82-127.
- \_\_\_\_\_ Introdução às condutas terapêuticas. In J.S.Schwartzman & Cols. **Síndrome de Down**. São Paulo:Ed.Mackenzie: Memnon, 1999e, cap. VII, pp.128-142.
- VORCARO, A. **A criança na clínica psicanalítica**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1997.

# Livros Grátis

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

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

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

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

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