

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo PUC-SP

Mariana Passos Vieira

O sintoma na fala: estudo sobre a Construção de um conceito

Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem

São Paulo

2021

Pontifícia Universidade Católica De São Paulo PUC-SP

Mariana passos vieira

O sintoma na fala: estudo sobre a construção de um conceito

Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem

Dissertação apresentada à banca examinadora da pontifícia Universidade Católica De São Paulo como exigência parcial para obtenção do título de mestre em linguística aplicada e estudos da linguagem sob a orientação da Profa. Dra. Maria Francisca Ferreira de Andrade Lier-Devitto.

São Paulo

2021

Autorizo exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta Dissertação de Mestrado por processos e fotocopiadoras ou eletrônicos.

São Paulo, ____ de _____ 2022.

Sistemas de Bibliotecas da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo -Ficha
Catalográfica com dados fornecidos pelo autor

Passos Vieira, Mariana

O sintoma na fala: estudo sobre a construção de um
conceito. / Mariana Passos Vieira. -- São Paulo: [s.n.],
2022.

71p. il. ; 30 cm.

Orientadora: Maria Francisca de Andrade FerreiraLier-
DeVitto.

Dissertação (Mestrado)-- Pontifícia Universidade Católica
de São Paulo, Programa de Estudos Pós Graduados em
Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem.

1. Clínica de Linguagem. 2. Aquisição de Linguagem.
3. Sintoma e erro na fala de crianças. 4. Diagnósticode
Linguagem. I. de Andrade Ferreira Lier-DeVitto, Maria Francisca.
II. Pontifícia Universidade Católicade São Paulo, Programa de
Estudos Pós-Graduados em Linguística Aplicada e Estudos da
Linguagem. III. Título.

CDD

Mariana Passos Vieira

O Sintoma Na Fala: Estudo Sobre A Construção De Um Conceito

Aprovada em: ____/____/____

Banca examinadora:

Profa. Dra. Maria Francisca de Andrade Ferreira
Lier-DeVitto (orientadora)

Profa. Dra. Michelly Daiane de Souza Gaspar
Cordeiro (UNICENTRO)

Profa. Dra. Lúcia Maria Guimarães Arantes
(PUC-SP)

O presente trabalho foi realizado com apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) – Processo nº: 130 108 / 2020 – 0.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Maria Francisca Lier-DeVitto, por todos os ensinamentos compartilhados de forma admirável, por me guiar nos meus primeiros passos na pós-graduação e em meu percurso acadêmico para a realização deste trabalho. Sou grata aos conselhos e palavras de conforto em momento que mais precisei para continuar com a pesquisa, foi o que me motivou durante todo o processo.

À Profa. Dra. Lúcia Arantes, pelas suas aulas de grandes ensinamentos, pelo exame de qualificação que contribuiu com suas valiosas sugestões, fez todo diferencial para o meu trabalho. Por me passar conhecimento durante toda minha formação desde a graduação de fonoaudiologia até a minha trajetória na pós-graduação.

À Profa. Dra. Michelly Cordeiro, pelas importantes sugestões no exame de qualificação, sua leitura atenciosa contribuiu ricamente para o direcionamento desta pesquisa.

À Profa. Dra. Lourdes Andrade (Tati), pela minha formação na Clínica de Linguagem em aprimoramento “Atendimento em grupo de crianças com impasses no laço social: Linguagem e Sujeito, lugar em que me despertou interesse pela minha pesquisa de mestrado. Por seu profissionalismo que me inspira e pela escuta e apoio em momento difícil que me deparei.

À Profa. Dra. Maria Lucia Masini, que me fez acreditar que é possível, antes mesmo de me ingressar na pós-graduação. Está e esteve comigo desde a graduação em minha formação como profissional e pessoal.

À Brenda Souza, pela sua dedicação em me ajudar com projeto e a estrutura da escrita, e por todo auxílio desde a ingressam no mestrado.

À Sabrina Santos, por todo auxílio e sugestões importantes para o andamento deste trabalho.

À Stephanie Cristie, pela sua amizade, apoio quando mais precisei para continuar a prosseguir com o este trabalho de pesquisa, suas palavras afetivas e companheirismo foram essenciais, neste percurso.

Ao Luis Henrique (Rique) e a Sylvia Steiner, por toda dedicação em me ajudarem desde sempre, desde o início de vida como pessoa e profissional. Levo as suas palavras: “Se não der para fazer o ótimo, faça o bom. Se não der nem para fazer o bom, faça o possível. Você consegue!”.

À instituição PUC-SP, universidade em que me formei desde a graduação de fonoaudiologia, local que me colocou em contato com diversidades sociais e a despertar um olhar humanizado.

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

RESUMO

Este trabalho deve ser lido como um estudo que coloca em perspectiva elaborações sobre o sintoma na fala realizadas no âmbito da clínica de linguagem, uma linha de reflexão, sobre a noção definitiva de um campo clínico. sua originalidade é abordada nesta dissertação que sublinha o compromisso teórico assumido pelo referido campo clínico. este trabalho percorre uma trajetória que ilumina as raízes e o desenvolvimento da clínica de linguagem. ele dá destaque, acima de tudo, a construção, como o título registra a noção de sintoma na fala, uma noção/conceito que passa por elaborações sucessivas ao longo dos anos 2000 e que ganha contorno especial quando sujeito e outro são nelas implicadas. procura-se esclarecer as razões da distância que separam a fonoaudiologia da clínica de linguagem, a questão do diagnóstico é introduzida para operar tal diferenciação.

Palavras-chave: Clínica De Linguagem; Aquisição De Linguagem; Sintoma Na Fala; Erros Na Fala De Crianças; Diagnóstico De Linguagem

ABSTRACT

This work should be read as a study that puts into perspective the elaboration movements, concerning the speech symptom, carried out in the scope of the so-called language clinic - a reflection trend that is related to the effort of defining the notion which is central to such a clinical field. In this dissertation, its originality is attributed to the commitment assumed by the above-mentioned clinical field. This work follows a path that illuminates the roots and development of the language clinic. It highlights, above all, the construction, as the title registers the notion of symptom in speech, a notion/concept that goes through successive elaborations throughout the 2000s and that gains a special contour when the subject and the other are involved in them. It seeks to clarify the reasons for the distance that separates speech-language pathology and language clinics, the issue of diagnosis is introduced to operate such a differentiation.

Keywords: Language Clinic; Language Acquisition; Symptom In Speech; Children's Speech Errors; Language Diagnoses.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
A. O Interacionismo, o erro na fala da criança e a construção de uma teoria	14
 CAPÍTULO 1. DO ERRO AO SINTOMA: UMA CLÍNICA DE LINGUAGEM	23
1.1. Um projeto integrado: primeiras questões	23
1.2. Desdobramentos na construção de um espaço teórico-clínico	25
1.3. Erro na fala da criança, sintoma na fala e formações do inconsciente: exploração de diferenças	29
 CAPÍTULO 2. ELABORAÇÕES SOBRE O SINTOMA NA CLÍNICA DE LINGUAGEM	33
2.1. Primeiras elaborações	33
2.2. Um passo clínico e propositivo	35
2.3. Um artigo seminal: Lier-DeVitto (2003)	37
2.4. Conquistas sedimentadas sobre o sintoma na fala: um resumo	38
2.5. Sintoma: diálogo e escuta na Clínica de Linguagem	46
 CAPÍTULO 3. A CLÍNICA DE LINGUAGEM: SINTOMA E DIAGNÓSTICO	49
3.1. Diagnóstico na Clínica de Linguagem	56
 CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63

Introdução

A discussão a ser empreendida nesta dissertação, é fruto de questões levantadas em meu percurso no aprimoramento no “atendimento em grupo de crianças com impasses no laço social: linguagem e sujeito”, no Projeto Entrelaços, na divisão de educação e reabilitação dos distúrbios da comunicação - Derdic, centro de reabilitação CER II vinculado academicamente à PUC-SP. Neste espaço, tive como base teórica as elaborações tecidas no âmbito teórico-clínico da clínica de linguagem. Na minha atuação como terapeuta neste espaço, me deparei com os sintomas que apresentavam essas crianças com questões peculiares e embaraçadas na linguagem e no laço social. Foi entre muitas inquietações e situações vividas no espaço clínico, que passei a me questionar sobre a “problemática dos sintomas”.

No ambiente teórico-clínico da clínica de linguagem, campo de elaborações teórico-clínicas que tem se desenvolvido nos últimos 20 anos no âmbito do grupo de pesquisa “aquisição, patologias e clínica de linguagem” (cnpq), coordenado pela Profa. Dra. Maria Francisca Lier-devitto e pela Profa. Dra. Lúcia Arantes no LAEL-PUCSP, falar em “sintomas” remete a um sujeito sem controle sobre a fala, o que o difere daqueles que cometem “erros” cuja conotação é de um efeito chistoso, como, por exemplo, a fala da criança em processo de aquisição da linguagem. “erro” é entendido como sinal positivo, diferente de “sintoma”, que está na posição de um sinal negativo que leva à não identificação do sujeito com sua comunidade. Interessa para mim, nesse sentido, retomar a discussão feita até o presente momento na clínica de linguagem sobre o sintoma na fala de crianças, assim como na clínica fonoaudiológica, seja na instância diagnóstica, seja na direção de tratamento que dela decorre.

Na fonoaudiologia, os impasses que se apresentam na fala dos sujeitos que chegam à clínica respondem por uma interrogação que se transforma em questão central do campo, questão definitiva de uma clínica. Nessa área, a abordagem a problemas de fala tem se dado, tradicionalmente, pela aplicação dos aparatos descritivos da linguística (fonético, fonológico, semântico, morfossintático, pragmático ou discursivo), na tentativa de discernimento entre normal e patológico (ARANTES, 2001); uma decisão que responde pelo acolhimento ou não de uma criança.

No entanto, ainda que aparatos descritivos possam localizar o problema na fala, eles não podem resolver sobre a polaridade normal x patológico e nem explicar essas ocorrências. Procedimentos avaliativos nesses moldes buscam mapear “déficits” de linguagem, identificar erros e faltas, para então, de modo geral, adotar terapias pautadas em técnicas comportamentalistas, sustentadas pela sequência estímulo-resposta-reforço, buscando corrigir os erros e faltas encontrados, ou seja, suprimir sintomas. O que se observa é a redução da clínica a um espaço de aprendizagem e de reeducação, e um abandono da linguística em favor da orientação de que linguagem é comportamento e, portanto, possível de ser manipulado e modelado. Assim, não só o conhecimento linguístico é recuado, como também, numa perspectiva comportamentalista de trabalho com a linguagem, não está em questão a singularidade: os mesmos procedimentos e técnicas terapêuticas são aplicados de modo regular e homogêneo.

Diferentemente das práticas tradicionais da clínica fonoaudiológica, na clínica de linguagem está em questão não o “comportamento linguístico”, mas o modo particular e sintomático de relação de uma criança com a linguagem. Está em destaque o fato de que o sintoma sempre envolve algo de muito singular do sujeito (LIER-DEVITTO, ARANTES, 1998), não passível de ser recolhido através de avaliações de linguagem que busquem elencar e descrever comportamentos observáveis.

É nesse sentido que, diferentemente das abordagens comportamentalistas, a vertente interacionista em “aquisição da linguagem” proposta por De Lemos (1982, 1992) à qual se filia a clínica de linguagem, busca afastar-se de uma abordagem à fala como mero comportamento, reconhecendo-a como movimento constante dentro de um funcionamento universal, próprio da linguagem, como propôs Saussure (1916). Além disso, admite-se que toda fala implica um sujeito e é precisamente tal articulação – funcionamento da linguagem e um sujeito em questão – que se pode explicar a existência e a resistência do sintoma, ou seja, o aprisionamento causado por ele.

Na proposta de De Lemos, é o diálogo, jogo da linguagem sobre a própria linguagem, que ocupa o lugar da interação e da c

Comunicação social entre interlocutores (BENVENISTE, 1974[1989]). Este programa teórico aproxima-se das reflexões lançadas por Saussure ao conferir à língua (*la langue*) o caráter de operações internas da linguagem: de relações

(sintagmática e associativa), cujo funcionamento é autônomo, específico da linguagem, não afetado por aspectos contextuais ou sociais tomando-a como fundamento para “todas as manifestações linguísticas” (Saussure, 1916). Assim, a proposta de De Lemos torna o diálogo triádico (Borges, 2006), e este passa a ser concebido na relação criança-língua-outro (De Lemos, 1992). Esta é uma diferença essencial que faz divergir propostas comportamentalistas - ou mesmo sociointeracionistas - desta proposta de De Lemos que assume compromisso com a linguística (Lier-De-Vitto, Carvalho, 2008).

A clínica de linguagem articula-se ao interacionismo de De Lemos para pensar o sintoma na linguagem. Nessa articulação, tem-se o reconhecimento de que a abordagem ao sintoma na fala exige uma discussão acerca de sua diferença com relação à noção de “erro”. Importa considerar que o tempo do sujeito no sintoma é o da duração e da repetição (Lier-Devitto, 2003), um acontecimento, que remete à presentificação/representificação de um movimento “que não passa a outra coisa” (Allouch, 1995), ou seja, não se trata de falar em tempo cronológico. Trata-se, em vez disso, de um tempo que espelha a “prisão do sujeito numa falta ou falha”, como sustenta Lier-Devitto (2003), produz um efeito de patologia na escuta do sujeito e do outro, e marca uma diferença radical e estável em relação à comunidade falante. Assim, sintoma é aquilo que produz sofrimento e leva o sujeito à clínica (fonseca, 2002). Note-se que estamos falando de um sujeito sem controle sobre a fala, sobre o sintoma na fala.

De fato, a escuta de um falante não deixa passar diferenças dialetais, estilísticas (variações, digamos, aceitáveis numa língua) e releva certos “erros”, mas não outros: reconhece a diferença entre erros que frequentam a fala de qualquer falante e aqueles que marcam a língua de um modo estranhamente enigmático e que são abrigados sob o rótulo de “patológicos” (Lier-de vitto, 2000, 2001 e outros). No que tange à fala da criança, por exemplo, o “erro” da aquisição da linguagem tem efeito chistoso - um “sinal positivo” da mudança da relação da criança com a linguagem (sempre surpreendente e bem-vinda); diferentemente do “erro” que causa efeito de perplexidade e que leva crianças à clínica, “erro” tomado como “sinal negativo”, sintomático. Não se pode reduzir sintoma a “erro” ou, melhor, ignorar que há heterogeneidade no erro.

Vale dizer que os “erros” apontam para um aspecto subjetivo de importância: um distanciamento da criança em relação à fala do outro (ela fala o que não escutou do outro). É preciso dizer sobre isso, contudo, que a criança não tem escuta para a própria fala, uma vez que ela não reformula seu dizer. Resumidamente se não há parentesco superficial entre erros normais e sintomáticos. Os sintomáticos se cristalizam: trata-se de uma fala que se estagna na diferença insuperável pelo falante e que afeta a escuta do outro, seja em composições sonoras, morfológicas, sintáticas, ou semânticas, inesperadas e difíceis de serem interpretadas.

Partindo das considerações acima sobre “erro/sintoma” na fala, que opõem, as vertentes comportamentalista ou socioconstrutivista, à clínica de linguagem esta dissertação deve ser considerada como um estudo sobre o desenvolvimento das elaborações realizadas, principalmente, por Lier-devitto entre os anos de 1998 a 2006. Este caminho é precedido pela apresentação das raízes teóricas da clínica de linguagem no sentido de iluminar o corte que separa erros de crianças, de sintomas na fala de crianças e, igualmente, por uma apresentação breve da trajetória histórica da clínica de linguagem e seus desdobramentos. Finalmente, esta dissertação aborda o modo como a circunscrição do sintoma na fala, na escuta do clínico é determinante no estabelecimento do diagnóstico na clínica de linguagem.

Tratarei, também, nesta introdução, das raízes teóricas da clínica de linguagem que tem no interacionismo seu solo. Esclareço que foram muitos os pesquisadores da clínica de linguagem que se discorreram sobre esta questão histórica. De todo modo, dada a necessária distinção entre erro e sintoma, entendi que ser preciso um retorno as bases teóricas de onde parte a clínica de linguagem¹ com o objetivo de apresentar o valor do “erro” na construção daquela proposta – o Interacionismo.

¹ Sobre as raízes teóricas da Clínica de Linguagem faço referência aqui à Arantes (2001), Fonseca (2002), Andrade (2003), Marcolino (2004), Catrini (2005), Sousa (2020) Landi (2021), Santos (A SAIR), entre outros.

A- O Interacionismo, o erro na fala da criança e a construção de uma teoria.

Na reflexão de Cláudia lemos está presente uma teorização em que se articulam Língua, fala e sujeito, uma proposta que se opõe tanto às visões empiristas inspiradas na psicologia, quanto ao inatismo de chomskyano. A criança, em sua proposta, não é nem sujeito epistêmico, nem indivíduo da espécie. Inspirada na psicanálise lacaniana, de lemos propõe que a criança seja entendida como corpo “que Demanda interpretação” (de lemos, 2006), não falamos, então em organismo, que trata o corpo como biologicamente determinado.

A autora ensina que sua posição decorre de argumentos teóricos e empíricos:

- do ponto de vista teórico, diz ela, está em causa o reconhecimento da ordem própria da língua, conforme estabelecida por saussure (1916), que exige que se reflita sobre a noção de sujeito. No projeto saussureano, *la langue* não é objeto de conhecimento - propriedades linguísticas não são observáveis – nem a ideia de desenvolvimento, nem um sujeito com equipamento percepto-cognitivo suficiente pode ser mantido.

- do ponto de vista empírico, a autora destaca os seguintes fenômenos - (1) incorporação de fragmentos da fala do outro, (2) a presença de “erros” e (3) heterogeneidade das produções da criança. Quanto ao primeiro fenômeno, a exigência foi dar reconhecimento à função do outro e a repetição de fragmentos que eram incorporados de sua fala. Já o segundo fenômeno, os erros, que indiciam distanciamento da fala do outro, a autora destaca o cruzamento de cadeias decorrente do funcionamento da língua na fala da criança. O terceiro fenômeno, a heterogeneidade - flutuação entre erros e acertos num mesmo período.

Deste atestado empírico, veio a recusa de atribuir aos fragmentos incorporados da fala do outro, o estatuto de “conhecimento”. De lemos, descarta, neste golpe, a noção de sujeito epistêmico sobre a língua. Assim, a suposição de unidade do sujeito ganha destaque o sujeito dividido da psicanálise.

Entra em causa a noção de captura da criança pela linguagem, que descarta a hipótese de capacidades perceptuais e cognitivas como bases para a entrada da criança na linguagem. Gostaria de dizer que o interacionismo busca articular língua e outro, este não como “social”, mas “como instância do funcionamento da língua constituída.” (de lemos, 1992 e outros).

Sua proposta articula funcionamento da língua, instituído pela linguística saussureana, e sujeito (hipótese do inconsciente). A partir daí, o processo de aquisição da linguagem passa a ser pensado como mudança na relação criança-língua-fala, ou seja, como mudança de posição da criança numa estrutura: o processo de aquisição da linguagem descarta a ideia de desenvolvimento, já que “não há superação de nenhuma das três posições” (de lemos, 1999; 2002). É a partir da posição da criança na estrutura que mudanças no processo serão caracterizados.

Na primeira posição, há dominância da fala do outro, na segunda posição, emergem erros típicos da dominância do funcionamento da língua e, na terceira posição, erros persistem mas a fala da criança tende à uma estabilização mais próxima da língua constituída. As mudanças são referidas a efeitos dos processos metafórico e metonímico (cf. Jakobson, 1960, de lemos 1992, 1996, 2002), que determina a relação dos enunciados: são os processos da língua que governam as mudanças de posição da criança na estrutura: língua-fala-outro.

As considerações de de lemos sobre a primeira posição relacionam-se a acontecimentos como o abaixo (de lemos, 2002):

Episódio 1: criança [c.] Entrega para a mãe [m.] Uma revista do tipo veja

C.: ó nenê/o auau

M.: auau? Vamo achá o auau? Ó, a moça tá tomando banho.

C.: ava? Eva?

M.: é. Tá lavando o cabelo. Acho que essa revista não tem auau

Nenhum.

C.: auau

M.: só tem moça, carro, telefone.

C.: alô?

M.: alô, quem fala? É a mariana?

No segmento acima, nota-se a não- coincidência entre fala da criança e fala do outro, embora a fala da criança seja plenamente dependente da fala de m. (sua mãe): a fala da criança parte do enunciado do outro, como se vê. Nesse sentido, o que ela diz é imprevisível mas não indeterminada. Importante é, que esta criança “sustenta

Uma fala não-coincidente com a do outro” (andrade, 2003, p.xx), o que indicia certo tipo de escuta para a fala do outro.

Na segunda posição, emergem erros e desarranjos sequenciais na fala da criança, sua fala torna-se “insólita” (figueira, 2001). Sequências paralelísticas estudadas por Ier-devitto (1998) indicam não só a dominância do processo metafórico, que contém os enunciados da criança e os colocam em espelho, espelho estrutural, como também apontam para a ausência de escuta para os erros e para as construções truncadas na fala da criança. Vejamos a seguir:

Episódio 3: criança (r. /2. 2. 20) contando estória do pinóquio.

R.: ele tá tomando banho

M.: quem que tá tomando banho?

R. Ele

M.: o grilo falante?

R.: o grilo falante (assent.)

M.: hum.

R.: ói quem segou da escola

M.:quem é?

R.: é o grilo falante

O ... O, como é que sama?

M.: pinóquio.

R.: o...pinóquio

Ó quem secou da escola

O pi-nó-quio! (com ênfase)

Óia lá

M.: hum hum.

R.: quem segou da escola?

O pi-nó-quio

M.: hum hum.

R.: ó aqui. Pinóquio sega da es-co-la

[...] .

R.: como é que sama?

M.: qual?

R.: esse

M.: o João pilantra

R.: João pilanta segou até lá

Da escola ... Então...

M.: hum

R.: foi estevendo, escrevendo

Estevendo, estevendo

Estevendo, escrevendo

(r. Bate ritmadamente no livro enquanto fala)

M.: foi escrevendo, e depois?

R.: esse? (r. Não identifica o personagem como o mesmo da ilustração anterior)

M.: é o João pilantra também.

R.: João pilanta foi esquevendo

E foi (si)

M.: vamo, vamo virá?

Onde é que eles foram?

R.: então...

Foi São Paulo

E foi São Paulo /São Paulo (baixo)

M.: ele foi em São Paulo?

R.: o Zepeto levou eles

M.: quem? O Zepeto levou eles pra São Paulo?

R.: Óia o Zepeto aqui

[...]

(outra página)

R.: tá espirran...

M.: tá espirrando, a baleia está espirrando e jogando o que pro ar?

R.: a baleia está espirrando

Quem tá jogando fó...

Tá pes-can-do

M.: o gepeto, né?

R.: o zepeto... (si) pesquei de noite

M.: quem pescou de noite?

R.: eu choleiva

M.: ahm?

R.: chorava

M.: quem chorava?

R.: eu

M.: quando?

R.: quando eu fui no pesqueiro

Pescá

M.: quando você foi no pesqueiro pescá? Por quê que você

Chorava?

R.: porque sim

M.: ahn? O quê que aconteceu?

R.: (si)

M.: porque o peixinho caiu? Ou porque você ficou com medo da

Perereca?

R.: eu fiquei com medo

Da perereca

M.: é?

R.: da perereca

.....(Ritmado).....

1 Num fala no teu nome.

2 Num fala no meu nome.

3 Num fala midanoni (2vezes)

Fala mi anomi

5 fa'a mi danomi

6 Num fala no meu nome

7 Não fala no ...

No_me (2 vezes)

9 O Ráfa num ...

Os comentários da autora sobre este episódio iluminam a 2a. Posição. Ela chama: ela diz que o processo metonímico se realiza através de substituições nas cadeias que se sucedem. O resultado é

Solidariedade entre um sujeito, uma gramática e “uma textualidade despontando não do sentido, mas da relação entre significantes, que se faz notar principalmente no paralelismo – uma sequencialidade que parece conter a deriva. O paralelismo tem efeito coesivo (Iir-deevitto, 1998). A “textualidade que desponta”, é articulada menos pelo sentido e mais pela articulação significante que este movimento sustenta.

No entanto, se há afetação por diferenças locais, o que não se observa é um movimento de retroação, base de sustentação de uma textualidade. Quando há

progressão textual, ela é dispersiva, um movimento para outro lugar/outras cenas. É na terceira posição que emerge o movimento de retroação que caracteriza a emergência da escuta da criança para a própria fala e do outro. Ocorrem reformulações e correções, acontecimentos que mostram a presença da criança na cadeia significativa e na relação com o outro. Deve-se salientar que, na terceira posição, essa escuta pode ser indiciada por muitos outros acontecimentos que não apenas reformulações e correções.

Vejamos um exemplo de terceira posição:

Episódio: (uma amiga(t.) Da mãe da criança(v.) Traçou no chão os quadros

Para ela e a v. Brincarem de amarelinha, menos um)

V.: quase que você não fez a amarelinha.

T.: o que, verrô?

V.: faz tempo que você não fez a amarelinha sua.

T.: o que, verrô? Eu não entendi.

V.: está faltando quadro na amarelinha sua.

(verônica 4; 0. 8)

Para a clínica de linguagem, as duas primeiras posições são de grande interesse porque, nelas temos uma criança presa a fala do outro e, na segunda emergem os erros que serão superados no processo dito normal de aquisição. A terceira posição importa porque nelas erros persistem, mas a criança já migrou para a posição em que pode falar e escutar o que diz, e por isso corrigir, reformular – o que não ocorre nos casos em que erro é sintoma.

CAPÍTULO 1

Do erro ao sintoma: uma Clínica de Linguagem

A relação da Clínica de Linguagem com o Interacionismo em Aquisição de Linguagem, conforme apresentado de forma breve na introdução, tem relação com a posição do “erro” na fala da criança como acontecimento incontornável no processo, acontecimento, este que foi motor da teorização original desenvolvida por De Lemos desde 1972 com a contribuição expressiva, inicialmente, de pesquisadores da Unicamp e da PUC-SP. Maria Francisca Lier-devitto fez parte deste grupo e pode escutar questões de alunos de Fonoaudiologia com quem esteve ligada, por 10 anos, em docência da disciplina *Desenvolvimento da Linguagem* na PUC-SP. No final deste tempo, já no Programa de Pós-graduação em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem propõe-se a coordenar um projeto integrado cnpq (522000-97/8. Deste projeto decorreram discussões e investigações que deram origem ao que hoje se conhece como Clínica de Linguagem. A Lier-devitto coube, por escolha da própria autora, focalizar a problemática do sintoma na fala.

1.1. Um projeto integrado: primeiras questões

Decidi, nesta dissertação, partir das questões que deram margem. Nos anos iniciais do século XXI, a uma prática teoricamente sustentada, que recebeu o nome de clínica de linguagem. Minha decisão liga-se ao fato de que o “sintoma na fala” ou as “falas sintomáticas” são não só a mola propulsora deste movimento teórico-clínico, como também, vale a pena acompanhar como foram traçados, nos 25 anos de sua construção, elaborações sobre a natureza do sintoma.

No princípio desta história está Maria Francisca Lier-devitto quem tomou a iniciativa de propor, ao cnpq, um projeto integrado (processo 522002-97/8), que reuniu um conjunto de fonoaudiólogas, com formação sólida em linguística e com uma direção teórica particular: todas afinadas com o desenvolvimento do interacionismo em aquisição da linguagem, conforme proposto por Lemos (1982, 1992). Todas elas

acompanharam de perto os desdobramentos do interacionismo e nutriam-se das considerações sobre “falas erráticas de crianças” em sua entrada na linguagem. O que as aproximou de Iier-Devitto tem relação com isto: a pesquisadora era reconhecida como interacionista e com trabalhos destacados na área. O ponto de encontro deu-se, assim, com facilidade no Iael-PUCSP: todas estavam interessadas em refletir sobre manifestações linguísticas que resistiam às descrições gramaticais/categoriais; interessavam-se vê-las abordadas de outro modo, ou seja, por uma “metalinguagem alternativa” (Lemos, 1982) que pudesse oferecer uma descrição positiva (Arantes, 1996). Neste cenário particular, não é de causar surpresa que uma pergunta sobre a diferença entre erro na fala de crianças em aquisição e erros “que não passam a outra coisa” fosse feita. (Iier-Devitto e Arantes, 1998). Parece possível dizer ter sido esta a primeira questão levantada, por Iier-Devitto, no projeto e ela nos aproxima imediatamente do problema do sintoma na fala.

Outras perguntas, que caminharam ao lado desta, deram origem a duas direções de pesquisa. Uma delas foi prontamente assumida nos estudos das fonoaudiólogas do projeto em suas dissertações e teses voltadas para a exploração extensa e detalhada de quadros patológicos de adultos e crianças: afasias, gagueira, distúrbios de leitura e de escritas, desvios/atraso no desenvolvimento da linguagem. Quero assinalar, com estas colocações, que o sintoma na fala foi núcleo dos estudos realizados. Todos são representativos do esforço teórico no período inicial de construção do que veio a ser a clínica de linguagem: teses e dissertações foram e são produções expressivas, como as que elenco abaixo.

Entre 2000 e 2003, quatro doutorados e três mestrados são defendidos: as teses de Lúcia Arantes - que será estudada de modo detalhado nesta dissertação, porque nela se trabalha a questão diagnóstica, - Suzana Fonseca constrói uma discussão original e consistente sobre a afasia e sobre a clínica com afásicos e a de Rosana Benine, que debate os distúrbios articulatórios ou desvios fonológicos. Lourdes Andrade focaliza uma questão clínica importante: a da escuta/interpretação de falas sintomáticas. Nos mestrados, outros quadros foram discutidos: Luciana Leite discute os distúrbios de leitura e escrita. Érika Pisaneschi volta a discutir o mistério da gagueira e Mariana Trench de Oliveira para falas ecolalias. Estes trabalhos atestam a produtividade do projeto integrado, proposto e liderado por Iier-Devitto. Desde então, muitas foram as teses e dissertações defendidas, e inúmeros artigos e capítulos de

livros publicados por pesquisadores filiados a esta linha de pensamento sobre problemas na fala.

Nesta dissertação, proponho-me a realizar um levantamento bibliográfico dos textos de Lier-devitto voltados para o sintoma na fala. Considero esta proposta relevante e apropriada porque ela reúne várias elaborações sucessivas sobre o tema que circunscreve os esforços de constituição da clínica de linguagem. A tese de arantes - diagnóstico e clínica de linguagem - também será abordada. Nela, o diagnóstico voltado a problemas linguísticos de crianças. Este trabalho inclui considerações sobre as entrevistas com pais e uma reflexão acurada sobre os modos de avaliação de falas de crianças realizados na fonoaudiologia. Dele são retiradas direções propositivas sobre como decidir sobre ocorrências patológica de linguagem.

Outra direção de pesquisa foi desenvolvida por Lier-devitto, com força de delimitação entre campos um tema que se tornou caro a clínica de linguagem e que foi inicialmente. Desenvolvido pela pesquisadora, conforme disse acima. Desde então, muitas direções de pesquisa foram instituídas e todas levaram a constituição da Clínica de Linguagem.

1.2. Desdobramentos na construção de um espaço teórico-clínico

Em outras palavras a Clínica de Linguagem tem como *ponto de partida* a reflexão de Cláudia de Lemos. O “ponto de partida”, como diz Lier-devitto (2005), não deve ser entendido como abandono de proposições sobre a linguagem e o sujeito, instituídas no Interacionismo. A autora afirma que esses pressupostos fundamentam a direção tomada pela Clínica de Linguagem. Lier-devitto sublinha a importância que o Interacionismo teve em sua formação como pesquisadora interessada na fala da criança e em falas sintomáticas.

A conjunção feliz, diz ela, entre esta formação e sua docência no curso de Fonoaudiologia deve ser entendida como determinante do que veio a ser a Clínica de Linguagem, como já mencionado no início deste capítulo. Cláudia de Lemos ensina sobre a importância do *compromisso com a especificidade do material a ser*

investigado de forma que o investigador se mantenha em posição de ser afetado/interrogado por sua singularidade. Lier-devitto indica, ainda, a relevância do investigador manter-se em *posição-sujeito*, como sempre indicou De Lemos.

Neste ponto Lier-devitto enuncia uma questão central para constituição de um campo, qual seja, que este possa sustentar uma relação de alteridade com as fontes teóricas que propiciaram seu nascimento. Podemos entender então enunciados derivados dessa afirmação, que partem da postulação de que “categorias ou operadores de leitura, nodais nessa proposta teórica, foram mobilizados para *pensar diferenças*” (LIER-DEVITTO, 2005). A autora destaca então, as noções de: **interação, mudança, “erro”, sujeito, outro, heterogeneidade e interpretação**². Desse ponto de partida, outras questões foram levantadas e têm sido discutidas.

Acompanhamos Lier-devitto (2005) na longa citação abaixo:

Parti do princípio de que não se poderia pensar uma *clínica de linguagem* sem que **interação** viesse à tona como problema: em 1994, afirmei que “*não seria qualquer teoria da Lingüística com que se poderia dialogar [...] - haveria de ser com uma em que “interação”, “outro” e “erro” fossem proposições problemáticas*” (Lier-De Vitto, 1994). Eu procurava, então, demarcar e justificar a pertinência de um *diálogo teórico* com o Interacionismo³. Se *interação* impõe restrições à aproximação à Lingüística *stricto sensu* (Lier-De Vitto, 2001; Lier-De Vitto & Fonseca, 2001), ela está irremediavelmente subsumida, mesmo que raras vezes teorizada, em trabalhos voltados para o clinicar. É preciso lembrar aqui que é da clínica que vêm as falas sintomáticas e que dela emerge a indagação sobre a natureza do sintoma na linguagem. (LIER-DEVITTO, 2005)

² As aspas em “erro” assinalam uma *citação* do que se diz da fala da criança no senso-comum e, também, na grande maioria dos trabalhos em Aquisição. Vem *entre aspas* para sinalizar que *erro* é noção problematizada no Interacionismo (Lemos, 1982, e outros; Figueira, 2001 e outros; M.T. Lemos, 1994/2002; Carvalho, 1995 e outros).

³ Para um esclarecimento sobre esse ponto, sugiro a leitura de Rosana Landi (2001), que discute em profundidade o sentido de “diálogo teórico”.

Proponho que caminhemos com a autora em sua argumentação, inicialmente sobre a problemática da “Interação” na clínica:

A clínica de linguagem é, de fato, um espaço em que *uma qualidade especial interação* é instituída pela presença de um sujeito que sofre por efeito (da escuta do outro e, muitas vezes, da própria escuta) de desarranjos em sua fala e por conta de sua condição peculiar de falante (questão subjetiva que remete a um abalo na identificação com outros falantes e a uma fratura no imaginário de controle sobre a própria fala). Portanto, a clínica é lugar em que uma demanda por mudança na linguagem e na condição de falante é dirigida ao outro-terapeuta.

Disso decorre, diz ela, que:

“refletir sobre **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*⁴) que, espera-se, possa incidir sobre o *sintoma*... Refletir sobre a problemática da *interpretação* envolve considerar a **dissimetria sujeito-outro**, instituída no *setting* clínico, e a necessidade de especificar a posição do terapeuta.

⁴ Remeto o leitor à dissertação de Daniela Spina-de-Carvalho, defendida em 2002, na LAEL-PUCSP e também ao doutorado de Sônia Araújo, de 2002, defendido na USP.

Frente ao exposto, a autora conclui que:

...**interação/interpretação** [são] marcadas por uma certa qualidade já que são mobilizadas por falas sintomáticas que exprimem a *prisão do sujeito numa falta ou falha* e o impede de *passar a outra coisa* (Allouch, 1990, *apud* Lier-De Vitto & Arantes, 1998). Nisso, **sintoma difere de “erro”** (na fala da criança ou na do adulto) e é sinal de um desacerto resistente à mudança – é expressão de uma lógica significante que comanda a fala de um sujeito que nela faz marca de sua presença na linguagem.

Neste ponto, tocamos na questão que motiva esta dissertação, qual seja abordar discussões da autora sobre o sintoma na fala. É ela mesma quem diz que “tenho procurado refletir sobre o *sintoma*, sobre as características que levam um sujeito à clínica. Dito de outro modo, tenho me interrogado sobre o enlaçamento singular da fala de um sujeito à língua e ao outro.” (idem, 2005)

As elaborações sobre “sintoma na fala” serão relatadas no capítulo 2. Nesta oportunidade, considero apropriado introduzir uma discussão da autora em que ela procura fazer um discernimento entre erro na fala de criança, sintoma na fala e formações no inconsciente, que são construções estranhas, mas que não se confundem com as falas que convocam a Clínica de Linguagem.

Lier-devitto parte do princípio de que uma Clínica de Linguagem é “espaço em que as falas sintomáticas levantam questão para o outro” (2006), p. 184) e sustenta que qualquer elaboração teórica deve partir da **problemática do sintoma**, se consideramos que clínica

...clínica é espaço instituído pela presença de um sujeito que tem uma queixa sobre sua fala (e sobre sua condição de falante) e

que dirige uma demanda ao outro que é, por isso, investido da capacidade de produzir mudanças” (Lier-devitto, 2006, p. 184).

Segundo a autora, a Clínica de Linguagem não deixa de lado o fato de que o ouro da clínica é **outro-terapeuta**, que, embora falante, sem dúvida, deve incidir, com sua fala, sobre o sintoma. Sua fala não é qualquer, mas deve adquirir a condição de “ato!” ..., de **ato clínico**, como disseram, também, Spina-de-Carvalho (2003) e Santos (2021), de maneira mais aprofundada. Trata-se de uma fala que ganha o estatuto de interpretação convocada pela existência de um sintoma (Lier-devitto, 2006).

Na clínica, então, a demanda do paciente vem do sofrimento decorrente de um sintoma na fala, “acontecimento na fala que exprime a prisão do sujeito numa falta ou falha” no corpo de seu enunciado (Lier-devitto, 2003) que o *o impossibilita de de* ‘passar a outra coisa’ (Lier-devitto, Arantes, 1998). Recupero desta autora o que comparece em diversos trabalhos desse campo teórico-clínico, a saber: **sintoma difere de erro**, na fala da criança ou na de adultos.

A apresentação da discussão da autora será realizada no capítulo 2. Por ora, interessa-me a distinção que ela faz entre erro na fala da criança, sintoma na fala e desarranjos em enunciados que interessam a Psicanálise (as formações do inconsciente), que foi desenvolvida no sentido de delimitar espaços em que a fala tropeça, para, com isso, distinguir campos de investigação.

1.3. Erro na fala da criança, sintoma na fala e formações do Inconsciente: exploração de diferenças.

Lier-devitto trabalha questões sobre a fala e o sintoma na fala, como problema central em sua reflexão para localizar a encruzilhada teórica, metodológica e clínica

referente à fala, como diz ela. A autora coloca em discussão a Clínica de Linguagem, situando-a no intervalo entre a Linguística e a Psicanálise. A meta, como disse ela:

“...é circunscrever alguns problemas, para atingir o objetivo central... Que é elucidar a “natureza intervalar” de falas sintomáticas e da clínica que elas fundam. Falas sintomáticas/patológicas impõem dificuldades que dizem respeito tanto à sua caracterização/abordagem e definição quanto à produção de um discurso sobre a experiência clínica que, como disse, elas inauguram” (LIER-devitto, 2007; LIER-devitto & FONSECA, 2001).

A primeira questão, segundo Lier-devitto é “explicitar a *natureza da dificuldade* que essas falas colocam para o investigador e para o clínico.” (idem, 2010)

As *falas sintomáticas* ou *patológicas* - são refratárias aos instrumentais descritivos da Linguística. Isso porque elas transbordam os limites do “aceitável” para o falante de uma língua e desafiam os recursos descritivos dos instrumentais linguísticos que são projetados sobre elas⁵. A questão é, para ela, definir a qualidade específica dessas manifestações, qual seja, sua natureza sintomática (ANDRADE, 2003; ANDRADE & CARNEVALE, 2004; ARANTES, 2001, 2004; LIER-devitto, 2002). Os segmentos apresentados, por ela, são incluídos para iluminar a natureza de sua manifestação:

⁵ Ver sobre isso, Lier-DeVitto (1999, 2005a; 2005b e 2006).

SEGMENTO 1 : (T. E menino de 11 anos)

T. *Ela não tem dinheiro? Mas acho que não é tão caro (ir ao circo). Agora*

Que o seu pai está de Fusca ...

M. *É que ele tirou dinheiro du ... U homem deu, né? / ... Nu trabalho dele.*

Porteiro // meu pai ... Qué dizê ... É porteiro

SEGMENTO 2 : (T. E menina de 5 anos)

T. *Você brincou (na festa)? Com quem?*

M. *Com // iço - caminhar // não tinha ninguém na minha festa.*

T. *Como é que é? Quem arranhou o seu cachorro?*

M. *É // ranquei cachurrá // bivita // endê // a Maria*

Falas como as acima criam problemas porque são perpassadas por lacunas e erros, composições insólitas. Há contudo outras que são “perfeitamente corretas do ponto de vista gramatical/categorial, e serem, mesmo assim, profundamente esquisitas” (LIER-devitto, M.F. 2001; LIER-devitto, FONSECA, S. & LANDI, 2007), como no segmento 3:

SEGMENTO 3: (Terapeuta e menina de 9 anos)

T. *O seu pai trouxe você de carro?*

M. *É ... Ele está trabalhando.*

T. *Trabalhando?! O que o seu pai faz?*

M. *Ele faz de propósito*

A autora comenta:

“Diferentemente dos dois primeiros segmentos, em que há sucessão articulada de tropeços que não ganham corpo; no segmento 3, os enunciados da menina de nove anos são bem formados, mas surpreendem – são sintomáticos na medida em que refletem uma relação estranha falante-fala.” (idem, 2010)

A autora aborda os limites da linguística na busca de caracterização de sintomas na fala e sustenta que a Fonoaudiologia tem sido cega a tal limitação. Ela afirma que foi na Clínica de Linguagem, dadas as raízes teóricas e os fundamentos que lhe dão origem, que o enfrentamento do sintoma pode ser encaminhado. Vejamos:

Em outras palavras, falas sintomáticas ganharam, por efeito da na teorização da Clínica de Linguagem, **existência interna** ao campo da Linguística. O ganho dessa inclusão, pela via da explicitação de articulações significantes, não pôde, entretanto, favorecer um discernimento entre **erro** na fala e **sintoma** na fala: ambas as ocorrências ficam homogeneizadas na categoria “erro” (ANDRADE, 2007; LIER-devitto, 2007).

Lier-devitto conclui que:

A implementação de um raciocínio lingüístico nada tem de específico a dizer sobre falas sintomáticas. Frente a esse quadro, parece-me legítimo afirmar que *falas sintomáticas são um impossível para a Linguística* (LIER-devitto, 2007, 2009).

Descartada a possibilidade da Linguística ocupar-se de faças sintomáticas, a questão colocada é a de se elas, as falas sintomáticas, têm lugar na Psicanálise. Veremos que elas não se confundem com as manifestações estranhas que interessam a este campo clínico.

Vale assinalar que as *formações do inconsciente*⁶ têm ocorrência esporádica e imprevisível e as *falas sintomáticas* são composições estáveis, no sentido de serem a cristalização de uma anomalia, i.e., de lógica significativa, inesperada e indesejada, que resiste à língua constituída. (idem, 2010)

A autora pergunta, a seguir “se as falas sintomáticas interessam para a Psicanálise.” Ela recorre, neste ponto a Vorcaro (2000), quem ensina que a Psicanálise privilegia o tratamento do “mal estar na vida cotidiana” e que focaliza *manifestações do inconsciente na fala*, tais como lapsos e chistes. Falas sintomáticas, acrescenta a psicanalista:

São recolhidas como *sinais* de quadros clínicos “sem maior detenção às condições subjetivas ali incidentes”, embora, “a determinação subjetiva das manifestações patológicas da fala não seja negligenciável”. (idem, 2000).

⁶ Ver artigo de Cláudia T.G. de Lemos, neste volume.

Vorcaro amplia, diz Lier-devitto,

O rol de “impasses” ao acrescentar a eles “constrangimentos clínicos” que elas podem provocar ao método psicanalítico. Manifestações lingüísticas desarranjadas, perturbadas, diz ela, podem “causar estranhamento ao agente da clínica. (idem, 2010)

A esse respeito, Fonseca & Vorcaro (2007) escreveram artigo sobre uma jovem paciente afásica, atendida por Fonseca, como fonoaudióloga, e, por Vorcaro, como psicanalista⁷. Vorcaro escreve que:

A importância dada a este artigo de Lier-devitto, deve-se a sua afirmação de que falas sintomáticas são um “impossível para a Linguística”, como dito acima, e, também, a indicação de que elas criam dificuldades para a Psicanálise. Penso, com isso, ter preparado caminho para uma apresentação focalizada nas discussões sobre o sintoma na fala – o que ocorrerá no capítulo 2 a seguir.

⁷ Sugiro a discussão deste caso clínico realizada por Santos (2022), que comenta o trabalho articulado dessas duas clínicas.

CAPÍTULO 2

Elaborações sobre o sintoma na Clínica de Linguagem

Depois de situar a relevância da noção de sintoma na fala, no que diz respeito à sua centralidade na delimitação de um campo clínico, neste capítulo, volto minha atenção para as elaborações conceituais sobre o **sintoma na fala**, que foram realizadas, basicamente, por Lier-devitto ao longo da construção teórico-clínica da Clínica de Linguagem. De fato, a autora se debruça sobre o tema desde a década de 1990, quando escreve um capítulo no livro que organiza – *Fonoaudiologia, no sentido da linguagem* (LIER-DEVITTO, 1994).

2.1. Primeiras elaborações.

Lier-devitto levanta e reflete, como disse, sobre uma questão crucial, o **sintoma na fala** que, segundo ela, é conceito que não tem recebido, no campo da Fonoaudiologia, tratamento teórico-clínico adequado. Há razões para isso, sendo a mais essencial o descompromisso do campo com uma teoria de linguagem que possa circunscrever a natureza do objeto que convoca a Fonoaudiologia. Há razões teóricas e históricas, diz ela, que dão sustentação a tal situação problemática - sua adesão ao modelo médico de como abordar a linguagem e a fala, esta última, tratadas como comportamento observável. O pedido dirigido a um clínico de linguagem exige a tomada de outra posição frente ao sintoma na fala, para que ele possa responder a demanda do paciente de “passar a outra coisa”. A palavra “sintoma” circula, de fato, sem circunscrição definida na literatura fonoaudiológica tradicional.

Lier-devitto (2000) parte do princípio, como já dito, nesta dissertação, de que uma Clínica de Linguagem só poder ganhar dignidade se e quando for ela é erigida como um “espaço em que as falas sintomáticas levantem questão” (LIER-DEVITTO,

2000), - caso sua condição interrogante seja admitida e teorizada. Esta pesquisadora encontra em trabalhos de pesquisadores da Pragmática, tentativas de circunscrição conceitual de sintoma. A autora foi a Fletcher e Ingham (1997), Crystal (1976-1989) e outros, após ter afirmado a impossibilidade da Linguística formal, categorial de responder pela tarefa de incluir em sua empiria erros e sintomas e, portanto, de elevá-los à condição de proposições problemáticas:

Do ponto de vista *científico*, problemas também existem: ignora-se que sintoma não é redutível à polaridade correto-incorreto da Linguística (Lier-De Vitto & Arantes, 1998, 2001; Andrade, 1998, Lier-De Vitto, 2002).

Lier-devitto destacou, nos trabalhos mencionados, o entendimento de sintoma como “desvio”, ou seja, como “formas linguísticas atípicas”, *relacionadas a “déficits de aprendizagem”, ou a “déficits na competência linguística”* (LIER-DEVITTO, 2001). Assim concebido, o sintoma $\neq$ aparece como “defasagem no ritmo do desenvolvimento”: entre o que é esperado ocorrer numa determinada idade e o compasso lento na aprendizagem da linguagem, que se manifesta como sintoma.

A autora conclui que:

Nas tentativas de definição do sintoma o que se busca é associá-lo a um ‘déficit’ na linguagem, tanto de competência, quanto de pragmática ou ambas” (LIER-DEVITTO, 2001).

Ainda na última década do século XX, a autora toma uma direção menos crítica e mais propositiva e escreve que:

Sintoma é aquilo que leva o sujeito à clínica, como disse, e envolve, portanto, **sofrimento** – efeito de um enlaçamento peculiar do sujeito à sua fala. De fato,

um sintoma diz de **uma diferença radical na fala**.
(LIER-DEVITTO, 1999) (ênfases minhas)

A tal colocação, a autora acrescenta outra, logo depois, dizendo que o sintoma é:

Uma **marca na fala** que o separa dos outros falantes
de uma língua' (Lier-devitto, 2000, 2001)

O sintoma é instalado como essencial na Clínica de Linguagem. Não é por acaso que, de alguma forma, as considerações de Lier-devitto, tenham se estabelecido como conceito e transitado nas dissertações e teses e em diversas publicações desse campo teórico-clínico, até o presente momento.

2.2. Um passo clínico e propositivo

Lier-devitto e Arantes dão mais um passo na elaboração do sintoma na fala. Elas disseram que: “**sintoma (...) É um apelo dirigido a um outro a quem se supõe um saber** sobre como fazê-lo mudar de posição na linguagem” (Lier-devitto & Arantes; 1998, p. 69). O sintoma na fala, adquire, aqui as ideias de “apelo” e de “efeito” no outro-terapeuta e ganha o espaço clínico, definitivamente.

As autoras sustentam que:

O sintoma não é redutível a exceções à regra, nem a falsas analogias e nem a violações de regras pragmáticas (mesmo que

seu efeito de diferença leve a considerações desse tipo). (LIER-DEVITTO & ARANTES, 1998)

Importante, neste ponto é a afirmação de Lier-devitto de que o “**sintoma não é homogeneizável na categoria erro**”. Aqui a autora se faz acompanhar por Andrade (2001). Ficam descartadas, deste modo os parâmetros acerto/erro ou correto/incorreto não cumprem o papel que deles se espera: o sintoma, dizem Lier-DEVITTO & ARANTES, emerge como um terceiro, exterior a tais polaridades.

Arantes (1998) e Rubino (2001) apontam para um deslocamento, qual seja, a busca de definição do sintoma na fala em termos de variações individuais no ritmo de desenvolvimento, como faz Bates (1997). O foco fica dirigido para a delimitação do patológico fora do linguístico, já que a variável “tempo” o substitui.

Entretanto, assinalam elas:

“a tentativa de estabelecer uma linha divisória entre normal e patológico pelo recurso à defasagem temporal, não vai muito além da apreensão intuitiva de que “patológica” seria uma fala *fora de tempo*” (Lier-De Vitto, 2001).

Lier-devitto (2005) comenta que, se o apelo à cronologia do desenvolvimento indica que a qualidade específica do sintoma resiste a ser apreendida como déficit na linguagem, ela também não é solução - a prática de notação de idade da criança visa delinear o patológico independentemente da *qualidade de uma fala*. De fato:

O que é chamado para demarcar um quadro sintomático de linguagem não é senão a escuta do falante nativo que, sem

dúvida, reconhece que uma fala não é esperada ocorrer *numa certa idade* – reconhecimento, este, que deveria intrigar os estudiosos da linguagem e das patologias da linguagem.

Encerro este “passo” com esta citação da autora.

2.3. Um artigo seminal: Lier-devitto (2003)

Em 2003 o aspecto temporal havia sido discutido pela autora, por ligar-se à visada organicista e cognitivista que tratam a aquisição de Linguagem como uma questão de desenvolvimento: “o critério orgânico-cognitivo, que conjuga crescimento e desenvolvimento, exclui o domínio da reflexão linguística.” (LIER-DEVITTO, 2003). Segundo a autora o tempo implicado no sintoma é outro, como ela diz: “é aquele da ‘duração’ da ‘repetição’”. No mesmo artigo a noção de sujeito epistêmico é afastada, vejamos como:

Sujeito epistêmico não combina absolutamente com aquele que aparece no sintoma, ou seja, sujeito que mesmo *sabendo que erra*, nada pode fazer para modificar sua fala. (LIER-DEVITTO, 2003).

A autora conclui que o sintoma na fala levanta uma questão forte sobre o sujeito epistêmico e sobre a noção de desenvolvimento, que impera no campo da Aquisição da Linguagem.

Acompanhemos um pouco mais a autora neste tempo de sua elaboração sobre o sintoma, na medida em que o texto de 2003 representa um grande passo neste processo:

Pode-se admitir que o acontecimento sintomático (da criança ou do adulto) diga de um tempo, mas ele *é escrita de um tempo outro – o da insistência*, que se manifesta numa repetição sem fim nem finalidade, como nos mostra, de forma inequívoca, sua resistência à interpretação⁸. É esse tempo estrutural que a escuta dos ouvintes captam: uma fala e um falante que repetem, que *“não passam a outra coisa”*. Por essa razão, menos que uma questão de idade cronológica, e do efeito imaginário de desajuste entre fala-faixa etária, parece-me que o ponto é outro.

Esse organismo, nas palavras da autora

O organismo cresce, mas a idade que se mede não corresponde ao *“tempo de um sujeito”* - tempo que as descrições de emissões de fala e sua correlação com uma escala temporal não pegam.

Finalmente e concretamente, de forma resumida, Lier-devitto afirma que: **“o tempo do sujeito no sintoma é o da repetição**, da repetição de uma lógica estrutural, que suspende o tempo do “desenvolvimento” (Lier-De Vitto, 2003).

Também neste texto importante a autora toca na questão do *corpo ao distinguir corpo-falante, segundo ela, ignorado nas análises da fala*, “em que importa o *corpo-orgânico* e/ou o *sujeito epistêmico*” (Landi 2000, 2007; Fonseca 1995, 2002). A linguagem fica

⁸ Sobre falas sintomáticas de adultos afásicos e gagos, sugiro a leitura de Fonseca (1995 e 2002) e de Pisaneschi (2001).

na periferia do corpo, reduzida ao par *emissão-recepção*, e o falante a “*boca-orelha*” (Benine, 2001; Trigo, M. 2003).

2.4. Conquistas sedimentadas sobre o sintoma na fala: um resumo

Meu objetivo, como organizadora desta mesa, é fazer um apanhado do que pude (ou temos podido) pensar sobre o sintoma, nos últimos três anos e, com isso, situar o que o projeto “Aquisição da Linguagem e Patologias da Linguagem” pode enunciar até o momento a respeito ao tema deste simpósio⁹.

Em 1998, Lúcia Arantes e eu, abordamos a questão da heterogeneidade da fala da criança e de seus efeitos na escuta do outro. Interessava-nos, então discernir um efeito fundamental, sublinhar um corte que o falante opera, qual seja, o de distinguir entre “normal” e “patológico”. Corte que, como dissemos, trazia à tona a *escuta sensível e refinada do falante nativo* que não é indiferente àquilo que, numa fala, faz presença como diferença (e diferença-sintoma). Afirmamos, então, que a partição “normal” e “patológico” não seria equivalente ou paráfrase de outra (própria à Lingüística), representada pelos pares “correto vs. Incorreto”, “certo vs. Errado” (e mesmo possível vs. Impossível).

De fato, a escuta do falante não deixa passar diferenças dialetais, estilísticas (variações, digamos, aceitáveis numa língua) e releva certos “erros”, mas não outros: reconhece a diferença entre erros que freqüentam a fala de qualquer falante aqueles que marcam a língua de um modo estranhamente enigmático e que são abrigados sob o rótulo de “patológicos” (Lier-De Vitto, 2000, 2001). No que tange à fala da criança, por exemplo, o “erro” da aquisição da linguagem, tem efeito chistoso - um “*signal positivo*” da mudança da relação da criança com a linguagem (sempre surpreendente e benvinda); do “erro” que causa outro efeito: de perplexidade e que leva crianças à clínica e que é tomado como “*signal negativo*”, sintomático. Não se pode, portanto, reduzir *sintoma* a “erro” ou, melhor, ignorar que há heterogeneidade no erro.

⁹ O “sintoma na fala” é questão-problema que tomei para mim como pesquisadora do Projeto Integrado *Aquisição da linguagem e patologias da linguagem* (CNPq 522002/97-8)

No âmbito dessa discussão, é que importa, também, abordar a problemática da *interpretação do falante* e a necessidade de especificar a do fonoaudiólogo, que deveria ser convocada e mobilizada pela especificidade do **sintoma na fala**. Pode-se dizer e ainda de forma genérica, que o **sintoma** pode ser visto como uma “prisão do sujeito numa falta ou falha”, como aquilo que o impede de “*passar a outra coisa*”, Allouch (1990)

Depois desse primeiro encontro com a problemática do sintoma, e por conta dele, parece-me incontornável (e mesmo ético) tomar posição frente ao sujeito – não há fala sem falante e nem sintoma que não implique sofrimento. O sintoma introduz uma diferença na fala que afeta o próprio sujeito na medida em que “*isola o sujeito dos outros falantes de uma língua*” (Lier- De Vitto, 1999b). Quer dizer, se uma fala produz efeito de patologia na escuta do outro-falante, essa escuta tem efeito bumerangue: afeta aquele que fala. Entendi que implicados na noção de sintoma deveriam estar tanto o ouvinte “*que não deixa passar uma diferença*”, quanto o falante, “*que não pode passar a outra coisa*”

Tenho procurado, desde então, abordar o “sintoma na linguagem” - isso que, parece-me, desproblematizado no campo das patologias da linguagem. Mas, como abordar o sintoma na linguagem? Uma visada na literatura me fez levantar uma questão, a de se por meio de uma análise lingüística *strictu sensu* seria possível circunscrever o *sintoma* enquanto um “*déficit*” de linguagem (Lier-De Vitto, 2001). O resultado dessas investigações tem sido desalentador porque formas *atípicas* não são propriamente distintas das produzidas por crianças ditas “normais” e as *típicas* estão presentes em quadros sintomáticos. Ou seja, se erros “sintomáticos” são localizáveis em falas de crianças com quadros clínicos de linguagem, eles perdem o caráter de “sintomático” ao serem observados em falas de crianças “normais”. Vê-se, por aí, que aparatos conceituais e descritivos da Lingüística não têm sido eficazes para distinguir entre erros “normais” de “sintomáticos”.

Sinal disso é que, a impossibilidade de pinçar uma *qualidade específica* à fala dita patológica, ao sintoma na linguagem, tem levado pesquisadores a relacioná-la a “variações individuais no ritmo de desenvolvimento” (Bates et alli, 1997). Busca-se delimitar o patológico em termos de “*variação substancial*” entre os ritmos de desenvolvimento da linguagem considerados “normais” e os “patológicos”. Mas seria a linha divisória entre o normal e o patológico uma questão de defasagem temporal?

Esses trabalhos não vão muito além da apreensão intuitiva de que “*a fala da criança está fora de tempo*”.

O apelo ao tempo mostra que a qualidade específica do “sintoma” resiste a ser apreendida como “déficit na linguagem”. Não é outra coisa também que atestam as declarações de “inconclusividade” de pesquisas voltadas para a descrição *strictu sensu* da fala sintomática de crianças. Num caso e no outro, não se cumpre a tarefa almejada de delimitação do **déficit na fala**.

Quanto à prática de notação de idade da criança, almeja-se demarcar o patológico independentemente da qualidade de uma fala. De fato, o que acaba definindo um quadro patológico de linguagem é menos um “déficit” na linguagem e mais a insistência/persistência de *algo* que é reconhecido como “fora de tempo” - algo que não é mais esperado ocorrer *numa certa idade*.

Penso ser possível e plausível revisitar a correlação faixa etária e fala da criança com base numa reflexão sobre a intuição do falante, supondo a ela mais que uma escuta restrita a “uma emissão de fala”. Supor a essa escuta que ela estranha a **fala falada por um falante**. Se é a “faixa etária” que acaba decidindo pelo que não deveria mais estar ocorrendo é porque a fala está em desacordo com o **corpo que fala**, que repete, que não “passa a outra coisa” (Allouch, 1994). É a articulação ou imbricação singular fala-falante que parece afetar a escuta – indissociação entre um corpo que fala uma fala e uma fala que fala (d)esse corpo.

Menos que uma questão de idade *strictu sensu* parece-me que o ponto é outro. De fato, de que vale a idade cronológica se o problema diz de uma insistência, de insistência numa posição na linguagem? Insistência que fala de um tempo outro, de uma duração, que recua a cronologia das faixas etárias. É certo que o organismo cresce mas é certo, também, que a idade que se mede não corresponde ao “tempo de um sujeito”, do corpo que fala. Tempo que as descrições não pegam porque estão voltadas para as análises de emissões de fala e sua correlação com uma escala temporal.

O tempo do sujeito no sintoma é o da repetição, da presentificação/representificação de um movimento “que não passa a outra coisa”. Tempo que espelha a “prisão do sujeito numa falta ou falha”, que suspende o imaginário do desenvolvimento e da cronologia. Quando faço menção à repetição,

quero indicar que não se trata de repetição de erro *stricto sensu*, mas da repetição de um lógica que envolve o sujeito numa produção significativa, lógica que deve ser buscada na **densidade significativa de sua fala**. Tentativa que os pesquisadores do Projeto dispõem-se a enfrentar, enfrentar a construção empírica de seu “objeto”.

Resumidamente, fiquemos com algumas proposições:

- (1) “sintoma” e “erro” não são sinônimos;
- (2) Sintomas prendem um corpo numa fala faltosa, que aprisiona o sujeito numa repetição ignorante de si mesmo. Assim, o “sintomático” é efeito de falas que insistem em se apresentar assim, sem “passar a outra coisa”.
- (3) O sintoma produz estranhamento sob a forma de “perplexidade”.

Já para a sua distinção com relação a “erros” comuns, está posto que o sintoma produz o “efeito” diferente na escuta de outros falantes, efeito esse que faz conceber uma fala como “patológica” para a escuta do outro. Vale dizer, com Lier-devitto (2009), que “*essa escuta tem efeito bumerangue: afeta aquele que fala*” (p. 3). Outro aspecto que marca a definição de sintoma é o fato de que este “faz sofrer” um sujeito, “*porque é expressão tanto de uma fratura na ilusão de semelhante (ele descostura o laço social)*” quanto da ruptura “*da ilusão de sujeito em controle de si*” (LIER-DEVITTO, 2006, p.185). Ele é da ordem da repetição que um corpo sem lesão realiza em ato, “sem ocultação”, sem disfarce. Ele anuncia o mal-estar associado a uma condição subjetiva, ou seja: o sintoma fala na fala do sujeito (LIER-DEVITTO, 2009).

Em todos esses trabalhos, noto o compromisso que a Clínica de Linguagem assume com a circunscrição de uma definição de sintoma que seja compatível com as elaborações que se desenvolvem nesse campo teórico-clínico em seu diálogo com o Interacionismo de De Lemos, que, por sua vez, já havia feito um corte com as

perspectivas tradicionais de abordagem às falas de crianças em aquisição de linguagem. Por ser um campo que se debruça sobre a prática clínica, os efeitos do Interacionismo levaram a pensar sobre o sintoma como questão particular, uma vez que não é um problema para a área da Aquisição de Linguagem, mas sim para o campo das Patologias de Linguagem. Se nota esse compromisso no que diz Lier-devitto (2006):

“Tenho, desde o princípio, procurado refletir sobre o sintoma na linguagem – isso que me parece ser desproblematizado no campo das patologias de linguagem, onde, via de regra, as falas sintomáticas são tomadas ou como uma empiria a mais em que se movimentam aparatos descritivos da Linguística, ou como sinal de problema cuja etiologia é orgânica/cognitiva ou emocional. Tenho sustentado que, por meio de uma análise linguística *stricto sensu*, não tem sido possível circunscrever o sintoma enquanto um déficit de linguagem (Lier-devitto, 2001)” (LIER-DEVITTO, 2006).

A Clínica de Linguagem, portanto, resiste a aderir às perspectivas dominantes de assunção do sintoma enquanto defasagem temporal do desenvolvimento.

Com as elaborações trazidas acima, até este ponto pude recolher algumas afirmações importantes sobre o sintoma no retorno aos trabalhos da clínica de linguagem, a saber:

2.5. Sintoma: diálogo e escuta na Clínica de Linguagem

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. 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), não 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). Abordo, a seguir, alguns aspectos relacionados à especificidade da escuta-interpretação de um clínico de linguagem.

O passo inicial para a realização desta tarefa passa pela desnaturalização da ideia de diálogo que, é tomado como sinônimo de “conversa/comunicação” (LIER-devitto & FONSECA, 2008; TESSER, 2007). Lembro que o Interacionismo tem lugar nesta discussão, como procurei mostrar na introdução deste trabalho. 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.

Começemos com “a lição do Interacionismo”, como diz Lier-devitto (2006). Cláudia de Lemos, desde o início de sua proposta, entendeu como “linguística” 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)

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). Entende-se porque seria impróprio assimilar este Interacionismo a outros interacionismos (piagetianos, vygotskyanos, por exemplo). 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 papéis’ 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. (lier-devitto & carvalho, 2008).

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), como vimos.

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. 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, como assinalado no item anterior desta dissertação. Vale repetir o que disse Lier-devitto (2005^a, 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)

Carnevale (2008) destaca, a não-coincidência que circunscreve o espaço clínico. Na clínica, diz, ela, “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”.

É Carnevale que mais uma vez comenta que:

“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).

Arantes (2001) sustenta que diálogo “...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” (idem, p.131). Sônia Araújo (2002) toma posição ao dizer que, 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” (ARAÚJO, 2002, p. 112).

Arantes (2001) e Araújo (2002) colocam em perspectiva, o fato de que na Clínica de Linguagem, nem comunicação, nem atribuição de significados está propriamente em questão. Diálogo é mobilidade significante ou, como disse Santos (2022), “trança significante” (que podem envolver todas as mobilidades de linguagem).

De fato, é Carnevale (2008) quem diz que:

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 consequências. 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.

No “trânsito livre” imaginário entre falantes, acrescenta Carnevale (2008), “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 Lierdevitto & Fonseca (2008), à realidade do diálogo quer seja na clínica de linguagem, quer seja fora dela, pois sucumbe diante dos mal-entendidos.

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. (CARNEVALE, 2008)

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.

Na Clínica de Linguagem, distingue-se “interpretação de transmissão de sentido e de compreensão” (CARNEVALE, 2008). Importa, enfim, sustentar a interpretação enquanto “trabalho da escuta para o andamento significativo” 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 significativa 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 significativa, 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.

Tendo comentado, nesta parte, a questão do diálogo na Clínica de Linguagem, abro caminho para um ponto decisivo na articulação do sintoma na fala à problemática do diagnóstico de linguagem.

CAPÍTULO 3

A Clínica de Linguagem: sintoma e diagnóstico

Neste capítulo procuro apresentar a questão do diagnóstico em que tem lugar a instância da “Avaliação da Linguagem” como momento em que o clínico abre sua escuta para as manifestações sintomáticas na fala de crianças, ou melhor, de crianças e adultos, quando estes últimos é que estão envolvidos na clínica. Lúcia Arantes nos diz que: a própria noção de diagnóstico merece um olhar mais atento, uma vez que esse termo vem impregnado com as marcas do campo em que se originou, a saber: a Medicina. É necessário, portanto, indagar: “o que é um diagnóstico fonoaudiológico?” E “qual a natureza da condição linguística que ele pretende circunscrever?”. O termo “diagnóstico”, lembra ela, vem do grego *diagnostikós* (conhecer, discernir) e diz respeito a diagnose que, por sua vez, designa tanto o diagnóstico médico, quanto a descrição e a classificação minuciosa de animais e plantas.

Em Arantes (2001), esclarece:

Diagnóstico, na acepção atual, retém o sentido que adquiriu na clínica médica: “processo de reconhecer uma enfermidade e de considerar todas as explicações possíveis para uma afecção particular” (Piper, 1973: 4). O “reconhecer”, nessa definição, relaciona-se à possibilidade de, a partir de um conjunto de sinais/sintomas, circunscrever um quadro nosográfico entre outros. O “explicar” relaciona-se à possibilidade de definir um agente etiológico específico, responsável pelo aparecimento desses sinais/sintomas.

O diagnóstico, assim considerado, seria apropriado se fosse possível estabelecer um julgamento diferencial: quando se pudesse agrupar um conjunto de sinais e articulá-lo a uma causa para, assim, isolar uma entidade nosológica de outras já descritas.

Na Medicina, como mostra Arantes, um sintoma tem que ser referido a uma doença e sua causa. Para isso, o instrumental médico é a anamnese, quando se recolhe informações relevantes sobre o desenvolvimento da doença e se faz o exame direto do corpo do paciente. Após essas duas modalidades de investigação, ele define-se “o perfil especificamente isolável da afecção patológica” (Dor, 1991: 18). Note-se que o que está em questão é o médico e a doença.

Vorcaro afirma que nessa modalidade diagnóstica busca-se a identidade de um paciente nos quadros já descritos e classificados e, nesse gesto, apaga-se tudo que o singulariza. Pode-se dizer que o ideal da observação e a tentativa de incluir o paciente em categorias nosológicas já determinadas também fez/faz presença na Fonoaudiologia.

Assim, temos que **a modalidade médica de diagnóstico não é pertinente quando o que está em questão é a linguagem**, sustenta Arantes (2001). Isto é, não é possível estabelecer uma relação de causalidade direta entre lesão e sintomas quando falamos de linguagem:

“Além disso, a clínica fonoaudiológica não opera com categorias clínicas bem delimitadas e passíveis de serem diferenciadas entre si pela via da linguagem, o que inviabiliza o caráter diferencial de um diagnóstico. Porém, lembre-se que essas seriam as condições para falarmos em diagnóstico de linguagem, se levarmos em consideração as definições acima.” (idem, 2001)

A isso a autora acrescenta que:

Análise linguística de uma fala pode, sem dúvida, indicar pontos de perturbação nessa fala, mas esses sinais eventuais de patologia não compõem inequivocamente uma classe rígida e discernível, que possa configurar uma categoria nosológica própria. Sintoma disso é que a Fonoaudiologia acaba operando

com categorias de outros campos (paralisia cerebral, fissura palatina, psicose, autismo, etc.).

Acontece que: “as leis do funcionamento orgânico autorizam e justificam uma articulação estável entre causas e efeitos, no caso da medicina entre lesão e sintoma.” Importa dizer que o fonoaudiólogo não faz diagnóstico no sentido estrito, a tarefa que lhe compete **não é a de estabelecer um diagnóstico nosológico**. No que tange à linguagem, ela escapa do modelo médico de diagnóstico. Raros são os casos em que uma determinada categoria nosológica seja “reconhecida” apenas por “um conjunto de sinais linguísticos particulares”.

Na Clínica de Linguagem, os quadros clínicos que podem ser definidos a partir de sintomas na linguagem, são: distúrbio articulatorio/desvio fonológico (alguns casos), distúrbio de leitura e escrita, retardo de linguagem e gagueira - todos eles de origem bastante obscura, o que inviabiliza o caráter explicativo ou causalista de um diagnóstico. Descrição e explicação (ou seja, “reconhecer” e “explicar”), características definitórias de diagnóstico, estão inviabilizadas em função dos quadros em questão.

Arantes (2001) aponta para o fato de que:

O modo de condução do diagnóstico/avaliação na clínica fonoaudiológica, fundado no discurso da Medicina, tem mesmo na base um pensamento causalista (uma linearidade entre lesão e sintoma)... Causalidade a que a fala não se submete. Isso porque, seja pelo viés da forma, seja pelo da substância, a fala mostra sempre sua imprevisibilidade: é ambígua, lacunar, cambiante, elíptica – “assistemática”, segundo Saussure. (ARANTES, 2001).

Desse modo: “mesmo que por aproximação imaginária o singular de cada caso possa ser referido a um tipo clínico, essa aproximação entre casos diz de um semblante, não de uma semelhança pautada na repetição de um mesmo” (ARANTES,

2001). Na linguagem, o erro é inerente à fala (Saussure, 1916, Chomsky, 1965 entre outros; Felman, 1990).

NA discussão sobre o diagnóstico Arantes (2001) afirma que uma Clínica de Linguagem deve levar em conta o sintoma na fala, que dada a sua natureza resiste a um raciocínio determinista o que obriga a diferenciar o diagnóstico fonoaudiológico do diagnóstico médico. Clínica médica e clínica fonoaudiológica lidam com objetos e matérias distintas – o que obriga considerar a especificidade do que está em foco em cada uma delas. A instância diagnóstica deve ganhar contorno singular.

O problema do diagnóstico foi, também, como se sabe, abordado desde o surgimento da Psicanálise. Freud (1913) diz: “antes mesmo de conhecer um caso detalhadamente nos vemos obrigados a estabelecer um diagnóstico e determinar o tratamento”. O que interessa é dizer que não é possível, logicamente, manter, na clínica psicanalítica, o raciocínio governado pelo determinismo da relação de causa e efeito como na clínica médica. A causalidade psíquica, não se submete à estrita relação causa x efeito. Isso não significa deixar de lado o rigor, o diagnóstico psicanalítico, embora suspenda a racionalidade lógica, faz incidir a lógica do inconsciente para situar algo da estrutura do sujeito em seu dizer. Para isso, o único instrumento de que dispõe o analista é a escuta.

Freud (1912) propôs um tempo de diagnóstico, designado “tratamento de ensaio”, cuja função principal seria distinguir neurose e psicose. É um “tratamento” prévio à análise propriamente dita que, embora não tenha uma relação de continuidade, está submetido aos mesmos princípios e regras que balizam a análise (associação livre e escuta). Nessas “entrevistas preliminares”, três funções imbricadas estão em jogo, como diz Quinet (1991): a função sintomal, a função diagnóstica e a função transferencial. Na primeira instância o sintoma deve adquirir, para o paciente, o estatuto de questão ou de enigma, ou seja, o sintoma deve passar de significado a significante, diz Quinet (1991): de um “saber sobre” o sintoma para um “não saber” sobre ele. Na instância diagnóstica, determina-se a direção de cura – o sintoma serve de orientação para a análise.

3.1 Diagnóstico na Clínica de Linguagem

Parece-me bem o momento de precisar o que é **diagnóstico para uma Clínica de Linguagem**. Ele é o momento inaugural de todo processo terapêutico. Arantes (2001) nos diz que:

Toda clínica supõe um momento anterior ao tratamento propriamente dito - aquele da tomada de decisão sobre a queixa. Nisso reside sua importância, uma vez que é nessa instância clínica que uma decisão sobre normalidade e patologia deve ser tomada. É ao diagnosticar que se deve decidir, também, pela direção de um tratamento. Insisto, contudo, que apesar de sua importância inquestionável, o diagnóstico não foi ainda elevado ao estatuto de questão na Fonoaudiologia, como disse acima (ARANTES, 2001).

O “diagnóstico de linguagem” indica a necessidade de precisão do sentido de diagnóstico. A tarefa é extremamente complexa – como disser Lier-devitto (1994, 2000, 2006) ela é inviável caso não se assuma uma teorização sobre a linguagem, que seja compatível com a natureza do material interrogante.

Lembremos que:

A noção de sintoma com que se tem basicamente operado na clínica fonoaudiológica tem relação estreita com aquela presente no discurso médico. O sintoma é sinal observável, apreensível enquanto exterioridade visível, remissível a um quadro nosográfico e passível de ser explicado a partir da determinação de sua causa. Trata-se de “descrever” as manifestações na fala para separar comportamentos normais de patológicos com

vistas a alocar os últimos em uma categoria nosológica e relacionar a uma causa. Nesse caso, sintoma na linguagem é “mais um” num conjunto amplo de sinais que definem uma patologia e, também e por isso, é manifestação de fala alterada em função de distúrbios orgânicos ou psíquicos (ARANTES, 2001).

A nosologia que percorre a Fonoaudiologia é médica. O sintoma na linguagem não se ajusta ao modelo médico de diagnóstico. De fato, a heterogeneidade dos casos e dos sintomas com os quais lida a Clínica de Linguagem torna a questão ainda mais complexa. A diversidade de casos parece mostrar algo peculiar à Clínica de Linguagem, que lhe permite congrega quadros de naturezas diversas. Mas o emaranhado de sintomas com quais lidamos não deixam de envolver sempre questões referentes ao falante e seu modo de inscrição na linguagem - não se pode desconsiderar que todos os pacientes demandam uma transformação na sua fala:

Se a demanda do paciente remete à “fala”, as ações fonoaudiológicas não podem passar ao largo de uma reflexão sobre a linguagem. O compromisso com a demanda do paciente implica, necessariamente, um compromisso ético que deve ser admitido pelo o clínico de linguagem. **A questão do sintoma na fala abriga uma problemática extremamente complexa.** Se por um lado, não é possível considerá-lo apenas sob a ótica do funcionamento da máquina, (do corpo-orgânico) por outro devemos considerar que o sintoma faz presença na fala, o que o específica e pede um olhar que não apague sua especificidade. (ARANTES, 2001). (ênfase minha)

Acompanho Arantes (2001) quando ela diz: “ser necessário abordar o sintoma a partir de sua expressão na fala”. Pois bem, o sintoma torna preciso ser esclarecer o que se define como “patologia de linguagem”, a simples menção a elas não é suficiente para iluminar sua natureza no diagnóstico.

Parece-me que a relação à Linguística seja incontornável. Isso define a natureza da relação (com a linguística) e exclui a possibilidade de meras aplicações (Arantes, 1994, Lier-De Vitto, 1995b, Landi, 2000). Note-se que está em questão uma atividade clínica em ato e que é a partir de uma relação particular com a Linguística que um clínico pode ter uma **escuta que singularize seus gestos clínicos**, como diz Arantes (2001):

O fonoaudiólogo não pode esquivar-se ao necessário encontro com a especificidade de seu objeto. “Especificidade” que envolve refletir sobre a natureza dos erros que fazem presença na fala dos pacientes da clínica de linguagem. Especificidade que requer compromisso com o fenômeno que interroga um clínico. Considero que estas questões devam ser enfrentadas, assumidas como proposições problemáticas no interior de nosso campo. Não se pode utilizar esses termos sem se deixar indagar pela vagueza e indeterminação que eles contêm. (ARANTES, 2001)

Não é simples lidar com fatos desviantes de linguagem sejam eles de aquisição ou de patologia. É preciso uma Linguística: “em que o assistemático, o irregular, sejam provocadores” (LIER-DEVITTO, 1964). Mais do que isso, acrescenta Arantes (2001): “irregular e assistemático que trazem à cena não o sujeito da ciência, aquele que é suporte do cálculo da língua, mas aquele que se divide e que aparece nos vãos mal traçados da linguagem” (ARANTES, 2001).

O diagnóstico de linguagem deve implicar a produção de um dizer sobre a fala

sintomática do paciente, mas um dizer que não seja um não dizer, uma simples constatação de que o que o paciente diz não se ajusta a gramática. É preciso ir além das descrições para contemplar o fenômeno patológico, pois, de fato, como diz Lier De Vitto (2001):

Por meio de uma análise linguística *stricto sensu* “não é possível apreender uma fala/falha peculiar, uma marca de patologia[...] Os instrumentais descritivos da Linguística não podem captar o que a orelha do falante de uma língua escuta, estranha e distingue”.

Arantes (2006) e Andrade (2006) concluem ser preciso uma noção de língua-fala-falante que permita produzir um diagnóstico para um paciente, que abra a possibilidade de articular o geral das leis de funcionamento ao particular da produção de uma criança. Só assim, o diagnóstico poderá cumprir sua função primordial, qual seja: a de dar uma direção para o tratamento. É preciso vislumbrar porque nas patologias de linguagem alguém fica preso em uma posição que acaba por demandar a intervenção/interpretação de um clínico que faça sua fala ganhar movimento.

O projeto Aquisição, Patologias da Linguagem tem encaminhado a questão do sintoma, de modo original e consequente. A noção de sintoma enquanto “repetição sem ocultação nem evitação” (Lier-De Vitto, 2000c) atinge as condições para se pensar em um diagnóstico de linguagem. É importante sublinhar, que esse tipo de avaliação/interpretação deve produzir uma posição terapêutica. Quer dizer, deve indicar uma direção ao tratamento.

Para encerrar esta discussão, gostaria de dizer, com Arantes (2001, 2005, 2006) que a Clínica de Linguagem avança de maneira sólida a construção de um cenário clínico em que a linguagem, a fala, dão vida aos atos que nela se realizam. Incluo nesta construção, a problemática do sintoma na fala e sua natureza na definição do diagnóstico; lembrando que na clínica, há sempre modos diferentes e intrigantes

de relação dessas crianças com a linguagem, que expressam posições subjetivas singulares. Procurei mostrar que uma avaliação de linguagem deve precisar em que medida um atraso de linguagem diz da condição-sujeito destes pacientes. Acompanhando Arantes (2001), penso ser preciso que “a teoria passe a ter no clínico o valor de verdade, e para que a teoria possa ter valor de verdade é necessário que ela produza efeitos na escuta do clínico que deverá ser teoricamente instruída”.

Espero ter podido mostrar, nesta dissertação, a importância que o sintoma na fala tem na delimitação de um campo clínico. Campo que se distingue seja do Interacionismo em Aquisição de Linguagem, espaço teórico de onde parte, seja da Psicanálise em que a linguagem é também protagonista. O sintoma na fala foi teorizado por Lier-devitto no campo da Clínica de Linguagem e tal teorização produziu efeitos na construção desta clínica. Tratei de indicar sua importância na questão da escuta para a fala sintomática, que sustenta o diálogo clínico e a qualidade de uma interpretação particular. Mostrei, igualmente, sua relevância na reflexão sobre diagnóstico de linguagem em que a qualidade patológica de uma fala deve ser definida para que um tratamento possa ganhar direção. A ideia foi iluminar diferenças, mais uma vez, entre diagnóstico médico, fonoaudiológico, psicanalítico e aquele que vige na Clínica de Linguagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação é, como disse um estudo. Não almejei a produção de uma novidade e sim o levantamento de um esforço de teorização realizada por Lier-devitto sobre o sintoma na fala, cuja centralidade é determinante de todo processo de construção do espaço clínico nomeado como Clínica de Linguagem. Espaço, este que, como disse, é delimitado, precisamente, pela força conceitual da noção de sintoma na fala. Os comentários apresentados neste trabalho indicam as direções de minha reflexão sobre (e sob efeito) de falas sintomáticas que são, acontecimentos *singulares e enigmáticos*, não homogeneizáveis na categoria “erro”, como disseram Lier-devitto e Andrade (2006), homogeneização que tem refletido, na esfera da Fonoaudiologia, o apagamento da questão-sujeito e da dimensão do sofrimento. Lier-devitto sustenta que na base da necessária distinção entre erro e sintoma está o sofrimento que falas patológicas produzem no falante.

Indiquei que nos trabalhos, que tratam de circunscrever e definir o sintoma pela via da aplicação de aparatos descritivos previamente instituídos ou que recorrem ao critério da faixa etária, não há suspensão de conhecimento frente ao sintoma (Lier-De Vitto, 2002). O investigador não é genuinamente afetado pelo acontecimento sintomático na fala: as falas sintomáticas não chegam a abalar o *que já se supõe saber sobre a linguagem*.

Foi com Lier-devitto que afirmei que as patologias de linguagem são, por excelência, acontecimentos que favorecem a contestação da hipótese de sujeito epistêmico: nelas, disse a autora, assiste-se ao *desconhecimento* sobre o porquê uma fala acontece assim, sintomaticamente desarranjada, e à impossibilidade mesma, para o sujeito, de fazê-la ser outra (FONSECA, 2002, 2006). Embora o sintoma afete o falante e o outro, como disse acima, essa afetação não pode ser explicada pela via da remissão a um conhecimento sobre a linguagem: o sujeito é ou pode ser afetado por sua fala, mas recursos cognitivos não podem ser mobilizados para mudá-la, reformulá-la na direção desejada. Esta é uma afirmação que carrega uma posição ética assumida pela Clínica de Linguagem.

Considera-se que nesta clínica está em jogo uma demanda do paciente que é mobilizada pela especificidade de um sintoma, o qual, por sua vez, é definido como

“acontecimento na fala que exprime a ‘prisão do sujeito numa falta ou falha’(LIER-DEVITTO, 2005). É possível entender, com essas considerações, que Lier-devitto opta por uma outra via de pensamento sobre o sintoma, que se opõe aquela que o define enquanto déficit ou falha.

Lier-devitto e Arantes (1998), tratam da problemática dos efeitos de um acontecimento sintomático no outro, o efeito da patologia, como procurei mostrar. Elas apontam para a necessidade de distinguir o efeito produzido no outro, os erros na fala na aquisição daqueles que afetam o falante de uma língua como sendo de natureza sintomática.

Em relação à natureza da fala e aos efeitos produzidos, Lier-devitto afirma que os sintomas são produções complexas e não se reduzem aos movimentos desajeitados do aparelho fonador, nem as produções audíveis de uma realização interna/mental. Ou seja, ele não é definido por uma questão orgânica, muito menos pelo funcionamento fisiológico. Ela considera os sintomas na linguagem como algo que excede o orgânico e expõe o falante em sua falha – questão que discuti nos dois últimos capítulos: “os sintomas se relacionam ao corpo, mas não ao corpo fisiológico, e ele diz de um tempo, mas não do cronológico - esse tempo é o da insistência, da repetição” (LIER-DEVITTO, 2003).

A Clínica de Linguagem volta-se para a densidade significativa da fala, ao lugar mesmo em que o sintoma está inscrito – lugar, também, em que pode ser erigida a singularidade de uma escuta do terapeuta de linguagem. A questão de saber “qual é o significado do sintoma” é substituída pelo “como o sintoma está articulado na fala” e “que efeitos ele produz/não produz na escuta do paciente” (e do terapeuta). Se a noção de escuta, particularizada na teorização empreendida por De Lemos (1992, 1995b, 1999) está implicada no que disse acima, não se pode supor, entretanto, que as interpretações da fala de pacientes possam ser resumidas ao que se encontra discutido no campo da Aquisição da Linguagem - há que se fazer render a noção de escuta no campo das patologias da linguagem.

Este trabalho representa um passo importante em minha formação como clínica de linguagem, quero deixar registrado que outros passos serão realizados no futuro.

Referências Bibliográficas

ALLOUCH, J. Letra a letra. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1995.

ANDRADE, L. "Captação" ou "captura" - considerações sobre a relação do sujeito à fala. In: LIER-DEVITTO, M.F.; ARANTES, L.M.G. (Org.). Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem, 1ª ed. São Paulo: EDUC, FAPESP, 2006, p. 201-218.

_____. Ouvir e escutar na constituição da clínica de linguagem. 2003. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2003.

_____. Considerações sobre a escuta na clínica de linguagem. Cadernos de Estudos Linguísticos (UNICAMP), Campinas, v. 47, p. 167-174, 2005.

ARANTES, L. M. G. As múltiplas faces da especularidade. Letras de hoje, vol. 36, n.3, p. 253-260, 2001.

_____. Impasses na distinção entre produções sintomáticas desviantes e não desviantes. In: LIER-DEVITTO, M.F.; ARANTES, L.M.G. (Org.). Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem, 1ª ed. São Paulo: EDUC, FAPESP, 2006, p. 219-226.

_____. Sobre a instância diagnóstica na Clínica de Linguagem. In: LIER-DEVITTO, M.F.; ARANTES, L.M.G. (Org.). Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem, 1ª ed. São Paulo: EDUC, FAPESP, 2006, p. 315-331.

_____. A Clínica Psicanalítica e a Fonoaudiológica com crianças que não falam. *Distúrbios da Comunicação*, São Paulo, v. 15, n.1, p. 59-69, 2003.

_____. O fonoaudiólogo, este aprendiz de feiticeiro. In: LIER-DEVITTO, M.F. (org.). *Fonoaudiologia no sentido da linguagem*. Editora Cortez, São Paulo, 1994, p. 23-37.

ARANTES, L. M. G.; ANDRADE, L.; LIER-DEVITTO, M. F. A clínica de linguagem com crianças que não falam: diagnóstico e direção do tratamento. In: PAVONE, S; RAFAEELI, Y. (Org.). *Audição, Voz e Linguagem: a clínica e o sujeito*, 1ª ed. São Paulo: Cortez, 2005, v. 01, p. 141-150.

ARAÚJO, S.M.M. O fonoaudiólogo frente à fala sintomática de crianças: uma posição terapêutica. 2002. Tese [Doutorado]. Universidade de São Paulo, 2002.

CARNEVALE, Luciana et al. O falante entre cenas: descaminhos da comunicação na deficiência mental. 2008.

CATRINI, M. A Marca do Caso: Singularidade e Clínica de Linguagem. 2005. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2005.

CHOMSKY, N. *Language and problems of knowledge. The Managua Lectures*. Cambridge: The MIT Press, 1988.

DE LEMOS, C. T. G. A Sintaxe No Espelho. *Cadernos de Estudos Linguísticos (UNICAMP)*, Campinas, v. 10, p. 12-28, 1986c.

_____. Corpo & Corpus. In: Mercado de Letras. (Org.). Corpo e Linguagem - gestos e afetos. Campinas: Mercado de Letras, 2003, v. p. 21-30.

_____. Língua e discurso na teorização sobre Aquisição de Linguagem. Letras de Hoje, Porto Alegre, v. 30, n.4, p. 9-28, 1995.

_____. 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 (UNICAMP), Campinas, v. 33, p. 5-14, 1998.

_____. Sobre o paralelismo, sua extensão e a diversidade de seus efeitos. In: LIERDEVITTO, M.F.; ARANTES, L.M.G. (Org.). Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem, 1ª ed. São Paulo: EDUC, FAPESP, 2006, p. 97-108.

_____. Specularity As A Constitutive Process In Dialogue And Language Acquisition. In: CAMAIONI, L.; DE LEMOS, C.T.G. (Org.). Questions on social explanation: Piagetian themes reconsidered. Amsterdam: John Benjamins, 1986b, p. 23-31.

_____. Das vicissitudes da fala da criança e de sua investigação. Cadernos de Estudos Linguísticos (UNICAMP), Campinas, v. 42, p. 41-69, 2002. DE LEMOS, C.T.G. Interacionismo e aquisição de linguagem. DELTA, v.2, n.2, 1986a.

_____. Los procesos metafóricos y metonímicos como mecanismos de cambio. Substratum, Barcelona, Meldar, v. 1, n.1, p. 121-135, 1992.

_____. Questioning the notion of development: the case of language acquisition. Culture & Psychology, v. 6, n. 2, p. 169-182, 2000.

_____. Sobre a aquisição da linguagem e seu dilema (pecado) original. In: Boletim da ABRALIN, n.3, 1982, p. 97-136.

_____. Sobre o Interacionismo. Letras de Hoje, v. 34, n.3, p. 11-16, 1999.

_____. Uma crítica (radical) à noção de desenvolvimento na Aquisição da Linguagem. In: LIER-DEVITTO, M.F.; ARANTES, L.M.G. (Org.). Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem, 1ª ed. São Paulo: EDUC, FAPESP, 2006, p. 21-32.

FINGER, I. A aquisição da linguagem na perspectiva behaviorista. In: FINGER, I.; QUADROS, R.M. (Org.). Teorias de aquisição de linguagem. Florianópolis: Ed. Da UFSC, 2008, p. 17-44.

FONSECA, S. C. O afásico na clínica de linguagem. 2002. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2002.

FONSECA, S. C.; ARANTES, L. M. G. Efeitos da Escrita na Clínica de Linguagem. In: LIER-DEVITTO, M.F.; ARANTES, L.M.G. (Org.). Faces da Escrita: Linguagem, Clínica, Escola, 1ªed. São Paulo: Mercado das Letras, 2011, p. 117-142.

FONSECA, S. C.; LANDI, R. Questões sobre a correlação entre estágios de aquisição da linguagem e estados afásicos. Letras de Hoje, Porto Alegre, v. 39, p. 313-321, 2004.

FONSECA, S. C.; LIER-DEVITTO, M. F. Hesitações e pausas como ocorrências articuladas. *Cadernos de Estudos Linguísticos (UNICAMP)*, Campinas, v. 54, p. 67-80, 2012.

FREUD, S. (1900) A interpretação dos sonhos. In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, v. V. Rio de Janeiro: Imago. 1976.

_____. (1919). "O estranho". In: _____. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Jayme Salomão (Trad.). Rio de Janeiro: Imago, v.17, 1976, p.275-314.

_____. (1937). Construções em análise. In: Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud, v. XXIII, Rio de Janeiro, Imago, 1976, pp. 275-287.

JAKOBSON, R. (1960) - Lingüística e Poética. In: _____. Lingüística e Comunicação. Cultrix: São Paulo. 1988.

LACAN, J. (1953 – 54). O seminário, livro 1: Os escritos técnicos de Freud. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1979.

LACAN, J. (1998). Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano. In: Escritos. 1960. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

LEMOES, M.T.G. O sociointeracionismo. In: LEMOS, M.T.G. A língua que me falta: uma análise dos estudos de aquisição de linguagem. Campinas, SP: Mercado de Letras; Fapesp, 2002, p. 149-212.

LIER, M.F. A constituição do interlocutor vocal. 1983. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1983.

LIER-DEVITTO, M. F.; ARANTES, L.M.G. DESINANO, N. B. Sob Impacto da Heterogeneidade: teorização sobre o erro e o não idêntico. DELTA, v. 36, p. 1-21, 2020.

LIER-DEVITTO, M. F.; ARANTES, L.M.G. Incidências da novidade Saussureana no Interacionismo e na Clínica de Linguagem. REL - Revista Estudos em Letras, v. 1, p. 65-76, 2020.

LIER-DEVITTO, M.F. Abordagem de falas sintomáticas: sobre a condição intervalar da clínica de linguagem entre a linguística e a psicanálise. In: SILVEIRA, E.M. (Org.). As bordas da linguagem, 1ª ed. Uberlândia - MG: EDUFU, 2011, v. 1, p. 57-67.

_____. Efeitos do pensamento de Saussure na teorização sobre erros e sintomas na fala. In: FIORIM, J.L.; FLORES, V.N.; BARBISAN, L.B. (Org.). Saussure – a invenção da Linguística, 1ª ed. São Paulo: Editora Contexto, 2013, v. 1, p. 113-134.

_____. Os monólogos da criança: delírios da língua (FAPESP-97/12941-0). 1ª ed. São Paulo: EDUC FAPESP, 1998.

_____. Patologias da linguagem: subversão posta em ato. In: LEITE, N.V.A. (Org.). Corpolingagem; gestos e afetos, 1ª ed. Campinas: Mercado de Letras edições e Livraria Ltda., 2003, v. 1, p. 233-246.

_____. Questions on the normal-pathological polarity. Revista da ANPOLL, São Paulo, v. 12, n.1, p. 169-186, 2002.

_____. Sobre a interpretação. Cadernos de Estudos Linguísticos (UNICAMP), Campinas, v.29. 1995. p. 9-15.

_____. Sobre a posição do investigador e a do clínico frente a falas sintomáticas. Letras de Hoje, Porto Alegre, v. 39, n. 3, p. 47-60, 2004.

_____. Sobre a posição do investigador e a do clínico frente a falas sintomáticas. Letras de Hoje, Porto Alegre, v. 39, n. 3, p. 47-60, 2004.

_____. Sobre o sintoma: efeito da fala no outro, déficit de linguagem, ou ainda? Letras de Hoje, Porto Alegre, v. 36, n.3, p. 245-252, 2001.

LIER-DEVITTO, M.F.; ANDRADE, L. Considerações sobre a interpretação de escritas sintomáticas de crianças. In: LIER-DEVITTO, M.F.; ARANTES, L.M.G. (Org.). Faces da Escrita: Linguagem, Clínica, Escola, 1ª ed. São Paulo: Mercado das Letras, 2011, p. 95-116.

LIER-DEVITTO, M.F.; ARANTES, L. M. G. Sobre os efeitos da fala da criança: da heterogeneidade desses efeitos. Letras de Hoje, Porto Alegre, v. 33, n.2, p. 65-72, 1998.

LIER-DEVITTO, M.F.; ARANTES, L.M.G.; DESINANO, NORMA B. Sob Impacto da Heterogeneidade: teorização sobre o erro e o não idêntico. DELTA, v. 36, p. 1-17, 2020.

LIER-DE-VITTO, M.F.; CARVALHO, G.M. O interacionismo: uma teorização sobre aquisição de linguagem. In: QUADROS, R.M.; FINGER, I. (Org.). Teorias de aquisição da linguagem. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2008, p. 101-126.

LIER-DEVITTO, M.F.; DUDAS, T.L. Institucionalização de pessoas com paralisia cerebral: a difícil relação sujeita–outro–linguagem. *Linguística*, v.32, n.1, p.9- 23, 2016.

LIER-DEVITTO, M.F.; FONSECA, S. C. Hesitações e pausas como ocorrências articuladas. *Cadernos de Estudos Linguísticos (UNICAMP)*, Campinas, v. 54, p. 67-80, 2012.

LIER-DEVITTO, M.F.; FONSECA, S.C. Considerações sobre 'equivoco' e 'diálogo' na clínica de linguagem. In: MOURA, D. (Org.). *Desafios da língua: pesquisas em língua falada e escrita*, 1ª ed. Maceió: UFAL, 2008, v. 1, p. 489-492.

MARCOLINO-GALLI, J. A relação memória-linguagem nas demências: abrindo a caixa de Pandora. 2013. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2013.

SANTOS, Brenda de Sousa. *Interpretação: questão na clínica de linguagem com crianças*. 2021.

SANTOS, Sabrina Pereira dos. *Fala-leitura-escrita: uma proposta de tratamento na clínica de Linguagem com afásicos*. 2022 – A SAIR.

SAUSSURE, F. (1916). *Curso de Linguística Geral*. São Paulo: Cultrix. 1969.

VASCONCELLOS, R. Organismo e sujeito: uma diferença sensível nas paralisias cerebrais. 2010. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2010.

_____. Paralisia Cerebral: a fala na escrita. 1999. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1999.

VORCARO, A. M. R. Considerações ao Discurso Psicopedagógico - Um Estudo de Práticas Clínicas e Escolares. Cadernos de estudos e pesquisas, São Paulo, n.1-005-97, p. 1-44, 1997