

ENSAYO TEÓRICO

Clínica del lenguaje: una respuesta teórico-clínica al síntoma en el habla



OPEN ACCESS

EDITADO POR

- Marianne Cavalcante (UFPB)
- Alessandra Del Ré (UNESP)
- Christelle Dodane (U PARIS 3)

EVALUADO POR

- Henrique Miguel de Lima Silva (UFPB)
- Marianne Cavalcante (UFPB)

SOBRE LOS AUTORES

- Maria Francisca Lier-DeVitto
Conceptualización, Redacción - borrador original, Redacción - análisis y edición.
- Lucía Arantes
Conceptualización, Redacción - borrador original, Redacción - análisis y edición.
- Suzana Carielo da Fonseca
Conceptualización, Redacción - borrador original, Redacción - análisis y edición.
- Jackeline Miazzi
Conceptualización, Redacción - borrador original, Redacción - análisis y edición.

FECHAS

- Recibido: 30/10/2023
- Aceptado: 12/03/2024
- Publicado: 09/09/2024

CÓMO COTIZAR

Lier-DeVitto, M. F.; Arantes, L.; Fonseca, S. C.; Miazzi, J. (2024). Clínica del lenguaje: una respuesta teórico-clínica al síntoma en el habla. *Revista da Abralín*, v. 23, n. 2, p. 751-775, 2024.

Maria Francisca LIER-DEVITTO

Universidad Católica de São Paulo (PUC-SP)

Lucía ARANTES

Universidad Católica de São Paulo (PUC-SP)

Suzana Carielo da FONSECA

Universidad Católica de São Paulo (PUC-SP)

Jackeline MIAZZO

Universidad Nacional de San Luis (UNSL)

RESUMEN

Este trabajo analiza la relación entre el Interaccionismo en la Adquisición de Lenguaje, propuesta por De Lemos (1982, 1992, 2002 y otros) y la Clínica del Lenguaje, inaugurada por Lier-DeVitto (1997, 2006, y otros). El núcleo teórico convergente, entre ambos campos, se refiere al problema de la marginalidad del “error en el habla”, en el campo de los estudios lingüísticos, estando la distancia entre ellos marcada por la diferencia entre los errores en el habla infantil, tomados como índice positivo de cambio, el síntoma en el habla, asumido como cristalización paralizante y, por tanto, como índice negativo. En este texto se presentan y discuten los movimientos de elaboración teórica del Interaccionismo, así como de la Clínica del Lenguaje. Más que realizar una historización, en ella la historia se teje a través de entrelazamientos argumentativos. Este artículo también reflexiona sobre la distinción entre la Clínica del Lenguaje con niños y la Clínica del Lenguaje con adultos.

ABSTRACT

This work analyzes the relationship between Interactionism in Language

Acquisition, proposed by De Lemos (1982, 1992, 2002 and others) and the Language Clinic, inaugurated by Lier-DeVitto (1997, 2006, and others). The convergent theoretical core between both fields refers to the problem of the marginality of the "error in speech" in the field of linguistic studies. The distance between them then leads us to the difference between errors in children's speech, taken as a positive signal, and symptomatic speech, assumed as a paralyzing crystallization and, therefore, as a negative signal. This text presents and discusses movements in the theoretical elaboration of Interactionism, as well as in the Language Clinic. Rather than historicizing, the story is told through an argumentative interweaving. This article also reflects on the distinction between the Language Clinic with children and the Language Clinic with adults.

PALABRAS-CLAVE

Interaccionismo. Clínica del Lenguaje. Error. Síntoma em el habla.

KEYWORDS

Interactionism. Language Clinic. Error. Speech Symptom.

RESUMO PARA NÃO ESPECIALISTAS

Este trabalho analisa a relação entre o Interacionismo na Aquisição da Linguagem e a Clínica de Linguagem. O núcleo teórico convergente, entre os dois campos, refere-se ao problema da marginalidade do "erro na fala", no campo dos estudos linguísticos, sendo a distância entre eles marcada pela diferença entre os erros na fala infantil, tomados como um fator positivo, índice de mudança, e sintoma na fala, assumido como cristalização paralisante e, portanto, como índice negativo. Neste texto são apresentados e discutidos os movimentos de elaboração teórica do Interacionismo, bem como da Clínica de Linguagem. Este artigo também reflete sobre a distinção entre a Clínica de Linguagem com crianças e a Clínica de Linguagem com adultos.

Introducción

Este trabajo analiza las relaciones entre el Interaccionismo en la Adquisición del Lenguaje, propuesta por De Lemos (1982, 1992, 2002 y otros) y la Clínica del Lenguaje, inaugurada por Lier-DeVitto (1997,

2006, y otros).¹ El núcleo teórico convergente, entre ambos campos, se refiere al problema de la marginalidad del “error en el habla”, en el campo de los estudios lingüísticos, estando la distancia entre ellos marcada por la diferencia entre los errores en el habla infantil, tomados como índice positivo de cambio, el síntoma en el habla, asumido como cristalización paralizante y, por tanto, como índice negativo. En este texto se presentan y discuten los movimientos de elaboración teórica del Interaccionismo, así como de la Clínica del Lenguaje. Más que realizar una historización, en ella la historia se teje a través de entrelazamientos argumentativos.

El síntoma en el habla plantea la cuestión del sufrimiento de un hablante por efecto de lo que dice - ya sea porque escucha su discurso desorganizado, ya sea porque, en el caso de los niños, el otro no reconoce la forma en que se presentan en su lengua materna. Una lengua que es materna es la de la madre, e la lengua en la que un hablante es “maternado”. Así considerada, la lengua materna contiene la posibilidad de caminos y de descaminos en la relación del sujeto con el lenguaje. De hecho, solamente hay patología en la lengua materna porque la “maternaje” no es anónima y puede conducir a caminos o descaminos en la adquisición del lenguaje - caminos/descaminos diseñados por el habla de un otro deseante. Plantear la cuestión del deseo es subrayar un espacio de conflicto: hay tensión en la captura del niño por el lenguaje.

En este ambiente transita la Clínica del Lenguaje, cuestionada por manifestaciones que sorprenden por la insistencia en aparecer “fuera de tiempo” y/o “fuera de lugar” (LIER-DEVITTO, 2003, 2005). Si los discursos pueden ser inquietantes, lo que es conmovedor es la condición del hablante que vive en una situación permanente de no pertenencia, de segregación en el medio lingüístico que es su propio. La Clínica del Lenguaje acoge, por tanto, “La palabra y el hablante en el sufrimiento”, en la expresión de Fonseca (1995). Las manifestaciones sintomáticas y el sufrimiento del hablante constituyen el centro de proposiciones problemáticas de las que derivan tantas otras cuestiones sobre la práctica clínica y su manejo. En respuesta a las demandas teóricas que plantea esta Clínica, se supusieron dos direcciones teóricas no contradictorias entre sí. La Clínica del Lenguaje tiene una estrecha relación teórica con el Interaccionismo en la Adquisición del Lenguaje para reflexionar sobre el error y los síntomas. El Estructuralismo Europeo es el telón de fondo para abordar los problemas del lenguaje y el Psicoanálisis para reflexionar sobre el sujeto hablante (DE LEMOS, 2005).

¹ Este artículo surge de un conjunto de actividades académicas realizadas en Argentina, en el año 2022, con la asistencia PIPRINT (24938-2022), da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUCSP. En el encuentro se reunieron investigadores y clínicos de la Universidad Nacional de San Luis - AR, del Programa de Pós-graduação em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem, LAEL-PUCSP e da Divisão de Educação e Reabilitação dos distúrbios da comunicação, DERDIC-CER/SUS, ambos da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Las actividades académicas fueron motivadas por el interés común en discutir la relación entre el Interaccionismo en la Adquisición del Lenguaje, propuesta por De Lemos (1982, 1992, 2002 y otros) y la Clínica del Lenguaje, inaugurada por Lier-DeVitto (1997, 2006, y otros).

1. El Interaccionismo por De Lemos y la Clínica del Lenguaje

El Interaccionismo favoreció la posibilidad de elevar el error en el habla del niño al estatuto de proposiciones problemáticas, al estatuto de enigma (ARANTES, 2001, 2006). Una enseñanza, para la Clínica del Lenguaje, que viene de Cláudia De Lemos fue la advertencia a respecto de la importancia de asumir un compromiso con la especificidad del material factual – una condición esencial para que el investigador, afectado por su singularidad, pueda ser conducido a suspender el gesto de aplicación. Frente a esto, asumimos en el Clínica del Lenguaje que el Interaccionismo debería ocupar la posición de “otro” para lidiar con el habla patológica. De esta forma, nacía un Proyecto. Las categorías u operadores de lectura del Interaccionismo fueron movilizados para pensar diferencias, como se discutirá en este artículo. El Interaccionismo en Adquisición del Lenguaje, presentado y discutido en este dossier², enseña que ella, la interacción, no es dual, intersubjetiva: éste da reconocimiento al “orden propio de la lengua” y se opone al empirismo de la díada. En otras palabras, se postula un tercero en la interacción: una fuerza (la de La Lengua). El funcionamiento de La Lengua³ es el tercero y una instancia que provee equívocidad, que incide en la comunicación: ella es fuente de malentendidos, de ambigüedades (MILNER, 1978/87), hay siempre algo de disimétrico, de no-coincidente en la interacción (DE LEMOS, 2002). Tocamos aquí en el dominio del heterogéneo y de lo singular que, a su vez, muestra que la “captura” del ser por el lenguaje es conflictiva, irreductible a lo homogéneo de la biología (DE LEMOS, 2005).

El Clínica del Lenguaje encuentra, de forma radical e inexorable la heterogeneidad en múltiples facetas: (1) de la no-coincidencia de esa habla con la de la masa hablante, (2) de la no-coincidencia entre hablas de niños y hablas sintomáticas de niños, (3) de la no-coincidencia entre hablas sintomáticas en un mismo cuadro de lenguaje. De hecho, el error es heterogéneo e imprevisible. La distinción más esencial, en nuestro caso, es la que remite a la heterogeneidad irreductible entre “error” y “síntoma”. Tal asunción expone una zona de tensión entre el campo de la Adquisición y el de las Patologías del Lenguaje. El hecho es que la Patología ha quedado en la posición de ser instruida por las conquistas teórico-descriptivas del área de la Adquisición del Lenguaje, como si ésta, la Adquisición, nada tuviese que aprender con hablas sintomáticas de niños. Cuestionamos, aquí, la dirección de mano única entre Adquisición y Patologías del Lenguaje⁴.

² Ver este dossier “O Interacionismo um esforço de teorização em Aquisição de Linguagem”, por Maria Francisca Lier-DeVitto y Gloria Carvalho.

³ El funcionamiento de la lengua se escribirá, en este artículo, como La Lengua, con el objetivo de distinguirla de la notación de lenguas particulares.

⁴ Cláudia De Lemos es una excepción en este ambiente. En 2002, se interrogó sobre las “posiciones del niño en el lenguaje” a la luz de las consideraciones de la Clínica del Lenguaje. Menciona a Arantes (2003), Lier-DeVitto (1998) y, también, a Oliveira (2009).

Lier-DeVitto e Andrade (2011) señalaron el hecho de que el área de Adquisición del Lenguaje se estructura basada en la idealización de que el infante se convertirá en hablante. Esta idealización hace el recorte del campo: el área de Adquisición del Lenguaje privilegia la trayectoria precisa e inequívoca de niños en la lengua materna, excluyendo de su interés los caminos tortuosos y difíciles del niño en la adquisición de lenguaje. Los recorridos que involucran fracasos son ignorados o dejados de lado, no llegan a interrogar al investigador identificado con el ideal del campo de la Adquisición del Lenguaje. Las hablas sintomáticas no son instituidas como terreno empírico para elaboraciones teóricas. Se entiende así el motivo por el cual, de un lado, queda el campo de la Adquisición y, del otro, el de las Patologías del Lenguaje.

Es menester señalar que cuando se construye otro referencial empírico, otro rol de cuestiones relevantes es delineado y, con él, otro espacio de operación teórico-metodológica se instituye. En suma, en el campo de la Adquisición del Lenguaje, descaminos sintomáticos (patológicos) no son proposiciones problemáticas – permanecen en un lugar secundario – y entendidos como “desviantes”, no proveen dirección a la teorización del área (LIER-DEVITTO e ANDRADE, 2011; LIER-DEVITTO e ARANTES, 2023).

Sin embargo, es importante decir que el Interaccionismo de Cláudia De Lemos se distancia de los estudios en adquisición del lenguaje, aunque no se distancia del compromiso con el habla del niño (LIER-DEVITTO E CARVALHO, neste volumen). Su propuesta construye otro referencial empírico: uno que hace del error “dato de elección”. Una posición diferente para el investigador es creada a partir de allí, y una teorización consistente pasa a ser desarrollada con base en este otro material factual. Lier-DeVitto e Andrade (2011) han sostenido que los esfuerzos teóricos, emprendidos en la dirección de ceder espacio a los errores, a las repeticiones y a las producciones paradójicas alojaron a la teoría Interaccionista en una zona fronteriza: queda ésta entre estar “dentro” y “fuera” del área de Adquisición del Lenguaje.

Fue precisamente la sustentación de la tensión inherente a esa posición de frontera que permitió dar extensión a la reflexión desarrollada sobre hablas de niños en proceso de adquisición del lenguaje y su distinción de hablas sintomáticas de niños. Si el Interaccionismo está en un área de tensión en relación con el campo de la Adquisición, la Clínica del Lenguaje está en un área de tensión en relación con el Interaccionismo (GARRO ANDRADA, et. Al, 2007), como se dijo anteriormente: un síntoma no es un problema en ese campo, a pesar de que el error en el habla del niño sea fuerza impulsora de la teorización.

De hecho, el encuentro con el error, la heterogeneidad y la repetición del habla del otro imprimieron una dirección teórica marcada por el retorno a Saussure y por el movimiento en dirección al Psicoanálisis. Lo que se valoriza en Saussure (1916) es una alternativa para la práctica de descripción del habla del niño por la vía de la gramática (DE LEMOS, et alli, 2004), que es ciega a cualquier manifestación que no pueda regularizarse, como errores en el habla de los niños y síntomas en el habla. Esta aproximación a Saussure (y Jakobson) provee una posición en el ámbito de la Lingüística, ya que procesos lingüísticos – operaciones metafórica y metonímica – son implementados en el abordaje del habla del niño.

Por otro lado, la cuestión del sujeto persiste como una interrogación. Ello porque, si existe en Saussure el alejamiento del sujeto psicológico no hay, en su obra, una teorización alternativa sobre el sujeto. La búsqueda de esa compatibilidad será explorada en la aproximación al Psicoanálisis. No se debe olvidar, para este propósito, la pregunta sobre “quién es el niño?” Como vimos, no se trata del niño ideal que funda la Adquisición del lenguaje, ni aquel de la Psicología (que se apropia del lenguaje como objeto). O Interaccionismo señala la Psicoanálisis como “el lugar donde dar un estatus a ese imposible, a ese niño y su habla” (DE LEMOS, 2005). De ese encuentro con la Lingüística y con el Psicoanálisis, resultó la formulación de una propuesta estructural: el camino de la adquisición del lenguaje es efecto de cambio de posiciones estructurales, que implican solidaridad con el proceso de subjetivación (DE LEMOS, 2002).

La entrada en cuestión de las patologías del lenguaje despierta el hecho de que hay “niños que sucumben en esa trayectoria”, como señaló De Lemos (2002) - hay procesos frustrados. La fijación en posiciones estructurales, estancamiento de mudanzas productivas en lo proceso de adquisición, reconocer esto significa admitir que existen límites teóricos y argumentativos para abordar el dicho síntoma en el habla.

2. El síntoma y la Clínica del Lenguaje

La Clínica del Lenguaje pretende que hablas sintomáticas sean su objeto, esa cristalización sufrida, conflictiva que marca caminos tortuosos en el lenguaje. Este campo no podría esquivarse, por lo tanto, la exigencia de movilizar un raciocinio clínico que implicase fuertemente una teorización sobre el lenguaje y el sujeto hablante. Sin embargo, lo “pecado” de Fonoaudiología tradicional ha sido la sustentación de una noción frágil sobre lo que se concibe como lenguaje, adquisición y sujeto que habla. En la Clínica del Lenguaje, hemos seguido una dirección opuesta, ya que nuestra posición está comprometida con la exigencia de la teorización - punto de encuentro o de identificación con el Interaccionismo. En nuestro caso, nos colocamos al lado del Interaccionismo, pero sosteniendo diferencias, como buscamos aclarar en este trabajo, de todos modos, “el parentesco no es identidad” (LIER-DEVITTO, 1996-7).

Es necesario e importante subrayar esta afirmación en este momento. El Interaccionismo parte del establecimiento de proposiciones empíricas, a saber:

- (1) la incorporación de fragmentos del habla del otro,
- (2) la emergencia de los “errores” y
- (3) la sorprendente heterogeneidad del habla del niño.

El primer acontecimiento – incorporación de fragmentos – exigió el reconocimiento de la función del otro y de aquello que la repetición, por el niño, de fragmentos del enunciado del adulto indicaba, nominalmente, su condición de alienación al habla como momento inaugural de la entrada en el lenguaje. La condición de alienación es erigida como contraargumento a la idea de que la trayectoria del niño en el lenguaje sea pautada por aprehensiones cognitivas del mismo. Los errores, a su vez, son manifestaciones que alejan, igualmente, interpretaciones cognitivistas⁵. Son, además de ello, índices legítimos de distanciamiento y resistencia al habla del otro. La heterogeneidad, que remite a producciones paradójicas (fluctuación entre errores y aciertos), es elevada, por De Lemos (1982), al estatuto de contraargumento a la idea de desarrollo, o sea, a la idea de que la adquisición puede ser vista como un proceso de aprehensiones parciales y ordenadas del objeto-lenguaje (DE LEMOS, 1995, 2006; LIER-DEVITTO et. alii., 2020).

A partir de 1992, se formularon proposiciones teóricas y conceptos, bajo el efecto de reconocer el orden propio de La Lengua. A De Lemos le afectó la lectura que hace Lacan de Saussure y Jakobson y, nada menos, por la teorización sobre el sujeto, que abre la posibilidad de introducir el concepto de “captura” del niño por el lenguaje y retirarse del escenario teórico como un niño que se “apropia” del lenguaje como un objeto porcentualmente accesible y que lo internaliza como conocimiento. No menos notable es la definición del otro como hablante, es decir, como “instancia del lenguaje constituido”, como “instancia de funcionamiento lingüístico-discursivo” (DE LEMOS, 1992), que anula la idea de una “pareja interaccional”, social. Veamos las proposiciones teóricas:

- (1) el habla de los niños es efecto de relaciones entre el niño y el lenguaje – niño-habla del otro; niño-Lengua; niño y su propia habla.
- (2) la adquisición es un proceso de cambios estructurales - cambios de posición del niño frente al habla del otro, a la Lengua y a su propia habla.
- (3) la Lengua posee un funcionamiento estructural, que tiene anterioridad lógica con relación al sujeto – el niño es, por lo tanto, capturado por ella.

Estos argumentos teóricos contemplan hablas de niños, sean reconocidas como patológicas o no. La expresión “habla de niños” gana así extensión, y pasa a acoger las imbricaciones plurales y complejas de caminos/descaminos que caracterizan la trayectoria de subjetivación del niño en y por el lenguaje. No pretendemos, con esta afirmación, disolver diferencias. Nuestra discusión no tiende a la dilución de peculiaridades que distinguen hablas sintomáticas y hablas de adquisición (éstas, efectivamente, son irreductibles una a la otra en sus efectos). Hablas de niños comparten las mismas características fundamentales: son faltosas, imprevisibles y altamente heterogéneas. Sin embargo, existe un punto en que hablas de niños en adquisición y el habla sintomática pueden ser distinguidas:

⁵ Para una discusión más profunda sobre la relación del campo de la Adquisición con la Psicología, ver Pereira de Castro (1992) y Lier-DeVitto (1998). Sobre la adhesión de la Fonoaudiología al cognitismo, ver Andrade (2003).

éstas ponen en evidencia la prisión del sujeto en una falta o falla, una cristalización que le impide “pasar a otra cosa” (ALLOUCH, 1995; LIER-DEVITTO e ARANTES, 1998). En eso, síntoma difiere de error, el cual es manifestación de un impacto en el proceso de captura por el lenguaje, impacto que deja impresa su marca en la relación niño-Lenguaje.

En la Clínica del Lenguaje se entiende, exactamente debido al reconocimiento del Interaccionismo, avanzado por Cláudia De Lemos, la importancia de asumir un compromiso con la especificidad de ese material – como una condición esencial para que el investigador pueda ser afectado/interrogado por su singularidad, suspendiendo el gesto de aplicación. De hecho, asumimos que el Interaccionismo debería ocupar la posición de “otro” para lidiar con las hablas patológicas (LIER-DEVITTO, 2005). De esta forma, nació un Proyecto. Los conceptos operadores de lectura del Interaccionismo fueron resignificados, nos referimos aquí a la: interacción, al cambio, al “error”, al otro, a la heterogeneidad y a la interpretación. A partir de este gesto inicial, otras cuestiones, presionadas por desdoblamiento teóricos, empíricos y clínicos, pudieron ser levantadas y discutidas.

De hecho, no se podría pensar en una Clínica del Lenguaje sin que la interacción y el error entraran en escena como problemas. El punto de partida que sustentaba la certidumbre de que “no sería cualquier teoría de la Lingüística que se podría dialogar⁶ – tendría que ser una en que la “interacción” y el “otro” interrogaran (MIAZZO, 2008). Esto se debe a que, al fin y al cabo, allí tenemos una clínica. La interacción, el otro y el error – las categorías íntimas del Interaccionismo – demarcaban, de este modo, la pertinencia del “diálogo teórico” con el Interaccionismo. La cuestión es que la clínica es un espacio abierto por la queja de un sujeto sobre su habla y sobre su condición perjudicada de hablante a un otro que es investido de un saber productor de cambios. Ahora bien, siendo este el caso, este “otro” debe ser pensado en su especificidad como otro-terapeuta, en su calidad de cambio debe ser vinculado a un acto clínico. En la clínica, el cambio está en la dependencia de la incidencia del otro: de una escucha (ANDRADE, 2003), de una interpretación o acto clínico que pueda suspender la resistencia del síntoma. En el ámbito de esta “interacción singular”, se debe abordar la problemática del acto clínico – de un acto que puede transformar el habla y al hablante. Importa señalar, una vez más, que el “síntoma” difiere del “error en el habla del niño”, precisamente en su resistencia al cambio.

Es un síntoma que lleva al sujeto a la clínica e implica sufrimiento: el hablante extraña su habla y se extraña en ella – es un habla que lo aísla de los otros hablantes de una lengua (LIER-DEVITTO, 2002). Existe, por cierto, una fractura en la ilusión de semejante y una ruptura de la ficción de sí-mismo”, es decir, de la ilusión de ser un sujeto en control de sí. Habiendo explicado las transformaciones conceptuales fundacionales de la Clínica del Lenguaje, invitamos al lector a dar dos pasos a más.

⁶ Remito al lector a dos textos importantes de Lier-DeVitto, de los cuales se tomaron las consideraciones que a continuación se detallan: Lier-DeVitto (1997/1998); (2006). Estos debates se reconocen como los cimientos de la Clínica del Lenguaje.

3. La Clínica de Lenguaje con Niños⁷

Arantes (2001, 2006 y otros) analizó en profundidad el problema del diagnóstico del lenguaje, que implica entrevistas y evaluación del habla. En la Fonoaudiología tradicional, recuérdela, existe un momento anterior al tratamiento propiamente dicho que exige una toma de decisión sobre la queja y sobre la pertinencia de tomarse un niño para su atención en la misma. De este modo, diagnóstico / evaluación de lenguaje viene a ser el momento inaugural del proceso terapéutico en la clínica fonoaudiológica. Se trata de un acto complejo y de extrema importancia porque es, o debería ser, orientador de un proceso clínico que se instala a partir de entonces. De modo general, la complejidad envuelta en la temática de la evaluación se debe al hecho del fonoaudiólogo depararse con una diversidad de cuadros clínicos, y, en cada uno de ellos, con una heterogeneidad de manifestaciones. Entre esta multiplicidad de pacientes, acrecente Arantes, están aquellos que llegan con diagnóstico nosológico, es decir, se sabe que la alteración de lenguaje está, por ejemplo, de algún modo relacionada al funcionamiento orgánico. Casos como las afasias, las fisuras palatinas y las parálisis cerebrales, son ejemplos pertinentes. Sin embargo, si es innegable que el substrato orgánico (la lesión) responde por la cuestión etiológica (por la causa) nada dice respecto al lenguaje (FONSECA, 1995).

El hecho es que, en la mayoría de los casos, los niños llegan a la clínica con una queja específica de problemas en el lenguaje. Padres de diversos niños afirman, por ejemplo: “está tardando para hablar” o “habla muy ‘enroscado’” o también “no habla nada”. En estos casos, durante el proceso de evaluación, se hace necesaria una clarificación de naturaleza nosológica para que ciertas decisiones puedan ser tomadas. Entretanto, a pesar de las especificidades de cada cuadro clínico, la evaluación de lenguaje debe ocurrir, porque el fonoaudiólogo no puede eludirse de ofrecer un pronunciamiento sobre el lenguaje, de dar una respuesta a la queja. Este paso exige un alejamiento del diagnóstico nosológico, causalista y clasificadorio.

La relación que existe entre un diagnóstico y la elección de un tratamiento, cuando se habla de lenguaje, no obedece a una relación causal lesión-síntoma, en el sentido de una implicación directa, como es el caso en la clínica médica. En el campo de las patologías de lenguaje, no se encuentra cualquier relación estable entre la naturaleza de las causas y la calidad de los síntomas, aunque no se pueda negar que esos dominios se afectan mutuamente, señaló Arantes (2001).

Consideramos que la tarea de producir un decir sobre el habla del paciente es compleja, un decir que hable del modo de presencia de un sujeto en el lenguaje, un decir que intente circunscribir aquello que produce efecto de patología. Insistimos en este punto ya que, es a partir de ahí, que el clínico podrá vislumbrar una dirección para el tratamiento. De esta forma, tenemos en ese momento inaugural de la Clínica del Lenguaje una composición entre las entrevistas con padres y el examen

⁷ Las consideraciones sobre la Clínica del Lenguaje con niños están, en este trabajo, fuertemente ligadas a las reflexiones de Arantes (2001 y 2006), principalmente.

de lenguaje del paciente. Y cuando articulados los mismos, producirán un texto-diagnóstico que deberá nortear las acciones clínicas subsecuentes.⁸

En la evaluación de lenguaje de niños, el examen de lenguaje es precedido por entrevistas con los padres, en ese proceso una decisión sobre el inicio (o no) de la atención terapéutica debe ser tomada, y las bases del tratamiento acordadas con la familia. Así concebida, la entrevista no pretende recoger información sobre la historia de la enfermedad ni sobre el desarrollo somático del niño, como suele ocurrir en la anamnesis, en la que lo que se centra es fundamentalmente la “causa” de los problemas del lenguaje. En las entrevistas iniciales está en cuestión lo que lleva a padres/familiares a buscar esta atención. En ellas, se debe poder escuchar lo que esperan del trato y cómo aparece el niño en el discurso de los padres. Si se concibe de este modo, estimamos que la entrevista no busque apenas recolectar informaciones sobre los antecedentes de la dolencia (la historia de la enfermedad) o sobre el desarrollo somático del niño, como suele ocurrir en la anamnesis, en donde lo que está en foco es fundamentalmente la “causa” de los problemas de lenguaje.

En las entrevistas, en la Clínica de Lenguaje, nace la relación terapéutica y es en ese proceso que las posiciones del clínico y del paciente están circunscriptas. Un punto central de las entrevistas es la distinción entre queja y demanda, y las que de ella se derivan. Esta discusión dice respecto a los efectos del Psicoanálisis en la relación con la Clínica de Lenguaje, y es un aspecto que merece atención. En nuestro campo, tal distinción debe adquirir un contorno singular. Así, se abandona el modelo médico y se abordan discusiones sobre la naturaleza del diagnóstico en psicoanálisis. Inicia-se, con esto, un diálogo clínico con la Psicoanalice.

La demanda, en el psicoanálisis, es condición fundamental para el inicio de un análisis y de acuerdo con Quinet (1991), autor alineado a las formulaciones lacanianas, una queja nunca debe ser aceptada en estado bruto, debe ser siempre indagada:

... [o] sujeito pode se apresentar ao analista para se queixar de seu sintoma e até pedir para dele se desvencilhar [vem com uma demanda em estado bruto], mas isso não basta. É preciso que essa queixa se transforme em uma demanda endereça àquele analista e que o sintoma passe do estatuto de resposta ao estatuto de questão para o sujeito, para que este seja instigado a decifrá-lo (p.20-21) (destacado próprio).

Obsérvese que lo que justifica la entrada en análisis es la demanda en el sentido de implicación del sujeto en su síntoma, para que pueda ser direccionado, en su calidad de enigma, de cuestión, también al analista - a quien el paciente atribuye un supuesto un saber-. Con ello, el paciente se implica en su síntoma, formula una cuestión y supone que el analista posee un saber que le permite descifrar el enigma- responder a su cuestión. Así, la constitución del “síntoma analítico” es correlativa al establecimiento de la transferencia. Cómo se ve, para el Psicoanálisis la distinción entre queja y demanda involucra cuestiones complejas que balizan a la clínica psicoanalítica. Es de este modo

⁸ Ver también: Cerqueira (2005), Fudissaku (2009) y Prisco (2019), lo que amplió significativamente las consideraciones desarrolladas sobre el tema de las entrevistas en la Clínica del Lenguaje. Estas son obras originales.

que autores como Quinet, a partir de Lacan, hacen valer la afirmación de Freud (1913) de que “o primeiro objetivo do tratamento [é] ligar o paciente a ele e à pessoa do médico.

Para el fonoaudiólogo resta indagar lo que significa, para la clínica de lenguaje, la oposición queja/demanda y cuál sería el sentido particular de demanda en este campo. En la clínica psicoanalítica con adultos este concepto es un operador de la clínica, asentado en una teorización. Sin embargo, incluso en el interior de ese campo, cuando lo que está en cuestión es la clínica con niños, este punto pasa a ser controvertido. Ello, porque la dinámica queja/demanda no es enunciada por el paciente. De eso deriva, la necesidad de implicar a los padres. Sobre la cuestión de la transferencia en la clínica con niños, Vorcaro afirma que ella: “só sustém a análise da criança se foro incidente também nos agentes paternos”. Ello nos interesa particularmente, ya que la clínica fonoaudiológica atiende niños y determinados adultos que también no enuncian su queja, de ahí la necesidad de reconocer tal diferencia y de teorizar sobre ella.

En trabajo de 2001, Arantes afirma que, en la clínica con niños, interesa como los padres formulan la queja, si el habla de su hijo los incomoda y si la iniciativa de buscar atención fue de ellos. Lo mismo vale para el caso de adultos. Es decir, importa si ellos sostienen esa queja - si lo que dicen sobre la misma los interroga y si esa interrogación es, de hecho, dirigida a aquel fonoaudiólogo. En la clínica fonoaudiológica es bastante frecuente la presencia de casos en que la familia viene derivada por la escuela, por el médico - ellos son “portavoces”. En estos casos, se afirma que hay queja, pero no demanda. ¿Sería plausible decir que la queja de otro (sea del médico, o de la escuela), que los pacientes derivados o los padres enuncian, es pasible de ser acogida como “demanda en estado bruto” (término de Quinet) por el terapeuta? - o sea, como algo a ser lapidado. ¿La relación entre aquél que deriva y aquél que atenderá al niño sería suficiente para sustentar la atención? Veamos, si la molestia que conduce a un paciente hasta el fonoaudiólogo no es ni siquiera de quien la enuncia (el propio paciente o su familia), ¿Qué tipo de clínica es esa? ¿Cómo implicar al paciente en su síntoma o a los padres en el “síntoma” de su hijo y cómo vincularlos al tratamiento? Es decir, ¿cómo comprometer pacientes o padres con el tratamiento? Pienso que este es un trabajo por realizar a lo largo del proceso de evaluación/diagnóstico.

Estimamos como condición fundamental, también en la clínica de lenguaje, que el síntoma del niño interroge al paciente o a su familia, y en este caso que los padres sean implicados en el síntoma. Es ello lo que puede sustentar un lazo entre el terapeuta, la familia y el propio niño. Lazo que puede ser denominado transferencial en la medida en que, si la queja del otro se transforma en queja de los padres/del propio paciente, una demanda puede emerger: si el síntoma interroga, una cuestión (de los padres sobre el niño/ del paciente sobre su habla) puede venir a ser dirigida al terapeuta.

Entendemos que - la transferencia - esta operación clínica, que ocurre en la instancia diagnóstica (además no solo en el Psicoanálisis) es fundamental y debe establecerse en las entrevistas para que, inclusive, se pueda suscribir un contrato. Tanto en la clínica de niños como en la de adultos se debe, en el proceso de entrevistas, formular una cuestión con la suposición que el clínico tendrá la posibilidad de responderla.

Como se puede observar, la cuestión de las entrevistas, cuando concebidas, de este modo involucran cuestiones bastante complejas. La posición del clínico no es la de recoger informaciones. En las entrevistas, el terapeuta debe escuchar sin buscar “comprender”, sin guiarse por expectativas previas. Es necesario que sea permitido que los padres enuncien su queja, para que el clínico pueda discernir si hay una demanda que pueda movilizar a la clínica. Esta escucha no abarca solo silencio: la intervención del clínico debe ser fruto de una afectación producida en el instante, bajo el efecto del habla de los padres⁹.

¿Cómo decir de antemano “lo que importa?” o “¿Qué es lo relevante en aquel caso?”. ¿Cómo no considerar que el clínico está allí, enlazado en la entrevista y que eso hace con que sea afectado de modo singular por determinados acontecimientos? Quiero llamar la atención para el hecho de que estoy hablando de la posición del clínico “en escena”, de una posición frente a lo imprevisible y enigmático de un habla. Cualquier técnica preestablecida o indicaciones de procedimientos generalizables retiran al clínico de la posición de escucha para el habla. No se puede precisar a priori el momento de una intervención. Como señalamos arriba, en las entrevistas no se alcanza la “causa” de un problema de habla, ni tampoco el “sentido del síntoma”. Se permanece bajo el efecto de esas hablas y con un norte para acciones clínicas.

Dicho esto, consideramos que lo que está en cuestión en las entrevistas no es primordialmente buscar un sentido que responda por la causa del síntoma. La función de las entrevistas envuelve una escucha clínica. Es decir, aquella que lleve al establecimiento de la transferencia (implicación de padres/paciente y levantamiento de una cuestión para el terapeuta) - lo que autorizaría la “evaluación del lenguaje”, o sea la primera relación del terapeuta con el niño. A partir de estas consideraciones, pienso que la evaluación del lenguaje debe ser realizada cuando esté “autorizada”. Es decir, cuando una cuestión sea dirigida al clínico de lenguaje. Pues, es eso también lo que circunscribe el papel de un terapeuta.

No menos compleja es la etapa subsecuente en la que el clínico debe abordar el habla del niño, lo que significa decir que se trata del momento de abordar el síntoma, en las palabras de Lier-DeVitto sería síntoma en el cuerpo a lenguaje, una perforación en el cuerpo del lenguaje. Momento éste, de volverse hacia la densidad significativa del habla, al lugar mismo en el que el síntoma está inscrito. Se trata menos de indagar cuál es el sentido del síntoma y sí de sustituir esta cuestión por otra, que sería: ¿Cómo el síntoma está articulado en el habla y que efectos produce/no produce en la escucha del paciente y del terapeuta?

Eso solamente es posible a partir de una filiación teórica que permita al fonoaudiólogo abordar el habla faltosa de sus pacientes. Se trata de un compromiso con una teorización que articule sujeto-lengua-habla. Es en este punto que el Interaccionismo Brasileño, propuesto por De Lemos, puede hacer eco en la reflexión de un clínico de lenguaje. En él, habla y hablante son proposiciones problemáticas a partir de esta orientación teórica. Y es posible también abordar el error que, en las teorías de lenguaje, usando las palabras de Lier-DeVitto, es tratado como residuo que permanece al margen de la lingüística.

⁹ Sobre el particular, ver Andrade (2003), que discute la interpretación “en escena” en la terapia.

La evaluación, como es propuesta aquí, debe producir una posición terapéutica. Es decir, debe indicar una dirección al tratamiento. Sin embargo, para responder a las cuestiones: “¿Cómo es esa habla?” y “¿Cuál es la relación del paciente con la lengua/habla/?” que, a su vez, son condición necesaria para una teorización sobre clínica (sobre la naturaleza del “diagnóstico” en esta clínica de lenguaje) es necesario tomar distancia de la escena clínica. ¿Podría el fonoaudiólogo contar únicamente con su interpretación “en escena” para “evaluar el lenguaje” de su paciente? ¿Podría producir un decir sobre esa habla únicamente con base en los efectos que ésta le produjo en el “instante” específico de la clínica? Entiendo que no. El profesional deberá proceder a la grabación/transcripción, pues en caso contrario corre el riesgo de eliminar la instancia de la “evaluación de lenguaje”. Queremos decir que el modo como concebimos la evaluación de lenguaje, el registro de sesiones tiene un carácter esencial. No porque con eso se obtenga una mayor objetividad. Es correcto afirmar, como expresa De Lemos (2000), que en la grabación se pierde el cuerpo que habla y, en la transcripción, se pierde la voz. No obstante, el registro y la transcripción representan la posibilidad de un fonoaudiólogo responder a cómo el síntoma se articula en la cadena significativa en ese resto visible de cuerpo y voz.

Esta distancia de la clínica ciertamente sitúa al clínico de lenguaje en otra posición, que implica distancia del efecto inmediato del habla del paciente. Se trata específicamente de una mirada diferente. Al respecto, en artículo de 1998, Lier-DeVitto & Arantes abordaron el pasaje del “escuchar” en la clínica para el “leer” después del trabajo clínico, y explicitamos dos posiciones del fonoaudiólogo:

(1) a da interpretação ‘em cena’, em que o clínico está sob efeito das produções de seus pacientes. Ali, ele não pode prever o que vai ser dito nem os efeitos que ‘a fala dos pacientes’ produzirão nele e (2) a da interpretação de dados, quando ele - o terapeuta - se vê identificado com a posição do investigador.

De hecho, solo en el “después” el fonoaudiólogo puede interpretar el material registrado. Ahora bien, ¿de qué naturaleza es esa interpretación? La escritura invoca la escucha y la escucha invoca la teoría de lenguaje que permite leer el material. Interpretación que no disocia, sino que articula lectura y escucha. Tensión, incluso, entre universal y singular (VORCARO, 2000; ANDRADE, 1998) - juego cerrado que articula la universalidad de una teoría sobre el lenguaje con la singularidad de la producción de un hablante. Con ello, aunque el fonoaudiólogo asuma la posición del “investigador”, eso no significa que el material pierda su carácter de “material clínico”. Y es de esta articulación entre interpretación en escena e interpretación de datos que el fonoaudiólogo podrá producir un decir sobre el habla de su paciente.

Al final de este diagnóstico/evaluación, que incluye entrevistas y examen de lenguaje, tenemos la devolutiva. Ella marca o debería marcar el final de este proceso que antecede al tratamiento propiamente dicho. Se trata de un corte que solamente debe ocurrir cuando algunas condiciones se encuentren satisfechas. Entre ellas, que una demanda dirigida a dicho terapeuta particular se encuentre establecida y, consecuentemente, también una relación transferencial. Se espera que hasta este momento, el clínico haya conseguido, aunque sea de modo provisorio, producir un decir sobre el habla del paciente que oriente el tratamiento y que al expresar a los padres o al propio paciente

lo que pudo ser aprehendido en el examen de lenguaje, sea colocado en la posición de sujeto de supuesto saber.

De esta forma, se puede pensar en la devolutiva como un marco. Como el momento simbólico en que el terapeuta considera que el trabajo preliminar con el paciente o con la familia fue suficiente para iniciar la terapia. Se trata, tomando una expresión de Quinet, de atravesar el umbral de todo lo que es preliminar y entrar en el tratamiento propiamente dicho. En la práctica es difícil precisar el momento en que ello deba suceder, pero lo importante es que el clínico desnaturalice estas etapas de la clínica fonoaudiológica y pueda precisar la naturaleza y la función de cada una de ellas en el interior de la clínica de lenguaje.

Con relación a la terapia propiamente dicha, se entiende que el lenguaje no puede ser enseñado ni corregido, pues lenguaje no es comportamiento modelable. Es por la vía de una interpretación estructurante-terapéutica, que se puede modificar el modo de relación del sujeto con su propia habla y el habla del otro, ella (la interpretación) debe afectar y movilizar así un modo sintomático, repetitivo de relación. Interpretar es tener escucha para la densidad significante, dar forma y sentido al habla del paciente, es sentir extraña un habla y colocar lo extraño en el espejo. Un aspecto esencial debe ser destacado: la interpretación no se define por la forma que adquiere, ya que es bajo efecto del habla del paciente que una interpretación se especifica y será cualificada como tal a partir del efecto que produjo. Se trata de pensar en la posición del otro-terapeuta con el habla del paciente: posición constituida por una teorización sobre el lenguaje y por el juego de lo que se da en escena/ fuera de escena en la particularidad de cada caso.

4. Clínica de Linguagem com adultos¹⁰

Fonseca (1995), comienza llamando la atención para el hecho de que “afasia” es un término que, en Medicina, designa un cuadro que involucra una doble perturbación: en el funcionamiento del cerebro y en el funcionamiento del lenguaje. Fonseca aclara que en este discurso la afasia está teórica y clínicamente ligada a la lesión cerebral. Razón más que suficiente para que se pueda entender el porqué de la rehabilitación del afásico no encontrar lugar en la clínica médica y ser delegada, desde Schuell, a la clínica fonoaudiológica. Es importante decir que la intervención en el cerebro – siempre por la vía medicamentosa o quirúrgica – no promueve rehabilitación. Así, ella agrega, el gesto de remitir un paciente afásico a un fonoaudiólogo contiene la suposición de que la rehabilitación debe ser instrumentalizada por otro aporte teórico que no el de la Medicina.

Desde 1995, Fonseca ha señalado que la Fonoaudiología se equivoca al condicionar la explicación del síntoma lingüístico afásico con el funcionamiento cerebral. Ello porque la especificidad del tratamiento de la afasia en la clínica fonoaudiológica debería derivar lógicamente de un discurso sobre

¹⁰ Fonseca (1995 y 2002) es el autor de las discusiones en esta parte. En ellos, Lier-DeVitto, Fonseca y Landi (2007), Lier-DeVitto y Fonseca (2012) y Marcolino (2004), Marcolino y Lier-DeVitto (2020), también tienen presencia expresiva.

lo lingüístico, puesto que lo que se plantea al fonoaudiólogo es el enfrentamiento de un enigma que se exprime en el lenguaje. Quiere decir que, si se entiende la afasia como un problema lingüístico, es extraño que se quiera sostener el abordaje del síntoma afásico en el discurso médico, menospreciando o marginando una reflexión de la Lingüística, enfatiza ella.

Considerando todo ello, e involucrada en la teorización que se desarrolla en el Grupo de investigación Adquisición, Patologías y Clínica de Lenguaje, entendemos que La Lengua, postulada por Saussure, sería “la claves”¹¹ para el enfrentamiento de las cuestiones específicas que la afasia plantea para la Clínica del Lenguaje. La riqueza de la aproximación con Saussure está precisamente en que, al “dar la clave”, el investigador y el clínico se encuentran en una posición interrogante sobre el síntoma. Fonseca (1995, 2002 y otros) considera que el equívoco mayor ha sido remitir su explicación a la lesión cerebral. Siguiendo el argumento de la autora: hemos que si en la Afasiología Médica sea plausible el discurso de la causalidad directa cerebro-lenguaje, para un fonoaudiólogo o clínico del lenguaje ese raciocinio es problemático desde el punto de vista teórico o clínico. Problematizar la asunción de esta causalidad en la Clínica de Lenguaje se ha vuelto, entonces, una exigencia. Veamos cómo Fonseca desarrolla su argumento.

El lenguaje, dice ella, es reducida a un mero reflejo cerebral, lo que se pierde en el discurso de la causalidad directa lesión cerebral □ síntoma lingüístico es el hecho de que en el lenguaje “fuerzas” [...] están en juego, de modo permanente y universal en todas las lenguas” (SAUSSURE, 1916), pues en ellas “lo que se repite [...] son diferencias, es decir, relaciones” (HENRY, 1992). Lo mismo ha observado Jakobson en el habla del afásico: “alguna cosa se repite materialmente”. Entonces, tratamos aquí de la autonomía de las leyes de referencia interna de la lengua. Ellas responden por toda y cualquier manifestación lingüística. Reconocer esa autonomía desafía, al principio, el determinismo cerebral sobre el lenguaje, tal como lo encontramos en el discurso médico.

Fonseca da reconocimiento a la famosa monografía de Freud (1891/1987) intitulada La afasia y a su postulación acerca de la existencia de un “aparato de lenguaje” en la calidad de “concomitante dependiente” del funcionamiento cerebral, proviene de su ruptura con el discurso de la causalidad. El funcionamiento de este aparato, concebido como una “máquina asociativa”, fue la base sobre la cual Freud intentó explicar los síntomas afásicos. La parafasia, señala Fonseca (1995), sería resultante de una sustitución motivada por la asociación de la palabra sustituida con aquella manifestada en habla del paciente que dice “pluma” al revés de “lápiz”; “Potsdam”, al revés de “Berlín”; “Butter”, al revés de “Mutter”. A eso también llegó Jakobson cuando discutió la tan mencionada sustitución de negro por muerto en el habla de un paciente de Goldstein.

Ante tales consideraciones, Fonseca concluyó fue que en la afasia “el cerebro no agota la cuestión”, aunque sea necesario considerar que no hay afasia sin lesión. Ocurre que Freud mostró también que hay parafasia sin lesión. Si Saussure y Freud dan “la clave”, ella abre el camino para Jakobson hacer de la afasia un problema lingüístico y para que la Clínica del Lenguaje pudiera encontrar en Freud, en el “concomitante dependiente”, una solución inédita para la suspensión de la causalidad directa cerebro-lenguaje.

¹¹ Expresión del Tulio de Mauro (1993) acerca de la productividad del objeto del Lingüística.

Freud muestra que hay afectación entre dominios, pero no hay sumisión o reducción de un funcionamiento al otro, aunque puedan ser perturbados uno a otro. Por ello, en el habla del afásico se manifiesta algo de extraordinario, quiere decir, algo nada “ordinario”, algo “extra”, algo “extraño”. En síntesis, en la Clínica del Lenguaje, es admitido que el síntoma afásico resulta del funcionamiento de La Lengua. Esta conclusión se asienta en el reconocimiento de la anterioridad lógica y la determinación de la lengua con relación al habla y al hablante. Ocurre el encuentro, en la clínica, es con el afásico y no propiamente con la afasia. Una clínica tiene que ver con el sujeto hablante.

Consideramos que es cierto que en Saussure La Lengua remite a un juego combinatorio operando en su espontaneidad “de manera presubjetiva” (LACAN, 1968). De hecho, en el Curso de Lingüística General encontramos la siguiente afirmación: “los individuos, en larga medida, no tienen consciencia de las leyes de las lenguas” (SAUSSURE, 1916). Este “desconocimiento constitutivo” es la clave para Milner (1987), después de Lacan, problematizar el ser hablante. Según él “el hecho de que haya lengua tiene que ver con el hecho de que haya inconsciente”.

Según Lier-DeVitto, cómo leemos arriba, hay una profunda no coincidencia del sujeto con la lengua y con la propia habla. No obstante, ¿qué quiere decir esto? Que el habla no es vivienda/abrigo del sujeto del inconsciente, pero está invadida por él. Asumir esta hipótesis – lo que es teóricamente imperativo en una propuesta, cómo la que sostuvimos en la Clínica del Lenguaje, significa admitir que el sujeto del inconsciente incide en el habla, pero no se confunde con ella; “irrumpe en el habla”, pero no se enlaza ni se abriga en ella. Así pues, el proceso de subjetivación pensado como intrusión imprevisible en la cadena hablada nos remite directamente a la hipótesis del inconsciente. Teniendo en cuenta lo que hemos discutido hasta aquí, se puede llegar a las siguientes proposiciones que se articulan entre sí, como señala Fonseca (2002 y otros):

- (1) en el habla/escucha de un afásico hay lengua, La Langue, en operación. Esto significa que por más que un habla se presente fragmentada, es todavía la condición misma de un hablante en su lengua materna. Dicho de otro modo, a pesar de la lesión cerebral, lo simbólico está en operación en el habla/escucha del afásico. Es en este sentido Fonseca (1995) afirma que en la afasia observamos un “habla en sufrimiento”.
- (2) la escucha del afásico para la propia habla es fuente de sufrimiento. Lacan es perfecto al afirmar que “[el afásico] se queda siempre al lado de lo que quiere decir” (LACAN, 1955-56/1981:250). En otras palabras, él se queda al lado ante un insoluble fracaso comunicativo y ante la devastadora experiencia de la cisión entre habla y escucha; es decir, ante la impotencia unificadora de la razón. Razón por la cual se instala un drama subjetivo.

Esa compleja condición sintomática, expresada en las dos proposiciones que acabamos de enunciar, es marca de ruptura y, al mismo tiempo, de continuidad entre un antes y un después (de la lesión cerebral): sin dejar la condición de hablante. El afásico empieza a serlo de un modo muy diferente (“extra” ordinario). Las palabras de Cardoso Pires, un “viejo” escritor portugués víctima de una afasia transitoria, nos dan la dimensión de ese drama: “espantoso como bruscamente mi yo se

transformó allí en otro alguien, en otro personaje menos inmediato y menos concreto [...] me había trasladado a un sujeto en tercera persona [...] Él, el Otro. El otro de mí” (PIRES, 1997:25-26).

La condición afásica produce, por lo tanto, un efecto de “destitución subjetiva” – de pérdida de voz en el lenguaje – y, un efecto “social” de alejamiento del otro que puede no encontrar medios para mantener el lazo con un hablante tan desemejante¹². Tal vez aquí ya se pueda señalar algo que es específico de la clínica del lenguaje con afásicos y, en cierta medida, de la clínica con adultos: en lo que se refiere a su condición de hablante, ellos experimentan una “nostalgia del pasado” (GOLDS-TEIN, 1950); lo que no parece ser pertinente a la clínica con niños. Desde el diagnóstico hasta el alta, dicha nostalgia requiere manejo clínico (FONSECA e VORCARO, 2006; MARCOLINO, 2004; CORDEIRO, 2019; SANTOS, 2022; CORDEIRO e LIER-DEVITTO, 2023).

De todos modos, en la ruptura del todo imaginario que la afasia pone en escena, dos puntos son cruciales: si un habla sufre, un sujeto sufre por su efecto. Ello porque el afásico “parece dramatizar una contradicción: la de la dominancia de lo simbólico sobre lo imaginario en las hablas [...] y la dominancia de lo imaginario sobre lo simbólico en la escucha”, afirma Lier-De Vitto (2003:238-239). Sin poder evitar o solucionar esa división, él se extraña en su lengua materna.

- (3) La afasia confunde los puntos de apareamiento del sujeto del inconsciente. Tal vez ello nos acerque a la resistencia que las hablas afásicas presentan a la clínica psicoanalítica, como lo afirmó Vorcaro (2006). De hecho, en un habla en que las redes de una lengua se astillan y afectan de manera profunda el diálogo, ¿cómo discernir lo que resulta de la operación de la lengua de lo que se presenta como intrusión del sujeto en la cadena signifiante? ¿Cómo discernir, por ejemplo, una parafasia de un acto fallido en un habla que es esencialmente parafásica? (FONSECA y VORCARO, 2006).

Teniendo en cuenta esas consideraciones, cabe indagar acerca del modo como se estructuran las acciones en una Clínica de Lenguaje con afásicos. Según Fonseca, esa clínica se asienta en el compromiso de dar voz al “habla en sufrimiento que hace sufrir a un sujeto” (FONSECA, 2002). Por ello, su configuración específica pone en juego la singularidad de cada paciente y su habla, así como la heterogeneidad en el (de cada) caso. De ese modo, las entrevistas iniciales tienen una doble función: transferencial y diagnóstica (FONSECA, 2002; CATRINI, 2005; TESSER, 2005). Es esa la razón que nos hace convocar al afásico y no a otros informantes¹³ puesto que lo que se busca es abrir espacio para que una “queja” se presente y “un apelo de cambio” pueda ser dirigido al fonoaudiólogo. Otro punto que se plantea como específico en la clínica del lenguaje con adultos.

¹² La cuestión del drama subjetivo de la persona afásica también fue ampliada y profundizada por otros investigadores de la Clínica del Lenguaje: Marcolino (2004); Catrini (2011); Cordeiro (2019) y Santos (2022). Estas son referencias a tesis y disertaciones. Se han publicado numerosos artículos y capítulos de libros sobre el tema.

¹³ Ver al respecto Fonseca, 2002, 2005, 2006, 2009; Fonseca y Vorcaro, 2006.

Es importante aclarar que el dispositivo que sostiene la realización del diagnóstico es, entonces, el diálogo y no la utilización de pruebas estándares. Será en el juego entre las hablas (orales, escritas y gestuales) del terapeuta con el paciente que él se configurará. “Evaluar” el lenguaje es, desde esta perspectiva, intentar responder a, por lo menos, tres cuestiones: (1) ¿cómo el habla del paciente se encuentra (des)articulada? (2) ¿qué relación ella entretiene con el habla del terapeuta?, (3) ¿cuál es el efecto que ella produce en la escucha del propio paciente?

Fíjense que en el seno de estas cuestiones está la exigencia de un paso que sobrepase la descripción, en dirección a la explicación. La noción de Lengua es fundamental aquí. Para aprehender el modo como ella se manifiesta en un habla o una escrita, es necesario echar mano de un procedimiento que permite la instanciación de una “escucha teóricamente orientada”, una escucha que, por lo tanto, está más allá de la escucha del laico. Al echar mano de la técnica de grabar y transcribir las sesiones de atención al paciente, el clínico puede aprehender las características más relevantes de un habla en el movimiento que, paradójicamente, la paraliza. Solamente de ese modo se puede constituir una escucha para atender a sus demandas específicas y operar los cambios deseados.

En lo que concierne a la terapéutica propiamente dicha, se puede decir que su base implica, desde la perspectiva del sujeto, “darle voz” y, desde la perspectiva del terapeuta, que él soporte y se soporte ante un habla/escrita/escucha “en sufrimiento”. El modo como el síntoma se instancia es lo que determina la interpretación del terapeuta. Interpretación que, por lo tanto, no se realiza por defecto de las manifestaciones verbales del paciente, pero incide sobre ella. Si no hay regla o norma para interpretar (ARANTES, 2001; FONSECA, 2002; ANDRADE, 2003 y 2006; SPINA-DE-CARVALHO, 2003, SANTOS, 2021, y otros) hay que respetar una condición esencial para que la interpretación no produzca un efecto disruptivo, que ella “no le quite al paciente la condición de hablante cuando él intenta sostenerla” (FONSECA, 2002). Solamente así tiene sentido el “hacer texto” en las sesiones de atención terapéuticas.

La interpretación es el muelle propulsor de los cambios que se esperan en el habla y en la posición-hablante. Cambios que no pueden ser anticipados ya que la dinámica del diálogo clínico no se rige por una causalidad mecánica, sino por una “causalidad lingüísticamente determinada”, que implica lo contingente y lo singular, es decir, lo imprevisible que marca el encuentro del paciente con el terapeuta y de ambos con el síntoma (FONSECA, 2002).

Finalmente, en la Clínica del Lenguaje con afásicos, la entrada en la clínica está vinculada al desdoblamiento del malestar del paciente respecto a su habla y a una decisión de afrontarlos. El término del tratamiento (la denominada “alta”) tiene que ver igualmente con la relación del paciente con su propia habla, pero no solamente esto: implica del mismo modo una decisión clínica que, en su seno, debe contemplar la imposible reversibilidad sintomática de la condición afásica. En este momento, paciente y terapeuta tienen que lidiar con esa imposibilidad, a la vez que con los cambios operados por el tratamiento emprendido. Otra especificidad relacionada a la clínica de lenguaje con adultos. Se trata de una decisión a ser tomada en conjunto.

Reflexiones finales

En este trabajo intentamos presentar un conjunto de discusiones, argumentos y articulaciones teóricas desarrolladas a lo largo de 25 años. La Clínica del Lenguaje se relaciona con el Interaccionismo en la Adquisición del Lenguaje, comparte con él los mismos fundamentos teóricos: el Estructuralismo europeo (Saussure y Jakobson) para abordar el error en el habla del niño y el síntoma en el habla; y se apoya en la hipótesis del inconsciente para reflexionar sobre el sujeto que se presenta en el habla de forma extraña en su lengua materna. También intentamos mostrar que estos dos campos - el Interaccionismo y la Clínica del Lenguaje - difieren precisamente en reconocer que síntoma y error en el habla infantil no son manifestaciones coincidentes; el síntoma abre la clínica e implica sufrimiento, aspecto que impulsa la reflexión en la Clínica del Lenguaje. Discutimos, por lo tanto, cuestiones relacionadas con el diagnóstico y el tratamiento, así como las diferencias implicadas en la Clínica del Lenguaje con niños y la Clínica del Lenguaje con adultos, en particular la clínica con afásicos. Aunque brevemente, creemos que las cuestiones centrales han sido abordadas y desarrolladas en este artículo.

Informaciones complementarias

Evaluación y respuesta de los autores.

Evaluación: <https://doi.org/10.25189/rabralin.v23i2.2222.R>

Editoras

Marianne Carvalho Bezerra Cavalcante

Afiliación: Universidad Federal de Paraíba

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1409-7475>

Alessandra Del Ré

Afiliación: Universidad Estatal de São Paulo

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6740-9631>

Christelle Dodane

Afiliación: Universidad Sorbonne Nouvelle - París III

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3733-1263>

RODADA DE AVALIAÇÃO

avaliador 1: Henrique Miguel de Lima Silva

Afiliación: Universidad Federal de Paraíba

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1394-9173>

avaliador 2: Marianne Carvalho Bezerra Cavalcante

filiación: Universidad Federal de Paraíba

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1409-7475>

EVALUADOR 1

O trabalho contribui diretamente do com estado da arte em Aquisição da Linguagem. Convém destacar o caráter inovador com que as autoras desenvolvem o presente estudo, destacando aspectos importantes dos estudos em aquisição, bem como da clínica da linguagem.

Acrescenta-se a discussão teórica robusta e coerente com o estudo, bem como da contribuição com o tema proposto do no dossiê.

EVALUADOR 2

O artigo situa a clínica de linguagem (1997, 2006, y otros) e sua relação com o interacionismo com base em De Lemos ((1982, 1992, 2002 y otros), fundamentadas em Saussure e Jakobson. Com foco no sintoma da fala, o artigo traz os movimentos de elaboração teórica tanto do interacionismo quanto da clínica de linguagem. Dividido em quatro partes: El Interaccionismo por De Lemos y la Clínica del Lenguaje; El síntoma y la Clínica del Lenguaje; La Clínica de Lenguaje con Niños; Clínica de Linguagem com adultos, o texto traz discussões, argumentos e articulações teóricas desenvolvidas ao longo de 25 anos de pesquisa nesta perspectiva. Vale destacar o importante lugar estabelecido a partir desse diálogo para o campo da Aquisição da Linguagem.

Conflicto de intereses

Los autores no tienen conflictos de intereses que declarar.

Protocolo de Investigación y Preinscripción (obligatorio)

Al evaluar los itinerarios propuestos por Equator Network, consideramos que ninguno de ellos es relevante para la investigación que nos ocupa. También informamos que la investigación desarrollada no fue prerregistrada en un repositorio institucional independiente.

Declaración de disponibilidad de datos

El intercambio de datos no se aplica a este artículo, ya que no se crearon ni analizaron nuevos datos en este estudio.

Agradecimientos

Agradecemos a Sabrina Santos su atención y dedicación en la lectura y adaptación del artículo para esta publicación.

REFERENCIAS

ALLOUCH, Jean. Letra a letra (trad. Dulce Duque Estrada). **Rio de Janeiro: Campo Matemático**, 1995.

ANDRADE, Lourdes. Os efeitos da fala como acontecimento na clínica fonoaudiológica. **Letras de Hoje**, v. 36, n. 3, 2001.

ANDRADE, Lourdes. **Ouvir e escutar na constituição da clínica de linguagem**. Tese de Doutorado - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2003.

ARANTES, Lúcia. **Diagnóstico e clínica de linguagem**. Tese de Doutorado - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2001.

ARANTES, Lucia. Com crianças que não falam. **Distúrbios da Comunicação**, v. 15, n. 1, p. 59-69, 2003.

ARANTES, Lúcia. Impasses na distinção entre produções desviantes sintomáticas e não sintomáticas. **Aquisição, patologias e clínica de linguagem**. São Paulo: PUC-SP EDUC, p. 219-226, 2006.

ARANTES, Lúcia; ANDRADE, Lourdes; LIER-DEVITTO, Maria Francisca. A clínica de linguagem com crianças que não falam: diagnóstico e direção do tratamento. **Audição, voz e linguagem: a clínica e o sujeito**, p. 141-150, 2005.

CATRINI, Melissa. **A marca do caso: singularidade e Clínica de Linguagem**. Dissertação de Mestrado - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2005.

CATRINI, Melissa. **Apraxia: a complexa relação entre corpo e linguagem**. Tese de Doutorado - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2011.

CERQUEIRA, Claudia Hashimoto Figueiredo. **Clínica de linguagem interrogações e pontuações sobre retardo de linguagem a partir do atendimento de uma criança**. Dissertação de Mestrado - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2005.

DE LEMOS, Cláudia TG. Sobre aquisição de linguagem e seu dilema (pecado) original. **Iberoamericana (1977-2000)**, v. 8, n. 1 (21), p. 3-16, 1984.

DE LEMOS, Cláudia TG. Interacionismo e aquisição de linguagem. **DELTA: documentação e estudos em linguística teórica e aplicada**, v. 2, n. 2, 1986.

DE LEMOS, Cláudia Thereza Guimarães. Los procesos metafóricos y metonímicos como mecanismos de cambio. **Substratum**, v. 1, n. 1, p. 121-35, 1992.

DE LEMOS, Cláudia TG. Língua e discurso na teorização sobre aquisição de linguagem. **Letras de hoje**, v. 30, n. 4, 1995.

DE LEMOS, Cláudia TG. Desenvolvimento da linguagem e processo de subjetivação. **Interações**, n. 10, p. 53-72, 2000.

DE LEMOS, Cláudia TG. Das vicissitudes da fala da criança e de sua investigação. **Cadernos de estudos linguísticos**, v. 42, p. 41-70, 2002.

DE LEMOS, Cláudia et al. Saussurismo na América Latina no século XX. **Cahiers Ferdinand de Saussure**, n. 56, pág. 165-176, 2003.

DE LEMOS, Cláudia Thereza G. Uma crítica (radical) à noção de desenvolvimento na Aquisição de Linguagem. **Aquisição, patologias e clínica de linguagem**, v. 1, p. 21-32, 2006.

DE LEMOS, Cláudia. Da angústia na infância. **Revista Literal**, v. 10, p. 117-126, 2007.

DE MAURO, Tullio. Qualche ipotesi sulla comprensione degli enunziati. **La Linguistique**, v. 29, n. Fasc. 2, p. 41-53, 1993.

FONSECA, Suzana C. da. **Afasia: a fala em sofrimento**. Dissertação de Mestrado - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 1995.

FONSECA, Suzana Carielo da. **O afásico na Clínica de Linguagem**. Tese de Doutorado - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2002.

FONSECA, Suzana Carielo. Interacionismo, afasia e clínica de linguagem. **Cadernos de estudos linguísticos**, v. 47, n. 1/2, p. 159-166, 2005.

FONSECA, Suzana Carielo. O estatuto da entrevista no processo diagnóstico da afasia. **LIER-DeVITTO, Maria Francisca, ARANTES, Lúcia. Aquisição, patologias e clínica de linguagem**. São Paulo: EDUC/FAPESP, p. 331-339, 2006.

FONSECA, S. C. A Clínica de Linguagem com Afásicos. Perspectivas na Clínica das Afasias: O Sujeito e o Discurso. **1ª ed. São Paulo: Livraria Santos Editora**, v. 1, p. 41-70, 2009.

FONSECA, SC da; VORCARO, A. O atendimento fonoaudiológico e psicanalítico de um sujeito afásico. **Aquisição, Patologia e Clínica de Linguagem**. 1ª ed. São Paulo: Cortez Editora Ltda, 2006.

LIER-DEVITTO, Maria Francisca; DA FONSECA, Suzana Carielo; LANDI, Rosana. Voz e voz na linguagem: o sujeito sob o efeito de sua fala sintomática. **Revista Kairós-Gerontologia**, v. 10, n. 1, 2007.

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

FREUD, Sigmund. Volume XIII (1913-1914). Totem e Tabu e outros trabalhos. Trad. Órizon Carneiro Muniz. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FUDISSAKU, Fernanda. **Sobre as entrevistas: a escuta para a fala dos pais na Clínica de Linguagem**. Dissertação de Mestrado - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2009.

GARRO ANDRADA, V.; PEREIRA FLORES, M.E.; MIAZZO, J.N. (2007) "Clínica del Lenguaje: Aportes desde el Interaccionismo". **Revista Metavoces**. FCH. UNSL. Vol. III No 4. ISSN1669-8924 pp: 17-21

GOLDSTEIN, Kurt. Trastornos del lenguaje: las afasias. Su importancia para la Medicina y la teoría del lenguaje. In: **Trastornos del lenguaje: las afasias. Su importancia para la medicina y la teoría del lenguaje**. 1950. p. 388-388.

HENRY, Paul. A ferramenta imperfeita: língua, sujeito e discurso. [trad.]. Maria Fausta P. de Castro, Campinas: Ed da UNICAMP, 1992.

JAKOBSON, Roman. Dois aspectos da linguagem e dois tipos de afasia (1954). **Linguística e comunicação**, São Paulo: Cultrix, 1975.

JAKOBSON, Roman. Linguística e poética (1960). **Linguística e comunicação**. São Paulo: Cultrix, 1975.

LACAN, Jacques. O seminário, livro 3: as psicoses (1955-1956). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1985.

LACAN, Jacques. (1964). O seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise (MD Magno, trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

LIER-DE VITTO, Maria Francisca. Apresentação. Fonoaudiologia: no sentido da linguagem. São Paulo: Cortez Editora, 1994.

LIER-DEVITTO, Maria Francisca. Aquisição da linguagem e patologias da linguagem. Projeto Integrado São Paulo: PUC-SP/CNPq 522002-97/8. Vigência: 1998-2002, 1997/1998.

LIER-DE VITTO, Maria Francisca. Os monólogos da criança: "delírios da língua". **Educ**, 1998.

LIER-DE VITTO, Maria Francisca. Sobre o sintoma-déficit de linguagem, efeito da fala no outro, ou ainda...? **Letras de hoje**, v. 36, n. 3, 2001.

LIER-DE VITTO, Maria Francisca. As margens da linguística: falas patológicas e a história de um desencontro. In: **Anais, 9. International Conference on the History of Language Sciences**. 2002.

LIER-DEVITTO, Maria Francisca. Patologias da linguagem: subversão posta em ato. Corpolingüagem: gestos e afeitos. Campinas: **Mercado de Letras**, p. 233-245, 2003.

LIER-DE VITTO, Maria Francisca. Falas sintomáticas: fora de tempo, fora de lugar. **Cadernos de estudos linguísticos**, v. 47, n. 1/2, p. 143-150, 2005.

LIER-DEVITTO, Maria Francisca. Delírios da língua: o sentido linguístico (e subjetivo) dos monólogos da criança. Aquisição, patologias e clínica da linguagem. São Paulo: **EDUC**, p. 79-95, 2006.

LIER-DEVITTO, Maria Francisca. Consequências de duas definições de la langue no Curso de Linguística Geral de Ferdinand de Saussure. **DELTA: Documentação de Estudos em Linguística Teórica e Aplicada**, v. 34, p. 799-813, 2018.

LIER-DE VITTO, Maria Francisca; ARANTES, Lúcia Maria. Sobre os efeitos da fala da criança: da heterogeneidade desses efeitos. **Letras de hoje**, v. 33, n. 2, 1998.

LIER-DE VITTO, Maria Francisca; DA FONSECA, Suzana Carielo. Linguística, aquisição da linguagem e patologia: relações possíveis e restrições obrigatórias. **Letras de hoje**, v. 36, n. 3, 2001.

LIER-DEVITTO, Maria Francisca; ARANTES, L. Patologias da linguagem: sobre as “vicissitudes de falas sintomáticas”. **Aquisição, patologias e clínica de linguagem**, v. 1, p. 183-200, 2006.

LIER-DEVITTO, Maria Francisca; ANDRADE, Lourdes. A abordagem do erro na fala e na escrita: aquisição, alfabetização e clínica. **Anais do SILEL**, v. 2, n. 2, p. 1-14, 2011.

LIER-DEVITTO, Maria Francisca; FONSECA, Suzana Carielo. Hesitações e pausas como ocorrências articuladas ao movimento de reformulação. **Cadernos de Estudos Linguísticos**, v. 54, n. 1, p. 67-80, 2012.

LIER-DEVITTO, Maria Francisca; ARANTES, Lúcia; DESINANO, Norma B. Sob Impacto da Heterogeneidade: teorização sobre o erro e o não idêntico. **DELTA: Documentação de Estudos em Linguística Teórica e Aplicada**, v. 36, 2020.

LIER-DEVITTO, Maria Francisca; ARANTES, Lucia. Clínica de Linguagem e Interacionismo: tangenciamentos e distanciamentos. *Capa e Diagramação*, p. 12, 2023.

MARCOLINO, Juliana. **A Clínica de Linguagem com afásicos: indagações sobre um atendimento**. Dissertação de Mestrado - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2004.

MARCOLINO-GALLI, Juliana; LIER-DEVITTO, Maria Francisca. Repetição sintomática na fala de afásicos. **Inter-câmbio**, v. 43, 2020.

MIAZZO, J.N. “Retrasos del lenguaje; Una construcción disciplinar y social”. En Triolo Moya. F.; Giordano, M. (2008). *La cultura actual. Su impacto en distintos campos disciplinares*. Ed. **Laboratorio de Alternativas Educativas (LAE)**. ISBN: 978-950-774-273-6pp:203-209. Capítulo 20.

MILNER, Jean-Claude. O amor da língua. [trad.]. **Paulo Sérgio de Mendonça Júnior**. Campinas/SP: Ed. da UNICAMP, 2012.

MILNER, Jean-Claude. Introdução a uma ciência da linguagem. Trad.: **Daniel Costa da Silva et al**. Petrópolis: Editora Vozes, 2021.

OGILVIE, Bertrand. Resenha: Lacan, a Formação do conceito de sujeito, 1932-1949. **Percursos**, p. 59-59, 1988.

OLIVEIRA, Mariana Trenché. **Ecolalia: quem fala nessa voz**. Dissertação de Mestrado - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2001.

ORO OZÁN, E.; MIAZZO, J.N.; BOSO, F. (2020) Fenómenos fonológicos del lenguaje infantil: Problematicando la categoría de dislalias funcionales. **Editorial Académica Española**. ISBN - 13: 978-3-8473-6498-6. ISBN-10: 3847364987.

QUINET, Antonio. **As 4+ 1 condições da análise**. Editora Schwarcz-Companhia das Letras, 1991.

PIRES, José Cardoso; ANTUNES, João Lobo. **De profundis, valsa lenta**. Publicações Dom Quixote, 1997.

PRISCO, Ana Carolina. **Sobre a complexidade envolvida no diagnóstico precoce de autismo: uma questão de linguagem**. Dissertação de Mestrado - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2019.

SANTOS, Brenda de Sousa. **Interpretação: questão na clínica de linguagem com crianças**. Dissertação de Mestrado - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2021.

SANTOS, Sabrina Pereira dos. **Fala-leitura-escrita: uma proposta de tratamento na clínica de linguagem com afásicos**. Dissertação de Mestrado - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2022.

SAUSSURE, Ferdinand de. Curso de linguística geral (1916). **São Paulo: Editora Cultrix**, 2006.

SPINA-DE-CARVALHO, Daniela Cristina. **Clínica de Linguagem: algumas considerações sobre interpretação**. Dissertação de Mestrado - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2003.

TESSER, Evelin. **O diálogo na Clínica de Linguagem: considerações sobre transferência e intersubjetividade**. Dissertação de Mestrado - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2012.

VORCARO, Angela. O estatuto do dado linguístico como articulador de abordagens teóricas e clínicas. **Cadernos de estudos linguísticos**, v. 38, p. 131-137, 2000.

VORCARO, Angela. A clínica psicanalítica e fonoaudiológica com crianças que não falam. **Distúrb. comun**, p. 265-287, 2003.