

A CLÍNICA DE LINGUAGEM: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE O AFÁSICO E O LUTO

THE LANGUAGE CLINIC: SOME CONSIDERATIONS ABOUT THE AFASIC AND THE MOURNING

Michelly Daiane de Souza Gaspar CORDEIRO
(Universidade Estadual do Centro-Oeste/UNICENTRO/PR)
mdscordeiro@unicentro.br

Maria Francisca LIER-DEVITTO
(Pontifícia Universidade Católica de São Paulo/PUC/SP)
mf.devitto@gmail.com

RESUMO: No trabalho clínico com afásicos o fonoaudiólogo depara-se com um paciente sobre efeito de um antes e depois do acontecimento neurológico, e, portanto, com um sofrimento diante de uma nova condição linguística. O luto pela perda de uma posição na linguagem é vivenciado e tem efeitos no atendimento fonoaudiológico. O drama subjetivo instaurado pela afasia é uma questão teórica articulada ao luto que merece refinamento. Sendo assim, este artigo apresenta uma revisão bibliográfica sobre o afásico na Clínica de Linguagem e o enfrentamento de um luto diante de sua nova condição linguística/subjetiva.

PALAVRAS-CHAVE: afasia; luto; fonoaudiologia; Clínica de Linguagem.

ABSTRACT: *In the clinical work with aphasics the speech-language pathologist confronts a patient about the effect of a before and after neurological event, and therefore suffering with a new linguistic condition. The mourning for the loss of a position in the language is experienced and has effects in the speech-language therapy. The subjective drama instilled by aphasia is a theoretical issue articulated to mourning that deserves refinement. Thus, this article presents a bibliographical review on the aphasic in the Language Clinic and the confrontation of a mourning in front of its new linguistic/subjective condition.*

KEYWORDS: *aphasia; mourning; speech therapy; Language Clinic.*

0. Introdução

Este artigo relata parte de uma pesquisa qualitativa de cunho bibliográfico sobre o afásico e o luto na Clínica de Linguagem. Essa temática foi eleita a partir do efeito das vivências clínicas em atendimentos fonoaudiológicos de afásicos. É preciso enfatizar que o arrebatamento da perda instaurada pela afasia produz um sofrimento irremediável no sujeito e o enfretamento de um drama subjetivo (FONSECA, 2002, 2011). Com isso em mente, destaca-se neste artigo que o drama subjetivo implica uma posição de luto e isso merece realce e devida teorização. É fundamental mencionar ainda, que são escassos os trabalhos fonoaudiológicos que abordem essa temática.

A Clínica de Linguagem é uma abordagem teórica-clínica sobre o atendimento de pessoas com alterações cristalizadas na linguagem, cristalizações, estas, cujo efeito é de patologia. Essas falas constituem o motivo e a razão da abertura de um campo clínico, o da Fonoaudiologia, que nasce no limite de outros que se viram embaraçados por ela. Nos referimos mais especificamente, à Medicina, cujo meio de intervenção é medicamentoso ou cirúrgico (VIEIRA, 1992; FONSECA, 1995) e à Pedagogia, que está voltada para os problemas de ensino e de aprendizagem e não para a lida com o sintoma na linguagem (CARNEVALE, 2000; 2008). A Psicologia poderia também ser colocada neste rol. Entretanto, como discutiu Lier-DeVitto (2005, 2006), o sintoma na fala parece ter “assombrado” fonoaudiólogos, na medida em que o compromisso necessário com a linguagem, ou melhor, com uma teorização consistente e compatível com o acontecimento linguístico sintomático tem sido muito raramente assumido¹. A resposta esperada pelos campos transformou-se em pergunta precisamente aos campos (Medicina e Pedagogia) que haviam reconhecido seu limite a respeito dos sintomas na fala. Tal movimento, continua a autora, caracteriza a aderência da Fonoaudiologia à Medicina e a sustentação do gesto que instituiu a clínica fonoaudiológica com perfil moldado pela ideia de aprendizagem.

Frente a um cenário como este, podemos considerar, a partir de Milner ([1995]1996), que os “contornos” do campo da Fonoaudiologia foram traçados do exterior – o que não caracteriza demérito ou barreira para a construção de um objeto neste espaço interno, assim delimitado. A fragilidade aparece quando este objeto não ganha

¹ Os esforços mais notáveis no Brasil têm sido aqueles encabeçados por fonologistas do sul do país, como Regina Lamprecht, Carmem Hernadorena e por foneticistas, como Sandra Fontes, na PUC/SP. Há, também linguistas, ligados a uma vertente sócio-cognitivista, que focam as afasias. Não há, contudo, nenhuma reflexão generalizada sobre falas patológicas e seus efeitos subjetivos no falante. Esta novidade vem com a Clínica de Linguagem.

estatuto de proposição problemática, cuja natureza e propriedades devam ser enunciadas e seus efeitos sobre o sujeito falante considerados. Esta situação produz uma “aderência às paredes” e perpetua um gesto de aplicação (LANDI, 2000). Lacan dizia, relata Milner, que:

para esbarrar nas paredes, não é necessário (...) conhecer a planta da casa. Ou melhor, para encontrar as paredes, ali onde estão, é melhor não conhecer a planta, ou se porventura a conhecermos, é melhor não levá-la em conta (MILNER, [1995]1996: 9).

O que este comentário permite pensar é que limites que estabelecem bordas de áreas de conhecimento podem e devem ser reconhecidos na construção de um espaço outro de saber, estas bordas, porém, são as paredes – podem ser tocadas, encontradas. O risco de se procurar conhecer “a planta” da casa é o de se perder de vista o lugar próprio, interrogante e que, como tal, desafia o saber. Um objeto, como o que desafia a Fonoaudiologia, no campo da linguagem, é entrevisto a partir do exterior, como indicado acima. Lacan ensina que é possível “partir dos lados (...), levar em conta a presença de corpos vizinhos, estabelecer como estes corpos [que], por sua disposição lateral, determinam a forma de um espaço onde se aloja o objeto” (MILNER, [1995]1996: 9).

Os pesquisadores da Clínica de Linguagem entenderam que “este espaço onde se aloja o objeto”, o objeto próprio, i.e., a fala sintomática, deveria ser elucidado, qualificado e foi esta a diferença radical que pode ser instituída em relação à “clínica com linguagem” na Fonoaudiologia tradicional. Um Projeto Integrado CNPq foi idealizado, proposto e coordenado por Lier-DeVitto em 1997, com o título “Interacionismo e falas sintomáticas”. Logo depois, em 2000, formou-se o Grupo de Pesquisa “Aquisição, patologias e Clínica de Linguagem”, liderado pela pesquisadora, ao lado de Lúcia Arantes, no LAEL-PUC/SP. Digamos que o propósito foi não aderir às “paredes” que não teorizam sobre a linguagem e mergulhar numa teorização sobre ela que favorecesse a reflexão sobre o sintoma na fala e o falante “que não passa a outra coisa” (ALLOUCH, 1995). Deu-se reconhecimento à Linguística, mas admitiu-se que esta aproximação deveria implicar restrições (LIER-DeVITTO, 2004; LANDI, 2000; LIER-DeVITTO e FONSECA, 2001) – a eleição teórica não poderia ignorar a natureza do “objeto próprio” e considerar o fato de que o projeto da Linguística é científico, ou seja, voltado para a regularização das manifestações linguísticas, que é guiada pelo ideal de objetividade e predição. Assim, também com a Linguística, tratou-se de “reconhecer a parede”, de não se manter aderido a ela: parentesco não é identidade, afirmou Lier-DeVitto e Fonseca (2001).

Nesta direção, a relação com o Interacionismo (DE LEMOS, 1992, 2002 entre outros) se explica: ali o erro na fala da criança é

dado de eleição (FIGUEIRA, 1996). Explica-se, também, a afirmação de Lier-DeVitto, de que o Interacionismo é mantido em posição de alteridade, ou seja, de outro em relação à Clínica de Linguagem, ainda que o mesmo solo teórico seja frequentado, afinal sintoma não é um erro qualquer, não é como o erro na fala de crianças, nem o erro ocasional (LIER-DeVITTO, 2004). O Estruturalismo Europeu (SAUSSURE, [1916] 2012; JAKOBSON, [1967] 2010), preparado pelas mãos de Saussure, este “linguista desejanete” (MILNER, [1978] 2012), traz esta marca. Jakobson e Benveniste puderam olhar para o lado, para o que tropeça e interroga: para a poesia, a fala de crianças, as afasias (caso de Jakobson) e para o diálogo, o falante e a enunciação (caso de Benveniste). Não é de estranhar, assim, que estes autores tenham interessado tanto a Lacan e que a Psicanálise e o Estruturalismo Europeu sejam bases teóricas para o Interacionismo e para a Clínica de Linguagem.

Esta clínica nasce, como sublinhamos, da necessidade de produzir um discurso teórico sobre falas patológicas, sobre seu funcionamento e seus efeitos clínicos. Desde 1997 a participação de fonoaudiólogos comprometidos com a proposta, acima delineada, desenvolvem reflexões teórico-clínicas originais e consistentes que deram andamento a uma perspectiva reconhecida pela comunidade científica e clínica nacional e internacional.

1. O traçado teórico-clínico

Algumas considerações teóricas de base merecem destaque, antes de iniciar a discussão sobre o trabalho clínico com afásicos. Nesta perspectiva, nomeada CLÍNICA DE LINGUAGEM, é central o reconhecimento da noção de língua como funcionamento universal da linguagem (*la langue*), noção esta, introduzida por Saussure que, com ela, delimitou o campo teórico da Linguística. Trata-se de um objeto teórico (não empírico, imediato e diretamente percebido pela percepção), acessível no só depois de sua enunciação como aquilo que “trabalha embaixo” das ocorrências manifestas de fala/discurso. *La langue* é objeto posto (RODRIGUES, 1975) e não “dado” que se oferece à observação. O objeto da Linguística é, portanto, a Língua, definida como “sistema de valores” (SAUSSURE, [1916] 2012: 158), regido por “leis perenes e universais” (SAUSSURE, [1916] 2012: 37).

A noção de “valor” permite afirmar que as unidades (os signos) são efeitos das relações de elementos em uma cadeia, como destacou Andrade (2003) e Lier-DeVitto (2017), ao abordar a opção saussuriana pelo “negativo”, que suspende a concepção de linguagem como representação e designação – a língua “não é nomenclatura” (SAUSSURE, [1916] 2012: 105). A anterioridade lógica do funcionamento de *la langue* vem, portanto, de Saussure e comporta o fato de que o falante “não pode criar e nem modificar sua língua”

(idem: 111).

A relevância da novidade saussuriana para aqueles que refletem sobre ocorrências sintomáticas na fala pode ser apreendida na seguinte definição sobre o que constitui a matéria da Linguística: “por **todas as manifestações da linguagem humana (...)** considerando-se (...) **não só a linguagem correta e a bela linguagem, mas todas as formas de expressão**” (idem, p. 37, ênfase nossa). Sendo assim, falas tortuosas, claudicantes ou sintomáticas estão aí incluídas. Por certo, onde houver manifestação de linguagem haverá redes de relações em operação – haverá **a língua** em funcionamento. Saussure “dá a chave”, como disse Lier-DeVitto (2004), para outros autores como Jakobson ([1967] 2010 e outros), que pode fazer a articulação entre língua e fala e, assim, abordar manifestações afásicas e falas de crianças, além de poesia.

Por consequência, da anterioridade lógica da Língua sobre o falante, toma-se distância da noção de sujeito epistêmico, aquele que pode controlar sua fala e seus efeitos. Assume-se, diferentemente, que a suposição de controle é, no que diz respeito ao falante, da ordem da ilusão (como mostram os desarranjos vividos nos lapsos, atos falhos, assim como em falas de crianças e nas sintomáticas). Admitir, por outro lado, que sempre se pode ser surpreendido pela própria fala, nos aproxima do empenho de articulação entre Saussure e Jakobson com a Psicanálise, ou seja, a assumir a hipótese do inconsciente. Este passo foi dado por De Lemos (1992) no campo da Aquisição da Linguagem e por Lier-DeVitto logo no início do Projeto Integrado, proposto por ela ao CNPq, em 1997. Uma posição que ganhou força de proposição problemática na abordagem do sintoma na fala (LIER-DEVITTO, 2005, 2006 e outros) e que se fez notar nos trabalhos do Grupo de Pesquisa CNPq: Aquisição, patologias e clínica de linguagem.

Lacan, como se sabe, os frequentou antes e foi assistido, em seus Seminários, na *École de Hautes Études*, por Jakobson. É Lacan quem afirma, sob efeito de seu encontro com o estruturalismo europeu (através de Lévy-Straus e de seu amigo Jakobson), que o sujeito é, ele mesmo, como disse Marcolino (2004: 60), “efeito de linguagem - não de leis que regem o funcionamento orgânico”. Compreende-se, assim, a introdução, na Teoria Interacionista e na Clínica de Linguagem, do sujeito proposto pela Psicanálise: um sujeito **capturado** pelo e no movimento “permanente e universal!” de *la langue*, do simbólico. O termo “captura” é conceito incorporado da Psicanálise (LACAN, [1901-1981] 1998), por Cláudia de Lemos, no Interacionismo em Aquisição de Linguagem. O mesmo pressuposto é sustentado na Clínica de Linguagem em que ganha forte sustentação empírica nas falas sintomáticas.

Tais considerações, que indicam a importância da ordem própria da língua na reflexão a respeito das falas sintomáticas e sobre o sujeito

que padece sob seu efeito, justificam a relevância da aproximação tensa entre Linguística e Psicanálise como alicerces para a teorização sobre a linguagem e o sujeito numa Clínica de Linguagem.

Desde uma posição como esta, o fonoaudiólogo, procurado por uma pessoa com dificuldade na fala e que a ele dirige um apelo, uma demanda de mudanças nessa fala problemática que o faz sofrer, se apresenta de forma singular: como um clínico de linguagem. A noção de sintoma ganha contorno fundamental. Lier-DeVitto e Arantes (1998) afirmam, com Allouch (1995), que o clínico é convocado a levar o falante a passar a outra coisa ou, como disseram Lier-DeVitto e Andrade (2011), a retirá-lo do aprisionamento no sintoma, na condição sintomática em que se encontra. Tal aprisionamento demarca a força da resistência de uma fala sintomática a atos clínicos. O sintoma na fala marca um problema radical, como disseram Fonseca (2002) e Lier-DeVitto (2005, 2006): ele afeta aquele que fala e o outro que escuta e, em ambos os casos, a dissemelhança de uma fala sintomática deixa rastro, marca seu efeito. Em termos teóricos, pode-se dizer que ela produz fratura subjetiva na ilusão de semelhante e esgarça o laço social (idem, ibidem). De fato, a condição do sujeito na linguagem é a de um sintoma mal, que o leva até à clínica (ARANTES, 2001 e outros).

Esta posição está bem distante daquela corrente e recorrente na literatura fonoaudiológica e médica, que oferece uma explicação para o acontecimento sintomático na fala como “patológico”, ou seja, determinado pelo que está do “lado de fora” da linguagem, ou melhor, que está “do lado de dentro” no organismo. Nesse enquadre, o funcionamento da linguagem fica anulado por explicações organicistas, cognitivista-sociais. No campo da Fonoaudiologia, o raciocínio causalista, etiológico, ortopédico, faz barreira a uma Clínica de Linguagem em que sujeito e linguagem dominam o cenário teórico-clínico.

2. A Clínica de Linguagem com o afásico

“Afasia” é termo médico cunhado para dizer do efeito na fala de lesão cerebral. Ele é incorporado *in totum* pelo campo da Fonoaudiologia, que é convocado a conduzir um tratamento não medicamentoso ou cirúrgico (caso da Medicina) para falas afásicas. A questão relevante para a Clínica de Linguagem foi dar peso a essa diferença marcante entre as áreas a partir de uma teorização consistente e clinicamente consequente sobre a linguagem.

Fonseca (1995, 2002) foi pioneira: deu passos decisivos e sólidos na construção de uma Clínica de Linguagem com Afásicos e persiste na produção de elaborações teóricas e terapêuticas – o Centro de Atendimento de Afásicos (CAAF) da Derdic da PUC/SP, com mais de 10 anos de vigência, é emblema de seu compromisso com afásicos e com a afasia.

Segundo esta autora, é fundamental levar em conta a complexidade da imbricação cérebro, linguagem e sujeito na discussão da afasia: apesar do comprometimento orgânico e da severa condição linguística que pode se instaurar em quadros afásicos, um clínico enfrenta o fato incontornável de que há sujeito na afasia (FONSECA, 1995, 2002, 2011). Merece destaque, a partir desta asserção, que o afásico ganha lugar nesta proposta: há afásico na afasia. Não é por outro motivo que Fonseca insiste no enunciado de que nas afasias há **fala em sofrimento que tem como efeito um drama subjetivo**, sendo que, como já mencionado, neste artigo, procuramos dar destaque ao “drama subjetivo”.

O traçado teórico de Fonseca inclui Freud e Jakobson de forma profunda. Freud (1891), em sua monografia, enfrenta o raciocínio localizacionista para explicar as afasias e coloca em xeque o pensamento causalista na explicação do sintoma na fala. O autor recorre ao paralelismo psicofísico de Jackson que descola o físico do psíquico, e postula um funcionamento “concomitante dependente” entre o que seria da ordem orgânica e da ordem linguística. Ou seja, Freud subverte a causalidade cérebro→linguagem já que o termo concomitante aponta para uma relação de simultaneidade entre domínios heterogêneos que se afetam, assinala Fonseca, domínios que são, desse modo, dependentes nas afasias, afinal, só há afasia com lesão cerebral, lembra a autora.

Freud postula um aparelho de linguagem que, como comenta Marcolino-Galli:

é desenhado como rede de associações, que articula impressões grafadas em sistemas de memória. Essa aproximação é notável já em 1891. Ao escutar a fala afásica, Freud sustenta que a representação-palavra é composta por “impressões” visuais, auditivas e cinestésicas. Trata-se da associação da imagem-acústica, da imagem visual e da motora de uma letra, da imagem motora da fala, por exemplo – aí está o corpo frente à linguagem há uma rede que no corpo associa “impressões” da palavra (MARCOLINO-GALLI, 2013: 58).

Temos aí uma perfeita transformação; começamos a entrever um corpo esquadrihado pela linguagem. Lemos em Freud que a afasia é produto de uma alteração no aparelho de linguagem: há rupturas nas cadeias associativas. A lesão cerebral afeta o aparelho de linguagem, mas não explica as desordens na fala. Para Freud, segundo leitura de Fonseca e Marcolino-Galli, é imprescindível considerar a heterogeneidade desses domínios (orgânico e linguístico) na teorização sobre o sintoma afásico. Observamos, assim, que Freud abre a porta para explicações linguísticas sobre esse acontecimento na fala.

Jakobson ([1967] 2010), um linguista de grande porte e originalidade, assume compromisso com a **ordem da língua**, com o gesto de Saussure de fundação da Linguística como ciência, e sustenta que a afasia, assim como qualquer manifestação linguística é assunto

de linguista – pode ser abordada a partir de aparatos teóricos deste campo. Num trabalho magistral de 1954, ele reduz as classificações médicas das afasias a dois modos de funcionamento da linguagem e, com isso, “o cérebro humano passa a ser visto como condição de possibilidade para o funcionamento simbólico” (FONSECA, 1995: 92-3) e não sua fonte absoluta e determinante – há autonomia de funcionamento de *la langue*.

Ao lado desses autores e sob efeito da clínica Fonseca enfatizou, de início, que a afasia deveria ser abordada como questão linguística, mas afirma que a afasia é **fala em sofrimento**, como já mencionado acima. A isso, a autora acrescenta que tal manifestação sintomática faz sofrer o sujeito na medida em que está relacionada a um corte radical e definitivo que separa um antes e um depois de sua ocorrência: antes um sentimento de falante pleno, em controle de si e de sua fala; depois um falante trôpego em descontrole de seu corpo e de sua fala. Para Fonseca, portanto, a condição afásica envolve uma natureza tripla: um **cérebro ferido**, uma **fala em sofrimento** e um **drama subjetivo** (Fonseca, 2002, 2005, 2011). O afásico é alguém que sofre porque “fica ao lado do que quer dizer” (LACAN [1955-56] 2010: 256), mas não diz o que quer e como gostaria de dizer, aprisionado que está em sua terrível condição sintomática. Em outras palavras, o falante fracassa: tenta, mas o que diz não sai como esperado – o que não passa despercebido ao outro: dupla fonte de sofrimento. Nas palavras de Fonseca há uma condição “Nova e enigmática porque sem deixar a condição de falante, ele passa a sê-lo de um modo muito diferente do que era antes. Essa singularidade é angustiante: para ele e para o outro” (FONSECA, 2011: 2338).

É importante considerar que o afásico não está fora da linguagem – seu sofrimento é índice disso: ele escuta sua fala e “sabe” que ela fracassa! (FONSECA, 1995, 2002; MARCOLINO, 2004), ele não consegue comunicar o essencial e fica preso numa dolorosa condição de falante, menos imediata e menos concreta como relatou Cardoso Pires (1998) - impotência verbal, destituição subjetiva nessa “perda de vez e voz na linguagem” (FONSECA, 2002). Consequentemente sustentar o laço com o outro torna-se tarefa e tarefa árdua. Não menos árdua é a situação do clínico frente à resistente e insistente desordem que emerge em sua língua materna; desordem que ele é convocado a mudar, a rearranjar.

Procuramos assentar, de forma breve, os marcos conceituais sobre os quais se tece a configuração da Clínica de Linguagem e daquela voltada para os afásicos. Além disso, também, dar contorno para a questão central deste artigo, qual seja, **o drama subjetivo** que a afasia inaugura, que envolve “um trabalho de luto” diria Freud (1915/1917). Nas afasias, algo fundamental do humano é abalado: a posição de falante na língua materna, de que decorrem desarranjos subjetivos, familiares e sociais - a lista é inumerável - e o sujeito cai.

3. Sobre a terapêutica com o afásico

A Clínica de Linguagem é regida pelos efeitos da fala patológica no paciente e no clínico. Trata-se, convém lembrar, de falas estranhas, que perturbam a escuta da língua materna. Ainda que o sujeito escute sua fala estilhada, ele não pode incidir sobre ela. A resistência do sintoma aprisiona o falante num mal-estar. Ainda assim, nesta Clínica, o diálogo é aquilo que oferece lugar ao ato clínico (o afásico, afinal, pode dizer “sim” ou “não” para um enunciado do terapeuta). Um ato clínico pode levar a mudanças na fala e/ou à retificação da posição subjetiva do afásico frente ao outro.

Em De Lemos (1992), lê-se que **interpretação é restrição** já que ganha determinação sintática, semântica e discursiva no momento preciso em que um fragmento, incorporado pela criança da fala do outro, é rearticulado a outros na cadeia falada. Sua indeterminação é restringida. Chamamos a atenção para a noção de interpretação como restrição e, também, para a relevância do outro, como instância da língua constituída (op. cit.). Nesta proposta em Aquisição da Linguagem, a força estruturante desta interpretação é decisiva.

Não menor é, também, sua importância na Clínica com afásicos em que, como pontuou Fonseca (1995, 2002), o sentido não se define devido ao incessante deslocamento de fragmentos na fala. Acontece que o afásico pode dizer “sim” e “não” ao sentido do outro numa interpretação – o que raramente é o caso no diálogo com crianças, que são mais dependentes do sentido do outro, como atestado no Interacionismo. O afásico, nesses termos, é mais independente, ele está em textos, mas não pode sustá-los em sua fala. Na Clínica de Linguagem se procura suspender a oferta de significados, apesar do clínico não poder se esquivar dos impasses causados pelo **querer dizer e não poder dizer** do paciente.

Marcolino-Galli (2013) discute a relevância da interpretação imaginária que, partindo de um segmento da trama significativa do afásico, possa oferecer um sentido, autorizado pelo paciente, que dê direção e sustentação ao diálogo clínico. Busca-se sempre que a interpretação: “[“quebre”] o que aprisiona o sujeito em seu sintoma na linguagem para que sua fala possa voltar a passar pela linguagem do outro, pela “perspectiva estruturante” dessa fala”. (LIER-DEVITTO e ARANTES, 1998: 71).

Interpretação na clínica e interpretação de leigos logicamente não coincidem, a interpretação de falas afásicas na clínica deve submeter-se a uma teorização. No sintoma há algo de irremediável, de incorrigível isso porque resiste nela algo do Real, que não se deixa apanhar no enlaçamento do Simbólico com a Imaginário de uma interpretação (CORDEIRO, 2014). De todo modo, entende-se que interpretação é restrição, contenção de deriva e, certamente, central à

terapêutica (e no caso a caso). Interessa dizer que a interpretação na Clínica de Linguagem não é aleatória – é dependente do dizer do afásico e de seus efeitos plurais e inesperados.

É importante considerar ser a escuta que possibilita a interpretação. Podemos falar da posição de escuta do afásico, bem como do clínico. (1) Do lado do afásico, temos um sujeito que escuta sua fala estilizada e que, por isso, pode enunciar uma queixa. Essa escuta não opera mudanças na fala do sujeito, já que “se escutar-se é condição necessária e suficiente para engendrar reformulações numa fala dita “normal”, ela não se apresenta como tal quando o que está em causa é a condição afásica” (LIER-DeVITTO e FONSECA, 2012: 77), o que justifica o pedido que um paciente dirige ao terapeuta. (2) Do lado do terapeuta, a escuta é instituída por uma inscrição teórica, que, no caso da Clínica de Linguagem deve sustentar a singularidade de uma fala e a imprevisibilidade do instante clínico (ANDRADE, 2003). Pollonio (2011: 57-8) afirma que “falar em escuta e em interpretação envolve a relação entre falas/falantes atravessada pela língua[...]a escuta clínica não é gesto neutro[...]é o fio condutor para a interpretação”.

A escuta clínica sofre deslocamentos na instância clínica, na medida em que nas entrevistas, o clínico deixa-se afetar pela queixa. Na avaliação da linguagem, o clínico escuta as dificuldades na cadeia significativa para estabelecer se os acontecimentos na fala são de ordem patológica ou não. Aposta-se que o clínico poderá decidir sobre uma interpretação, que considere o jogo linguístico sobre o qual a relação entre falas está submetida (ARANTES, 2001; POLLONIO, 2011). Fato é que tais deslocamentos de posição clínica são marcados por uma escuta do singular (e não por uma nosografia de tipos e classes), convocada pela maneira que o sujeito se apresenta na relação com sua fala e a do outro.

4. Outras contribuições para a Clínica com afásicos: um passo inicial para a teorização sobre o luto

Com as considerações que serão comentadas nesta parte, iluminamos a pressão que sofre a posição do clínico frente ao drama do afásico e seu luto que impõe manejos² clínicos e uma escuta para o sofrimento especial que decorre do encontro com os desarranjos insuperáveis na fala.

Fonseca (1995, 2002 e outros) discute a questão intrigante da imbricação fala-escrita entre paciente e terapeuta e seus efeitos clínicos, levando em consideração que ambas as modalidades, podem

² Enfatizamos que apesar desta não ser a questão central neste artigo, indica o quão necessário é dar o passo teórico sobre o luto para a posterior reflexão sobre os manejos e enfrentamentos desse sofrimento na clínica.

estar profundamente abaladas nas afasias. Ela argumenta que, de um modo geral, essas modalidades afetam-se entre si e promovem mudanças; fazendo desse jogo uma opção terapêutica. O paciente X., mostra ela, apresentava dificuldades na articulação dos sons, que se embaralhavam. A leitura era marcada por intermitências e escansões prolongadas: ora ele conseguia ler, mas não entendia o que lia; ora lia e entendia pedaços. Na escrita, conseguia escrever o próprio nome, com muita dificuldade para copiar. A partir dessas observações iniciais, uma direção de tratamento foi definida. Como a queixa era sobre a fala, o primeiro objetivo foi deixar que ele falasse, evitando interrupções de intuito corretivo – deixar a fala fluir como vinha. Depois disso, os resultados foram notáveis. X. havia mudado a relação com sua fala e já não evitava mais sair de casa ou falar com pessoas. Ele se empenhava em explicar seus problemas de fala. Ocorreu uma retificação subjetiva, pela possibilidade, ao que tudo indica, da sustentação de uma posição de não saber por parte do terapeuta frente a ela.

Persistiam, porém, problemas incômodos na fala. O próximo passo terapêutico foi introduzir textos com o objetivo de articular modalidades de linguagem (escrever/ler/falar), o que não deixou de provocar certa resistência do paciente. X. acompanhava a leitura e, algumas vezes, conseguia ler. Alterou-se a natureza dos textos, por escolha de X. - foi possível notar que ele também entendia a leitura.

Esta direção de tratamento promoveu mudanças: o texto escrito afetou a leitura e a escrita de X. Antes escrevia apenas o próprio nome, depois disso, escrevia também palavras desses textos: a leitura em voz alta se transferia para a fala, que se mostrava mais estruturada pela impressão nela da cadência da leitura. A conclusão de Fonseca (2002) foi que este paciente mudou de posição como falante frente à sua fala e à fala do outro e, acrescenta ela: “se essa fala permanece afásica, há que se dizer que ela passou a mais fluente e o falante a menos frustrado” (idem: 240).

Poderíamos concordar com a autora sobre o sucesso deste atendimento, em que mudanças clínicas foram observadas. Além das questões linguísticas relatadas, colocamos em destaque a mudança de posição subjetiva deste afásico. Importante demarcar como esse sujeito apresenta-se ao clínico. Desde o início ele enfrentou sua condição afásica. Ele participou sozinho da entrevista e ocupou a cena. Os comentários em relação à sua fala enfatizavam os efeitos de sua impotência verbal: ele se afligia, ria e dizia: “Num sai nada” [...] “Nossa!”. Ainda assim, ele não desistia e se envolvia na dinâmica da terapia – um enfrentamento de sua dificuldade, que nos remete a um trabalho de atravessamento do luto³. A resposta do paciente foi seguir em frente apesar da afasia estar em sua vida marcada como uma

³ Trabalho para o qual um afásico enlutado é convocado na clínica.

cicatriz. Transitar pela linguagem, atravessar modalidades, vivenciar possibilidades de dizer foram conquistas decorrentes do manejo clínico deste atendimento.

Outro relato clínico relevante para os propósitos deste trabalho, foi apresentado por Guadagnoli (2007). Trata-se do atendimento de Mirela (nome fictício), que aos 25 anos - e após um tumor cerebral - ficou com sequelas motoras e afásica. Ela vinha para um quarto atendimento fonoaudiológico com o pedido de poder atingir mudanças na escrita, principalmente. Guadagnoli diz: "Fiquei interrogada pelo fato dela, tão nova que era, não demonstrar sofrimento e de eu não notar, em seu dizer, qualquer tom de lamento em função da afasia" (idem: 72). Pareceu também paradoxal para a terapeuta a discordância ou desajuste deste discurso frente ao seu modo de presença frente ao outro.

De fato, no processo de avaliação de linguagem, foi possível notar que não apenas a escrita estava marcada pela afasia, como também a fala: havia dispersão de sentido, hesitações, pausas e interrupções abruptas da textualidade em curso. Contudo, Mirela queixava-se de sua impossibilidade de escrever, basicamente. O direcionamento terapêutico moldou-se na tentativa da articulação fala/leitura/escrita. Durante a realização de textos escritos, havia um incessante movimento de rasuras, tentativas de reescrever que sempre resultavam em fracasso. A escrita era, para Mirela, o emblema da afasia, da perda de controle sobre seu corpo e sobre a linguagem. Na escrita ela ficava detida, presa num gesto sem possibilidade de acerto e ficava inconformada.

Afastar-se deste lugar, para ler e falar nas sessões, produziu forte resistência, segundo Guadagnoli, e levou ao abandono do tratamento. Afetadas pela leitura desse relato, ficamos com uma questão sobre o manejo do luto, que talvez demandasse mais tempo de escuta para chegar a uma resposta para a questão da terapeuta. Talvez, mais tempo de escuta, também, para chegar a um sentido para a intrigante demanda de Mirela, que a ensurdecia para os seus problemas na fala e na leitura e que a impediram de entrar no tratamento. Em nota de rodapé, recolhemos uma anotação da autora deste relato clínico: "Mirela pretendia, como disse em sessões de atendimento, expor sua afasia em benefício próprio e da família [...] Um certo "gozo" na condição afásica me chamava a atenção" (GUADAGNOLI, 2007: 81-2). Uma questão a considerar – há gozo no luto? Há benefício secundário? Certamente, este é um problema a ser levado em conta na clínica com afásicos.

Com estes dois relatos, procuramos mostrar que há sujeito na afasia e, portanto, singularidade no modo de elaboração (ou morbidez) no atravessamento do luto. Tal convicção é recolhida na clínica, vem do encontro com afásicos e sua dor de ter que viver assim, "meio sem saída" da afasia.

Este sentimento de “sem saída” do afásico nos leva à problemática do final do tratamento, abordado por Fonseca (2005), que diz respeito a como conceber a “recuperação” do afásico já que a supressão do sintoma, o retorno a condição anterior à afasia é inviável. Fonseca recorre a Goldstein para quem só é possível falar em “recuperação” quando há melhora espontânea ou reversibilidade do quadro por procedimento cirúrgico. Esta noção condiz com o retorno a um funcionamento cerebral anterior a lesão, a uma cura, no sentido orgânico do termo. Com ela em perspectiva, Goldstein propõe uma reeducação que vise **compensações das funções alteradas** e não a restauração das mesmas. Há prejuízos irreversíveis, sem dúvida. Canguilhem (1943/1990) propõe a ideia de uma nova norma individual.

Para Fonseca, com Canguilhem, “curar corresponde à possibilidade de **ultrapassar a normatividade da doença** para que uma “nova saúde” possa se instaurar” (FONSECA, 2005: 223). Ultrapassar-se é a palavra: apostar que os déficits persistentes não anulem o sujeito. Catrini e Lier-DeVitto (a sair) sustentaram que a anatomia não sela o destino do sujeito. Nas patologias de linguagem, as resoluções subjetivas são plurais. Sendo assim, as autoras reinterpretam a famosa frase freudiana de que “a anatomia é o destino”, que, para elas, ganha valor na morte do ser, o destino do vivo. Se há vida, há sujeito e heterogeneidade de soluções frente às desditas impostas aos sujeitos (pela natureza, pelo outro e por doenças, como disse Freud). Esta é a certeza com que operam clínicas não organicistas: não é possível desconsiderar que um novo destino se impõe após a lesão, a força da anatomia opera sobre a fala contudo, não coincidência entre o destino da fala e do falante, dizem as autoras - este resiste e, pode atravessar o luto e se arranjar-se com o corpo que têm. Nas afasias (e em outras patologias de linguagem):

(1) a fala pode estar levemente afetada pelo acontecimento cerebral e o sujeito falante profundamente pessimista, mergulhado numa angústia ligada ao sentimento de catástrofe pessoal, de despedaçamento. O inverso também aparece na clínica: (2) um sujeito confiante, embora com uma fala arruinada. Enfim, a anatomia, no caso das afasias impõe mudanças na vida do sujeito, mas não prescreve seu destino (CATRINI e LIER-DeVITTO, a sair: 2).

Encerramos este artigo sobre a Clínica de Linguagem e a Clínica de Linguagem com afásicos com esta citação que é oportuna e bastante apropriada para contornar a discussão do drama subjetivo vivido pelo afásico. Os breves relatos, aqui introduzidos, também iluminam, a heterogeneidade que se apresenta na clínica, nesse drama subjetivo e nas soluções que o falante encontra para sustentar-se após a instalação de um quadro afásico, que o coloca na trilha de um “trabalho de atravessamento do luto”.

CORDEIRO, Michelly Daiane de Souza Gaspar; LIER-DEVITTO, Maria Francisca. A clínica de linguagem: algumas considerações sobre o afásico e o luto. *Revista Intercâmbio*, v. XLI: 120-136, 2019. São Paulo: LAEL/PUCSP. ISSN 2237-759X

5. Comentários finais

Esse artigo foi um recorte de uma extensa revisão bibliográfica na temática do luto e possíveis articulações com o sofrimento de sujeitos afásicos, o que é frequentemente observado na clínica fonoaudiológica. Reiteramos apenas a revisão acerca da literatura na Clínica de Linguagem com afásicos e a proposição que nos moveu em direção à essa temática: há luto na afasia. Para além disso, outros pontos foram considerados em outros momentos do trabalho de revisão, como o importante e necessário destaque de que o luto é amplamente teorizado na Psicanálise quando em questão estão as perdas por morte de entes queridos. De fato, há uma distinção entre aquilo que se perde nessas situações e as perdas vivenciadas pelo sujeito afásico, tema que merece espaço de discussão em outro momento.

Referências bibliográficas

ALLOUCH, J. *Letra a letra*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1995.
ANDRADE, L. *Ouvir e escutar na constituição da clínica de linguagem*. Tese [Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem]. LAEL/-PUC-SP, São Paulo, 2003.

ARANTES, L. *Diagnóstico e clínica de linguagem*. Tese [Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem]. LAEL/-PUC-SP, São Paulo, 2001.

CANGUILHEM, G. *O Normal e o Patológico*. Rio de Janeiro: Ed. Forense Universitária, 1943/1990.

CARNEVALE, L. *Reflexões sobre o papel do fonoaudiólogo inserido em escolas especiais voltadas à educação de sujeitos com paralisia cerebral*. [Mestrado em Educação]. Universidade de São Paulo, USP, 2000.

_____. *O falante entre cenas: descaminhos da comunicação na deficiência mental*. [Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem]. LAEL/-PUC-SP, São Paulo, 2008.

CATRINI, M.; LIER-DEVITTO, M.F. Reflexões sobre o corpo na Clínica de Linguagem. (Artigo no prelo).

CORDEIRO, M.D.S.G. *Fala jargonafásica e Clínica de Linguagem com afásicos*. Dissertação [Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem]. LAEL/-PUC-SP, São Paulo, 2014.

CORDEIRO, Michelly Daiane de Souza Gaspar; LIER-DEVITTO, Maria Francisca. A clínica de linguagem: algumas considerações sobre o afásico e o luto. *Revista Intercâmbio*, v. XLI: 120-136, 2019. São Paulo: LAEL/PUCSP. ISSN 2237-759X

DE LEMOS, C.T.G. Los procesos metafóricos y metonímicos como mecanismos de cambio. *Substratum*. Barcelona, Meldar, v. 1, n. 1, 1992.

_____. Das vicissitudes da fala da criança e de sua investigação. *Cadernos de Estudos Linguísticos*, Campinas, v. 42, p. 41-69, Jan./Jun., 2002.

FONSECA, S.C. *Afasia: a fala em sofrimento*. Dissertação. [Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem]. LAEL/-PUC-SP, São Paulo, 1995.

_____. *O afásico na Clínica de Linguagem*. Tese [Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem]. LAEL/-PUC-SP, São Paulo, 2002.

_____. O afásico na clínica de linguagem: levantamento de questões sobre o fim do tratamento. In: PAVONE, S.; RAFAELI, Y.M. *Audição, voz e linguagem: a clínica e o sujeito*. São Paulo: Cortez, 2005.

_____. Afasia: fala em sofrimento que faz sofrer um sujeito. XVI Congresso Internacional de La Alfal. *Obras colectivas de Humanidades*. Acala de Henares: Universidad de Acala, v. 28, 2011.

FIGUEIRA, R.A. O Erro como dado de eleição nos estudos de aquisição da linguagem. In: CASTRO, M.F. *O Método e o dado nos estudos da linguagem*. Campinas: Editora da Unicamp, p. 55-86, 1996.

FREUD, S. *A Afasia*. Trad. Antônio Pinto Ribeiro, Lisboa: Edições 70, 1891/1979.

_____. Luto e melancolia. In: CARONE, M. (tradutora). *Novos estudos*, nº32 – março, [1915/1917] 1992.

GUADAGNOLI, C.F. *Considerações sobre fala-leitura-escrita e efeitos clínicos no atendimento de afásicos*. Dissertação [Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem]. LAEL/-PUC-SP, São Paulo, 2007.

JAKOBSON, R. *Linguística e comunicação*. São Paulo: Cultrix, [1967] 2010.

LACAN, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, [1901-1981] 1998.

_____. Metáfora e Metonímia (I): "Sa gerbe n'était point avare, ni haineuse". In: *O Seminário. Livro 3. As Psicoses*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, [1955-56] 2010.

CORDEIRO, Michelly Daiane de Souza Gaspar; LIER-DEVITTO, Maria Francisca. A clínica de linguagem: algumas considerações sobre o afásico e o luto. *Revista Intercâmbio*, v. XLI: 120-136, 2019. São Paulo: LAEL/PUCSP. ISSN 2237-759X

LANDI, R. *Sob o efeito da afasia: a interdisciplinaridade como sintoma nas teorizações*. Tese [Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem]. LAEL/-PUC-SP, São Paulo, 2000.

LIER-DeVITTO, M.F. Sobre a posição do investigador e a do clínico frente a falas sintomáticas. *Letras de Hoje*, Porto alegre, v. 39, n. 3, p 47-60, 2004.

_____. Falas sintomáticas: fora de tempo, fora de lugar. *Caderno de Estudos Linguísticos*, Campinas, p. 143-150, 2005.

_____. Patologias da linguagem: sobre as "vicissitudes de falas sintomáticas". In: LIER-DeVITTO, M.F.; ARANTES, L. (orgs) *Aquisição, patologias e clínica de linguagem*. São Paulo: EDUC, FAPESP, p. 183-200, 2006.

_____. Sobre o que se colhe e o que se recolhe na leitura de Saussure. *Estudos Linguísticos: teoria, prática e ensino*. 1ed. Uberlândia: EDUFU- Editora da Universidade de Uberlândia MG, v. 1, p. 51-62, 2017.

_____; ANDRADE, L. Considerações sobre a interpretação de escritas sintomáticas de crianças. In: LIER-DeVITTO, M.F.; ARANTES, L. (Orgs.). *Faces da Escrita*. Campinas: Mercado de Letras, 2011.

_____; ARANTES, L. Sobre os efeitos da fala da criança: da heterogeneidade desses efeitos. *Letras de Hoje*, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 65-71, jun. 1998.

_____; FONSECA, S. Linguística, aquisição da linguagem e patologia: relações possíveis, restrições obrigatórias. *Letras de Hoje*, Porto Alegre, v. 36, n.3, p. 433-440, 2001.

_____; Hesitações e pausas como ocorrências articuladas ao movimento de reformulação. *Cadernos de Estudos Linguísticos*, Campinas, p. 67-80, Jan./Jun., 2012.

MARCOLINO, J. *A Clínica de Linguagem com afásicos: indagações sobre um atendimento*. Dissertação [Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem]. LAEL/-PUC-SP, São Paulo, 2004.

MARCOLINO-GALLI, J. *A relação memória-linguagem nas demências: abrindo a caixa de Pandora*. Tese [Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem]. LAEL/-PUC-SP, São Paulo, 2013.

CORDEIRO, Michelly Daiane de Souza Gaspar; LIER-DEVITTO, Maria Francisca. A clínica de linguagem: algumas considerações sobre o afásico e o luto. *Revista Intercâmbio*, v. XLI: 120-136, 2019. São Paulo: LAEL/PUCSP. ISSN 2237-759X

MILNER, J. *A obra clara: Lacan, a ciência, a filosofia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, [1995] 1996.

_____. *O amor da língua*. Campinas, SP, Editora Unicamp, 2012.

PIRES, J.C. *De Profundis, Valsa Lenta*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998.

POLLONIO, C.F. *Interpretação e escuta na Clínica de Linguagem*. Tese [Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem]. LAEL/PUC-SP, São Paulo. 2011.

RODRIGUES, N. *Saussure: uma revolução na Linguística*. [Dissertação de mestrado] FFLCH-USP, 1975.

SAUSSURE, F. *Curso de Linguística Geral*. BALLY, C.; SECHEHAYE, A. (Orgs.). São Paulo: Cultrix, 34^a ed., [1916] 2012.

VIEIRA, C. H. *Um Percurso pela História da Afasiologia: Estudos Neurológicos, Linguísticos e Fonoaudiológicos*. [Mestrado em Letras]. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 1992.