

Maria da Graça Chamma Ferraz e Ferraz

Sujeito Psíquico e Sujeito Lingüístico

uma introdução à psicopatologia
aplicada à fonoaudiologia



Unesp
Marília
Publicações

SUJEITO PSÍQUICO E SUJEITO LINGÜÍSTICO:
*uma introdução à psicopatologia aplicada à
fonoaudiologia*

Maria da Graça Chamma Ferraz e Ferraz

SUJEITO PSÍQUICO E SUJEITO LINGÜÍSTICO:
*uma introdução à psicopatologia aplicada à
fonoaudiologia*

Marília
2001

Unesp
Marília
Publicações

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS**

Copyright © 2000 Maria da Graça Chamma Ferraz e Ferraz

Diretor: Kester Carrara

Vice-Diretor: Tullo Vigevani

Conselho Editorial: Francisco Luiz Corsi (Presidente)
Dagoberto Buim Arena
Edevaldo Donizeti dos Santos
Maria Eunice Quilici Gonzales
Maria Lucia Gonçalves Balestrieri
Plácida L. V. A. da Costa Santos
Vanda Maria Silveira Reis Fantin
Vanderlei Geraldo Martins
Assessoria Técnica: Maria Luzinete Euclides (Bibliotecária)

Editoração Eletrônica
e Arte Final:

Edevaldo Donizeti dos Santos
Edson Ricardo Peixoto
Walter Clayton de Oliveira

Produtor Gráfico: Alípio Prado

© 2000 Unesp-Marília-Publicações
Av. Hygino Muzzi Filho, 737
CEP 17525-900 - Marília - SP
Tel. (014) 421-1203
e-mail: publica@marilia.unesp.br

Todos os direitos reservados. É vedada, nos termos da lei, a reprodução total ou parcial deste livro sem a expressa autorização dos editores.

F379s	Ferraz e Ferraz, Maria da Graça Chamma Sujeito psíquico e sujeito lingüístico: uma introdução à psicologia aplicada à fonoaudiologia / Maria da Graça Chamma Ferraz e Ferraz. -- Marília : Unesp-Marília- Publicações, 2001. 100p. ; 21cm. ISBN: 85-86738-17-4 1. Fonoaudiologia. 2. Distúrbios da comunicação. 3. Psicopatologia. I. Universidade Estadual Paulista. II. Autor. III. Título. DOI: https://doi.org/10.36311/2001.85-86738-17-4 CDD 20- 616.855
-------	---

Sumário

Introdução ao estudo da psicopatologia aplicada à Fonoaudiologia	1
---	---

CAPÍTULO I

NOÇÕES BÁSICAS DE PSICANÁLISE FREUDIANA

Estrutura e funcionamento do aparelho psíquico	17
O sonho da monografia botânica	25
O desenvolvimento do psiquismo	28
Édipo: uma tragédia grega	31
A origem das psicoses e das neuroses	35

CAPÍTULO II

NOÇÕES BÁSICAS DE PSICANÁLISE LACANIANA

A teoria do signo de Saussure e psicanálise de Lacan ..	39
Re-Apresentação do real e teoria do inconsciente	40
A constituição do sujeito psíquico	42
A noção de desejo e a inacessibilidade do real	43
A ordem do imaginário	44
A inscrição do corpo animal na ordem humana	44
A ordem do simbólico	45
A ordem do real	46

Capítulo III

DISTÚRBIOS DA COMUNICAÇÃO E AFECÇÕES PSICOGÊNICAS

Sintomas neuróticos e distúrbios de voz	55
Sintomas psicóticos e ausência de linguagem	63
Sintomas esquizóides e distúrbios de fluência	66

Capítulo IV

ESTUDOS DE CASOS

Sintoma neurótico e distúrbio de voz	77
Esquizoidia e distúrbio de linguagem	80
Psicose precoce e ausência de linguagem	82
Afecções psicogênicas e danos neurológicos	85
Conclusão	95
Bibliografia	96

Introdução ao Estudo da Psicopatologia Aplicada à Fonoaudiologia

Este trabalho dirige-se prioritariamente a estudantes de Fonoaudiologia ou futuros profissionais ligados às áreas afins.

A discussão a que me proponho foi acionada pela experiência didática com alunos de Fonoaudiologia, nas disciplinas de *Psicolingüística* e *Psicopatologia Aplicada à Fonoaudiologia*. Em função disso, o que se segue parece ser do interesse direto de estudantes de Fonoaudiologia ou futuros profissionais de outra áreas ligadas ao estudo dos *Distúrbios da Comunicação e da Fala*.

Este estudo pretende apresentar as conseqüências de três anos de trabalho clínico-psicológico junto à uma equipe multidisciplinar de atendimento a indivíduos portadores de distúrbios da comunicação e da fala, bem como apresentar os resultados de uma prática de supervisão psicológica de estágios na área.

A intenção deste trabalho é fornecer, na medida do possível, referenciais - ainda que bem modestos - às práticas diagnóstica e terapêutica dos distúrbios da comunicação e da fala. Além disso, existe a intenção não menos prioritária, de construir um material didático referente às duas disciplinas, já citadas, do Currículo do Curso de Fonoaudiologia.

Infelizmente, por vários motivos dos quais não me cabe falar agora, o material teórico-didático referente à *Psicolingüística* é escasso. O referencial teórico da *Psicopatologia Aplicada à Fonoaudiologia* é, sem medo de errar, praticamente inexistente. Isto já tornaria justificada qualquer tentativa, por mais modesta que fosse, de organização de material didático relativo a essas disciplinas.

A Fonoaudiologia possui uma significativa herança médica. Ela tem sido, por vezes, tratada como uma atividade paramédica. Não possui ainda um referencial teórico próprio, uma vez que nasceu do entrecruzamento de várias áreas do conhecimento. Sendo assim, necessita de conhecimentos construídos em múltiplas áreas da Medicina (Otorrinolaringologia e Neurologia, para falar de apenas duas áreas médicas fundamentais). Além disso, necessita de conhecimentos odontológicos, psicológicos, físicos, biológicos, pedagógicos, lingüísticos etc...

A prática fonoaudiológica tem vivido dos *empréstimos de conhecimentos teóricos* que faz de várias disciplinas. Além de não possuir seu próprio corpo teórico, a Fonoaudiologia tem se preocupado prioritariamente, com a construção de *técnicas de abordagem diagnóstica e terapêutica*. Parece-me que a construção de um corpo teórico próprio e conectado com suas questões específicas tem sido preocupação secundária.

O preço que se tem pago pela ausência de um corpo teórico próprio são as técnicas diagnósticas e terapêuticas muitas vezes desconectadas de alguns aspectos do funcionamento geral do indivíduo, por exemplo o da instância psicossociológica.

Um indivíduo com *distúrbio de fluência* ou com *alterações na voz*, por exemplo, nem sempre pode ser diagnosticado e acompanhado terapeuticamente apenas a partir de condutas de natureza técnico-fonoaudiológicas. Qualquer problema que se apresente na voz de um indivíduo deve ser avaliado considerando-se mais do que suas condições orgânico-funcionais. Isto, porque todo um contexto psicossociológico está interferindo circunstancial ou permanentemente no desempenho lingüístico desse indivíduo. Este estudo tem como intenção

apontar pelo menos algumas circunstâncias nas quais essa interferência é bastante observada.

Boa parte dos terapeutas e estudiosos dos distúrbios da comunicação e da fala mostram-se receptivos à idéia de uma significativa interferência da condição psicológica do indivíduo em seu desempenho lingüístico. Porém, esse grupo receptivo encontra sérios problemas relativos à falta de um referencial teórico-técnico que possibilite a discriminação dessa interferência entre os vários quadros clínicos que se colocam cotidianamente na prática terapêutica. Falo de uma prática diagnóstica que permita o encaminhamento *adequado* do paciente, ou seja, ao tipo de trabalho psicológico mais eficaz. Falo ainda da ausência de um suporte teórico-psicológico que dê *segurança* ao fonoaudiólogo de estar discriminando *até onde o seu trabalho é capaz de auxiliar o paciente* e até onde a ausência de progresso (comum nos casos de *Voz* e de *Disfluência*) não é insuficiência da técnica de terapia da fala ou da estratégia de atuação do terapeuta.

Nos casos clínicos de *Voz* e *Disfluência*, por exemplo, muitas vezes a origem do sintoma não pode ser abordada por técnicas fonoaudiológicas. O paciente aprende a monitorar-se e recebe alta, para retornar alguns meses depois com os mesmos sintomas. Isto não significa necessariamente, insuficiência da técnica ou pouca habilidade do terapeuta da fala! Ele fez o trabalho dele da melhor maneira possível! Então, porque esse paciente retornou? Porque o seu problema *não é da alçada da Fonoaudiologia*. Embora ele necessite de um atendimento fonoaudiológico, os ganhos obtidos em termos de desempenho lingüístico não podem manter-se sem o apoio da *Psicoterapia* ou da *Psicanálise*. Portanto, é necessário que o fonoaudiólogo discrimine com competência e segurança o que a sua atuação *pode fazer* pelo paciente e o que *não pode fazer*.

Voltando à questão da carência de referenciais teóricos na área do que se pode chamar de uma *Psicofonoaudiologia*, se pensamos nos motivos que produzem essa carência entendemos que a literatura psico-clínica é extremamente densa e de difícil acesso a profissionais de outras áreas, mesmo aos profissionais psicólogos atuantes em campos não diretamente clínicos.

Para o *terapeuta* da fala, que está na *prática*, torna-se mais difícil ainda acessar essa literatura e *selecionar* de um vastíssimo arsenal teórico-técnico os recursos psicológicos dos quais ele necessita pontualmente.

Uma forma de auxiliar esse profissional - o que temos tentado realizar em nossa experiência didática, e como supervisora e psicóloga de equipe multidisciplinar - seria estabelecer as ligações fundamentais entre os recursos teóricos e técnicos da Fonoaudiologia e as informações psicológicas disponíveis na área teórico-clínica da psicologia. Dessa forma, o Fonoaudiólogo receberia dados valiosos para seu desempenho terapêutico futuro, desde a sua formação acadêmica.

Acontece porém, que oferecer o referido auxílio não é tarefa fácil. Os profissionais psicólogos também possuem sérias carências em áreas fundamentais do conhecimento, tais como as Ciências da Linguagem, imprescindíveis à Fonoaudiologia. Além disso sempre se corre o risco de banalizar referenciais teóricos complexos na tentativa de torná-los acessíveis a leigos em quaisquer áreas possíveis de conhecimento. No caso da Psicologia por exemplo, não é possível falar brevemente sobre a noção de *Inconsciente*. Muitos conceitos básicos são necessários antes de podermos apresentar o conceito de *Inconsciente* de maneira adequada. Muito tempo e investimento são necessários para levar essa tarefa a bom termo. Acontece que diante de tantas disciplinas

envolvidas no estudo da Fonoaudiologia, o espaço que cada profissional específico da equipe multidisciplinar possui é muito pequeno.

A sugestão para amenizar a carência de um referencial a que provisoriamente chamamos *Psicofonoaudiológico*, demanda um grande esforço de estabelecimento de *pontes teóricas* entre múltiplas disciplinas. São no mínimo três disciplinas envolvidas: Fonoaudiologia, Lingüística, e Psicopatologia.

O referencial psicológico-clínico - a *Psicanálise* - que tenho utilizado para a efetuação dessa *ponte teórica* e principalmente na atuação psicológica durante o *diagnóstico multidisciplinar*, não é o referencial psicológico da *Psicolingüística*, ciência que mais se aproxima da nossa chamada *Psicofonoaudiologia*. Insisto na Psicanálise porque parece-me ser o corpo teórico mais adequado ao estudo do chamado *sujeito lingüístico*. Isto porque, como veremos durante este estudo, o *sujeito lingüístico* é inviável na ausência do *sujeito psíquico*. A Psicanálise é o único referencial, de que tenho notícia, que tenta explicitar a constituição do *sujeito psíquico*. Ela nos aponta a medida em que *linguagem* e *psiquismo* são duas instâncias do desenvolvimento e da atividade humana *indissociáveis* em todos os aspectos.

Justifica ainda a opção pela Psicanálise o trabalho de *Jacques Lacan* que apresenta um material perfeitamente conectado aos conceitos da Lingüística. Lacan tenta “aproximar a estrutura do inconsciente da da linguagem e aplicar-lhe o método que em lingüística provou a sua fecundidade.” (Laplanche & Pontalis, 1970, p. 625) Esse método o ajuda a pensar o inconsciente como uma *cadeia de significantes*. (Vallejo & Magalhães, 1979, p. 125-42) Desenvolvendo essas idéias, Lacan estabelece uma ponte

teórica entre Psicologia e Lingüística, embora priorizando o estudo do *sujeito psíquico* e não o do *sujeito lingüístico*. Farei oportunamente um *Capítulo* especial à Psicanálise de Lacan.

As Ciências da Linguagem não costumam considerar em suas investigações a interferência de um plano psíquico de ordem inconsciente na produção lingüística. Esse objeto teórico, criado por S. Freud e retomado por seus seguidores, no entanto, é o conceito fundamental de todas as psicanálises.

No pensamento de Freud não contamos com a articulação entre a teoria do inconsciente e a lingüística saussureana como ocorre em Lacan,¹ mas Freud fala da *relação simbólica* referente a um modo de funcionamento do psiquismo. Um certo tipo de operação, através da qual o indivíduo associa certos *conteúdos latentes* (ausentes da consciência, mas atuantes na vida psíquica à revelia da mesma) a certas manifestações externas. Por exemplo as situações oníricas onde uma imagem recuperada em sonho pelo indivíduo está ocupando o lugar de uma outra coisa como se a estivesse representando. Através dessa idéia de que o psiquismo age mediante o simbolismo auxiliou Freud a pensar vários conceitos psicanalíticos.

A idéia de simbólico em Freud não é a mesma que em Lacan. Lacan trabalha com a idéia saussureana de *signo*, embora use a expressão *ordem do simbólico* mais próximo da noção de *função simbólica* das teorias cognitivistas. Ou seja, mais próximo da idéia de inserção do psiquismo primitivo (o dos primeiros meses do nascimento) em uma *estrutura simbólica*

¹Freud fala d(a) simbólic(a), *die symbolik* no texto de 1900, *A Interpretação do Sonho*. Laplanche & Pontalis, 1970, p. 626: este termo é utilizado na Psicanálise em geral, para designar a *relação que une o conteúdo manifesto de um comportamento, pensamento ou palavra, ao seu sentido latente*.

especificamente humana. Veremos isto detalhadamente mais à frente no *Capítulo* sobre Lacan.

Freud dá como exemplo de *relação simbólica* o caso de uma paciente:

Uma paciente sofria de dores penetrantes entre as sobrancelhas. A razão era que uma vez, em criança, sua avó lhe dirigira um olhar inquisitório, 'penetrante'. ... Simbolizações desse tipo foram usadas por muitos pacientes, em todo um conjunto das chamadas nevralgias e dores. É como se houvesse a intenção de expressar o estado mental através do estado físico. (Freud, 1969, p. 46)

Podemos utilizar essa idéia de *relação simbólica* para pensar alguns casos de neurose associada a distúrbios de fluência. Essa idéia - como está em Freud - não basta porém, quando se trata da chamada *Psicose Precoce* ou *esquizoidia* (personalidades *esquizóides* que apresentam padrões singulares de fluência e desempenho lingüísticos). Nesses últimos casos, dos quais ainda falaremos pormenorizadamente, necessitamos mais rigorosamente de conceitos lingüísticos associados a conceitos de *Psicopatologia* e *Teoria da Personalidade*. Para dar conta dessa associação com a lingüística saussureana as idéias de Lacan são, sem dúvida alguma, as mais eficientes.

A psicanálise lacaniana ajuda justamente na tarefa de entender a fundação do *sujeito psicolingüístico*, o objeto que me parece ser o mais exato da Fonoaudiologia. Como já sabemos, a Lingüística não reconhece como sua a tarefa de investigar o *plano inconsciente de produção da linguagem* e isto afasta-a do objeto fonoaudiológico. Afinal sua tarefa tem sido, tradicionalmente, descrever as regras de funcionamento de uma dada gramática. Ela tem até reconhecido a importância dos processos psicológicos

na produção da linguagem, mas tem deixado para a Psicolingüística a tarefa de estudá-los.

Acontece que a Psicolingüística, encarregada da tarefa de pensar os aspectos psicológicas da aquisição e desempenho lingüísticos, tem se preocupado prioritariamente com o processo de *aquisição* da linguagem. Ela quase chega a confundir-se com as Psicologias do Desenvolvimento Humano e da Aprendizagem. Pode-se dizer que a Psicolingüística é uma ciência desenvolvida sobre apenas um dos aspectos do desenvolvimento humano geral. Ela é como um “pedaço” da Psicologia Geral, recortado e destacado da ciência mãe. A Psicolingüística realiza um aprofundamento lingüístico num período específico do desenvolvimento humano geral, ou seja, o da aquisição da linguagem.

Existem poucos estudos que aproximam a Psicolingüística de um estatuto próprio, como é o caso dos trabalhos da lingüista brasileira, Cláudia Lemos. Cláudia Lemos pensa o estabelecimento do *sujeito lingüístico*, de que ainda falarei. Posso lembrar ainda o trabalho de outra lingüista brasileira, Maria Irma Hadler Codry. Em seus estudos sobre a terapia dos distúrbios da linguagem, (Codry, 1988) Maria Irma Codry não faz uma psicolingüística propriamente, mas procura pensar o *sujeito lingüístico* de uma maneira mais abrangente do que aquela que o entende como um exclusivo *sujeito da cognição*.

Pensando em termos gerais, a Psicolingüística permanece uma disciplina sem estatuto próprio. Continua sendo uma área específica da Psicologia ou da Lingüística. E ela precisa desse estatuto próprio porque, principalmente na prática terapêutica, ela possui problemas específicos, conseqüentes da *interdisciplinaridade* de seu objeto de estudo. Mesmo no caso

das lingüistas brasileiras - a quem devemos reconhecimento pelo brilhante trabalho - a questão psicológica é colocada sempre a partir de referenciais alheios à idéia de inconsciente.

Talvez, por herança mesmo das ciências psicológicas, as áreas do conhecimento psicológico mais investidas pela Psicolingüística não sejam aquelas em que se considera o espaço psíquico inconsciente. A Psicolingüística é herdeira da Psicologia Positivista, ou seja, do *Behaviorism* Skinneriano da metade do século XX.²

A Teoria da Aprendizagem encanta os lingüistas da metade do século porque possibilita entender a linguagem como *comportamento verbal*. (Peterfalvi, 1973, p.15). Isto quer dizer que os teóricos positivistas da *Teoria da Aprendizagem* conseguem equacionar o problema da aquisição da linguagem, colocando o fenômeno da linguagem em termos objetivos, limitando rigorosamente um *objeto de análise*: o *comportamento verbal*. Colocar a produção lingüística em termos de *comportamento observável* significa para os lingüistas um grande achado.

O *Behaviorism*, nasce como uma tentativa de objetivação do alvo dos estudos psicológicos, com a intenção declarada de dar provas de sua cientificidade. Ele é por definição mesma, uma escola indisposta à teorização e exclusivamente preocupada com a prática e com os estudos experimentalistas.

² Peterfalvi (1973, p. 14) A Psicolingüística é criada "intencionalmente" em 1951, em seguida a um "seminário de verão" em Cornell/EUA, do qual participam os lingüistas T.E. Sebeok e F.G. Lounsbury e os psicólogos C.E. Osgood, J.B. Caroll e G. A. Miller. De acordo com Peterfalvi a Psicolingüística foi criada "...por uma reunião de especialistas que, além de redigirem sua certidão de nascimento, fizeram um minucioso levantamento dos vários problemas que a nova disciplina deveria tratar..."

Idéias como as de *psiquismo*, *mente*, *cognição*, e principalmente a idéia de *inconsciente*, são absolutamente subjetivas, são *constructos teóricos* ineficazes no entender dos *behavioristas*. Pensam eles que seja preciso criar equações ou paradigmas do tipo S__R (a um estímulo corresponde uma resposta) e definir *objetivamente* a produção da linguagem como *um repertório de respostas condicionadas socialmente*.

Temos, portanto, no próprio cenário de nascimento da Psicolingüística um campo epistemológico comprometido com o *Behaviorism*. Qualquer objeto que escape à análise experimental é descartado em princípio do campo de investigação.

Sabemos que a noção de *Inconsciente*, construída por Sigmund Freud, no início do século XX, é declaradamente aquilo que o *Behaviorism* denomina *constructo teórico*. Isto quer dizer que a noção de Inconsciente consiste em um modelo abstrato que serve à explicação do psiquismo humano (a própria idéia de *psiquismo* já é um constructo teórico). Não é *observável* ou *mensurável*. Não se constitui em *instrumento de predição do comportamento*, como seria do interesse do *Behaviorism*.

Além da herança positivista da Psicolingüística, não podemos nos esquecer de que ela é fruto do casamento entre a Psicologia e a Lingüística. Este fato serve também à explicação da ausência da noção de Inconsciente em seu campo teórico. A Lingüística aventura-se até à consideração de um processo mental que na Psicologia, Pedagogia e ciências afins, chamamos *Cognição*. A *Cognição*, no caso dos estudos lingüísticos, trata apenas dos processos mentais, da *representação mental* (processo de construção do *significado*), ou seja, processos racionais do tipo: *aprendizagem e operação de signos*.

A *Gramática Gerativa*, parece ser o referencial linguístico mais empenhado em apontar a interferência dos fatores psicológicos no chamado - por Noam Chomsky - *Desempenho Linguístico*. Chomsky, porém, fala de fatores psicológicos em geral (Lyons, s.d., p. 82-118) como se se referisse apenas à cognição, à interferência das emoções humanas nos processo de pensamento e aprendizagem. Ele não chega a considerar um plano psicológico inconsciente interferindo na produção da linguagem.

O Inatismo da Gramática Gerativa Transformacional, com sua origem estruturalista, inaugura um verdadeiro campo de batalha entre a equação behaviorista (S__R) e o modelo estruturalista inato (DAL).

A partir de Chomsky algo pode mudar na Psicolinguística. A linguagem não é mais um conjunto de hábitos adquiridos; não é mais somatória de respostas condicionadas, mas sim *competência lingüística gerada* a partir de dados linguísticos rudimentares, mediante um processo interno, a *criatividade*. A criatividade, porém é um conceito, do qual a Lingüística não pode dar conta e, segundo Chomsky, é objeto da Psicologia. Chomsky aponta para os fatos psicológicos que escapam à competência da lingüística. Tais fatos seriam como "algo" que se intromete no desempenho lingüístico. Esse "algo" que é de natureza psicológica, encurta ou alonga enunciados, podendo até mudar o seu sentido.

Outros referenciais teóricos servem às avaliações do perfil linguístico e às práticas terapêuticas da linguagem e, embora não sejam identificados como pertencentes ao referencial da Psicolinguística, são os mais utilizados no trabalho clínico.

Podemos lembrar o *Sócio-interacionismo*, iniciado por Lev Semenovich Vygotsky, (Vygotsky, 1991) a partir de uma orientação materialista-dialética. Nessa abordagem teórica *o social precede o individual* e, portanto, a práxis é fundamental para o desenvolvimento do pensamento e da linguagem. Vygotsky avaliava a Psicanálise freudiana como *idealista e metafísica*, em função do referencial marxista que apoiava o seu trabalho (Vygotsky, 1991). Falar sobre a *interioridade* do indivíduo é, na abordagem materialista-dialética, incorrer na ignorância do *social*, é negar a importância da práxis. Sendo assim, apesar de Vygotsky referir-se às situações de ansiedade vividas pela criança pequena - o que levaria à emergência da *fala egocêntrica* para lidar com elas - não explora a natureza psicológica dessas situações.

Podemos lembrar também o *Construtivismo* de Jean Piaget, a *Epistemologia Genética*, um competente referencial teórico sobre a construção do pensamento e suas relações com a linguagem.

A linguagem, no pensamento de Piaget e de seus seguidores, constitui apenas um canal de comunicação dos processos cognitivos. Ela não modela o pensamento, como quer Vygotsky, nem é necessariamente útil para a construção dos conceitos. Nem sempre ela diz sobre a realidade do desenvolvimento cognitivo. Nesse sentido, os piagetianos não consideram a linguagem um alvo fundamental da análise do desenvolvimento cognitivo. Ela é importante apenas como “meio” através do qual os processos cognitivos são avaliados.

Para Piaget a linguagem constitui uma forma de *função simbólica*, uma forma particular de função simbólica. Ela é efeito da aprendizagem de signos e da formação dos conceitos.

Falemos, finalmente, do trabalho de Cláudia Lemos, propositadamente deixado por último, uma vez que é o que mais oferece apoio à idéia de *sujeito psicolingüístico*, que este estudo tentará delimitar.

O Sócio-construtivismo de C. Lemos, parente próximo de L.S.Vygotsky, fala explicitamente de um *sujeito lingüístico* constituído no processo de interação social. Neste caso, a unidade de análise do *discurso* da criança é o *diálogo*.

A criança caminharia de uma total *dependência dialógica* para a condição de *interlocutor*; da condição *interpretado* para a condição de *intérprete*; passaria da condição de *falada* para a condição de *falante*.

A criança pequena não é, portanto, um sujeito lingüístico, mas passa por um *processo de subjetivação*, ou seja, de *constituição do sujeito lingüístico*. A condição de dependência dialógica transforma-se em *posição discursiva* quando a criança passa a ser *intérprete do outro*, de si próprio e da *linguagem como geradora de significado e intenção*, ou seja, como veículo de comunicação com o mundo.

Podemos dizer que, no entender de Cláudia Lemos, a constituição do sujeito lingüístico depende intrinsecamente da constituição do sujeito psíquico, uma vez que só se pode considerar um sujeito lingüístico instituído quando a criança pronuncia e compreende o pronome pessoal *eu*.

Cláudia Lemos, porém, apesar de referir-se competentemente ao *sujeito lingüístico* e a um possível sujeito psicológico, não considera a noção de inconsciente. O sujeito psicológico, aqui, refere-se ao sujeito da construção do pensamento, bem coerentemente com as idéias de L.S.Vygotsky.

Refere-se àquele sujeito capaz de representar o real, de operar signos linguísticos e pensar mediante conceitos sobre o real. Não se trata, de maneira alguma, de um sujeito, que vamos chamar agora de *psíquico*, um sujeito das *relações simbólicas* de que fala Freud.

Podemos nos perguntar a essa altura: afinal, porque seria tão importante considerar a idéia de inconsciente no estudo da produção da linguagem? Isto é justamente o que este trabalho vai sugerir: os motivos pelos quais a noção psicanalítica de inconsciente é de fundamental importância para o estudo da aquisição e desempenho lingüísticos. Acreditamos que este é um caminho fértil para o estabelecimento de uma *ponte teórica* entre o corpo de conhecimentos da Fonoaudiologia e os recursos da Psicanálise.

Capítulo I

NOÇÕES BÁSICAS DE PSICANÁLISE FREUDIANA

Para iniciar o trabalho de investigação dos motivos pelos quais a noção de inconsciente é fundamental no estudo da aquisição e desempenho lingüísticos, é necessário elucidar alguns aspectos da constituição e funcionamento do psiquismo. Isto porque, como já dissemos, o referencial psicanalítico que produziu a noção de inconsciente é um corpo teórico estranho à Fonoaudiologia, para quem este estudo se dirige

Tratemos, então, de explicitar a localização da chamada região *inconsciente* no cenário da produção lingüística. Para fazer esta localização é necessário antes explicitar como se constitui o inconsciente: quais as suas origens e como se dá o seu funcionamento. Iniciarei pelas idéias de Sigmund Freud porque elas inauguram a Psicanálise. Na ausência das noções freudianas básicas não conseguiríamos entender o pensamento de Lacan, que para pensar o *sujeito psíquico* é mais adequado do que outros pensamentos psicanalíticos.

O *inconsciente* é uma região constituída a partir do desenvolvimento do *Aparelho Psíquico*. S. Freud idealizou um modelo estrutural e funcional do psiquismo, que vamos tentar descrever a seguir.

Estrutura e funcionamento do aparelho psíquico

Esboço de Psicanálise (1940 [1938]), um dos escritos mais elaborados e mais tardios de Freud traz o seguinte comentário:

Conhecemos duas espécies de coisas sobre o que chamamos nossa psique (ou vida mental): em primeiro lugar o cérebro (ou sistema nervoso) e, por outro lado, nossos atos de consciência, que são dados imediatos e não podem

ser mais explicados por nenhum tipo de descrição. Tudo o que jaz entre eles é-nos desconhecido, e os dados não incluem nenhuma relação direta entre estes dois pontos terminais de nosso conhecimento. ... presumimos que a vida mental é função de um aparelho ao qual atribuímos as características de ser extenso no espaço e de ser constituído por diversas partes. (Freud , 1975, p.169)

Entendemos, portanto, que o Aparelho Psíquico é constituído por *regiões de ação psíquica* Freud (1975) pensou três regiões que descreveremos a seguir.

À região de ação psíquica mais antiga, Freud chamou *Id*. Essa camada ou região psíquica contém a herança genética e está presente desde o nascimento. Trata-se da região dos *instintos*, que nos aproximam dos animais. O *Id*, camada psíquica primitiva tem, durante o desenvolvimento psicológico, uma parcela desdobrada em *Ego*.

O *Ego* é uma instância mediadora entre os *instintos* animais de sobrevivência e de perpetuação da Espécie. Ele deve ser entendido como uma região de auto-preservação do psiquismo. É ele que estabelece as relações com o meio externo. Essa instância ou região psíquica a que também se pode chamar *consciência*, desdobra-se em uma espécie de *agente especial* (Freud, 1975, p. 171) do psiquismo, a que Freud chamou *Superego*.

O *Superego* é a formação mais tardia do Aparelho Psíquico. Ele se constitui a partir da atuação do *Ego* no espaço social, seu enfrentamento com as leis humanas de convivência no grupo e a necessidade de inscrição do indivíduo na sua cultura.

A base de funcionamento dessas três instâncias psíquicas é uma espécie de energia de caráter sexual, a *Libido*. É preciso observar aqui, que a expressão *sexual*, em Freud está

mais próxima da idéia de *erótico* do que de *genital*. O erótico está associado à disposição do organismo de *estabelecer conexões com a exterioridade*, de “complicar” a vida. O genital está associado à realização da vida sexual genital. Digamos que a genitalidade seja apenas um dos aspectos do erotismo, ou que a relação sexual seja um dos *objetos* investidos pela libido, em maior ou menor intensidade dependendo do psiquismo em questão.

Freud usa a expressão *quantum de afeto*, para designar um fator quantitativo para a *libido*. Não estamos aptos a *medir* a intensidade libidinal, ou seja a quantidade exata, numerável de *libido investida* nesse ou naquele momento, nesse ou naquele *objeto*. Porém, a *libido* é de alguma forma quantificável. Vejamos o que diz Freud sobre isso:

Nas funções psíquicas há razão para distinguir alguma coisa (quantum de afeto, soma de excitação) que possui todas as propriedades de uma quantidade - ainda que não estejamos habilitados para medi-la - alguma coisa que pode ser aumentada, diminuída, deslocada, descarregada, e se espalha sobre os traços minésicos das representações mais ou menos como uma carga elétrica à superfície dos corpos. (Laplanche & Pontalis, 1970, p. 541)

Uma vez que a Psicanálise constrói uma hipótese *econômica* para o funcionamento do aparelho psíquico, podemos falar de uma *economia libidinal*. Isto quer dizer que o aparelho psíquico funciona como um *sistema de produção*, que implica uma estrutura (*regiões de ação psíquica*) e uma *matéria prima* (a *libido*). A estrutura transforma, movimenta e distribui a *libido*, produzindo, reciclando e mobilizando *afeto*.

A *libido* movimenta-se pelas três instâncias do *aparelho*

psíquico, promovendo a vida afetiva do indivíduo. Aos *quanta libidinais* (*intensidade* = y de energia) que o *Id* envia ao meio externo, em direção a um *objeto* qualquer de *investimento*, Freud chamou *Pulsão*.³ A *pulsão*, portanto, é uma *intensidade* = n (*quanta libidinais*) *investida* em um *objeto* = O .

Freud formulou dois *princípios* de funcionamento do aparelho psíquico. Um deles, *Princípio de Prazer*, se refere à busca de redução de tensões internas, à recuperação do equilíbrio psíquico, a cada vez que o psiquismo é mobilizado por *objetos internos* ou *externos* a ele. Vejamos o que diz Freud:

Na teoria da psicanálise não hesitamos em supor que o curso tomado pelos eventos mentais está automaticamente regulado pelo princípio de prazer, ou seja, acreditamos que o curso desses eventos é invariavelmente colocado em movimento por uma tensão desagradável e que toma uma direção tal, que seu resultado final coincide com uma redução dessa tensão, isto é, com uma evitação de desprazer ou uma produção de prazer. (Freud, 1976, p. 17)

O outro princípio de funcionamento do aparelho psíquico é o *Princípio de Realidade* e refere-se à tendência do psiquismo de adequar o momento e a forma de satisfação das pulsões de acordo com as exigências sociais. Vejamos:

Mediante o princípio de realidade o ego pode “discernir se a tentativa para obter a satisfação deve ser efetuada ou adiada, ou se a reivindicação da pulsão não deverá ser pura e simplesmente reprimida como perigosa” (Laplanche & Pontalis, 1970).

³ Pulsão, do alemão *Trieb*, conserva sempre a tonalidade de impulsão (*trieben*=impelir) ... e acentua o caráter irreprimível da pressão ... Quando Freud fala de instinto (*instinkt*) qualifica um comportamento animal fixado por hereditariedade, característico da espécie: cf. Laplanche & Pontalis, 1970, p.506-507.

Idealmente, o *princípio de realidade* trabalha em equilíbrio com o *princípio de prazer*, ou seja, o *princípio de realidade* regula o *princípio de prazer*. Originalmente, a busca de satisfação das pulsões tem sempre um caráter de urgência. Lembremos os termos alemães *trieb* e *trieben*, que têm a tonalidade de *impulsionar* ou *compelir*. A *pulsão* significa, portanto, *pressão inadiável*. E isto é coerente com o primeiro princípio de funcionamento do psiquismo, o *princípio de prazer*, ou seja, o psiquismo tende sempre e naturalmente à busca do prazer e à evitação do desprazer.

O princípio de realidade *transforma* o princípio de prazer - enquanto movimento de caráter urgente - em movimento calculado em função da defesa do psiquismo em geral. Nem todas as pulsões podem ser satisfeitas com a urgência e na forma com que se produzem. Ignorar as circunstâncias externas pode colocar em risco a integridade de todo o aparelho psíquico. O *princípio de realidade* age no sentido de *adiar* adequadamente a satisfação da *pulsão*, ou no sentido de deslocar seu alvo para outro *objeto*, mas pode ainda decidir a *repressão* da pulsão, ou seja a não satisfação em caráter idealmente definitivo. Falarei mais rigorosamente sobre a *repressão* um pouco mais à frente.

A compreensão do funcionamento dos dois princípios expostos torna-se mais fácil quando explicitamos a idéia de *prazer*, no pensamento de Freud. Prazer é a sensação que vem pela *redução de excitação* no *ego*. Quando o *ego* recebe sinais de *excitação* sai em busca de sua redução através de uma ação dirigida a um *objeto*. A *excitação* não tem o caráter *sexual-genital*. Ela tem um caráter *erótico*, ou seja, de *busca de encontros do psiquismo com o meio*, que pode até ser de encontro genital, mas não necessariamente.

Freud pensou ainda duas *pulsões básicas* do psiquismo. Uma delas, a *Pulsão de Vida (Eros)* ou *pulsões de vida*, trata-se de um conjunto de pulsões que abrangem as pulsões sexuais e as de auto-conservação do organismo. Ela é referida à tendência do organismo de investir objetos externos (realização de encontros com a exterioridade) ou tendência do organismo à *complicação* de sua estrutura.

A outra pulsão trata-se da *Pulsão de Morte (Tanatós)* ou das *pulsões de morte*, que se contrapõem às *pulsões de vida*. Ela manifesta-se como uma tendência do organismo de *desfazer conexões*, restaurar o estado original de inorgânico, retornar a um estado de equilíbrio absoluta da unidade vital. As duas pulsões trabalham de maneira harmônica, e a presença de uma é fundamental à atuação da outra.

O *Ego*, estrutura identificada com a chamada *consciência* - a mediadora entre mundo interno e mundo externo - realiza uma série de *movimentos* aos quais a Psicanálise chamou de *Mecanismos de Defesa do Ego*. Mecanismos de *defesa*, porque mediante esses movimentos o ego protege a estrutura consciente do indivíduo, contra agressões do mundo externo, ou contra a emergência de conteúdos internos à consciência. Vejamos a seguir um desses movimentos que nos interessa fundamentalmente, a *Repressão*.

A *Repressão*⁴ refere-se a um movimento através do qual os conteúdos vividos pelo indivíduo como *desagradáveis* (idéias, afetos etc...) são banidos da consciência e armazenados em uma instância aquém da consciência, o *pré-consciente*. Ela está na origem da constituição do *inconsciente*, ou seja, trata-se de uma operação a partir da qual as *representações ligadas a uma pulsão são mantidas em uma instância psíquica inconsciente*.

O *Inconsciente* - conceito que nos interessa em especial - é *feito do mecanismo de defesa do ego, a repressão*. Os chamados *conteúdos inconscientes* são, na verdade, pulsões (uma certa intensidade de libido investida em certo objeto externo) a que o ego se viu impossibilitado de realizar.

Os conteúdos inconscientes, embora estejam *exilados* em uma região psíquica inacessível à consciência, têm um grande *poder de interferência* na vida do indivíduo. Eles, na verdade, *dirigem* as ações do indivíduo em seu cotidiano, sem que o mesmo tenha conhecimento disso. Os conteúdos inconscientes são *representantes das pulsões* que não foram satisfeitas e permanecem intensamente investidos pela *energia pulsional*, ou seja, buscam incessantemente retornar à consciência em busca

⁴ Cf. Laplanche & Pontalis, 1970, p. 594: Na verdade o termo exato para designar esse mecanismo de defesa seria *recalcamento*, do alemão *verdrängung*. Acontece que existe um equívoco na tradução francesa dos originais alemães, que acabou sempre incorporado como correto. Os tradutores franceses tomam a palavra alemã *unterdrückung* por *répression* e atribuem-na ao processo, que em Freud é chamado *verdrängung*, ou *recalcamento*. A diferença entre os dois termos é, na verdade, de intensidade operatória: o *recalcamento* é mais intenso e constitui a rigor uma modalidade de repressão. Na *repressão* os conteúdos banidos da consciência são confinados em uma instância *pré-consciente*, ou seja, uma região psíquica menos profunda e mais acessível ao *ego*. No *recalcamento*, os conteúdos indesejáveis são confinados em uma instância *inconsciente* à qual o *ego*, em princípio jamais terá acesso.

de satisfação. No entanto, não podem retornar ao sistema consciente-pré-consciente (Cs-Pcs) sem antes submeterem-se às deformações da censura, ou seja, ao mascaramento. Dessa forma, a *pulsão original* é disfarçada através de processos especiais, ou seja, processos de *constituição do inconsciente*: a *condensação* e o *deslocamento*. Os *sonhos* freqüentemente nos dão notícias desses processos, mas eles também são perceptíveis nas *formações sintomáticas* de natureza neurótica ou psicótica. Vejamos o que diz Freud sobre a *condensação*:

A primeira coisa que se torna clara a quem quer que confronte o conteúdo do sonho com os pensamentos oníricos é que se efetuou um trabalho de condensação em ampla escala. Os sonhos são breves, insuficientes e lacônicos em comparação com a gama e riqueza dos pensamentos oníricos. Se um sonho for escrito, talvez ocupe meia página. A análise que estenda os pensamentos oníricos subjacentes a ele poderá ocupar seis, oito ou doze vezes mais espaço ... a grande falta de proporção entre o conteúdo do sonho e os pensamentos oníricos implica que o material psíquico passou por extenso processo de condensação no curso da formação do sonho. (Freud, 1972, p. 297)

Freud quis dizer que existe uma extensa *cadeia associativa* do que ele denomina aqui *pensamentos oníricos* (matéria psíquica emergente no sonho) na manifestação de apenas um conteúdo (muitas vezes mínimo) do sonho. Vejamos a seguir um exemplo do próprio Freud.

O sonho da monografia botânica

Conteúdo do Sonho: Eu havia escrito uma monografia sobre um gênero (não especificado) de plantas. O livro encontrava-se diante de mim e, naquele momento, eu virava uma lâmina colorida dobrada. No exemplar havia um espécime seco da planta.

O elemento que mais se destacou neste sonho foi a monografia botânica. Isso surgiu das impressões do dia do sonho: eu havia de fato visto uma monografia sobre o gênero *Ciclame*, na vitrina de uma livraria. Não havia menção desse gênero no conteúdo do sonho; tudo o que restava nele era a monografia e sua relação com a botânica. A 'monografia botânica' de imediato revelou sua ligação com o trabalho sobre cocaína que eu havia escrito certa vez. De 'cocaína' as cadeias de pensamento levaram, por um lado, ao *Festschrift* e a certos acontecimentos num laboratório da Universidade, e, por outro, ao meu amigo, o Dr. Königstein, o oftalmologista, que tivera participação na introdução da cocaína. A figura do Dr. Königstein ainda me fez recordar a conversação interrompida que tivera com ele na noite anterior e de minhas várias reflexões sobre o pagamento por serviços médicos entre colegas. Essa conversa foi o verdadeiro instigador correntemente ativo do sonho; a monografia sobre o ciclame também foi uma impressão correntemente ativa, porém, de natureza indiferente. Conforme percebi, a 'monografia botânica', no sonho, veio a ser uma 'entidade comum intermediária' entre as duas experiências do dia anterior: foi tirada inalterada, da impressão indiferente, e estava ligada com o fato psiquicamente significativo através de copiosas conexões associativas.

Não somente a idéia composta 'monografia botânica', contudo, como também cada um dos seus componentes,

'botânica' e 'monografia' separadamente, levaram, por numerosas trilhas conectivas, cada vez mais profundamente pelo emaranhado dos pensamentos oníricos. 'Botânica' estava relacionada com a figura do Professor Gärtner (Jardineiro), à aparência viçosa de sua esposa, com minha paciente Flora e com a Senhora L. (Frau L.) sobre a qual eu contara a história das flores esquecidas. Gärtner, por sua vez, levou ao laboratório e à minha conversa com Königstein. Minhas duas pacientes (Flora e Frau L.) tinham sido mencionadas no curso dessa conversa. Uma concatenação de pensamentos ligou a senhora com as flores prediletas de minha esposa, e daí, ao título da monografia que eu vira por um momento durante o dia. Além desses, 'botânica' fez lembrar um episódio em minha escola secundária e um exame quando me encontrava na Universidade. Ao novo tópico aflorado em minha conversa com o Dr. Königstein - meus passatempos prediletos - veio juntar-se, através do elo intermediário do que eu, de brincadeira, chamava a minha flor predileta, a alcachofra, com o encadeamento de pensamentos provenientes das flores esquecidas. Por trás das 'alcachofras' estavam, por um lado, meus pensamentos sobre a Itália e, por outro, uma cena de minha infância que era o início do que, desde então, se tornou minhas relações íntimas com os livros. Assim, 'botânica' era um ponto nodal regular no sonho. Numerosos encadeamentos de pensamento convergiam sobre ele, os quais, conforme posso garantir, tinham apropriadamente entrado no contexto da conversa com o Dr. Königstein. ... Assim, também, a monografia no sonho faz aflorar dois assuntos: a unilateralidade dos meus estudos e o alto preço de meus passatempos prediletos. ... O ponto central do conteúdo onírico foi obviamente o elemento 'botânica'; ao passo que os pensamentos oníricos eram concernentes às complicações e conflitos que surgem entre colegas de suas

obrigações profissionais, e ainda com a acusação de que eu tinha o hábito de sacrificar-me demasiadamente em benefício de meus passatempos prediletos. (Freud, 1972, p. 301-25)

Como vimos, múltiplos *pensamentos oníricos* estão *condensados* no *conteúdo manifesto* "Monografia Botânica". Tais pensamentos oníricos criam uma complexa rede de conexões, de maneira a que o conteúdo manifesto do sonho não revele as pulsões (emoções e pensamentos conflitantes) que lhe deram origem. Para realizar a *interpretação* do sonho é necessário *seguir exaustivamente a cadeia de pensamentos oníricos que se condensam nos conteúdos manifestos e "desembramá-la"*. Para definir melhor o processo de *condensação*, podemos dizer que uma única representação (no sonho de Freud, a *Botânica*), representa várias cadeias associativas, em cuja intersecção se encontra.

O outro processo inconsciente, o *deslocamento*, consiste na independência relativa entre o *quantum afetivo* (a intensidade da pulsão) e a *representação* que o psiquismo faz da pulsão, quando de sua manifestação. A intensidade de uma representação pode soltar-se dela e passar a outras representações anteriormente pouco intensas, ligadas à primeira por uma *cadeia associativa*. Isto acontece nos sonhos e na formação de *sintomas neuróticos e psicóticos*. Por exemplo, em um caso de neurose, onde o paciente apresenta uma série de sintomas, que mudam de uma forma à outra. São várias representações que têm o objetivo de manifestar o mal estar do paciente, como por exemplo: a cegueira histórica que muda para impossibilidade de beber água, depois para uma paralisia das pernas, etc... Cada uma dessas situações é uma *representante* da pulsão inicial (uma pulsão proibida e reprimida). O *afeto (quantum de afeto)* vai se *deslocando* convenientemente - no sentido de promover um disfarce da

pulsão original, da maneira como ela se manifesta na exterioridade - de uma representação à outra. Dessa forma, estabelece-se uma *cadeia de associações*: cegueira, paralisia, etc... Esta cadeia permanece investida. A intensidade do investimento na primeira representação (digamos, cegueira) se divide, sendo uma parte lançada à segunda representação (digamos, impossibilidade de beber água), depois à terceira representação (paralisia das pernas) e assim por diante. Dessa forma a *pulsão original* que não pode se manifestar enquanto tal, surge ao exterior de maneira disfarçada. Trata-se de uma maneira da pulsão ser *descarregada*; forma do quantum de afeto ser colocado na exterioridade.

O desenvolvimento do psiquismo

Freud explica o desenvolvimento do psiquismo através do desenvolvimento da *função sexual*, uma vez que a *libido* é de natureza *sexual*. Foi comentado anteriormente que esse termo possui um alcance mais amplo do que julga o senso comum. Vejamos o que diz o próprio Freud (1975, p. 177-8):

Segundo a opinião predominante, a vida sexual humana consiste essencialmente numa busca de colocar o próprio órgão genital em contato com o de alguém do sexo oposto. A isso acham-se associados, como fenômeno acessórios e atos introdutórios, beijar esse corpo alheio, olhar para ele e tocá-lo. Imagina-se que essa busca faça seu aparecimento na puberdade - isto é, na maturidade sexual - e esteja a serviço da reprodução. Não obstante, sempre foram conhecidos certos fatos que não se encaixam na estreita moldura desta visão. Constitui um fato marcante existirem pessoas que só são atraídas por indivíduos de seu próprio sexo e pelo órgão genital deles. É igualmente notório existirem pessoas cujos desejos se comportam exatamente como os sexuais, mas que,

ao mesmo tempo, desprezam inteiramente o órgão sexual ou sua utilização normal; as pessoas deste tipo são conhecidas como 'perversas'. E, por fim, é uma coisa notável que algumas crianças (que são por causa disso, encaradas como degeneradas) tenham um interesse muito precoce pelo seu órgão genital e apresentem nele sinais de excitação.

Bem se pode acreditar que a Psicanálise tenha provocado espanto e oposição quando, em parte com base nesses fatos negligenciados, contradisse todas as opiniões populares sobre a sexualidade. Os seus principais achados são os seguintes:

- a) A vida sexual não começa apenas na puberdade, mas inicia-se, com manifestações claras, logo após o nascimento.
- b) É necessário fazer uma distinção nítida entre os conceitos de 'sexual' e 'genital'. O primeiro é o conceito mais amplo e inclui muitas atividades que nada têm a ver com os órgãos genitais.
- c) A vida sexual inclui a função que, subsequente, é colocada a serviço da reprodução. As duas funções muitas vezes falham em coincidir completamente.

Bem entendida esta distinção, podemos repetir que o desenvolvimento do *Aparelho Psíquico* coincide com o desenvolvimento da sexualidade. Ele se faz pela movimentação da libido num sentido de *fundação de zonas erógenas*. Vejamos o que diz Freud (1975, p. 179):

O primeiro órgão a surgir como zona erógena e a fazer exigências libidinais à mente é, da época do nascimento em diante, a boca. Inicialmente toda a atividade psíquica se concentra em fornecer satisfação às necessidades dessa zona. Primeiramente, é natural, essa satisfação está a serviço da auto-preservação, mediante a nutrição; mas a fisiologia não

deve ser confundida com a psicologia. A obstinada persistência do bebê em sugar dá prova, em estágio precoce, de uma necessidade de satisfação que, embora se origine da ingestão da nutrição e seja por ela instigada, esforça-se todavia por obter prazer independentemente da nutrição e, por essa razão, pode e deve ser denominada sexual.

São quatro as *zonas erógenas* descritas por Freud, ou seja, são várias as regiões do corpo nas quais grandes *quanta de libido são investidas* durante o desenvolvimento do aparelho psíquico, cada uma delas coincidindo com uma *fase* do desenvolvimento psicológico. São elas: *Fase Oral* (órgão-boca), *Fase Anal* (órgãos da função excretória), *Fase Fálica* (órgão-pênis, em ambos os sexos) e *Fase Genital* (órgãos genitais). Não vou discorrer detalhadamente sobre cada uma delas, uma vez que, veremos, a *Fase Fálica* é que dará suporte para a compreensão das questões lingüísticas nos próximos *Capítulos*.

Sobre a *Fase Oral*, a transcrição que fiz de Freud já discorreu. Sobre a *Fase Anal*, basta saber que a criança encontra satisfação, ou o prazer referido por Freud, no controle do comportamento materno através da retenção ou expulsão das fezes. As fezes, enquanto *produto* da função excretória, são usadas pela criança como recompensa ou castigo para a mãe, de acordo com seus afetos em relação à ela.

Vejamos a fase do desenvolvimento psíquico que mais nos interessa: a *Fase Fálica*. Para entendermos melhor a Fase Fálica precisamos tomar conhecimento da tragédia grega de *Édipo*, que Freud utilizou como um modelo explicativo do que acontece com o psiquismo nesta fase. Durante essa fase, o indivíduo vive o *Complexo de Édipo*.

Édipo: uma tragédia grega

Laio, rei de Tebas consulta o oráculo de Delfos, sobre um possível herdeiro. Recebe como resposta que o filho que lhe nascesse mataria o pai e desposaria a própria mãe.

Quando Jocasta, esposa e rainha de Laio, dá à luz um menino, assustada com a sentença do oráculo de Delfos, abandona a criança no Monte Citéron, depois de lhe ter furado os artelhos com uma agulha e o ter amarrado com uma correia.

O menino foi encontrado por uns pastores que lhe deram o nome de Édipo, que quer dizer pé inchado e depois o entregaram aos reis de Corinto, Pólipo e Peribéia, que o criaram como se fosse seu próprio filho.

Quando Édipo torna-se adulto, descobre a sua condição de criança abandonada e, angustiado, vai procurar o oráculo de Delfos.

O oráculo repete a terrível maldição: “Tu hás de matar o teu pai e desposarás a tua mãe”.

Édipo, desesperado, sai pelo mundo, tentando fugir da maldição do oráculo. No seu caminho encontra Laio e, desentendendo-se com ele, mata-o.

Édipo foge justamente para Tebas, em cuja entrada existia uma terrível esfinge. Édipo enfrenta a esfinge que aterrorizava a cidade, vencendo-a.

Dessa forma Édipo é recebido em Tebas como herói. É nomeado rei e desposa a rainha Jocasta.

Quando Édipo descobre que Laio era seu pai e Jocasta é sua mãe, desesperado, fura os próprios olhos e sai novamente errante pelo mundo. Jocasta enforca-se. (Schmidt, p. 93-5)

Freud constrói o termo *Complexo de Édipo* utilizando-se da tragédia grega, que, de acordo com suas observações, é repetida pelo psiquismo desde tempos imemoriais.

O *Complexo de Édipo* pode ser entendido mediante algumas idéias pensadas pelo fundador da Psicanálise. Vejamos:

Pai e mãe são figuras fundamentais à constituição da instância mais tardia do aparelho psíquico, o *superego*, que permitirá ao indivíduo viver em sociedade, partilhar os valores sociais e adquirir a linguagem humana. Mais à frente nos deteremos nessa idéia de constituição da linguagem. Por ora vamos entender como atuam as duas figuras, materna e paterna, no desenvolvimento do psiquismo.

As relações pai-mãe-criança constituem o chamado *triângulo familialista*, um modelo de relações afetivas, que será a referência para as relações afetivas futuras do adulto. Neste triângulo as relações são *edipianas*, ou seja, acontecem de maneira semelhante à tragédia grega, salvaguardadas as devidas proporções dos acontecimentos reais.

Durante a fase do *Complexo de Édipo* (três a quatro anos de idade aproximadamente) o genitor do mesmo sexo da criança vai fazer a *interdição do incesto* que o personagem da tragédia grega não viveu. Édipo matou o pai e tomou posse do corpo materno, realizando o incesto. Seu castigo pela realização da pulsão proibida, porém, foi cruel: furou os próprios olhos e saiu cego e errante pelo mundo. Jocasta, a mãe incestuosa, foi castigada com a loucura e levada ao suicídio. Laio, o pai, não foi capaz de *interditar* a realização da pulsão incestuosa.

Na psiqué infantil, o genitor do mesmo sexo tem a função que Laio não realizou, ou seja, interditar o incesto. O pai

é da mãe e a mãe é do pai. A criança, por temer o genitor do mesmo sexo renuncia à rivalidade no amor pelo mesmo objeto.

Temos nesse *triângulo edipiano* o que Freud chamou de *ambivalência afetiva*. Ao mesmo tempo que a criança tem sentimentos agressivos em relação ao genitor do mesmo sexo, ela o teme por ser maior, mais poderoso. Nesta ambivalência de sentimentos, a criança acaba por optar pela identificação com a figura do mesmo sexo, construindo uma sexualidade masculina ou feminina adequadas. Na identificação com o mesmo sexo, a criança espera merecer a atenção do genitor de sexo oposto.

A fase fálica é a cena onde o superego se constitui. Freud a chamou de *fálica* por analogia ao *falo*, órgão sexual masculino e símbolo de poder desde a Antigüidade. “Nessa época recuada, o falo em ereção simbolizava o poder soberano, a virilidade transcendente, mágica ou sobrenatural ... a esperança de ressurreição e a força que pode produzi-la” (Laplanche & Pontalis, 1970, p. 226)

Durante a fase fálica a *menina* resente-se por *não possuir o pênis*, fantasiando que *foi castrada*; o *menino* teme o pai porque seu pênis é maior e também fantasia que o pai vai castrá-lo, caso ele tome posse do corpo da mãe. Esta é uma fase do *primado do falo*, na qual a menina, segundo Freud, ignora a vagina. O desenvolvimento psíquico acontece, nesse momento, em torno da oposição *presença* ou *ausência* do pênis e não em torno da oposição masculino ou feminino. É necessário esclarecer que o *falo* é referido ao *valor simbólico* do pênis, e não ao órgão do corpo.

O genitor de mesmo sexo ensina que existem leis, que existe uma *exterioridade* que deve ser investida libidinalmente, obrigando a criança a uma vida de *relações objetais*. As *pulsões*

incestuosas - e portanto proibidas - dirigidas às figuras parentais são *reprimidas*, ficando no *inconsciente em estado de latência*, pressionando o ego e podendo emergir à consciência de maneira deformada.

A *pulsão incestuosa* trata-se desse investimento infantil no genitor de sexo oposto. A *maldição do oráculo de Delfos* é a rivalidade entre genitor de mesmo sexo e a criança.

A pulsão incestuosa dos primeiros anos de vida é *reprimida* pelo ego quando da construção do superego. Esse movimento do ego, banindo a pulsão incestuosa da consciência inaugura o superego. Freud dizia que “o superego é herdeiro do complexo de Édipo”. (Freud, 1975, p.236)

Entre as noções básicas de Psicanálise, convém expor ainda o conceito de *Desejo*, que é também de fundamental importância para a compreensão do estabelecimento do *sujeito lingüístico e do sujeito psíquico*.

Nos escritos sobre a noção de *Desejo*.⁵ Freud estabelece uma distinção entre dois termos: *Necessidade* e *Desejo*. A necessidade origina-se em um estado de tensão biológica (interna) e encontra sua satisfação em uma ação específica que fornece o objeto adequado à redução de tensão (a fome e o mamar, por exemplo).

O Desejo é indissolúvel e incorrigivelmente ligado a *traços minésicos*, traços de memória relacionados às primeiras satisfações das necessidades, às primeiras situações de redução das tensões internas. O *objeto original do desejo* sempre é o *seio materno*, que satisfaz a primeira fome. O desejo encontra sua

⁵ Laplanche & Pontalis, 1970, p.158, o termo alemão correspondente à *desejo* é *Wunsch*, mas pode ser às vezes, *Lust* e também *Begierde*.

realização na *reprodução alucinatória* das percepções tornadas sinais das primeiras satisfações de necessidades. A procura que o ego realiza no real é absolutamente orientada por *sinais*, ou seja, orientada pela *memória sensível* de um conjunto específico de percepções vividas durante o período de amamentação.

O desejo freudiano, portanto, é sempre *inconsciente*, ligado a sinais infantis, blocos de memória, (fantasmas) indestrutíveis, incorrigíveis. Desejo, portanto, é representação simbólica (o objeto original do desejo não pode mais ser acessado pela consciência na vida adulta (não se pode mamar para sempre), *mas envia sinais*, que decidem as produções de um indivíduo adulto.

Com base nos conceitos freudianos já desenvolvidos é possível adiantar algumas noções de Psicopatologia que serão aplicadas em tópicos posteriores sobre estudos clínicos de distúrbios da comunicação e da fala.

A origem das psicoses e das neuroses

As disfunções graves do aparelho psíquico costumam ter sua origem na experiência mal sucedida do Complexo de Édipo. A *pulsão incestuosa* é reprimida ao inconsciente, mas continua agindo *subterraneamente*.

A vontade de posse do corpo do genitor de sexo oposto continua *latente*, embora não se dê à consciência. A *pulsão proibida* continua pressionando as paredes do Ego para realizar-se na exterioridade, produzindo o *sentimento de culpa*. Esse *sentimento de culpa* pode tornar-se extremo, ao ponto de produzir uma *neurose*, disposição patológica que costuma estar associada a *Distúrbios de Voz*.

Acontece às vezes da criança não viver esse temor ao genitor do mesmo sexo, pela ausência dele em seu cotidiano ou por impossibilidade de identificação com esse genitor (um pai ou uma mãe agressivos, hostís à criança, psicóticos, etc...). Nesses casos, o complexo de Édipo é vivido de outra forma. A criança pode, em casos extremos, não desenvolver adequadamente o *superego*. Temos então o que se chama *Psicose*: disposição psíquica que costuma estar associada à ausência de linguagem em estágio precoce (nos casos de *autismo*, por exemplo) ou *Distúrbios de Fluência*.

Vamos fazer um *Capítulo* à parte para explicitar as duas situações psíquicas, neurose e psicose. Nesse *Capítulo* tentaremos mostrar como em alguns casos, a ausência de linguagem ou o desempenho inadequado da mesma, podem estar relacionados à essas duas categorias de distúrbios mentais.

CAPÍTULO II

NOÇÕES BÁSICAS DE PSICANÁLISE LACANIANA

A teoria do signo de Saussure e a psicanálise de Lacan

Todos os referenciais teóricos da *Psicolinguística* ou da *Psicologia da Linguagem* lembrados na introdução deste estudo - com exceção da *Teoria da Aprendizagem* - trabalham mais ou menos próximos de três idéias fundamentais: *representação mental*, *função simbólica* e *signo*. Elas referem-se, já comentei, exclusivamente aos processos intelectuais, e nunca às *relações simbólicas* no sentido psicanalítico freudiano.

A idéia de *Signo Lingüístico* em *Ferdinand de Saussure* é de extrema importância porque tornou possível a construção de todos esses referenciais sobre a constituição do pensamento e da linguagem.

Temos na *Teoria dos Signos*, a seguinte equação, cuja grafia adaptei livremente para facilitar a compreensão: Signo = Significante + Significado. Traduzindo também livremente para uma linguagem mais próxima da que tenho utilizado,⁶ teremos que *Signo = Imagem + Representação Mental* (Saussure, 1995, p. 80). O Signo Lingüístico corresponde a um *Referente* (coisa) e é *arbitrário* (Saussure, 1995, p. 81). Não existe vínculo natural entre significante e significado (os sons da palavra mar não têm relação alguma com a idéia de mar).

Podemos conectar essa idéia de Signo ao conceito de *Representação mental*, ou *Re-apresentação* do mundo à consciência. Teremos, então, uma teoria da construção do pensamento e da linguagem fundada na idéia de que existe uma *Instância do mundo real* e uma instância de um outro tipo de mundo, o das *palavras*. O Signo seria, portanto, *re-apresentação* do real à consciência.

⁶ Cf. Saussure, 1995, p.80-81: figuras da representação do Signo Lingüístico.

Vamos agora tentar articular essas noções saussureanas às noções psicanalíticas lacanianas.

Re-apresentação do real e teoria do inconsciente

Vejamos agora as relações possíveis entre a *instância do mundo real*, a *Representação Mental* e o *Inconsciente*.

Vamos entender a natureza desse *mundo real*, desse mundo *das coisas*, com Jacques Lacan, seguidor de Freud, cuja teoria psicanalítica está fundada nos mesmos conceitos já estudados em Freud.

Lacan estabelece três instâncias (*ordens*) de produção de realidade: *Ordem do Real*, *Ordem do Imaginário* e *Ordem do Simbólico*. Vamos entender isso, lembrando as associações que Jacques Lacan estabelece entre a noção freudiana de *Desejo* e a *Teoria dos Signos* de Saussure, ou seja, através da *ponte teórica* que este autor estabelece entre a Lingüística e a Psicanálise.

Lacan pensa o *inconsciente* como uma *cadeia de significantes* (cadeia de imagens), ou seja, os *significantes* associam-se na *construção* de um significado intra-psíquico. O que importa para Lacan é mais o *processo que transforma a matéria psíquica* do que os *produtos dessa transformação*, ou seja, do que os *conteúdos inconscientes terminais desse processo*. Podemos falar aqui, com Lacan, de uma *sintaxe lingüística do inconsciente* referente ao processo *articulatório* (processo associativo). Podemos dizer que existem *leis* orientando essas cadeias associativas que se apresentam nos conteúdos manifestos dos sonhos ou dos sintomas neuropsicóticos. Como vimos em Freud, o *deslocamento* e a *condensação* - em Lacan, o processo *metonímico* e o processo *metafórico* - são os métodos de

transformação da matéria psíquica (pulsões). Eles estabelecem *cadeias associativas* entre os conteúdos; cadeias perceptíveis na análise dos conteúdos manifestos dos sonhos ou dos sintomas neuropsicóticos. Os chamados *pensamentos oníricos* ou o material psíquico correspondente aos *sintomas*, não se associam ao acaso, mas a partir de *leis universais*, como explicaremos detalhadamente adiante.

De acordo como se colocam os conceitos no pensamento de Lacan, a ênfase da análise da produção psíquica está no *significante* e não no *significado*. Esta ênfase no *significante* foi derivada por Lacan, da obra de Freud. Digamos que Freud deixou em sua obra os *terminais de conexão* com a lingüística. Terminais esses, que não pode conectar em função dos estudos lingüísticos de sua época não oferecerem suporte para isso.

Em Lacan, porém existem algumas diferenças relativas à lingüística estruturalista que lhe dá suporte. Senão, vejamos: o *significante* não *evoca* um significado, mas *constrói* um significado intra-psíquico. Os *significantes* constituem *elementos universais* de fundação dos *significados intra-psíquicos*. Eles não têm o poder de *evocação dos significados*, mas de *construção dos significados* (conteúdos psíquicos inconscientes, matéria psíquica latente, sujeita à emergir à consciência).

O inconsciente lacaniano, portanto, é *simbólico*, ou seja, ele se funda em *operações significantes*. Dessa forma, o inconsciente é *feito* da inscrição da *natureza animal* (infantil, instintual, primária) na *Ordem do Simbólico*, na *Grande Ordem Humana*. O inconsciente lacaniano é uma *ordem* inconsciente; uma *instância de produção psíquica*. Vamos ver de que se trata isso.

A constituição do sujeito psíquico

Os elementos de organização do inconsciente (os significantes) estão associados ao *Complexo de Édipo*. São representações das experiências vividas principalmente durante a *Fase Fálica*. A *operação significativa* que constrói o inconsciente é movimento de re-apresentação do mundo ao ego; um movimento obediente às leis universais humanas. Isto quer dizer um movimento de *fundação de modelos de efetuação das pulsões*. Os modelos são fundados à imagem das *relações* (modelos de articulações entre significantes; de produção das *cadeias associativas* freudianas) efetuadas no *triângulo familialista* pensado por Freud.

A *Ordem do Simbólico* é a instância da fundação do *sujeito psíquico*, ou seja, a instância da inscrição da natureza primária, instintual, na *Ordem Humana*. Trata-se do processo edipiano de *tornar-se Filho de Homem*.

O *sujeito psíquico* é aquele que conhece o *Nome do Pai*. Antes da edipianização não pode haver sujeito porque não há obediência ao *Interditador* - ao pai, ao *falo* (imagem do poder pela presença do pênis) - carregada pelo menino e pela menina, desde a fase do complexo de Édipo).

O *falo* (o poder do) é um poderoso *significante* que vai orientar a construção do mundo intra-psíquico, vai dar forma aos *significados*, ou seja, aos *conteúdos inconscientes*. O *sujeito* estrutura-se em torno do *pai simbólico*, do *falo simbólico*, um *significante universal*.

A noção de desejo e a inacessibilidade do real

Tal como em Freud o *objeto do desejo* em Lacan o é um *objeto perdido*. O objeto é a *causa do desejo*. No caso de Freud, o *seio materno* é o objeto perdido, aquele que satisfaz as primeiras necessidades e que será imaginariamente perseguido pelo adulto (o adulto buscará *representantes* dessa pulsão dirigida ao seio materno e ao corpo da mãe). Podemos dizer que Lacan acentua um aspecto da teoria freudiana, segundo o qual a criança viveria um período em que a mãe é percebida como *mãe fálica*. Nas primeiras teorias infantis, a mãe possui o falo dentro de si, uma vez que ele é o único órgão sexual existente. Nas fantasias infantis, durante as primeiras frustrações relativas às necessidades básicas, a criança atribui à mãe esse poder fálico (provê-la ou não provê-la das necessidades). Depois desse período, quando o pai começa a entrar em cena mais intensamente, o poder do falo é experienciado a partir dele.

O *desejo* na teoria lacaniana vai funcionar pela *busca do falo ausente*. Nessa busca, o desejo é permanentemente lançado à reedição da cena edípica a partir de *novos objetos*.

As *relações objetais* seguem sempre o mesmo modelo, os mesmos *significantes*: *medo da castração* ou temor ao pai interditor, vontade de acesso ao *gozo do absoluto* ou vontade de desfazer todas as conexões, até retornar ao estado inorgânico (que Freud chamou de *pulsão de morte*) etc.

O inconsciente é uma estrutura simbólica, onde deve existir sempre uma *casa vazia*. Esta *casa vazia* é a ausência do objeto original do desejo, que neste caso é o poder do falo. Este poder garantiria o *gozo do absoluto* através da posse do corpo da mãe, (o interdito pelo pai). Este esquema de *casa vazia* permite mobilidade ao psiquismo; permite a vida de *relações objetais*.

A estrutura *humanidade*, vamos dizer assim, *pré-existe* ao indivíduo. O indivíduo torna-se *sujeito humano* quando ingressa na estrutura simbólica: *na linguagem e na cultura*.

A Ordem do Imaginário⁷

Esta é a instância dos *fantasmas*, ou seja, *alucinatória*, constituída por *blocos de sinais infantis* que nunca mudam, permanecem nas cenas infantis (edípicas). É a instância do desejo original, das pulsões originais. Diz respeito ao material propriamente psicanalítico, *matéria animal* que escapou ao *ditado* (universal, simbólico), ou seja, *matéria que apropriou-se do interdito*, constituindo uma região de *possibilidade psicótica* ou possibilidade de esquizofrenização. Trata-se da *ausência do sujeito psíquico* e portanto, ausência de *sujeito lingüístico*. Temos aqui, por exemplo, os casos de *autismo* onde a linguagem está ausente. Vejamos mais detalhadamente como se dá a constituição do *sujeito psíquico*.

A inscrição do corpo animal na ordem humana

A inscrição da natureza animal na ordem do simbólico - ou *processo de constituição do sujeito psíquico* - se faz em três momentos. Isto acontece a partir da constituição das instâncias de ação psíquica *ego e superego*. Como já sabemos, neste período de desenvolvimento psíquico é que se instala a região intrapsíquica a que Freud chamou *inconsciente*.

⁷ *Ordem*, em Lacan, quer dizer *arranjo* ou *maneira singular de ordenação*. Qualquer uma das Ordens referidas por Lacan possui a sua maneira singular de *arranjo* entre os conteúdos psíquicos.

O *Id*, podemos dizer, é instância de *repetição* da natureza animal, libidinal. Trata-se da estrutura mais primitiva da mente: quando não se pode falar ainda em um *sujeito*. As outras duas formações do *Aparelho Psíquico* são como *desdobramentos* dessa região primeira, presente em todas as formas de vida animais.

O *Ego* é a região de *efetuação* da natureza animal, conhecida como a região da *consciência*. O *superego* é a região mais tardia do desenvolvimento psíquico e implica a *internalização das leis humanas*, não apenas no que diz respeito às regras de convivência social, mas às regras de produção de um *psiquismo* humano, de possibilidade de inserção na cultura e na linguagem.

Os três momentos do processo de constituição do sujeito psíquico fazem o processo a que Lacan chamou de *Clivagem*. Vejamos de que se trata.

A ordem do simbólico

No primeiro estágio (*Processo Primário*) do desenvolvimento psíquico, a criança vive o que a Psicanálise, em geral, chama de *Egocentrismo Inconsciente*, ou *narcisismo* período durante o qual *todo outro é eu*. Existe apenas *um* termo: *eu*. Não há possibilidade de *relações objetais*. Todo objeto possível do mundo dito real *é* um *eu*. Posteriormente acontece a emergência do *segundo* termo (a *mãe*), que já possibilita um certo tipo de *relações objetais*, ainda que frágeis. O seio materno é vivido pela criança como o todo. Existe uma fonte de prazer e alimentação, que também pode frustrar (*o seio mau*, para Melanie Klein, outra seguidora de Freud) quando não está presente nos

momentos desejados pela criança. As pequenas ou grandes frustrações vividas durante a fase de amamentação encarregam-se de iniciar o processo de separação entre a criança e o corpo da mãe. Quando vem a fome e o seio não está presente, a criança percebe que precisa *mover-se* no sentido de aproximar o *objeto do desejo*. Neste momento a criança *chora*, e este pode ser o ato precário e *inaugural da fala*, os primórdios do *sujeito lingüístico*.

A emergência do *terceiro*, o *pai* acontece com as incursões paternas aos momentos de relação mãe-criança. O pai funciona como mais um agente de *separação* entre mãe e criança.

O *Outro* (o mundo representado) só aparece após a emergência do terceiro termo. Esse *Outro* lacaniano é simbólico; é *re-apresentação* do mundo à consciência.

Agora, façamos um tópico a parte para entender a chamada *Ordem do Real*.

A ordem do real

O *Real* é o plano do *inatingível* porque ele é o lugar do *real objeto do desejo*, a posse do poder do *falo*. O *sujeito* renunciou à posse do falo e já sabe que seu pai - o detentor do falo nos primórdios do desenvolvimento - também fez essa renúncia um dia. Uma renúncia em *Nome da Lei*, em *Nome do Pai*.

O desejo do adulto é movido pela *busca do objeto faltante*. O psiquismo *funciona pela falta*, como em um quebra-cabeças onde deve haver uma *casa vazia* para que o sistema funcione. O Desejo é lugar de ausência, de um *objeto que falta em seu próprio lugar*.

A *casa vazia* - do *objeto faltante* - é o falo simbólico (o poder do falo). Esta ausência possui uma *função política*, de *recorte do plano do simbólico*, de produção de realidade. A *falta* obriga o sujeito a investir outros objetos, que não o original; obriga-o a renunciar ao poder absoluto e ao narcisismo, em nome do Pai. O Pai, que tomará de agora em diante, as múltiplas formas da lei: na linguagem, na sociedade e na cultura.

O falo simbólico é o *objeto fundador* da vida psíquica. O desejo é atraído pelo *buraco negro*, pela *ausência do objeto que falta em seu próprio lugar*, objeto perdido da cena edípica. Toda *ação do sujeito* seria como uma reedição simbólica da *cena edípica*, em busca da posse do *objeto original do desejo*, que o indivíduo sabe, nunca vai estar onde é buscado.

Retomando as considerações iniciais sobre a distinção entre um *mundo das coisas* e um *mundo das palavras*, podemos entender com a Psicanálise lacaniana, o seguinte:

A coisa nunca é senão em função de marcas significantes que a dimensionam como objeto do desejo. Na problemática freudiana, a variabilidade do objeto estaria mostrando o caráter de representante que assume a coisa relativamente ao significante; o objeto freudiano não é uma coisa determinada, é qualquer coisa que possa ter o rol de representante do objeto perdido e se liga a uma constelação de significantes. Enquanto a constituição do objeto está ao nível do logos, relativo a um sistema lingüístico, a coisa reduz-se ao nome, ao aspecto morfológico gramatical. A constituição do objeto está fundada na estruturação da linguagem, e a coisa, a tão falada coisa dos empiristas, essa coisidade que eles crêm estar diante do sujeito, é uma realidade 'parlante' que remete à causa e ao nada. A coisa, em sua coisidade, é nomeada a partir da estrutura da língua. Fica demonstrado

que é desde a linguagem que se institui a dimensão da experiência da coisa. (Vallejo & Magalhães, 1979, p. 30)

O primeiro *nome* é o nome do pai, que nomeia o *corpo da mãe*. A *coisa* mãe só pode ser conhecida e dissociada do *eu* (ruptura com uma posição narcísica, egocêntrica) quando é *nomeada*. A nomeação dos corpos, *do pai e da mãe* estabelece a *proibição do incesto*, a lei. O incesto - a violação da lei - só é possível, portanto, na instância da linguagem. Isto porque ao nível do *Real* só existem *corpos sem nome*.

Quando a criança aprende os *nomes*, é porque já se articulou à *ordem simbólica*, plano onde habita a *linguagem*. Os nomes, porém, são aprendidos na instância psíquica, como vimos. É o movimento, digamos libidinal, que permite o aprendizado dos nomes.

Primeiramente a criança extrai um *eu* da totalidade primitiva que ela percebe. Esse *eu* precede o *sujeito* e é condição *sine qua non* para a sua emergência. O *eu* não é o *sujeito*. O *sujeito* é determinado nas *relações objetais*. O lugar do *sujeito* é *vazio* enquanto um *eu* não se estabelece nesse lugar. O *sujeito* é um *vazio a ser preenchido* tanto na estrutura lingüística quanto na ordem estrutural humana.

No plano da sintaxe a posição do *sujeito* é orientada pelas leis da gramática. Eu só tenho um *sujeito* quando a linguagem se articula, quando alguém fala: (*sujeito*) foi ao cinema.

O *sujeito* está aí, mas é um nada. É preciso ocupar o lugar do *sujeito*: (*Maria*) foi ao cinema. *Maria* é um *eu* que neste momento ocupa o lugar do *sujeito*.

Portanto, temos motivos razoáveis para dizer que o *sujeito lingüístico* é coincidente com o *sujeito psíquico*, mesmo

porque o sujeito psíquico só se constitui na *articulação dos significantes lingüísticos*, na aprendizagem dos nomes. Mas não em uma aprendizagem qualquer; numa aprendizagem *afetiva*, no sentido psicanalítico do termo *afeto* (investimento nos objetos externos; elaboração do narcisismo).

CAPÍTULO III

DISTÚRBIOS DA COMUNICAÇÃO E AFECÇÕES PSICOGÊNICAS

A experiência clínica com portadores de distúrbios da comunicação e da fala tem oferecido algumas indicações sobre a análise conjunta de casos com a fonoaudiologia. Quando falo de experiência clínica, refiro-me sempre à clínica ou terapêutica psicológica de auxílio à terapêutica fonoaudiológica.

A psicologia é importante não apenas no acompanhamento psicoterapêutico dos casos fonoaudiológicos, mas principalmente na análise e compreensão de boa parte deles, com vistas ao diagnóstico e à definição de conduta terapêutica fonoaudiológica.

Minha intenção neste *Capítulo* é contribuir para a compreensão dos distúrbios de comunicação, que penso estarem associados a sintomas neuróticos e psicóticos ou à questões psicológicas circunstanciais a certos períodos da terapia fonoaudiológica. Em função disso, retomarei conceitos expostos nos *Capítulos* anteriores, na tentativa de aplicá-los à compreensão de alguns casos fonoaudiológicos.

A compreensão de um *estado neurótico* ou um *estado psicótico*, torna-se de fundamental importância para que o fonoaudiólogo possa encaminhar o paciente à Psicologia, ou mais que isso, *orientar sua própria conduta terapêutica* em cada caso. O importante é reconhecer que um terapeuta da fala ou da linguagem estará tanto mais apto à traçar seu *programa de atuação terapêutica* quanto mais conhecimento tiver do *contexto psicológico* de seu paciente, por vários motivos já adiantados na Introdução desse trabalho.

O conhecimento do contexto psicológico do paciente e, portanto, dos *limites e resistências* à terapia fonoaudiológica impostos por esses limites e resistências, oferece ao fonoaudiólogo a medida de sua própria atuação. Isto quer dizer que o

fonoaudiólogo terá uma base mais segura para a efetuação de um diagnóstico e de um prognóstico, bem como estará ciente dos *limites* de seu próprio projeto terapêutico.

A *gagueira* - como já foi dito - pode ser uma manifestação *histérica*; um sintoma que raramente será dissolvido sem uma intervenção psicanalítica capaz de investigar as origens do sintoma nos primórdios do desenvolvimento psíquico do indivíduo em questão.

A *distúrbio de fluência* pode ser uma produção *esquizóide* e raramente esse quadro poderá ser mudado pela Fonoaudiologia, mesmo porque, como veremos mais detalhadamente à frente, a própria Psicologia possui limites à abordagem dita *curativa* desses casos.

As *Afásias* decorrentes de *AVC* ou de qualquer outra origem, podem confundir o terapeuta, como veremos também mais à frente, na decisão entre uma *esteriotipia* e um *conteúdo latente* que encontrou sua via de manifestação a partir de uma única palavra após um choque traumático (por acidente mecânico de conseqüências neurológicas).

Nem seria preciso lembrar os casos de *linguagem infantil*, (fala infantilizada, atraso de linguagem e fala sem causa orgânica, ausência total de linguagem nos casos de autismo etc...) porque todos sabemos o quanto eles estão relacionados ao contexto psicossociológico do pequeno paciente.

Acredito, diante das constatações realizadas, que as pesquisas *psicofonoaudiológicas* efetuadas durante três anos de trabalho junto à equipe multidisciplinar, podem prestar alguma contribuição - por mínima que seja - para facilitar a atuação do Fonoaudiólogo no trabalho diagnóstico, terapêutico e prognóstico dos casos *psicofonoaudiológicos*.

Tive a oportunidade de atuação psicológica junto a vários casos clínicos *psicofonoaudiológicos*. Selecionei alguns poucos dentre os muitos atendidos durante o Plantão Clínico Psicológico. Esta seleção esteve orientada pelo tipo de origem das afecções psicogênicas (Neurose e Psicose) e pela associação com o diagnóstico médico e fonoaudiológico. Procurei selecionar pelo menos um exemplo de cada uma das afecções psicogênicas associadas a cada um dos distúrbios fonoaudiológicos e cada tipo de situação anátomo-funcional.

Antes de apresentar os casos clínicos selecionados - para os quais farei um *Capítulo* especial - apresentarei alguns referenciais teóricos que facilitarão a futura leitura dos casos.

Sintomas neuróticos e distúrbios de voz

O *sintoma neurótico* é a manifestação simbólica de um conflito psíquico que tem sua origem em uma experiência traumática na mais remota infância. De acordo com Freud (1975, p. 91),

... denominamos traumas aquelas impressões, cedo experimentadas e mais tarde esquecidas. ... tudo que temos diante de nós é uma reação anormal, fora do comum, a experiências e exigências que afetam a todos, mas são elaboradas e tratadas por outras pessoas de uma outra maneira, que pode ser chamada de normal.

A *afecção psicogênica* conhecida como *Neurose* manifesta-se no comportamento do indivíduo. Seu indicador é um sintoma observado com maior ou menor facilidade, dependendo do *suporte investido pela cadeia associativa sintomática*. O suporte investido pelos *quanta afetivos* pode ser

mais ou menos observável: um membro do corpo, por exemplo, pode ser *seqüestrado* pela cadeia associativa, mediante o processo de *deslocamento*, como já entendemos no *Capítulo* sobre Psicanálise freudiana. Quando não existem causas anátomo-funcionais, uma paralização de um membro tem grandes chances de ser um sintoma psicogênico e é perfeitamente observável. Ainda falarei em detalhes sobre a variedade de casos com os quais podemos nos deparar, por ora falemos do sintoma.

O sintoma é o *sinal* de uma *desordem interna* e consiste em perturbações do comportamento, dos sentimentos e das idéias. Essas perturbações *manifestam uma defesa contra a angústia produzida pelo temor inconsciente de que um desejo proibido passe ao plano consciente*.

Se nos lembramos dos referenciais teóricos freudianos, temos que entender o sintoma como *indicador de que uma pulsão proibida está pressionando as paredes do Ego e exigindo satisfação*. Se investigarmos de que pulsão se trata, através da *interpretação* da cadeia simbólica que representa a pulsão original, ou seja, se desfizemos a cadeia de *representações* vamos nos deparar com “um prazer que não pode ser sentido como tal.” (Freud, 1976, p. 21) Trata-se de um *prazer proibido*.

Vejamos o que diz Freud (1976, p. 17-8):

Na teoria da psicanálise não hesitamos em supor que o curso tomado pelos eventos mentais está automaticamente regulado pelo princípio de prazer, ou seja, acreditamos que o curso desses eventos é invariavelmente colocado em movimento por uma tensão desagradável e que toma uma direção tal, que seu resultado final coincide com uma redução dessa tensão, isto é, com uma evitação de desprazer, ou uma produção de prazer. ... Decidimos relacionar o prazer e o

desprazer à quantidade de excitação presente na mente, mas que não se encontra de maneira alguma 'vinculada', e relaciona-los de tal modo, que o desprazer corresponda a um aumento na quantidade de excitação, e o prazer, a uma diminuição.

Entendemos, então, que a *pulsão proibida* é, mais explicitamente, a impossibilidade de *descarregar* a tensão pelas vias que o psiquismo no seu nível mais primitivo (Id) exige. Ela pode ser resolvida por outras vias, o que Freud afirma ser um processo sadio (*sublimação*), ou adiada por tempo indeterminado. No último caso, a excitação pode tomar uma intensidade tal, que passa a pressionar muito desagradavelmente as paredes do psiquismo no seu nível mais socializado (ego). Temos então, um *conflito psíquico* que se manifesta no *ego*, e é o campo fértil para a evolução de um *sintoma neurótico*.

Para que se possa identificar um comportamento como *sintoma neurótico* é necessário que esse comportamento seja *irracional*, ou seja, que ele não faça algum sentido aparente. Um exemplo de sintoma neurótico obsessivo: contar e recontar incessantemente qualquer série de objetos (o número de lajotas do piso do jardim, por exemplo) com o objetivo de impedir que alguma coisa aconteça. Alguma coisa que não se sabe exatamente o que é, mas que pode ser *terrível*. A *coisa terrível* que pode acontecer é a emergência da pulsão original à consciência. O *ato obsessivo* de contar e recontar as régulas do assoalho, as lajotas do jardim, etc.. pode ser um recurso que o paciente encontrou para *manter o equilíbrio interno*, descarregando a excitação de uma maneira alternativa, porém patológica.

A neurose gera sempre um *lucro* para o paciente, mesmo que de alguma forma ele tenha que pagar um preço. Por

ser o sintoma neurótico uma atitude de defesa contra a angústia (pelo medo da emergência descontrolada da pulsão proibida à consciência) é que se torna difícil desfazer essa *armação* patológica construída pelo paciente. Desfazer o sintoma demanda promover o desequilíbrio interno (num primeiro momento) para recuperá-lo apenas depois de muito tempo (durante os anos do processo psicanalítico). O paciente resiste à essa operação psicanalítica em função da manutenção de um equilíbrio qualquer, ainda que neurótico. A esse movimento de resistir à intervenção psicanalítica - que resulta no desmascaramento da pulsão original - Freud chamou justamente de *resistência à análise*.

Agora entendamos o mais importante para o terapeuta da voz: pode acontecer da *voz* do paciente colocar-se como *um elo na cadeia de significantes*, ou seja, tornar-se *suporte para a manifestação da pulsão proibida*. Através da *voz*, enquanto um veículo de exteriorização dos *afetos*, o paciente está *representando* um conflito psíquico tão intenso, que remonta ao Complexo de Édipo!

Nos casos em que a *voz* foi tornada um *elo* na cadeia de significantes, parece impossível convencer o paciente de que seu problema *não é fonoaudiológico*, ou pelo menos de que não é *apenas* fonoaudiológico. Um processo comum de terapia da fala não é suficiente sequer para convencer o paciente disso, muito menos seria para produzir o rompimento do *elo-voz* com a cadeia simbólica montada pela neurose.

A *voz*, nesses casos, é um *objeto* intensamente *investido*. Existe um *quantum de afeto* muito grande *ligado (vinculado)* à ela, deformando-a, mudando sua tonalidade, produzindo rouquidão, ou seja lá o que for. Esse afeto precisa ser *desligado* desse *objeto suporte-voz*, bem como de todas as outras

representações da cadeia, para que a chamada *cura* se efetue e todos os elos da cadeia se desfaçam. O desmanchamento da cadeia simbólica libertaria não apenas a *Voz* - que se trata de apenas *mais um elo* entre todos os outros - mas todos os *objetos-suportes* comprometidos com a pulsão proibida. O resultado disso, em termos curativos seria a *recondução dos quanta afetivos investidos na cadeia sintomática aos canais sexuais de efetuação*.

Em que consistiria a recondução dos *quanta* de afeto aos canais de sexualidade? Isto significa o *desbloqueamento* da afetividade do paciente. Existem controvérsias porém, no que diz respeito a como entender essa recondução. Wilhelm Reich (1927) afirma que a medida para assegurar a dissolução do sintoma neurótico e o restabelecimento da saúde mental do indivíduo é um exercício genital satisfatório. Isto quer dizer que o indivíduo deverá desempenhar sua atividade sexual genital de maneira a descarregar através deste canal, todo o excesso de excitação advindo do psiquismo. O que ele quer dizer é que existem *quanta* libidinais que *não podem ser descarregados de outra maneira, a não ser através da genitalidade*. Se esses *quanta* não seguirem o seu curso ideal de descarga, podem operar num sentido patológico. Em sua obra *Psicopatologia e sociologia da vida sexual - Der funktion des orgasmus*, Reich assegura que a função do orgasmo é liberar as sobrecargas energéticas do psiquismo, de modo que elas não tenham a chance de produzir transtornos psicogênicos.

Freud pensa de maneira semelhante, mas estabelece uma *saída* para a descarga da energia de caráter genital: a *sublimação*. A sublimação seria uma troca de *objeto* para a satisfação da pulsão: uma *negociação* do Ego com o Id (primitivo) e o Superego (sensor). A sublimação seria uma operação psíquica que objetivaria a satisfação da pulsão (exigência do Id) de uma

maneira aceita pelo Superego. Mesmo construindo teóricamente esta saída de sublimação, Freud admite que a descarga da pulsão não é a ideal nessas condições, embora evite os transtornos psicogênicos.

Bem, liberar a voz do paciente fonoaudiológico da cadeia patológica - o que já dissemos é um trabalho muito difícil - não garante a liberação da sexualidade, que é o que na verdade está em questão neste caso. A terapia de fala pode melhorar a voz do paciente por algum tempo, mas o *sintoma neurótico* vai necessariamente reestruturar-se a partir de uma outra representação e, frequentemente, flutuar entre o *objeto-voz* e quaisquer outros; entre a *rouquidão*, enquanto forma de representação da pulsão, e outras representações vinculadoras de outros objetos, de outras partes ou funcionamentos do corpo. Conseqüentemente, o paciente vai também *flutuar* entre o trabalho e a alta terapêutica.

Esse tipo de paciente vai fazer o possível para camuflar sua realidade psíquica: além de seu sintoma manter um *equilíbrio interno*, embora patológico, é muito mais fácil para ele pedir ajuda a um Fonoaudiólogo do que assumir os chamados *problemas psicológicos* avaliados pelo senso comum como *loucura*. Sua *resistência* vai assumir múltiplas formas. A busca pelo Fonoaudiólogo bem pode ser uma dessas formas de resistência à intervenção psicanalítica.

Prova de que essas considerações são pertinentes é o fato da conduta do paciente mudar em relação à terapia da fala após ter sido encaminhado ao Psicólogo. Os *mecanismos de resistência* começam a manifestar-se declaradamente quando se tenta convencer o paciente a procurar ajuda psicológica mais efetiva: ele passa a atrasar-se para as sessões terapêuticas, a faltar, a pedir alta terapêutica sob a alegação de que já se *curou* etc...

O elo da cadeia de significantes associado à voz não tem que ser necessariamente a *própria voz*: a matéria da emissão vocal. Esse elo pode manifestar-se em outros aspectos da oralidade, tais como o *vômito* que segue a emissão vocal ou a *tosse compulsiva* durante a emissão vocal, etc... Isto, mesmo que a voz propriamente, não esteja comprometida.

São muitos os tipos de neurose já estudados, porém, não seria do interesse imediato dos terapeutas da fala e, portanto, não me cabe expô-los neste trabalho. O que importa é que o terapeuta em questão tenha referenciais mínimos para identificar casos de *sintomas neuróticos associados à voz ou às circunstâncias de emissões orais em geral*, e encaminhá-lo ao Psicólogo da equipe multidisciplinar.

Como pode o Fonoaudiólogo reconhecer um caso de neurose associada a distúrbios de voz? Obviamente não existe uma *prescrição* para isso. Também não é minha intenção fazer deste estudo um manual de conduta *psicofonoaudiológica*. A intenção - definida na introdução deste trabalho - é auxiliar profissionais da terapêutica da fala e da linguagem a identificar os casos clínicos que demandam maior ajuda psicoterapêutica e psicodiagnóstica.

A experiência do terapeuta da fala e da linguagem em sua própria área, pode orientá-lo na identificação dos casos referidos. Um dos fatores para se levantar a suspeita de distúrbio vocal associado à neurose já é do conhecimento da Fonoaudiologia: *a ausência de causas anátomo-funcionais no aparecimento do distúrbio vocal*.

Sabemos todos porém, que não raras vezes acontece do diagnóstico definitivo demorar muito tempo a ser decidido. O paciente inicia a terapia após ter sido encaminhado ao

Otorrinolaringologista, ou a outros profissionais necessários na definição do diagnóstico. Esse mesmo paciente prossegue na terapia fonoaudiológica, muitas vezes sem um diagnóstico relativo às causas anátomo-funcionais. E isto por longo tempo. Esse tipo de diagnóstico costuma ser complexo e demorado nos casos de associações a questões psicológicas.

Muitas vezes acontece do paciente permanecer num *vai-e-vem* interminável entre a terapia e os profissionais de outras áreas, e isto é *lucrativo* para ele em função mesmo da *resistência* à entrar em contato com suas questões psicológicas. Aliás, o que é mais complicante ainda é que o paciente produz deliberadamente sintomas anátomo-funcionais, através de abuso vocal, exposição aos fatores de agravamento do problema (poeira, líquidos gelados, etc...) para *inconscientemente* atribuir maior veracidade ao seu *sintoma* orgânico.

Não é impossível um paciente *criar* uma significativa e duradoura irritação nas cordas vocais, que produzirá rouquidão. É possível até mesmo que ele leve o abuso vocal ao extremo da produção de um *calo*, que o impossibilitará para as emissões vocais por longo tempo. A isto damos o conhecido nome de *somatização* de conflitos psíquicos. O paciente *quer* que seu conflito se *materialize* e, inconscientemente, faz o possível para isso.

O Fonoaudiólogo, diante do contexto relatado, trabalha por longo tempo sem uma base diagnóstica segura. Nessas situações acredito ser possível ao terapeuta da fala, a partir dos conhecimentos psicanalíticos básicos que tenho tentado oferecer, ampliar, ainda que modestamente, sua base de segurança no desenvolvimento de seu trabalho. A observação cuidadosa do paciente com diagnóstico médico precário ou sem a confirmação

de causas anátomo-funcionais do distúrbio de voz, pode levar à identificação desse distúrbio psicogênico, a partir de conhecimentos psicopatológicos e psicolingüísticos básicos.

Sintomas psicóticos e ausência de linguagem

Para entender a relação entre *psicose* e *ausência de linguagem*, basta que relembremos as noções já fornecidas de *Psicanálise lacaniana*, mais propriamente sobre o *processo de Clivagem* descrito por Lacan. Foi dito que o *sujeito lingüístico* é coincidente com o *sujeito psicológico*. Explicando melhor: só podemos ter um *sujeito lingüístico* se, e somente se, tivermos um *sujeito psíquico*.

A *Clivagem* é um processo no qual o *eu* se constitui, ou seja, no qual o *eu* se desmembra psiquicamente da totalidade mãe-mundo da qual faz parte. O *eu*, no entanto, não é o *sujeito psíquico*, mas condição *sine qua non* de sua emergência. O *sujeito psíquico* é um lugar da estrutura socio-cultural, que o *eu* vai ocupar *enquanto ser de linguagem, e portanto, de cultura*.

Bem, o que aconteceria com um psiquismo que não fizesse o processo de *clivagem* e portanto, não se separasse da totalidade enquanto um *eu*? Ele, coerentemente com o que já foi dito, não se estabelecerá como *sujeito psíquico* nem como *sujeito lingüístico*. Ele é considerado pela literatura psicanalítica um *psicótico*.

O que aconteceu com o indivíduo que não efetuou a clivagem? Já foi explicado que esse indivíduo *não reconheceu o interditor*; ele não se *inscreveu no ditado universal*. Dessa forma, tal psiquismo permanece no estágio primitivo de *Id*, ou seja, podemos dizer que não existe *vida afetiva* para esse indivíduo,

uma vez que a *libido* não se articulou aos objetos externos. Não temos aí um *eu*, mas uma totalidade indiferenciada *eu-mundo*. Tal psiquismo vive uma posição *delirante*, uma relação de si para si ou, como dizem as psicanálises, um *narcisismo*.

O *psicótico* do tipo *autista*, não pode reconhecer os *nomes*, uma vez que não reconheceu os primeiros nomes fundamentais à denegação do material *interditado*: pai e mãe. O autista se relaciona com *corpos sem nome*, apenas corpos. Se o corpo do pai não tem um nome (o que lhe conferiria o estatus de *Lei e Interdutor do material primitivo, do puro instinto*) não existe também o *significante* que construiria o *significado* Pai. Sem o *significado* não existe no psiquismo registro algum sobre os *afetos* dirigidos a um pai. Quando não existe o significado *pai* não existe também um *dono*, do *corpo da mãe*. Não existe nesse caso um *legislador*: não existem regras para o relacionamento com o *corpo-sem-nome da mãe*.

Diante das condições *delirantes do autista* (onde toda ação é dirigida pela camada mais primitiva do psiquismo) não podemos contar com a *função simbólica* descrita por tantos Psicólogos e Psicolingüistas. Aquela função que capacita o indivíduo a realizar a *operação significante* descrita por Saussure. E é óbvio que não existe função simbólica porque não existe sequer *relações simbólicas* no nível *afetivo*. Não temos um *Ego* e muito menos um *Superego* que permitam o estabelecimento dessas relações. Não temos o fundamental para o estabelecimento do *sujeito lingüístico*, ou seja, um *Eu*.

Como, então, trabalhar com uma criança autista? Como promover o desenvolvimento da linguagem? Está claro que, para tanto, é necessário desenvolver os requisitos básicos: *incentivar o processo de clivagem* em primeiro plano, e promover o

desenvolvimento da *função simbólica*. Depois disso é que podemos começar a falar em *terapia de linguagem*, em construção do *sujeito lingüístico*. Nesses casos, o Fonoaudiólogo precisa necessariamente da ajuda do Psicanalista e do Pedagogo na realização de um árduo trabalho de base.

O *Psicanalista* vai auxiliar na promoção do processo de clivagem, trabalho exaustivo, longo e muitas vezes infrutífero. Assim, se pudermos contar com a delimitação de um *Eu*, de um mínimo de *relações simbólicas*, teremos a chance de promover o desenvolvimento da *cognição*, tarefa, nos parece, do *Pedagogo* ou dos *Psicólogos Escolar e Psicometrista*. Como vimos, criar condições básicas para a atuação do *terapêuta da linguagem e da fala*, é tarefa de uma equipe multidisciplinar. Isto não quer dizer que o terapêuta da fala ou da linguagem tenha que esperar que se criem essas condições básicas para começar a atuar. Ele, me parece, tem condições de, no mínimo, incentivar a construção das condições básicas com seus próprios recursos. Queremos dizer que ele não é suficiente para trabalhar a ausência de linguagem no autismo, mas possui recursos a serem somados aos de outros profissionais: técnicas de desenvolvimento da cognição, estratégias de atuação eficientes para o desenvolvimento da fala, conhecimentos médico-fonoaudiológicos fundamentais para trabalhar as funções necessárias à aquisição e emissão lingüísticas. Todo esforço é pouco nos casos de autismo e, por isso mesmo, devem ser somados. Os esforços da Fonoaudiologia são indubitavelmente reforçadores dos esforços do Psicanalista, do Pedagogo, etc... e devem ser oferecidos ao paciente ao mesmo tempo que os de outros profissionais, desde que a equipe mantenha um consenso sobre procedimentos para não incorrer em atitudes contraditórias ante o paciente.

Sintomas esquizóides e distúrbios de fluência

Os *sintomas esquizóides* ou *esquizes* talvez sejam mais difíceis de se identificar num processo terapêutico da fala. Ainda estou me referindo aos transtornos na constituição do *Eu*, das *relações simbólicas* e do estabelecimento das *relações objetais*, ou seja, do estabelecimento de uma *Personalidade* e de uma *atividade afetiva*.

Acontece com a *personalidade esquize* o mesmo que com o *autista*, apenas em menor grau. Os transtornos durante a *clivagem* são menos graves e seus efeitos também.

A personalidade esquize é uma personalidade, ou seja, o indivíduo conseguiu proceder à clivagem, mas não da maneira como acontece com as personalidades ditas normais. A *esquizoidia* percorre uma escala de intensidade - e conseqüentes transtornos psíquicos - que pode variar entre a *esquizofrenia* e a *esquizoidia* em vários graus de gravidade.

Podemos entender melhor essa questão através do Psicanalista inglês Ronald Laing (1963), que se dedicou ao estudo das Psicoses. Vejamos o que diz Laing sobre o *esquizóide*:

Essa pessoa não pode viver e adquirir experiências 'junto com' outros, ou sentir-se 'à vontade' no mundo, mas ao contrário, vive e experimenta em solidão e isolamento desesperadores. Além disso, suas experiências não são obtidas como uma personalidade única, mas sim 'dividida' de várias formas, talvez como uma consciência ligada mais ou menos tenuemente a um corpo, como dois ou mais 'eus'. Ao descrever um processo de enlouquecimento, tentarei mostrar que há uma transição perceptível da forma esquizóide sã de existir-no-mundo para a forma psicótica dessa existência. Embora aplicando as palavras esquizóide e esquizofrênico

aos sãos e psicóticos, respectivamente, não as estarei usando com seu sentido psiquiátrico clínico habitual, mas sim fenomenologicamente e existencialmente. (Laing, 1963, p.17-8)⁸

Não tenho a intenção de expor exaustivamente as idéias de Laing, mesmo porque se trata de um referencial filosófico-psicanalítico denso, que não parece ser do interesse direto do assunto em questão: a aquisição e o desempenho lingüísticos. Bastará explicitar algumas idéias do psicanalista inglês, para adentrar o assunto de nosso interesse.

Já notamos que Laing estabelece uma escala relativa à intensidade da condição psicótica. Podemos tratar com pacientes *esquizofrênicos* ou *esquizóides*. Isto vai depender do *grau* de *materialização do Eu* desses indivíduos. Quanto menos *materializado* mostrar-se o *Eu*, mais caminhamos para um transtorno psicótico.

O *grau* de materialização do Eu é revelado pela intensidade da *insegurança ontológica*. Isto quer dizer, usando uma terminologia mais próxima da lacaniana, o nível de *eficácia* do processo de *clivagem*. Quanto mais o psiquismo conseguiu proceder à separação da *totalidade eu-mundo*, mais *segurança ontológica* ele experienciará. Falo de uma *certeza* da própria *substância corpórea*, da certeza de *ser-independente* relativamente à totalidade do mundo.

Entendemos com Laing, que quanto mais o indivíduo consegue sentir-se *ontologicamente seguro*, mais podemos contar com sua inscrição na *lei*, na *cultura* e na *linguagem*.

⁸ Laing, R. D., op. cit. p. 17-8. Ronald Laing faz uma *Psicanálise Existencial-Fenomenológica*, articulando conceitos psicanalíticos à Filosofia Existencial e à Filosofia Fenomenológica, que passam por Filósofos tais como *Heidegger* e *Husserl*, respectivamente.

Na clínica cotidiana, deparamo-nos também com pacientes fonoaudiológicos em diferentes níveis de segurança ontológica. Devemos entender que para esses indivíduos, a *linguagem não é um bom canal de comunicação*. Sabemos que a linguagem é o nível mais sofisticado de inserção do indivíduo na cultura. Se esses pacientes não conseguiram constituir-se adequadamente enquanto um *Eu* e, conseqüentemente, não se articulam bem ao lugar de *sujeito psíquico*, quanto mais difícil é para eles constituírem-se em *sujeitos lingüísticos*!

Nos casos como os descritos a linguagem existe, mas é tão precária em ritmo e em outros aspectos mais sofisticados da operação oral, quanto é precária a *estrutura egóica* do indivíduo. Tais pacientes fonoaudiológicos realizam um grande esforço para inscreverem-se no mundo de relações objetais, no mundo humano propriamente. Seu psiquismo funciona no nível mais primitivo. Sabemos entretanto, que e a linguagem constitui a etapa mais elevada de inscrição na cultura humana, exigindo um nível de desenvolvimento psíquico, cognitivo e motor, bastante avançados.

Como, então, atuar junto a esses pacientes? Em primeiro lugar resignando-nos com a qualidade e a quantidade insatisfatórias dos frutos de nosso trabalho. O esquizóide e o esquizofrênico *optaram inconscientemente* por um mundo particular e inacessível à maioria dos outros seres humanos. Eles *temem* comunicarem-se. Quando procuram ajuda pessoalmente, na verdade estão buscando *proteger* o *Eu* precariamente constituído. Tal como um paciente de Laing (1963, p. 53) quando dizia:

...sou apenas uma reação a outras pessoas, não tenho identidade própria ... Sou apenas uma cortiça flutuando no oceano. Em relação à mãe, esse paciente dizia: 'eu era

simplesmente uma representação sua. Ela nunca reconheceu minha identidade. Quanto à certeza de sua própria existência, 'sentia que se tornava mais e mais, uma 'personalidade de ficção', que não possuía substância própria.

Indivíduos que experienciam esse nível de insegurança ontológica, apresentam ansiedade persecutória, medo de agressões externas, porque seu *Eu* precário não resistiria a essas agressões, podendo até desmantelar-se. Não é de admirar-se a necessidade de *isolamento* nesses casos. Não é para se estranhar a vantagem que traria a esses indivíduos não terem que relacionar-se com o mundo. Isto, não apenas no nível sofisticado da linguagem, mas em qualquer outro nível, porque cada objeto externo é um agressor em potencial. Se adquirem precariamente a linguagem, é para *aparentar materialidade, substância, fortaleza*, e afastar os agressores.

Obviamente, estou falando dos casos mais graves de *insegurança ontológica*. Tais casos são perceptíveis sem muito esforço. Existem porém, casos menos identificáveis nos primeiros contatos. Casos de *esquizoidia* ou indivíduos de intensa *possibilidade psicótica*, mas que não *psicotizaram* e talvez isso jamais aconteça. Nesses casos, os indivíduos apresentam maior *segurança ontológica* e uma *performance lingüística* bem melhor. Posso citar como exemplo um caso que chegou à Clínica de Fonoaudiologia da Unesp: *R. era, na época de sua inscrição para terapia, um rapaz de 19 anos, estudante do segundo ano da Faculdade de Direito. Trazia um diagnóstico de autismo ou Psicose Precoce (manifesta aos 18 meses). Ele havia adquirido linguagem com a ajuda de várias categorias de profissionais, mas incentivado pela mãe dizia que "podia melhorar mais ainda". Seu problema fonoaudiológico foi entendido pela equipe multidisciplinar como distúrbio de fluência. Quais foram os sintomas que levaram a*

equipe a decidir esse diagnóstico? Foram aqueles próprios das personalidade esquizas ou esquizóides: quando R. falava parecia estar lendo um texto de livro ou jornal; parecia estar falando pela TV no horário dos Telejornais. Não havia em sua fala qualquer nuance de espontaneidade; tratava-se de um discurso cuidadosamente “decorado”, mesmo nas situações mais informais da relação terapeuta-paciente.

Na verdade, de acordo com Laing, qualquer psiquismo apresenta em maior ou menor intensidade as ditas *possibilidades psicóticas*. Isto quer dizer que existe sempre em todos nós uma *porção primitiva*, um percentual de matéria psíquica que *não reconheceu o interdito* e que, portanto, é puro *Id*, digamos assim. Esta porção primitiva é nosso reservatório de *matéria psíquica psicótica*.

Todas as intensidades de esquizoidia e mesmo a esquizofrenia (condição mais grave, onde o paciente entra em surtos delirantes) podem ser conectáveis pelo terapeuta (fonoaudiólogo, psicólogo ou de outra especialidade) em função de suas próprias *possibilidades psicóticas*. É preciso, de acordo com Laing, *acessar* a personalidade psicótica a partir de nossas próprias possibilidades de *enlouquecimento*. Para inserir-se no mundo do esquizóide ou do esquizofrênico, é necessário adentrar um mundo *imaginário*, no sentido lacaniano do termo. Isto quer dizer que o terapeuta pode usar como *instrumento de intervenção* no psiquismo esquizóide, as *suas próprias possibilidades psicóticas*, ou seja, a porção primitiva do seu psiquismo. Isto permitirá, durante o contato terapêutico, que o terapeuta *comunique-se* com o paciente.

A *cura* do paciente dependerá em grande medida da nossa capacidade de comunicação com essa sua porção *esquize*.

Falar com um indivíduo esquizóide ou esquizofrênico e *trazê-lo* para a linguagem fluente, não é tarefa fácil. O paciente não *vem* ao mundo do terapeuta sem que antes o terapeuta vá ao seu.

Como atuar a partir de nossas *possibilidades psicóticas*? Esta pode ser uma experiência interessante para o terapeuta. Não se pode esquecer que vamos adentrar *um espaço onde só existem corpos, e nenhum nome, nenhum papel, ou regra, ou categoria*. A relação terapeuta-paciente é um *encontro de corpos sem nomes* e, por isso mesmo, não pode se estabelecer como uma relação de autoridade fundada no saber do terapeuta ou em qualquer outro eixo.

Óbvio, é bem mais fácil para um psicanalista ou um psicoterapeuta estabelecer um vínculo terapêutico fértil entre ele e a personalidade esquizóide ou esquizofrênica, do que para qualquer outro profissional. Os profissionais da Psicologia possuem além dos recursos técnicos, um treinamento específico para realizar essa operação. Isto não quer dizer, porém, que o terapeuta da fala, de posse de algum conhecimento desses pacientes, não possa estabelecer um vínculo terapêutico produtivo.

No encontro com o *esquize*, é preciso *jogar o jogo dele*. Para isso é preciso esquecer que entendemos aquele indivíduo como um *paciente* e encará-lo como alguém que optou por uma *posição existencial* diferente da nossa. E isso é possível? Isso é possível se a *nosso grau de segurança ontológica* for adequado. É preciso não temer o *mergulho no espaço imaginário*, porque estamos seguros de que podemos *voltar* ou de que na verdade, nem *saímos* das nossas bases de identidade. Porque é disso que se trata: abandonar temporariamente alguns papéis que nos conferem sólida identidade: Fonoaudiólogo, Psicólogo, *sadio*,

adulto, pai, mãe, professor, filho, etc... ou seja, todas as certezas que nos conferem uma identidade sólida, reconhecida pelas outras pessoas e que se repete todos os dias da mesma forma. É justamente porque nosso *Eu* se repete todos os dias de forma *idêntica*, que se dá o nome de *identidade* ao conjunto de papéis que desempenhamos socialmente, e através dos quais nos reconhecemos e somos reconhecidos. O espaço que se cria *entre* o terapeuta e o esquizoide é uma dimensão onde *tudo pode ser reinventado*. Um espaço onde podemos *encenar outros papéis de nós mesmos*, onde os *afetos* podem ser *reciclad*os.

Para entender melhor esse *entre* terapêutico, vamos entender o que Laing pensa sobre a chamada *loucura*:

Devo confessar aqui uma certa dificuldade pessoal que experimento em ser psiquiatra ... Exceto no caso da esquizofrenia crônica, tenho dificuldade, na prática, em descobrir 'sinais e sintomas' de psicose nas pessoas que entrevisto.

... Quando duas pessoas sã

s se encontram, há um reconhecimento mútuo e recíproco da identidade de cada uma. Nesse reconhecimento mútuo há os seguintes elementos básicos: a) reconheço o outro como sendo a pessoa que diz ser; b) Ele me reconhece como a pessoa que digo ser. Cada um tem seu sentido de identidade autônomo e sua definição própria de quem e do que é. Espero que o outro seja capaz de me reconhecer, isto é, estou acostumado a esperar que a pessoa pela qual ele me toma e a identidade que me atribuo coincidam, de modo geral; digamos, simplesmente, 'de modo geral', uma vez que há um campo extenso para discrepâncias consideráveis.

Contudo, se permanecerem discrepâncias bastante radicais, após as tentativas de as ajustar terem fracassado,

não há alternativa senão concluir que um de nós deve ser louco. Não tenho a menor dificuldade em considerar uma pessoa como psicótica se, por exemplo: diz que é Napoleão enquanto eu nego; ou se diz que sou Napoleão enquanto eu nego; ou se pensa que quero seduzi-la, enquanto eu penso que não lhe dei quaisquer motivos, na verdade, para supor que essa é a minha intenção; ou se pensa que tenho medo que me vá assassinar, quando isso não acontece e não lhe dei razões para pensar tal. Creio, pois, que a sanidade ou psicose é comprovada pelo grau de conjunção ou disjunção entre duas pessoas, quando uma é sã no consenso geral. (Laing, 1963, p. 30)

Podemos, pois, concordar com Laing e acrescentar que esse *entre* terapêutico é justamente o *espaço disjuntivo* da relação. É preciso que o terapeuta saiba *funcionar na disjunção*, adentrar o espaço disjuntivo. Seria como um *fingir* sem perder credibilidade para o paciente; fingir que acredito na identidade de Napoleão-que não é Napoleão, para no momento propício estabelecer uma *conjunção*. Vejamos o que diz Laing (1963, p.34):

As dificuldades com que aqui nos defrontamos são, de certa forma, análogas às dificuldades com que se defronta o decifrador de hieróglifos, analogia que Freud gostava de estabelecer.

Laing quis dizer que o mundo de um esquizo é *codificado* para os considerados sãos. É preciso compreender o discurso esquizo como faria um decifrador de hieróglifos, ou seja, *na ausência de qualquer referencial lingüístico exterior à própria língua em questão*. O decifrador dos textos egípcios trabalhou a partir das comparações que fez internamente entre os próprios caracteres do texto. Isto é, ele não pode recorrer à gramática alguma nessa operação. Para tanto, ele precisou

adentrar o mundo egípcio a partir dos vestígios de sua cultura e civilização. Para ler um texto egípcio foi necessário saber por outras vias, *quem foram os egípcios.*

Pois bem, para *ouvir e comunicar-se* com uma personalidade esquizo, é preciso saber quem ela é. Para tanto, é preciso lançar mão de nossos *vestígios psicóticos*, ou seja, *nossa parcela de libido livre*, nossa porção que não acatou o interditor. Porque é justamente *isso* que em nós é idêntico a eles. É por essa semelhança que podemos entendê-los e *decifrar* o seu discurso

CAPÍTULO IV

ESTUDOS DE CASOS

Sintoma neurótico e distúrbio de voz

Identificação: V.

Sexo: Feminino

Idade: 24 a.

Escolaridade: 5º ano de Psicologia

Diagnóstico Fonoaudiológico: Distúrbio de Voz

V. apresentou a queixa de rouquidão e perda de voz. O diagnóstico médico não apontou distúrbios de origem anatômica ou funcional.

Durante a entrevista psicológica V. mostrou-se extremamente resistente à mesma, alegando que sabia muito bem de si mesma e não precisa de ajuda psicológica. A paciente mostrou-se hostil, referindo que estava submetendo-se à entrevista psicológica porque era uma "praxe" da Clínica de Fonoaudiologia. Mostrou-se ansiosa para deixar a sala de entrevista, olhando freqüentemente para o relógio.

Apesar de lhe ser informada que seu distúrbio de voz não apresentava causas orgânicas, V. insistia em dizer: "não pode haver outro motivo porque eu estou muito bem psicologicamente. Já estive mal há uns anos atrás, mas depois elaborei os meus 'grilos'." Afinal, eu sou quase psicóloga, não é? Eu sei como resolver os meus problemas. Ano que vem já estarei formada e aí, talvez eu procure uma terapia, porque você sabe, a gente tem mesmo que passar por isso para poder clinicar."

Quando questionada sobre que tipo de "grilos" ela havia tido, V. responde o seguinte: "Eu queria cursar Medicina. Fiquei tentando passar no vestibular por quatro anos, enquanto fazia o curso de Psicologia. Eu pensava que poderia fazer Psicologia para não perder tempo, caso não passasse em Medicina. Eu não consegui passar nesses quatro anos e fiquei em dúvida

se ainda prestaria Medicina esse ano ou se desistia para atuar profissionalmente em Psicologia.”

Ao ser questionada sobre sua decisão final, V. responde: “eu ... ainda não sei, mas não estou mais me importando com isso...”

Quando lhe foi perguntado sobre quando havia surgido a rouquidão, V., parou de falar abruptamente, como se estivesse surpresa. Eu insisti que ela respondesse. Ao que ela disse: “eu não me lembro muito bem ... A voz acabou umas quatro ou cinco vezes, no espaço desses últimos quatro anos, mas eu venho com essa rouquidão já faz uns três anos. De vez em quando ela aparece e eu preciso de um acompanhamento Fonoaudiológico porque tenho medo que acabe a voz de novo.”

V. não pode admitir que seus problemas vocais eram decorrentes de somatização de suas questões internas sobre as decisões que deveria tomar para a sua vida. Conscientemente, como estudante de Psicologia, parecia-lhe humilhante assumir que precisava de ajuda Psicológica ela própria. Inconscientemente havia uma forte resistência a trabalhar suas questões internas, os conteúdos latentes, que usavam a voz como suporte para manifestarem-se.

V. estava acabando um curso no qual investira cinco anos de sua vida, e sabia que não era isso o que queria para o seu futuro. Provavelmente o desejo obsessivo de “tornar-se médica” (expressão muito utilizada por ela) está comprometido com defesas do Ego. Quando ela percebe que está terminando Psicologia e o “tornar-se médica” não vai acontecer, todo o seu psiquismo se agita; entra num estado tão intenso de tensão (pela pressão de conteúdos latentes que inconscientemente ela desejava conter a partir do “tornar-se médica”) que é preciso somatizar

para descarregar a tensão, a qualquer custo.

A paciente. não quer aceitar que a origem de seus problemas vocais sejam psicológicas, prefere atribuí-la à causas orgânicas para não ter que assumir o custo do contato com conteúdos latentes reprimidos há muito tempo.

V. diz que já não se importa com seus problemas vocacionais. É compreensível que conscientemente ela já não se importe com seus problemas. Eles foram deslocados para outro plano: o orgânico. A voz passou a fazer parte da cadeia de significantes a partir dos quais os conflitos internos se manifestam. A voz de V. foi seqüestrada pela cadeia sintomática.

No presente caso torna-se necessário encaminhar a paciente fonoaudiológica a um serviço psicológico que trabalhe a liberação da voz do seqüestro da cadeia sintomática. O trabalho mais difícil neste caso será convercer a paciente de que necessita da ajuda psicológica. Isto quer dizer que será necessário quebrar as resistências iniciais à intervenção psicanalítica.

Uma vez que foi à Fonoaudiologia que a paciente recorreu, cabe a à equipe multidisciplinar na área dos distúrbios da comunicação a tarefa de encaminhá-la à ajuda psicológica. O terapeuta da voz pode demonstrar didaticamente à paciente que seus problemas vocais não têm origem anátomo funcional e portanto, o progresso fonoaudiológico estará condicionado à ajuda psicológica.

Esquizoidia e distúrbio de linguagem

(retirado de relatório psicológico com vistas à diagnóstico fonoaudiológico em reunião clínica multidisciplinar)

Identificação: A.L.

Sexo: Masculino

Idade: 8a5m

Escolaridade: CBI

Diagnóstico Fonoaudiológico (provisório à época da entrevista psicológica): Distúrbio de Linguagem conseqüente de distúrbio neurológico

Estrutura de Personalidade: Em termos gerais a estrutura de personalidade de A.L. parece estar em processo normal de constituição, uma vez que se insere em uma família organizada, possuindo atenção e afeto adequados por parte dos pais, irmã e avós. Não existem motivos significativos para a suposição de carências de estimulação afetiva ambiental.

A.L., durante a entrevista psicológica, mostrou-se cooperativo, e dócil, apresentando bom nível de desempenho na tarefa proposta (desenho livre).

O histórico médico-hospitalar de A.L., porém, informa sobre várias intervenções médicas e hospitalizações em idade precoce, ou seja, durante período em que seu desenvolvimento psicomotor e psíquico deveria estar em pleno avanço. Os problemas de saúde, a intervenção cirúrgica e a hospitalização provavelmente atuaram de forma prejudicial no desenvolvimento da personalidade de A.L., por terem ocorrido em fase precoce (de zero a sete anos).

Um exame mais detalhado da estrutura de personalidade de A.L., portanto, revela uma certa fragilidade

egóica, uma certa instabilidade ontológica, típicas de personalidades esquizóides.

A.L., provavelmente, em função das condições conturbadas de desenvolvimento, por questões de saúde, sofreu falhas no processo de edipianização. Isto pode ser justificado pelos vários períodos de afastamento involuntário dos pais e pela privação de relacionamento com outras crianças de sua faixa etária.

As falhas ocorridas no processo de edipianização, provavelmente afetaram o desenvolvimento da função simbólica, mas - psicologicamente analisando - não foram significativas ao ponto de produzirem autismo ou psicose precoce. Tais falhas deixaram algumas seqüelas que são minimizadas pelo empenho da mãe em suprir as carências da criança.

No que diz respeito à aquisição da linguagem os danos, ocorridos em relação ao desenvolvimento da função simbólica, podem tê-la atrasado de maneira significativa, como também, pode estar bloqueando seu desenvolvimento atualmente.

Como na maioria das personalidades esquise até hoje analisadas, A.L. apresenta uma aptidão acentuada para as atividades artísticas, em seu caso, verificada para o desenho. Seus desenhos apresentam senso estético acentuado e por vezes, traçados seguros, que contradizem os danos neurológicos apontados em outros momentos, por outros exames não psicológicos e por alguns momentos do próprio desenho.

Dinâmica de Personalidade: Os problemas psicológicos de A.L. parecem ser decorrentes mais da dinâmica em que se insere, pelos problemas de saúde já citados e pela dificuldade de comunicação verbal, do que de uma má estruturação da personalidade.

Um dado importante a se considerar é a expectativa familiar que se coloca sobre A.L. quanto à sua produção lingüística. Observou-se que a mãe apresenta comportamentos agravadores das tendências esquisas da criança. Isto quer dizer que a mãe adianta-se freqüentemente à fala de A.L., interfere em suas decisões, contribuindo para uma certa fragilidade egóica ou dificuldade de reconhecimento da própria identidade.

O prognóstico psicológico é bom, caso se leve em consideração e se incentive as aptidões artísticas de A.L. e se observe a necessidade de fortalecimento do ego.

Psicose precoce e ausência de linguagem

Caso I - Psicose Precoce e Ausência de Sintomas Orgânicos

Identificação: C.

Sexo: Feminino

Idade: 7a.

Escolaridade: nenhuma

Diagnóstico Fonoaudiológico: Distúrbio de Linguagem em consequência de Psicose Precoce.

C. parece não apresentar um psiquismo desenvolvido, ou seja, não há sinais de estruturação de Ego e Superego. Os sinais dessa percepção são os seguintes:

- 1) ausência de linguagem e freqüentes emissões sonoras absolutamente descontextualizadas, sem qualquer indício de articulação.
- 2) agressividade em relação às pessoas e principalmente ao terapeuta,

- 3) comportamentos perseverativos de balanceio e movimentos dos dedos de ambas as mãos,
- 4) atitudes primitivas persistentes, tais como cuspir nos objetos e nas pessoas e, em seguida, espalhar a saliva com a ponta do dedo indicador, pela extensão do objeto ou pela parte do corpo da pessoa atingida pelo cuspe.
- 5) ausência absoluta de atenção visual,
- 6) ausência absoluta de atenção auditiva.

C. não apresenta sinais de atividade afetiva, ou seja, seu psiquismo parece atuar a partir do nível mais primitivo.

Não se chegou a um consenso sobre o nível de relacionamento que C. possui com os pais. As vezes parece reconhecê-los como fonte de proteção, correndo em direção a eles quando chegam para buscá-la ao final das sessões. Outras vezes, porém, deixa-se levar por eles alheamente. Seu nível de dependência em relação à babá e aos pais é quase completo. Embora seja capaz de locomover-se sozinha e realizar todos os movimentos de uma criança normal na sua faixa etária não pode alimentar-se sozinha, fazer o asseio pessoal ou usar o vaso sanitário. Não existe qualquer diagnóstico médico que ateste problemas anátomo-funcionais relativos à criança.

A conduta básica a ser assumida no caso de C. é promover o estabelecimento do sujeito psíquico antes de qualquer expectativa de progresso fonoaudiológico. Neste caso a estimulação visual e auditiva deve preceder a qualquer expectativa de emissões sonoras contextualizadas.

Caso II - Psicose Precoce e Seqüela de Paralisia Cerebral
Identificação: S.

Sexo: Masculino

Idade: 3a.

Diagnóstico Fonoaudiológico: Distúrbio de Linguagem em consequência de seqüelas de distúrbio neurológico.

S. chegou à Clínica Fonoaudiológica com o diagnóstico médico de paralisia cerebral com graves distúrbios neurológicos. Existem raros sinais de desenvolvimento do psiquismo. Há indícios de uma mínima estruturação de ego e superego. A linguagem é totalmente ausente. Não existem atenção visual e auditiva adequadas. S. não se locomove em consequência de sérios danos psicomotores, portanto realiza poucos gestos dirigidos ao ambiente em geral.

Há indícios de escassa atividade afetiva e S. apresenta atitudes primitivas tais como lambe objetos e pessoas. Seu gesto preferido é lambe as paredes do consultório. Parece reconhecer apenas a mãe, a quem por raras vezes se refere verbalmente. Geralmente qualquer pessoa ou objeto que lhe agrade é denominado mãã, através de um desempenho lingüístico bastante precário.

Nos dois casos relatados é possível explicitar melhor aquilo que chamamos de possibilidades psicóticas do terapeuta. Para contactar o paciente, os comportamentos primitivos de ambos podem ser *imitados*. Isto quer dizer que costuma produzir algum efeito positivo na relação terapeuta-paciente, o terapeuta fingir que realiza o mesmo ato primitivo, sem que o paciente perceba que ele não está realizando verdadeiramente.

No caso de S., por exemplo, que atendi pessoalmente, a estratégia encontrada foi fingir que eu também lambia a parede. Antes de proceder a essa imitação S. não mostrava qualquer interesse pela minha pessoa. Após a primeira imitação, ele

aproximou sua mão de meu braço, sorriu e disse: mãã... Tive, com isso, motivos para supor que havia estabelecido contato com a criança; havia adentrado seu mundo de um só nome. Com meu gesto primitivo, instalei-me no espaço disjuntivo, no entre terapeuta paciente, que antes não existia. No momento em que realizei o contato, facilitei a produção de uma conjunção, ou seja, S. reforçou o sujeito lingüístico e o sujeito psíquico quando nomeou algo na sua exterioridade: a minha pessoa como algo separado da totalidade primitiva do autista. De certa forma, nesse momento da relação, S. veio para o mundo são, o mundo dos sujeitos lingüístico e psíquico. Antes disso, porém, eu tive que ir ao seu mundo primitivo.

Afecções psicogênicas e danos neurológicos

O estudo das interferências do processo inconsciente nos chamados estados afásicos tem oferecido muitas dificuldades. Os recursos dos quais se dispõe atualmente para a análise das questões afetivas do paciente afásico são escassos. A simples entrevista psicológica sem o auxílio de testes de personalidade já se mostra quase impraticável, uma vez que o paciente apresenta sérias dificuldades no desempenho lingüístico e o Psicólogo geralmente não possui conhecimentos sobre como trabalhar com o afásico.

Os instrumentos mais objetivos de testagem psicológica têm se mostrado pouco úteis, uma vez que todos se utilizam pelo menos de um mínimo de linguagem e de comunicação entre paciente e psicólogo, mesmo que apenas para passar as instruções de execução do teste ao paciente.

O desenvolvimento de métodos de análise do processo inconsciente dos pacientes portadores de seqüelas impossibi-

litadoras do desempenho lingüístico é urgente. E sabemos, trata-se de um trabalho difícil, que demandaria um grande esforço interdisciplinar.

Por ora, o que tem ocorrido na relação entre os portadores de seqüelas neurológicas e os analistas de seu processo inconsciente, tem sido um esforço, muitas vezes infrutífero, de um mínimo de comunicação. Esse esforço tem mostrado que o processo inconsciente é significativamente atuante na construção das chamadas esteriotipias, ou seja, na “escolha” que o indivíduo faz da palavra que irá utilizar com maior frequência na denominação de pessoas e objetos, após o acidente que ocasionou os danos neurológicos.

Existem suposições, por parte dos estudiosos da área neurológica, de que a palavra que se repete foi a última palavra “acessada” pelos mecanismos cerebrais responsáveis pela linguagem antes do dano neurológico. Pode-se concordar em parte com essa hipótese, mas insistimos que dentre as últimas palavras acessadas algo determinou qual palavra deveria permanecer como base da comunicação, porque a experiência mostra com muita frequência que as esteriotipias estão relacionadas com questões inconscientes relativas ao período de vida do indivíduo, anterior ao dano cerebral.

Vamos examinar alguns exemplos de casos neurológicos para justificar a afirmação feita acima.

Caso-I:- Estado Depressivo e Danos Neurológicos

Identificação: Sr. A.

Idade: 55 a.

Profissão: Mecânico

Diagnóstico Médico: Acidente Vascular Cerebral com conseqüentes danos neurológicos.

Diagnóstico Fonoaudiológico: Distúrbio de Linguagem

A estereotipia de linguagem apresentada é a palavra ralo. Esta palavra, porém, não está relacionada a todos os objetos ou pessoas aos quais o Sr. A. quer referir-se. Parece que a palavra ralo está associada apenas às experiências agradáveis ou pessoas e objetos em relação aos quais o Sr. A. dirige afetos positivos.

Quando o Sr. A. chegou à Clínica, não era capaz de dizer o nome de qualquer um dos seus amigos e familiares. Após um período de terapia da linguagem ele recuperou alguns desses nomes.

Os nomes recuperados pela lembrança do Sr. A. são os de todos os filhos com exceção de um, o R. Os nomes da esposa, da neta e de outros familiares ainda são substituídos por ralo, rala, ralinha. Alguns nomes, como o da netinha bebê foi modificado de ralinha para ratinha.

O recurso que tenho utilizado para investigar a vida afetiva do Sr. A. é entrevistar seus familiares, mais freqüentemente a esposa.

Questionada sobre as relações afetivas que o Sr. A. possui na família, a esposa relata que as relações de seu marido com R. não são boas desde que R. era ainda uma criança. R. é o filho mais jovem do Sr. A. É músico como o pai, apenas que R. é profissional e o Sr. A. não chegou a sê-lo.

Convidado por duas vezes para uma conversa com a psicóloga do caso, R. não compareceu.

Concluí, a partir da conversa com a esposa do Sr. A. e com a ausência de R., que de fato existe um problema de relacionamento entre pai e filho. Coloquei a questão ao Sr. A., a

partir de palavras, gestos, indicação de figuras até estar certa de que ele havia entendido. O Sr. A. confirmou seu problema de relacionamento com R., mostrou-se muito agitado, chorou, referiu cansaço e não foi mais capaz de comunicar-se nesse dia. Suspendi a sessão por perceber que o assunto deixa o Sr. A. muito deprimido. Embora o Sr. A. tenha mostrado algum progresso na terapia de linguagem, o nome desse filho especificamente, ele jamais pronunciou, mesmo quando instigado a fazê-lo.

O choro tem sido um comportamento muito freqüente do Sr. A. durante as sessões psicológicas e as de terapia da linguagem. A esposa relata crises de choro e agressividade em relação aos familiares, desde que o Sr. A. retornou da internação hospitalar.

Outra expressão considerada estereotípica de linguagem apresentada por esse paciente é *perdi tudo... não tenho mais nada*". O contato psicológico não pode afirmar que esta frase seja estereotípica de linguagem, pelo menos não uma simples estereotípica. A frase *perdi tudo... não tenho mais nada* representa a situação atual de um homem que sofreu um AVC, perdeu seu emprego, perdeu parte da mobilidade, perdeu a capacidade de comunicação, a capacidade de tocar o instrumento musical que lhe dava muito prazer e a capacidade de cantar, que era muito investida por ele. Repetir essa frase significa revelar insistentemente que está em uma crise depressiva acentuada, o que é mais do que natural diante das circunstâncias.

A crise depressiva é uma constante nesses casos de seqüelas neurológicas por AVC ou acidentes mecânicos. Trata-se de uma constante que atrasa e muitas vezes impede o progresso lingüístico do paciente. A conclusão a que se pode chegar a partir de tão poucos dados objetivos e da falta de referenciais

teóricos sobre casos como este é que os danos cerebrais, principalmente os causados por acidentes mecânicos, costumam associar-se a problemas psicológicos existentes anteriormente ao acidente e mesmo agravá-los. Tais danos podem fazer evoluir um quadro neurótico e mesmo fazer eclodir uma psicose (como veremos em um dos próximos casos).

A sugestão que se pode dar para trabalhar esses casos é pedir um acompanhamento psicológico (da melhor forma possível) permanente, mesmo que ele se preste apenas a reduzir o nível de ansiedade do paciente que, desta forma, poderá beneficiar-se mais da terapia de linguagem.

Caso II: Esquizoidia e Transtornos Neurológicos Reversíveis

Identificação: R.

Idade: 23 anos

Profissão: comerciante

Diagnóstico Médico: Danos neurológicos reversíveis em consequência de acidente mecânico.

Diagnóstico Fonoaudiológico: Distúrbio de Fluência

A mãe e o próprio R. relatam que ele ficou afásico durante algumas semanas após a recuperação física de um acidente de motocicleta. Segundo ambos, a estereotipia utilizada por R., durante essa fase, foi a palavra “sai”.

Presentemente a família percebe alterações no desempenho lingüístico de R., que segundo a mãe, “já não era muito bom” (sic.). De acordo com a mãe, R. “sempre foi de falar pouco, em tom muito baixo e sem muita vontade”. Após o acidente “isto piorou e, além disso, ele mudou muito. Ele está muito mais quieto e solitário.

O que a entrevista psicológica percebe é uma acentuada inaptidão lingüística: baixo índice de emissão vocal, falta de ritmo na fala e falta de espontaneidade. A esteriotipia relatada durante a triagem não foi observada durante a terapia de fala ou das entrevistas psicológicas.

Questionado sobre a esteriotipia de linguagem, R. considera que a palavra *sai* pode ter sido a última que ele emitiu antes do acidente: *acho que foi o que eu disse para o meu amigo quando vi o farol do caminhão vindo pra cima da gente. Eu acho que eu disse: sai pro lado, cara!*

Como se pode observar, R. refere ter dito no mínimo quatro palavras, quais sejam: sai- para (pro)-lado-cara. Porque apenas *sai* ficou gravada, uma vez que nem foi a última a ser acessada? Não deveria ser cara, a palavra a ficar gravada, uma vez que foi a última, na verdade? O que determinou a escolha da palavra *sai* ao invés de *cara*, que aliás é uma gíria e, por isso mesmo muito utilizada e por muitas vezes acessada pelos jovens? O paciente perdeu os canais neurológicos de acesso à todas as palavras, menos dessa? Podemos hipotetizar que a palavra *sai* é a mais *carregada* afetivamente, a mais investida libidinalmente, porque se trata de um verbo indicador do comportamento que poderia ter evitado o acidente. Após o trauma causado pelo choque da motocicleta com o carro, R. continuou tentando evitar o acidente que já havia ocorrido, através da repetição da palavra *sai*.

Temos motivos para pensar que a *esteriotipia de linguagem* assumida pelo paciente foi de alguma forma determinada pela instância psíquica além da instância neurológica. De qualquer forma, estas questões precisam ser investigadas com o auxílio dos neurologistas, sem dúvida. Nenhum profissional

isoladamente seria auto-suficiente para proceder a um estudo desse tipo.

Quanto à situação lingüística atual de R., podemos dizer que o acidente de moto, como qualquer acidente do gênero, foi psiquicamente traumático. O trauma psíquico vivido por ele (segundo relato da mãe e dele mesmo “nunca gostou de moto e não gosta até hoje”) acentuou suas possibilidades psicóticas, que anteriormente ao acidente já deveriam estar atuantes em menor grau. Todas as características de personalidade anteriores ao acidente, relatadas pela mãe, as características atuais percebidas durante entrevista psicológica e, principalmente a performance lingüística de R. levam a crer que já havia aí um eu pouco materializado e um sujeito lingüístico fragilmente estruturado.

Os neurologistas garantem que as seqüelas neurológicas de R. forma revertidas e que não há causa orgânica para quaisquer eventuais distúrbios de linguagem.

Diante deste quadro só podemos sugerir uma instabilidade egóica de natureza precoce e acentuada pelo trauma psíquico vivido quando do acidente mecânico. Temos aqui um caso para o Psicanalista, mais do que para o Fonoaudiólogo.

Caso III: Sintomas Psicóticos e Transtornos Neurológicos Reversíveis

Identificação: A.

Idade: 13 a.

Profissão: estudante

Diagnóstico Médico: Transtornos Neurológicos reversíveis em conseqüência de Meningite.

Diagnóstico Fonoaudiológico (incerto): Distúrbio de Linguagem

Os pais de A. procuraram a Clínica de Fonoaudiologia da Unesp após terem tentado vários outros serviços fonoaudiológicos, alegando que a paciente não obtinha progressos há mais de um ano (desde que retornara para casa, após alta hospitalar), embora os exames neurológicos comprovassem a total reversibilidade dos transtornos neurológicos.

De acordo com os pais, A. era uma adolescente normal antes da doença. A meningite foi contraída a partir de uma gripe muito forte. A. passou por várias internações hospitalares e várias cirurgias, decorrentes de complicações neurológicas e respiratórias, em função do próprio quadro clínico.

Presentemente A. comporta-se de maneira agressiva, arranhando e estapeando pessoas que visitem a sua casa ou terapeutas que procedam a algum trabalho junto a ela.

A capacidade de comunicação está absolutamente comprometida: A. repete sempre uma mesma pergunta, cuja compreensão é impossível, não apresenta atenção visual nem atenção auditiva, a não ser quando se dirige a alguém para repetir a mesma pergunta incompreensível. Sua fala é infantilizada e seus gestos são de criança pequena.

A paciente tem apresentado comportamentos obsessivos tais como fechar todas as portas e janelas mesmo durante o dia, ligar a TV e o equipamento de som no volume mínimo (sem que emitam qualquer som) e ficar observando as luzes coloridas dos painéis de controles.

A cada pessoa do sexo feminino estranha, que entra em sua casa. A. apressa-se em verificar se está usando *soutien*. Caso a pessoa não esteja usando *soutien*, A. fica enfurecida e

começa a chutá-la, estapeá-la e arranhá-la. Esses comportamentos foram conferidos quando atendi a paciente em sua casa, a pedido dos pais.

A. consegue dormir apenas abraçada ao pai na cama do casal, sem a presença da mãe. Seu passatempo favorito é copiar seu caderno pessoal de endereços, em letra de forma, nunca em letra corrida.

Estamos, sem dúvida, diante de sinais típicos de personalidade psicótica. Tudo indica que os traumas neurológicos sofridos por A. acentuaram possibilidades psicóticas já presentes anteriormente à ocorrência da meningite.

Quando questionados os pais referem que A. era “uma menina muito boazinha, comportada e bem humorada, mas muito sensível e dada à música romântica. Tinha muitos amigos, mas gostava também de estar sozinha ou com seu cãozinho de estimação; falava bastante com ele e brincava de latir para ele.” Atualmente A. parece manter um vínculo objetal apenas com seu pai e seu cãozinho.

Durante os três primeiros dias de alta hospitalar, A. comportou-se normalmente, inclusive à mesa, durante as refeições. No terceiro dia, durante o almoço, quando a família recebia a visita de uma tia, A., repentinamente passou a tirar comida do prato e levar à boca com as mãos. Após ser repreendida pelos pais, passou a agredir fisicamente os irmãos e a visita.

Todos esses dados somados à segurança do diagnóstico médico de ausência de danos neurológicos, levam a crer que A. vive um surto psicótico prolongado. Quando os pais procuraram a Clínica da Unesp, A. estava há três meses nessas condições e sendo medicada com anti-depressivos e anti-euforizantes.

Sugere-se, inclusive a partir do próprio diagnóstico fonaudiológico sobre o distúrbio de linguagem, que A. não apresenta distúrbio de linguagem irreversível em função de danos neurológicos, ou seja, não existe dano da função lingüística. Pode-se entender que a linguagem falada já não era muito investida por A., enquanto veículo de comunicação. Atualmente, os significantes utilizados por A. são de outra ordem que não a palavra. Pouca coisa permanece dos significantes lingüísticos: uma pergunta incompreensível, formada por quatro blocos sonoros (nã nã nã nã?) acompanhada de um toque carinhoso no queixo da outra pessoa, como se falasse com um bebê. O gesto carinhoso está pleno de significação, apenas ainda não sabemos de que se trata. A pergunta também (embora, da mesma forma, ainda seja incompreensível) porque está claro que se trata de sons articulados como palavras.

As manias de ligar os aparelhos de som (principalmente o rádio e o CD) e correr pela casa o tempo todo também são outros significantes utilizados por A., bem como o relacionamento com o cãozinho, que permanece o mesmo de antes da doença.

Sugere-se que existe aí um sujeito lingüístico, apenas que ele está seriamente comprometido pela fragilidade atual do Eu, ou seja, do sujeito psíquico.

Diante de tal quadro, a sugestão de conduta é buscar ajuda psicanalítica para A., mesmo que se mantenha um trabalho fonaudiológico. Sem um trabalho psicanalítico não medicamentoso, não poderemos adentrar o sistema significante atual de A., compreendê-lo, escutar a demanda psíquica da paciente e trazê-la de volta ao sujeito lingüístico.

Estamos diante de um sistema de signos de outra ordem, que não a ordem lingüística. Precisamos compreender a cadeia

de significantes envolvida nesse quadro psicótico e desfazê-la. Estamos diante de um eu mal constituído, mas de forma alguma inexistente como nos casos de Autismo. Existe um sujeito psíquico operando de uma outra forma, que não a lingüística. Sendo assim, o Fonoaudiólogo precisa inevitavelmente da ajuda do Psicanalista para compreender a natureza desse sistema significante.

Colocar um Psicanalista no caso não significa porém, para o Fonoaudiólogo, eximir-se do trabalho de compreensão das demandas da paciente. Isto quer dizer que ele também precisa colocar no jogo as suas próprias possibilidades psicóticas, fazer contato com a paciente e traçar, a partir, disso seu plano de atuação.

Existiria muito mais a dizer sobre distúrbios fonoaudiológicos associados a transtornos psíquicos, mas interrompo aqui essa discussão porque este é um material *psicofonoaudiológico* para estudantes iniciantes, e principalmente porque avisto um longo caminho teórico e prático a percorrer antes de sugerir recursos de trabalho mais consistentes.

Conclusão

Foi dito no início deste trabalho que uma das intenções era construir um material didático que auxiliasse às disciplinas psicológicas do curso de Fonoaudiologia.

Uma outra intenção era apresentar as conseqüências de três anos de trabalho psico-clínico junto a portadores de distúrbios da fala e da linguagem, objetivando fornecer um referencial teórico - ainda que modesto - sobre a interferência dos conteúdos psíquicos inconscientes na produção da linguagem.

Acredito que a primeira intenção - criar um material didático - tenha sido modestamente cumprida. Espero ter construído uma espécie de *Roteiro de Introdução à Psicopatologia Aplicada à Fonoaudiologia* que possa ser útil aos estudantes ligados à terapêutica dos distúrbios da fala e da linguagem.

A segunda intenção declarada - fornecer um referencial teórico de apoio às práticas terapêutica e diagnóstica - apenas o tempo vai nos revelar se foi ou não cumprida, ainda que precariamente.

Acredito que as relações dos profissionais da terapêutica da fala e da linguagem com essa tentativa de organização de um referencial *psicofonoaudiológico*, pode oferecer indicadores de mudanças nesta primeira tentativa. Acredito que a utilização deste material no cotidiano do trabalho multidisciplinar pode oferecer referências no sentido de aprimoramento e ampliação das idéias expostas até agora.

Bibliografia

- ALTHUSSER, L. Freud e Lacan. In: _____. *Estruturalismo: antologia de textos teóricos*. Portugal: Portugália Editora Ltda., 1967, p. 229-55.
- COUDRY, M. I. H. *Diário de Narciso: discurso e afasia*. São Paulo: Martins Fontes, 1988.
- DETIENNE, M., SISSA, G. *Os deuses gregos*. Trad. de Rosa Maria Boaventura. São Paulo: Companhia das Letras, 1990. (Coleção A Vida Cotidiana).
- ELLIOT, A. J. *A linguagem da criança*. Trad. de Vera Ribeiro. Revisão de Marilda Winkler Averbug. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

- FERREIRA, L. P. (Org.) *Trabalhando a voz: vários enfoques em Fonoaudiologia*. São Paulo: Summus, 1988.
- FREUD, S. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Trad. de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: IMAGO, 1969.
- _____. *As neuropsicoses de defesa* (1894). Trad. de Margarida Salomão. In: _____. *Obras psicológicas completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1972-1977. v. 3, p. 55-82.
- _____. (1900) *A interpretação de sonhos* (1900). Trad. de Walderedo Oliveira. In: _____. *Obras psicológicas completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1972-1977. v. 4-5, 793p.
- _____. *Além do princípio de prazer*. (1920). Trad. de Christiano Oiticica. In: _____. *Obras psicológicas completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1972-1977. v. 28, p. 17-85.
- _____. *Esboço de psicanálise* (1940). Trad. de José Octávio A. Abreu. In: _____. *Obras psicológicas completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1972-1977. v. 23, p. 165-321.
- LACAN, J. A instância da letra do inconsciente ou a razão desde Freud. In: *Estruturalismo: antologia de textos teóricos*. Portugal: Portugália Ed., 1967. p. 257-88.
- LAING, R. D. *O eu dividido*. Trad. de Clecy Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 1963. (Coleção Psyche).
- LAPLANCHE, J., PONTALIS, J. B. *Vocabulário de psicanálise*. Trad. de Pedro Tamen. Lisboa: Moraes Editores, 1970.
- LEMONS, C., T. Interactional processes in child's construction of language. In: DEUTSCH, W. (Org.) *The child construction of language*. London: Academic Press. 1981. p. 57-76.

- LEMONS, C., T. Sobre a aquisição da linguagem e seu dilema (pecado) original. *Boletim de ABRALIN*, n. 3, 1982a.
- _____. A sintaxe no espelho. *Cadernos de Estudos Lingüísticos*, Campinas, n. 10, 1983.
- LYONS, J. *Chomsky*. Trad. de Octanny Silveira da Mota e Leonidas Hegenberg.. São Paulo: Cultrix, s.d. (Coleção Mestres da Modernidade).
- MEIRA, I. *Gagueira: do fato para o fenômeno*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1986.
- MILLER, J. A. A sutura: elementos da lógica do significante. In: *Estruturalismo: antologia de textos teóricos*. Portugal: Portugália Ed., 1967. p. 211-24.
- PETERFALVI, J. M. *Introdução à psicolingüística*. Trad. de Rodolfo Ilari. São Paulo: Cultrix, 1973.
- REICH, W. *Psicopatologia e sociologia da vida sexual*. São Paulo: Global, 1927.
- _____. *Análise do caráter*. São Paulo: Martins Fontes, 1995.
- RONCADA, A. M. G. A. *Fonoaudiologia e psicanálise lado a lado*. Carapicuíba: Pró-Fono, 1993.
- SAUSSURE, F. *Curso de lingüística geral*. 20. ed. Trad. de Antônio Chelini, José Paulo Paes e Izidoro Blikstein. São Paulo: Cultrix, 1995.
- SCHMIDT, J. *Dicionário de mitologia grega*. Trad. de João Domingos. Lisboa: Edições 70. s.d. (Coleção Lexis).
- SPINELLI, P. F. et al. *Distúrbios de comunicação: estudos interdisciplinares*. São Paulo: Cortez, 1981.

- TODOROV, T. , DUCROT, O. (1972- Éditions de Seuil)
Dicionário Enciclopédico das Ciências da Linguagem. Trad.
de Alice Kyoko Miyashiro, J. Guinsburg e Mary Amazonas
Leite de Barros. São Paulo: Perspectiva, 1977.
- VALLEJO, A., MAGALHÃES, L. C. *Lacan: operadores da leitura*.
São Paulo: Perspectiva, 1979.
- VYGOTSKY, L. S. *Pensamento e linguagem*. 3. ed. Trad. de
Jeferson Luiz Camargo. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

ISBN 85-86738-17-4



9 788586 738173