



A CLÍNICA PSICANALÍTICA E A FONOAUDIOLÓGICA COM CRIANÇAS QUE NÃO FALAM*

Lúcia Arantes**

A avaliação de linguagem, uma instância diagnóstica crucial da Fonoaudiologia, é um dos problemas nodais da clínica de linguagem. Casos de *crianças que não falam* podem levar a pensar que ela seria dispensável, já que a fala não se presentifica.¹ Contudo, reduzir o lingüístico à presença de oralidade é, sem dúvida, ingênuo, uma vez que *linguagem* é identificada a comportamento.² Tal-

* Esse trabalho foi apresentado no Fórum Clínico "A clínica, a linguagem e o sujeito", realizado na Deric - PUC-SP, de 11 a 13 de julho de 2002.

** Doutora em Lingüística, Lael-PUC-SP. Fonoaudióloga da Deric e professora da Faculdade de Fonoaudiologia.

1. Abordei esses casos em comunicação no 7º Encontro Internacional de Pragmática (Budapeste, Hungria, 2000), com o objetivo de indicar os limites de análises de cunho psicológico e de inspiração na Pragmática Lingüística. A sair em *Aquisição, patologias e clínica de linguagem*, Lier-De Vitto e Arantes (orgs.).
2. Sem aprofundar essa discussão, basta assinalar ser essa a visão corrente na Medicina e na Psicologia (por exemplo), mas não na Lingüística e na Psicanálise. No primeiro caso, considera-se que a linguagem tem um funcionamento (uma ordem própria) determinante da fala e, no segundo, que ela é causa mesma de haver sujeito. Esclareço que esses dois modos de conceber linguagem estão implicados naquela que norteia minha clínica. Refiro-me à reflexão tecida no interacionismo

vez se possa supor³ que a tarefa, na ausência da fala, torne-se mais complexa. Na verdade, risco há de o fonoaudiólogo fazer do silêncio da criança uma tela para a projeção de seu imaginário. Ou seja, de projetar, na criança, um conhecimento sobre regras lingüísticas e/ou intenções pessoais ou comunicativas. Fato é que o silêncio não impõe restrições a tais projeções do clínico. Igualmente complexo é decidir sobre a direção do tratamento dessas crianças, se levarmos em conta que a avaliação é determinante na condução do processo terapêutico.

Na clínica de linguagem não se deve esquecer que essas crianças *não falam, mas ouvem*, e que certamente estão sob efeito da fala do outro. É necessário, contudo, pensar a distinção entre ouvir e escutar. Em 1994, falei da relevância, para uma clínica de linguagem, em considerar a não coincidência entre audição e escuta. Mostrei, a partir de Barthes (1990), que essas duas instâncias não são sinônimas, que audição é fenômeno puramente fisiológico e que escuta remete ao simbólico – à linguagem. Vasconcellos (1999), em sua dissertação de mestrado, discute essa questão no que tange às crianças com paralisia cerebral sem possibilidade de fala oralizada e afirma que esses pacientes *não falam, mas escutam* – que *há fala na escuta*. Assim, mesmo quando o organismo é barrado para a oralidade, há linguagem e, portanto, um corpo investido – corpo falado/significado e significante. O que a pesquisadora pôde mostrar foi a diferença entre *organismo* ou “*être vivant*” (nas palavras de Canguilhem) e *sujeito* ou “*parlêtre*” (nas palavras de Lacan).

O que empiricamente sustenta a afirmação de Vasconcellos, de que “há fala na escuta do PC”, é a presença de marcas de oralidade na escrita desses pacientes que não têm fala oralizada. Note-se que sua interpretação se refere a crianças que, em função de limitações orgânicas, não produzem sons articulados, mas podem escrever, e é na materialidade da escrita que se apreende a escuta ou o modo de presença desses sujeitos na linguagem. Importa, para mim, que essas crianças não falam. Nisso, meus sujeitos e os dela coincidem. Importa, em última instância, que *não falar* não significa *estar fora da linguagem*. Assim, mesmo

em aquisição da linguagem e aos seus desdobramentos no âmbito do projeto “Aquisição da Linguagem e Patologias da Linguagem, de que participo, e que é coordenado por Lier-De Vitto (Lael/Derdic-PUC-SP).

3. Digo “supor” porque considero sempre complexo esse passo da avaliação da linguagem.

no caso de crianças que não falam, é imperativo pensar em uma avaliação/clínica de linguagem em que a questão da articulação língua/sujeito faça presença. Quero dizer que pode-se afirmar, no caso de crianças pequenas que não falam, que elas estejam de algum modo sob efeito da linguagem, embora seja extremamente complexo discernir a natureza da escuta dessas crianças para a fala.

A queixa “não falar” compreende casos bastante diferentes entre si e teoricamente deveriam ser incluídos na categoria “atraso de linguagem”. Deve-se dizer que crianças diagnosticadas como psicóticas ou com traços psicóticos não são consideradas como pertinentes a essa categoria, no campo da Fonoaudiologia. Daí que uma indecisão sobre o acolhimento dessas crianças fazia e faz questão. Como se vê, não se deve obscurecer a heterogeneidade que se abriga sob o sintoma “não falar”: ele expõe modos diferentes de relação dessas crianças com a linguagem, posições subjetivas singulares. Uma avaliação fonoaudiológica deve, portanto, precisar em que medida um atraso de linguagem diz da condição-sujeito desses pacientes. Devo acrescentar que quando a condição subjetiva da criança é mais interrogada é que a discussão sobre a natureza do atendimento se impõe com mais força: “seriam estes pacientes para a clínica fonoaudiológica?”. Dito de outro modo, à medida que se levantam questões sobre a estruturação psíquica da criança, pergunta-se: “deveriam esses casos ser encaminhados para a clínica psicanalítica?”. Enfim, quais seriam os critérios balizadores de tal decisão clínica?

Via de regra, o que se assiste são encaminhamentos distintos para casos semelhantes, o que se expressa em asserções como: na ausência de fala é melhor iniciar pela terapia fonoaudiológica para, depois, quando a criança vier a falar, iniciar o tratamento psicológico. Também há aqueles que sustentam que o melhor encaminhamento seria para o maior número de atendimentos simultâneos possíveis. Há quem aposte que, quando o caso aponta para problemas de natureza nitidamente psíquica, prudente é que um psicanalista atenda o paciente. Finalmente, há quem considere que se deva respeitar a demanda dos pais. Nenhuma dessas soluções, a meu ver, tem consistência teórico-clínica.

De fato, é interessante salientar que nos quadros denominados “atraso de linguagem”, em que a criança, embora não fale, esteja, aparentemente, “submetida ao simbólico” (o que se faz notar seja no jogo, seja no laço que estabelece

com o outro), a opção pela clínica fonoaudiológica é, quase sempre, consensual. Ainda que a ausência de fala seja claro indício de problemas de estruturação subjetiva, eles tendem a ser considerados marginais, ou seja, não impeditivos do tratamento fonoaudiológico. Esses problemas retornam apenas em casos refratários ao tratamento – não apresentam mudanças. Por que, então, nesses casos, a questão do encaminhamento não se coloca com a mesma intensidade? Além disso, o que justificaria o encaminhamento, da parte de psicólogos e psicanalistas, para os fonoaudiólogos, já que se considera que o processo de estruturação da fala e do sujeito são solidários?

Mas a grande polêmica referente aos encaminhamentos, como já disse, gira em torno dos casos em que uma posição subjetiva da criança não tem vigência (como diz Ângela Vorcaro). Embora haja quem advogue que eles não devam ser acolhidos por fonoaudiólogos, a ausência de fala em si já confere espaço para o clínico de linguagem. Isso porque esse sintoma é, em seu avesso, de linguagem. Assim, caberia a ele atender, por uma questão lógica e ética, qualquer caso em que sintoma na linguagem (sob a forma de presença ou ausência de fala) estiver implicado.

Mas se o sintoma é na fala, certamente o falante, sua condição-sujeito está implicada. Daí que a clínica de linguagem só se justifica a partir da solidariedade entre processo de subjetivação e processo de estruturação da linguagem. Note-se que trago um modo singular de conceber a clínica de linguagem, diferente da concepção ortopédica que vigora, em grande medida, na Fonoaudiologia. Trata-se de entender que o efeito patológico de ausência de fala diz, nas palavras de Lier-De Vitto (no prelo), “de modos singulares de enlaçamento pelo Outro”.

No que tange ao atendimento dessas crianças, acredito que um terapeuta de linguagem deva ser uma instância promotora de uma relação outra com o Outro (tesouro dos significantes). Condição crucial para fazê-las passar à palavra e ao estabelecimento do laço social. Trata-se de abrir um espaço para que elas possam ocupar o lugar de falantes. Nessa perspectiva, o fonoaudiólogo interpreta os gestos da criança, sejam eles vocais (ou não) – nesse caso, o fonoaudiólogo empresta seu imaginário e *coloca em texto* o que ainda não ganhou lugar na fala.

O terapeuta de linguagem, por um lado, cria um espaço discursivo em que se ancora e que pode servir de âncora para a cena clínica. Texto/discurso, inclu-

sive, posto à prova relativamente aos efeitos que produz (ou não) sobre a criança. Nessa cena, ao tomar qualquer produção vocal ou motora da criança como fala, o clínico abre possibilidade para a identificação, ou seja, para uma alienação imaginária por parte da criança. Nesse sentido, pode-se entender o que diz Vorcaro (no prelo), que o clínico “puxa a ponta do simbólico antes de a criança poder vir a manejá-lo”. A partir dessa afirmação, que psicanalista considera pertinente qualificar as ações clínicas na psicanálise e na clínica de linguagem, ela indaga “se o atendimento da criança não falante estaria determinado mais pela formação do profissional que a atende do que propriamente pelo fato de ele ser fonoaudiólogo ou psicanalista”.

Em que pese o fato de que ambos os profissionais – psicanalistas e fonoaudiólogos – procurem puxar o gatilho do simbólico com/para a criança, não me parece que eles o façam do mesmo modo. Isso porque a leitura que fazem não é sustentada exatamente por um único universo teórico, mesmo que envolvidos estejam a linguagem e o inconsciente. O que move a escuta de um é mais uma teorização sobre linguagem e a de outro, sobre o inconsciente. Acredito que essas bases determinam discursos (imaginários) particulares. Quero dizer, com isso, que diferentes são as interpretações incitadas pela presença da criança nessas clínicas. É por essa via que entendo a trança de encaminhamentos dessas crianças entre esses profissionais e, também, as discussões sobre os atendimentos. Não se trata, ao meu ver, de digladiar pela circunscrição do espaço clínico que seria mais adequado ao acolhimento de crianças que não falam. Nem de diluir diferenças, porém. Em questão, para mim, está o estabelecimento de critérios clínicos que pudessem balizar melhor os encaminhamentos, em benefício dos pacientes.

No que se refere ao trabalho com os pais, um ponto de convergência entre clínicas. Sob efeito da Psicanálise em nosso campo, é possível afirmar que essas crianças são sintomas dos pais, o que torna inviável deixá-los fora do umbral do tratamento. Procurar implicá-los e implicá-los para que o tratamento da criança seja sustentado é um dos nortes na clínica de linguagem. Na lida com os pais, especialmente nesses casos tão complexos, pode-se dizer que nem sempre as mudanças na fala da criança incidem de maneira decisiva no sintoma parental. Assim, ir além desse limite e dessa encruzilhada é algo que escapa ao escopo da

atuação do fonoaudiólogo. Entende-se por que são freqüentes os encaminhamentos de pais para psicanalistas. Há, como se vê, diferenças a serem consideradas entre a formação de clínicos de linguagem e de psicanalistas. No que tange ao atendimento da criança, a formação de um terapeuta de linguagem lhe confere posição de clínico. O mesmo não ocorre no que diz respeito aos pais – o fonoaudiólogo parece não assentar lugar. Isso não significa que ele não tenha uma escuta para os pais. Ao contrário, tentar implicá-los no sintoma do filho, criar demanda de análise para esses pais faz, sem dúvida, parte de ações clínicas de linguagem e deve fazer presença na condução do tratamento da criança, mas isso não significa incidir diretamente no sintoma parental. Eles “não passam ao divã” na clínica de linguagem.

Se, no *atendimento da criança que não fala*, apresenta-se, digamos, uma psicopatologia infantil, temos um espaço de interseção claro: há problemas na estruturação do sujeito, solidários à estruturação da linguagem, mas essa interseção não obscurece diferenças nem finalidades prioritárias (“fazer falar” e “instituir vigência de condição subjetiva”). Desse ponto de vista, quando se aposta na imbricação entre processo de subjetivação e estruturação da fala, tem-se duas possibilidades clínicas, que, embora diferentes, visam a um mesmo fim: favorecer o enlaçamento do sujeito pela fala. Resta poder decidir sobre qual direção tomar – decisão que até o presente momento não parece fácil ou automática. Se uma via clínica favorece a outra, permanece a questão – a de decidir, a cada caso, por qual delas. Essa é, para mim, a questão teórico-clínica por excelência.⁴

Poderíamos sugerir que uma alternativa possível seria aquela em que o clínico de linguagem atende a criança e um psicanalista atende os pais. Essa “solução” é mais complexa do que parece à primeira vista. Digo isso porque os pais que chegam à clínica fonoaudiológica, na maior parte das vezes, não se implicam nos sintomas de seu filho – um sintoma dos pais. Eles geralmente trazem uma queixa sobre a criança e supõem ser o problema “da criança”. Quero dizer com isso que essa divisão de tarefas é ingênua, pois raramente há demanda

4. Para encaminhar tal questão, tenho contado com a instigante interlocução da professora doutora Maria Francisca Lier-De Vitto.

de análise por parte dos pais, o que em muito dificulta o encaminhamento. Além do que, o problema relativo a que profissional deveria atender a criança permanece intocado.

Para exemplificar o modo de atendimento de crianças que não falam e para abrir a discussão, trago um caso que atendi em 1990. Trata-se de uma criança que não falava e ignorava minha fala. Nesse caso, procurei espelhar seus gestos (modelar massinha, por exemplo, do mesmo modo que ele) e, ao mesmo tempo, fazer textos desses gestos. Assim, quando ele fazia cinco rolinhos e os colocava lado a lado, eu modelava a massinha como ele e dizia: *“Olha, vamos fazer os dedinhos... são cinco dedinhos!”*. O efeito de interpretações como essa foi a emergência de uma alternância: ele interrompia sua atividade e olhava para o que eu fazia. Eu parava e olhava para ele, que reiniciava sua atividade.

Meses depois, pedaços de minha fala apareceram na da criança. Ao entrar na sala de terapia, ela olhava, por exemplo, para o pote de massinha, dirigia-se para ela e dizia sussurrando (antes de pegá-lo): *“Cinco dedinhos, cinco dedinhos”*. Procurei, de formas diferentes, “convidar a criança ao diálogo”, como disse Arantes (2001), para que de algum modo essas produções da criança fossem “jogadas no espelho” e movimentadas/enlaçadas pelo Outro (a língua), a partir do outro (um texto). Em outras palavras, tratei de fazer dos fragmentos que a criança dizia ou dos gestos que fazia *uma fala* – inseri-os num jogo dialógico.

Apesar dos ganhos, a situação familiar deixava-me inquieta. Os pais não sustentavam o tratamento: as faltas, especialmente nos momentos em que a criança dava sinais de mudança, eram freqüentes. Junte-se a isso o fato de a mãe, sem qualquer conversa comigo, dar início a uma série de tratamentos alternativos, tais como: introduzir uma dieta específica para transtornos emocionais, levar a criança para uma terapia de vidas passadas, e, finalmente, para uma “ajuda parapsicológica”, em que o agente dessa “terapia” disse à mãe “o que se passava no inconsciente da criança”: que a criança a odiava e que desejava sua morte. Foi quando a mãe procurou-me, dizendo que essa fala do “psicoterapeuta” tinha feito muito mal a ela. Considerei que aquele era o momento de interditar os “novos tratamentos” e encaminhar a mãe para análise. Tentei, um tanto ingenua-

mente, mostrar que ela jogava um papel no quadro apresentado por seu filho e que sua análise poderia beneficiar o tratamento da criança. Esse argumento foi suficiente, ela aceitou a indicação e logo iniciou o tratamento.

Alguns meses depois encontrei a analista da mãe e soube por ela que o tratamento dessa mãe estava prestes a ser encerrado porque ela jamais se submeteu à análise, ela não tinha propriamente uma questão, um sofrimento que pudesse movimentar a clínica – em suma, essa mãe não tinha demanda. Nem a analista pôde fazer com que ela emergisse. Segundo o relato da analista, a mãe, em todas as sessões, perguntava: “Do que você gostaria que eu falasse?”. Note-se que, conscientemente, ela estava disposta a ajudar seu filho, o que, de modo algum, bastou para dar vigência à sua análise.

Mais recentemente, atendi um paciente que, além da terapia de linguagem, fazia análise. A analista, em um determinado momento do atendimento, que incluía um trabalho com os pais, recusou-se a atender a criança, caso a mãe não buscasse atendimento com um analista específico – a mãe aceitou, demorou a procurar a análise e só o fez quando a da criança foi suspensa. Considerei que a analista do meu paciente havia sido “mais hábil” do que eu. Porém, a análise da mãe durou cerca de um ano.

Poucos dias atrás, a família me procurou dizendo que ambos os tratamentos haviam sido interrompidos. A mãe declarou não conseguir mais ir à análise, que ela não tinha mais nada a dizer que pudesse ajudar o filho, embora a analista da criança tivesse insistido que, sem sua análise, o tratamento da criança não se justificava. Novamente, o que aparecia era que sua análise era, de fato, para/pelo filho. Penso, com base nesses casos, haver uma dificuldade importante para ambos os campos – Psicanálise e Clínica de Linguagem – em implicar os pais no sintoma da criança.

Cabe, então, retornar à questão que movimentou este trabalho: qual clínica pode acolher essas crianças? Ora, do ponto de vista do atendimento da própria criança, considerando a ausência de fala e a não vigência de uma condição subjetiva, duas possibilidades clínicas estão abertas e seria importante discernir, a cada caso, qual delas seria a “porta de entrada” para a criança. É certo que estou excluindo dessa discussão uma clínica fonoaudiológica adaptativa, de adestramento, mesmo porque as questões colocadas aqui não são questões para ela. O

mesmo vale, penso, para uma psicanálise que aposte na tradução de estados internos da criança. Em ambas parece estar em questão uma criança que, para falar, deva ser “induzida” a fazê-lo, isto é, um sujeito que não é enigma para o terapeuta.

Resumo

A queixa “não falar” compreende casos bastante diferentes entre si e teoricamente deveriam ser incluídos na categoria “atraso de linguagem”. Deve-se dizer que crianças diagnosticadas como psicóticas ou com traços psicóticos não são consideradas como pertinentes a essa categoria, no campo da Fonoaudiologia. Daí que uma indecisão sobre o acolhimento dessas crianças faz questão. O sintoma “não falar” expõe modos diferentes de relação dessas crianças com a linguagem, posições subjetivas singulares. Quando a condição subjetiva da criança é mais interrogada, a discussão sobre a natureza do atendimento se impõe com mais força. À medida que se levantam questões sobre a estruturação psíquica da criança, pergunta-se: “deveriam esses casos ser encaminhados para a clínica psicanalítica?”. Enfim, quais seriam os critérios balizadores de tal decisão clínica?

Palavras-chaves: avaliação de linguagem; clínica de linguagem; atraso de linguagem.

Abstract

Clinical cases concerning children who do not speak should be included in the Language Delay nosological category. It should be pointed out that such cases are highly heterogeneous, that is, unpredictable. Moreover, it is worth noticing that those children are frequently diagnosed as ‘psychotic’ – a characterization which is not proper to the Speech/Language Therapy clinic. That being the case, it seems important and necessary to raise the issue of diagnostic procedures in that field. This paper focuses some aspects related to that clinical matter.

Key-words: language delay; speech/language therapy; language evaluation.

Resumen

La queja “no hablar”, abarca casos bastante diferentes entre si y que teóricamente debrian ser incluidos en la categoría “atrasos de lenguaje”. Debe ser dicho que niños diagnosticados como psicóticos o con trazos psicóticos no son considerados como pertinentes a tal categoría, en el campo de la Fonoaudiologia. Por eso la indecisión sobre la admisión al tratamiento de tales niños levanta un interrogante. El síntoma “no hablar” expone modos diferentes de relación de tales niños con el lenguaje, posiciones subjetivas singulares. Es justamente cuando la condición subjetiva del niño es lo más interrogado que la discusión sobre la naturaleza del tratamiento se impone con más fuerza. A medida que se levanta el planteo sobre la estructuración psíquica del niño, se interroga: “esos casos debrian ser derivados a la clínica psicoanalítica?” En fin, cuales serian los criterios balizadores de tal decisión clínica?

Palabras claves: *evaluación de lenguaje; clínica de lenguaje; atraso de lenguaje.*

Referências

- ARANTES, L. (1994). “O fonoaudiólogo, esse aprendiz de feiticeiro”. In: M. F. Lier-De Vitto (org.). *Fonoaudiologia: no sentido da linguagem*. São Paulo, Cortez.
- _____ (no prelo). Produções desviantes sintomáticas: como não distingui-las das produções não sintomáticas. In: M. F. Lier-De Vitto (org.). *Aquisição, patologia e clínica de linguagem*.
- _____ (2000a). Questions on speech therapy and diagnostic clinical interviews. Comunicação no 7th International Pragmatics Conference (Budapeste, Hungria).
- _____ (2001) *Diagnóstico e clínica de linguagem*. Tese de doutorado. São Paulo, PUC-SP – Lael.
- BARTHES, R. (1990). *O óbvio e o obtuso*. São Paulo, Nova Fronteira.

- LIER-DE VITTO, M. F. (no prelo). Patologias da linguagem: sobre as vicissitudes de falas sintomáticas. *Cadernos de Estudos Lingüísticos*. Campinas, Editora da Unicamp.
- VASCONCELLOS, R. (1999). *Paralisia cerebral: a fala na escrita*. Dissertação de mestrado. São Paulo, PUC-SP – Lael.
- VORCARO, A. (no prelo). A clínica psicanalítica e fonoaudiológica com crianças que não falam. *Distúrbios da Comunicação*, vol. 15, n. 2.

Recebido em dez./02; aprovado em maio/03.

Endereço para correspondência:

Lúcia Maria Guimarães Arantes
Rua Nova York, 934 São Paulo
CEP 04560-002
E-mail: loureiroarant@uol.com.br