

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

SONIA LUZIA DALPIAZ

**LINGUAGEM, *TRANSFERÊNCIA*, CLÍNICA: AS RELAÇÕES ENTRE O SABER E
O FAZER NA *CLÍNICA DOS DISTÚRBIOS DE LINGUAGEM***

PORTO ALEGRE

2018

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE LETRAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM LETRAS
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ESTUDOS DA LINGUAGEM
LINHA DE PESQUISA: ANÁLISES TEXTUAIS, DISCURSIVAS E ENUNCIATIVAS

SONIA LUZIA DALPIAZ
ORIENTADOR: PROF. DR. VALDIR DO NASCIMENTO FLORES

**LINGUAGEM, *TRANSFERÊNCIA*, CLÍNICA: AS RELAÇÕES ENTRE O SABER E
O FAZER NA *CLÍNICA DOS DISTÚRBIOS DE LINGUAGEM***

**Tese de doutorado em Análises Textuais,
Discursivas e Enunciativas, apresentada como
requisito parcial para a obtenção do título de
doutora pelo Programa de Pós-Graduação em
Letras da Universidade Federal do Rio Grande
do Sul.**

PORTO ALEGRE

2018

CIP - Catalogação na Publicação

Dalpiaz, Sonia Luzia
LINGUAGEM, TRANSFERÊNCIA, CLÍNICA: AS RELAÇÕES
ENTRE O SABER E O FAZER NA CLÍNICA DOS DISTÚRBIOS DE
LINGUAGEM / Sonia Luzia Dalpiaz. -- 2018.
125 f.
Orientador: VALDIR DO NASCIMENTO FLORES.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Instituto de Letras, Programa de Pós-
Graduação em Letras, Porto Alegre, BR-RS, 2018.

1. CLÍNICA DOS DISTÚRBIOS DE LINGUAGEM. 2.
LINGUÍSTICA DA ENUNCIÇÃO. 3. TRANSFERÊNCIA . 4.
TERAPEUTA. 5. PACIENTE. I. FLORES, VALDIR DO
NASCIMENTO, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Para o Tomás

AGRADECIMENTOS

Ao PPG Letras, por mais uma oportunidade.

Ao Valdir do Nascimento Flores, por seu *jeito de ser e fazer* orientação; que me ajudou a transformar uma questão em tese e levar esse processo com alegria e leveza; que me ensina sobre generosidade e ética.

Aos professores que participaram de minhas bancas de qualificação, cujas leituras auxiliaram imensamente na continuidade do meu processo na tese: Luiza Ely Milano, Carmen Luci da Costa Silva e Jefferson Lopes Cardoso.

À professora Marlene Teixeira, cujas palavras ditas em minha banca de mestrado continuam reverberando dentro de mim e certamente fizeram função em minha tomada de decisão de seguir para o doutorado.

Aos colegas do PPG-Letras, pelo acolhimento e pelas questões que compartilhamos ao longo do mestrado e doutorado.

À Lia Cremonese, pela dedicada leitura e cuidadosa revisão desta tese.

À Rose Gurski pelas leituras, discussões e apoio.

À equipe da Clínica Palavra Viva, pela interlocução, e, em especial, à minha sócia, Gláucia Escalier Braga.

A cada um dos meus pacientes.

À Luiza Dalpiaz, minha irmã, pelo estímulo, pela suposição em minha direção, pelas discussões.

À minha família: minha mãe, Renata, que me ensinou a *escutar*, e às minhas queridas irmãs Inha e Láli, que sempre estiveram por perto. Ao meu filho, Tomás, porque ele existe.

Aos meus amigos, pelo apoio e por compreenderem meu afastamento.

Ao Eduardo, pela *escuta*.

RESUMO

Nesta tese, são colocadas em pauta as relações entre o *saber* e o *fazer*, com base em interrogantes da atuação no campo da *clínica dos distúrbios de linguagem*. Como a *transferência* e a linguagem se articulam nas relações que acontecem no interior dessa *clínica*, elas constituem sua questão norteadora. A partir desta, são problematizadas as relações entre o terapeuta e seu paciente, o terapeuta e os pais (no caso da infância), o terapeuta e outros profissionais, o terapeuta e seu *fazer*. Inicia-se a discussão com o estudo da História da clínica, para situar-se, nos dias de hoje, como se configuram noções como normal/patológico e sintoma na clínica fonoaudiológica e contextualizar a *clínica dos distúrbios de linguagem*. Parte-se, em seguida, em direção a dois referenciais teóricos que sustentam a tese: o primeiro tem origem na psicanálise freudo-lacanianiana, abordada a partir, principalmente, da noção de *transferência*, a qual, juntamente com suas derivações, é “traduzida” para o campo da *clínica dos distúrbios de linguagem* com a função de inaugurar, constituir e sustentar as relações que se constroem nessa clínica. Prossegue-se apoiando-se na Linguística, em especial nos estudos sobre a enunciação de Émile Benveniste, como forma de compreender os movimentos entre *eu*, *tu* e *ele* que se dão a *cada* ato de enunciação. Tendo à disposição o conjunto dessas reflexões, passa-se a fazer os cruzamentos entre o que a prática clínica interroga e o que faz eco, a partir das leituras realizadas. Ao final da tese, conclui-se que as relações entre o *saber* e o *fazer* na *clínica dos distúrbios de linguagem* são pautadas, o tempo todo, pelos movimentos que acontecem entre linguagem, *transferência* e clínica, a *cada* ato de enunciação que ali se apresenta.

Palavras-chave: Clínica dos distúrbios de linguagem. Linguística da Enunciação. Transferência. Terapeuta. Paciente.

ABSTRACT

In this thesis, the issue in question is the relation between knowledge and doing, which are based on questions from the practice in the clinical field of language disorders. Since transference and language are articulated in the relationships that take place within this clinic, they are the leading question. Stemming from the leading question, the following relations are speculated: the relations between the therapist and his patient, the therapist and the parents (in the case of childhood), the therapist and other professionals, and the therapist and his work. The discussion begins with the study of the History of the Clinic, in order to understand nowadays how to configure notions such as normal/pathological symptom in the Speech-Language Pathology Clinic and how best to contextualize them in the clinic of language disorders. The first part is based on the Freud-Lacanian Psychoanalysis, which is based mainly on the notion of Transference, which, together with its derivations, is “translated” into the field of the clinic of language disorders with the function of inaugurating, constituting and sustaining the relationships that are built in this clinic. The next moment is based on Linguistics, especially in Studies on the Enunciation of Émile Benveniste, as a way of understanding the movements between *I*, *you*” and *he* that occur to each act of enunciation. Having all these reflections at hand, the intersections between what clinical practice interrogates and what echoes are made from the readings made. Finally, we found out that the relationships between the knowledge and the performance in the clinic of language disorders are always based on the movements that happen among language, transference and clinic in each act of enunciation that occurs there.

Key-words: Speech-Language Pathology Clinic. Linguistics of Enunciation. Transference. Therapist. Patient.

SUMÁRIO

CONSIDERAÇÕES INICIAIS	8
1 NOÇÃO DE “CLÍNICA” E A CLÍNICA DOS DISTÚRBIOS DE LINGUAGEM	22
1.1 A noção de “clínica”	23
1.1.1 Ideias que circulavam no século XVIII	24
1.1.2 Século XIX: o olhar que vê é o olhar que domina	26
1.2 Normal/patológico: existe uma fronteira?	27
1.3 A noção de “sintoma”	33
1.4 Contextualizando a <i>clínica dos distúrbios de linguagem</i>	36
1.5 Considerações parciais	40
2 SOBRE A NOÇÃO DE TRANSFERÊNCIA E SUA IMPLICAÇÃO NA CLÍNICA DOS DISTÚRBIOS DE LINGUAGEM	43
2.1 Noção de <i>transferência</i>	44
2.1.1 Sobre as <i>entrevistas preliminares</i>	49
2.1.2 Sobre o <i>sujeito suposto saber</i>	52
2.2 Afinal, o <i>singular</i>	57
2.3 Construindo uma ética	59
2.4 Considerações parciais	60
3 EU, TU E ELE: AS RELAÇÕES POSSÍVEIS	63
3.1 Mirada sobre as noções de pessoa e não pessoa de Émile Benveniste	68
3.1.1 A noção de Benveniste sobre o tempo na enunciação	74
3.1.2. Sobre a <i>subjetividade</i> na linguagem: seguindo Benveniste	76
3.1.3. Reflexões de Benveniste sobre <i>eu, tu e ele</i> : a escolha de uma porta	78
3.2 <i>Eu, tu, ele</i>: falando em relações	83
3.2.1 <i>Eu-tu</i>	85
3.2.2 <i>Eu, tu, ele</i> : a trindade natural	90
3.2.3 <i>Ele</i> : na <i>trindade</i> , a <i>transferência</i>	92
3.3 Considerações parciais	94
4 LINGUAGEM E TRANSFERÊNCIA: O QUE MOVE E SE MOVE NA CLÍNICA DOS DISTÚRBIOS DE LINGUAGEM	96
4.1 O tempo do começar	97
4.1.1 As <i>entrevistas preliminares</i>	98
4.1.2 O <i>sujeito suposto saber</i>	104
4.2 O tempo do continuar	107

4.2.1 Os tempos do paciente e do terapeuta	108
4.2.2 Efeitos da conquista de ter um lugar de <i>eu</i>	110
4.2.3 Buscando o <i>traço dos casos</i>	112
4.3 O tempo do finalizar	116
4.4 Os restos	118
4.5 Considerações parciais	119
CONSIDERAÇÕES FINAIS	120
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	123

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Pensava que quando se sonha tão grande a realidade aprende.

Valter Hugo Mãe, sobre seu personagem Crisóstomo, em *O filho de mil homens*.

A escrita desta tese decorre das questões que venho formulando ao longo dos anos de minha *clínica* como fonoaudióloga. Em 2012, ao finalizar minha dissertação de mestrado, que trazia como base a discussão em torno dessa experiência, tinha a ilusão de que isso seria suficiente para “aquietar” os interrogantes que essa prática me impunha. Ingenuidade: se minha proposta era a de continuar trabalhando com *sujeitos*, isso seria da ordem do impossível. Ao revisar o que pude formular naquela época, identifiquei claramente que toda a escrita, lá, tinha caráter aberto, inconclusivo. E não poderia ter sido diferente. O exercício de dar corpo às interrogações e de tomá-las não como fonte de angústia, mas como elementos que conduzem ao enriquecimento do pensamento sobre os fatos, talvez seja o que de mais precioso eu venha aprendendo.

Antes da Fonoaudiologia, já havia circulado por vários campos. Talvez por inquietação pessoal. Ou por necessidade de chegar a algum lugar em que pudesse atuar com mais liberdade diante da diversidade humana. Iniciei minha carreira acadêmica no curso de Enfermagem, onde compreendi que o trabalho junto aos pacientes e às suas questões me interessavam profundamente. Entretanto, desde a primeira experiência com os procedimentos e habilidades que essa profissão exigia, comecei a me sentir estranha àquele ambiente: foi em uma aula em que deveríamos aplicar injeções em uma laranja. O desconforto, a partir daí, foi me afastando aos poucos, embora tenha ainda aproveitado imensamente tudo o que se oferecia em termos de oportunidades *intra* e *extracurriculares* no campo específico da Enfermagem Psiquiátrica, no qual exerci minhas primeiras atividades como estagiária. Ali comecei a perceber o diverso, o inusitado, o incompreensível e as diferentes formas da verdade de cada *sujeito*. A ordem estava em questão. Tinha muito a aprender.

No meio do caminho, prestei novo vestibular e fiz a formação em Educação Física. Ironicamente, por já ter familiaridade com hospitais, foi em seu interior que iniciei a prática nesse campo: entrei em um projeto de recreação terapêutica. Concluído o curso, tive como primeira experiência o trabalho junto a crianças e adolescentes psicóticos e autistas, em uma

comunidade terapêutica. A partir desse momento, novos caminhos foram se abrindo, e minha curiosidade foi me levando a ampliar minha formação e experiência: explorei o campo da psicomotricidade e da estimulação precoce junto a bebês e crianças pequenas. Comecei a me aproximar, em decorrência da própria experiência, da Psicanálise: intuitiva e timidamente em grupos de estudos, e, após, em uma formação em Saúde Mental.

As questões com a linguagem começavam, então, a tomar corpo. Muito me perguntava sobre o que eu vinha fazendo, sobre como poderia unir o que, em alguns momentos, parecia caótico em minhas buscas. Sentia-me sem nome, sem lugar. O que eu fazia? Precisava encontrar um campo que acolhesse essa diversidade de interesses e que proporcionasse mais autonomia. Alívio para mim e para ti, meu leitor: a Fonoaudiologia, campo híbrido de origem, foi o que, finalmente, escolhi.

Já ao atender meu primeiro paciente, ainda durante a formação, entendi que era ali, onde a *escuta* se fazia instrumento, que eu encontrava minha zona de conforto. Tratava-se de um paciente com sequela grave de um AVC¹. Ele não emitia um único som, apesar de mostrar compreender o que se falava com ele. Tinha os olhos marejados na entrevista inicial, a família estava muito assustada (eu também). Tinha aprendido como técnica fonoaudiológica que propor, para esse tipo de paciente, a emissão de vogais e sequências automáticas poderia tirá-lo do silêncio. Como eu poderia propor, para aquele senhor de 75 anos, em pleno sofrimento pelas perdas com as quais se deparava, um “parabéns a você” ou falar séries de números vazios? Que sentido teria isso para ele? Escutando a família, me informaram que antes de adoecer ele era um Mestre de Terno de Reis². Eu conhecia, por coincidência, os Ternos de Reis, pois sou de uma região em que essa tradição perdura até hoje. Sabia da importância em ser o “Mestre” de um Terno. Achei que esse poderia ser um bom começo. A família trouxe vídeos com gravações do paciente e seu Terno. Consegui reservar a sala de projeções do local de estágio. Foi ali que aconteceram nossas primeiras sessões: passávamos ouvindo e, aos

¹ Acidente Vascular Cerebral.

² Terno de Reis: tradição trazida para o Brasil pelos colonizadores luso-açorianos. Mantida principalmente no litoral do Brasil e no meio rural. O Terno de Reis é inspirado na história bíblica dos três reis magos. Seguindo uma estrela que surge no céu no dia do nascimento de Jesus, 25 de dezembro, Gaspar, Melchior e Baltazar saem à procura do Menino, levando presentes (ouro, mirra e incenso) e chegam a Belém no dia 6 de janeiro, Dia de Reis. Adaptado aos folguedos lusitanos, o Terno de Reis canta a história durante o mês de dezembro até o dia 6 de janeiro. Os grupos formados por cantores e instrumentistas percorrem as casas do início da noite ao amanhecer. A apresentação se divide em três partes. Na chegada, saúdam os donos da casa e pedem licença para entrar. No segundo ato, louvam o menino Jesus em frente ao presépio. A cantoria é interrompida quando o dono da casa, seguindo o exemplo dos reis magos, presenteia o grupo com bebidas e comidas. A apresentação se encerra com o agradecimento e despedida. Segundo a cultura popular, quem recebe o Terno de Reis em sua casa é abençoado. Disponível em: <<http://dorsparaomundo.blogspot.com.br/2013/01/dia-de-reis-e-o-tradicional-terno-de.html>>. Acesso em: 18 nov. 2017.

poucos, cantando aquelas canções que lhe eram tão familiares (e a mim também). As últimas sessões com esse paciente foram sobre fotos que ele trazia e me contava, ainda de forma trôpega, alguns fatos do que ali se apresentava. Até umas “fofocas familiares” conseguia relatar, divertindo-se muito.

Faço esse relato para contextualizar o que vem a seguir. Era a linguagem que eu encontrava, com o mar de possibilidades que lhe é característico. O percurso que venho fazendo, a partir dessa experiência, tem me surpreendido a cada dia, a cada paciente. Embora agora com um campo bem definido (a Fonoaudiologia), o leque de possibilidades continua se abrindo, pois falar em linguagem é falar em *sujeitos*. Cada um, paciente e terapeuta, com suas histórias a reboque. É sobre isso que falaremos.

Meu caminho na direção da Linguística, mais especificamente o interesse pelos estudos sobre Enunciação, teve início ao me deparar com o texto “O linguista e a linguística no CLG” (FLORES, 2009). Nele, o autor fala no quanto é difícil explicar e compreender o que faz um linguista, qual sua posição, qual sua tarefa. Lá, o autor remete o leitor a Ferdinand de Saussure, que, já em seu tempo, carregava essa questão e que, de acordo com Flores, foi quem, entre os linguistas, soube formular o que escapa à matematização e ao incontornável da língua. Isso é o que torna complexa a tarefa de quem a tem como objeto de estudo e, sobretudo, mantém eternamente atual a pergunta que angustiava Saussure: “o que faz um linguista?”.

Tomada pela curiosidade, segui o caminho indicado por Flores e encontrei em Benveniste (2005) a citação de uma carta escrita por Saussure a Antoine Meillet, no ano de 1894, da qual destaco o seguinte trecho:

Estou muito desgostoso com tudo isso e com a dificuldade que há, em geral, para escrever sequer dez linhas quando se tem senso comum em matéria de fatos de linguagem. Preocupado sobretudo, há muito tempo, com a classificação lógica dos aspectos sob os quais os tratamos, vejo cada vez mais, também, a imensidade do trabalho que seria necessário para mostrar ao linguista o que ele faz [...] (BENVENISTE, 2005, p. 40)

Flores (2013) cita a mesma carta de Saussure, comenta a reflexão suscitada por ela em Benveniste e revela a aproximação desses autores, a partir dessa preocupação. Para Flores, quem melhor compreendeu Saussure em sua questão sobre o fazer do linguista foi Benveniste, em cujos textos ela é recorrente. Destaco, ainda, a publicação de 1963, intitulada “Saussure após meio século” (BENVENISTE, 2005, p. 34-49), em que Benveniste afirma que Saussure

já pressentia que a língua comportava propriedades inexistentes em qualquer outro lugar e que, por isso mesmo, era incomparável, sempre aparecendo como algo diferente. Saussure perguntava-se a qual dos fatores associados na atividade da linguagem (biológicos, físicos, psíquicos, individuais e sociais, históricos, estéticos, pragmáticos) pertenceria a língua. Quais seriam os dados de base sobre os quais se fundaria a Linguística? Qual a natureza das noções da linguagem?

Em seu texto “‘Mostrar ao linguista o que ele faz’: as análises de Ferdinand de Saussure”, Flores diz claramente: “Saussure está preocupado em proporcionar ao linguista a tomada de consciência de sua própria *atividade*, de seu *fazer*” (FLORES, 2013, p. 71). Para Flores, a angústia de Saussure era, em seu tempo, a delimitação sobre “o que faz de um linguista um linguista” (p. 71). E mais (o que para nós foi uma leitura fundamental e inspiradora): Flores constrói uma hipótese de pesquisa, segundo a qual “aquilo que Saussure atribuiria ao *fazer* do linguista deveria ser constitutivo de seu (de Saussure) próprio *fazer* como linguista” (p. 72).

Assim, nossa proposta caminhará nessa mesma direção, ou seja, a questão norteadora geral desta tese é: ao tomar como base a atuação clínica por mim desenvolvida nos últimos vinte anos, como se articulam o *saber* e o *fazer* na *clínica dos distúrbios da linguagem*³?

Nesse sentido, indagamos sobre o “fazer” do fonoaudiólogo e sobre o lugar ou lugares que ocupa. Seremos guiados, do início ao fim, pelo que ensina e interroga a prática clínica junto à *clínica dos distúrbios de linguagem*. O movimento de mergulho e distanciamento do que ali acontece e que relataremos ao longo da tese será o norte de nossa reflexão, quase mimetizando o que entendemos que sejam os movimentos do terapeuta em cena: dentro ou fora, mas sempre *na* relação com ela, deixando-se por ela interrogar.

Para Saussure, nos diz Benveniste, em linguística não se apreende o objeto, a língua é inapreensível em sua totalidade, estudar uma língua leva a estudar a linguagem, inevitavelmente. E propõe:

³ Essa expressão, que será utilizada ao longo deste trabalho, deve ser compreendida na perspectiva de Cardoso (2011): trata-se da clínica que acredita na indissociabilidade entre a linguagem e o sujeito que a enuncia e entende o distúrbio como manifestação singular de linguagem que escapa à regra. Falando ou não, o sujeito se marca na linguagem.

Deixemos de acreditar que se apreende na língua um objeto simples que existe por si mesmo, e é susceptível de uma apreensão total. A primeira tarefa consiste em mostrar ao linguista “o que ele faz”, a que operações preliminares se entrega inconscientemente quando aborda os dados linguísticos. (BENVENISTE, 2005, p. 41)

A leitura e o cruzamento desses textos, devo confessar, produziu-me certo alento. Finalmente, encontrei eco à grande questão que me move. Despretensiosamente, me aventurei a parafrasear Saussure, interrogando: **“o que faz o fonoaudiólogo no campo da linguagem?”**. Daí, então, migro para muitas outras interrogações: qual o lugar do fonoaudiólogo? Com o que lidamos, afinal, sintomas ou sujeitos? Qual o limite de nossa escuta? Como se constrói a relação entre o terapeuta e o paciente? Quando a intervenção é terapêutica ou produz iatrogenia? Quais os tempos do paciente? Quando a demanda é do paciente e quando é do terapeuta? Talvez sejam infinitos os desdobramentos.

Assim, não é de surpreender que esta tese seja – do início ao fim – pautada por interrogações (que, esperamos, não esgotem o leitor). Pois a essência de nossa proposta é a “não certeza”; é ela que queremos plantar, onde tantos insistem somente em avanços técnicos e pragmáticos. Dizemos “não” a qualquer abordagem burocrática e à dicotomia entre certo/errado, bonito/feio nesse campo em que *sujeitos* se relacionam. Também rejeitamos o pensamento linear na condução dos processos em nossa *clínica*.

Nesse sentido, optamos por trabalhar teoricamente com um conceito advindo da psicanálise freudo-laciana que opera, sustenta e determina absolutamente toda e qualquer prática clínica, qual seja, a *transferência*. Disso decorre a questão norteadora específica desta tese: **como *transferência* e *linguagem* se implicam na *clínica dos distúrbios da linguagem*?**

Essa questão específica reproduz de maneira mais distintiva, então, a pergunta geral que nos move, ou seja, sobre o *saber* e o *fazer* na clínica. Saber e fazer – transferência e linguagem na clínica. Cruzamentos, aproximações, articulações, movimentos entre eles vão construir nossa concepção de *clínica dos distúrbios de linguagem*, em torno de um só eixo: a singularidade de *cada sujeito* nela implicado.

A relevância, para nós, das questões que circundam o tema da *transferência* e seu comparecimento e efeitos na *clínica dos distúrbios de linguagem* se traduziu na decisão de a ele dedicar um capítulo desta tese (Capítulo 2). Lá, tentaremos criar os laços possíveis entre a nossa experiência e o campo psicanalítico que possam nos acompanhar na discussão das questões que nos instigam na *clínica dos distúrbios de linguagem* ao longo de todo o texto.

Operaremos, na verdade, com a “releitura” do conceito, ou seja, realizando os deslizamentos, a partir de sua origem, que nos ajudem a imprimir uma nova e fundamental reflexão em nossa *clínica: a implicação da transferência na clínica dos distúrbios de linguagem*.

Trazer essa discussão para a produção escrita no campo da Fonoaudiologia é um fato novo, ao menos na forma como o faremos⁴. No cotidiano da *clínica*, para nós, não há acontecimento possível, sejam entrevistas iniciais, avaliações, processos terapêuticos ou finalizações de tratamento que se constituam sem que o *laço transferencial* esteja presente. Ele está sempre ali, basta estarmos atentos para reconhecê-lo, compreendê-lo e assumi-lo como “chave” da construção que fazemos junto aos nossos pacientes. Avanços nos tratamentos, retrocessos, resistências e mesmo afastamentos podem ser compreendidos a partir dessa perspectiva. O trabalho com a linguagem que propomos aqui traz a implicação desse conhecimento e de seus desdobramentos na direção de uma *clínica* instigante. Uma *clínica* apoiada na *transferência*, e isso, afirmamos, inaugura uma forma de *ser* e *fazer* que ultrapassa o tecnicismo, a linearidade e o simples abatimento dos sintomas, ainda tão comumente encontrados nas abordagens terapêuticas desse campo.

Assim, a partir do estudo da noção de *transferência* e dos devidos deslizamentos que realizamos para a reflexão sobre nossa *clínica*, dela nos apropriamos como fundamental apoio a toda discussão que se seguirá. Da mesma forma, pensamos que a *transferência* conduz e sustenta a *clínica* que defendemos, como tentamos demonstrar, ao longo desse percurso. Esse é o nosso ponto de vista (ou de *escuta*).

Aliás, a questão do ponto de vista, tão vital para nós nesta tese, se configura como mais uma enorme aproximação na direção do pensamento saussuriano: para Saussure, como se vê ao longo de sua obra, esse é um tema recorrente. Hainzenreder e Flores⁵ refletem sobre o papel do linguista a partir da análise do manuscrito de Saussure, “Sobre a essência dupla da linguagem” (SAUSSURE, 2004). Essa leitura leva os autores a concluir que tudo o que se possa considerar objeto da pesquisa linguística o será, desde que assim seja denominado subsequentemente à adoção de um ponto de vista, ou seja: não há palavra, em uma língua

⁴ Essa afirmação se baseia em pesquisa bibliográfica realizada junto a textos produzidos no campo da Fonoaudiologia, durante elaboração de nossa dissertação de mestrado (DALPIAZ, 2012).

⁵ Texto ainda não publicado, em fase de revisão, gentilmente cedido por seus autores, Larissa Schmitz Hainzenreder e Valdir do Nascimento Flores, como inspiração: “Mostrar ao linguista *o que ele faz*: uma reflexão teórico-metodológica acerca dos manuscritos saussurianos”.

sequer, que ofereça um sentido instantâneo ao linguista, mas apenas uma “*possibilidade* de um sentido qualquer”.

E nós, fonoaudiólogos, com o quê lidamos, no campo da linguagem, afinal? Seriam somente palavras soltas no espaço, que teimam em “burlar” a organização da língua? Podemos pensar, por exemplo, que um sintoma que se apresenta na linguagem, que é o que costuma chegar aos nossos ouvidos como queixa, tem um sentido único para cada sujeito que o carrega? Mas isso, novamente, é só um *ponto de vista*. Sobre esse e tantos outros falaremos ao longo desta tese.

Por isso, nossa proposta exige assumir essas questões sobre o *saber* e o *fazer*, ligadas à *transferência*, tomando-as como propulsoras da reflexão na *clínica dos distúrbios de linguagem*.

Estreitar a relação entre essas duas instâncias – *saber* e *fazer* – nos parece um caminho interessante. Quando o *fazer*, sempre único no tempo e no espaço, se alimenta do *saber* e o desafia, desestabiliza e provoca novas construções e reformulações. Para nós, essa é a condição para qualquer mudança. Nosso movimento, ao tentar recuperar a habilidade de contemplar e deixar-se atravessar pelo que vemos e escutamos, talvez vá de encontro à velocidade e ritmos da atualidade. Diz a letra de um samba muito antigo⁶ que o mundo gira tão rápido que cria em torno de si uma poeira que impede que se veja o outro. Para nós, esse giro também vem criando muito barulho e o “outro” não está sendo suficientemente *escutado*.

Nossa intenção é abrir os caminhos da *clínica* para que novas incertezas possam se apresentar, em um movimento de recuperação da curiosidade (uma curiosidade quase infantil), deixando-nos atravessar pelas questões que o cotidiano do *fazer* clínico não cansa de apresentar, e assumindo o risco de nos depararmos com o inexplicável. Pensar sobre o que faz o fonoaudiólogo, que lugar ele ocupa nos diversos campos por onde circula e, sobretudo, na própria cena clínica talvez nos leve a muitas respostas. E essa é nossa provocação: em que interessaria a esse campo ter uma resposta única? Lembremos, para começar: sujeitos se relacionando é surpresa certa...

⁶ Esse samba fazia parte de um espetáculo a que assisti em Belo Horizonte, no ano de 2015. Fiz várias tentativas para recuperar sua origem, inclusive tentei, na época, contato com o grupo de artistas desse espetáculo, mas não consegui recuperar essa referência. Ficam a memória e seus efeitos...

Em linhas gerais, pretendemos dar seguimento ao percurso já iniciado na nossa dissertação de mestrado⁷, andando sobre uma esteira teórica cujos caminhos vão se constituir a partir das questões advindas do “fazer clínico” para que, nos cruzamentos que se forem formulando, possamos construir novos saberes (não certezas) e compartilhá-los publicamente, com a perspectiva de que sejam ainda mais amplamente questionados.

Dedicar uma tese para esse tema se justifica pela consciência construída ao longo dos anos sobre o que de profundo se trata na *clínica dos distúrbios de linguagem*. Trabalhar com linguagem é trabalhar com *sujeitos*, sujeitos que se marcam e se revelam ao falar. Assim a entendemos e parece ser sobre isso que discorria Valdir Flores, em sua exposição⁸, em que destacava o caráter irreversível da fala: não há, dizia ele, como apagar o que foi dito; se o quisermos, somente pela via da própria fala podemos tentar fazê-lo (usando recursos do tipo “não foi isso que eu quis dizer”, “me expressei mal”). Ou seja, dizia ele, não há como destruir a fala, no máximo podemos acrescentar-lhe algo... mas então já é outra fala. E conclui: “há algo de indelével na fala, há algo de permanente no dito de cada um de nós”. É com essa complexidade que lidamos em nosso cotidiano, e sobre ela queremos nos debruçar e por ela deixar-nos desafiar e atravessar.

Mia Couto (2012) afirma que nosso pensamento não tem fronteiras, que ele foi feito para “rivalizar com o sonho na visita ao impossível”; descreve-o como tendo um invólucro, uma cobertura natural e permeável. Mas não existe infinito sem horizonte, diz ele. Assim, “a vida tem fome de fronteiras”, pede uma capa separadora do mundo. O problema reside no fato de que não conseguimos criar paredes permeáveis, criamos paredes inteiras, verdadeiras fortalezas, e a decorrência disso é que facilmente o pensamento fecha-se sobre si mesmo, protegendo-se da complexidade, ameaçado pela mudança. Nossa proposta, aqui, dispõe-se a abrir-se para a discussão, criar interrogações e deixar-se permear por elas. Afinal, nosso tema trata de relações que se criam e se constituem entre seres inacabados, *sujeitos* em movimento, estejam eles intervindo, dialogando, resistindo ou deixando-se permear.

⁷ O texto, já referido anteriormente (DALPIAZ, 2012), reflete sobre quais seriam as condições para a enunciação e sobre como é construída a relação entre o terapeuta e seu paciente na *clínica dos distúrbios de linguagem*, a partir dos cruzamentos entre a prática clínica da autora e fundamentos advindos, especialmente, dos estudos enunciativos de Émile Benveniste.

⁸ Exposição realizada durante Curso Livre oferecido pelo Programa de Pós-Graduação em Letras da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, denominado “Sujeito e Cultura/Sujeito é Cultura”, coordenado pela profa. dra. Luiza Ely Milano, no ano de 2015.

Complexa tarefa a de compreender essas relações. O alargamento de nosso pensamento na busca dessa compreensão nos levou a estudar textos produzidos pela Psicanálise, em busca do operador que articula o *fazer* à técnica e que, como já afirmamos, se faz presente em toda e qualquer relação que possamos estabelecer na *clínica dos distúrbios de linguagem*, a saber: a *transferência*. Essa noção será, como dissemos anteriormente, condutora de nossa reflexão sobre a *clínica dos distúrbios de linguagem*, pois, para nós, é ela que inaugura, sustenta e possibilita essa *clínica*. Assim, realizaremos o deslizamento⁹ desse conceito, na perspectiva de fundar e imprimir em nosso campo uma discussão que, do nosso ponto de vista, se faz fundamental àqueles que estão dispostos a construir um *fazer* que ultrapasse o apagamento de falhas ou erros. Um *fazer* que contemple o *sujeito*, no exercício da *escuta* que na cena faz função.

Durante o percurso desta tese, falaremos a partir das “costuras” e dos “nós” que se constroem na *clínica dos distúrbios de linguagem*, partindo da ideia de que o tratamento fonoaudiológico se constitui ao longo do próprio processo terapêutico, não está determinado previamente. Por isso, a imagem de uma “teia” nos ocorre. A função do trabalho que aqui apresentamos é de “desdar” esses nós¹⁰, desfazer o que foi ali costurado, a partir da teoria que lá participou sem que ao menos nos déssemos conta e que agora sustentará nossa reflexão, formulará nossas ideias sobre o que lá ocorreu. Nossa aposta é deixar que essa *clínica* nos “espante”, para que nos encante. Afinal, o que movimenta o *saber* senão criar perguntas sobre ele?

Nosso desafio será trazer, ao longo do texto, a reflexão sobre o que incide nas relações que se estabelecem na *clínica dos distúrbios de linguagem*. O que inaugura, sustenta e conduz (não dirige) essas relações é o que tentaremos compreender. Em nossa concepção, não se trata de um exercício qualquer o que faremos aqui, mas de uma reflexão que a própria prática nos impõe e, por isso, nosso desejo de compartilhá-la. Ela define, para nós, sobretudo, a ética do *fazer*.

A proposta que ora desenvolvemos é, enfim, pautada por quatro momentos (movimentos) que, inevitavelmente, se cruzarão ao longo do caminho. No primeiro deles (Capítulo 1), visitaremos Michel Foucault (1980), Georges Canguilhem (2014), Antonio

⁹ O uso desse termo e de suas variações será recorrente em nosso texto. Seu valor teórico reside no fato de permitir a ideia de carregar e se ressignificar em outro lugar.

¹⁰ Da música da banda mineira Skank, composta por Samuel Rosa e Chico Amaral, “Noites de um verão qualquer”: “[...] desdar o nó que aperta esse laço [...]”.

Quinet (2000) e outros que leram as obras desses autores, para compreender como a noção de “clínica” vem se construindo ao longo dos tempos, assim como as ideias em torno da questão do “sintoma”. Não se trata de um estudo histórico, uma vez que esses autores já o fizeram, mas de uma tentativa de compreender, à luz do que eles formularam, o lugar que ocupamos em nossa prática clínica, junto aos nossos pacientes. Talvez o que esses autores dizem sobre a construção da Clínica (em especial a clínica médica), sobre os dados e sobre os contextos históricos que analisam possa encaminhar a discussão acerca do “fazer” fonoaudiológico, tal como vem sendo construído.

Além disso, a evolução e a construção da noção de “sintoma” na clínica médica parecem produzir grandes efeitos no que veio, ao longo da História, sendo compreendido como sintoma em nossa clínica. Quem já não recebeu, por exemplo, pacientes encaminhados por instituições escolares por motivos como “ele não fala o *r*”, “ele troca letras”, “não se entende o que ele fala”. Ou pais que perguntam: “Ele tem problema na língua?”. Ou, ainda, “Trouxemos nosso filho para aprender a falar” (mesmo que a criança fale)? São inúmeras as situações desse tipo. Assim, esse primeiro capítulo assenta-se sobre as seguintes questões: por que se fala tanto no que falta, como falta, e tão pouco sobre quem é o *sujeito* que traz essas dificuldades e sobre o que elas significam para *ele*? Qual a origem dessa postura? Como nós abordamos nossos pacientes? O que buscamos como informação para compreender o que traz o paciente até nós? Que tipo de ajuda/promessa oferecemos?

Temos consciência de que esse histórico sobre a noção de Clínica já vem sendo visitado em muitas perspectivas, inclusive no campo da Fonoaudiologia. Decidimos, contudo, abordá-lo aqui, mesmo que de forma breve, por entendermos que a História tem grande peso nas questões da atualidade; serve-nos sempre para pensarmos sobre nossas origens e construirmos o que de novo é possível. Nesse caso, como veremos neste estudo, muito do que passou em nosso passado remoto se reedita até hoje. Nosso objetivo, nessa primeira seção, é compreender os efeitos disso na *clínica dos distúrbios de linguagem* e, sobretudo, instigar o que já nos move acerca do papel do fonoaudiólogo na *clínica dos distúrbios de linguagem*, ou melhor, de seu “fazer”. Nessa perspectiva, esse capítulo da tese busca compreender esses movimentos (ou falta deles) no tempo, mas, talvez, mais do que isso, assume a tarefa de também construir História e produzir discussão a qual vem se apagando no afã contemporâneo da busca de soluções rápidas.

Esse percurso inicial leva à construção da próxima parte: a partir de um pensamento “muito antigo”, iniciamos a construção do “novo”, que queremos propor como tema central na *clínica dos distúrbios de linguagem*.

Dessa forma, em nosso segundo momento (movimento), o Capítulo 2, trataremos da implicação da *transferência* na *clínica dos distúrbios de linguagem*. Para essa construção, percorreremos parte da obra de Freud, Lacan e alguns de seus leitores. Tentaremos, a partir desse estudo, inaugurar tal discussão em nosso campo. Nossa experiência clínica e o interesse em mergulhar nos processos terapêuticos em que *sujeitos* se relacionam entre si, *na* e *pela* linguagem, com o sintoma que se situa na linguagem, *sujeitos* inseridos pela mesma via (*da* linguagem) no social e na cultura, levou-nos naturalmente a esse caminho. Hora de compartilhar.

Ao longo de tal seção, procuraremos demonstrar como a noção de *transferência* incide nas relações que *na* cena clínica se estabelecem, desde seu início e ao longo dos tratamentos. Seus efeitos para os *sujeitos* que ali se encontram, para a construção das cenas e a condução do processo terapêutico. Entendemos que é a *transferência* que define o lugar de *cada um*, nas singulares jornadas que nessa *clínica* se constroem. Já chamamos a atenção, leitor, para um detalhe: estamos falando, a partir deste momento, em *sujeitos*, no plural. Pois, nesses processos, como os entendemos, *ambos* estão implicados. Há, aqui, uma paridade que, desde já, afirmamos existir e que, ao longo das discussões, se apresentará como questão. Lembremos dela.

O objetivo do Capítulo 2, em atendimento à nossa questão norteadora específica, será trabalhar a noção de *transferência* a partir do campo da Psicanálise, que já tanto avançou em seu estudo. Trataremos, dessa forma, desse operador, que não é palpável nem mensurável, mas que insiste em se fazer presente em toda e qualquer relação. Por isso sua importância e nosso interesse nele. Entendemos que ele igualmente inaugura, movimenta e sustenta os processos que ocorrem nas relações no interior da *clínica dos distúrbios de linguagem*, independentemente da técnica necessária que cada caso demanda.

Mas isso não será suficiente. Precisamos, uma vez que estamos falando em linguagem, ou, mais especificamente, em uma *clínica dos distúrbios de linguagem*, discutir o processo linguístico que acontece no interior dessa clínica, especificar que relações são essas, que elementos se cruzam e relacionam. Para isso, recorreremos, no capítulo seguinte, à teoria

linguística cujos fundamentos nos acompanham desde a elaboração da já referida dissertação de mestrado e que, para nós, continua sendo a que contempla nossa forma de *ser e fazer* na *clínica dos distúrbios de linguagem*. Trata-se da teoria desenvolvida por Émile Benveniste, sobre a qual falaremos a seguir.

Assim, o terceiro momento (movimento), nosso Capítulo 3, abordará os estudos sobre enunciação desenvolvidos pelo linguista sírio, naturalizado francês, Émile Benveniste. Essa escolha decorre do fato de que esse autor se debruça sobre o *ato de enunciar*, sobre as relações entre *eu, tu e ele* na enunciação e suas questões em torno da linguagem, preciosas para o que estamos tentando formular. Embora Benveniste não seja do campo da *clínica dos distúrbios de linguagem*, sua reflexão tem permitido infindáveis deslizamentos para pensarmos sobre ela¹¹. Concepções desenvolvidas por Benveniste, como a de que a linguagem ensina sobre o homem, homem e linguagem são inseparáveis ou de que *é na e pela* linguagem que se dá a constituição do homem como *sujeito*¹², assim como suas ideias acerca da (inter)subjetividade e temporalidade serão fundamentais em nosso percurso.

Nesse capítulo, realizaremos a revisão de parte da obra desse autor e de alguns de seus leitores que já nos acompanham desde a escrita de nossa dissertação, e a partir dos quais tantos efeitos já se produziram, com especial destaque ao filósofo Dany-Robert Dufour. Trabalharemos com conceitos advindos dessas obras, sempre tentando enlaçá-los com o que nos deparamos na *clínica dos distúrbios de linguagem* e contando com a noção de *transferência*, desenvolvida na seção anterior. Esse será nosso objetivo no terceiro capítulo.

Formamos, assim, uma rede de sustentação, de apoio ao jogo e à dinâmica possível entre o *saber* e o *fazer* na *clínica dos distúrbios de linguagem*. Linguagem, enunciação, relações que se estabelecem, *transferência* que incide, a *clínica* em movimento. Podemos, agora, passar às operações que daí decorrem.

¹¹ Cabe destacar os trabalhos que o grupo de pesquisa em Estudos Enunciativos da UFRGS vem desenvolvendo nesta área: “Linguística e o sintoma da linguagem: a instância da falha na fala” (CNPQ, 2005-2008), “Enunciação e distúrbios de linguagem: níveis de análise da fala sintomática” (CNPQ, 2008-2011) e, ainda, o projeto em desenvolvimento “O aspecto vocal/fônico da enunciação nos distúrbios de linguagem: um estudo enunciativo dos distúrbios articulatorios com etiologia orgânica definida” (CNPQ, 2011-2014), coordenados pelo prof. dr. Valdir do Nascimento Flores, junto ao Programa de Pós-Graduação em Letras da UFRGS, em parceria com a Clínica de Atendimento Psicológico da UFRGS e com as Clínicas Integradas do Centro Universitário Metodista IPA.

¹² Ver texto de Émile Benveniste, de 1958, intitulado “Da subjetividade na linguagem” (BENVENISTE, 2005, p. 284-293).

Desse modo, o Capítulo 4, nosso último momento (movimento), será dedicado aos enlances iniciados nos anteriores, agora já falando de uma *clínica dos distúrbios de linguagem* totalmente “atravessada”, aberta e disposta a dialogar com as questões que nos deixamos permear ao longo do texto. *Eu, tu, ele* em relação, a *transferência* operando, a cena clínica se construindo.

Nele, trataremos da especificidade da *clínica dos distúrbios de linguagem*: como nela vem sendo compreendido e constituído o *fazer* clínico do fonoaudiólogo. É então que levaremos em ato a proposta “momento-movimento” que estamos criando nesta tese. A escritura desse capítulo será totalmente norteada pelo diálogo entre a *clínica* e o referencial teórico já trabalhado nos capítulos anteriores, além dos conceitos que se fizerem necessários à visita, a partir da reflexão suscitada por essa prática. Essa forma de trabalhar vai ao encontro de nossa concepção de que são as perguntas que movimentam o *saber*.

Finalmente, por que a opção por essa imersão na *clínica* na construção do texto? Por que a insistência em falar *de dentro* da clínica? É popular a ideia de que é da ordem do impossível um autor se extrair da própria obra. Nesse sentido, vamos radicalizar, assumindo os riscos desse mergulho, trazendo à tona pelo menos partes de um processo que sabemos único.

Esta tese tentará, com todos os seus limites, reproduzir um pouco do que acontece em ato, diariamente, na *clínica*. No diálogo com o paciente, muitos outros vão se constituindo, a cada cena, a cada intervenção. Essa surpresa cotidiana e as relações que vão se formando a cada instante que tentaremos reproduzir. Sabemos que cada trajetória é singular, e que a singularidade é intransferível. O que pretendemos é compartilhá-la e colocá-la em questão, com toda a abertura possível para que se criem novas discussões. A história de *cada sujeito* e as experiências que ele vive são patrimônio único; a riqueza está, pensamos, em socializá-las.

Nessa perspectiva, o movimento reflexivo na direção dos objetivos propostos por essa tese deverá se organizar a partir daquilo que a nossa *clínica* interroga, *de dentro* dela que falaremos. Para operar esse diálogo entre a *clínica* e o referencial teórico usaremos como recurso o que denominamos “**cenar clínicas**”: trata-se de recortes de atendimentos clínicos realizados por mim, assim como observações de situações identificadas, ao longo de minha experiência, como recorrentes na *clínica dos distúrbios de linguagem*. Trazê-los para o texto nos pareceu fundamental, uma vez que foi a prática clínica que convocou à realização desta

tese. Obviamente, trata-se de recortes que carregam caráter ficcional, na medida em que, ao serem relatados, já se caracterizam por um fato novo, uma nova *enunciação* em um novo *tempo e lugar*, um novo *sujeito que enuncia*. Embora tendo essa consciência e, ainda, de que sua apreensão é ilusória, pois se trata de algo fugaz, que já passou e por isso mesmo inapreensível, foi a forma que para nós fez sentido trabalhar. Quanto aos efeitos de cada cena relatada e a reflexão por ela suscitada, são também únicos. Assim, assumo-me como autora do que aqui relatamos e *sujeitos* implicados em cada cena.

Ao final da tese, pretendemos ver construída uma noção de *Clínica* que possa colaborar com o trabalho dos fonoaudiólogos junto a seus pacientes e familiares e que essa concepção se apresente de forma que cada um, a partir de sua singularidade, construa sua forma própria de *fazer* e capitalize sua própria experiência para refletir sobre os processos que vive nessa *Clínica*. Se somos únicos, única será nossa *escuta* e, sobretudo, único é *cada um* de nossos pacientes.

1 NOÇÃO DE “CLÍNICA” E A *CLÍNICA DOS DISTÚRBIOS DE LINGUAGEM*

A proposta deste capítulo é buscar elementos sobre a História da clínica para, em seu desenvolvimento, refletir sobre o “fazer” na *clínica dos distúrbios de linguagem*. Sabe-se que a clínica que deu origem aos desdobramentos, nas mais diversas áreas do campo da Saúde, foi a clínica médica. E na Fonoaudiologia não foi diferente. Por isso, o presente capítulo percorrerá, em primeiro lugar, obras de autores que nos contam a História daquela clínica, como foram se construindo seus preceitos éticos e como se foi constituindo o lugar da figura do médico no campo social.

A procura por uma avaliação ou tratamento fonoaudiológico sempre acontece a partir do que se convencionou chamar, no campo da Saúde, de “sintoma”. É comum observar que o clínico, independentemente do campo ou da especialidade a que se dedique, inicia sua consulta por questões tais como: “o que o traz aqui?” ou “qual é o seu problema?”, antes de buscar qualquer pista sobre o *sujeito* que ali se apresenta. O que decorre desse tipo de questão, bem sabemos, é um discurso sobre o que “falta”, sobre o que “não funciona bem”. Por esse motivo, parece-nos importante dedicarmo-nos à reflexão sobre o conceito de “clínica”, a partir de como ele veio sendo formulado no tempo e nos tempos da clínica médica, para tentarmos situá-lo no campo da *clínica dos distúrbios de linguagem*.

O desenvolvimento deste capítulo se dará a partir das seguintes perguntas norteadoras:

- A) Como compreendemos o conceito de *clínica* em nosso tempo e quais suas origens?
- B) Como se construiu a noção de *sintoma* na História?
- C) Quais as repercussões dessas noções – (A) e (B) – na construção da clínica fonoaudiológica?
- D) Quais elementos, oriundos dessa reflexão – (A), (B) e (C) –, podem auxiliar na compreensão do “fazer clínico”, na *clínica dos distúrbios de linguagem*?

Entendemos que tal percurso indicará caminhos para nos aproximarmos da compreensão sobre como se situa o fonoaudiólogo na *clínica dos distúrbios de linguagem*, as expectativas que se criam em torno de seu *fazer*, mas, especialmente, como esse profissional constrói esse *fazer* no cotidiano de sua prática.

1.1 A noção de “clínica”

O filósofo francês Michel Foucault trata, em sua obra *O nascimento da clínica* (FOUCAULT, 1980), do período de passagem do final do século XVIII para o início do século XIX, em que a Revolução Francesa, especialmente, trouxe grandes mudanças, com destaque ao que se refere à História da Medicina. Ocorreu, nesse período, uma reorganização do olhar na direção do doente e, em consequência, do discurso médico. Ao comparar textos das duas épocas, Foucault mostra que tínhamos, antes, uma linguagem de fantasias, sem suporte perceptivo, que deu lugar, após, a um discurso que guiava o olhar pelo visível e em busca do contorno nítido das coisas.

Esse olhar, que passava a dar objetividade ao que era possível ser observado, permitiu organizar uma linguagem também racional e objetiva, assim como “pronunciar sobre o indivíduo um discurso de estrutura científica” (FOUCAULT, 1980, p. XIII). Criava-se, então, a possibilidade da *experiência clínica*. Essa seria a primeira abertura, na História ocidental, do indivíduo concreto à linguagem da racionalidade. “O olhar não é mais redutor, mas fundador do indivíduo em sua qualidade irreduzível”, diz o autor (FOUCAULT, 1980, p. XIII). Assim, essa reorganização possibilitou, a partir de então, uma *experiência clínica*, e o *discurso* sobre o indivíduo passou a ter uma estrutura científica. Esse olhar teria o poder de atingir a forma de constatação científica. Em um texto de 1962, citado por Foucault, lemos:

Para poder propor a cada um de nossos doentes um tratamento perfeitamente adaptado a sua doença e a si próprio, procuramos formar, de seu caso, uma ideia objetiva e completa, recolhemos em um dossiê individual (sua “observação”) a totalidade das informações que dispomos a seu respeito. Nós “o observamos” do mesmo modo que observamos os astros ou uma experiência de laboratório. (SOURNIA, 1962, p. 19 apud FOUCAULT, 1980, p. XIV)

Para Foucault, nessa passagem de século, a clínica médica passa a ter um novo perfil, tanto do perceptível como do enunciável: há uma nova distribuição do espaço corporal, reorganizam-se os elementos constitutivos do fenômeno patológico, definem-se as séries lineares de acontecimentos mórbidos. A clínica, então, se identifica com o sistema dessas reorganizações. Muda o diálogo entre o médico e o doente: o “o que é que você tem?” é substituído pelo “onde lhe dói?”.

Essa é uma herança que parece perdurar até nossos dias. Talvez seja essa convicção que nos provoque o mal-estar de parecermos verdadeiros objetos frente a um profissional da

Medicina (ou da Fonoaudiologia?). Não podemos, nesse momento, deixar de relatar a seguinte situação clínica:

Cena clínica: uma paciente adulta, com sintomas na articulação e projeção de sons, comenta em sessão que, quando ia a uma consulta médica, levava na bolsa uma lista de tudo o que sentia para “aproveitar” o pequeno tempo da consulta e evitar esquecer-se de falar algo ou correr o risco de não dar tempo, por sua dificuldade, de não ser imediatamente “entendida” pelo interlocutor. Fala de seu mal-estar e do quanto, nesses momentos, sua forma de falar ficava ainda mais truncada.

A cena que relatamos acima parece ilustrar bem a questão apontada por Foucault. Podemos nos questionar, por exemplo, sobre o quanto, numa relação protocolar como essa que a paciente relatou, o *sujeito* que busca atendimento parece se apagar, além de provocar a exacerbação de outro sintoma que o faz sofrer. O lugar que deveria ser de acolhimento e auxílio para um incômodo, passa a ser iatrogênico.

1.1.1 Ideias que circulavam no século XVIII

No século XVIII, havia a regra classificatória como norte da prática médica, na qual a doença recebia uma organização hierarquizada em famílias, gêneros e espécies, antes de ser tomada no corpo. A doença, então, a partir dessa compreensão, imprime suas características no organismo vivo. “A doença é percebida fundamentalmente em um espaço de projeção sem profundidade e de coincidência sem desenvolvimento” (FOUCAULT, 1980, p. 6). Para o olhar classificatório, as analogias definiam as essências, ou seja, tudo era homogeneizado, ignorando-se a profundidade da compreensão na origem de cada mal. As doenças eram compreendidas segundo a mesma lógica de classificação das plantas ou animais: seguindo a ordem geral da natureza, a doença seria produzida por leis certas, como no modelo botânico. “A ordem da doença é apenas um decalque do mundo da vida [...] a racionalidade da vida é idêntica à racionalidade daquilo que a ameaça” (FOUCAULT, 1980, p. 6). A doença e a vida, para o autor, não estão, nessa perspectiva, uma relacionada à outra, mas ajustadas e superpostas em uma ordem natural comum a ambas: a vida é reconhecida na doença e na sua lei, portanto, é fundadora do conhecimento da doença. Por último, as doenças são, ao mesmo tempo, espécies naturais e ideais: naturais, por enunciarem suas verdades essenciais; ideais, por apresentarem sempre alteração ou distúrbio.

O doente, no sistema classificatório, é quem traz a principal perturbação, com sua idade, modo de vida, seu comportamento. “Para conhecer a verdade do fato patológico, o médico deve abstrair o doente” (FOUCAULT, 1980, p. 7). Nos guias médicos, encontravam-se orientações tais como “colocar o doente entre parênteses”, ao descrever uma doença, separando os sintomas próprios da doença, daqueles influenciáveis pelo temperamento ou idade do doente. Quanto ao médico, ele deveria submeter-se estritamente à ordem ideal da classificação, tomar o conhecimento das doenças como bússola para garantir o sucesso de sua intervenção: afastar seu olhar do doente e dirigi-lo às evidências que diferenciam as doenças.

Médicos e doentes não estão implicados, de pleno direito, no espaço racional da doença; são tolerados como confusões difíceis de evitar: o paradoxal papel da medicina consiste, sobretudo, em neutralizá-los, em manter entre eles o máximo de distância, para que a configuração ideal da doença, no vazio que se abre entre um e outro, tome forma concreta, livre, totalizada enfim em um quadro imóvel, simultâneo, sem espessura nem segredo, em que o reconhecimento se abre por si mesmo à ordem das essências. (FOUCAULT, 1980, p. 8)

Para o autor, a doença só existia, no pensamento classificatório, na medida em que ele a constitui como natureza. A esse pensamento deveria recorrer o médico como referência. O corpo (singular), sede da doença, tinha papel limitado em seu curso; seria como uma “colagem” da doença, com suas características e variações internas em um organismo. Compreendia-se que a doença circulava no espaço corporal, sofrendo metástases e metamorfoses, mas sempre mantendo sua estrutura essencial. “O corpo é o lugar de uma justaposição, de uma sucessão, de uma mistura de espécies diferentes” (FOUCAULT, 1980, p. 10).

Da mesma forma, o tempo da doença seria determinado pela própria estrutura nosológica da patologia, não como variável orgânica: “o tempo do corpo não modifica, e muito menos determina o tempo da doença” (FOUCAULT, 1980, p. 12). O conjunto qualitativo que caracterizava a doença se depositaria em um órgão que serviria como sede, suporte dos sintomas. Em decorrência, o olhar médico deveria repousar sobre as variedades características da doença. O doente, nesse sentido, se encontraria no ponto em que apareceria o resultado, os efeitos das multiplicações provocadas pelas variações qualitativas nas qualidades essenciais das doenças. Singularidade de cada doença, com suas características e não de um corpo em que determinado processo patológico e reações estariam encadeados formando um caso: “Quem desejar conhecer a doença deve subtrair o indivíduo com suas qualidades singulares” (FOUCAULT, 1980, p. 14).

Para Foucault, a Medicina, até o final do século XVIII, referia-se mais à *saúde* do que à *normalidade*: tinha como objetivo restaurar qualidades como vigor, flexibilidade e fluidez, que a doença faria perder, mais que buscar e analisar os desvios da regularidade de um organismo. Nessa relação da Medicina com a saúde, privilegiavam-se valores, tais como seguir boas regras de alimentação, e criava-se a possibilidade de *ser médico de si mesmo*, diferentemente da Medicina do século XIX, que passa a ser regulada pelo conceito da *normalidade*, mais que pelo de *saúde*. Nesse período, o conhecimento fisiológico passa a ocupar lugar fundamental em toda reflexão médica. Surge, então, a *bipolaridade médica do normal e do patológico*.

1.1.2 Século XIX: o olhar que vê é o olhar que domina

Nessa época, tanto a tecnologia médica como a ideologia política exigiam a supressão de tudo que pudesse obscurecer o olhar. Almejava-se a clareza, a luz, a verdade. O olhar, nesse período, já não é um olhar intelectual, capaz de perceber, mas um olhar da *sensibilidade* concreta, que transita de corpo em corpo. A teoria se cala, cedendo lugar à observação e à experiência. O golpe de vista é substituído pelo olhar clínico. Atinge um ponto, é preciso; vai além do que vê, é desmistificador:

O golpe de vista é mudo como um dedo apontado, e que denuncia. O golpe de vista é da ordem não verbal do *contato*, contato puramente ideal, sem dúvida, porém mais *ferino*, no fundo, porque atravessa melhor e vai mais longe sob as coisas. O olho clínico descobre um parentesco com um novo sentido que lhe prescreve sua norma e sua estrutura epistemológica; não é mais o ouvido atento para uma linguagem; é o índice que apalpa as profundezas. Daí, a metáfora do *tato*, pela qual continuamente os médicos vão definir o que é seu golpe de vista (CORVISART *apud* FOUCAULT, 1980, p. 139)

Um novo espaço, assim, toma a experiência clínica: espaço do corpo, sede de segredos e mistérios, quando a medicina dos sintomas cede espaço à medicina dos órgãos, focos e causas. É o nascimento da anatomia patológica. O olhar médico passa a percorrer um caminho vertical, que vai da superfície do sintoma à superfície do tecido e penetra na direção do oculto. O olhar, que antes atingia as dimensões dos sintomas e dos tecidos, passa a atingir uma terceira dimensão. Antes, a leitura clínica implicava um sujeito exterior; agora, “o olho do médico deve ver o mal se expor e dispor diante dele à medida que penetra no corpo, avança por entre seus volumes, contorna ou levanta as massas e desce em sua profundidade” (FOUCAULT, 1980 p. 155). A doença já não é uma espécie patológica que se insere no corpo: é o próprio corpo que se torna doente.

Antes da anatomia patológica, o olhar do clínico era sincrônico e diacrônico, dirigia-se a uma sequência de acontecimentos e a uma região onde se situava; o olhar do clínico, a partir da anatomia clínica, deve demarcar um volume, diz respeito a dados espaciais complexos e tridimensionais. Lá, uma trama mista do visível e do legível; aqui, tato e ouvido se acrescentam à vista. Com isso, a intervenção médica passa a seguir normas, e o doente, que até então era considerado curado ao recuperar seu vigor e sua disposição, deve ser enquadrado a padrões de normalidade e faz parte de números que definem os objetivos do tratamento.

Para compreendermos os conceitos de normalidade e patologia, ou melhor, a relação normal/patológico que se foi construindo ao longo dos tempos, tomaremos como referência, a partir de agora, as reflexões desenvolvidas pelo filósofo e médico italiano Georges Canguilhem.

1.2 Normal/patológico: existe uma fronteira?

Em sua obra *O normal e o patológico*, Canguilhem (2014) questiona a polaridade normal/patológico. Para o autor, a ideia, vigente até o final do século XIX, de que o estado patológico seria apenas uma variação quantitativa do estado normal perdurou por muitos anos (sabemos que ainda hoje esse pensamento está presente).

Canguilhem cita, em seus estudos sobre a construção desses conceitos, o positivismo de Augusto Comte, cuja base e cujo princípio universal, responsáveis pela modificação de qualquer ordem real, dizem respeito tão somente às suas variações de intensidade. Assim, Comte compreendia que saúde e doença eram fenômenos que diferiam entre si apenas pela intensidade. Para ele, os estados patológicos e fisiológicos não se diferenciavam, apenas apresentavam variações – para mais ou para menos – em relação ao funcionamento do organismo normal.

De acordo com Canguilhem, para Comte, a determinação do normal e seus limites de variação eram primordiais a qualquer exploração dos casos patológicos, o que, na opinião de Canguilhem, era o mesmo que dizer que o conhecimento dos fenômenos normais seria possível e necessário, mesmo que privado das lições da doença, unicamente tendo a observação como base. Com isso, a intenção de Comte era a de negar os aspectos qualitativos entre os fenômenos normal e patológico, tentando afirmar, então, uma “homogeneidade quantitativamente exprimível”.

Para Canguilhem, o pensamento vigente nessa época, que reduz a compreensão desses fenômenos a uma questão apenas quantitativa, é insuficiente. O autor acha compreensível a necessidade de uma patologia objetiva para a Medicina. Entretanto, uma pesquisa que faça desaparecer o próprio objeto não é objetiva, acredita. Além disso, defende a ideia de que um organismo possa exibir um comportamento que esteja em continuidade a outro anterior, o que não significa que se trate do mesmo comportamento.

Um sintoma patológico pode traduzir isoladamente a hiperatividade de uma função cujo produto é rigorosamente idêntico ao produto das mesmas funções nas condições ditas normais, mas isso não quer dizer que o mal orgânico, considerado como outro modo de ser da totalidade funcional, e não como uma soma de sintomas, não seja para o organismo uma nova forma de se comportar em relação ao meio (CANGUILHEM, 2014, p. 50)

Além disso, para Canguilhem, o fato patológico somente pode ser apreendido como alteração do estado normal no nível da totalidade orgânica e, no homem, mais especificamente, no nível de sua totalidade individual consciente. Mesmo no sentido biológico, ser doente, para o homem, é viver uma vida diferente. Pergunta-se sobre o que seria um sintoma sem contexto ou uma complicação separada daquilo que ela complica e afirma que, ao classificarmos um sintoma ou mecanismo funcional como patológicos de forma isolada, estamos esquecendo que eles se tornam patológicos por “sua relação de inserção na totalidade indivisível de um comportamento individual” (CANGUILHEM, 2014, p. 51). Essa reflexão nos será preciosa no decorrer deste texto, especialmente quando nos detivermos a pensar sobre a postura clínica e o lugar do fonoaudiólogo frente aos sintomas que se apresentam em sua prática (aliás, *sintomas* ou *sujeitos?*).

O autor lembra, também, que, diante de uma análise de um fato patológico, seja de origem anatômica ou patológica, só tem a ciência de que está diante de uma patologia porque recebe da clínica a noção de doença, cuja origem se situa na experiência dos homens e nas suas relações com o meio. Se isso é verdade, questiona o autor, como entender que, mesmo em nosso tempo, o clínico ainda adota mais comumente o ponto de vista da fisiologia do que o do doente? E conclui: “os sintomas mórbidos subjetivos e os sintomas objetivos raramente coincidem um com o outro” (CANGUILHEM, 2014, p. 52). Isto é, nem sempre a consciência que o homem tem da vida orgânica é a ciência desse organismo. Talvez por isso, nos diz o autor, a patologia até nossos dias leve tão pouco em consideração o que diz o doente sobre o “sentir-se diferente”. E aponta: “talvez seu sentimento seja o pressentimento do que a patologia contemporânea está começando a entrever: que o estado patológico não é um

simples prolongamento, quantitativamente variado, do estado fisiológico, mas é totalmente diferente” (CANGUILHEM, 2014, p. 52).

Não raro, passamos por situações, na clínica fonoaudiológica, que deveriam levar o terapeuta a fazer o mesmo raciocínio, o que também é raro acontecer, talvez por ser, igualmente, um campo tomado pelo “saber científico” acima do saber do *sujeito*. Vejamos, por exemplo, a seguinte cena clínica:

Cena clínica: um pai me procura e, no primeiro contato telefônico, diz que buscou o tratamento porque seu filho, de doze anos, apresentava “gagueira”. Na entrevista inicial, o pai relata uma história repleta de questões neurológicas, diagnósticos clínicos e emocionais, passagens por várias especialidades. Marcamos outros encontros, antes de conhecer seu filho, pois não se esgotava a necessidade daquele pai de falar sobre o menino. Ao conhecê-lo, identifico atrasos importantes na linguagem, mas, mais que isso, uma linguagem mecanizada, vazia, repetitiva. Iniciaram os atendimentos e outras entrevistas foram sendo marcadas com o pai. O motivo inicial da busca de ajuda, ou seja, a “gagueira” nunca mais se apresentou como questão. E nem era necessário, pensei. Entendi que aquela tinha sido a forma possível para aquele pai de buscar ajuda, ele precisava dar “um nome” ao seu pedido. Talvez se não houvesse tido um lugar para sua fala deslizar, ele teria ficado cristalizado no discurso inicial e o trabalho que se seguiu, de construção de um outro lugar a partir da linguagem, tanto com o menino como com ele não tivesse sido possível.

Com essa cena, quisemos ilustrar e reafirmar o que diz Canguilhem sobre o *sentir-se diferente* do doente: mesmo que possa se enganar sobre o motivo desse sentimento, ele *sabe* que algo está *diferente*. Nesse caso, essa percepção só se construiu ao longo das várias entrevistas com esse pai; ou seja, o lugar da *escuta* foi vital para abrir a perspectiva do tratamento e, mais do que isso, para que esse pai, ao sentir-se *escutado*, fosse realizando, também, os deslizamentos de sua queixa inicial. Apressar o início desse tratamento e tomar a primeira informação como norteadora do processo poderia ter impedido o que se iniciou junto a esse pai e que tanto valor teve ao longo do tratamento. Além disso, parece que se confirma nossa compreensão de que os casos vão se construindo no *aqui-agora* de cada processo.

Para Canguilhem, entretanto, nunca houve, na ciência, algo que não tenha aparecido antes na consciência humana, “não há doença sem doente” (CANGUILHEM, 2014, p. 54); para ele, é o ponto de vista do doente que é o verdadeiro. Embora hoje o médico tenha um conhecimento da doença que é capaz de impedir sua manifestação e existam inúmeras descobertas e técnicas de detecção precoce dos males, isso só é possível porque no passado houve sintomas que chamaram a atenção dos médicos ou homens que se queixaram de algum sofrimento. Conclui, então que “sempre se admitiu, e atualmente é uma realidade incontestável, que a medicina existe porque há homens que se sentem doentes, e não porque existem médicos que os informam de suas doenças” (CANGUILHEM, 2014, p. 55).

Essa forma de compreensão será, para nós de grande valor ao pensarmos sobre o que se faz e o que se escuta na *clínica dos distúrbios de linguagem*. E, mais do que isso, podemos ampliar a discussão e pensar sobre o que vem acontecendo para que as famílias cheguem a nós tão inseguras, como se nós, e não eles, fôssemos portadores do “saber” sobre seus filhos. Uma hipótese possível é de que a quantidade de informações sobre saúde, doença, terapias vem sendo tão ampla pelos canais de comunicação na atualidade que a naturalidade das relações entre pais e filhos vem se perdendo de forma assustadora. É comum, por exemplo, nas entrevistas com os pais, eles dizerem que estão “trabalhando” com seu filho para que ele fale melhor. Mas essa é uma discussão para os próximos capítulos.

Para Canguilhem, a técnica deve dar suporte à teoria, não escravizá-la. Aqui, sublinhamos nossa total sintonia com o pensamento do autor e tentaremos demonstrar isso à medida que formos, ao longo do texto, construindo a discussão sobre o papel da técnica e teorias em nossa *clínica*. Entendemos que muito se têm equivocado os profissionais de nosso campo, que, preocupados com o desenvolvimento da Fonoaudiologia como ciência, estão correndo o risco de “apagar” a fonte mais preciosa de informação, que é o próprio *sujeito* que sofre.

Temos, atualmente, inúmeras formas de medições das funções do corpo por meio de exames, instrumentos e experimentos para auxiliar os diagnósticos no campo da saúde. Só para citar alguns no campo da Fonoaudiologia, temos as medições da acuidade auditiva, exames da voz, deglutição. Em geral, senão sempre, são exames realizados em um ambiente diferente do local da terapia. Se pensarmos mais pragmaticamente, o próprio local da terapia é um meio diferente daquele onde o paciente transita em seu cotidiano. Seguindo a reflexão de Canguilhem sobre o normal e o experimental, podemos chegar a um ponto interessante. O

autor faz o seguinte raciocínio: se o estado normal é definido por uma relação de normas de ajustamento a um meio determinado, não se deve esquecer que o próprio laboratório é, também, um meio, com regras e características próprias. Diz-nos o autor: “não é possível que os modos da vida em laboratório não conservem alguma especificidade em relação com o local e com o momento da experiência” (CANGUILHEM, 2014, p. 100).

Por isso fazemos o deslizamento dessa reflexão para nosso campo. Podemos pensar, por exemplo, nos processos de avaliações que fazemos em nossos pacientes. Eles acontecem em um momento inicial da relação entre o paciente e o terapeuta, em um meio que lhe é ainda pouco familiar, sabendo ou intuindo que está sendo observado e testado. O que podemos pensar sobre a veracidade dessas observações é uma questão que nos interessa e muito. Sabemos, já, que essas informações iniciais podem nos dar parâmetros sobre as relações entre o paciente e a linguagem, jamais certezas. O mesmo, aliás, acontece ao longo de todos os processos: as possibilidades de novos movimentos e surpresas estão sempre presentes. Por isso, nosso convite, a partir deste momento, é no sentido de provocar a dúvida e desconstruir o castelo de certezas que dominam a prática da Fonoaudiologia.

Para Canguilhem, sobretudo, a vida não é retilínea, previsível, matemática. É o que entendemos do que lemos a seguir:

Achamos que a vida de qualquer ser, mesmo que seja uma ameba, não reconhece as categorias de saúde e doença a não ser no plano da experiência, que é, em primeiro lugar, provação no sentido afetivo do termo, e não no plano da ciência. A ciência explica a experiência, mas nem por isso a anula. (CANGUILHEM, 2014, p. 140)

Quando Canguilhem dedica, em sua tese, um capítulo sobre as reflexões em torno de doença, cura e saúde, auxilia nossa reflexão sobre a *clínica dos distúrbios de linguagem*, especialmente no ponto em que defende a relatividade biológica; ou seja, o ponto de referência, para ele, deve ser sempre o próprio indivíduo, não os dados estatísticos que dão conta dos limites entre normal e patológico. Assim, se o normal tem a flexibilidade de uma norma que pode ser transformada a partir das singularidades, temos a imprecisão entre os estados normal e patológico, isto é, abrem-se as fronteiras entre esses dois estados, e o foco passa a ser o indivíduo que sofre e o impacto das alterações *para aquele indivíduo*. Esse nos parece um bom ponto para repensarmos nossas relações com tabelas, protocolos fechados e dados estatísticos que, muitas vezes, engessam as avaliações que fazemos sobre nossos pacientes. Vejamos, por exemplo, uma situação clínica:

Cena clínica: paciente adulto, bastante jovem, cuja atividade profissional consistia em oferecer treinamentos a funcionários em uma empresa, através de cursos. Sua queixa era a distorção de dois fonemas da língua. Para mim, devo confessar, foi com esforço que pude perceber as distorções às quais se referia. Entretanto, me pareceu importante *escutar* sua queixa, pois essa pequena alteração, para *aquele sujeito* vinha dificultando suas atividades. Quem melhor do que ele mesmo para determinar a pertinência do trabalho terapêutico? Realizamos algumas sessões, em que propus exercícios de fortalecimento muscular, posicionamento dos órgãos fonoarticulatórios, juntamente com registros de sua fala para analisarmos ao longo do trabalho. Após alguns encontros, definimos de forma compartilhada, sua liberação. A participação do paciente foi fundamental para a construção do processo; além de sua questão inicial, ele foi-se dando conta, também, de seu nível de exigência consigo mesmo, o que parece ter auxiliado, conforme relatava nas sessões, na relação que estabelecia com o público em sua atividade profissional.

O aprendizado de uma cena como essa é o de nos remeter, mais uma vez ao *sujeito*: esse é o ponto de referência que realmente interessa. Isso nos coloca em sintonia com Canguilhem. Se pensarmos sobre a queixa do paciente da cena relatada pelo viés das “tabelas de normalidade” ou até mesmo da nossa concepção do “correto” ou até do “belo”, poderíamos considerá-la “pequena” ou a intervenção até desnecessária. Mas para *ele* isso não era verdade. Parece-nos que *esse* paciente precisava, pelo menos, de uma oportunidade para falar sobre isso, escutar-se e lidar com sua questão. Como se viu, os efeitos do tratamento não se limitaram apenas à mudança em sua articulação: foram sentidos em sua própria forma de se colocar frente ao público com que lidava e com relação ao nível de exigência consigo mesmo.

Finalizamos esse item destacando, ainda, como parte do que Canguilhem formulou sobre a cura, que se trata do reaparecimento de uma nova ordem, uma *nova ordem individual*. Durante a cura, uma nova ordem é encontrada. A partir dessa afirmação, pode-se compreender que o organismo, durante o processo de cura, busca “querer conservar ou adquirir certas peculiaridades que lhe permitirão construir essa nova ordem”. Na cura, tanto no campo somático, como no psíquico, ocorrem transformações com relação ao estado anterior à doença e dentro de uma nova ordem (CANGUILHEM, 2014, p. 137).

Com isso, conclui o autor: a vida, embora não admita restabelecimentos, não conheça a reversibilidade, admite renovações, ou seja, transformações e inovações. “O homem só se sente em boa saúde quando se sente mais do que normal, isto é, não apenas adaptado ao meio e às suas exigências, mas, também, normativo, capaz de seguir novas normas de vida” (CANGUILHEM, 2014, p. 141).

Como começamos a abordar o tema “criação”, achamos pertinente abordar, nesse momento, outro conceito fundamental: o sintoma. Para tanto, e por reconhecer sua importância em nossa reflexão na *clínica dos distúrbios de linguagem*, dedicamos a ele uma seção, a seguir.

1.3 A noção de “sintoma”

Não se tem notícia, afirmamos, de alguém que busque atendimento porque “está tudo bem”. O que chega aos consultórios, clínicas, instituições, sejam de Fonoaudiologia ou de qualquer outra especialidade, são *sujeitos* com questões e queixas formuladas por eles mesmos, por um familiar ou alguém de seu entorno social. E sofrimento.

Não por acaso, iniciamos essa seção dessa forma. Falaremos sobre a construção da noção de “sintoma” ao longo dos tempos, mas sem deixar escapar a marca da perspectiva que nos caracteriza e define: a *escuta de cada sujeito na clínica dos distúrbios de linguagem*. Assim como na Medicina, a questão do sintoma em nosso campo é tão forte que corremos sempre o risco de ser tomados pelo que de visível e audível (e não pelo que de “escutável”) ali se apresenta.

A História mostra, como vimos até aqui, os movimentos em torno das questões como o normal e o patológico, a saúde e a doença e outras oposições e dicotomias que nos ajudam a compreender o porquê da convicção – tão presente ainda nos dias de hoje – de que os fenômenos humanos são orquestrados pelo “sim” e “não”, como se não houvesse espaço entre as duas dimensões. Seremos incansáveis em nossas interrogações no que se refere, em especial, à *clínica dos distúrbios de linguagem*. Se nos chegam ainda “bocas com pernas”, cabe a nós oferecer-lhes a oportunidade desses *sujeitos* se (re)constituírem. Para nós, esse é um compromisso; essa é a nossa ética.

Para o psicanalista Antônio Quinet (2000), a psicanálise faz o rompimento entre a barreira normal/patológico tão presente, até nossos dias, no campo médico e suas derivações.

E o faz justamente refletindo sobre a questão do sintoma. Questiona, por exemplo, a convicção de que o sintoma seria o que há de visível na determinação da doença. O sintoma, ou o conjunto dele, de acordo com a Medicina, submetido ao olhar médico dá significância à doença, ato denominado pelo autor de “operação clínica fundamental” (QUINET, 2000, p. 119): “O sintoma é signo na medida em que representa a doença para o médico. A apuração do sintoma em medicina se vincula portanto ao método clínico historicamente datado constituído pela emergência do olhar médico nesse campo dos sintomas” (QUINET, 2000, p. 119).

Historicamente, retoma o autor, era através do *olhar* clínico que se constituía o saber do ato médico, em que o visível enunciava a doença. Mais tarde, com o advento da anatomopatologia, o foco passou a ser a nosografia baseada na afecção dos órgãos. Além disso, os estudos estatísticos chegaram para esclarecer, para a Medicina, as relações entre sintoma e doença. Enfim, todo o desenvolvimento desse campo e de sua busca por cientificidade são lembrados pelo autor.

Derivada da Medicina, a clínica psicanalítica surge e rompe com a clínica médica, especialmente no que diz respeito ao sintoma. O sintoma – na Medicina compreendido como signo da doença – na psicanálise é sinal de *sujeito*. Sendo assim, o mesmo sintoma pode ter diferentes significados para diferentes *sujeitos*. “O sintoma para a psicanálise não revela a verdade de uma doença orgânica, o que não quer dizer que não revele uma verdade: trata-se da verdade do sujeito do inconsciente” (QUINET, 2000, p. 120).

A Psicanálise interroga, também, a estatística, que é tão cara à Medicina: como nenhum caso é igual ao outro, Freud, diz Quinet, recomendava que, a cada análise, toda a psicanálise deveria ser refeita, uma vez que um caso não serviria de modelo a nenhum outro. Para a psicanálise, cada sintoma é sempre particular e, a cada análise, um novo saber deve ser construído. Para o autor, o sintoma fala sobre a verdade do sujeito. E acrescenta:

A abordagem do sintoma pela via da verdade do sujeito, tal como a psicanálise propõe, se opõe a uma clínica da ciência que objetiva o sintoma para produzir mais uma fórmula que receba o V da verdade e da vitória no processo de colonização do real pelo simbólico. A ciência foraclui a verdade do sujeito por se interessar apenas em formalizar objetos. (QUINET, 2000, p. 123)

A psicanálise compreende o sintoma como constitutivo do sujeito e, portanto, indelével, está escrito na “areia da carne”, é movediço. Sua leitura impõe, como diz o autor,

“saber ler na areia”, ou seja, ele está à vista, não enterrado. Entretanto, embora revele uma verdade que “está na cara”, jamais será totalmente apreendida. Assim, para a psicanálise, “a verdade do sintoma é correlativa à própria estrutura do inconsciente, ou seja, por mais que ele seja dito, algo dele permanecerá na ordem do não-dito” (QUINET, 2000, p. 127). Assim, nos diz o autor, no registro do sintoma, a ética da psicanálise trata de “passar do semi-dizer do sintoma ao bem-dizer o sintoma” (QUINET, 2000, p. 127).

Portanto, de acordo com a ética que a psicanálise inaugura, ao invés de se buscar a abolição do sintoma ao custo que for, como diz Quinet, trata-se de promover a conciliação do *sujeito* com seu sintoma, de ajudá-lo a lidar com seu sintoma, uma vez que ele é um signo do próprio *sujeito*. Nesse ponto, destacamos o que fala o autor sobre a questão do “estilo”, considerando a passagem do sintoma que faz sofrer ao sintoma conciliado:

A passagem do semi-dizer do sintoma ao bem dizer o sintoma, que constitui o próprio processo analítico, implica num efeito na enunciação do sujeito, constatado muitas vezes pelos próximos, que comentam: “tem algo que mudou em você, eu não sei direito o que é, deve ser efeito de análise”. Amigos, parentes, colegas notam uma mudança verdadeira na maneira, no jeito de ser, de viver, de falar, de escrever da pessoa. Trata-se de um efeito sobre o estilo que a psicanálise deve considerar e poder justificar. (QUINET, 2000, p. 141)

Seguir essa ética (ética do *sujeito*), para nós, na *clínica dos distúrbios da linguagem*, certamente também tem efeito sobre nosso *estilo*¹³. Talvez seja essa a origem de tantas interrogações que formulamos sobre nossa prática e nela mesma, ao nos depararmos com nossos pacientes. Entendemos que, assim como um sintoma tem a totalidade de seu desvelamento inapreensível, muitas vezes os efeitos do processo terapêutico também o são; há que nos abriremos às surpresas quando trabalhamos com *sujeitos*. Ilustramos com a seguinte cena:

Cena clínica: menino de quatro anos que chega para atendimento com várias questões na linguagem, com trocas de fonemas e distorções que tornavam difícil a compreensão do que falava. Após apenas alguns encontros, a mãe informa sobre a surpresa da professora dele, que teria dito que sua postura em sala teria mudado completamente. Estava se

¹³ Adotamos aqui a noção de Cremonese (2014, p. 30, nota 3), que, partindo da leitura de Benveniste, define *estilo* como “[...] uma forma particular – seja de um indivíduo ou de um grupo – de apropriação da língua, incluindo um repertório próprio de termos, a forma de organizá-los, além da evidenciação de valores, isto é, de uma soma de elementos que podem ser de ordem cultural, institucional, ideológica, apresentados sistemática e coerentemente; trata-se de um olhar específico sobre o mundo em geral ou algum objeto particular”.

relacionando melhor com os amigos, muito participativo nas atividades, “o primeiro a responder” às questões da professora. O surpreendente foi eu constatar que, do ponto de vista da “produção linguística”, poucas mudanças tinham ocorrido. Mas falamos aqui em *linguagem*. E parece que esse menino já tinha feito um movimento mais profundo que aquele que o ouvido pode perceber.

Embora já venhamos, ao longo do texto, talvez novamente por uma questão de “estilo”, trazendo para nosso campo as reflexões de grandes mestres, dedicaremos a próxima seção a alguns autores que vêm pensando a *clínica dos distúrbios de linguagem* pelo olhar da ética do *sujeito*, que tanto nos interessa. Com eles, a partir de agora, seguiremos a discussão e vamos construindo, ao longo do texto, nossa própria concepção do que vem a ser essa *clínica* tão complexa.

1.4 Contextualizando a *clínica dos distúrbios de linguagem*

Primeiramente, para situar o leitor, lembramos que, quando nos referimos, ao longo de todo o texto, à *clínica dos distúrbios de linguagem*, estamos remetendo à perspectiva amplamente desenvolvida por Cardoso (2010) em sua tese: trata-se da clínica que acredita na indissociabilidade entre a linguagem e o sujeito que a enuncia e entende o distúrbio como manifestação singular da linguagem que escapa à regra. Falando ou não, o sujeito se marca na linguagem. O autor estabelece o diálogo entre o campo da Fonoaudiologia (uma clínica) e a Linguística da Enunciação, desenvolvida por Émile Benveniste, que, aliás, é nossa inspiração para refletir sobre essa *clínica*. Essa perspectiva está enlaçada a uma discussão que vem sendo desenvolvida no meio acadêmico¹⁴ e que já permeia a prática de muitos profissionais.

Cardoso (2010) faz o deslizamento do conceito de sintoma de uma perspectiva orgânica e patológica – como é compreendido na Medicina e que foi amplamente referido no item anterior – para um sentido denominado por ele “jeito de estar”¹⁵ de um *sujeito* na língua, ou seja, como uma posição que o *sujeito* ocupa na linguagem. Conservamos essa expressão “jeito de estar” por ser de muito valor em nossa perspectiva. Compreendemos que ela “limpa”

¹⁴ Referimo-nos, em especial, aos estudos desenvolvidos pelo grupo de pesquisa em Estudos Enunciativos da UFRGS, coordenados pelo professor Valdir do Nascimento Flores, junto ao Programa de Pós-Graduação em Letras da UFRGS e que nos serviram de apoio ao longo de nosso trabalho. No grupo, encontramos linguistas, psicanalistas e fonoaudiólogos que vêm investigando a fala com desvios na clínica.

¹⁵ Termo que o autor toma emprestado da psicanalista Ângela Vorcaro (1999).

o que olhar/ouvir pode engessar e desvenda o que nos parece ser o mais importante, que é o *sujeito* e suas questões. Vejamos um fragmento de entrevista com uma mãe:

Cena clínica: entrevisto a mãe de uma menina com síndrome de Down. Em seu discurso, me conta da surpresa ao descobrir, após o parto, que sua filha era portadora da síndrome. Fala, então sobre várias informações que vem adquirindo sobre a síndrome, sobre as dificuldades que têm essas crianças etc. Pergunto, após algum tempo: “E tua filha, como ela é?”. A mãe, então, fica muito surpresa, cala por algum tempo. Então, começa a falar de sua menina. Aí começa nossa entrevista.

Essa cena revela, a partir do nosso ponto de vista, o quanto ainda a questão do sintoma, tal como é compreendido pela Medicina tradicional, está presente no discurso social, e o quanto isso pode nos afastar de nossos pacientes e de seus pais. Nesse sentido, a visada da singularidade sobre a questão do sintoma na *clínica dos distúrbios de linguagem* determina, também, um “jeito de estar” nessa clínica, define uma ética e produz efeitos nas relações que são estabelecidas em seu interior. Essa é a direção que nos aproximou dos estudos de Benveniste, de forma muito especial ao que se refere à questão do que a linguagem comporta de singular.

O fato de tomar a linguagem de um ponto de vista que considera o sujeito é o que também singulariza a Linguística da Enunciação entre outros estudos. Sem abandonar a ideia de que a língua tem sua ordem própria, essa Linguística aponta para sua atualização ao *aqui- agora* de cada enunciação realizada pelo sujeito (TEIXEIRA; FLORES, 2011). Eis o caráter subjetivo e irrepitível presentes na linguagem. Nessa perspectiva, podemos também pensar, então, no caráter subjetivo e irrepitível do sintoma. Ora, por que, por exemplo, um mesmo sintoma, em diferentes sujeitos, apresenta, no decorrer das terapias, cursos tão diferentes? O que se pode pensar senão que, para cada sujeito, o sintoma tem uma função singular? Como, então, construir qualquer abordagem baseada simplesmente na “falha” que a nós se apresenta?

Para Teixeira e Flores (2011), os trabalhos de Benveniste modificaram a paisagem das ciências humanas. Para o campo daqueles que se preocupam com a linguagem, mais especificamente da *clínica dos distúrbios da linguagem* (esse totalmente à parte do que o mestre poderia imaginar), a compreensão sobre a singularidade e irrepitibilidade da língua reconhecida em seus estudos tem aquecido as discussões. Entre os grupos acadêmicos

lembrados pelos autores, destacamos o grupo da UFRGS, onde encontramos, entre linguistas e psicanalistas, muitos fonoaudiólogos que vêm investigando a fala com desvios na clínica:

Essa perspectiva de estudos parte de um *a priori* geral, qual seja: se a linguística da enunciação, em especial a vertente benvenistiana, supõe que a organização do sistema linguístico se realiza de forma singular na e pela enunciação – única e irrepetível – então essa concepção de língua parece ser relevante para abordar aquilo que “não vai bem” na fala, uma vez que os distúrbios de linguagem têm particularidades muito específicas e muito próprias a cada locutor. Em outras palavras, uma vez admitido que a fala desviante tem aspectos singulares, a noção de língua implicada em um estudo que os contemple deve considerar suas singularidades. A contribuição que essa visada teórica traz ao campo da clínica é permitir a passagem de uma perspectiva que contempla o distúrbio da linguagem “em si” para uma perspectiva que o contempla relativamente ao locutor. Assim, embora se utilizem classificações gerais como “a” gagueira, “a” afasia, “o” desvio fonológico, uma visão enunciativa da linguagem estabelece que há marcas próprias em cada fala, que a particularizam. (TEIXEIRA; FLORES, 2011)

Como bem lembra Flores (2005), falar em Fonoaudiologia, assim como falar em Linguística, nos afasta de qualquer concepção baseada na homogeneidade. Muito menos, então, falar sobre a aproximação entre esses dois campos poderia descartar o que de complexo ela provoca. Tratamos, aqui, de construir um percurso a partir da teoria e da prática em que o *sujeito* tem lugar. Assim, a *clínica* se interroga e a *teoria* se revisita e reformula. A discussão que Flores (2005) propõe muito nos interessa: em primeiro lugar, nos situa sobre qual Fonoaudiologia e qual Linguística podem dialogar nessa perspectiva. Segundo ele, não se trata de qualquer Fonoaudiologia, mas daquela que toma a linguagem como interrogante; com relação à Linguística, a que pode, para ele (e para nós), abrir essa interlocução é justamente a única que toma a heterogeneidade da língua como interrogante. Esse é o diálogo possível e que, para acontecer, ambos os campos promovem movimentos também na direção de outros, não como simples colagem, mas como novas fontes de questionamentos e reflexão.

Assim, a Fonoaudiologia que vê o sintoma como fonte de investigação sobre determinado sujeito, em determinado tempo e espaço, encontra na Linguística que considera o diferente como parte possível da língua e inaugura um diálogo na direção do *sujeito* que enuncia. Flores (2005) retoma o ensinamento de Ferdinand de Saussure, fundador da Linguística, em seu *Curso de Linguística Geral*: “é o ponto de vista que cria o objeto” (SAUSSURE, 1975, p. 15), que parecia já prever, segundo Flores (2005), o caráter heterogêneo da Linguística. Arriscamo-nos a parafrasear Saussure e a afirmar que também é o ponto de vista que cria ou compreende o sintoma e, em decorrência, o *sujeito*.

A construção do enlace possível entre os campos dessa Linguística que se abre à possibilidade do diferente, do heterogêneo com a clínica que trata da linguagem e seus “tropeços” se dá quando inclui a noção de inconsciente vinda da Psicanálise de Freud e Lacan, segundo Flores (2005). Se estamos falando de uma Linguística que comporta *estrutura* e *rompimento*, seria impossível não haver essa aproximação. Para a Psicanálise, “o inconsciente é estruturado como uma linguagem” (LACAN, 1998, p. 882), de onde Flores (2005) infere que sendo o inconsciente o “lugar” do que escapa ao sujeito e que aparece nos tropeços da vida cotidiana, como defende a Psicanálise, é na estrutura da linguagem que irrompe o tropeço.

Para nós, é o diálogo e o cruzamento entre esses três campos que permitem a construção do que temos denominado a *clínica dos distúrbios de linguagem*. Temos, porém, a convicção de que sua realização está muito além da dicotomia normal/patológico e de que nela se trata de algo muito mais profundo do que o abatimento de sintomas e do “conserto” de falhas.

Como “brinde” à nossa contextualização sobre o lugar do qual falamos e em que situamos a *clínica dos distúrbios de linguagem* na discussão que ronda os meios acadêmico, clínico e social sobre o normal, o patológico, o sintoma e, em decorrência, a ética que nos define, tomamos emprestada parte da profunda e inovadora reflexão que encontramos em Surreaux (2006) sobre a questão do sintoma na *clínica de linguagem*.

A autora subverte a noção de sintoma na linguagem como “erro” ou “falha”, dando-lhe o *status* de “ato criativo”. Propõe, em seu texto, que a subversão do código da língua que o paciente realiza ao falar possa ser lida como uma produção singular *daquele* sujeito em um tempo e espaço. Essa compreensão, para nós, altera profundamente a pergunta que o terapeuta poderia fazer-se sobre qualquer produção linguageira que consegue *escutar*. Se a linguagem “fala” sobre o *sujeito*, temos também em sua configuração, mesmo que diferente, a singularidade insistindo em se apresentar e nos convocando a nos interrogarmos sobre ela e não a emitir juízo de valor e a nomeações apressadas. O argumento de Surreaux carrega e inaugura uma nova forma de *escuta* na *clínica dos distúrbios de linguagem*. Impõe ao terapeuta o desafio de desvendar como o *sujeito* se relaciona com *sua* manifestação sintomática, alicerçada em sua singularidade. A saída para o sofrimento ou impossibilidade de ser compreendido pelo outro (por algum motivo o paciente procura ajuda) só será possível também, de forma original, a forma possível para *esse sujeito*. Ou seja: a participação do

terapeuta *e* do paciente nos parece, por esse modo de compreender, via de mão dupla, **construção compartilhada**.

Sobre esse compartilhamento, nos dedicaremos a refletir mais profundamente no próximo capítulo. As reflexões que apresentamos até este momento sobre nosso lugar na *clínica dos distúrbios de linguagem* e sobre o que de histórico carregamos em nosso *fazer* remetem-nos sempre ao mesmo ponto: à relação entre o paciente e o terapeuta. A compreensão sobre como se funda uma relação e o que a sustenta passou a ser, a partir desse percurso, fundamental. Para isso, buscamos a aproximação com a Psicanálise de Freud e Lacan, onde encontramos a noção de *transferência*, e deslizamos para a reflexão sobre como incide a *transferência* na *clínica dos distúrbios de linguagem*. Mas isso é assunto para o próximo capítulo.

1.5 Considerações parciais

Tentamos, ao longo deste capítulo, circunscrever, no tempo e nos tempos, aquele que entendemos que seja o lugar da *clínica dos distúrbios de linguagem*. Para isso, optamos por autores que se debruçaram sobre a História da Medicina, campo do qual derivam muitas áreas do conhecimento, inclusive a nossa. Embora tenhamos apenas “pincelado” algumas ideias desenvolvidas pelos autores que referimos ao longo do texto, pensamos que pudemos trazer, pelo menos para esse momento, elementos suficientes que nos ajudam na construção de nossa proposta.

Não por coincidência, anunciamos este capítulo como “primeiro momento/movimento”, e foi essa noção que quisemos imprimir no decorrer das reflexões que só se iniciaram até aqui. Isso porque abordamos História e histórias sobre *sujeitos*, pensamentos e conhecimento ao longo do tempo, “soltar as amarras” nos parece ser o único caminho. Olhar para o passado e compreender como aqueles que nos antecederam foram construindo e escrevendo a História, além de ser comovente, é esclarecedor e nos ajuda a compreender nosso tempo. Mais do que isso, ajuda-nos a pensar no que estamos construindo para nós e para o futuro.

Vimos, ao longo deste capítulo, que a evolução da ciência e, portanto, da noção de *clínica*, foi pautada pela busca da objetividade, do “contorno nítido das coisas”. O domínio do binômio normal/patológico, que perdura até nossos dias, tende a produzir o apagamento dos

sujeitos, transformando-os em “dados estatísticos”. As abordagens foram sendo construídas, então, tendo como objetivo enquadrar o doente em padrões de normalidade. Como decorrência, tem-se a compreensão do sintoma como signo; este definindo, portanto, os métodos. O saber científico se coloca acima do saber do sujeito e de sua relação com seu sintoma. Nessa mesma perspectiva, se construiu a clínica fonoaudiológica, desde sua origem até nossos dias. Assim como os diversos campos que se derivaram da Medicina, como se observa.

O movimento paralelo criado pela Psicanálise, entretanto, coloca essa verdade em questão. Como vimos em Canguilhem (2014, p. 140), “a ciência explica a experiência, mas nem por isso a anula”. O movimento psicanalítico anda, como vimos, na direção da recuperação do ponto de vista *do paciente* e da defesa da noção do sintoma como constitutivo do sujeito; ou seja, não é um dado estatístico, mas um dado *singular*. Cada sujeito com seu sintoma. E que não se trata de abatê-lo, mas de promover a conciliação do sujeito com ele. O *sujeito* recupera seu lugar como protagonista.

Sintonizados com essa perspectiva, também buscamos, no campo da *clínica dos distúrbios de linguagem*, imprimir a indissociabilidade entre linguagem e *sujeito*. Esse é o movimento que nos ocupa. Ir ao encontro do que é possível para *cada um* em sua relação com a língua, partindo da convicção de que os lugares (dos sujeitos, dos sintomas) são móveis. Essa será a busca que nos moverá em nosso percurso.

O ir e vir das teorias, os cruzamentos das concepções dos pensadores, as práticas clínicas ao longo dos tempos, as tentativas de chegar a conceitos, a busca da cientificidade estão presentes em todos os textos visitados, como estiveram presentes aqui e ali, questionando, plantando dúvidas, desmoronando castelos. E os principais atores, que, por mais que tivessem sua existência negada em muitos momentos, não cansaram de se mostrar, seja por suas dores, seja por suas reações: falamos aqui dos *sujeitos* que trouxeram seus males e que instigaram aqueles que se colocaram o compromisso de vencer e compreender a *doença*. Mesmo que se quisesse estabelecer limites definidos entre normal/patológico, saúde/doença, esses *sujeitos* surgiam para desestabilizar certezas, apresentar comportamentos inesperados e fugir dos protocolos e tabelas que se pensava poderiam dar conta do universal.

Da mesma forma, a noção de que os sintomas tenham um curso previsível, uma fonte igual para todos e, em consequência, soluções previamente determinadas é um equívoco

histórico e que perdura até nossos dias. Mais uma vez, basta *escutar* melhor cada *sujeito*, tendo como base o singular que o define, para colocar em dúvida essas convicções. As leituras realizadas vão mostrando com clareza esses caminhos e (o que pensamos ser o mais interessante) levam à reflexão e instigam a busca de novos caminhos e construções.

Para a *clínica dos distúrbios de linguagem* (a que move nossa reflexão), esses movimentos passam também a ser constitutivos. Adotamos como fonte de nosso trabalho as questões e dúvidas que no plano mais geral (e, mais atualmente, também no nosso) vêm se formulando, na tentativa de enriquecer e construir nosso campo. Assim, em nossa proposta, situamos a *clínica dos distúrbios de linguagem* em um lugar onde estão o heterogêneo, o inesperado, a dúvida, os deslizamentos, os cruzamentos, as questões, os *sujeitos*.

Um leitor desavisado poderia pensar, neste ponto, que estamos instaurando a insegurança. A ele, propomos que possa relaxar, no sentido de se deixar atravessar pelas questões, não só as que aqui lançamos, mas pelas que se fazem presentes em seu cotidiano clínico, porque elas estão lá, isso afirmamos. Além disso, assumir uma postura em que as reformulações são sempre possíveis, como nos ensina a História, é uma ideia totalmente passível de ser deslocada para nossa *clínica* e que muito conforto pode gerar. Podemos pensar, por exemplo, que, ainda que muitas vezes façamos intervenções pouco interessantes para determinada situação, elas podem ser reformuladas em outro momento. Isso é apaziguador.

Essa discussão não se encerra aqui, apenas interrompemos esse momento/movimento para, no próximo capítulo, avançarmos mais efetivamente na direção da reflexão sobre como se constituem os movimentos no interior da *clínica dos distúrbios de linguagem*. Lá, novamente entraremos no campo clínico, tendo como base a própria *clínica* e os diálogos possíveis que ela suscita com a questão da *transferência*, como dito anteriormente. Inspiramo-nos na Psicanálise, mas é do interior de nossa *clínica* que nos propomos a pensá-la, pois é ali mesmo que a identificamos: já no primeiro encontro com um paciente ou com seus pais, sustentando e possibilitando a construção dos processos que se seguem (ou não...). Será uma discussão sobre os lugares ocupados pelos pacientes e o terapeuta na constituição da cena clínica, a partir dos deslizamentos teóricos possíveis.

2 SOBRE A NOÇÃO DE *TRANSFERÊNCIA* E SUA IMPLICAÇÃO NA *CLÍNICA DOS DISTÚRBIOS DE LINGUAGEM*

Este capítulo tem como objetivo circunscrever a noção de *transferência* a partir do que ensina a psicanálise freudo-lacianiana, mas tentando, a partir das leituras realizadas e nela referidas, produzir deslizamentos¹⁶ possíveis para nossas interrogações sobre o *fazer* na *clínica dos distúrbios de linguagem*. Para nós, é de tal importância esse tema que lhe dedicamos um capítulo de nossa tese. Não encontramos, na pesquisa referente aos estudos desse campo, a presença dessa reflexão. Aliás, pouco se fala sobre as relações que se constroem entre o terapeuta e seus pacientes em nossa *clínica*, o que não deixa de surpreender. Para nós, essa discussão é o fio condutor, a sustentação de todos os processos que na *clínica* se constituem. Atravessando-os, fazendo função, tornando-os possíveis. A propósito, antes de condutor, é fundador. Afinal, não há, ali, processo que se inicie sem o estabelecimento da *transferência*. Isso afirmamos.

Para tanto, alargaremos nossas fronteiras em direção ao campo psicanalítico, em que o conceito de *transferência* foi, desde sempre, uma questão e continua, até nossos dias, sendo estudado. Nossa reflexão seguirá, como sempre, nossa forma de *ser* e *fazer* na *clínica dos distúrbios de linguagem*; ou seja: tomando a teoria como referente para pensar sobre o que passa em seu interior e construindo os conceitos que nela façam sentido, mantendo-nos curiosos por esses cruzamentos e (torcemos para isso) o leitor também.

Esses deslizamentos se iniciarão neste capítulo, mas acontecerão, efetivamente, no último capítulo da tese, no qual tomaremos os interrogantes da *clínica* para produzirmos o laço entre eles, a linguagem e a *transferência*.

Assim, começemos do início. Se retomarmos as questões que nos moveram à escritura desta tese e que, pensamos, já foram suficientemente desenvolvidas, podemos perceber que todas têm como origem o que acontece *na* cena clínica, entre os *sujeitos* que dela participam. São reflexões que foram construídas ao longo de anos de experiência, carregadas pela grande

¹⁶ Com a ideia de “deslizamento”, aplicada ao campo da reflexão teórica, queremos destacar que, quando se colocam campos distintos em contato, há a necessidade de ressignificação de termos, conceitos e noções, para que eles possam operar em um campo distinto daquele do qual se originam. No caso específico da noção de transferência, queremos vê-la ressignificada no escopo da *clínica dos distúrbios de linguagem* para que, então, possa operar como um articulador de tal clínica.

pergunta que faz cenário a todas as outras: “como se dá a relação entre os *sujeitos* implicados na *clínica dos distúrbios de linguagem*?”.

Nos últimos anos, especialmente durante a elaboração de nossa dissertação de mestrado, como já mencionamos anteriormente, tentamos contornar essa questão com incursões a autores da Linguística da Enunciação, como Émile Benveniste e muitos de seus leitores, filósofos como Dany-Robert Dufour e alguns autores da Psicanálise. Todos foram e continuarão sendo nossas referências ao longo desta tese, com especial destaque a Benveniste, cujo pensamento tem nos confortado e estimulado a continuar formulando questões. Como veremos no próximo capítulo, esses estudos contemplam a discussão que a nós interessa, qual seja, as relações *eu, tu, ele*, para compreender o que acontece no interior de nossa *clínica*. Nessa esteira, incluiremos a atual discussão sobre a *transferência*, pois ela está sempre ali, como dissemos: incidindo e operando esses processos.

Dessa forma, a reflexão que aqui apenas se inicia fará presença nos próximos capítulos, e, esperamos, entre os profissionais que se dedicam à *clínica dos distúrbios de linguagem*. A partir de nosso percurso singular, entendemos que chegou o momento de nos debruçarmos sobre a noção de *transferência* com a qual já vínhamos trabalhando sem, no entanto, nomeá-la. Não sem motivo assim o fazíamos. Adotamos, desde sempre, o estilo reflexivo e acreditamos que precisávamos amadurecer nossas questões para formular uma hipótese consistente e de interesse para nosso campo. Criamos uma forma de olhar para a *clínica dos distúrbios de linguagem* bem particular, tentando sempre provocar a nós mesmos com novas formulações e perguntas, abrindo-nos à dúvida e ampliando a *escuta* para o novo que ali se apresenta.

Seguiremos nesse caminho, agora trazendo para a discussão a noção de *transferência*, a partir da perspectiva do pensamento desenvolvido por Freud e, mais tarde, por Lacan e seus seguidores. Ao final do capítulo, pretendemos ter deixado clara, para o leitor, a ideia do que concebemos como a implicação da *transferência* na *clínica dos distúrbios de linguagem*. Passemos, então, a ela.

2.1 Noção de *transferência*

Em seu texto “O desejo do analista e a clínica da psicose: análise de um caso”, as psicanalistas Gabriela R. Meyer e Jussara Brauer (2010) citam o surgimento do conceito de

transferência na obra de Freud. De acordo com as autoras, é em *Estudos sobre a histeria* (1893-1895), de Freud e Breuer, que ele aparece pela primeira vez; ou seja, anteriormente ao “nascimento” oficial da Psicanálise, que se deu em 1900, com *A interpretação dos sonhos*, de Freud. Nessa obra, surge o conceito a partir de um caso (Anna O.), atendido por Joseph Breuer (médico e fisiologista). Médico e paciente se encantaram um pelo outro. Instalou-se a *transferência*. Por um lado, foi o que abriu a possibilidade para que a paciente falasse intensamente (surgimento da “cura pela fala”). Por outro, o envolvimento do médico acabou por atrapalhar o tratamento, que foi, então, interrompido. Para Freud, a análise desse caso indicou ser a *transferência* fundamental para o acontecimento do processo analítico. Entretanto, deveria ser manejada para que não impedisse o processo. Ou seja, resistência por um lado e motor por outro, já indicava Freud.

De acordo com Kaufmann (1996), o termo *transferência* foi utilizado por Freud em 1888, para indicar a mudança do sintoma histérico de um lado do corpo para outro. O conceito evoluiu e, em 1895, passou a ter a atual acepção, qual seja, a do envolvimento do analista na psicanálise de um sujeito. Trata-se de uma forma de amor voltada para o analista, que desempenha um papel revelador do passado e, ao mesmo tempo, de resistência ao relato desse passado. O caráter perturbador do fenômeno foi percebido por Freud, que passou a se debater com essa questão. Sabia do caráter inegável de sua existência na análise de um sujeito e o deciframento e a forma de como aprender a manejá-la lhe eram fundamentais.

Cabe salientar que esse fenômeno não se restringe aos espaços de análise e, por isso mesmo, interessa-nos estudá-lo. Chemama (1995, p. 217) fala claramente sobre isso:

Fora da situação de análise, o fenômeno de transferência é constante, onipresente nas relações, sejam elas profissionais, hierárquicas, amorosas, etc. Nesse caso, a diferença com aquilo que ocorre em uma análise está em que os dois parceiros estão presos, cada um por seu lado, a sua própria transferência, da qual, com muita frequência, não têm consciência; motivo pelo qual não é organizado o lugar de intérprete, tal como o encarnado pelo analista, na situação de um tratamento analítico.

No texto *Além do princípio do prazer* (FREUD, 1987), Freud menciona três formas de *transferência*. Três formas que foram, ao longo do tempo, evoluindo. A primeira, como função de repetição; a segunda, a transferência como resistência e, finalmente, a terceira, a transferência como sugestão. A princípio, segundo Freud (1987), o médico nada mais fazia do que desvendar o material inconsciente do paciente e comunicá-lo a esse. Tratava-se de uma psicanálise interpretativa. Como era insuficiente, passou-se a obrigar o paciente, com sua

memória, a confirmar a teoria construída pelo analista. Surgem as resistências do paciente, que passaram a ser o foco do analista, que imprimia seu esforço em descobri-las. A sugestão, então, funcionava como *transferência*, e seu papel era induzir o paciente a abandonar suas resistências. Entretanto, esse método não alcançava o objetivo de tornar o inconsciente consciente; observou-se ser da ordem do impossível o paciente recordar a totalidade do material que se achava reprimido, e justamente aí poderia residir a parte mais importante. O paciente, ao invés de recordar algo de seu passado, repetia esse material dele (do passado) reprimido, na esfera da relação entre o paciente e o médico.

Há, portanto, na História da Psicanálise, uma evolução na técnica analítica, conclui Miller (1987). Segundo o autor, essa evolução estaria ligada diretamente ao fato de que “o inconsciente mesmo evoluiu” (MILLER, 1987, p. 57). Afirma ele:

Há uma história do inconsciente, pode parecer algo fantástico dizer algo assim caso a gente esteja convencido de que o inconsciente é uma espécie de energia vital tão estável, tão fixa quanto a gravitação do universo. Mas se entenderá melhor caso se admita, como Lacan, que o inconsciente está estruturado como uma linguagem, e que a intervenção do psicanalista no inconsciente é de tal natureza que pode modificá-lo (MILLER, 1987, p. 57)

Encontramos, ainda, em Miller (1987) o que o autor entende como “a transferência de Freud a Lacan”. O autor considera que Lacan, embora transforme o conceito, situando, como veremos a seguir, a função do *sujeito suposto saber* (2.1.2), conserva sua concepção estritamente freudiana. A noção do *sujeito suposto saber* é inédita, não é encontrada na teoria freudiana da *transferência*. Para Miller (1987), o fato de Lacan ter introduzido esse e outros termos nos ensinamentos deixados por Freud permitiu que se enquadrassem de melhor forma os fenômenos que são produzidos na experiência analítica.

Lacan (1988) trata do tema da *transferência* dizendo ser representada como um afeto e que pode ser qualificada como positiva ou negativa. Positiva, segundo o autor, é amor. Salienta, entretanto, assim como Freud já o tinha feito (MILLER, 1987, p. 66), que o amor seria, nesse caso, um termo apenas aproximativo. Quanto à *transferência* negativa, não estaria pareada ao ódio, mas ao termo “ambivalência”. E resume: na positiva, o paciente tem em boa consideração seu analista; na negativa, por sua vez, “está-se de olho nele” (FREUD, 1987, p. 120). Freud percebeu a existência desses dois tipos de *transferência* e descobriu que ambas as formas se fazem presentes em qualquer relação. Uma gera conforto e confiança para que o paciente possa falar, e a outra cria as resistências no decorrer da análise. De acordo com Forbes (1999, p. 135), para Lacan essa ambivalência é abordada como algo da ordem do

inevitável e, mais importante do que saber se é positiva ou negativa, trata-se de suportá-la. Elas são, para Lacan *uma e a mesma coisa*.

Para que uma análise inicie, é necessário que se estabeleça a *transferência*; é o que se denomina função transferencial das *entrevistas preliminares*. Segundo a leitura de Quinet (1991), para Lacan, quem motiva e condiciona a *transferência* é o paciente, não o analista: ela está lá desde o início, é uma função do analisante; cabe ao analista saber utilizá-la. Afirma Quinet (1991, p. 31) que, segundo Lacan, a *transferência* inaugura e sustenta o começo da psicanálise, e seu pivô, seu suporte, é o *sujeito suposto saber*. Para Miller (1987, p. 58), o *sujeito suposto saber*, formulado por Lacan, “é o pivô sobre o qual giram esses distintos aspectos da transferência que Freud havia discriminado”. Ele seria, nas palavras de Miller (1987, p. 58), “da ordem de um fundamento transfenômico dos fenômenos da transferência”. Resume o autor:

Lacan funda a transferência, em sua dimensão radical, no próprio dispositivo da cura. Funda a transferência como uma consequência imediata do procedimento freudiano, como uma consequência imediata da regra fundamental da psicanálise. É uma dedução, se quiserem, puramente lógica; o sujeito suposto saber não é algo que se observe, ainda que se possa observá-lo, mas segundo modalidades muito precisas. É, fundamentalmente, um princípio que toca na própria lógica da psicanálise, uma lógica que depende desse princípio posto no início pelo analista, que tem a ver com o convite que se faz ao paciente para dizer tudo em desordem, sem reter nada, sem ser detido pela decência ou pelo desprazer. O sujeito suposto saber, no sentido de Lacan, é uma consequência direta desse procedimento. Se quiserem, é o princípio constitutivo da transferência; depois, sobre esse fundamento, pode produzir-se toda a diversidade dos fenômenos que acompanhamos em Freud. (MILLER, 1987, p. 69)

Que *saber* é esse e por que *suposto* é o ponto que abordaremos na seção 2.1.2. Antes, porém, operemos alguns deslizamentos para nosso campo.

Embora não sejamos analistas, no uso psicanalítico do termo, trabalhamos, no interior da *clínica dos distúrbios de linguagem*, com a fala de nossos pacientes, seus pais etc. Nosso lugar nessas díades se constitui em uma assimetria, determinada pelo fato de que, ao sermos procurados, há uma expectativa de que tenhamos alguma resposta às queixas desses sujeitos. Por entendermos, como já dissemos, que é o laço *transferencial* que inaugura e sustenta essas relações, nos dedicamos a compreendê-lo.

Presente desde sempre nas relações, a *transferência* vai fazendo sua função a cada instante de cada processo com o qual nos deparamos. Nosso trabalho consiste em utilizá-la a

favor do sujeito, apoiando-o em sua construção, na direção de seu desejo. Aliás, destacamos: trata-se do desejo *do* paciente. É comum que o fato de portar um *saber* de ordem técnica produza a sensação de poder do terapeuta sobre o paciente, como se aquele pudesse determinar os tempos e os avanços deste. Rejeitamos essa forma de agir. Entendemos que o trabalho é construído a partir do que é possível para cada paciente e, atentos aos seus sinais, vamos criando, junto com ele, *cada* cena e *cada* conquista. É o próprio paciente quem indica os caminhos, o que deve ser respeitado. Caso contrário, quando o invadimos com nossos próprios desejos, ele reage: por vezes, resiste a ir às sessões; outras vezes vai, mas resiste a qualquer intervenção; há os que conseguem formular essa queixa e há os que calam. Cabe a nós reconhecermos seus sinais. Se atendermos ao *nosso* desejo, o que conseguiremos com nosso paciente é produzir resistências, inibições e, muitas vezes, seu afastamento.

Quando falamos em uma prática reflexiva, estamos contemplando o exercício que naturalmente se impõe: o de tomar as cenas em seu *aqui-agora* ou após acontecerem e nos perguntarmos sobre o que ali se passa ou passou, assumir nossos fracassos e tomá-los como aprendizado sobre o paciente. Compartilhar e escutar nossos pares, “abrir” a *clínica*, deixar-se perguntar é um bom caminho. Os processos *transferenciais* dão muito o que pensar e aprender, e essas reflexões são o que sustentam nosso instigante trabalho. Sem isso, para nós, teorias e técnicas perdem o sentido.

Nessa perspectiva, precisamos ter coragem de fazer um movimento contrário à pressa que caracteriza os tempos atuais. A expectativa de haver tempos definidos para alcançarmos resultados nas terapias por parte dos pais, professores e outros profissionais exige que nos posicionemos. Para nós, assumir que a *transferência* incide sobre tudo que passa no interior da *clínica dos distúrbios de linguagem* afasta a possibilidade do previsível. Se tomarmos como verdade o fato de acontecerem momentos de “resistência ao tratamento” e de esses, não temos dúvida, serem absolutamente singulares, cai por terra qualquer possibilidade de previsão do “tempo de cura”. Acolher essa “falta” pode gerar a sensação de “não saber”; mas, na verdade, pode ser um primeiro movimento na direção do *sujeito* que nos procura com seus tempos próprios e que ainda não conhecemos. Aliás, onde não há “falta”, pouco se tem a avançar.

Lidamos com a linguagem de nossos pacientes. Falar em linguagem é falar em *sujeitos*, ela os representa simbolicamente, ela os revela. Nada mais delicado. Tratá-la como objeto a ser manipulado e consertado promove tão somente o apagamento de quem a carrega.

Nosso papel é justamente criar as condições para que o paciente *enuncie*, se faça *sujeito* de sua linguagem, e, a partir desse movimento opere as mudanças possíveis. Em *seu* tempo, pautadas por *seu* desejo.

Mas como isso se dá no interior da *clínica*? Detenhamo-nos, inicialmente, ao que Lacan denominou como *entrevistas preliminares* e em como essa noção nos auxilia nos diferentes espaços da *clínica dos distúrbios de linguagem*.

2.1.1 Sobre as entrevistas preliminares

Em seu famoso texto “Sobre o início do tratamento”, Freud (1913) discute a importância de começar o trabalho com o que chama de “tratamento de ensaio”, em que o paciente fala livremente de si mesmo, sua história, seus sintomas. Para Freud, nesse momento a questão diagnóstica é um fator importante.

De acordo com Quinet (1991), a esse “tratamento de ensaio” de Freud corresponde o que Lacan denominou *entrevistas preliminares*. Essa seria a porta de entrada na análise, não o consultório do psicanalista. São a condição para a entrada em análise.

As *entrevistas preliminares* têm, basicamente, três funções: *sintomal*, *diagnóstica* e *transferencial*, que acompanharemos com a interpretação que Quinet (1991) realizou, a partir da leitura de Lacan. A função **sintomal** (sinto-mal) é a que justifica a entrada na análise: trata-se da transformação do sintoma-queixa em sintoma-demanda, ou seja, em enigma a ser decifrado. A verdadeira demanda para dar início a uma análise é a de se desvencilhar de um sintoma, não no sentido de apagá-lo, mas no de que “essa queixa se transforme numa demanda endereçada àquele analista e que o sintoma passe do estatuto de resposta ao estatuto de questão para o sujeito, para que este seja instigado a decifrá-lo” (QUINET, 1991, p. 20), com a ajuda do analista. A função **diagnóstica**, por sua vez, servirá para dar a direção ao tratamento. É no registro do simbólico que será buscado o diagnóstico, em que são articuladas as questões fundamentais do sujeito. Por último, a função **transferencial**, que estamos desenvolvendo ao longo deste capítulo, que efetivamente inicia a relação entre o paciente e o terapeuta (ou os pais, no caso das crianças), segundo pensamos.

Por um lado, o paciente faz ali sua “escolha”: será esse terapeuta capaz de me ajudar em meu sofrimento? Posso confiar nele? Sinto-me escutado? Será que ele “sabe”? Por outro, também o terapeuta formula suas questões: sou capaz de ajudar este *sujeito*? Sinto-me

confortável frente às suas questões? Perguntas que não necessariamente são formuladas de forma consciente, mas estão ali, operando na relação que inicia.

Encontramos em Forbes (1999) um apontamento curioso sobre a postura do analista em relação ao seu paciente, no tempo das *entrevistas preliminares*, e que também a *clínica dos distúrbios de linguagem* evidencia. Para o autor, a importância da curiosidade para compreender, que aprendemos na vida, é atestada pela psicanálise. É a curiosidade do analista sobre o que traz o paciente que o intriga e o leva a falar. Ela é uma das formas de se apresentar o desejo do analista. Entretanto, o autor adverte que a curiosidade não garante a compreensão, ela não foi feita para isso. Sugere, ao contrário, “mantermos a incompreensão como efeito da curiosidade sobre o que está sendo dito” (FORBES, 1999, p. 130). O autor faz essa afirmação inspirado nas seguintes palavras de Lacan (1985, p. 185):

Há dois perigos em tudo o que tange à apreensão de nosso campo clínico. O primeiro é não ser suficientemente curioso. Ensina-se às crianças que a curiosidade é um defeito feio e, em geral, é verdade, não somos curiosos, e não é fácil provocar esse sentimento de maneira automática. O segundo é compreender. Compreendemos sempre demais, especialmente na análise. Na maioria das vezes, nos enganamos. Pensa-se poder fazer uma boa terapêutica analítica quando se é bem dotado, intuitivo, quando se tem o contato, quando se faz funcionar esse gênio que cada qual ostenta na relação interpessoal. E, a partir do momento em que não se exige de si um extremo rigor conceitual, acha-se sempre um jeito de compreender. Mas fica-se sem bússola, não se sabe nem de onde se parte, nem para onde se está tentando ir.

Na *clínica dos distúrbios de linguagem*, como temos percebido, o papel das *entrevistas preliminares* ocupa um lugar norteador (e possibilitador) para o que virá depois. São os encontros iniciais entre o terapeuta e os pais, no caso de crianças; do terapeuta com a criança, acompanhados ou não de seus pais ou entre o terapeuta e o adolescente ou o adulto que o procuram. Nelas inicia-se o laço entre o paciente e o terapeuta, são construídas as primeiras hipóteses sobre o caso em questão e se constroem as primeiras possibilidades de diálogo entre os atores da cena.

No caso das crianças, os pais nos relatam sobre seus filhos aquilo que lhes parece ser relevante de suas histórias, é quando vão se construindo as perguntas que o terapeuta julga serem importantes para começar a compreender qual dor os traz para o atendimento, que lugar ocupa essa criança nos âmbitos familiar e social e como ela vem lidando com o que dela esperam. O desenvolvimento da criança, seus hábitos alimentares e de sono, bem como suas preferências vão sendo naturalmente desvendados e relatados, ao longo da conversa. Desenham-se as primeiras impressões da criança para o terapeuta.

Interessante observar que essas entrevistas, quando realizadas de forma não estruturada, abrem a possibilidade para que os pais falem o que é o mais relevante com relação ao seu filho, o que também é importante na compreensão do caso e que, certamente não existe protocolo que dê conta de contemplar. As crianças, por sua vez, contam também sua versão. É no espaço do brincar, pensamos, que isso acontece: ali onde a criança, espontaneamente, faz suas escolhas e se situa na cena. Também é ali que ela vai oferecendo um lugar para o terapeuta e se inicia a construção do *laço transferencial*. Criam-se as possibilidades de diálogo, a linguagem se manifesta, e as trocas começam a acontecer. Podemos observar, nesses primeiros encontros, como a criança se posiciona frente ao outro, quais os recursos que poderão, ao longo do tratamento, servir como instrumentos de intervenção, como essa criança lida com as “falhas”, e se essas são, para ela, uma questão.

Embora sejam importantes esses primeiros encontros como construtores de hipóteses diagnósticas, temos a consciência de que qualquer conclusão é provisória. Explicamos: é muito comum, em nossa *clínica*, que, ainda durante essa fase dos tratamentos, ocorram mudanças, ou seja, o atravessamento *transferencial* em construção já opera, e a criança já começa a fazer os primeiros deslizamentos. Por isso, é surpreendente quando nos chegam pais que, em avaliações anteriores, tenham sido informados de que seu filho teria, por exemplo, como já nos aconteceu escutar, “somente 28% dos fonemas da língua”. Também questionamos as testagens baseadas em repetições vazias de palavras para sabermos os fonemas da língua que a criança consegue produzir. Entendemos que é possível observarmos sua construção linguageira na atividade espontânea, em que, para ela, faça sentido falar. Ou calar. Cabe a nós, via *transferência*, nos abirmos para a escuta.

Com adolescentes e adultos, por sua vez, nossa experiência aponta para o mesmo percurso, seja através da abertura do espaço para que falem de sua relação com o sintoma que os traz à *clínica*, seja através de jogos, leituras ou outros recursos que elejam, a partir de seu interesse. Em um primeiro momento, compreender se sua vinda até nós é decorrente de um desejo seu ou de outros de seu convívio é um dado fundamental. Isso somente nas trocas que vão se estabelecendo ao longo desse processo inicial podemos avaliar. Já tivemos situações em que o paciente, ao se dar conta, nesse processo inicial, de que não é *seu* o desejo de mudança, decidiram prorrogar o tratamento. Alguns passaram a construir ali esse desejo. Outros, por sua vez, se foram. Desses, alguns retornaram, após algum tempo. À medida que se estabelece o processo transferencial, podemos utilizar nossos instrumentos de avaliação, em acordo e com a participação ativa do paciente. As conversas sobre nossas observações vão

dando o sentido necessário para o paciente e para nossas intervenções. Ambos implicados e responsabilizados pelo processo que se constrói, já desde o primeiro encontro.

Arriscamo-nos, ainda, a fazer outra afirmação com relação a esse período inicial dos tratamentos na *clínica dos distúrbios de linguagem*, anterior à chegada do paciente até nós. Referimo-nos às diferentes origens dos encaminhamentos. Parece-nos, a partir da nossa observação, ser esse um grande facilitador que opera, também, nesses primeiros movimentos. Quando o paciente nos busca, pelo nosso nome, por indicação de algum profissional em quem confia, de algum amigo ou familiar que já esteve conosco ou simplesmente por uma lista de profissionais de que nosso nome consta ou por proximidade geográfica, sua chegada se dá de forma bastante diversa. Isso nos faz pensar que o fenômeno *transferencial* se inicia até mesmo antes dos primeiros encontros. Algo ali se faz presente e nos parece ter relação com o próximo conceito que abordaremos: o *sujeito suposto saber*. Conceito esse desenvolvido por Lacan e que se ajusta perfeitamente ao que vivemos na *clínica dos distúrbios de linguagem*, nos situa na relação *transferencial* e possibilita o início e o andamento dos tratamentos, desde que dele tomemos consciência e possamos lidar com o que a partir dele se apresentar, em cada relação que ali se constitui.

No entanto, já podemos afirmar: a implicação da *transferência* está sempre presente em todo e qualquer processo no interior da *clínica dos distúrbios de linguagem*. Em todo e qualquer tempo que se constrói na *clínica*. No início das relações, ou seja, nas *entrevistas preliminares*, inaugurando os processos. Na sequência, como veremos ao longo do texto, sustentando-os e tornando-os possíveis.

2.1.2 Sobre o *sujeito suposto saber*

A importância desse termo criado por Lacan se traduz em sua frase, citada por Miller: “o sujeito suposto saber é para nós o pivô no qual se articula tudo o que se relaciona com a transferência” (LACAN apud MILLER, 1987, p. 56). Interessado no termo, Miller busca suas significações e descobre que “pivô” traz a ideia de sustentação principal de algo, sustenta algo que gira em torno. Quando Lacan criou esse termo, foi compreendido, segundo Miller, como “o analisante começa supondo que o analista está em posse do saber que lhe concerne, e progressivamente descobre que não é assim, mas que a análise se estabelece sobre a base dessa suposição” (MILLER, 1987, p. 56).

Em Quinet (1991, p. 30), encontramos o comentário: “A resolução de buscar um analista está vinculada à hipótese de que há um saber em jogo no sintoma ou naquilo de que a pessoa quer se desvencilhar”. Essa questão, segundo o autor, foi formulada por Lacan, que a nomeou como *transfêrencia de saber*. Seria, para Lacan, uma ilusão do sujeito, que acredita que o analista conhece, de antemão, sua verdade. “Esse ‘erro subjetivo’ é imanente à entrada em análise” (QUINET, 1991, p. 31). Essa subjetividade relativa ao saber que constitui a *transfêrencia* é o que Lacan formulou como *sujeito suposto saber*. **E sempre que essa função é encarnada por alguém, seja ou não analista, significa que a *transfêrencia* está estabelecida** (LACAN, 1988).

Entretanto, segundo Quinet (1991), Lacan adverte que, ao emprestar sua pessoa ao analisando para encarnar esse suposto saber, o analista não deve identificar-se com essa posição, isso seria um equívoco. Essa seria uma prática em que a falta não estaria incluída, em que a análise seria baseada em uma teologia. Trata-se, dizemos novamente, de uma ilusão. Como ensinou Lacan, ainda conforme Quinet (1991), no início de uma análise o analista desconhece tudo sobre o inconsciente do analisante. Com isso, reforça o que Freud, no já referido texto “Sobre o início do tratamento”, havia formulado sobre o caráter inédito de cada caso: ele comparou a psicanálise com o jogo de xadrez, dizendo que, assim como em relação a esse jogo, o aprendizado sobre as infinitas possibilidades durante o processo não se encontra nos livros. Assim, a cada novo caso, toda a psicanálise se reconstitui, ou seja, o saber adquirido sobre outros casos de nada vale para aquele.

Podemos nos perguntar: em que momento se constitui, então, o *sujeito suposto saber*? De acordo com Miller, ao retomar a comparação da experiência analítica com o jogo de xadrez de Freud, que dizia que, assim como no jogo, somente seu começo e seu final podem ser estruturáveis, Lacan formulou a ideia de que o *sujeito suposto saber* é a estrutura que abre a partida, dá a entrada no jogo (MILLER, 1987, p. 87). Vejamos, ainda, como Quinet (1991, p. 34) relaciona esse conceito com o de *transfêrencia*:

Qual o efeito do estabelecimento desse sujeito suposto saber? É o *amor*. Com o surgimento do amor se dá a transformação da demanda, uma *demanda transitiva* (demanda de algo, como por exemplo, livrar-se de seu sintoma) torna-se uma *demanda intransitiva* (demanda de amor, de presença, já que o amor demanda amor).

O amor é o efeito da *transfêrencia*, mas efeito sob o aspecto de resistência ao desejo do Outro. Ao surgimento do desejo, sob a forma de questão, o analisante responde com amor; cabe ao analista fazer surgir nessa demanda a dimensão do desejo, que é também conectado ao estabelecimento do sujeito

suposto saber. Este corresponde, condicionando-o, a um sujeito suposto desejar. Eis a articulação com a função sintomal, pois fazer aparecer a dimensão do desejo é fazê-lo surgir como desejo do Outro, levando o sintoma à categoria de enigma pela ligação implícita do desejo com o saber.

O autor ainda complementa esse pensamento dizendo não ser suficiente a demanda de livrar-se de um sintoma, mas que esse se configure tal qual um ciframento no interior da *transferência* e através do *sujeito suposto saber*. Miller (1987) chama a atenção para o que denomina como a “estrutura da situação analítica”, afirmando que nela o analista está colocado na posição de ouvinte. Ele ouve o discurso que estimula o paciente a proferir, não de uma posição passiva, uma vez que “sua resposta, seu aval, sua interpretação decidem o sentido do que é dito” (MILLER, 1987, p. 72). A isso, Lacan, de acordo com Miller (1987, p. 73), chama de “poder do analista sobre o sentido”. Nas relações em geral, dessa forma, há revezamentos e compartilhamento do poder. Na relação psicanalítica, a dissimetria está presente na própria estrutura da relação: um traz o material, e o outro, que tem a função de interpretá-lo, escuta, recebe, aprecia e, por vezes, interpreta.

Destaca Miller (1987) que, para Lacan, a abertura à *transferência* se dá pelo fato de que o paciente se entrega à livre associação, na posição de busca da verdade sobre si mesmo, sobre sua identidade e seu desejo. Isso o faz, no limite de sua palavra, representado pelo analista, o Outro, ouvinte, que decide a significação. Este, por sua vez, com seu silêncio, dá lugar ao desdobrar da palavra e deve evitar a precipitação em satisfazer a demanda do paciente, que é a resposta às suas questões como: quem sou? qual é meu desejo? O que quero de verdade? (MILLER, 1987, p. 73). Por isso, nos diz Miller, o *sujeito suposto saber* é um efeito da própria estrutura psicanalítica, é intrínseco a ela. E o psicanalista não se deve deixar iludir por esse efeito, identificar-se com essa posição.

Ramos (2000), ao falar sobre o estabelecimento da *transferência* nos primórdios de uma análise, diz que é necessário que se encontre, de início, um destinatário das palavras. Palavras que não são escolhidas, são quase que lançadas ao acaso, arbitrariamente selecionadas de uma gama de possibilidades e pelas quais é possível que se inicie uma fala. No laço transferencial é que elas adquirem seu valor e deixam de ser perdidas: retornam, associam-se, fazem nó. Ali, nesse laço, se faz a conjugação entre o conhecido e o desconhecido, o intencional e o imprevisto, ora se aproximando, ora se opondo. Paradoxal situação, nos diz a autora, que cria, no analisante, por vezes, a sensação de atrapalhão e, por

outras, a de encontro, “desvendando mistérios sem, contudo, desvencilhar-se de enigmas” (RAMOS, 2000, p. 31).

Em nosso campo, no qual as demandas de “consertos” e “reparações” são muito comuns, tanto por parte dos pais e escolas (no caso de crianças), como por parte dos próprios pacientes (no caso de adolescentes e adultos), assumirmos o lugar do *suposto saber* indefinidamente pode ser tentador. Pois se não passamos “listas de exercícios” e “orientações” como é comum que nos solicitem, muitas vezes se instaura a desconfiança e a insegurança. Com elas precisamos lidar quando assumimos o *jeito de fazer* que aqui defendemos: afinal, como nos diz Ramos (2000), lidamos com as contradições do inconsciente, com as nuances do significante que emergem em qualquer relação. Em uma análise, afirma a autora – assim como nos processos que vivemos na *clínica dos distúrbios de linguagem*, afirmamos nós –, os efeitos disso não podem ser escamoteados. Nesse sentido, o que sustenta a possibilidade de continuar o trabalho na direção do desejo do paciente é justamente a via da *transferência*, com o paciente e, no caso de crianças, também com seus pais. Quando isso acontece, podemos dar um passo à frente.

Acompanhemos uma importante reflexão que Lacan (1999) desenvolve em seu texto *Transferência e sugestão*. O autor faz a diferenciação entre as noções de *sugestão* e *transferência*. Em cada uma delas, o lugar ocupado pelo *sujeito suposto saber* é totalmente distinto. Afirma que a *transferência* “é a possibilidade da análise da sugestão, é a articulação secundária daquilo que, na sugestão, impõe-se pura e simplesmente ao sujeito” (LACAN, 1999, p. 440). O autor propõe o caminho diverso à ideia da *transferência* como uso de poder do analista sobre o sujeito:

A transferência já é, em si mesma, um campo aberto, a possibilidade de uma outra articulação significante, diferente da que encerra o sujeito na demanda. Por isso é legítimo, qualquer que seja seu conteúdo, colocar essa linha no horizonte. Chamo-a aqui de linha da transferência. Ela é algo de articulado, que existe potencialmente para além do que se articula no plano da demanda, onde vocês encontram a linha da sugestão” (LACAN, 1999, p. 441).

Para Lacan, o que garante a manutenção da distinção entre as linhas da *sugestão* e da *transferência* é, por um lado, a operação abstinente do terapeuta e, por outro, a resistência do desejo do paciente, o desejo de ter seu próprio desejo (LACAN, 1999, p. 443). O paciente, diz-nos o autor, em alguns casos não aceita as interpretações do analista. Resiste. O que para o analista parece funcionar em determinado momento, não tem o mesmo efeito para ele. O fenômeno é interpretado, então, como resistência: “[...] então, dizemos que o sujeito está

resistindo, e que acabará indo embora se insistirmos, visto que estamos sempre prontos a bater na tecla da *sugestão*” (LACAN, 1999, p. 446). Ainda: qual o valor dessa resistência?, pergunta-se Lacan. Precisamente o valor de expressar a necessidade de articular o desejo de uma outra maneira. A resistência visaria, nesse caso, a manter a linha da *transferência*, que se articula de forma diferente daquela em que atendemos em imediato à demanda.

Qual a ação, por exemplo, de um terapeuta ou analista, naqueles momentos em que é preciso “empurrar o paciente para a frente?” (CALLIGARIS, 2004, p. 28). Não será, para o autor, uma norma ou sabedoria que o fará, mas o respeito à direção apontada pelo desejo do paciente e não aquela do analista, seus conceitos e preconceitos. Da complexa simplicidade do autor, temos o seguinte dito: “[...] muito mais que a vontade de ensinar os outros e de mexer com suas vidas, é importante a aceitação carinhosa da variedade das vidas com todas as suas diferenças” (CALLIGARIS, 2004, p. 29). E encerra sua reflexão com as belas palavras que transcrevemos:

Sei como esse carinho se manifestava em mim, quando era ainda criança. Sobretudo aos sábados, eu voltava para casa, do cineclube de meu colégio, no fim da tarde. Em Milão, já era noite. Caminhava devagar, olhando para cima; gostava de ver as janelas iluminadas, a cor das cortinas, o brilho dos lustres, a luz trêmula dos primeiros televisores branco e preto. No verão, chegavam aos meus ouvidos o tilintar das mesas que estavam sendo postas e das cozinhas, alguns gritos, chamados e mesmo pequenas brigas, música e vozes do rádio. Eu ficava nostálgico naquelas existências, que imaginava, ao mesmo tempo, parecidas com as minhas e diferentes. Sentia pena por todas as vidas que eu não viveria e uma certa alegria, porque pensava que, de todas, no fundo, eu podia reconhecer ao menos o barulho e o cheiro que me eram estranhamente familiares. (CALLIGARIS, 2004, p. 30)

Lacan (1988) sustenta que a *transferência* é um fenômeno em que estão juntos, incluídos, o sujeito e o psicanalista. Fenômeno “essencial, ligado ao desejo como fenômeno nodal do ser humano” (p. 219). E, desde que em algum lugar haja o *sujeito suposto saber*, há *transferência*. Entretanto, destaca que

nenhum psicanalista pode pretender representar, ainda que da maneira mais reduzida, um saber absoluto. Isto porque, em certo sentido, pode-se dizer que aquele a quem a gente pode dirigir-se, só poderia existir, se um existe, apenas um. Esse *apenas um* foi, enquanto vivo, Freud. O fato de que Freud, no que concerne ao que é do inconsciente, era legitimamente o sujeito que a gente poderia supor saber, põe à parte tudo que foi da relação analítica, quando engajada por seus pacientes, com ele.

Ele não foi somente o sujeito suposto saber. Ele sabia, e nos deu esse saber em termos que se podem dizer indestrutíveis, uma vez que, depois que foram emitidos, suportam uma interrogação que, até o presente, jamais foi

esgotada. Nenhum progresso se pôde fazer, por menor que fosse, que não tenha desviado de cada vez que foi negligenciado um dos termos em torno dos quais Freud ordenou as vias que traçou e os caminhos do inconsciente. Isso nos mostra o bastante o que é da função do sujeito suposto saber.

A função, e concomitantemente, sua consequência, o prestígio, se assim posso dizer, de Freud, estão no horizonte de toda posição de analista. (LACAN, 1988, p. 220)

Assim, para Lacan, a questão que se impõe não seria quem, desse *sujeito suposto saber*, poderia sentir-se plenamente investido, mas sim, em primeiro lugar, para cada sujeito, de onde se baliza para dirigir-se ao *sujeito suposto saber*. E conclui: “de cada vez que essa função pode ser, para o sujeito, encarnada em quem quer que seja, analista ou não, resulta da definição que venho lhes dar que a transferência já está então fundada” (LACAN, 1988, p. 220).

Quando falamos que trabalhar na perspectiva da *clínica dos distúrbios de linguagem* é uma tarefa difícil, nos referimos à complexidade ali implicada. Lidamos com muitas variáveis para além do sintoma com que nos deparamos. Somos *sujeitos* lidando com *sujeitos*. Acolher o *diverso*, aceitar a *falta*, plantar a *dúvida* são os desafios que movem nosso cotidiano. O trabalho de *escuta* junto aos nossos pacientes, sem que nosso prévio “saber” o contamine, faz com que o único de cada um se apresente e nos indique as “pistas” para seguirmos. Esse é nosso lugar.

2.2 Afinal, o singular

Todo o movimento que realizamos até aqui, durante a tese, tem como objetivo chegar ao que, afinal de contas, nos interessa: a construção de uma *clínica* que contemple o *sujeito*. Inédito, singular, complexo. É dessa perspectiva que pensamos os desafios que a *clínica dos distúrbios de linguagem* nos apresenta. Reconhecer os atravessamentos que acontecem no *aqui-agora* de nossa prática clínica já faz parte de nosso cotidiano. Foi a reflexão provocada pela própria prática que nos conduziu a isso. A nós, não basta reconhecer sintomas e abatê-los, queremos uma *clínica* que se dirija a *cada sujeito*, que se construa a partir do que acontece a *cada instante*, e que permita o operar da *transferência* nos ritmos e caminhos de *cada* processo. Rejeitamos a repetição e as certezas, com todos os riscos que isso implica em nosso tempo. A forma como nos apropriamos do conhecimento e o utilizamos em nossa *clínica* é totalmente pautada por essa ideia de *atravessamento transferencial*.

Seremos sempre exaustivos em afirmar que, nessa *clínica*, a intersubjetividade está sempre presente: tratamos de relações entre *sujeitos*, em que o encontro de singularidades faz emergir o *único*, o *inédito*, o *imprevisível*. Essa forma de compreender a *clínica dos distúrbios de linguagem* determina nosso jeito de *ser* e *fazer*. Trata-se, então, de uma escolha, não de uma posição ingênua. Posição assumida que garante a sustentação de nosso próprio desejo de clinicar e que demanda um trabalho de análise pessoal constante. Aliás, entendemos ser essa uma das condições para a preservação de nossos pacientes: indicamos aos profissionais que optam por trabalhar a partir dessa perspectiva, que façam esse investimento como parte complementar e fundamental em sua formação.

A *clínica dos distúrbios de linguagem* nos coloca em contato com o que de mais precioso diferencia o homem: sua linguagem. Única. Irrepetível. Singular a cada enunciação, como veremos no próximo capítulo. Por isso mesmo, carregamos como marca e método a *escuta* de cada sujeito que nos procura: cada um único, irrepetível, singular. Nesse sentido, como *sujeitos* que também somos, a partir de nossa possibilidade de escutar de forma única, irrepetível e singular. Com isso operamos.

Assim, deixamos de lado qualquer regra preestabelecida e nos dedicamos a falar em percursos. Aqui falamos no nosso. Esperamos que ele possa produzir efeitos no leitor que nos acompanha e que estimule futuras discussões em nosso campo. A propósito, temos aprendido que a exposição pública de nosso *fazer*, que também nos constitui, têm motivado muitas de nossas reflexões e por isso a recomendamos. Compartilhar as experiências com colegas, equipes de trabalho e profissionais de outros campos ou até de outras perspectivas é um exercício que exige coragem e humildade. Conversar e descobrir são verbos inseparáveis, quando a proposta é crescer.

Ora, se assumimos a ideia de que a *transferência* incide, de fato, em todo o tempo e tempos na *clínica dos distúrbios de linguagem*, seja criando uma nova forma de compreensão da concepção de sintoma, seja fazendo função nos diversos âmbitos da *clínica*, seja determinando nossa ética, o *singular* tem presença certa. Sobre essa *clínica atravessada*, ou seja, uma clínica que se deixa “tocar” por outros saberes, repousamos nosso interesse. Os efeitos que daí surgem, muitos dos quais já mencionamos anteriormente, serão o eixo da discussão que se segue.

2.3 Construindo uma ética

Nesta seção, tentaremos abordar os elementos que compõe a forma de *fazer* na *clínica dos distúrbios de linguagem* que é afetada pela *transferência*. Em nosso campo, entendemos que cada um constrói sua ética a partir das experiências vividas e refletidas com relação ao *status* que dá ao *sintoma*. Para nós, isso já está claro: o sintoma é carregado por um *sujeito* e a esse *sujeito* dedicamos nossa *escuta*. A partir dela, construímos nosso trabalho. Com isso, nos colocamos absolutamente abertos ao que de heterogêneo possamos nos deparar. Sentimo-nos com a responsabilidade de considerar *cada* singularidade, sem tentar enquadrar esses *sujeitos* em diagnósticos precoces. Nosso compromisso é criar condições para que esses *sujeitos* enunciem, pois enunciando se anunciam.

Respeitar o “jeito” de cada um é o que abre caminhos para as mudanças no *aqui-agora* das cenas que a dupla paciente-terapeuta consegue construir, atravessados pela *transferência*. Entendemos que a linguagem é múltipla e indomável: muito existe entre o certo e o errado que tantos teimam em reduzir a um binômio. *A falta, o erro, a falha* também são constitutivos do *sujeito*, seja terapeuta ou paciente. Sintoma, para nós, fala do *sujeito*, não o define.

O lugar que o terapeuta ocupa na relação é muito importante. Entretanto, isso não lhe dá o poder sobre os processos. Como ouvimos, certa vez, do psicanalista Alfredo Jerusalinsky (2017), o terapeuta, seja do campo que for, conduz o tratamento, não o paciente. Assumimos essa verdade. Assim, não há “senhor” do saber, mas (de novo) construção. Desapegamo-nos das certezas e colocamo-nos dispostos a reinventar, *junto* com nosso paciente.

Estamos em *falta* o tempo todo: falta do saber completo, falta do domínio de todas as situações. Com essas *faltas* nos sentimos impulsionados a buscar mais, discutir mais, *escutar* mais. Ao trazer à cena o *sujeito* e suas produções, devolvemos a **ele** o conhecimento sobre si, já que, no início do tratamento, supõe estar em nós. Quem dá o ritmo ao tratamento (tempo) é o próprio sujeito, a partir de suas apropriações. Nós o acompanhamos em **seu** processo e lhe damos o suporte.

Nesse sentido, somos sujeitos castrados. Assumimos nossa incompletude. Deixamos que a prática clínica, a partir de sua dramática, nos faça refletir. Suportar o não saber para construir um saber: eternos aprendizes. Essa é a forma de compreender a *clínica dos distúrbios de linguagem* que queremos inaugurar, com todo o rigor que essa decisão exige. Isso nos mantém implicados e desejosos de seguir trabalhando.

2.4 Considerações parciais

Na relação *transferencial*, *sujeitos* se relacionam. No *tempo* se revelam. Se um, pelo domínio da técnica, ocupa o lugar de “senhor”, pouco resta ao outro, além de repetir mecanicamente o que lhe é ensinado. Não haverá um *sujeito* possível. Supor na direção do outro é, para nós, criar esse espaço, abrir a possibilidade para que um *sujeito* se revele, com seus desejos e forma própria de se apresentar, mesmo que “feia”, “errada”, “torta”. *Escutar*, pela via da *transferência*, vai nos aproximar desse *sujeito*, e só assim será possível descobrir os caminhos pelos quais, poderemos, *juntos*, construir o novo. É nessa relação que nos aproximamos do desejo do paciente, não o do terapeuta. A técnica, agora, já tem passagem.

Assim interpretamos o que trabalhamos neste capítulo. Os conceitos visitados nos levam, todos eles, à singularidade do que se produz a cada *ato clínico* que se possa pensar, a cada *sujeito* que busca um tratamento. O *singular* é transversal à *clínica*. Não há tratamento que se repita, não há sintoma que seja igual, não há regras a serem seguidas. Há, isso sim, *sujeitos*, únicos, com suas questões também únicas e que nos procuram para serem ajudados.

Procuramos demonstrar, ao longo deste capítulo, a necessária aproximação da *clínica dos distúrbios de linguagem* com outros campos do saber, dando destaque, aqui, à Psicanálise. Nosso foco foi, em especial, a questão da *transferência*, que provocou os movimentos que conseguimos realizar. Falamos em **movimentos, deslizamentos**. Tomamos a questão da *transferência* também de forma ressignificada: em sua origem, na psicanálise, ela opera a serviço da *escuta* do inconsciente; para nós, foi o que tentamos demonstrar, ela opera em função da *escuta* do *sujeito* com distúrbio de linguagem.

Sabemos, ou, pelo menos, nós estamos convencidos, de que muito mais temos a compartilhar com esse e outros campos também. A psicanálise, para nós, traz noções fundamentais quando optamos por trabalhar com *sujeitos*, para além do que ali possa “falhar”. Essa forma de trabalhar, entendemos, ultrapassa o caráter informador: é formador de um *jeito* de *fazer*, de uma ética e, sobretudo, um *jeito de existir*.

Temos consciência da complexidade desse estudo, mais ainda quando o tomamos na via de escrever sobre ele. Para isso, percorremos algumas leituras de textos originais de Freud e Lacan, e, também, alguns leitores desses mestres. Procuramos seguir em letras o que fazemos em ato, na *clínica*: deixarmo-nos atravessar pelas questões. Na *clínica*, nas cenas e, com frequência, após as sessões, a teoria coloca a *clínica* em questão. Da mesma forma, entre

as teorias que vamos percorrendo, a *clínica* se impõe. Para nós, esse é o diálogo, o deslizamento que faz sentido a todo esse projeto e que tentamos, na escrita, traduzir. Obviamente, não contemplamos o *todo* da *clínica*. E nem poderíamos, pois nela lidamos com a eterna *falta*. Por *ela*, aliás que somos impulsionados.

Assim, nossa opção foi criar o diálogo entre nossa experiência e os conceitos visitados e tentamos imprimir seus resultados no que entendemos como a *clínica dos distúrbios de linguagem*.

Compreendemos também, a partir dessa interlocução, que os projetos terapêuticos que circulam em nossa cultura devem ser repensados, quando não invertidos. Nesse sentido, nos vemos afinados ao pensamento de Figueiredo (2004, p. 81):

O que se costuma chamar de “projeto terapêutico” deve ir na direção contrária à hierarquia dos saberes e funções que designam o que é necessário ou melhor para o paciente/usuário, e ir em busca de boas perguntas. Em vez de nos perguntarmos *o que devemos fazer por ele*, a pergunta deve ser feita de outro modo: *o que ele pode fazer para sair de tal ou tal situação com nosso suporte*. Isso significa que temos que suportar, no sentido mais radical da palavra, as ações do sujeito e chamá-lo a sua responsabilidade, a cada vez, a cada ato.

Pensamos ter conseguido, neste capítulo, circunscrever a noção de *transferência* e desenvolver algumas reflexões sobre sua implicação na *clínica dos distúrbios de linguagem*. Entretanto, ainda não tocamos em sua essência. Isso só acontecerá a partir do próximo capítulo, em que trabalharemos a natureza da linguagem, os movimentos que se constroem a partir das relações entre *eu*, *tu* e *ele*, relações essas inauguradas e sustentadas pela *transferência*, movimentos por ela operados. Esse será nosso desafio a partir de agora.

Devido ao fato de que essas relações *transferenciais* se dão pela via da linguagem e de que é através dela que esses *sujeitos* a nós se apresentam, é ela que nos interroga agora. São relações onde *eu*, *tu* e *ele* produzem, a partir de seus movimentos *na* e *pela* linguagem quase que uma “dança”, constituindo essas relações que tanto nos interessam compreender. Se buscamos criar um lugar em que nossos pacientes se apropriem do *ato* de enunciar, a busca por uma teoria da linguagem que nos auxiliasse na compreensão desse *ato* foi decorrência natural na continuidade de nossos estudos.

Precisávamos de uma teoria da linguagem que nos apoiasse e que contemplasse nosso *jeito de fazer*. Foi nos estudos sobre enunciação desenvolvidos por Émile Benveniste que

encontramos essa possibilidade. A compreensão de que para o autor a linguagem é estruturante do *sujeito* nos capturou e despertou nossa curiosidade. O encontro com suas concepções em torno da enunciação foi inspirador. Por muitos motivos. Destacamos alguns: embora nunca tenha se dedicado às questões referentes aos *distúrbios de linguagem* e muito menos à *clínica*, os deslizamentos que sua teoria permite na direção desse campo são de grande valor. O autor contempla, por exemplo, no *ato* de enunciar, as relações possíveis entre os lugares de *eu*, *tu* e *ele* (trindade natural da língua), o que muito nos interessa. A questão do *sujeito* se faz presente em sua obra, assim como um dos temas que nos é mais caro, qual seja, a *(inter)subjetividade*. Além disso, contempla, também, questões como o *lugar* e o *tempo* na enunciação, a *singularidade*, os movimentos implicados na construção desse *ato*. E ensina: “antes da enunciação, a língua não é senão possibilidade de língua. Depois da enunciação, a língua é efetuada em uma instância de discurso que emana de um locutor, forma sonora que atinge um ouvinte e que suscita uma outra enunciação de retorno” (BENVENISTE, 1988, p. 84).

Tomaremos essa teoria, a partir de agora, como novo pulso ao que a *clínica* vem nos perguntando e pretendemos compartilhar com nosso leitor os sentidos que esse cruzamento já vem imprimindo em nosso *fazer*. Assim completamos a rede da qual falávamos, que constitui, apoia e sustenta nossas ações/reflexões na *clínica dos distúrbios de linguagem*: uma *clínica* atravessada pela **transferência**, na direção do *sujeito* e de suas possibilidades de enunciar e apropriar-se da **linguagem**. Discutir e refletir sobre os processos envolvidos no *aqui-agora* da enunciação, sobre o que os torna possíveis, sobre o lugar que cada *sujeito* ali ocupa, atentos ao que a *clínica* nos interroga e afetados pelos efeitos da *transferência* serão os objetivos no próximo capítulo. O protagonismo da *clínica* continuará presente.

3 EU, TU E ELE: AS RELAÇÕES POSSÍVEIS

Ao longo desta tese, estamos construindo os eixos que sustentam nossa reflexão sobre o que vivemos na *clínica dos distúrbios de linguagem*, sobre as relações que lá acontecem. Chegamos, aqui, ao terceiro momento (movimento), como anunciamos anteriormente. Até este ponto, temos trabalhado com a possibilidade de construção de um “fazer clínico” que contemple os *sujeitos* em sua singularidade, em que a *escuta* tenha lugar privilegiado e as relações sejam construídas a cada instante.

Falávamos, no capítulo anterior, na *transferência* como operador das relações que acontecem entre o terapeuta e seu paciente e todas as outras que dela decorrem. Cabe lembrar que qualquer início de relação em nossa *clínica* se dá a partir de alguma falha, de algo que não vai bem. Exatamente por isso somos procurados. São comuns, nas entrevistas iniciais, manifestações como “ele fala errado”, “a escola encaminhou porque ele não sabe falar alguns sons”, “ninguém entende o que ele diz”. *Pela* linguagem, inaugura-se cada uma dessas relações (a queixa). *Pela* linguagem, estabelecendo-se a *transferência* ou não, elas se sustentam ou não. *Na e pela* linguagem, cada processo, singularmente, se constitui. Assim, a linguagem constitui, movimenta e justifica a existência da *clínica dos distúrbios de linguagem*, seu eixo principal.

Falta, portanto, lançar nossa atenção à linguagem e ao *ato* de enunciar. Desde as entrevistas preliminares de qualquer tratamento, é possível identificar o que a linguagem carrega consigo: a possibilidade de entrarmos (ou não) em uma relação, a formulação de um pedido, a comunicação de uma dor, a suposição de um saber, o lugar ocupado por quem fala, o lugar sobre quem se fala etc. Ela, a linguagem, é a via que torna tudo isso possível. Na continuidade, é através dela que se desenham os caminhos, as possibilidades de mudança, o *fazer-se sujeito do próprio dizer*. Eis, então, nosso interesse pela Linguística, mais precisamente pelos estudos desenvolvidos pelo linguista sírio, naturalizado francês, Émile Benveniste sobre o *ato de enunciar*. Essa será nossa inspiração neste capítulo.

A escolha da concepção de Benveniste sobre a linguagem e a *enunciação* como principal aporte teórico para as nossas reflexões deu-se por vários motivos, mas, em especial, destacamos uma particularidade do pensamento do autor: Benveniste não cansa de instigar o novo em seus textos, a cada vez que lhes repousamos o olhar e a atenção. Encontramos, em

suas concepções, a possibilidade de operar deslizamentos e atravessamentos para “tocarmos” no que de complexo se apresenta no interior das relações que estabelecemos na *clínica dos distúrbios de linguagem*, onde *eu*, *tu* e *ele* estão sempre de alguma (ou muitas) forma(s) vinculados.

Ao longo desse percurso, incluiremos parte da releitura de Benveniste desenvolvida pelo filósofo francês Dany Robert Dufour (2000). Sua interpretação sobre as relações diádicas formuladas por Benveniste a partir do conjunto formado por *eu*, *tu* e *ele* ilumina ainda mais a reflexão iniciada pelo mestre. Dufour adentra e desenvolve a discussão, trazendo novos elementos para refletir sobre essas relações e cria, a partir de sua leitura, alargamentos e desdobramentos que conduzem na direção da compreensão do que acontece em nosso espaço simbólico.

Temos grande interesse, como pensamos já ter manifestado ao longo de nosso texto, em uma *clínica* em que o singular tenha lugar, em que cada processo seja único, em que cada *sujeito* encontre espaço para ser autor e ator nas relações que ali se estabelecem. Em Benveniste, temas como *(inter)subjetividade*, *subjetividade*, *singularidade* são recorrentes e, juntamente com nosso tão caro tema da *transferência*, estarão ecoando no curso deste capítulo.

Optamos, nesta tese, por falar sobre o que vem nos interrogando na *clínica dos distúrbios de linguagem*. Ora, falar em *clínica* implica falar em movimento, falar em mudanças, falar em processos. Essas características quereríamos conservar durante nossas reflexões, para que pudéssemos encontrar, em teoria, a possibilidade de compreender movimentos sem congelá-los, vislumbrando sua fugacidade e alargando suas perspectivas. Benveniste contempla tudo isso em sua obra: ler e reler o que lá encontramos se torna quase um método. E a cada leitura algo novo se apresenta. Esse é um ponto. Outro será nosso desafio de, apoiados no autor, imprimirmos e conservarmos, na escrita, os movimentos que vivemos no cotidiano da *clínica dos distúrbios de linguagem*.

Assim, o percurso deste capítulo se constitui pela abordagem da teoria da linguagem concebida por Benveniste. Fazemos dela uma leitura impregnada pela noção de *transferência* e buscando apreender o que passa no interior da *clínica dos distúrbios de linguagem*. Em linhas gerais, operaremos os cruzamentos entre a teoria – a partir das formulações benvenistianas sobre as relações entre *eu*, *tu* e *ele* – e os efeitos transferenciais que permite.

Nosso caminho teórico inicia pelo que denominamos “Mirada sobre as noções de pessoa e não pessoa de Émile Benveniste” (3.1), que se subdivide em: “A noção de Benveniste sobre o tempo na enunciação” (3.1.1), “Sobre a subjetividade na linguagem: seguindo Benveniste” (3.1.2) e “Reflexões de Benveniste sobre *eu, tu e ele*: a escolha de uma porta” (3.1.3). O segundo bloco teórico, denominado “*Eu, tu, ele*: falando em relações” (3.2), desdobra-se em “*Eu-tu*” (3.2.1.), “*Eu, tu, ele*: a trindade natural” (3.2.2) e, finalmente, “*Ele*: na trindade, a transferência” (3.2.3). Esse bloco teórico será pautado pela reflexão desenvolvida por Dufour (2000) sobre essas relações, a partir de sua leitura de Benveniste. Por último, então, traçamos nossas “Considerações parciais” (3.3).

Antes, porém, de passar ao tema central deste capítulo, cabe uma observação epistemológica: Benveniste nunca se dedicou a pensar sobre *distúrbios de linguagem*. Entretanto, sua obra tem, em essência, a possibilidade de leituras diversas, como aqui atestaremos e como defende, por exemplo, Teixeira (2012). Para a autora, Benveniste foi um “linguista à parte”. Segundo ela, Benveniste não foi, em seu tempo, acolhido entre os linguistas. Paradoxalmente, seus textos circularam e circulam, ainda em nossos dias, em revistas de Psicologia, Psicanálise, Filosofia, Antropologia, Linguística. Isso se justifica, segundo a autora, pela “natureza de seu pensamento sobre a linguagem cuja repercussão ultrapassa os limites da linguística” (TEIXEIRA, 2012, p. 73), o que lhe dá o lugar de referência em Linguística na atualidade. Para a autora, a interpretação da teoria de Benveniste deve ultrapassar o estudo das marcas de subjetividade na linguagem presentes no âmbito intralinguístico e deslocar-se na direção das atividades significantes do homem, em que haja qualquer tipo de interação social.

Para Benveniste (2006, p. 29), “tudo que diz respeito à linguagem, é objeto da linguística”. Ora, dizemos nós, sendo assim, falar em *distúrbios* é falar em linguagem. O que já seria suficiente para justificar nosso interesse pelo autor. Mas Benveniste nos leva muito além. Como demonstra Teixeira (2012), sua Linguística pode ser colocada no nível de uma ciência da cultura. A potência e a originalidade de sua reflexão faz com que crie efeitos nas mais diferentes direções. Nós, preocupados com o que participa do *ato* da enunciação e com as relações que ali se estabelecem, deixarmo-nos permear pelo que Benveniste ensina tem sido instigante e humanizador. Nosso “jeito de fazer” se marca por tentar ultrapassar a identificação e o abatimento de sintomas na linguagem de nossos pacientes, para a busca, junto a eles, do deciframento de seus sintomas e dos deslizamentos possíveis de serem realizados. Certamente, como temos visto, os efeitos dessa postura vão muito além de simples

correções plásticas ou de forma: reposicionam esses *sujeitos* com relação a si mesmos e ao outro.

Na mesma esteira, Flores (2013), quando afirma que a tese central da teoria enunciativa de Benveniste é a de que *o homem está na língua*, tese que “decorre de um princípio epistemológico: independentemente de para onde se olhe, a linguagem, entendida como intersubjetividade, é condição para que o homem exista. Opor o homem à linguagem é opô-lo a sua própria natureza” (p. 43). Para o autor, esse, é o *a priori* fundamental de Benveniste, que se faz presente ao longo de toda a sua obra. Retoma o autor, então, as palavras do próprio Benveniste:

Não atingimos nunca o homem separado da linguagem e não o vemos nunca inventando-a. Não atingimos jamais o homem reduzido a si mesmo e procurando conceber a existência do outro. É um homem falando que encontramos no mundo, um homem falando com outro homem, e a linguagem ensina a própria definição de homem (BENVENISTE, 2005, p. 245)

Os argumentos de Teixeira (2012) e Flores (2013) acerca da amplitude do pensamento de Benveniste são, para nós, suficientes para justificar sua presença na reflexão em torno dos distúrbios de linguagem.

Finalmente, antes de darmos continuidade propriamente ao capítulo, cabem duas observações metodológicas.

A primeira: de acordo com Flores (2013), a obra de Benveniste ultrapassa o campo da enunciação, o que impõe ao pesquisador a necessidade de, ao estudá-la, recortá-la, tendo em vista objetivos da pesquisa. Segundo o autor, “é necessário escolher um ponto de vista a partir do qual se torne possível selecionar um *corpus textual de pesquisa*” (FLORES, 2013, p. 22). Para Flores, podem-se destacar pelo menos três momentos na teoria enunciativa de Benveniste¹⁷: o momento da distinção pessoa/não pessoa, o momento da distinção semiótico/semântico e o momento da formulação da ideia de *aparelho formal de enunciação*. Mas Flores (2013) alerta que essa organização não significa divisão em períodos cronológicos ou momentos de superação um do outro.

¹⁷ Em seu texto, Flores identifica, em cada momento desses, os principais textos de referência de Benveniste, o que auxilia o pesquisador em sua seleção, dependendo de seu foco de pesquisa. Em nosso caso, selecionaremos alguns dos textos que o autor indica como fazendo parte do momento da distinção entre pessoa e não pessoa (ver FLORES, 2013, p. 25).

A obra de Benveniste não pode ser lida linearmente, nos ensina o autor. Ao contrário, os conceitos são desenvolvidos e, posteriormente, retomados. Os pontos de vista do pensador se modificam ao longo da obra. Depende, assim, do interlocutor a ênfase dada à leitura que realiza. Essa é uma das riquezas da obra, entendemos.

Para o estudo que estamos nos propondo a desenvolver neste capítulo, repousaremos nosso foco no primeiro momento identificado por Flores como o que distingue pessoa e não pessoa, presente nos textos: “Estrutura das relações de pessoa no verbo” (1946), “A natureza dos pronomes” (1956), “Da subjetividade na linguagem” (1958), “As relações de tempo no verbo francês” (1959), “A linguagem e a experiência humana” (1965) e “Estrutura da língua estrutura da sociedade” (1968), em que Benveniste estuda temas tais como *correlação de pessoalidade, correlação de subjetividade, eu, ele, tu, tempo linguístico, subjetividade, intersubjetividade*, entre outros.

A seguir, com base nesse *corpus*, deslocaremos nossa atenção para as formulações de Dufour (2000) acerca das relações entre *eu, tu* e *ele*, originalmente concebidas por Benveniste. Dufour desenvolve a tese de que, uma vez que todos somos sujeitos falantes, somos sujeitos *trinitários*. Isso porque a *trindade* habita em nossa língua, a língua natural, na língua que usamos todos os dias:

Para apreendê-la, basta evocar o espaço humano mais banal possível, *lugar comum* de toda a espécie falante, o da conversação: “eu” diz a “tu” histórias que “eu” obtém d’“ele”. No centro de nossa realização mais imediata como ser falante, encontram-se esses três termos, irreduzíveis uns aos outros. (DUFOUR, 2000, p. 16)

São três os campos que o autor explora em sua busca: a Linguística da Enunciação, a análise do relato e a Psicanálise, em que estão expressos os “três principais estados da língua – enunciação, *inconsciente*, relato” (DUFOUR, 2000, p. 49). Os três campos, para Dufour, repousam sobre axiomas trinitários. Na Linguística da Enunciação (nosso foco), o axioma trinitário se situa na tríade *eu, tu* e *ele*, presente a cada vez que abrimos a boca, mesmo antes que pensemos nisso, configurando nosso espaço simbólico, pessoal e social. Dufour se utiliza do que denomina um *superaxioma* para reduzir esses campos a um *mesmo* esquema, *superaxioma* esse que dispensa, segundo o autor, nova construção, “pois esse novo algoritmo nos espera há muito tempo: ele não existe em lugar algum, a não ser no nosso uso espontâneo da linguagem” (DUFOUR, 2000, p. 51).

Traremos, para nosso texto, então, articulações que Dufour formulou, apoiado no que leu em Benveniste, sobre os movimentos e deslocamentos dessa *tríade* no interior da enunciação, ao que denomina a *trindade natural da língua*, totalmente inseparável do uso da linguagem, indispensável àquele que fala, representante do laço social. Ao mesmo tempo, operaremos nossos próprios deslizamentos na direção da *clínica dos distúrbios de linguagem* e das *relações transferenciais* que nela habitam.

Neste capítulo, tentaremos traduzir e conservar, pela via da escrita, o “pulso” do que nos movimenta e estimula a seguir no campo da *clínica dos distúrbios de linguagem*. Singulares são os *sujeitos* que a nós se apresentam e singulares são as questões que se formulam sem cessar. *Escutar* nos reposiciona na relação. Estudar Benveniste nos conduz ao detalhe do *ato* de enunciar, ao mesmo tempo em que nos faz pensar no *sujeito*, no homem, nas relações, na humanidade, na cultura. Dufour não faz diferente: acrescenta minúcias ao detalhamento de Benveniste e nos leva a refletir, a partir dos lugares de sua *tríade*, sobre a vida, sobre a morte, sobre o ir e vir, sobre os nossos limites. Fechar para abrir. Esse será nosso desafio.

3.1 Mirada sobre as noções de pessoa e não pessoa de Émile Benveniste

Nesta seção, abordamos as noções fundamentais que servem de apoio para, adiante, adentrarmos as relações *eu, tu e ele*, presentes no *ato* de enunciar. Para isso, efetuamos o recorte sugerido por Flores (2013), selecionando alguns dos textos identificados como marcantes na distinção pessoa/não pessoa em Benveniste.

Inicialmente, buscamos aqueles textos que ajudam a formular essa distinção para, após, imprimirmos os movimentos entre as noções que constituem aquele *ato*. Nossa intenção, neste momento, é elencar as ideias que ajudam a compreender a relação pessoa/não pessoa nessa teoria. Esperamos, com nosso recorte, não ferir o que de complexo encontramos em Benveniste, mas aprofundar parte do que formulou.

Em seu texto de 1968, “Estrutura da língua e estrutura da sociedade” (BENVENISTE, 2006), Benveniste ultrapassa o limite do linguístico para pensar as relações entre a língua e a sociedade e afirma que linguagem e sociedade implicam-se mutuamente: “A linguagem é para o homem um meio, na verdade, o único meio de atingir o outro homem, de lhe transmitir e de

receber dele uma mensagem. Conseqüentemente, a linguagem exige e pressupõe o outro. A partir desse momento, a linguagem é dada com a sociedade” (BENVENISTE, 2006, p. 93).

O debate que Benveniste propõe nesse texto é denso. É amplo. Sua leitura nos coloca a pensar as relações possíveis entre linguagem e sociedade, entre linguagem e cultura, atestando o que dizia Flores (2013) sobre as inúmeras possibilidades de entrada na obra do autor, nos textos que integram o que se chama de Teoria da Enunciação de Émile Benveniste. Por isso, iniciamos por ele: sabemos que nosso trabalho, junto aos nossos pacientes, não se limita às relações que se estabelecem no cenário da clínica. Os efeitos irradiam-se no social, recolocam e reposicionam esses *sujeitos* no mundo das relações. Isso nos interessa. Muito. Eis que Benveniste nos abre o leque das possibilidades e, claro, da responsabilidade.

Um dos pontos a destacar, no texto escolhido, se refere à defesa que Benveniste faz sobre as implicações entre língua e sociedade, embora reconheça as diferenças de natureza e estrutura entre elas, em sua constituição. Tanto na sociedade como na língua, há dois níveis: um histórico e um fundamental. Por um lado, o nível histórico na sociedade diz respeito às diferentes sociedades (chinesa, francesa etc.), enquanto na língua, como idioma empírico, tem-se a língua chinesa, francesa etc. Por outro lado, ao que ele chama nível fundamental, tem-se a “sociedade como coletividade humana, base e condição primeira da existência dos homens” e “a língua como sistema de formas significantes, condição primeira da comunicação” (BENVENISTE, 2006, p. 96). É no nível fundamental, então, que o autor revela as possibilidades de relação. Sobre elas nos debruçamos.

Tanto a língua como a sociedade são, de acordo com Benveniste, realidades inconscientes e herdadas. É inimaginável um começo, tanto em uma como em outra. Língua e sociedade são elaboradas no interior da comunidade humana, pelo mesmo processo, para serem produzidos os meios de subsistir, de transformar a natureza e de multiplicar os instrumentos. “Nem uma nem outra podem ser mudadas pela vontade dos homens” (BENVENISTE, 2006, p. 96). Na sociedade, o que o homem pode mudar são as instituições, “nunca o princípio de uma sociedade que é o suporte e a condição da vida coletiva e individual” (BENVENISTE, 2006, p. 96). Da mesma forma, com relação à língua, o que é mutável por obra do homem são as designações, jamais seu sistema fundamental.

Mas essa constante diversificação na sociedade, que exige designações sempre novas, torna necessária, como diz o autor, uma força unificante que mantenha o equilíbrio. É onde

reside o poder da língua, e apenas nela. Ela é a representante da permanência em meio às mudanças, é a constância que interliga essas diversidades. “E daí procede a dupla natureza profundamente paradoxal da língua, ao mesmo tempo imanente ao indivíduo e transcendente à sociedade. Essa dualidade se reencontra em todas as propriedades da linguagem” (BENVENISTE, 2006, p. 97).

A decorrência desse raciocínio em Benveniste leva-o a elaborar a tese de que, ao tomarmos língua e sociedade em sincronia e em uma relação semiológica, temos “duas proposições conjuntas: em primeiro lugar, a língua é interpretante da sociedade; em segundo lugar, a língua contém a sociedade” (BENVENISTE, 2006, p. 97), em que a primeira é dada pela segunda. E explica: a língua pode ser isolada, escrita e descrita, sem que seja necessário referir seu emprego na sociedade ou às relações da sociedade com a cultura. A sociedade e a cultura, por sua vez, não podem ser descritas, a não ser por suas expressões linguísticas. De onde conclui: “nesse sentido, a língua inclui a sociedade, mas não é incluída por esta [...] A sociedade torna-se significante na e pela língua, a sociedade é o interpretado por excelência da língua” (BENVENISTE, 2006, p. 98).

Benveniste atribui à língua essa posição de interpretante por ser comum a todos em uma sociedade. Por estar investida de propriedades semânticas e por, em decorrência de sua própria estrutura, funcionar como “uma máquina de produzir sentidos” (BENVENISTE, 2006, p. 99). Por ser composta de signos, embora em número finito, “que entram em combinações regidas por um código e que permitem um número de enunciações que ultrapassa qualquer cálculo” (BENVENISTE, 2006, p. 99).

Surgem, daí, as duas propriedades que fazem parte da língua, em seu mais profundo nível: a propriedade de ser formada por unidades significantes, o que constitui sua natureza, e a propriedade que constitui seu emprego, que é ter possibilidades de arranjo, de maneira significante, desses signos. Entre elas existe, ainda, uma terceira propriedade, que é o que as liga, a propriedade *sintagmática*, “a de combiná-los em certas regras de consecução e somente de certa maneira” (BENVENISTE, 2006, p. 99). Lemos, então, em Benveniste:

Nada pode ser compreendido – é preciso se convencer disto – que não tenha sido reduzido à língua. Por consequência, a língua é necessariamente o instrumento próprio para descrever, para conceitualizar, para interpretar tanto a natureza quanto a experiência, portanto esse composto de natureza e experiência que se chama a sociedade. É graças a este poder de transmutação da experiência em signos e de redução categorial que a língua pode tomar

como objeto qualquer ordem de dados e até a sua própria natureza. Há uma metalinguagem, não há uma metassociedade. (BENVENISTE, 2006, p. 100)

Aqui reside o ponto, como afirma Flores (2013), da importância da distinção entre pessoa e não pessoa na construção de Benveniste. Tomemos, então, três considerações sobre a língua, segundo o raciocínio de Benveniste, que nos levam a essa conclusão. Em primeiro lugar, para o autor, a língua consiste em fatos de vocabulário, em designações de que se servem historiadores da sociedade para descrevê-la em determinado aspecto. Entretanto, um segundo ponto é destacado: somente adquirem valor, esses testemunhos, se ligados entre si e coordenados a uma referência, ou seja, a propriedade polissêmica desses testemunhos, há que se admitir a estabilidade da significação resultante da variação da referência. O terceiro ponto é o que inclui o falante em seu discurso: “cada um fala a partir de si” (BENVENISTE, 2006, p. 101). A partir dessa afirmação, acompanhemos sua construção:

Para cada falante o falar emana dele e retorna a ele, cada um se determina como sujeito com respeito ao outro ou a outros. Entretanto, e talvez por causa disto, a língua que é assim uma emanção irredutível do eu mais profundo de cada indivíduo é ao mesmo tempo uma realidade supra-individual e coextensiva a toda a coletividade. É esta coincidência entre a língua como realidade objetivável, supra-individual, e a produção individual do falar que fundamenta a situação paradoxal da língua com respeito à sociedade [...] Ela fornece o instrumento linguístico que assegura o duplo funcionamento subjetivo e referencial do discurso: é a distinção indispensável, sempre presente em não importa qual língua, em não importa qual sociedade ou época, entre o eu e o não-eu. (BENVENISTE, 2006, p. 101)

Essas três considerações são, para nós, de grande relevância. Na *clínica dos distúrbios da linguagem*, assumir que a língua ultrapassa sua propriedade de denominação ou vocabulário, na medida em que é colocada em uso pelo falante, tornando-o sujeito e em que revela seu caráter polissêmico, considerando-se seu funcionamento referencial, conduz nosso pensamento e “jeito de fazer” para muito além dos “consertos” e “reparações” na forma como nossos pacientes a utilizam. Nos levam, como temos destacado insistentemente, em direção aos *sujeitos*. Como diz Benveniste, a língua inclui o falante em seu discurso, inclui o falante na sociedade como dela participante, lhe dá um lugar. Há muito o que pensar, então, sobre o lugar e lugares de nossos pacientes, sobre os efeitos de seus sintomas em suas relações com o outro e outros. A isso nos dedicamos.

Essa distinção entre o subjetivo e o referencial do discurso está sempre presente, ensina Benveniste, em qualquer língua, em qualquer sociedade, em qualquer tempo. É a distinção entre o eu e o não eu. Na língua, os operadores dessa distinção são o que a gramática

denominou “pronomes”. Eles realizam essa dupla oposição: a oposição do *eu* ao *tu* e a oposição do sistema *eu/tu* a *ele*. A primeira oposição, para Benveniste, é exclusivamente inter-humana; a segunda, que opõe a pessoa à não pessoa, opera a referência, cria a possibilidade do discurso sobre o mundo, sobre o que está fora da alocação. Assim se fundamenta o duplo sistema relacional da língua.

Essas díades criadas por Benveniste serão desenvolvidas amplamente ao longo desta tese e nos servirão, junto com o que elaborou Dany Robert Dufour, a partir de sua leitura, para pensarmos as relações *transferenciais* que se constroem na *clínica dos distúrbios de linguagem*.

A língua, podemos dizer, de nada serviria sem os movimentos que o homem lhe imprime. Pela linguagem ele se constitui, pela linguagem o homem se dirige a outro homem, pela linguagem ele se transforma. Se pensássemos em um mundo apenas “etiquetado”, mesmo assim “alguém” teria confeccionado as etiquetas e alguém as decifraria. Linguagem e homem se implicam, e isso Benveniste não cansa de afirmar. “É na linguagem e pela linguagem que o homem se constitui como *sujeito*; porque só a linguagem fundamenta na realidade, na sua realidade que é a do ser, o conceito de ‘ego’” (Benveniste, 2005. p. 286).

A distinção pessoa/não pessoa já está presente em Benveniste em 1959, como podemos ler em seu texto “As relações de tempo no verbo francês” (BENVENISTE, 2005, p. 260). O autor questiona, a partir do estudo do verbo francês, a classificação temporal de suas formas pessoais em categorias de presente, passado e futuro. Para o autor, essa divisão é insuficiente para organizar a realidade de seu emprego. Faz, então, longa discussão, na qual mostra as contradições e a insuficiência da forma tradicional de compreender essa questão. Ou seja, a compreensão de que todas as formas verbais tiradas de um mesmo tema pertenceriam, todas elas, a uma mesma conjugação, em decorrência da morfologia, unicamente. Para ele, “os tempos do verbo francês não se empregam como os membros de um sistema único” (BENVENISTE, 2005, p. 261). São dois os sistemas disponíveis para cada locutor, distintos e complementares em que cada um manifesta um plano de enunciação¹⁸ diferente: o da *história* e o do *discurso*.

No plano da *enunciação histórica*, estão as narrativas dos acontecimentos passados. Os fatos sobre determinado tempo são apresentados, e o locutor da narrativa está ausente, não

¹⁸ *Enunciação histórica* e *enunciação de discurso* se referem, ao longo do texto citado, a tipos de enunciado, não ao ato de enunciar.

intervém. Ele jamais dirá *eu* ou *tu*, *aqui* ou *agora*. Só se verificam, nesse tipo de narrativa, formas de terceira pessoa. Os tempos verbais que nela se apresentam são o aoristo (passado simples), o imperfeito e o mais-que-perfeito. O presente é excluído. Pessoa nenhuma fala; os acontecimentos estão fora da pessoa do narrador. Reserva-se, tal forma de narrativa, à língua escrita. No plano do discurso, em contraste, alguém se dirige a alguém. O que é dito é organizado na categoria da pessoa. Pode ser tanto escrito como falado. Esses planos, entretanto, não são rígidos. Pode-se, ao longo da enunciação histórica, por exemplo, dar uma opinião, o que faz com que o narrador passe, então, ao plano do *discurso*. “O próprio da linguagem consiste em permitir essas transferências instantâneas” (BENVENISTE, 2005, p. 267).

No *discurso*, destaca Benveniste, todas as formas pessoais do verbo são empregadas; em toda parte a relação de pessoa está presente. O locutor opõe uma não pessoa – *ele* – às pessoas – *eu*, *tu* – e todos os tempos, exceto o aoristo, estão presentes. Tão cara nos é, aliás, a noção de *tempo* na *clínica dos distúrbios de linguagem*, presente em qualquer que seja o momento dos processos que ali vivemos, que dedicaremos, adiante, uma seção para ela (3.1.1).

Já na narrativa histórica, na qual o locutor está ausente, a terceira pessoa não se opõe a nenhuma outra; há, na verdade, uma “ausência de pessoa”, e o tempo limita-se ao aoristo, que é o tempo do acontecimento fora do narrador.

Assim, essa discussão nos remete novamente à origem dos movimentos da língua: o homem. É a subjetividade na linguagem que determina o tempo da narrativa, a pessoa organiza o verbo; a categoria de pessoa (sua presença ou ausência) funda a conjugação do verbo. *Pessoa* e *tempo* se ligam, diz-nos Benveniste em seu texto de 1965, “A linguagem e a experiência humana”. O *tempo*, assim como todas as categorias de expressão que se conhece só têm sua função clara quando estudados no exercício da linguagem, na produção do discurso. O *tempo*, na obra de Benveniste, é tema recorrente, pois cada novo *ato de enunciação* “é cada vez um ato novo, ainda que repetido mil vezes, porque ele realiza a cada vez a inserção do locutor num momento novo do tempo e numa textura diferente de circunstâncias e de discursos” (BENVENISTE, 2006, p. 68).

Nossa próxima seção será, então, dedicada a compreender a noção de *tempo* em Benveniste, para começarmos a adentrar na questão da subjetividade na linguagem e nas relações entre *eu*, *tu* e *ele* presentes no *ato de enunciar*.

Também somos permeados todo o *tempo* pelo *tempo* na *clínica dos distúrbios de linguagem*. É uma questão que tem presença constante. Nossos tempos, tempos dos nossos pacientes, tempos das mudanças, tempo para que se estabeleça a *transferência*, tempos de resistências e avanços, tempos de elaboração, tempos de compreensão, tempos para finalização, tempos... Esse tema, já dissemos, merece destaque.

3.1.1 A noção de Benveniste sobre o tempo na enunciação

Em “A linguagem e a experiência humana”¹⁹ (BENVENISTE, 2006), Benveniste aborda a temática da temporalidade trabalhando as noções de tempo físico, tempo crônico e, especialmente, *tempo linguístico*, este como categoria da enunciação, como já foi dito anteriormente. Situa o *tempo físico* como aquele do mundo: contínuo, uniforme, infinito, linear que no homem, individualmente, corresponde à percepção a partir do ritmo de sua vida interior. O *tempo crônico* se refere à série de acontecimentos que ocorrem no tempo. Socialmente, corresponde ao calendário. São nossos pontos de referência, servem para nos situar com relação aos acontecimentos. Entretanto, reflete o autor, por sua fixidez e objetividade, por propor medidas e divisões uniformes para situar os acontecimentos, o tempo crônico não coincide com o tempo vivido, não coincide com as categorias da experiência humana. Assim, chega à ideia do que chama *tempo linguístico*, terceiro nível do tempo, diferenciando-o do tempo físico e tempo crônico: “Uma coisa é situar um acontecimento no tempo crônico, outra coisa é inseri-lo no tempo da língua. É pela língua que se manifesta a experiência humana do tempo, e o tempo linguístico manifesta-se irreduzível igualmente ao tempo crônico e ao tempo físico” (BENVENISTE, 2006, p. 74).

Benveniste destaca que a singularidade do *tempo linguístico* está justamente no fato de estar *no* discurso, estreitamente ligado ao exercício da *fala*, seu centro está no presente da instância da fala. A cada vez que o homem fala, está reinventando o presente, vivendo um novo momento. Coloca, dessa forma, a instância de discurso como eixo fundamental para situar passado e futuro e constata: “o único tempo inerente à língua é o presente axial do discurso, e que este presente é implícito” (BENVENISTE, 2006, p. 76). Assim como o tempo

¹⁹ Texto de 1965.

do discurso não se enclausura nas divisões do tempo crônico, também não se fecha em solitária subjetividade (intrapessoal): poder-se-ia pensar, por exemplo, que, por ser o ato de fala individual e novo a cada momento, sua temporalidade fosse impossível de ser transmitida. Entretanto, o autor argumenta:

a temporalidade que é minha quando ela organiza meu discurso, é aceita sem dificuldade como sua por meu interlocutor. Meu “hoje” se converte em seu “hoje”, ainda que ele não o tenha instaurado em seu próprio discurso [...] quando ele falar, eu converterei, tornando-me receptor, sua temporalidade na minha. (BENVENISTE, 2006, p. 78)

Assim, o tempo do discurso funciona, para Benveniste, como fator de intersubjetividade; essa é a condição que possibilita a comunicação linguística. Em seu texto “Da subjetividade na linguagem”²⁰ (BENVENISTE, 2005), afirma que toda e qualquer língua contém, em sua organização, a noção de tempo, seja por flexões de verbos ou de palavras de outras classes. A referência, porém, é sempre o “presente”, que, por sua vez, tem referência no tempo em um dado linguístico, presente na instância do discurso (*tempo linguístico, sui-referencial*). A temporalidade humana, assim, “com todo seu aparato linguístico revela a subjetividade inerente ao próprio exercício da linguagem” (BENVENISTE, 2006, p. 289).

A partir do ponto central, do ego, os indicadores dos objetos (os dêiticos), vão organizando o espaço: as distâncias, a localização com relação a *eu* e *tu*. As coordenadas espaciais localizam os objetos em qualquer campo, diz Benveniste, “uma vez que aquele que o organiza está ele-próprio designado como centro e ponto de referência” (BENVENISTE, 2006, p. 70). O mesmo se passa com o *tempo*. O tempo presente é o tempo do discurso, reeditado a cada *ato de fala*:

Esse presente é reinventado a cada vez que um homem fala porque é, literalmente, um momento novo, ainda não vivido. Eis aí mais uma vez uma propriedade original da linguagem, tão particular que seria oportuno buscar um termo distinto para designar o tempo linguístico e separá-lo assim das outras noções confundidas com o mesmo nome” (BENVENISTE, 2006, p. 75)

O passado e o futuro, por sua vez, não se encontram no mesmo nível que o tempo presente, afirma Benveniste: “são pontos vistos para trás ou para a frente, a partir do presente” (BENVENISTE, 2006, p. 75). O presente se configura como “uma linha de separação entre o que não é mais presente e o que vai sê-lo” (BENVENISTE, 2006, p. 76).

²⁰ Texto de 1958.

A partir dessa discussão, conclui Benveniste:

A intersubjetividade tem assim sua temporalidade, seus termos, suas dimensões. Por aí se reflete na língua a experiência de uma relação primordial, constante, indefinidamente reversível, entre o falante e seu parceiro. Em última análise, é sempre ao ato de fala no processo de troca que remete a experiência humana inscrita na linguagem. (BENVENISTE, 2006, p. 80)

Absolutamente sintonizados à reflexão de Benveniste sobre o *tempo linguístico*, podemos reconhecê-lo operando nas relações transferenciais junto aos nossos pacientes, na *clínica dos distúrbios de linguagem*. O fato de sermos *sujeitos* em relação e em determinado lugar e tempo únicos, em que o novo está sempre por vir, talvez seja o que justifica a existência dessa *clínica*. Na perspectiva de que o tempo é singular, de que o presente se desenha a cada *ato de enunciar*, causaria estranhamento responder, por exemplo, a pedidos de prognósticos fechados, previsões de tempo de tratamento. Não há uniformidade, quando se fala em *sujeitos*, o *tempo* de cada um é o *tempo* de cada um. Cabe a nós, pela via da *transferência*, percebermos as pistas que o paciente nos fornece e *em seu tempo* ajudá-lo em sua construção.

Na *clínica dos distúrbios de linguagem*, cruzam-se os *tempos* do terapeuta e os dos seus pacientes, seus pais etc. As conexões entre as diferenças se fazem necessárias. Impor o *nosso* tempo só produz resistência e iatrogenia, como nos ensina a *transferência*. Se o *tempo* é singular, nosso papel é compreender que também lidamos com o tempo *possível* para cada *sujeito*. Se os pais chegam “tarde” para os tratamentos, se os pacientes “demoram” em sua evolução, se percebemos dificuldades nos pais de se conectarem aos tempos de seus filhos, são importantes dados para compreensão de cada caso que a nós se apresenta e que vão desenhando as possibilidades de nossas intervenções, nossos recuos e sustentando a *transferência*.

A singularidade aqui trabalhada nos remete ao próximo tema, que é recorrente em todo nosso texto e que Benveniste tanto nos tem ajudado a compreender: do que se trata, afinal, a *subjetividade* na linguagem? Esse será, agora, nosso foco.

3.1.2. Sobre a *subjetividade* na linguagem: seguindo Benveniste

Retomando o já citado texto de Benveniste, “Da subjetividade na linguagem” (BENVENISTE, 2005) e o que foi dito na seção anterior sobre o tempo *presente* é que entendemos quando o autor diz, categoricamente, que “o fundamento da subjetividade está no

exercício da língua” (BENVENISTE, 2005, p. 288). Cada locutor pode, pela forma como se organiza a linguagem, “apropriar-se da língua toda designando-se como *eu*” (BENVENISTE, 2005, p. 288). Esse é o testemunho objetivo que só o sujeito dá sobre si mesmo, sobre sua identidade. Essa capacidade do locutor de se propor como *sujeito* entende-se como *subjetividade*. Por isso, afirma que é “na linguagem e pela linguagem que o homem se constitui como *sujeito*” (BENVENISTE, 2005, p. 286), a linguagem fundamenta em *sua* realidade o conceito de “ego”. A *subjetividade* é “a emergência no ser de uma propriedade fundamental da linguagem. É ‘ego’ que diz ‘ego’”²¹ (BENVENISTE, 2005, p. 286). Eis o fundamento da *subjetividade*.

A consciência de si, segundo Benveniste, é experimentada por contraste. *Eu* se dirige a *tu*, essa é a condição de diálogo que constitui a pessoa (pessoa linguística, leia-se), pois implica reciprocidade: *eu* se torna *tu* na alocação daquele que se designa *eu*. Assim, *eu* propõe outra pessoa, a quem digo *tu* e que me diz *tu*, tal qual um eco. Essa polaridade das pessoas é condição fundamental na linguagem. Polaridade em que não existe simetria ou igualdade: “*ego* tem sempre uma posição de transcendência quanto ao *tu*; apesar disso nenhum dos dois termos se concebe sem o outro; são complementares” (BENVENISTE, 2005, p. 286). Benveniste alerta que os termos *eu* e *tu* devem ser tomados como formas linguísticas que indicam a pessoa; toda língua possui expressões de pessoa, os pronomes pessoais. Entretanto, eles não remetem a um conceito ou indivíduo. São “preenchidos”, identificados somente na instância do discurso, cuja referência é sempre atual:

eu se refere ao ato de discurso individual no qual é pronunciado, e *tu* designa o locutor [...] A realidade à qual ele remete é a realidade do discurso. É na instância do discurso na qual *eu* designa o locutor que este se enuncia como “sujeito”. É portanto verdade ao pé da letra que o fundamento da subjetividade está no exercício da língua. (BENVENISTE, 2005, p. 288)

Dessa forma, os pronomes pessoais se configuram como o primeiro apoio na revelação do que Benveniste chama de *subjetividade* na linguagem. Os outros pronomes, os indicadores da *déixis* (demonstrativos, advérbios, adjetivos etc.), que organizam as relações de espaço e tempo em torno do *sujeito*, se definem somente na instância de discurso em que são produzidos, dependem do *eu* que nela se enuncia.

A partir da caracterização da linguagem em sua complexidade de funcionamento e da formulação de que nela e por ela o homem se constitui como *sujeito*, Benveniste põe em

²¹ Seguindo Flores (2013), esse *ego* referido por Benveniste é o pronome *eu*, não tendo relação com o termo usado no campo da Psicologia.

questão qualquer comparação que se possa pensar da linguagem como mero instrumento. A linguagem, afirma, “está na natureza do homem, que não a fabricou” (BENVENISTE, 2005, p. 285). O homem nunca dela se separa. “É um homem falando com outro homem que encontramos no mundo, um homem falando com outro homem, e a linguagem ensina a própria definição do homem” (BENVENISTE, 2005, p. 285). Mesmo que consideremos a palavra em seu vaivém, o que poderia criar a ilusão de que se está trocando algo, para que ela assegure a comunicação é preciso que seja habilitada a isso pela linguagem.

Da mesma forma, os sintomas na linguagem são revelados no *dizer* de nossos pacientes, e tomá-los como objetos se faz tarefa impossível. Aqui reside a delicadeza de nosso trabalho. Trata-se de criar, junto com esses *sujeitos*, as novas possibilidades de se colocarem na relação com os outros, de ocuparem seu lugar de *eu*. Devolvemos a cada um deles aquele saber que, inicialmente, em nós deposita: o saber sobre si mesmos. E aqui estamos pensando no que de amplo somos conduzidos a partir da leitura de Benveniste: ocupar o lugar de *eu* é ocupar um lugar no mundo, é constituir-se como homem.

Podemos passar, a partir de agora, aos enlaces que Benveniste formulou a partir de sua reflexão sobre as “pessoas” na enunciação. Iniciaremos, na próxima seção, com sua abordagem sobre as assimetrias entre *eu*, *tu* e *ele* que nela residem. Não existe, para o autor, homogeneidade entre elas. É do que trataremos a seguir.

3.1.3. Reflexões de Benveniste sobre *eu*, *tu* e *ele*: a escolha de uma porta

Nesta seção, adentraremos um tema que muito ocupou Benveniste, em suas reflexões sobre a enunciação. Muitos já andaram por esse caminho e, como toda a teoria desenvolvida por esse grande mestre, muitas interpretações já foram realizadas. Pois justamente a isso se presta o pensamento de Benveniste, seja pelas questões que ele se fazia ao longo de suas elaborações, seja pelo que de amplo, rico e instigante nos deixou como legado. Passemos à nossa interpretação.

Para nós, a leitura de Benveniste e, em especial a porta dos pronomes que deixou aberta, importa muito ao que, cotidianamente, nos deparamos na *clínica dos distúrbios de linguagem*: as relações entre nós e nossos pacientes, nós e seus familiares, nós e outros profissionais implicados nesses processos, nossos pacientes e seus sintomas e, sobretudo, as possibilidades que se vão construindo nos entrelaçamentos que decorrem dos movimentos que ali acontecem, a *cada* ato.

O texto no qual Benveniste inaugura a discussão sobre pessoa e não pessoa é “Estrutura das relações de pessoa no verbo”, de 1946 (BENVENISTE, 2005). Nele, o autor reflete sobre a categoria de pessoa no verbo, ou seja, a conjugação do verbo segundo sua referência à pessoa, partindo do questionamento e reflexão com relação ao alinhamento das três pessoas segundo a teoria gramatical tradicional, que diz que “há sempre três pessoas e não há senão três”, cita ele. Benveniste não aceita esse alinhamento, essa uniformidade entre as três pessoas (que se relacionam a *eu*, *tu* e *ele*). Para ele, são denominações insuficientes para dar conta do conteúdo dessa categoria e das relações que elas reúnem. Sua proposta é buscar as oposições entre elas e os princípios que fundam essas oposições, “uma vez que não podemos atingi-las a não ser pelo que as diferencia” (BENVENISTE, 2005, p 248).

Não se conhece língua dotada de um verbo, segundo Benveniste, que não se marquem as diferenças de pessoa de uma forma ou outra; não há língua sem pronomes pessoais. As oposições que distinguem as pessoas são constitutivas de qualquer teoria linguística da pessoa verbal. É o que passa, então a desvendar. Faz isso partindo da gramática árabe, em que as pessoas são denominadas como “aquele que fala” (primeira pessoa), “aquele a quem nos dirigimos” (segunda pessoa) e “aquele que está ausente” (terceira pessoa). Para Benveniste, essas denominações explicitam a disparidade entre as duas primeiras e a terceira pessoa, ou seja, “não são homogêneas” (BENVENISTE, 2005, p. 250). Questiona, a partir desse raciocínio, a legitimidade do *ele* como pessoa:

Nas duas primeiras pessoas, há ao mesmo tempo uma pessoa implicada e um discurso sobre essa pessoa. *Eu* designa aquele que fala e implica ao mesmo tempo um enunciado sobre o “eu”: dizendo *eu*, não posso deixar de falar de mim. Na segunda pessoa, “tu” é necessariamente designado por *eu* e não pode ser pensado fora de uma situação proposta a partir do “eu”; e, ao mesmo tempo, *eu* enuncia algo como um predicado de “tu”. Da terceira pessoa, porém, um predicado é bem enunciado somente fora do “eu-tu”; essa forma é assim excetuada da relação pela qual “eu” e “tu” se especificam. (BENVENISTE, 2005, p. 250)

Assim, a “terceira pessoa”, e somente ela, pode predicar uma *coisa* verbalmente. Possui a ausência como marca. Não deve ser entendida como uma pessoa apta a despersonalizar-se; como não implica nenhuma pessoa, “pode tomar qualquer sujeito ou não comportar nenhum” (BENVENISTE, 2005, p. 253), o que a diferencia de *eu* e *tu*, que possuem *unicidade* específica e são inversíveis. Explica-se: *unicidade* específica, pois o *eu* que enuncia e o *tu* a que *eu* se dirige são sempre únicos. *Ele*, por sua vez, pode ser uma infinidade de sujeitos (ou nenhum); inversíveis, por haver uma relação paralela entre *eu* e *tu*,

invertem-se os lugares. Com *ele*, que não designa nada nem ninguém, não há a possibilidade de uma relação desse tipo com as outras duas.

Cabe um destaque interessante, que Benveniste nos mostra: a particularidade da terceira pessoa, de sua forma não pessoal, pode, no uso da palavra, ocupar lugares diametralmente opostos. Pode tratar-se de alguém que está presente e pode ser subtraído, anulado. Alguém que mesmo presente não é incluído. Ou, também, de alguém muito superior, o “vós”, que pode ser usado como reverência. “Da sua função de forma não pessoal, a ‘terceira pessoa’ tira essa capacidade de se tornar igualmente bem uma forma de respeito que faz de um ser muito mais que uma pessoa e uma forma de ultraje que pode anulá-la como pessoa” (BENVENISTE, 2005, p. 254).

À primeira oposição, entre as duas primeiras pessoas do verbo e a terceira (*eu-tu/ele*), Benveniste denomina *correlação de pessoalidade*²², em que o par *eu-tu* possui a marca de pessoa, que está ausente em *ele*. Essa oposição, como já vimos anteriormente, “efetua a operação da referência e fundamenta a possibilidade do discurso sobre alguma coisa, sobre o mundo, sobre o que não é a alocução” (BENVENISTE, 2006, p. 101).

A segunda oposição, que denomina *correlação de subjetividade*, é exclusivamente humana. Trata-se da oposição da “pessoa *eu*”, com relação à “pessoa *não eu*”, em que *eu* se situa no interior do enunciado e exterior a *tu* e em que *eu* é sempre transcendente a *tu*. Também aquela em que *tu* é a pessoa não subjetiva, frente à pessoa subjetiva representada por *eu*. Lembrando, é claro, que *eu* e *tu* são *únicos* e *inversíveis*, como já foi dito anteriormente.

Em resumo, podemos concluir o que disse Benveniste da seguinte forma: por um lado, temos a *correlação de pessoalidade: eu-tu/ele*, em que *eu* e *tu* (o par) se opõem a *ele*; por outro, a *correlação de subjetividade: eu/tu*, em que *eu* e *tu* estão em oposição.

Após dez anos da elaboração dessa reflexão, em 1956, Benveniste nos brinda com seu texto “A natureza dos pronomes” (BENVENISTE, 2005). Nele, retoma a distinção pessoa/não pessoa. Para Flores (2013), esse texto ultrapassa o que se poderia entender como a questão dos pronomes: opera a distinção subjetivo/objetivo. Benveniste os apresenta como “fato de linguagem”, afirma que “os pronomes não constituem uma classe unitária, mas espécies diferentes segundo o modo de linguagem do qual são os signos” (BENVENISTE, 2005, p.

²² Adotamos aqui o neologismo criado por Flores (2013), em que substituí o termo *correlação de personalidade* traduzido do francês para o português (no original, *corrélation de personnalité*) por *correlação de pessoalidade*.

277). Diz-nos o autor que alguns pertencem à sintaxe da língua; outros caracterizam o que chama de “instâncias do discurso”, ou seja, são “atos discretos e cada vez únicos pelos quais a língua é atualizada em palavra por um locutor” (BENVENISTE, 2005, p. 277).

Não basta, para Benveniste, definir os pronomes pessoais como simples termos *eu*, *tu* e *ele*, isso abortaria a noção de “pessoa” dos termos. Aliás, defende o autor, essa noção pertence tão somente a *eu* e *tu*. A partir dos lugares ocupados por *eu* e *tu*, compreenderemos o porquê de *ele* pertencer à categoria de “não pessoa”. Tomemos as palavras de Benveniste (2005, p. 279), do que refletiu sobre o tema:

A definição pode, então, precisar-se assim: *eu* é o “indivíduo que enuncia a presente instância de discurso que contém a instância linguística “*eu*”. Consequentemente, introduzindo-se a situação de “alocução”, obtém-se uma definição simétrica para *tu*, como “indivíduo alocutado na presente instância de discurso contendo a instância *tu*”.

Eu e *tu* se referem singular e unicamente ao que Benveniste denomina uma “realidade de discurso”. *Eu* não pode ser definido como um signo nominal, como objeto, mas “pessoa”, é a “pessoa que enuncia a presente instância de discurso que contém *eu*” (BENVENISTE, 2005, p. 278). Instância única, nos diz, e em sua unicidade está a validade. A instância de discurso serve sempre como referência da união entre *eu* e *tu* às outras classes de indicadores, tais como pronomes, advérbios etc. Entre elas, Benveniste destaca, ainda, os advérbios *aqui* e *agora*, na relação com *eu*, delimitando as instâncias de espaço e tempo da presente instância de discurso. Assim, os dêiticos são contemporâneos à instância de discurso que os contém. Acompanhemos essa conclusão na leitura que realiza Flores (2013):

A dêixis, para Benveniste, não é a propriedade que uma palavra tem de se referir a um objeto no mundo. Ao contrário disso, sua especificidade decorre da contemporaneidade com a categoria de pessoa. O essencial, portanto, é a relação entre o indicador de tempo, espaço ou pessoa e a instância de discurso. Ou seja, as palavras ditas dêiticas não remetem a posições objetivas no tempo ou no espaço, mas à enunciação que as contém. (FLORES, 2013, p. 95)

Eis que surge, alicerçada no pensamento de Benveniste, a ideia que esclarece o que de complexo comporta a comunicação intersubjetiva. A linguagem, para ele, criou um conjunto de signos “vazios”, signos esses que não buscam referência na “realidade”, mas que, estando sempre disponíveis, se preenchem, se tornam “plenos” quando o locutor os assume cada vez que fala, a cada instância de seu discurso. Sua função é converter a linguagem em discurso. “É identificando-se como pessoa única pronunciando *eu* que cada um dos locutores se propõe

alternadamente como ‘sujeito’. Assim, o emprego tem como condição a situação de discurso e nenhuma outra” (BENVENISTE, 2005, p. 280).

O *eu*, signo móvel sempre à disposição, é assumido por cada locutor que o assume remetendo-se, incondicionalmente à instância de seu próprio discurso. No exercício da linguagem ganha vida, se preenche. “É essa propriedade que fundamenta o discurso individual, em que cada locutor assume por sua conta a linguagem inteira” (BENVENISTE, 2005, p. 281). Daí surge a fundamental diferença entre a linguagem como sistema de signos e a linguagem assumida como exercício pelo indivíduo:

Quando o indivíduo se apropria dela, a linguagem se torna em instâncias de discurso, caracterizadas por esse sistema de referências internas cuja chave é *eu*, e que define o indivíduo pela construção linguística particular de que ele se serve quando se enuncia como locutor. Assim, os indicadores *eu* e *tu* não podem existir como signos virtuais, não existem a não ser na medida em que são atualizados na instância de discurso, em que marcam para cada uma das próprias instâncias o processo de apropriação pelo locutor. (BENVENISTE, 2005, p. 281)

Isso de um lado. Por outro, temos o *ele*, instância não pessoal constitutiva da linguagem. Signo que se emprega para remeter a uma situação, não a si mesmo. Por isso “não pessoa”. A terceira pessoa é de natureza objetiva, está “fora” da correlação *eu/tu*. Benveniste enumera pelo menos quatro propriedades para ela: a de ela se combinar a qualquer referência de objeto; a de nunca ser reflexiva da instância de discurso; a de por vezes comportar um número grande de variantes pronominais ou demonstrativas; e, por último, de não ser compatível com o paradigma dos termos referenciais, tais como *aqui*, *agora* etc. Muitas serão as consequências dessa discussão ao nos debruçarmos, na próxima seção, sobre os movimentos que se criam entre *eu*, *tu* e *ele*, segundo as concepções aqui formuladas. Por isso mesmo falamos em “escolha de uma porta”.

A leitura realizada por Flores (2013) sobre as noções de pessoa e não pessoa desenvolvidas por Benveniste indica o caráter antropológico que carrega essa reflexão sobre a linguagem, ao reconhecer a existência, nas línguas, de lugares de pessoa e não pessoa. A assunção de que existem classes de natureza diferentes revelam a língua como sistema combinatório de signos e, além disso, como “atividade manifestada nas instâncias de discurso” (FLORES, 2013, p. 96).

Muitas interpretações já foram realizadas sobre o estudo dos pronomes em Benveniste. Para nós, aquela elaborada pelo filósofo francês Dany-Robert Dufour atesta com vigor o que

há de amplo e transcendente nesse estudo. A parte dessas reflexões dedicaremos a próxima seção. Nosso objetivo será trazer esses cruzamentos para nossas questões sobre o que acontece nas *relações transferenciais* que se estabelecem no interior da *clínica dos distúrbios de linguagem*.

3.2 *Eu, tu, ele: falando em relações*

Pensamos ter contemplado, até aqui, fundamentos da obra de Benveniste que nos ajudam a vislumbrar o que se apresenta na constituição das relações languageiras. Procuramos situar nosso olhar especialmente em suas reflexões sobre a distinção pessoa/não pessoa, o que deslizou para as noções tão caras para nós – tais como a *subjetividade*, *intersubjetividade*, *singularidade*, *relações eu, tu, ele* –, noções essas fundamentais para a compreensão do *ato de enunciar*. Por isso nosso interesse. Com ele lidamos, e ele nos põe em relação com nossos pacientes.

Tomaremos, nessa seção, as *diádes* construídas por Benveniste nas relações entre *eu*, *tu* e *ele* e nos serviremos, também, do que essa concepção instigou nas formulações do filósofo francês Dany-Robert Dufour. Com isso, pretendemos, a partir do que trabalhamos sobre a noção de *transferência*, formar nossa concepção sobre como se dão as construções das relações no interior da *clínica dos distúrbios de linguagem*.

A construção que Dufour realizou a partir das *diádes* concebidas por Benveniste é de valor teórico definitivo para nossa discussão sobre as relações que acontecem no interior da *clínica dos distúrbios de linguagem*. O autor parte, em sua obra *Os mistérios da trindade* (DUFOUR, 2000), da afirmação de que “*o homem é trinitário*”. Fala, então, da luta de séculos entre o homem *binário* e o *trinitário* e do domínio da binariedade em nossos tempos. E propõe a reflexão:

Antes que essa passagem do homem ao super-homem se opere totalmente, talvez ainda seja tempo de refletir sobre o que queremos exatamente: conservar uma parte substancial do homem trinitário e viver e morrer, desejar e submeter-se às vaidades, querer filhos, amar, odiar, sublimar o medo na arte e nos relatos... *ou* nos tornarmos super-homens e não morreremos mais, mas também perdermos a arte, a frivolidade, o amor, o ódio [...] (DUFOUR, 2000, p. 11)

Para Dufour, o pensamento *trinitário* não foi vencido, mas “enclausurado” no coração da *binariedade*. Sua proposta, então, reside em “restaurá-lo”. “A *trindade*, enclausurada na modernidade *binária*, vê-se hoje elaborada sob a forma mais simples que jamais a revestiu,

conforme nosso uso mais espontâneo da língua, depurada [...] como um saber que vem aos homens, a despeito deles mesmos, à sua revelia” (DUFOUR, 2000, p. 23). Dufour empreende seu projeto e vai em busca do *trinitário*, pois o homem, segundo o autor, “escapa a toda definição *binária*” (DUFOUR, 2000, p. 32).

Para nós, com base em nossa imersão na *clínica dos distúrbios de linguagem*, essa *trindade* se manifesta a todo instante, a cada enunciação, a cada vez que nos vemos surpreendidos por nossos pacientes. Não há como, do nosso ponto de vista, compreender o que ali se passa raciocinando a partir da *binariedade*. Há um mundo a desvendar entre certo/errado, saber/não saber. Os espaços para o novo que ali se constituem se criam na relação *transferencial*, no *aqui-agora* do que é dito/escutado. O imprevisto pede passagem à ilusão da certeza. Coloca a *binariedade* em questão. Exige uma *clínica* “aberta” aos *sujeitos* que ali enunciam e *se* anunciam.

Assim como o *tempo*, como já vimos, faz função na construção das relações nessa *clínica*, o *espaço* é instaurador fundamental: estamos falando no espaço de *escuta*, criador da possibilidade de que o *outro* enuncie e se faça *sujeito*. *Espaço* que inclui também, mas não somente, o espaço físico em que acolhemos nossos pacientes, a disposição dos objetos a serem escolhidos como intermediários a suas singulares manifestações (especialmente as crianças). Cada objeto, e isso o cotidiano não deixa de nos ensinar, é revestido de sentido por *cada* paciente, a *cada* momento, *na e pela* linguagem, *na e pela* transferência.

O axioma trinitário, para Dufour, se situa na tríade *eu, tu e ele*, em que o *eu* que fala se define negativamente pela relação com o *tu*, assim como com o *ele*; *eu* não é nem *tu*, nem *ele*, do que se conclui que é necessário o conjunto de *três* para definir o *um* qualquer.

Essa trivial *trindade* é a condição para toda situação discursiva; está na essência do uso da linguagem, totalmente integrada ao nosso falar. Os três termos são, como afirma Dufour, uma *categoria a priori, sempre presente* em toda e qualquer fala. Quando *eu* fala, se definem o *aqui* e o *agora*, ponto a partir do qual se fala o mundo. *Eu e tu* invertem as posições incessantemente, é o espaço da copresença.

O homem existe no espaço dual da fala, *eu* precisa do *tu*, é o único meio de estar presente: “para ser um, é necessário ser dois”, afirma Dufour, mas, destaca ele, “para que dois sejam copresentes é necessário e suficiente que tenham expulsado a ausência de seu campo” (DUFOUR, 2000, p. 55): ausência inscrita sob a forma do *ele* (espaço simbólico). Disso

conclui: “*para ser um, é preciso ser dois, mas quando se é dois, de imediato se é três*” (DUFOUR, 2000, p. 55).

Por que é necessário esse terceiro termo no espaço dual dos interlocutores? Se o espaço simbólico não inscrevesse a ausência, essa ausência se representaria como problema real no campo da interlocução a que está votado o homem. E se a ausência se representasse assim, ela surgiria sob o modo da irrupção: ela surgiria, então, no campo mesmo da presença do homem, no campo da interlocução, *para destruí-lo*. A *trindade* representa, em suma, a essência do laço social já que, sem ela, não haveria relação de interlocução, *não haveria cultura humana*. (DUFOUR, 2000, p. 56)

Nessa perspectiva, para Dufour não há mais lugar para cortar o sujeito falante em fatias, destinando cada parte a um campo de estudo (uma Psicologia para o sujeito individual, uma Sociologia para o sujeito social, uma Linguística para a língua). Com isso, para o autor, só conseguiríamos “restituir uma criatura epistemológica *à la* Frankenstein, um monstro teórico casto e frio, a quem sempre faltará o essencial, ou seja, o que faz a unidade trina do ser” (DUFOUR, 2000, p. 61).

Inspirado em Benveniste, o autor constrói sua reflexão sobre a *trindade* que habita na língua. A partir do que denomina como os “axiomas” ou “esqueleto” da análise de Benveniste, quais sejam: “é *eu* quem diz *eu*” e *eu* não é nem *tu* nem *ele*, faz a releitura da estrutura de três termos (*eu*, *tu* e *ele*), o conjunto trinitário formulado por Benveniste. Benveniste criou, com essa estrutura, dois subconjuntos binários para empreender sua análise, como já demonstramos anteriormente: a *diade* formada pelo par *eu* e *tu* e a segunda *diade*, em que *eu* e *tu* estão de um lado e *ele* de outro.

Dufour nos ajuda a compreender e a aprofundar o que Benveniste propunha em seu tempo e acrescenta, a partir de sua forma de interpretar aqueles fundamentos, novas *diades* possíveis de serem analisadas, como trataremos a seguir. Mas adverte: embora seja usado, em sua reflexão, o recurso da decomposição da relação trinitária em relações binárias, em momento algum devemos esquecer que estamos tratando de uma estrutura de *três*.

3.2.1 *Eu-tu*

Essa foi a primeira *diade*, a mais manifesta, identificada por Benveniste. Presente sempre que se abre a boca. *Eu*, ao falar, imediatamente interpela *tu*. Esse, por sua vez, ao tomar a palavra, interpela como *tu* o *eu* anterior. De onde se conclui: “este índice é eminentemente *alienável*” (DUFOUR, 2000, p. 73): *eu* e *tu* são *inversíveis*.

A troca, nessa inversão, vai muito além de conteúdo ou informação. Trata-se da qualidade do *eu* que é imediatamente transferida àquele que antes era denominado *tu*. Como vimos em Benveniste, há um compartilhamento de temporalidade nessa relação, em que o tempo de *eu* é assumido incontestavelmente por *tu*, o mesmo acontecendo na inversão. Esse raciocínio se estende para além do tempo, aliás: tempo, espaço e pessoas passam a ser comuns, o que torna eficaz a comunicação intersubjetiva. *Eu* e *tu*, disponíveis para todos, “conchas vazias” que se preenchem cada vez que alguém fala.

Dufour libera, partindo desses fundamentos, verdadeira sofisticação. Se pergunta se essas capacidades de alienação e inversão de *eu* e *tu* não seriam próximas da *loucura unária*, como se elas pudessem me confundir com o outro (pois se o outro diz *eu*, por que não sou ele?). E acrescenta: o uso de *eu* e *tu* se especifica pela *unicidade*, ou seja, valem apenas em um tempo de discurso dado, está limitado a *uma* e apenas *uma* alocução.

Quando o outro diz *eu*, não é de mim mais que se trata, o sistema fica protegido, então, pela “memória permanente da validade limitada dos índices” (DUFOUR, 2000, p. 75). Assim, nos diz o autor, essa primeira *díade*, embora seja o lugar onde se realiza o milagre da comunicação intersubjetiva, pode ser, também, o lugar da “inscrição possível da loucura” (DUFOUR, 2000, p. 76).

Do que se trata realmente quando se fala em comunicação intersubjetiva, se pergunta Dufour? E lembra: a comunicação consiste, na verdade, numa troca lógica e cronologicamente anterior a qualquer outra: na troca do operador *eu*, na capacidade de utilizar o *eu*. Sede do gozo de cada falante, cuja natureza é paradoxal: repousa na *troca* do uso do *eu* e se constitui na *partilha*.

Falar – para dizer o que se quer, qualquer coisa, ou questionar o uso da fala – é, assim, fundar *ipso facto* um direito: falar é usar “eu”, e usar “eu” é reconhecer-se mutuamente o direito à fala, a propósito do qual, evidentemente, ninguém pede contas [...] Gozo deste direito sem ter mesmo que me justificar por ele [...] e é esta dívida infinita, saída da forma unária, que a primeira díade deve, de certa forma, *gerir*. (DUFOUR, 2000, p. 77)

O reconhecimento desse direito, para Dufour, nos coloca reconhecendo-nos todo o tempo no uso de uma “concha vazia”. Somos, para o autor, sujeitos ao gozo, e esse gozo implica o *contrato* entre os falantes, em que o ato de fala, qualquer ato, sempre comporta a possibilidade de que me veja intimidado a anular o outro, assim como de que eu seja por ele anulado.

O dispositivo da primeira díade permite trocar com meu interlocutor a forma unária que desemboca no mundo antes de todo controle, escapando a toda inscrição na ordem verdadeiro/falso. Digam o que disserem, é esta forma, é este gozo, perdido desde que encontrado, que procuramos em cada uma das nossas alocações, sob a troca obstinada e vã dos objetos, diversos, heteróclitos, que nosso discurso carrega.

[...] Nenhum de nós tem que fornecer a prova de sua fala e é por isso que, pelo menos neste domínio, *somos e seremos sempre iguais*. (DUFOR, 2000, p. 80-82)

Sem dúvida, essa *inversibilidade* da *díade eu-tu*, o gozo da *partilha* está presente nas relações *transferenciais* entre nós e nossos pacientes. Entretanto, é interessante lembrarmos que essas são relações que se iniciam em um *suposto saber*, ou seja, há, no princípio, o oferecimento, pelo paciente, de um lugar de “saber maior” para o terapeuta. Além disso, o preenchimento da “concha vazia” do paciente vem com seus sintomas, suas “falhas”, o que, na maioria das vezes, já colocou entraves em suas relações com o *outro*. Nas trocas supostas entre a *díade*, para que cada um ocupe o lugar de *eu* é necessário que haja a concessão do espaço para que isso aconteça, diríamos até uma certa “generosidade”. A partir da *transferência*, pensamos, nosso compromisso é com a restituição desse lugar para o paciente. Ali, no *aqui-agora* da relação. A partir dessa “apropriação” que o paciente poderá seguir seus movimentos e assumir a autoria de seu processo.

Desde o momento em que se dá a *transferência* esse lugar se constitui e se sustenta. Nossa *escuta* é nosso termômetro e nosso guia. Ao longo de cada processo, ela norteia nossos avanços e recuos. Esse é o grande desafio: deixar-se anular pelo outro, sustentar seu exercício de “preenchimento da concha vazia” em *seu tempo* e segundo o que nos demanda. Esse “deixar-se anular”, na perspectiva *transferencial*, pode ter, então, seu sentido ampliado. Trata-se de oferecer ao nosso paciente o “lugar perdido”, de onde se autorize a falar, mesmo que sua fala seja “incompleta”, “irregular”, “distorcida”. Da mesma forma, quando se trata de crianças, é no trabalho pela via da *transferência* junto a pais, escola e profissionais envolvidos que se torna possível garantir o lugar de eu para ela em outros espaços do social. Pois, pela “incompletude” que carrega, muitas vezes só tem o lugar da anulação.

Chamamos a atenção, ainda, para dois pontos que Dufour problematiza e que apoiam o que acabamos de afirmar: o primeiro se refere aos efeitos do *meu gozo* no outro e o segundo, à transcendência de *eu* sobre *tu*.

Com relação ao primeiro ponto, Dufour disserta sobre a interdependência dos *gozos* do par *eu-tu*: diz o autor que, mesmo que não esteja de acordo com o que digo, meu interlocutor, para contestar minha ideia, deverá assumi-la como verdadeira e, pelo mesmo processo que *eu*, que a partir do *meu* trabalho *unário* a formulei, fará, a partir de *seu* trabalho *unário* a contestação.

Diz o autor: “Esse caráter de precessão é absolutamente fundamental: o processo de comunicação é uma consequência pragmática desse trabalho prévio que os interlocutores, para realizá-lo ao mesmo tempo e fazê-lo cumprir-se mutuamente, jamais percebem como tal” (DUFOUR, 2000, p. 83). Entendemos, com isso, que o *gozo* está diretamente relacionado ao *outro*. *Eu* fala a *tu*. Entre o par deve haver uma “suposição” mútua, donde se constroem os lugares para que cada um se manifeste e exercite seu lugar de *eu*.

Na *clínica dos distúrbios de linguagem*, o que percebemos são justamente falhas *nessa* suposição na direção de nossos pacientes. Tais falhas, em grande parte, são a origem de seu sofrimento. Pensamos que nos cabe recuperar, ou mesmo construir junto àqueles que convivem com nosso paciente, essa suposição. Ela abre o espaço para que ele tenha um lugar possível de fala. Se o *outro* não está ali para sustentar o *eu*, esse se apaga. Também junto ao paciente há uma tarefa: ajudá-lo, durante seu processo, a conquistar e reivindicar esse lugar.

Nesse trabalho *unário*, pensamos nós, terapeuta e paciente, a partir da relação *transfereencial*, vão criando o novo que lhes é possível. Parece-nos residir aí, aliás, o trabalho de *escuta* do terapeuta e de reflexão de cada um – terapeuta e paciente – sobre seu *dizer*. Disso se trata o “enrolar” do *eu* sobre si mesmo presente na enunciação, como defende Dufour (2000, p. 87). *Na* relação, *na* troca, *na* linguagem. Aqui podemos situar uma verdadeira “dança”: *eu* e *tu* invertem-se, alternam-se, invadem-se, defendem-se, refletem, mudam. *Mudam*, reafirmamos, porque, desde que o terapeuta abdique de seu lugar de “saber total”, é *na* relação que construirá seu saber sobre o que se depara e sobre o caminho possível para *cada* paciente. *A cada* cena, disposto a dobrar-se sobre si mesmo. Nessa perspectiva, são esses movimentos que constroem e sustentam a *transferência*, assim como é a *transferência* que possibilita que aconteçam.

Na leitura de Dufour sobre a transcendência de *eu* sobre *tu* trabalhada por Benveniste, é a dominância do *eu* que constitui, no espaço simbólico, um de seus caracteres fundamentais. “É ele que imprime sua determinação a nossa formação (ou nossa assunção) como sujeitos

falantes” (DUFOUR, 2000, p. 83). Ao falar, a troca que se dá, em essência, é o direito de uso do índice *eu*: “agitamos, cada um de nós, sob o nariz do outro, o chocalho da concha vazia” (DUFOUR, 2000, p. 86). O que significa isso? Que a díade *eu-tu* é o órgão da troca, que experimentamos mutuamente na *copresença*. Em um *tempo e espaço*, em que o tempo em que *eu* fala a *tu* é o tempo presente, em que *eu* e *tu* se asseguram de sua presença. Há, nessa *díade*, um certo tensionamento, uma ameaça que paira entre os protagonistas, pela presença da forma unária. Para Dufour, a relação *eu-tu* constitui a “instância de gestão da desordem unária” (DUFOUR, 2000, p. 78), em que *eu* e *tu* passam seu tempo *rivalizando* e *concorrendo* no uso do espaço simbólico. Como se matar e morrer fosse essencial à constituição do mundo humano, em que a reconstrução do mundo simbólico se dá na medida de sua própria destruição.

O dispositivo da primeira díade permite trocar com meu interlocutor a forma unária que desemboca no mundo antes de todo controle, escapando a toda inscrição na ordem verdadeiro/falso. Digam o que disserem, é esta a forma, é este o *gozo*, perdido desde que encontrado, que procuramos em cada uma das nossas alocações, sob a troca obstinada e vã dos objetos, diversos, heteróclitos, que nosso discurso carrega. (DUFOUR, 2000, p. 80)

Ora, se no *ato* mesmo da troca na *díade* a morte é constitutiva, podemos afirmar que na relação com nossos pacientes morremos o tempo todo. Simbolicamente. E não somente a morte que implica o *ato*, como acabamos de constatar. Morremos quando o paciente nos coloca o “ponto final” com suas resistências, morremos quando somos tomados pelo “não saber”, morremos quando o paciente nos diz “não”. Somos eternos enquanto duramos, ou *falamos*. Temos, para Dufour, a partir da formulação de Benveniste sobre o tempo em que se fala, o tempo eternamente presente, esta ideia: a de que se poderia, então, acreditar na natureza fugaz do *outro*, construindo-se, assim, a ilusão de que “*a eternidade está suposta na relação interlocutória*” (DUFOUR, 2000, p. 87).

As reflexões de Dufour sobre a primeira díade construída por Benveniste levaram-no a representá-la da seguinte forma: “*eu reflexivo-tu*”, em que o “*eu unário*” (que se desdobra sobre si mesmo) se relaciona com *tu* em uma relação de *inversibilidade* e em que *eu* e *tu* são *distintos e inclusivos*.

Para o autor, são três os dados fundamentais da Linguística da Enunciação: o primeiro refere-se ao *enrolar do eu sobre si mesmo*; o segundo, à *eternidade* suposta na relação interlocutória, e o terceiro, à forma trinitária do conjunto. A essa, dedicaremos a próxima seção.

3.2.2 *Eu, tu, ele*: a trindade natural

Todo o trabalho que desenvolvemos junto aos nossos pacientes na *clínica dos distúrbios de linguagem* é pautado em relações. Ali, no *aqui-agora* de cada cena, a palavra circula e faz função. Nem pensamos nisso, simplesmente acontece. *Eu, tu* e *ele* se movimentam e se transformam pelas relações *transferenciais* que ali se estabelecem. Na busca de compreender como se dão esses movimentos, a presente seção nos prepara para a próxima (3.2.3), em que o laço entre **linguagem e transferência** se recobrirá de sentido. Aqui, acompanharemos a reflexão que Dufour realiza, inspirando-se na segunda *diade* formulada por Benveniste, na qual *eu* e *tu* estão em um lado e *ele* no outro. Sob a luz da discussão *presença/ausência* de Benveniste, Dufour problematiza essa formulação e nos oferece alargamentos fundamentais para nossas buscas.

Em Benveniste, tínhamos como diferença entre (*eu-tu*) e *ele*, que as duas primeiras pessoas necessariamente implicam um sujeito, o que não ocorre com *ele*, que pode ser predicada por uma coisa (exemplo: chove)²³. *Ele* carrega, então, a marca da *ausência* daquilo que qualifica as duas primeiras pessoas: *ele* não é nem *eu*, nem *tu*. Dessa reflexão surge a definição de *ele* como *não pessoa* ou *ninguém*, como vimos anteriormente.

Ele, para Dufour (2000, p. 90), “é um fabuloso operador cinestésico e cada falante o utiliza do modo mais banal possível [...] faz *ver* aquilo que não está presente [...] torna possível a representação.”

Enquanto *eu* e *tu* se apresentavam em uma relação *inclusiva* (*eu e tu*), o *ele* se manifesta em uma relação *disjuntiva* (oposição entre presença *ou* ausência). Com relação à *temporalidade*, se, como dizia Benveniste, é no interior do discurso que se marca o tempo, tem-se que essa interioridade só se define com relação a uma exterioridade, ou seja, “para que dois estejam *aqui e agora* copresentes, é necessário – necessário e suficiente – que um outro esteja *lá, ausente*” (DUFOUR, 2000, p. 91). Entretanto, diz Dufour, essa interioridade somente se estabelece, com efeito, pela referência à ausência. O presente do sujeito é construído a partir da referência à ausência.

Assim, toda comunicação “se institui por uma *ex-comunicação* marcada e demarcada, construída no valor ‘ele’”, diz Dufour (2000, p. 91). O terceiro pronome, conclui o autor, que é o ausente da instância discursiva, também é o pronome da presença de *eu* e *tu*. Ou, ainda,

²³ No francês, *il pleut*.

nas palavras de Dufour, “uma ausência positivamente representada no campo da presença” (DUFOUR, 2000, p. 109), ou seja, entendendo o *ele* como a língua, ela está fora de *eu* e *tu*, mas é o que permite que *eu* e *tu* se subjetivem ao usá-la. Nesse momento, então, temos importante acréscimo de Dufour: ele questiona a díade (*eu-tu*)/*ele* como sucessora de outra díade *eu-tu*. Passamos, para o autor, a lidar, agora, com uma nova relação: a tríade ***eu-tu/ele***, relação essa *impossível de ser decomposta*. Por isso deixa de usar o “()” na representação.

O ato de nascimento do sujeito compreende, portanto, três tempos: o tempo reflexivo do *eu*, o tempo dual da díade *eu-tu* e o tempo trinitário da tríade *eu-tu/ele*. De um tempo a outro, constrói-se uma ordem, que requer três exigências: desde o tempo unário do *eu*, é necessário ao sujeito um *outro* para que juntos eles se troquem, de modo intermitente, o direito ao uso do operador unário e é necessário ao sujeito e a este outro um outro outro, um *Outro* ainda, figurando e marcando a ausência fora do campo deles, para que esta não contamine o interior mesmo de sua copresença. *Para ser um (sujeito), é preciso ser dois, mas quando se é dois, já se é três*. Um é igual a dois, mas dois é igual a três. (DUFOUR, 2000, p. 91)

Dessa *tríade*, nascem, então, o que Dufour chama de *duas alteridades*: a primeira, *eu* e *tu*, fraca, *transitiva* (porque efêmera, como já vimos), marcada pelo operador de conjunção (*eu-tu*); a segunda, por sua vez, marcada pelo operador de disjunção (/), representada por *eu(reflexivo)-tu/ele*, alteridade forte, *intransitiva*. Essas são as alteridades que, inscritas no esquema trinitário, são as *condições do discurso*. Esse conjunto trinitário funciona, dessa forma, como um dispositivo de controle do “erro” unário, ou seja, sem essa dupla articulação, teríamos o abismo, o delírio desenfreado, em que a linguagem falaria sozinha. Esse é o dispositivo linguístico trinitário, disponível e comum a todos, que controla a inteligibilidade entre os sujeitos.

Essa dupla relação, aliás, está presente também na estrutura da língua, lembra o autor. Os eixos sintagmático e paradigmático, que a Linguística mostra na língua natural, se articulam a partir das relações de conjunção (conexão, continuidade, *transitividade*) e disjunção (*intransitividade*). A forma trinitária, diz Dufour, “que pode se atualizar sob relações múltiplas, é facilmente exprimível através do conjunto constituído por ‘eu’, ‘tu’ e ‘ele’” (DUFOUR, 2000, p. 105). Suas atualizações funcionam como princípio de ordem, e suas múltiplas faces têm estendido seu poder, sua competência, a cada instante e a cada estado de língua. Está no centro do dispositivo da enunciação, diz ainda, e, por isso mesmo, à disposição imediata de todo sujeito:

Todas as conversações mantidas pelos homens desde a noite dos tempos se desenvolvem em um espaço mínimo, sustentado pelos três termos que

existem em todas as línguas, sob uma forma ou outra. Ninguém jamais precisará se justificar quanto a seu uso: eles são nosso bem alienável, nosso bem comum, nossa única verdadeira democracia. Eles estão aí, *em nosso uso mais incontrolado da linguagem*. Esse dado, ao mesmo tempo trivial e fundamental, determina a condição do homem na língua e tudo que se pode dizer sobre isso. “Eu”, “tu”, “ele”, formam essa *trindade* espontânea, absolutamente imanente ao uso da linguagem. Esses termos mais simples e mais evidentes constituem uma categoria *a priori* que nenhum locutor pode dispensar quando fala. (DUFOUR, 2000, p. 52)

Trindade espontânea. Trindade natural. Com essa discussão, podemos compreender e resgatar o que há de dinâmico no *ato* de enunciar.

Mas Dufour não para por aí. Imprime, ainda, uma nova discussão sobre os desdobramentos do *ele* que muito nos interessa, pois nos aproxima da *transferência*. Aproxima, dizemos. Afinal, essa, apesar de sempre comparecer fazendo função nas relações, é, por natureza, algo da ordem do inapreensível. Só percebemos seus efeitos. A próxima seção dedica-se a tocar nesse ponto.

3.2.3 *Ele*: na *trindade*, a *transferência*

Todos os movimentos realizados ao longo desta tese vêm acompanhados da ideia da presença constante, embora intocável da *transferência*, em qualquer tempo da *clínica dos distúrbios de linguagem*. Nossa proposta, nesta seção, é dar mais um passo na direção desse instigante fenômeno. Com ele, pensamos, teremos elementos suficientes para procedermos nossas análises no próximo capítulo. Dufour e Benveniste continuarão sendo nosso apoio.

Dufour (2000) segue suas reflexões sobre a *trindade* lançando a seguinte questão: “até onde o ‘ele’ pode representar a ausência? Poderia ele, para além da ausência re-presentada, denotar uma forma mais radical da ausência: uma ausência *não-representável*?” (DUFOUR, 2000, p. 108). Partindo da afirmação de Benveniste, de que *ele* pode ser “uma infinidade de sujeitos – ou nenhum” (BENVENISTE, 2005, p. 253), Dufour constrói uma terceira *diade (eu-tu/ele) ele*, em que contempla a ausência que não está no campo trinitário – que ele denomina *ausência radical* (que representa como *ele*) –, mas que o garante, o delimita, representa sua exterioridade. É o Outro do Outro. Irrepresentável. Invisível fenomenologicamente. O autor cria a *disjunção do ele: ele/ele*.

Aqui reside o ponto em que Dufour ultrapassa Benveniste. Esse, em seu tempo, não tratou dessa capacidade de disjunção do *ele*. Embora, como já vimos anteriormente, Benveniste tivesse observado dois valores para *ele*, dizendo poder ser “uma infinidade de

sujeitos ou nenhum” (BENVENISTE, 2005, p. 253). Nessa esteira, segue Dufour, pode-se pensar em um estiramento do terceiro termo (*ele*) na direção de dois valores opostos:

uma ausência positivamente representada no campo da presença e, por trás dela, uma outra forma de ausência, *irrepresentável* no campo da presença, uma ausência radical [...] Por trás do “ele” da ausência re-presentada, permanece um “ele” da ausência radical; para captá-lo, seria necessário escrevê-lo e depois *barrá-lo*. (DUFOUR, 2000, p. 109-110)

Temos, assim, o que Dufour chama de a “hemorragia unária do ‘eu’”, que vai sendo contida ao transitar por uma série de díades, até a última (*ele/ete*), que garante e limita a estrutura trinitária, por ser sua perfeita exterioridade. Outro do Outro. *Nada*, nenhum sujeito, a ausência radical, é a alternativa da trindade. Dufour, dessa forma, duplica o valor do *ele* da tríade formulada por Benveniste: o *ele* que dá o limite *interno*, *ausência re-presentada* e, agora, o *ete* que nos conduz a algo novo, *ausência radical*, *que limita o externo*. Esse desdobramento do *ele* circunda a *tríade* que o autor defende.

Para nós, esse acréscimo que Dufour constrói, da leitura que faz de Benveniste, é potente. Faz-nos pensar no que temos, ao longo desta tese, construído com relação à *transferência* e a partir de nossa experiência na *clínica dos distúrbios de linguagem*. Assim como o *ete*, a *transferência* é inapreensível, está presente na tríade *eu-tu/ele*, mas não se mostra integralmente. É *ausência*, *ausência radical*. Está fora do campo trinitário, mas ao mesmo tempo o garante. Não só o garante, mas, sobretudo, também o funda. Não seria, então esse o lugar onde se poderia localizar a *transferência*? Essa é nossa convicção.

Seguindo esse raciocínio, podemos concluir, olhando para nossa questão: **o *ele*, nosso espaço simbólico, a linguagem, com sua presença/ausência nas relações entre *eu* e *tu*, limitam o espaço interior do dispositivo trinitário. O *ete*, que entendemos, então, como o lugar da *transferência*, com sua ausência radical, fora do campo, externa à estrutura trinitária, é o que, ao mesmo tempo, a garante e a delimita. Por isso, toma o lugar de, como temos insistido, inaugurar e sustentar toda e qualquer relação. E, sobretudo, por sua natureza inapreensível, não está dada desde sempre. Se constrói no uso do espaço simbólico, *na* e *pela* linguagem. Singularmente, a cada tempo de cada relação se sustenta.**

A *cada* tempo, frisamos. E na *clínica dos distúrbios de linguagem* essa evidência comparece em todo e qualquer dos tempos que vivemos junto aos nossos pacientes: seja nos começos dos tratamentos, nas continuidades ou finalizações. Ora, se, como vimos, a

transferência tem lugar na própria estrutura trinitária (*eu-tu/ele*) *ele*, o que afeta a estrutura afeta a *transferência*. Ou seja, se algo acontece que rompa as trocas entre *eu*, *tu* e *ele*, os efeitos transferenciais serão sentidos. Assim como o inverso: rompida a transferência, operador incondicional das relações, os efeitos na linguagem singularmente se apresentarão.

Temos, agora, o ponto de encontro que buscávamos entre **linguagem e transferência**. Unidas, enlaçadas, constituirão o suporte de que precisávamos para operar as análises em nosso Capítulo 4. Para ele, levaremos a noção de *transferência* e as relações entre *eu*, *tu* e *ele* formando um “colchão teórico”, onde possamos acolher o que a *clínica dos distúrbios de linguagem* não cansa de interrogar: como se dão as relações entre o terapeuta e o paciente em seu interior? Onde *saber e fazer* se aproximam?

Lá estarão nossas *cenais clínicas* com seus *sujeitos enunciando* e lá estará a *transferência*: possibilitando os começos, sustentando os processos e se dissipando nos finais das relações. **Na e pela** linguagem.

3.3 Considerações parciais

Ao longo desta tese, temos procurado “enlaçar” o que acontece no interior da *clínica dos distúrbios de linguagem*, para compreendermos nosso papel nos processos terapêuticos que compartilhamos com nossos pacientes, processos que, assim desejamos, contemplem suas *singularidades*, respeitem seus *tempos*, construam seus *lugares* para que exerçam seu direito mais genuíno: direito de falar. E que falando se façam *sujeitos*.

Já convencidos de que é pela via da *transferência* que qualquer relação se inicia e sustenta, como vimos no capítulo anterior, nesse o condutor da discussão foi justamente o espaço simbólico que constitui as relações transferenciais. Esse espaço em que *eu*, *tu* e *ele* se movimentam, se ausentam, se apresentam no *aqui-agora* de cada *ato* de enunciação. Procuramos, enfim, buscar o laço do que sabemos inseparável: **linguagem e transferência**.

Partimos de Benveniste, cuja reflexão sobre pessoa e não pessoa nos coloca a pensar sobre o homem em seu sentido mais amplo, sobre suas relações com o *outro* e com o mundo, sobre o que participa no “jogo” entre os *sujeitos*, cada vez que *eu* se dirige a *tu* falando d’*ele*. Decorrência natural, também trouxemos suas reflexões sobre o *tempo* na enunciação e sobre a *subjetividade* na linguagem.

Nos aproximamos, então, do filósofo Dany Robert Dufour, que toma os ensinamentos de Benveniste e aprofunda a reflexão sobre os efeitos dos movimentos entre *eu*, *tu* e *ele* na enunciação, além das implicações que vivemos a partir dessa simples e trivial configuração do espaço simbólico, presente sempre que falamos: a *trindade natural da língua*.

Ao longo do capítulo, fomos construindo as relações possíveis entre linguagem e *transferência*: *eu* desdobrando-se sobre *si mesmo*, *eu* e *tu* em relação de *inversão* e de *inclusão*, *ele* com sua *presença-ausência* assegurando a presença de *eu* e *tu* e, finalmente, *ele*, radical *exterioridade*, para nós o lugar onde se situa a *transferência*.

Se Benveniste “abriu” nossos horizontes, Dufour os “escancarou”. As concepções de Benveniste sobre o *ato* de enunciar, a imersão que Dufour realiza na *trindade natural da língua*, agora associada por nós à noção de *transferência*, dão-nos o suporte que buscávamos para avançar nossa reflexão sobre o que vivemos no interior da *clínica dos distúrbios de linguagem*.

Esse é o tema que abordaremos no Capítulo 4, por isso denominado “*Transferência e linguagem: o que move e se move na clínica dos distúrbios de linguagem*”. Nele, tomaremos os conceitos trabalhados até esse momento para operarmos as reflexões e os deslizamentos possíveis, a partir do que nos interrogam as *cenários clínicos* retiradas de nossa vivência profissional junto aos nossos pacientes. Reflexões possíveis e temporárias, sabemos. Lidamos com a *falta*. Ao final, esperamos, ficarão restos, dúvidas, novas questões. Esse é nosso desejo.

Passemos, então, às “costuras” possíveis.

4 LINGUAGEM E TRANSFERÊNCIA: O QUE MOVE E SE MOVE NA CLÍNICA DOS DISTÚRBIOS DE LINGUAGEM

Neste capítulo realizamos, conforme anunciamos, nosso quarto movimento: nele, o objetivo é tecer reflexões em torno do que a *clínica dos distúrbios de linguagem* nos interroga, a partir do reconhecimento dos efeitos da *transferência* e dos movimentos entre *eu*, *tu* e *ele* que ali se evidenciam. Percorreremos os diferentes *tempos* da clínica, deixando-nos afetar pelo que o **saber e o fazer** engendrarem, a partir dos cruzamentos entre **a transferência, a linguagem e a clínica**.

Falaremos sobre encontros de singularidades, de pluralidades, de relações se constituindo. Nosso *como* nos apropriamos da teoria para refletir sobre nossa prática clínica também carrega o que de singular portamos. Sabemos que cada experiência é única e irrepetível. Nesse sentido, transmitir a nossa não tem caráter prescritivo ou acabado; pretendemos compartilhá-la e inaugurar uma discussão que nesse campo ainda não tem lugar e que, pensamos, forma e dá suporte para os acontecimentos no interior de qualquer *clínica*.

Entendemos que nos capítulos anteriores foi suficientemente discutida a presença da *transferência* na *clínica* dos distúrbios de linguagem. Assim, nos autorizamos a incorporar esse conceito e os que dele decorrem na elaboração de nossa construção. Não se trata de repeti-lo, mas de tentar traduzi-lo para nossa *clínica*. Da mesma forma, os fundamentos vindos dos estudos sobre a enunciação, desenvolvidos por Benveniste, assim como a fundamental releitura operada por Dufour, sobre as relações entre *eu*, *tu* e *ele* que Benveniste formulou, retornarão aqui, uma vez que, como já vimos, o que inaugura e sustenta a *transferência* são essas relações, assim como essas são pela *transferência* sustentadas.

A *transferência*, sendo da ordem do *ete*, constitui a relação *eu-tu/ele*, e pode ser percebida na *clínica dos distúrbios de linguagem* ao se observarem as relações *eu-tu/ele* que se dão relativamente ao *saber* e ao *fazer* nos tempos constitutivos da clínica. Neste capítulo uniremos, enfim, o que já é unido por natureza: **linguagem, transferência e clínica dos distúrbios de linguagem**.

Durante esse percurso, tentaremos conservar o que de dinâmico vai acontecendo no andar das *cenários clínicos* que escolhemos para análise, situando o que em cada uma nos

interroga, surpreende, ensina. Traremos, para refletir sobre elas, conceitos, noções e propostas trabalhadas nos capítulos anteriores, tendo já reconhecida a importância de nosso lugar como *sujeitos implicados* e não como donos dos processos aqui narrados. Nesse percurso, deixaremos as relações irem adentrando, “molhando” as cenas, deixando-nos também sermos envolvidos por elas. Dessas articulações, resultarão nossas análises, que buscam a compreensão (mesmo que sempre incompleta) do que ali se apresenta. Inspirados na mesma estrutura e cruzamentos que sustentam nosso *fazer* na *clínica dos distúrbios de linguagem*.

Tomaremos como norte, para a discussão deste capítulo, os diferentes tempos que constituem a clínica: os começos, as continuidades, as finalizações, com toda a elasticidade que esses tempos carregam, conforme o que a clínica, em seu cotidiano, nos ensina. Com Benveniste, como já mencionamos, a intersubjetividade tem sua temporalidade, que é única e construída a cada ato de enunciação. Para nós, então, pela via da *transferência*, sustentáculo das relações entre *eu, tu e ele*, os tempos na *clínica dos distúrbios de linguagem* se constituem singular e dinamicamente. Com seus avanços, recuos, retomadas e surpresas, esses tempos desafiam suas fronteiras todo o tempo, o tempo todo.

Ao final do capítulo, pretendemos ter construída nossa concepção sobre como se constituem as relações entre o *saber* e o *fazer* no interior da *clínica dos distúrbios de linguagem*. As questões que daí surgirão, sabemos, serão tão singulares como cada *sujeito* mencionado ou cada leitor de nossa interpretação sobre o que lá se construiu. Entrar na dramática da clínica para refletir sobre as relações que nela se estabelecem é nosso *jeito de pensá-la*. Dessa forma é que desejamos derivar, em cada leitor, novos interrogantes.

4.1 O tempo do começar

Nesta seção, discutiremos, a partir do que vivemos na clínica, a construção dos inícios dos tratamentos, sobre a instalação do laço *transferencial* entre o terapeuta e aquele *sujeito* que o procura. Inspirados no que trabalhamos no Capítulo 2, refletiremos sobre o que Lacan denominou como a “porta de entrada” no tratamento e que, já sabemos, não é à porta do consultório que ele se referia. *Eu, tu e ele*, tomando a cada momento suas diferentes posições e *ele* operando, vão construindo a possibilidade desses encontros. Falaremos, então, sobre as *entrevistas preliminares* e o *sujeito suposto saber*, com base na leitura que deles fazemos na *clínica dos distúrbios de linguagem*.

4.1.1 As entrevistas preliminares

As “entrevistas de anamnese” por meio de protocolos²⁴ a serem preenchidos, com perguntas previamente elaboradas e padronizadas, características da clínica fonoaudiológica *standard*, não fazem parte de nossa forma de atuar na *clínica dos distúrbios de linguagem*. Nossa experiência nessa *clínica* já de início afastou esse instrumento, por percebermos o quanto esses questionários limitam o relato de nossos pacientes ou seus pais e o quanto “burocratizam” esses primeiros encontros. Além disso, a própria diversidade de *cada sujeito* desmancha qualquer sentido que esse instrumento pudesse conter. Um exemplo claro são as situações em que marcamos a primeira entrevista com os pais ou responsáveis por uma criança e, para nossa surpresa, eles a trazem junto. Vejamos, por exemplo a seguinte cena:

Cena clínica: marquei a primeira entrevista com os pais de uma menina de quatro anos. Embora terem sido orientados a virem sozinhos para esse momento, eles a trouxeram. Propus, então, que brincássemos todos juntos, nesse primeiro dia, e que marcássemos um segundo encontro somente com eles. Os pais aceitaram, mas, ansiosos, falaram sobre algumas de suas preocupações com relação ao que consideravam ser um atraso na aquisição da linguagem da menina. Tentei tranquilizá-los, dizendo compreender, mas que teríamos outro momento para falar. Começamos a brincar. Observo que a mãe pouco se colocava na cena que fomos criando. Em determinado momento, pega um jogo de encaixes e começa a montar. A menina, que brincava com as panelinhas nesse momento, tira o brinquedo da mão da mãe, guarda na lata e lhe oferece “um chazinho”, fazendo apenas um som.

Poderíamos discorrer sobre muitos aprendizados advindos dessa cena, mas vamos tentar nos limitar ao tema *entrevistas preliminares*. Podemos entender, por exemplo, seu valor como indicativo sobre o lugar que essa criança estava ocupando junto aos pais. Foi maior que qualquer protocolo que pudéssemos ter em mãos. Em termos diagnósticos, ficou evidente que, mesmo que a menina talvez ainda não fosse capaz de usar a linguagem, de formar frases etc., conseguiu, com seu gesto, posicionar-se e falar coisas importantes para sua mãe. O fato de ser incluída pelo terapeuta, nesse primeiro encontro, com certeza favoreceu o início do estabelecimento da relação *transferencial*. A menina começava a falar de si, através de seu

²⁴ Chamamos de “protocolos” as entrevistas pré-estruturadas, com perguntas a serem preenchidas pelos pacientes antes do primeiro encontro com o profissional, ou preenchidas pelo próprio profissional na primeira entrevista junto ao paciente. São de uso comum em nosso meio profissional.

brincar. Contava, nesse espaço que se abria, algo de sua relação com seus pais. Dava, mesmo que sem fazê-lo conscientemente, as primeiras pistas sobre sua posição naquela família. Com os pais, o trabalho também se iniciava. Era necessário acolher sua ansiedade e oferecer-lhes um segundo momento para falarem sobre a menina. Naquele momento, entretanto, a prioridade seria *escutá-la*. E isso já era uma intervenção.

Temos observado, em nossa experiência, que essas *entrevistas preliminares*, ao se configurarem como um espaço aberto para a fala do paciente, livres do “engessamento” de uma entrevista previamente elaborada, nos auxiliam a “entrarmos” mais rapidamente no “caso”. Explicamos: o tipo de pergunta que fazemos dessa forma se origina a partir da curiosidade que “aquele caso” suscita é original. E a resposta também se dá, em geral, a partir da vivência do entrevistado, e não do “esperado socialmente” ou “politicamente correto”. Pelo menos, é o que parece acontecer na seguinte cena:

Cena clínica: entrevisto os pais de um menino de cinco anos. No decorrer da entrevista, contam que ele toma leite na mamadeira. Seguem falando sobre o menino e, em determinado momento contam que “tomou um copo de suco”. Surpresa, pergunto: “copo de suco?”. A mãe ri, e reafirma. Então, um pouco constrangida, diz que, na verdade, ela é quem oferece ao menino o leite na mamadeira, apesar de ele já estar mostrando ter condições de tomá-lo no copo. Quando fiz a pergunta, foi por realmente ter me surpreendido, não estava julgando. Mas, certamente, já foi uma intervenção. Ali senti que algo mudou nessa entrevista. Os pais me pareceram mais à vontade, riram, e o pai se dispôs a ajudar a mãe no “desmame” do menino (até então esse pai estava bem silencioso). A entrevista tomou um rumo completamente diferente.

Na cena relatada, podemos nos perguntar: em uma entrevista estruturada poderia ter acontecido uma situação desse tipo? No caso a que se refere essa cena, entendemos que a entrevista já iniciou a relação entre os pais e a terapeuta. Tivemos informação sobre a dinâmica *daquela* família, e o pai fez um movimento bastante interessante, tomando um lugar para si na entrevista. O tratamento já se iniciava. Entretanto, lembramos: somos responsáveis pelo andamento dessas entrevistas. Nelas, e a experiência nos ensina, há, também, um limite. Observamos que, em alguns casos, é necessário conter o andamento das revelações que ali se apresentam. Se isso não acontecer, e, para nós, é nosso dever estarmos preparados para

perceber essa necessidade, pode ocorrer que a resistência interrompa um processo ainda em seu início. Basta olharmos para a seguinte cena:

Cena clínica: no início de minha carreira, em uma primeira entrevista com os pais de uma criança, já convencida de que era importante proporcionar-lhes um espaço de *escuta*, em determinado momento a mãe da criança denuncia o pai, relatando fatos que beiravam torturas e chantagens emocionais com o filho. O pai foi calando, assim como eu. Ela não parava. Eu, sem saber o que fazer. Obviamente, nunca voltaram.

Eu tinha pouca experiência e assumi isso. Levei a questão para a equipe da clínica onde trabalhava. Uma longa reflexão se instaurou. Também um grande aprendizado. Talvez o maior deles tenha sido a descoberta da importância de compartilhar e me dispor a pensar sobre o que significa *escutar*.

Temos consciência de que optar por essa forma de *fazer* que estamos defendendo não tem regras nem receitas. Nem por elas estamos interessados. A situação relatada acima nos ensina que a experiência, a maturidade e, se possível (para nós fundamental), a análise pessoal são essenciais para entrarmos nessa aventura, com alegria, curiosidade, mas, sobretudo, responsabilidade.

Entendemos os primeiros encontros entre o terapeuta e o paciente como via de mão dupla, em que todos, na realidade, estão sendo “avaliados”. É quando se inicia ou não a *transferência*, quando as possibilidades de que se inicie o processo terapêutico começam a operar. A riqueza desses primeiros encontros reside justamente no que de diverso, inesperado e singular pode se apresentar.

Recebemos, nas *entrevistas preliminares*, *cada um*, que traz suas dores, expectativas, medos, dúvidas. Terem vindo até nós, entretanto, não significa que continuem conosco. Assim como não somos obrigados a seguir os tratamentos. Por vários motivos: seja por não nos sentirmos preparados para isso, seja por não nos sentirmos confortáveis com as demandas em nossa direção, ou, ainda, por não nos sentirmos *transferenciados*. Da parte do paciente, o mesmo pode ocorrer: muitos não se *transferenciam* com a pessoa do terapeuta, com o lugar, com o tipo de abordagem etc. Por isso, no caso dos pequenos pacientes que são trazidos por adultos, pode ser interessante solicitar que a criança não seja levada a esse primeiro momento, para evitarmos o desgaste da criança. Isso nem sempre é possível, como já vimos

anteriormente. Nesses casos, achamos fundamental oferecer à criança um espaço prioritário, incluindo-a, seja na conversa, seja criando um espaço de interação. Em suma, é o lugar de *eu* que estamos lhe oferecendo na relação que se inicia. Subtrair alguém da esfera pessoal pode se configurar como “testemunho de menosprezo, para rebaixar aquele que não merece nem mesmo que alguém se dirija ‘pessoalmente’ a ele” (BENVENISTE, 2005, p. 254), como vimos, anteriormente, ao estudar as categorias de pessoa e não pessoa em Benveniste.

As *entrevistas preliminares* são a hora de *escutar* (de iniciar a *escutar*), do nosso ponto de vista. Hora de ir construindo o caso, sem juízo de valor, acolhendo as histórias, abrindo questões e não respostas. Com isso, entendemos que não é possível, de antemão, prevermos e determinarmos, por exemplo, a quantidade de sessões de avaliação, como muitos tentam, usualmente. Nosso foco, inicialmente, mais que “fechar” uma avaliação ou diagnóstico, é compreender as posições ocupadas pelo paciente e seus sintomas no social, consigo mesmo, entre os seus. Vejamos a seguinte cena:

Cena clínica: recebo a mãe de uma menina de dois anos e cinco meses. Suas primeiras palavras sobre sua filha foram “ela parece falar russo, fala uma língua que lembra o russo”. Faço um semblante interrogador e ela começa sua narrativa: casal sempre muito ocupado, haviam morado em diversas cidades, desde o nascimento da filha. Com isso, haviam sido acompanhados por muitos profissionais, sem conseguir uma referência mais constante. A mãe, envolvida com seu trabalho, pouco tempo ficava com a menina, que era cuidada por babás. Ao ter seu segundo filho, por ficar mais tempo em casa, começou observar a menina e percebeu que algo não estava bem. Iniciaram, então, as investigações, em que foram constatadas várias questões orgânicas (a mãe carregava consigo uma pasta repleta de exames) e a menina estava com indicação cirúrgica, pois, por esses problemas, apresentava deficiência auditiva importante. Ela já tinha compreendido que o fato orgânico justificava as poucas respostas da filha e a sua dificuldade na construção da linguagem. Mesmo assim, observei, durante nossa conversa, que o significante “russo” estava ali presente, repetindo-se inúmeras vezes.

Esse era o lugar que continuavam oferecendo para a criança: do estranho, do estrangeiro. Eu tinha um grande trabalho pela frente: com a menina, sem dúvida; com os pais,

tratava-se de ajudá-los na construção da suposição de algo diferente na direção da filha. O mais importante, nesse momento, era o fato de que estavam ali, pedindo ajuda.

Muitas vezes podemos, no afã de defender nosso paciente, assumir uma posição de julgamento dos pais, o que pode, na verdade, afastá-los, levando consigo (com toda razão) seu filho para longe de nós. Acolher e compreender que a forma como agiram, até então, foi o que lhes pareceu o melhor, o que foram capazes de fazer, abrirá, via *transferência*, as possibilidades de mudança e a continuidade do tratamento. Assim também inicia o processo de “desmanche” do lugar de *suposto saber* que o paciente nos dirige e sua responsabilização pelo próprio tratamento ou de seu filho.

Por sabermos que não se esgota a compreensão de um caso nos primeiros encontros, e que no andamento do trabalho, isso já concluímos, as surpresas insistem em se apresentar, vemos esse período como “indicador”, como “parece tratar-se de...”. A cena seguinte nos ensina isso:

Cena clínica: após as primeiras entrevistas com a mãe de uma menina de cinco anos e tendo considerado que o processo avaliativo estava finalizado, iniciamos o tratamento. Havia observado que a fala da menina, com trocas fonêmicas bastante inusitadas, se considerarmos nossos manuais de ordem de aquisição, me fazia escutar uma fala muito regressiva e que ia contra a ideia que havia ficado nas entrevistas com a mãe, que havia me falado de uma menina madura, independente etc. Durante uma brincadeira, escuto a menina falar em “mamadeira”. Pergunto, surpresa: “Mas tu tomas mamadeira?”. Ela responde imediatamente: “Sim! Hoje tomei uma!”. Comento o fato, numa próxima entrevista com a mãe. Essa, com sorriso de menina que foi pega em flagrante, ri e conta que realmente a menina não usa mamadeira, quem usa é ela, para, em função da correria do dia a dia, facilitar a logística da alimentação matinal e ganhar tempo. Assim, ao transportá-la para a escola de carro, oferece o leite na mamadeira.

As *entrevistas preliminares* são, também, a oportunidade do paciente situar-se com relação ao trabalho e à abordagem que oferecemos e exercerem seu direito de escolha. A alguns, causa estranhamento quando percebem que não trabalhamos com prazos fixos ou “exercícios” e orientações, como é difundido o trabalho do fonoaudiólogo em nossa cultura.

Quando não temos a resposta imediata às suas questões. Quando lhes devolvemos o *saber* sobre si mesmos ou seus filhos. “Mas tu trabalhas assim? Nunca tivemos um lugar para falar como esse aqui”, ouvi de um pai que havia passado por experiências anteriores com seu filho. No caso das crianças, com quem trabalhamos pela via do brincar, igualmente há pais que estranham: “Então ele vai aprender sem se dar conta da intervenção?”, pergunta uma mãe com alguma desconfiança. “Ela só brinca com meu filho!”, comentou outra mãe com alguém que lhe respondeu: “Mas ele está melhorando, não?”, e ela concordou. A escolha por esse *fazer* nessa *clínica* tem dessas coisas... Sustentar nossa posição nem sempre é tarefa fácil. Essa discussão terá seguimento na próxima seção, sobre como entendemos, na *clínica dos distúrbios de linguagem*, a posição do *sujeito suposto saber*.

Queremos finalizar esta seção com essa perspectiva “inconclusiva”, pois assim entendemos seu caráter. Os processos avaliativos nos preparam para a intervenção. Têm uma função de levantamento de hipóteses diagnósticas. A função diagnóstica das *entrevistas preliminares* é importante como parâmetro da futura intervenção. Futura, do ponto de vista didático, pois sabemos que já nesse período estamos intervindo. Seja com nossa postura frente ao que escutamos, seja com as questões que formulamos, ou com nosso silêncio.

Mesmo que formalmente tenhamos de nomear o que percebemos durante o “processo de avaliação” seguindo os parâmetros da ciência para tornar possível a comunicação com outros profissionais ou mesmo por questões burocráticas de nosso meio, nossa intenção é criar, aqui, a reflexão de que um diagnóstico deve carregar não somente um nome ou número, mas que seja amplamente compreendido, nem que somente dentro de nós, e que essa leitura, sempre provisória, sirva para dar norte ao trabalho com *o sujeito*, *o caso* em questão.

Nas *entrevistas preliminares*, os movimentos que acontecem na *triade (eu-tu/ele) ele* desenham a possibilidade de continuidade dos tratamentos. Para o terapeuta, hora de desvencilhar-se de seu *saber* e de oferecer o lugar de *eu* a seu paciente. Hora de *escutar*, de perguntar sobre o que, daquilo que escuta, o faz curioso, voltando-se para si mesmo e avaliando se o que escuta desse paciente o instiga a entrar nessa relação. Para o paciente, hora de refletir se esse *ele* (o terapeuta) passará a ocupar o lugar de *eu* junto a ele, se essa relação terá continuidade. *Ele*, que “regula” a trocas que ali vão acontecendo, vai operando os movimentos, constituindo ou não sua continuidade. Por isso, o uso do termo *preliminares* para essas entrevistas carrega importância. Porque são preparatórias para algo que vai acontecer. Mas que pode não acontecer também. É, podemos dizer, um momento de compreender e não

de preencher, insistimos, um questionário previamente elaborado. **Podem** ser o começo de uma relação que certamente terá efeitos na vida de *cada* sujeito ali implicado. Por isso, o *tempo* que dedicamos a essas entrevistas também não é predeterminado, é absolutamente singular, se define a partir da *triade* que ali percorre esse tempo.

O pivô em torno do qual giram, como vimos no Capítulo 2, os elementos que concorrem nesses inícios de tratamentos, é o *sujeito suposto saber*. Ele que encontraremos na seção que segue. Um *ele* inapreensível, mas que sustenta o que nesse momento/movimento acontece.

4.1.2 O *sujeito suposto saber*

A partir do que tratamos sobre esse tema no Capítulo 2 desta tese, podemos concluir que, ao chegar até nós, cada paciente já passou por um processo, muitas vezes tortuoso. Entre a percepção de que precisam de ajuda ou de ouvirem sobre isso dito por alguém, até baterem à nossa porta, os caminhos são singulares. Assim, ao chegarem podem já vir com uma suposição de saber em nossa direção, mas, também, armados de resistências. A isso pensamos ser nosso dever estarmos abertos. O *suposto saber*, que, entendemos, é constitutivo da *transferência*, assim como ela, ocupa lugar em ~~ele~~ na *triade*, por ser suposto, intocável e fazer função por sua ausência também radical. Ele não é visível, mas está ali. Pivô de tudo o que acontece.

Obviamente temos um *saber*, mas nunca é completo. Em *cada* processo o colocamos à disposição do que se pode ir construindo, considerando as singularidades que ali se apresentam. Podemos, dessa forma, auxiliar nossos pacientes a resolverem, a tratarem de suas próprias questões, não fazê-lo por eles. Na medida em que o *enlace transferencial* se produz, nossas intervenções podem passar a produzir efeitos e sentido.

Cena clínica: após algum tempo de trabalho com um menino (vou nomeá-lo Pedro, para facilitar o relato), chamo os pais para uma entrevista. O pai, pessoa bem intelectualizada, em determinado momento da entrevista faz a pergunta: “Mas então, qual é o teu método de trabalho?” Respondo prontamente: “O Pedro”. Eles riem, e seguimos conversando. Ao final, diz o pai: “Meu filho vai continuar aqui pelo método que tu usas.”.

Temos a consciência de que essa não é uma solução aplicável a qualquer momento na *clínica*. O que permitiu que fosse feita essa brincadeira tão verdadeira foi o trabalho que já havia sido construído até esse momento, ou seja: já estava estabelecida a relação *transfereencial* com os pais e havia sustentação para essa fala.

Há momentos em que o paciente chega com resistências tão grandes que, se não forem escutadas, podem impedir o início do trabalho. Por isso, o processo das *entrevistas preliminares* pode ser, em alguns casos, alongado, o que só descobrimos ao realizá-las. Se não há um *suposto saber*, como já vimos, não há *transferência*. Ou seja, antes que qualquer paciente ou pais de paciente nos autorizem a ocupar o lugar de *eu* junto a si mesmos ou seu filho, ficamos no lugar do *ele*, externos à relação. Observemos:

Cena clínica: um casal traz seu filho para avaliação. Na primeira entrevista, contam que já haviam iniciado o tratamento com outra fonoaudióloga. Lá, o menino passava a sessão inteira de costas para a terapeuta, em silêncio e com o rosto escondido pelo boné. A profissional havia levantado a hipótese de autismo, o que os assustara muito. Falam, também, que só haviam procurado ajuda por insistência da escola do menino. Percebi que precisaríamos mais tempo para trabalhar. Marcamos mais entrevistas que, aos poucos, foram dissipando a desconfiança nesses pais. Passaram a contar de suas expectativas, suas angústias com relação ao menino. Nessas conversas, a partir do que contavam, começaram a refletir sobre seu cotidiano, e foram percebendo o quanto estavam afastados dele, apressados e envolvidos com suas atividades profissionais. Eu só os *escutava*. Em uma das entrevistas, a mãe disse “acho que aqui ele vai falar”. Para mim, aproximava-se o momento de conhecer o menino.

A compreensão do lugar do *sujeito suposto saber*, também na *clínica dos distúrbios de linguagem*, é um aprendizado que vai, a cada momento dessas relações, se construindo. Assim como a habilidade de sustentar essas relações *transferenciais*, sem perder de vista o que é desejo nosso e do paciente em questão. O que é o *nosso* e o *seu* tempo. O que são as nossas expectativas e as dele. É isso, pensamos, acontece ao lhe cedermos o espaço para que exerça sua capacidade de enunciar (espaço do *eu*) e que lhe ofereçamos a possibilidade de *dizer*.

Na cena seguinte, podemos identificar claramente os desdobramentos que a *transferência* produz e que nos faz refletir e repensar nossas certezas:

Cena clínica: menino de quase três anos de idade, trazido por indicação da escola por seu silêncio e isolamento em sala. Os pais, com muitas dificuldades, assustados com o encaminhamento, até então não percebiam o que estava acontecendo (talvez não estivessem percebendo, na verdade, que seu filho precisava mais do que os cuidados básicos de higiene, alimentação etc., o que faziam de forma impecável). Ao longo do trabalho, que foi desenvolvido, pelas características do caso, em sessões conjuntas com o menino e seus pais, observavam-se os primeiros ganhos. Até que um dia, por estarem atrasados para a sessão, faço um telefonema, quando a mãe diz que tinha esquecido, mas que, como moravam perto, iria mesmo assim. De longe ouvi o choro e gritos do menino. Ao chegarem, seguiu chorando, gritando e dizendo “não”, uma das poucas palavras que começava a pronunciar. A situação se prolongou e, por bem, encerrei o atendimento e marcamos o próximo. Embora a mãe quisesse continuar insistindo, aceitou. Na sessão seguinte, o menino chegou bem, e realizamos a sessão como normalmente. Em conversa com os pais, retomamos o que havia acontecido e só então a mãe relata que naquele dia, após meu telefonema, tomou o menino, que estava vendo televisão, ao colo e o trouxe, sem dar-lhe tempo de escolher um brinquedo para a sessão, o que costumava fazer sempre.

Ele gritava por *linguagem*, entendi eu. O que supunham nele ainda era pouco: um pequeno “pacote”, que podia ser levado para cá e para lá. O trabalho com os pais deveria seguir, assim como com o menino. Esse, por sua vez, ainda não conseguia falar, pelo menos, como nós. Mas com seu choro e gritos começava a se posicionar e a reagir à forma como era tratado. Um sujeito se fazendo escutar.

O caos que se formou naquela sessão poderia ser compreendido como resistência da criança. Interromper a sessão parece que “abriu um tempo” para que aquele menino pudesse se sentir escutado, o que viabilizou sua retomada no segundo momento. Se queremos oferecer um lugar possível para que a criança enuncie, como não escutar seu “não”?

O que defendemos aqui se estende a todos os momentos dos tratamentos, como veremos a seguir. O que acontece nessas *entrevistas preliminares* espalha efeitos ao longo de todo processo que se segue e até mesmo determina seu seguimento. Assim, passemos aos processos que, no caso do paciente ter participado das primeiras entrevistas, são uma continuidade. No especial caso das crianças, entretanto, é quando se inicia a relação.

4.2 O tempo do continuar

Nesta seção, voltaremos nossa atenção para os caminhos que se constroem a partir da dinâmica que *cada* tratamento imprime. Falaremos em “intervenções”, embora o termo não seja, para nós, um bom tradutor do que ocorre no interior de nossa *clínica*; será por nós utilizado simplesmente por não encontrarmos, em nossa língua, outro melhor que o substitua. Explicamos: para nós, ele carrega o sentido de algo que pode ter uma força quase invasiva. Por isso, ao encontrá-lo em nosso texto, convidamos o leitor a compreendê-lo como fazendo parte de uma via de mão dupla, em que os pares realizam trocas e onde intervir pode ser apontar, realçar, demonstrar e até mesmo silenciar. Ou tão somente *escutar*. Lembramos, também, que para nós, agora autorizados pelo paciente ou seus pais, a entrarmos na relação, um trabalho interno (*eu reflexivo*) também se instaura, ou melhor, perdura ao longo dos processos do lugar do *eu*, ocupado ora pelo paciente, ora pelo terapeuta.

A *triade (eu-tu/ele) ele* cria, como veremos nas cenas narradas, um verdadeiro “bailado”, em que os dançarinos trocam lugares, se revelam, se esquivam, se omitem, tropeçam, vivem e morrem, sem nem mesmo perceberem o espetáculo que protagonizam. Isso porque a trindade “*está inscrita em nossa condição de ser falante*. Quero dizer que existe uma *trindade natural* – como se diz *língua natural* – imanente ao ato de falar” (DUFOUR, 2000, p. 17). *Eu* e *tu*, terapeuta e paciente se alternam. *Ele*, tomando diferentes lugares: da língua, do sintoma, do sofrimento. ~~Ele~~, operando, de sua radical ausência, e possibilitando essas relações. Todos em movimento, todos se modificando, a *cada* ato, a *cada* enunciação. O novo se apresenta. Esse é o verdadeiro fundamento, pensamos, para o deslizamento do sintoma. Esse é o fundamento para a existência de uma *clínica dos distúrbios de linguagem*. O sentido para nossa própria existência como terapeutas. E como homens no mundo.

Iniciaremos com a reflexão sobre os tempos do terapeuta e do paciente, que não estão determinados em lugar algum que não seja o próprio *sujeito*. Assim, qualquer afirmação sobre tempos para que ocorram as mudanças ou tempos dos processos cairá no vazio, pois, se o

tempo é singular, não há regra que dê conta desse tipo de previsão. Após tomarmos, dos ensinamentos de nossa clínica, efeitos da conquista do lugar de *eu* para os pacientes e efeitos do acolhimento desses *sujeitos* com seus sintomas, problematizando a convicção clássica de que sintomas devem ser abatidos.

4.2.1 Os tempos do paciente e do terapeuta

Cena clínica: paciente adulto, cantor profissional, com queixas na emissão vocal. Já no primeiro encontro, seguindo os protocolos acadêmicos para pacientes de voz, solicito que faça uma consulta com otorrinolaringologista (ORL) para identificarmos se apresentava alguma alteração orgânica. Passam-se algumas sessões, e o paciente não havia, até então, seguido minha orientação. Volto a insistir. Durante aquela semana, me envia um e-mail com o seguinte “assunto”: “*consluta* ao ORL” e descreve a consulta. Não imediatamente observo como escreveu o assunto do e-mail. Sim, para ele, naquele momento, por suas razões, que não descreverei aqui, ir ao ORL era uma verdadeira “*luta*”, “*com luta*” ele foi. Só eu ainda não havia percebido...

Podemos nos perguntar, a partir dessa cena: que *escuta* seria essa? O terapeuta conseguiu, nesse momento, dar-se conta do momento que atravessava o paciente, ou estava preocupado em seguir aquilo que “é indicado” cientificamente? Esse, para nós, é o grande aprendizado: o saber científico pode e deve estar ali; mas devemos saber o melhor momento para que se imponha. Esse será definido pelo paciente... *na* e *pela* transferência.

Nesse sentido, questionamos um dos principais apoios do que comumente se faz e se ouve sobre o *fazer* no campo da Fonoaudiologia clássica. Trata-se do que se entende como “planejamento” do trabalho junto aos pacientes, o conhecido “planejamento das sessões”, e sobre as previsões em torno do tempo de uma terapia. Insistimos: trabalhamos com *sujeitos*. Para nós, é no *aqui-agora* de cada encontro que se dá a construção do trabalho, *junto* com o paciente, a partir da sustentação do laço *transferencial* e do que esse nos ensina sobre os tempos do *sujeito*. Nossa experiência teima em nos mostrar que o eixo do trabalho é o desejo do **paciente**, **ele** deve ser escutado. Compartilhamos, aqui, o que nos apontaram dois pequenos sujeitos, a partir de sua grande sabedoria. Eis a primeira cena:

Cena clínica: primeiro encontro com um menino de quatro anos. Estávamos frente a frente, nos apresentamos e começamos a conversar. Ele era bastante “falante” e amadurecido para o que se espera para uma criança de sua idade. Perguntei se sabia o motivo de estar ali. Respondeu prontamente algo como: “Sim! Mas na outra vez! Porque primeiro eu tenho que saber o que tem naquele armário... olhar aqueles jogos... brincar...”. Ele falou isso usando uma entonação bem pausada, didática, me “ensinando”. Aprendi. Era maduro, sim. Mas criança. E crianças brincam. Minha tarefa era me desvencilhar do meu objetivo e técnicas e descobrir, pela via que ele propunha, as formas de intervenção que lhe fizessem sentido. E isso só poderia acontecer com sua participação.

A segunda cena é constituída por diferentes momentos ao longo do tratamento de uma menina, também de quatro anos.

Cena clínica: era uma menina com um sintoma na linguagem que me pareceu bastante simples e pontual; imaginei que poucos encontros seriam suficientes para “resolvê-lo”. Em um dos primeiros encontros, ela achou em uma caixa de brinquedos um molho de chaves coloridas e exclamou: “as chaves dos portais!”. Ao longo das sessões que se seguiram, a cada dia escondia as chaves em um lugar na sala e retomava a tarefa na sessão seguinte. Fomos trabalhando em seu tempo, que foi bem mais longo do que eu imaginara a princípio. As chaves mudando de lugar, fazendo função na relação, os “portais” se abrindo aos poucos. Na última sessão, em que criamos um ritual de despedida (ela propôs um piquenique na sala), ao sair, ela tirou as chaves do último esconderijo e as devolveu à caixa original.

Essas cenas confirmam nossa convicção de que planos prévios dificilmente funcionam. Obviamente, dizemos novamente, somos os portadores do saber, da técnica, para isso nos preparamos. Contudo, não estamos “a seu serviço”; eles têm seu lugar e sua configuração determinados por *cada* processo terapêutico, norteados pela *transferência*. Vejamos o que nos diz Levy (2010, p. 232-233) sobre o trabalho na terapia psicomotora e que nos serve lindamente no trabalho da *clínica dos distúrbios de linguagem*:

Manejar a transferência permite saber como situar-nos, como nos colocarmos, como abrir novos espaços, o que calar, o que dizer, mas tendo

claro que nosso ponto de mira é ajudar a criança a que consiga desde sua abordagem um manejo mais adequado do corpo para si, ou, desde nossa abordagem, a possibilidade que se constitua num sujeito de aprendizagem mais autônomo, menos perturbado. [...] Se a aprendizagem se dá numa relação de intercâmbio, o lugar em que se instale o terapeuta a respeito do conhecimento e do corpo da criança é fundamental. [...] Submeter-se a uma experiência em que os passos não estejam prefixados por uma planificação estruturada, seja essa psicopedagógica ou psicomotora, não é fácil, pois implica saber como a criança constrói seu conhecimento nos diferentes âmbitos, quais são os sistemas de compreensão que subjazem a sua ação, como se manifesta seu corpo, compreender suas hipóteses, a significação das mesmas, seu erro cognitivo, assim como, muitas vezes, confrontar-se com um não-saber. [...] Para poder aprender algo novo, torna-se necessário poder tolerar o não-saber, o vazio que aí fica marcado, o que, necessariamente, remete à castração, e constitui o acontecimento propriamente humano, estando em jogo tanto para a criança como para o terapeuta.

Quando conseguimos lidar com a *transferência* e oferecer o lugar de *eu* a nossos pacientes, efeitos se produzem. Alguns muito surpreendentes. Nosso desafio é sustentá-los junto ao paciente. Mudanças, mesmo que desejadas, podem também assustar. É o assunto de nossa próxima seção.

4.2.2 Efeitos da conquista de ter um lugar de *eu*

Como vimos no Capítulo 3, nas inversões entre *eu* e *tu*, em que o tempo e espaço são compartilhados, a troca do operador *eu* é a sede do gozo de cada falante. Gozo esse que se constitui na partilha. Cada um, a *seu* tempo, preenchendo a “concha vazia”, desde que o *outro* lhe ofereça esse lugar. Na e pela *transferência* oferecemos aos nossos pacientes essa possibilidade. Ali. No *aqui-agora* da relação. E eles, ao ocuparem esse lugar, ao se fazerem sujeitos de seu dizer, muito têm a nos ensinar. Tornam-se ativos em seus processos, nos dão as pistas sobre sua permeabilidade, seu tempo, seu desejo:

Cena clínica: no atendimento de um menino de seis anos, com o qual já havia um laço transferencial consistente, abordei com ele o assunto “mamadeira” (os pais haviam relatado que em casa ele participava dos churrascos familiares, comia de tudo, mas depois pedia: “mamãe, faz meu mamazinho?”). Perguntei, então, se não pensava em parar de tomar mamadeira. Bem determinado, respondeu: “Não, nunca vou parar! Eu adoro”. Brinquei com ele, imaginando ele adolescente, com a namorada no cinema, pegando a mamadeira na mochila. Bem sério me respondeu: “Eu vou ficar solteiro”. Entendi que esse assunto não era brincadeira para esse menino e calei. Passados alguns meses, traz o assunto, espontaneamente:

“Quando fizer sete anos vou parar de tomar mamadeira. Ponto final.”. E foi o que fez.

Entendemos que o fato de já haver um laço entre o terapeuta e o paciente permitiu ao terapeuta brincar com algo que para o paciente era difícil de lidar e, de alguma forma, pode ter sido uma boa forma de intervir. Entretanto, o *calar-se* foi fundamental. O limite que o paciente impôs ao terapeuta era claro. Bastava escutá-lo e conservar o espaço de *eu* que o menino estava conquistando.

Esse lugar, ao ser ocupado, se revela, muitas vezes, de forma inusitada. Há casos, e isso muitas vezes gera angústia no terapeuta, em que se faz presente a defasagem entre o tempo de um e de outro. O tratamento, para o terapeuta, parece “congelar”, parar seu movimento. E quando é menos esperado, algo ali acontece e o paciente nos surpreende. Parece, pensamos nós, que isso está diretamente ligado à apropriação do lugar de *eu* pelo paciente:

Cena clínica: menina por volta dos sete anos, após algum tempo do tratamento, quando somente o fonema /r/ ainda não aparece em suas produções. Em determinado dia, traz para a sessão um cartaz que fez na escola e que foi muito elogiado pela criatividade e consistência das informações. Antes de lê-lo, me avisa: “vou ler com todos os erres, tá?”. Eu me surpreendo muito com sua “articulação” do som que antes não conseguia realizar, mas logo percebi que sua dificuldade, até ali, se referia a poder apropriar-se de seu lugar e enunciar. Estava pronta para isso.

Para podermos oferecer lugar ao outro, precisamos supor algo em sua direção. Muito comum é que essa suposição, por algum motivo, falhe nos pais, na escola, no social. Ajudá-los a construir ou recuperar essa suposição é nossa tarefa. Ao se apropriar desse lugar, o paciente também passa a se impor e, de alguma forma, mostrar que algo nele está em movimento:

Cena clínica: menina de oito anos. Além do atendimento fonoaudiológico, estava em acompanhamento emocional. Para mim e sua psicóloga, vinha mostrando grandes evoluções. A mãe, ansiosa, não conseguia ver o mesmo. Paralelamente aos atendimentos, fazia investigações e a submetia a testagens junto a outros profissionais. Em uma consulta com uma

neurologista, quando relatava para a médica a história dessas buscas, a menina, que estava junto, foi ficando inquieta, até que chorando gritou: “Eu não sou doente!”.

Mesmo as crianças que ainda não têm os recursos suficientes para se fazerem entender, na medida em que vão ocupando esse lugar, encontram sua singular forma de mostrá-lo conquistado, seja com o grito, o ato ou o até o silêncio.

Os espaços para pensarmos e repensarmos sobre nossa prática se situam, de nosso ponto de vista, em diferentes lugares: *na* cena, fundamentalmente; mas em outros que pensamos fundamentais, além da cena: após o que aconteceu, em discussões com nossos pares, com outros profissionais envolvidos no caso, em supervisão, na análise pessoal. Assim, não se acaba ao final das sessões nosso trabalho, assim como sabemos que o que ali acontece acompanha nosso paciente. Muitas vezes, somente dias depois encontramos os sentidos da cena que com ele compartilhamos.

Para encerrarmos esta seção, tomamos uma comovente cena, que vem brindar esta discussão:

Cena clínica: um menino de cinco anos, que já conhecia as letras, estava brincando com uns blocos de encaixe que tinham figuras nas faces e o nome correspondente em inglês. Estranhou que no desenho de uma orelha a letra inicial era “e” (*ear*). Perguntou por quê. Falei que *ear* era *orelha*, em inglês. Ficou pensativo e disse: “Tu é uma *ear*!”). “Que bom, esse menino sente que tem um lugar aqui”, pensei. Ele sentia-se escutado. Pelo menos, foi essa minha interpretação...

4.2.3 Buscando o *traço dos casos*

Nosso campo, como se sabe, possui uma vasta literatura que se dedica aos sintomas na linguagem. Conhecê-los e reconhecê-los, sem dúvida é de importância inquestionável. Afinal, são eles que levam os pacientes a buscarem nossa ajuda, e deles esperam que possamos dar conta. Situamo-nos entre aqueles que vêm se preocupando em ampliar essa discussão, no

sentido de singularizar a *escuta* dessas “falhas” e de construir, a partir dela, formas de intervenção também singulares²⁵.

Os trabalhos e reflexões desses pensadores nos remetem a uma “releitura” dos sintomas com os quais lidamos na *clínica dos distúrbios de linguagem*. A partir do que esses autores já produziram e elaboraram, podemos agora avançar na direção de uma *clínica* que, no encontro entre o paciente e seu terapeuta, pela via da *transferência*, tornem possível a manifestação e a *escuta* das singularidades. Destacamos, por exemplo, o que nos diz Surreaux (2006, p. 130), sobre o que entende ser o papel do terapeuta frente ao sujeito com fala sintomática, a partir das relações que estuda sobre a noção de sintoma, apoiada na psicanálise freudo-lacaniana:

Ele seria aquele que escuta a produção criativa de seu paciente desde um lugar de suporte. Mas aqui entra em cena uma especificidade da escuta na *clínica de linguagem*. A noção de suporte é por mim sugerida nas suas duas conotações, muito próprias à *clínica de linguagem*: por um lado, o terapeuta sustenta aquela fala subversiva para reconhecer em seu paciente um falante, ou seja, imaginariza um lugar de falante para aquele que vem sendo considerado não-falante (ou mal-falante), criando um contexto em que se considera o paciente como um par em posição de enunciação; e ao mesmo tempo ele suporta, às vezes por muito tempo, a repetição de uma fala sintomática até o momento em que o sujeito dela conseguir se apropriar e produzir deslocamentos, fazendo uso criativo de seu sintoma, ou seja, se permitir falar.

De pronto nos sintonizamos com a autora: se bem observarmos, ela fala no paciente, no *sujeito* com fala sintomática, não simplesmente em *sintoma*. Isso nos interessa. Compreender determinado sintoma que um *sujeito* produz dá-lhe vida e autoria. Com isso lidamos. Também aceitar o que é possível para *aquele sujeito* no tempo que for necessário se configura como o grande desafio, já desde o primeiro momento de qualquer processo, em nosso ponto de vista.

Observamos, em nossa *clínica*, o efeito desse acolhimento. Muitas crianças apresentam, em função de suas dificuldades, uma fala incompreensível, especialmente quando ainda não estamos familiarizados com a forma como conseguiram organizar seus dizeres. Isso as angustia e, por vezes, as faz desistirem. Ao dizermos o quanto estamos interessados em entender o que dizem, isso as encoraja, e o diálogo se torna possível. Obviamente essa intervenção não é uma “receita”, mas o sentido que carrega é um bom começo para o

²⁵ Ver nota de rodapé 14 (p. 36).

estabelecimento da *transferência*. Estaremos, dessa forma, oferecendo ao paciente um *lugar* onde possa sentir-se aceito e acolhido, apesar de seus “erros”.

Da mesma forma, pacientes adolescentes ou adultos mostram-se comumente constrangidos quando não conseguem pronunciar algum fonema, quando “tropeçam” (trocam fonemas), “gaguejam” (por disfluências), estão “roucos” (por disfonias). Chegam a se desculpar. Boas situações para pensarmos sobre como criar, juntamente com eles, o espaço possível para que possam se apropriar de sua produção e criar os deslizamentos necessários. Para nós, é no tecer da relação, pela via da *transferência*, que se cria essa possibilidade. Antes da técnica, situar o sintoma e seus efeitos em cada *sujeito*, o que pode levar algum tempo, é o que torna possíveis os deslizamentos desejados.

Temos de considerar, também, que o sintoma, além de ser revelador de nossos pequenos e grandes *sujeitos*, exercem funções importantes fora deles, o que pode ser determinante no andamento dos casos. Vejamos o que nos diz Bergés (1988), quando estuda as relações entre os retardos de linguagem e as perturbações do campo afetivo da criança. Seu texto chama a atenção para o aspecto global que demanda a compreensão desses casos, que denomina como “retardos de linguagem nas síndromes regressivas”.

Trata-se, no exame inicial, de ressituar incessantemente os dados assim colhidos, não parar na constatação do retardo, mas dar-lhe sentido, esclarecê-lo, não pelas qualidades específicas deste retardo ou pela enumeração sintomatológica das dificuldades, mas esforçando-se na apreciação da qualidade do lugar da criança falante, da criança comunicante. (BERGÉS, 1988, p. 23)

E ainda, referindo-se a muitos casos desse tipo: “não deve deixar esquecer que é frequentemente desejo dos pais deixar seu rebento na posição de *infans*, aquele que não fala” (BERGÉS, 1988, p. 23). Entendemos, assim, que há momentos em que recuar é avançar. Como já vimos, as resistências também fazem parte das relações *transferenciais*. Cabe a nós aceitá-las, acolhê-las, decifrá-las e trabalhá-las.

Assim, mais do que interessados na simples identificação dos sintomas de nossos pacientes, buscamos os *sujeitos* que a nós se apresentam, com seus sintomas, tão singularmente carregados, suportados e instigantes. Fazemos isso também inspirados em um texto da psicanalista Leda Bernardino (1990), no qual a autora trabalha, a partir de seus estudos de Freud, Lacan, Charles Melman e outros autores, a questão do “traço do caso”.

Embora tenhamos objetivos diferentes da autora, sua interpretação sobre essa questão muito nos interessa. Bernardino parte da definição de Melman sobre fato clínico: descreve-o como o destacamento de um traço e diz que nos casos clínicos há algo que faria “um”. Esse “um” identificaria sua especificidade. Passa, então, para a questão psicanalítica sobre a singularidade de cada paciente, sobre o que dá lugar ao único. Para Freud, nos diz Bernardino, cada um deve constituir um aparelho psíquico a partir de sua história; para Lacan, implica o processo para o surgimento do sujeito e como se relaciona com o traço que o funda.

A respeito da questão levantada por Melman, sobre o que faz com que nos mantenhamos pela estranha permanência, que sejamos aproximadamente os mesmos ao longo de nossa existência, Bernardino lembra a criação de Lacan, o conceito de *traço unário*. Foi como Lacan denominou essa marca identificatória, que se faz necessária para o reconhecimento do sujeito no campo simbólico. “Unário”, por permitir o sujeito contar-se como “um”, diferente dos outros.

Vejam os a concepção de Bernardino (1990, p. 23):

Situar o traço é encontrar, nos diferentes pontos de repetição de um sujeito, o que marca sua singularidade, relacionada certamente com sua estrutura clínica e com seus sintomas, mas peculiares a ele [...] podemos dizer que o traço é o *fato clínico* fundamental, básico, porque ele inicia a clínica. Algo que é destacado, que aponta um enigma cifrado, que convida a uma leitura. É o estatuto de sintoma: um fato enigmático, que convida o clínico a trabalhar.

É na *escuta* de cada sujeito, na *transferência*, que se dá a possibilidade de se chegar ao *traço do caso* que faz enigma. Bernardino ainda destaca que, quando se trata da clínica da infância, os discursos são plurais (além da palavra do sujeito, tem a palavra dos pais, professores ou outras pessoas do campo social). Para a autora, nesses casos a operacionalidade do destacamento do traço do caso se dá a partir da escuta de todos esses discursos.

No campo da *clínica dos distúrbios de linguagem*, entendemos que trabalhar dessa perspectiva é o que preserva a singularidade de nossos pacientes. Quando escutamos seu sintoma como produção única, estamos nos aproximando do *sujeito*, que é o que buscamos. Entendemos que nosso esforço deva ser destinado a compreender a função do sintoma para *aquele* paciente em questão. O que representa, o que revela, o que o sustenta e, talvez o mais importante, qual o momento e de que forma auxiliar o paciente a lidar com ele, o que é

absolutamente singular. Em *seu* tempo, o paciente vai fornecendo, àquele que está ali para escutá-lo, as pistas para o trabalho. Terapeuta e paciente criando juntos as possibilidades de mudança. Não existe outra forma, pelo menos para os que trabalham na perspectiva que estamos defendendo.

Aqui reside o que de diferente tentamos imprimir na *clínica dos distúrbios de linguagem*: uma abertura possível ao que, em geral encontramos na literatura clássica da Fonoaudiologia. Dar esse novo estatuto ao que lá chamam simplesmente de “sintoma” define, não temos dúvida, uma nova forma de intervir, de construir uma *clínica* e de nos aproximarmos dos *sujeitos* que nos procuram.

4.3 O tempo do finalizar

Os efeitos do trabalho construído por paciente e terapeuta, ao longo de cada processo, não se limita à porta do consultório e, muito menos, ao final dos tratamentos. Ao longo do curso, vamos encontrando as pistas de que as mudanças (e isso é o que nos interessa) que ali se iniciam repercutem nas relações externas, seja na família, na escola, nas relações sociais. Escutamos relatos de pacientes, como os dois que descrevemos a seguir:

Cena clínica: paciente adulta, professora de música, com queixas de cansaço vocal, extremamente ansiosa por isso. Trouxe seus exames, em que foi identificada leve assimetria entre as pregas vocais (o que era insuficiente para justificar o nível de suas queixas). Iniciamos o trabalho, no qual, além dos exercícios necessários para seu problema vocal, conversávamos muito sobre seu trabalho. Juntas, fomos identificando que usava diariamente posturas inadequadas para realizar suas atividades, desdobrava-se para servir de exemplo às crianças, fazendo diferentes emissões vocais (que chamamos de abuso vocal), para mantê-los atentos etc. Após algum tempo, começou a trazer notícias sobre muitas mudanças que começou a instaurar em sua prática profissional, sobre situações em que começou a buscar ajuda (o que antes nem cogitava) e a posicionar-se frente às exigências da instituição em que trabalhava etc. Sua voz mostrava-se em evolução; seus exames foram normalizando. Observava que a paciente foi redescobrando sua atividade, e isso era muito estimulante para ela. O interessante foi que eu pouco intervinha; ela, bastante falante, passou a também *escutar-se*. Ali,

naquele espaço que era seu, semanalmente. E foi (re)construindo sua relação com a sua voz. Os efeitos do trabalho ultrapassaram a questão de seu cansaço e qualidade vocal. A paciente apropriou-se e responsabilizou-se por seus sintomas. Precisava, parece, de um lugar e de uma *escuta* para poder lidar com eles e ressignificá-los.

Cena clínica: paciente adulta, com queixa de voz abafada, imprecisão articulatória e produção imprecisa de alguns fonemas. Conta de suas dificuldades para falar em público e, como era muito falante, sentia-se frustrada em eventos sociais. Um dia, relata que foi a uma palestra de lançamento de um livro e que, ao final, abriram o evento para questões. Quando percebeu, já estava de braço erguido, fazendo uma pergunta. Narra a experiência com muita alegria e fala, então, de outras mudanças que vinha percebendo em seu cotidiano.

Por vezes, entretanto, os efeitos geram algumas queixas, como pais que reclamam que seus filhos passaram a convocá-los para brincar, ou a fazer muitas perguntas. Por isso, no caso das crianças, o trabalho de escuta dos pais, em nossa concepção, também constitui o trabalho, seja para suportarem os tempos de seus filhos, acolherem suas mudanças, ou reapropriarem-se de seu lugar junto a eles.

Os finais dos processos que vivemos com nossos pacientes, como não poderia ser diferente, também são decididos com sua participação. O tempo de finalização não se resume ao “alcance dos objetivos”, trata-se de uma aposta na autonomia do outro, por parte do terapeuta, e da segurança em assumir a autonomia conquistada, por parte do paciente. Alguns, mesmo bem pequeninos, logo percebem o momento em que isso vai acontecer.

Cena clínica: menino de quase três anos, que conseguiu ter grande evolução em poucos meses. Quando comecei a pensar em liberá-lo, pois os fonemas que ainda não produzia logo se organizariam por sua nova posição com relação à linguagem, em uma sessão pegou na caixa de brinquedos um megafone e falou, em direção à porta de saída do consultório: “Ôta quiança! Podi entá!” [transcrevo com base na oralidade].

As resistências a esse momento, entretanto, podem se apresentar de diversas formas: seja pela linguagem, seja pelo brincar, ou na fala dos pais. Por vezes, é necessário um alongamento no processo.

Cena clínica: menina de cinco anos, teve uma evolução mais rápida do que o previsto. Um dia, brincando, disse, como para si mesma: “Eu vou ficar aqui até ser adulta! Não vou conseguir aprender, então vou vir aqui atééééé ficar adulta...”.

Encerramos nossos relatos com a fala de um menino de sete anos, encantado pelos jogos eletrônicos da atualidade. Ele me interrompeu, ao prepará-lo para a finalização, falando-lhe sobre seus progressos. Olhou-me firmemente e disse: “Tu quer dizer que eu passei de fase?”.

Sobre a *tríade (eu-tu/ele) ele*, podemos tecer algumas considerações, também no “tempo do finalizar”, a partir do que nos ensina a *clínica dos distúrbios de linguagem*. Se tomarmos o fato de que há pacientes que, após a finalização, voltam a nos procurar, seja por recorrência de determinado sintoma ou alguma outra questão, assim como novos pacientes que chegam por indicação dos antigos, podemos pensar que o *ele* da tríade, uma vez vivido não se esvai. O que é instigante: justamente o inapreensível, o intocável é o que perdura. Estamos falando em *transferência*. Se construída, resiste ao tempo. E dessa experiência *transferencial* sempre saímos diferentes. E, paradoxalmente, por sairmos diferentes, também afirmamos: mesmo que um paciente um dia retorne, a relação que se estabelecerá entre ele e o terapeuta será uma *nova* relação. A ser construída no *aqui-agora* de um novo *tempo*.

4.4 Os restos

O paciente se vai. Ficam seus vestígios: o espaço na agenda, um desenho esquecido, a lembrança de um dito, recordações do vivido. Como nós, que estivemos tão implicados em seu processo, lidamos com essa (mais essa) falta? Escrever sobre essa experiência pareceu-nos ser uma boa saída. Fica marcada na letra. Em Julieta Jerusalinsky, encontramos:

Pela escrita do caso clínico o analista, a partir da experiência dessa transferência opera uma nova transposição na qual, ao dirigir-se à comunidade, retoma o que desse caso fez furo em seu saber e levou-o a interrogar a teoria implicando-se em uma práxis na qual comparece inevitavelmente seu estilo, seus próprios traços. (JERUSALINSKY, J., 2009, p. 235)

Falamos, no processo da tese, do que os pequenos “restos”, nossas *cenias clínicas*, nos perguntaram, nos instigaram, nos afetaram, do que pudemos elaborar (pois sabemos incompleto) a partir de seus cruzamentos com o corpo teórico que selecionamos de nosso percurso singular. Ficam, agora, os restos.

4.5 Considerações parciais

Esse capítulo teve como objetivo colocar em evidência as relações entre o *saber* e o *fazer*, com base no que nos interroga a prática clínica da autora desta tese na *clínica dos distúrbios de linguagem*. O percurso realizado foi na direção da retomada dos conceitos trabalhados nos capítulos anteriores, colocando-os, agora, a serviço da reflexão sobre as relações que se estabelecem entre o paciente e o terapeuta nessa *clínica*. Procuramos encontrar os enlaces entre **linguagem, transferência e clínica**, tentando conservar, no texto, os movimentos entre o *saber* e o *fazer* que caracterizam o que vivemos nas relações com nossos pacientes.

Tomamos como norte, na construção deste capítulo, os *tempos* da clínica. Como organizadores da análise, pois os sabemos dilatáveis: tempo do começar, tempo do continuar e tempo do finalizar. Em cada um deles, fomos constatando, a partir dos movimentos que aconteciam entre *eu, tu* e *ele*, a presença da *transferência*. Sempre ali, sustentando essas relações.

Ao observarmos as *cenias clínicas*, a evidência da presença de (*eu-tu/ele*) **ele** é incontestável, mesmo na frase mais curta que *eu* dirija a *tu*, mesmo no silêncio. Em todo e qualquer *tempo*. Isso já podemos afirmar. Cabe, então, a cada um, de sua singularidade, lidar com tal evidência nas relações que estabelece.

Os movimentos dessa *triade*, constatados ao longo de nossa análise, encaminham-nos, sobretudo, na direção da *escuta* dos nossos pacientes. Ela é quem dá as pistas para podermos ajudá-los em suas buscas, nas trocas que se realizam, a partir dessa *escuta* e sustentados pela *transferência* que vão acontecendo as mudanças.

Pensamos que conseguimos chegar, com este capítulo, ao que constitui nossa concepção sobre as relações entre o paciente e o terapeuta na *clínica dos distúrbios de linguagem*: a de que **linguagem, transferência e clínica** são inseparáveis.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao ser questionado sobre o porquê de escrever, Valter Hugo Mãe (2015) responde que a gente não escreve sobre o que já sabe. Que o que já se sabe já ficou. Um autor escreve sobre o que procura, sobre o que não sabe. A adrenalina do ato de escrever situa-se na busca do desconhecido. “É uma oportunidade de revelação”, diz o autor português.

Por isso escrevemos: porque não sabemos. Então, buscamos.

A inspiração desta tese foram as indagações formuladas a partir de uma experiência clínica de mais de vinte anos no campo da *clínica dos distúrbios de linguagem*. Nela, falamos em relações que acontecem no interior dessa *clínica*. E também em relações com *saberes* de outros campos. Durante esse processo, *vivemos* relações que não são explicitadas no texto, mas que, certamente, deixam nele seus efeitos (entre orientador e orientanda, com as bancas de qualificação, com leitores que nos ajudaram durante esse tempo). Todos saímos diferentes.

Nosso percurso passou por quatro momentos, distribuídos em quatro capítulos, embora seus temas tenham se reencontrado em muitos deles, se não em todos. Retomaremos cada um aqui, porque na tese falamos em processos. E sua escritura também passou por um, cujos encadeamentos agora, ao final, ficam muito claros.

Iniciamos a tese lançando o olhar sobre a História da clínica e a concepção de sintoma nos diferentes tempos. Foi a forma que encontramos de melhor compreender as origens remotas e a evolução dessas noções, que certamente fizeram e fazem função na constituição da prática da Fonoaudiologia e nas demandas sociais em nossa direção.

No campo da Fonoaudiologia, nosso interesse se situa, mais especificamente, na *clínica dos distúrbios de linguagem*. Queríamos tocar no tema que já nos instigava desde nossa dissertação de mestrado e diariamente, no *aqui-agora* das relações com nossos pacientes: sobre como as relações se constroem e sustentam, a cada tempo, no interior dessa *clínica*. Sobre como *saber* e *fazer* se relacionam nessas construções. Demos um início tímido a esse processo, bordejando escritos vindos do campo da Psicanálise. Em nossa primeira banca de qualificação, veio a provocação: falar em relações, implica estudar a *transferência*. Foi no *après coup*, como tudo que acontece na linguagem, que essa fala se cobriu de sentido. E cresceu. E se transformou em nosso segundo capítulo.

Nele, então, nos dedicamos aos estudos sobre a noção de *transferência*, vinda da Psicanálise, em especial a psicanálise freudo-lacanianana. Abordamos essa noção, com seus devidos desdobramentos e a partir de nossa particular leitura, ou seja, tentando “traduzi-lo” para nossa experiência, para compreender o que se passa nas relações entre os *sujeitos* envolvidos na *clínica dos distúrbios de linguagem*. Finalmente apropriados da noção, e por entendermos que a *transferência* inaugura, constrói e sustenta toda e qualquer relação, ela passa a fazer parte de nosso vocabulário e “invade” os próximos capítulos.

Não sozinha. Porque ela só existe ancorada na linguagem. As relações precisam da linguagem para acontecerem, pela via da linguagem se constituem. Esse é o tema de nosso terceiro momento: buscamos, na Linguística, especialmente nos estudos sobre enunciação de Émile Benveniste, os fundamentos para compreender os movimentos entre *eu*, *tu* e *ele* e suas relações no ato de enunciar. Encontramos, então, a partir da fina leitura que o filósofo Dany Robert Dufour realizou sobre o que Benveniste inaugurou, o que talvez seja o “ponto alto” de nossas reflexões, nesse processo: o lugar da *transferência*. Embora intocável, inapreensível, invisível, e *constitutiva* de todo e qualquer ato enunciativo, ela tem um lugar. Ela reside na constituição da estrutura trinitária. É a *ausência radical*, presente em toda e qualquer relação de troca entre *eu*, *tu* e *ele*. Por isso seu poder fundador.

Passamos, então, ao quarto momento. Embora já com seu lugar reconhecido como motivadora da escrita desta tese e tenha protagonizado toda a discussão até então, é nesse capítulo que a *clínica dos distúrbios de linguagem* ganha seu maior destaque: interrogando o terapeuta, o paciente, as teorias. Surpreendendo, trazendo o novo, recuando e avançando. Nessa seção, sintonizados ao que acontece na *clínica*, fazemos associações, tentamos compreender, nos expomos em nosso não saber. E concluímos: **linguagem, transferência e clínica** andam sempre juntas, e, nos movimentos que ali imprimem, dando sentido ao nosso trabalho na *clínica dos distúrbios de linguagem*.

Pensamos ter conseguido, ao final deste processo, como era nossa proposta inicial, construir uma noção de *Clínica* que colabore com os profissionais que se dedicam, de alguma forma, ao trabalho com a linguagem, junto aos seus pacientes.

Trabalhar com linguagem é trabalhar com *sujeitos*. Como ouvimos de Alfredo Jerusalinsky (2017), “a letra não sabe. O ponto não sabe. A linguagem não é objeto positivável”. E cita Lacan, que dizia que é necessário colocar em movimento, colocar em ato,

para termos a experiência desse saber. O sistema, dizia Lacan, não carrega o saber, não funciona *per se*. Quem dá o movimento é o sujeito do inconsciente.

Trabalhamos com linguagem. Implicados. Isso não tem volta. Cabe a cada um de nós responsabilizar-se por isso. Muitas vezes acertamos; outras, erramos. E assim vamos aprendendo. Essa foi nossa escolha. Se *escutarmos* nossos pacientes essa tarefa fica mais leve, garantimos. E criativa. O fato de haver espaços para que cada um ocupe um lugar na relação abre o caminho para a surpresa, para o inusitado, para a invenção. Isso percebemos em ato, ao rejeitar protocolos:

Aqueles cujas obras desafiam as classificações e semeiam em todas as direções fecundam a inventividade; já os métodos pseudorracionais nunca serviram para grandes coisas. Como redesenhar a página? Esquecendo a ordem das razões. É preciso mudar de razão. O único ato intelectual autêntico é o da invenção. (SERRES, 2015, p. 54)

Falamos, nesta tese, a partir de *nossa* imersão na clínica, *nossa* implicação, que sabemos singular. Entretanto, temos a expectativa de que nosso desassossego possa produzir novos desdobramentos e efeitos que se estendam para o campo daqueles que se dedicam ao trabalho junto à *clínica dos distúrbios de linguagem* e mesmo a outras especialidades da Fonoaudiologia. Porque todos nós trabalhamos com *sujeitos*. Complexos. Únicos.

Encerramos, aqui, um processo longo, desafiador, prazeroso e que nos tocou profundamente. Esperamos que essa discussão mantenha seu vigor e produza novos efeitos. Em nosso trabalho, já se fazem evidentes. Em nossa vida também.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BENVENISTE, E. *Problemas de linguística geral I*. São Paulo: Pontes, 2005.
- _____. *Problemas de linguística geral II*. São Paulo: Pontes, 2006.
- BERGÈS, J. Retardo da linguagem e afetividade: escritos da criança. *Centro Lydia Coriat*, Porto Alegre, n.2, p. 21-29, 1988.
- BERNARDINO, L. O traço do caso na clínica psicanalítica com crianças e adolescentes. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*. Associação Psicanalítica de Porto Alegre, Porto Alegre, v. 1, n. 1, 1990.
- CALLIGARIS, C. *Cartas a um jovem terapeuta: o que é importante para ter sucesso profissional*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.
- CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014.
- CARDOSO, J.L. *Princípios da análise enunciativa na clínica dos distúrbios de linguagem*. Tese (Doutorado em Letras), UFRGS, Porto Alegre, 2010.
- CHEMAMA, R. *Dicionário de psicanálise*. Tradução de: Francisco Franke Settineri. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1995.
- COUTO, M. Repensar o pensamento (Conferência). In: FRONTEIRAS DO PENSAMENTO, 2012, Porto Alegre. Disponível em: <<https://www.fronteras.com/videos/repensar-o-pensamento>>. Acesso em: 19 nov. 2017.
- CREMONESE, L.E. *Um olhar enunciativo sobre a relação entre leitura e produção textual na universidade*. Tese (Doutorado em Letras), UFRGS, Porto Alegre, 2014.
- DALPIAZ, S.L. *Sobre o “fazer clínico” diante dos distúrbios de linguagem: o tempo e as condições para a enunciação*. Dissertação (Mestrado em Letras), UFRGS, Porto Alegre, 2012.
- DICIONÁRIO ENCICLOPÉDICO DE PSICANÁLISE: o legado de Freud e Lacan. Edição de: Pierre Kaufmann. Tradução de: Vera Ribeiro, Maria Luiza X. de A. Borges. Consultoria de: Marco Antonio Coutinho Jorge. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.
- DUFOUR, D. *Os mistérios da trindade*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2000.
- FIGUEIREDO, A.C. A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. Ano VII, n. 1 (2004).
- FLORES, V. do N. A linguística na clínica da linguagem. *Cadernos de Pesquisa em Linguística*, PUC-RS, v. 1, n. 1, 2005.
- _____. O linguista e a linguística no CLG. *Nonada: Letras em Revista*, 2009, v.1, n.12, maio-set. 2009. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/5124/512451678004.pdf>>. Acesso em: 7 out. 2017.
- _____. *Introdução à teoria enunciativa de Benveniste*. São Paulo: Parábola, 2013.

_____. “Mostrar ao linguista o que ele faz”: as análises de Ferdinand de Saussure. In: FIORIN, J.L.; FLORES, V.N.; BARBISAN, L.B. *Saussure: a invenção da linguística*. São Paulo: Contexto, 2013.

FORBES, J. *Da palavra ao gesto do analisa*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1980.

FREUD, S. Sobre o início do tratamento (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise), 1913. In: *O caso Schreber, artigos sobre técnica e outros trabalhos (1911-1913)*. Disponível em: <<http://www.freudonline.com.br/livros/volume-12/vol-xii-6-sobre-o-inicio-do-tratamento-novas-recomendacoes-sobre-a-tecnica-da-psicanalise-i-1913>>. Acesso em: 7 out. 2017.

_____. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira*. Rio de Janeiro: Imago, 1987.

_____. *A interpretação dos sonhos*. Tradução de: Renato Zwick. v. 1 e v.2. Porto Alegre: L&PM, 2002.

GURSKI, R. Algumas observações sobre a clínica da infância. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, n. 39, p. 90-102, jul./dez. 2010

JERUSALINSKY, A. *Neurose de destino em tempos incertos: o que acontece com o sujeito no mundo quando as palavras encolhem (Seminário)*. Associação Psicanalítica de Porto Alegre, 3, 10 e 24 abr. 2017.

JERUSALINSKY, J. *A criação da criança: letra e gozo nos primórdios do psiquismo*. Tese (Doutorado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo: São Paulo, 2009.

LACAN, J. *O seminário: livro 2: o eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1985.

_____. *O seminário: livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro. Jorge Zahar Editor, 1988.

_____. *O seminário: livro 5: as formações do inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1999.

LEVIN, E. A transferência na terapia psicomotora. In: JERUSALINSKY, A. et al. *Psicanálise e desenvolvimento infantil*. Porto alegre: Artes e Ofícios, 2010, p. 203-212.

LEVY, E. Reflexões a propósito da clínica psicopedagógica e psicomotora. In: JERUSALINSKY, A. et al. *Psicanálise e desenvolvimento infantil*. Porto alegre: Artes e Ofícios, 2010, p. 218-235.

MÃE, V.H. Escrever rumo ao desconhecido (Conferência). In: FRONTEIRAS DO PENSAMENTO, 2015, Porto Alegre. Disponível em: <<https://www.fronteras.com/videos/escrever-rumo-ao-desconhecido>>. Acesso em: 29 dez. 2017.

MANNONI, M. *A criança, sua “doença” e os outros*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987.

MEYER, G.R.; BRAUER, J.F. O desejo do analista e a clínica da psicose: análise de um caso. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, Fortaleza, v. 10, n. 1, p. 233-258, mar. 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482010000100011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 7 out. 2017.

MILLER, J. *Percurso de Lacan: uma introdução*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1987.

QUINET, A. *As 4+1 condições da análise*. Rio de Janeiro: Zahar Editor, 1991.

_____. *A descoberta do inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2000.

RAMOS, L.N. Sopa de letras: sobre um significante na instalação da transferência. *Correio da Appoa*, Porto Alegre, n. 77, 2000.

SAUSSURE, F. de. *Curso de linguística geral*. São Paulo: Cultrix, 1975.

_____. *Escritos de linguística geral*. Organização e edição de: Simon Bouquet e Rudolf Engler. Tradução de: Carlos Augusto Leuba Salum e Ana Lucia Franco. São Paulo: Cultrix, 2004.

SERRES, M. *Polegarzinha*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2015.

SURREAUX, L. *Linguagem, sintoma e clínica em clínica de linguagem*. Tese (Doutorado em Letras), UFRGS, Porto Alegre, 2006.

TAVARES, E.E. O brincar na clínica com crianças. *Revista da associação Psicanalítica de Porto Alegre*, n.14, p. 54-67, março 1998.

TEIXEIRA, M. O estudo dos pronomes em Benveniste e o projeto de uma ciência geral do homem. *Revista do Programa de Pós-Graduação em Letras da Universidade de Passo Fundo*, v.8, n. 1, p. 71-83, jan./jun. 2012.

TEIXEIRA, M.; FLORES, V. Linguística da enunciação: uma entrevista com Marlene Teixeira e Valdir Flores. *ReVEL*, v. 9, n. 16, 2011.

VORCARO, A. *Crianças na psicanálise: clínica, instituição, laço social*. 1999. Rio de Janeiro: Cia. de Freud, 1999.