

Sobre a posição do investigador e a do clínico frente a falas sintomáticas

Maria Francisca Lier-De Vitto*

A questão que abordo neste artigo é, em certa medida, metodológica. Digo "em certa medida" porque há uma outra face envolvida no que se compreende por *metodológico*. Refiro-me àquela que diz respeito à posição do investigador ou do clínico frente a falas sintomáticas. Essas produções têm despertado o interesse de pessoas ligadas tanto a áreas clínicas, quanto a áreas não-clínicas ou científicas (Lier-De Vitto, 2000). Começemos por reconhecer que não poderia estar em causa o mesmo tipo de interesse por essas falas, se considerarmos as duas esferas mencionadas acima. Acredito que *admitir diferenças faz diferença* e que a busca de distinções é solo para o balizamento de diálogo que possa ser capaz de propiciar o estabelecimento de um bom-encontro entre campos (Lier-De Vitto, 1995, 2000).¹

Parto, neste trabalho, de uma das *recomendações* de Freud (1912) feitas a médicos que começavam a exercer a Psicanálise, no início do século XX, e que dizem respeito a *regras técnicas*. Como disse o psicanalista, elas foram alcançadas *no decurso de muitos anos* de sua experiência clínica. Convém lembrar que Freud foi um cientista notável² e que, nessas *recomendações*, ele chama a atenção para

* PUCSP. f.lier@uol.com.br

¹ A argumentação que desenvolvo neste trabalho tem em seu pano de fundo muitas discussões realizadas no interior do Projeto Integrado *Aquisição da linguagem e patologias da linguagem* (CNPq 522002/97-8), que coordeno no LAEL-PUC-SP, Projeto que conta, também, com a participação da DERDIC. Desse modo parte do que aqui se desenvolverá é abordado em dissertações, teses e artigos de membros do referido Projeto.

² Foi neurologista de destaque que, por exemplo, nomeou o quadro "paralisia cerebral", que escreveu um livro sobre o assunto com o objetivo de proceder a uma di-

o fato de que tais regras foram elaboradas com base em interrogações nascidas na clínica. Aquela que me interessa mais de perto é a que pode ser lida como um alerta sobre *diferenças* entre a *posição do clínico* e a *posição do cientista* frente a um acontecimento. Freud a enuncia da seguinte forma:

Tomar notas durante a sessão com o paciente poderia ser justificado pela intenção de publicar um estudo científico [...]. Não obstante, deve-se ter em mente que *relatórios exatos de histórias clínicas analíticas são de menor valor do que se poderia esperar [...] a técnica exigida* [pela pesquisa e pela clínica são opostas] (op. cit.) (ênfase minha).

Se, por um lado, a clínica psicanalítica suspende a exigência de constituição de um *corpus* (registro de anotações) porque o testemunho da clínica mostra que essa prática metodológica é negativa ou obstrutiva do bom andamento da análise e se, por outro lado, a regra técnica fundamental é a de “manter a mesma atenção uniformemente suspensa ao que se escuta”, certamente o modo de *relação do clínico ao acontecimento* opõe-se, como sustenta Freud, àquele do cientista-investigador. Ele sublinha ainda mais a importância de se levar em conta essa *não-coincidência de posições* ao afirmar que: “Não é bom trabalhar cientificamente num caso enquanto o tratamento ainda está continuando: [não é bom] reunir sua estrutura, tentar *prever* seu progresso futuro [...] como o interesse científico exigiria” (op. cit.; ênfase do autor).

Podemos retirar dessa recomendação uma conclusão: o analista é mobilizado, na análise, pela *verdade do paciente*, pelo núcleo irredutível de uma singularidade. Nesse caso, o interesse pela *verdade científica* com seu ideal universalizante, seu desejo de predição, tende a fazer de um caso um exemplo, uma ilustração aplicável a situações similares futuras. Tratam-se de direções diferentes, que implicam tendências metodológicas divergentes e que nos levam a considerar que singular e individual não são termos sinônimos: o primeiro – o singular – é irredutível, como disse, insiste como diferença; já o segundo – o individual – faz série numa classe ou conjunto de semelhantes. Por essa razão, ele é tomado como exemplar. Resumidamente, a operação (regularizadora) da analogia, da determinação de similaridades entre acontecimentos, não se aplica ao termo *singular*, sempre abordável pelo lado da diferença, do que não tem par, do que não faz série. Enfim, podemos utilizar, nesse momento, um dito popular para caracterizar essa re-

tinção entre esse tipo de ocorrência neurológica e outras. Freud escreveu também uma famosa monografia, *Sobre as afasias* (1989), que figura entre os clássicos da afasiologia, ao lado de Broca, Wernicke, Jackson e Goldstein, por exemplo.

comendação: “não se pode servir a dois senhores ao mesmo tempo”, quer dizer, não se pode responder a dois ideais (clínico e científico) de uma só vez, comprimir duas posições num só momento e/ou implementar os mesmos métodos num único lance.

A oposição entre *técnicas*, indicada pelo fundador da Psicanálise, toca numa questão ética, ou melhor, no problema da *posição de um sujeito* (clínico ou cientista) frente a um acontecimento. De fato, posições diferentes implicam éticas diferentes e, no caso deste trabalho, envolve refletir sobre o fazer do lingüista e a do clínico de linguagem. Justifico, também, a introdução da Psicanálise nesta discussão pelo fato de que, nesse espaço, a linguagem é protagonista e de que Freud pôde fundar uma clínica singular: nem médica, nem pedagógica ou de reeducação.³ A criação freudiana não poderia, portanto, ser indiferente àqueles que esperam desnaturalizar a clínica de linguagem.

Não pretendo ser exaustiva e me proponho a explorar todos os aspectos que decorrem da discussão sobre a diferença de posição entre clínico e cientista – por exemplo, não vou me deter num ponto fundamental referente à necessidade de explicitação das *regras técnicas* da clínica de linguagem, conforme vêm sendo pensadas no Projeto Integrado⁴ – necessidade que, sem dúvida, se impõe à demarcação de outra diferença: entre essa clínica – a de linguagem – e a psicanalítica.⁵ Meu foco estará dirigido para a *oposição*, de que fala Freud, levando em consideração a especificidade das abordagens clínica e científica da fala sintomática. Assunto que foi tocado, por Lúcia Arantes e por mim, em artigo de 1998.⁶ Nele, falávamos sobre um efeito possível da fala da criança no outro – o *efeito de patologia* e sobre sua repercussão na clínica –, o nos permitiu levan-

³ Fonseca (2002) aborda essa questão.

⁴ Projeto Integrado *Aquisição da Linguagem e Patologias da Linguagem* (CNPq 522002/97-8), com cinco anos de duração, produziu várias teses e dissertações (LAEL-PUCSP), além de artigos publicados em diferentes periódicos especializados. O resultado desse tempo de reflexão e pesquisa sobre as falas sintomáticas e a clínica de linguagem será registrado em livro, a sair no final de 2003 ou no início de 2004, sob o título *Aquisição, patologias e clínica de linguagem*.

⁵ Suzana Fonseca (2002), Lourdes Andrade (2000, 2003) e Lúcia Arantes (2001) introduziram “regras técnicas” na abordagem tanto do diagnóstico com afásicos como com crianças. Faço menção, também, a Sônia Araújo (2002) que aponta para a insistência de técnicas pedagógicas no âmbito da clínica fonoaudiológica. A oposição que estabeleço aqui entre clínica de linguagem e clínica fonoaudiológica está claramente anunciada nos trabalhos do Projeto sob minha coordenação – basicamente, a diferença está no compromisso com uma teorização sobre a linguagem (Saussure, 1916; Jakobson, 1954, 1960; De Lemos, 2002 entre outros), a fala sintomática e o sujeito e busca retirar consequências sobre uma teoria da técnica para a clínica de linguagem.

⁶ Trata-se de “Sobre os efeitos da fala da criança: da heterogeneidade desses efeitos”, em *Letras de Hoje*, v. 33.

tar a questão relativa à importância fundamental da diferença entre interpretação *em cena* e interpretação dos *materiais clínicos*, registrados para efeito de avaliação da linguagem. Apesar de reconhecida, essa distinção merece ser aprofundada em muitas direções.⁷ Minha reflexão aqui toma outra direção, já que está voltada para a problemática da posição do investigador e do clínico frente a falas sintomáticas.

A discussão que inicio pode ser encaminhada a partir de algumas considerações sobre o *tempo*. Na cena clínica ou mesmo na *interação viva*, coloca-se a questão do *instante*⁸ que, embora *crie o tempo psicológico*, é, em si, *atemporal*. Trata-se de uma marca localizável num *efeito vivido*. Assim, instante remete a uma vivência e implica, portanto, sujeito. Trata-se de “uma dimensão precisa” (Carretero, 1958), apesar de “não mensurável”: uma dimensão complexa em que heterogêneos se nodulam sob a forma de *efeito*. O instante, porém, pode (ou não) ser vivido, diz Heidegger (2002). No primeiro caso, ele seria *autêntico* (instante de afetação) e, no segundo, *inautêntico* (fuga ou ocultamento do instante).

Essa distinção, se estendida, pode ser operativa para os propósitos deste trabalho. A interação corriqueira é comandada pela sucessão de efeitos entre falas e poderia, portanto, ser concebida como seqüência articulada de *instantes autênticos* que criam marcas no tempo. No diálogo pode ocorrer, também, *fuga do instante*, desligamento entre falas – modo de anulação do *efeito*. Lacunas e desarranjos dialógicos ou mesmo fim de diálogo acontecem. Na verdade, todo diálogo talvez devesse ser entendido como uma mescla desses instantes autênticos e inautênticos – enfim, pureza e homogeneidade são sempre frutos de idealização. Podemos ler, na primeira citação que destaquei, de Freud aos médicos, que “tomar notas” seria um modo de “fuga do instante”, uma vez que *anotar* envolve deslocamento da *posição clínica de escuta* para a *posição (extra-clínica) da escrita* de fragmentos do caso, que atenderiam a interesses científicos do analista – uma fuga da fala *in vivo* e de seu efeito *in vivo*.

⁷ Remeto o leitor a Lúcia Arantes (2001) e Spina-de-Carvalho (2003). Elas abordam “interpretação”, tanto em campos clínicos, quanto em áreas da lingüística.

⁸ As dificuldades que a noções de tempo e de instante apresentam para o pensamento filosófico são enormes. O *instante* pode ser conceituado, por exemplo, a partir do tempo ou da eternidade – no primeiro caso, ele é um momento no fluxo temporal e, no segundo, não. Aproximo-me da primeira vertente, porque ela permite referência a “algo vivido” (e não como entidade abstrata) e isso importa para considerações sobre a relação do investigador/clínico com a fala sintomática. Importa, portanto, à clínica da linguagem.

Haveria alguma diferença a ser pensada entre interação quotidiana e interação na clínica de linguagem? Embora essa indagação possa parecer desnecessária porque contém, sem dúvida, um tanto de obviedade, obviedades podem ser más conselheiras. Não me parece aceitável dizer que aquilo que as distingue seja o fato da primeira ser homogênea, horizontal, e a segunda ser francamente assimétrica.⁹ Eu diria, por exemplo, que não há homogeneidade ou simetria em qualquer interação e que é exatamente por comportar uma heterogeneidade insuperável, que um sujeito se dirige a outro. Mas, para ir direto ao ponto, há que se dizer que a clínica é instaurada por uma condição muito específica do sujeito: por uma condição sintomática que pode assumir a forma de uma queixa, uma enunciação de mal-estar relativo à própria fala.¹⁰

Vemos, assim, que é um “sintoma [...] que nos instala diretamente no campo da clínica e no campo do sofrimento. [Ele] remete àquilo pelo que um sujeito [procura a clínica]” (Rubistein, 1996, p. 13). Dessa afirmação da autora, pode-se retirar que é uma demanda dirigida ao outro, por conta de um sofrimento (singular), o que configura a cena clínica como uma relação singular entre sujeitos, uma relação que não poderia ser compreendida como *interacional* ou *comunicacional*, em sentido estrito. De fato, uma dissimetria constitutiva marca a relação clínica: o quê um sujeito em sofrimento pede ao outro-clínico é que ele o liberte de um mal-estar, pede “que ele faça passar o clamor a *calmor*” (Soller, 1996, p. 97-98).¹¹ Ele, o paciente, não quer *bater papo* ou trocar pontos de vista.¹² Um sujeito, que chega à clínica de linguagem supõe, portanto, ao outro-terapeuta, um saber sobre o que o faz sofrer, sobre o quê o marginaliza – supõe a ele o domínio sobre uma técnica que poderia fazê-lo “passar a outra coisa” (Allouch, 1995). Esse sujeito atribui ao clínico, portanto, um saber sobre aquilo que, para ele, é enigma. Feito esse discernimento, fica em causa a relação do clínico com o saber que lhe é suposto, isto é, a ética subjacente à posição a assu-

⁹ Lier-De Vitto, 2000; Arantes, 2000 e Andrade, 2000, discutiram, em painel, no 6º IPRA (International Pragmatics Association) em Budapeste-HU, a abordagem de “relações assimétricas” por pesquisadores filiados à Pragmática. Esses trabalhos serão publicados.

Muitas vezes, o sujeito tem uma queixa sobre sua fala, sobre um problema que não é reconhecido pelo outro como tal. Sendo assim, o sintoma do paciente é “de escuta” para a própria fala e não “de fala” (Lier-De Vitto, no prelo; Landi, 2003).

¹⁰ Muitas vezes, o sujeito tem uma queixa sobre sua fala, sobre um problema que não é reconhecido pelo outro como tal. Sendo assim, o sintoma do paciente é “de escuta” para a própria fala e não “de fala” (Lier-De Vitto, no prelo; Landi, 2003).

¹¹ Jogo de palavras criado pela autora.

¹² Não vou tratar neste artigo sobre a peculiaridade da clínica com crianças que inclui considerar os pais. Sugiro a leitura de Vorcaro (1997) e de Arantes (2001).

mir frente à demanda do sujeito e seu sintoma. Embora possa haver outras, eu procurarei caracterizar três modalidades que, contas feitas, podem ser reduzidas a duas, se considerarmos a distinção entre *instante autêntico e inautêntico*.¹³

(1) o clínico de linguagem pode *saturar a posição de saber*, pode colocar-se como veículo de uma teoria imaginariamente assumida como fechada e que abrangeria ou reinaria absoluta sobre todo e qualquer acontecimento sintomático na fala. O clínico, assim, não se deixa afetar pelo instante, porque o singular não existe para ele (que se apresenta como suporte do saber totalizante da teoria e da técnica). Assim, *aquele caso é*, para ele, sempre um caso já conhecido. Essa situação tem variantes:

- (a) o clínico pode estabelecer uma relação mediada com a fala, *mediada por instrumentos* de descrição ou de medição. Nesse caso, *o saber é delegado ao instrumento* e ele, como diz Clavreul (1983), nada mais é que seu “funcionário”. Essa relação pode ser concebida como *fuga do instante*, como distanciamento do efeito que uma fala viva poderia produzir. É *o instrumento que sabe de antemão o quê escutar* na fala: ele molda a escuta do clínico esvaziado de subjetividade. Assim, o instrumento, ao mesmo tempo em que limita a escuta, fabrica o caso a partir de um quadro já descrito.¹⁴ Digo isso, tendo em vista que um instrumento descritivo é restrito apenas a *um* estrato lingüístico (Milner, 1978; de Lemos, 1998; Lier-De Vitto, 2002) – fonético/fonológico; morfo-sintático, semântico/pragmático – ou, então, ele é neutro em relação ao fenômeno em questão (testes ou provas, que são abordagens típicas de métodos estatísticos). Com frequência, porém, essas tendências metodológicas são acopladas.
- (b) Há clínicos que sustentam que *teoria e prática não se encontram* e confiam plenamente na *experiência clínica*, mais do que em qualquer teoria ou instrumento – eles são avessos à teoria e a métodos específicos. O resultado dessa prática, apoiada numa *sensibilidade intuitiva*, não é, porém, muito diferente da posição mencionada acima,

porque há, do mesmo modo, *saturação da posição do saber* e, conseqüentemente, fuga do instante/efeito do singular do acontecimento. Saturação, no caso presente, por impregnação subjetiva de um *saber como fazer acumulado* ao longo do tempo de exercício clínico.

(2) Diferentemente, clínicos de linguagem, como os do Projeto Integrado que coordeno, têm procurado sustentar a tensão entre *saber e não saber* e penetram o domínio da *práxis*. Melhor dizendo, a teoria é assumida como decisiva para a constituição de uma escuta não-leiga para a fala, mas a teoria é, sob efeito da singularidade de cada caso na clínica, experimentada como não-toda. O encontro com a face enigmática de cada caso faz aparecer a falta desse *um* na teoria. Nessa situação de tensão, não se pode falar em saturação da posição de saber, mas sim em vivência teórica e clínica de *falta de saber*, instigada pela singularidade de cada caso. Ecos do Interacionismo, de Cláudia de Lemos,¹⁵ podem ser ouvidos aqui – ecos do encontro da pesquisadora com a heterogeneidade na fala da criança. Ecos também de Freud, sobre a técnica nascida da escuta para o singular, para instante clínico que *suspende a lembrança da teoria, o saber científico* (conceitos e objetivos). Mas a teoria está lá, no corpo do clínico de linguagem, mais particularmente, na sua escuta que não é qualquer, como qualquer não é sua posição frente à fala sintomática.

Abordada a diferença entre interação e situação clínica e delineadas algumas possíveis posições clínicas, podemos voltar a atenção para *o investigador de falas sintomáticas*. Nesse ponto, a reflexão de Glória Carvalho (1995, entre outros) sobre a relação do investigador com o erro é da maior relevância. Ela nos diz que “o recorte do erro não constitui um lugar em que o investigador possa se situar com tranquilidade”, ou seja, não se deve supor que os limites do erro “precisam ser apenas apreendidos/reconhecidos pelo investigador” (op. cit.). Na verdade, a autora altera a direção do vetor: *investigador* → *dado* e retira o pesquisador da posição de alguém que *apreende* o erro na fala da criança, de alguém que, por ser investigador, tem os recursos metodológicos para localizá-lo. Carvalho desloca o pesquisador para outra posição: a de *apreendido/surpreendido* pelo erro. Esse deslocamento tem conseqüências teórico-metodológicas que merecem atenção. No que diz respeito a

¹³ No pano de fundo dessa tentativa de situar posições frente ao saber circulam textos. Refiro-me aos trabalhos de Carvalho (1995 entre outros) de Vorcaro (1997 entre outros), de Allouch (1990), de Spina-de-Carvalho (2003). Procuo dar uma direção particular a essa discussão, não deixando de reconhecer a presença subterrânea deles em minha reflexão.

¹⁴ Ver, a esse respeito, Andrade e Carnevale (2004) e, também, Trigo, 2003.

¹⁵ Sugiro a leitura de seu artigo – De Lemos (2002) – em que a autora faz um apanhado dos movimentos teóricos de sua proposta.

este trabalho, ele ilumina a distinção feita entre as posições do clínico entre *saturação de saber e falta de saber*. Se o investigador é *surpreendido pelo erro*, isso significa que *ele não pode prever o erro*. Não é o investigador, igualmente, quem decide sobre a suspensão do saber. Essa dupla consequência, decorrente do deslocamento proposto por Carvalho, aplica-se perfeitamente à situação de um clínico, sempre que o singular de uma fala venha a ocupar a cena.

Dialogar com Carvalho, nesse momento, abre espaço para o início de uma problematização relativa às posições do investigador e do clínico – precisamente, sobre a oposição, como disse Freud, entre os interesses/objetivos da ciência e os da clínica, aqui, *de linguagem*. Após propor que o investigador seja *surpreendido pelo erro*, Carvalho aborda essa surpresa como efeito do encontro com o mistério do erro que, diz ela, “coloca obstáculos ao requisito de homogeneidade do saber científico”. Embora eu não vá repetir seus argumentos neste espaço¹⁶, aproveito a oportunidade para contrapor *homogeneidade*, como requisito da ciência e condição para a meta da previsibilidade; e *singularidade*, como requisito básico e fundante da relação clínica. Talvez se possa dizer que Carvalho, ao questionar o investigador ou sua posição, realiza uma subversão mais profunda: retira-lhe a capa e faz aparecer o *sujeito (que ele é)*: sujeito que pode ser afetado de modo singular por uma fala, mesmo que na posição de cientista/pesquisador. Seria esta uma proposta *quase clínica*, já que coloca em discussão o requisito de homogeneidade e previsibilidade? Talvez fosse melhor dizer que a autora foi tocada por uma teorização particular sobre o sujeito e sobre a linguagem, teorização que pressiona uma direção outra de reflexão sobre o exercício do investigador e sobre a natureza da produção teórica. Teorização que, é certo, visa invariâncias, ainda que não ignore o variante heterogêneo, o imprevisível (Lier-De Vitto, 1999).

Na verdade, esse parece ser o ponto para ela: não esconder ou ocultar o jogo entre *todo e não-todo*. Essa é uma ética de fazer ciência, uma ética afetada pelo reconhecimento do sujeito da Psicanálise. O *erro* mostra a língua e mostra um sujeito ... cindido (de Lemos, 2002 entre outros). Glória Carvalho apresenta a teoria como *não-toda* e o investigador como cindido entre o saber que supõe ter sobre a fala da criança e a surpresa desse saber faltar-lhe. Para ela,

¹⁶ Carvalho sustenta, com Milner (1978), que o lingüista quer “saber sobre a linguagem” e que esse desejo é pautado pelo ideal de ser ciência. Para responder a ele o lingüista busca produzir um “cálculo”, quer dizer, seu desejo é construir um saber abrangente, um conhecimento universalizante/totalizante, que atenda ao requisito de completude e consistência.

esse conflito seria o motor de movimentos teóricos. Carvalho toma como exemplar o caso do Interacionismo, segundo Cláudia de Lemos, uma teorização embalada pelo reconhecimento de *impasses* (Silveira, 2003; de Lemos, 2002) ou pelas *surpresas* que a fala da criança promovem.

Quando voltei minha atenção para o espaço da técnica e dos objetivos científicos, procurei, recorrendo a Carvalho, conduzir a argumentação para a importância do estabelecimento de uma linha de fronteira entre modos de relação à fala, considerando o cientista e o clínico. Mas, Glória Carvalho perturba um tanto essa distinção porque *o investigador ganha corpo* em sua discussão. Permanece, contudo, uma diferença crucial que pode ser trabalhada a partir da questão do tempo e de um dos trabalhos de Cláudia de Lemos (2003), *Corpo e corpus*. O tempo implicado na leitura de registros de *corpora* é bem outro (não é absolutamente o do instante), é um que só pode ser adjetivado como tempo passado: trata-se da *leitura distante do acontecimento vivo/vivido* (no caso do clínico) e que pode, inclusive, implicar distância maior quando *o leitor não viveu o acontecimento* (caso do investigador). Mesmo que se possa, como indica Glória Carvalho e mostra o Interacionismo de Cláudia de Lemos, estabelecer um deslocamento na relação do investigador com um material factual, *um corpus é um corpus* e, além disso, o objetivo do investigador permanece não-coincidente com o do clínico. Isso, mesmo que ele permaneça sob efeito da teoria e de uma teorização sobre o método, mesmo que o investigador seja deslocado da posição do saber e possa ser *surpreendido pelo dado*. Deve-se reconhecer que essa suspensão de saber tem ainda no horizonte o saber. A ética do cientista é, afinal, governada pela meta de produção de arcabouços teóricos, de compreensões ou sistemas totalizantes – o que não é pouco, nem inútil, nem menor: eles são legítimos e necessários à própria teorização, por exemplo, sobre a diferença, o singular; sobre o erro e o sintoma na fala. Teorias são produtos dessa ética e elas são condição, não só para a instituição do *corpo do investigador*, como também para a constituição do *corpo do clínico de linguagem*.

A relação do investigador com o dado foi discutida, como mencionado acima, por Cláudia de Lemos, uma discussão que me permite encaminhar esta, exatamente porque a autora aborda o problema ligado à produção de saber na área de Aquisição da Linguagem – um saber que é dependente da coleta e registro de dados de falas de crianças. Assim, embora não implicando a situação clínica, e sim a relação investigador-fala da criança, de Lemos toca de perto a questão da fala *em cena e fora da cena*. Ela pergunta “o

que é um *corpus*?” e responde que, como se sabe, é “um conjunto de dados colhidos e transcritos [...] que *servem de referência para a fala da criança*” (2003, p. 21; ênfase minha). Note-se, os dados *servem de referência, não são a fala da criança*. Um *corpus*, diz a pesquisadora, é “o que sobrou da fala da criança escoada pelos ouvidos da máquina e do investigador” (op. cit., p. 21). De fato, nessa passagem pelos ouvidos do cientista, *uma fala de uma criança está fadada a se transformar em amostra de fala de criança*, a representar fala de criança. Assim, o singular passa por um primeiro filtro generalizante: a fala de uma criança torna-se *exemplar*. Noutro tempo, esse *corpus* será mais uma vez filtrado pelas avaliações e análises do clínico e do investigador, será fragmentado e dissecado pelo bisturi de aparatos descritivos – ponto de fuga, de obtenção do singular: movimento de regularização dos dados em estratos parciais, embora totalizantes. Uma operação realizada pela luneta das descrições.

Se a trajetória de uma fala é a de ser registrada para passar pelo crivo do olhar atento e treinado do investigador, essa trajetória, diz Cláudia de Lemos, realiza apagamentos mais radicais: o da voz e do corpo que fala. A transcrição separa, efetivamente, fala e falante – condição mesma para que a fala se torne amostragem: operação científica que corresponde/responde pelo ideal de homogeneidade e previsibilidade. Operação que realiza, de fato, a obtenção do acontecimento singular, como disse. O registro não registra o inefável do instante da situação vivida. Entende-se porque Cláudia de Lemos opõe *corpo* (vivo) a *corpus* (cadáver) e, dessa forma, a singularidade de uma fala e de um corpo à idealização da situação *in vivo*. Ora, é a fala *in vivo* que o clínico de linguagem encontra e com que deve se haver: deve se haver com *um corpo que fala* e com o *corpo de uma fala* e, diga-se, ele não poderá fazê-lo como falante/ouvinte leigo, mas com seu *corpo-teórico*.

Insisto: uma clínica de linguagem só poderá nascer da própria clínica, movimentada por inquietações e impasses dessa vivência do singular e da fala *in vivo*. Ela não poderá brotar de prática alienada a um método científico, nem poderá nascer se guiada por manuais e procedimentos normativos, que antecipam os passos do clínico. Se, no âmbito da ciência, há pesquisadores como Cláudia de Lemos e Glória Carvalho (presentes neste trabalho), que se deixaram surpreender pelo erro e questionaram a posição do investigador, entendo que esses questionamentos tornam-se mais relevantes e ganham maior peso quando uma linguísta se interessa por falas sintomáticas (o meu caso). Tenho procurado refletir sobre falas sintomáticas, tanto no diálogo com textos e

obras de pesquisadores também instigados para elas, quanto a partir do encontro com materiais clínicos. A diferença que procurei imprimir em minha reflexão diz respeito ao fato dela não dispensar a pregnância das falas sintomáticas na escuta do clínico do caso – uma escuta em que reverbera a voz de um sujeito, e voz que carrega a cena vivida. Talvez se possa tomar esse procedimento como um *método*, como uma posição outra de investigador; como abertura de caminho para uma teorização sobre falas sintomáticas e sobre a clínica. Nessa encruzilhada entre leitura e escuta, essas instâncias penetram-se na produção de um novo. Essa encruzilhada tem sido, para mim, um modo de não perder de vista que, naquilo que leio, *há sujeito e fala em sofrimento*.

Tenho procurado sustentar uma posição de “suposto saber”, como diz Lacan, posição dependente da escuta do clínico. Disse que essa condição tem me permitido caminhar teoricamente e participar da construção da clínica de linguagem. Como? Sob o crivo de uma aproximação às falas sintomáticas *infiltradas* pela escuta do clínico. Do ponto de vista dos fonoaudiólogos do Projeto, minha distância da cena clínica tem funcionado como um terceiro, como propulsora de um descolamento sutil da cena clínica – propulsora de uma posição outra, que tem viabilizado certa distância, certo deslocamento da cena: caminho para pensar a clínica. Talvez se pudesse dizer que esse *método* tem propiciado a elaboração de uma ficção necessária (se entendermos teorização como forma de ficção). *Ficção*, também, porque um caso é apenas *no instante em que acontece*. Esse instante não pode ser registrado, embora ele possa aparecer sob a forma subversiva de um *relato de caso*, realizado por uma das personagens da cena.

Dizer a fala sintomática, escrever um caso¹⁷ e criar uma escrita para a clínica de linguagem têm sido uma determinação e, ao mesmo tempo, uma surpresa, pois as conquistas acabam sendo *notadas depois*. Eu falei em *escrita de casos* e não em análise de dados ou de *corpóra*. Mas, *o que é escrever um caso?* Certamente, pelo que pude discutir neste artigo, não se deve supor que *escrita de caso clínico* seja equivalente ao que, na ciência, se conhece por *estudo de caso*. Este é um assunto que deixo em aberto para ser tematizado e discutido em outro momento. Para encerrar, e procurando caracterizar o *método* e a *posição* que me empenhei em indicar, trago o que li, em Didier-Weill (1994), sobre uma fala de Dupin (personagem de Poe, na *Carta Roubada*). Dupin diz que seu sucesso não decorreu

¹⁷ É sabido que não há estudos de caso na literatura fonoaudiológica – atestado de que essa clínica é exercida, mas não foi ainda escrita.

de um saber “plenamente suficiente no âmbito de sua especialidade” (apud Didier-Weill, op. cit: 31). Pois bem, o saber de minha especialidade não tem sido mesmo suficiente, ele tem sido fortemente afetado pelo enigma das falas sintomáticas, pela escuta de clínicos de linguagem e por certas outras especialidades – este trabalho não esconde tais afetações.

Referências

- ALLOUCH, J. *Letra a Letra*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1995.
- ANDRADE, L. The status of linguistic data in language assessment procedures. *International Pragmatics Conference*, 7, Budapeste – HU, 2000.
- . *Ouvir e escutar na construção da Clínica de Linguagem*. 2003. Tese (Doutorado em Letras), Lael-PUCSP, 2003.
- ANDRADE, L. & CARNEVALE, L. Níveis de descrição lingüística na abordagem de falas de crianças com retardo de linguagem. *Letras de Hoje*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.
- ARANTES, L. *Diagnóstico e clínica de linguagem*. 2001. Tese (Doutorado em Letras), Lael/ PUCSP, 2001.
- . Questions on speech therapy and diagnostic clinical interviews. *International Pragmatics Conference*. Budapeste – HU, 2000.
- CARRETERO, L. *A Instante, querer, realidad*. Espanha, 1958.
- CARVALHO, G.M.M. *Erro de pessoa: levantamento de questões sobre o equívoco em Aquisição da Linguagem*. 1995. Tese (Doutorado em Letras), IEL/UNICAMP, 1995.
- CLAVREUL, J. *A ordem médica*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1983.
- DE LEMOS, C. A criança como ponto de interrogação. In: LAMPRECHT, Regina (org.). *Aquisição da linguagem: questões e análises*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1999, p. 39-50.
- . Das vicissitudes da fala da criança e sua investigação. *Cadernos de Estudos Lingüísticos*. Campinas: Editora da UNICAMP, p. 41-70, 2002.
- . Corpo e corpus. In: LEITE, Nina Virgínia de Araújo (org.) *Corpolingüagem: gestos e afetos*. Campinas: Mercado de Letra, 2003, p. 21-30.
- DIDIER-WEILL, A. *Inconsciente freudiano e transmissão da psicanálise*. 1994.
- FONSECA, S. C. *O afásico na Clínica de Linguagem*. 2002. Tese (Doutorado em Letras), Lael/PUCSP, 2002.
- FREUD, S. Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. *Obras Completas*, v.12, Rio de Janeiro: Imago, 1912, p. 147-162.
- HEIDEGGER, M. *Ser e tempo*. São Paulo: Vozes, 2002.

JAKOBSON, R. Dois aspectos da linguagem e dois tipos de afasia. *Lingüística e comunicação*. São Paulo: Cultrix, 1954.

———. *Lingüística e poética*. *Lingüística e comunicação*. São Paulo: Cultrix, 1960.

LIER-De VITTO, M.F. Novas contribuições da lingüística para a fonoaudiologia. *Revista Distúrbios da Comunicação*, v. 7, n. 2, p. 163-172, 1995.

———. Theory as ideology in the approach to deviant linguistic facts. In: VERSCHUEREN, Jef (org.) *Language and ideology*. Antuérpia: IPRA & Authors, 1999, p. 344-351.

———. The symptomatic status of symptoms: pathological errors and cognitive approaches to language use. *Revista Distúrbios da Comunicação*, 2000.

———. As margens da Lingüística: falas patológicas e a história de um desencontro. *Conferência Internacional de História das Ciências da Linguagem*, 9, São Paulo – USP, 2002.

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

LANDI, R.. *Sob efeito da afasia: a interdisciplinaridade como sintoma nas teorias*. 2003. Dissertação (Mestrado em Letras), Lael/PUCSP, 2003.

MILNER, J. C. *O amor da língua*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1978.

RUBISTEIN, A. M. El concepto de sintoma en Freud. *Diversidad del sintoma*. Buenos Aires: Edita EOL, p. 13-25, 1996.

SAUSSURE, F. *Curso de lingüística geral*. São Paulo: Cultrix, 1916.

SILVEIRA, E. M. *As marcas dos movimentos de Saussure na fundação da lingüística*. 2003. Tese (Doutorado em Letras), IEL-UNICAMP, Campinas, 2003.

SOLLER, C. El sintoma en la civilización. *Diversidad del sintoma*. Buenos Aires: Edita EOL, p. 95-99, 1996.

SPINA-DE-CARVALHO, D. *Clínica de linguagem: considerações sobre 'interpretação'*. 2003. Dissertação (Mestrado em Letras), Lael/PUCSP, 2003

TRIGO, M. *Da articulação de um sintoma à desarticulação de uma fala*. 2003. Dissertação (Mestrado em Letras), Lael/PUCSP, 2003.

VORCARO, A. *A criança na clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Cia. de Freud, 1997.