

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP**

Rosana Landi

“FALAS VAZIAS”

língua, referência e sujeito na demência

Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem

São Paulo

2007

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP**

Rosana Landi

“FALAS VAZIAS”

língua, referência e sujeito na demência

Tese apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Doutor em Lingüística Aplicada e Estudos da Linguagem sob a orientação da Professora Doutora Maria Francisca Lier-DeVitto.

Doutorado em Lingüística Aplicada e Estudos da Linguagem

São Paulo

2007

BANCA EXAMINADORA

Autorizo exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação por processos de fotocopiadoras ou eletrônicos

Assinatura: _____

Data: _____

Ao Beto, uma presença alegre e amorosa
pela amizade,
pelo companheirismo,
pelas lindas coisas que ainda faremos juntos

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Maria Francisca Lier-Devitto, por orientar este trabalho, e tantos outros, sempre com competência e entusiasmo. Pela palavra sempre precisa e sincera, pela confiança inabalável, em todos os momentos, por sempre querer mais de mim.

À Profa. Dra. Lucia Maria Guimarães Arantes, à Profa. Dra. Suzana Carielo da Fonseca, e à Profa. Dra. Lourdes Andrade, pela leitura atenta e pelas sugestões nos exames de qualificação deste trabalho.

À DERDIC, Instituição que me acolhe; aos meus pacientes do Centro de Atendimentos de Afásicos (CAAf); às estagiárias e supervisionandas, Carolina, Cláudia, Évelin; especial para Mariana Emendabile com quem compartilho inquietações e questões sobre a linguagem na demência.

À Lúcia, antes “professora cheia de questões” que me conduziu para a clínica de linguagem. Hoje, uma colega que admiro, e uma amiga sempre bem-vinda.

À Tati, pela amizade sincera generosa em todos os momentos e, em especial, na finalização deste trabalho.

À Suzy, pela amizade antiga e sólida que partilhamos, pelo incentivo e pelas palavras sempre confiantes.

À Sônia, amiga querida, um agradecimento especial.

À Luciana Carnevale, minha companheira nas aflições e no esforço do doutorado. À Juliana Marcolino, com quem compartilho a clínica de linguagem, pela amizade das saudades. À Roseli, um agradecimento especial.

Ao Osvaldo, presença divertida e amiga durante a elaboração deste trabalho.

À Picida e ao Décio, amigos queridos e sempre presentes. À Picida e ao Décio, amigos queridos e sempre presentes.

Aos colegas do Núcleo de Formação em Clínica de Linguagem, à Melissa, pelas questões eu nos unem na clínica de linguagem; à Daniela, Mariana e Milena. Aos alunos do Curso de Especialização em Clínica de Linguagem, especialmente à Milena que gentilmente cedeu seus dados.

Aos meus pais, Giovanni e Antonia, pelo cuidado; por sempre, e incondicionalmente, acolherem minhas escolhas.

À minha família, Tata, Mingo, Márcia e Natália, pela segurança, pelos momentos acolhedores que partilhamos.

À Tia Luiza, sempre meu “porto seguro”; à Maria Luiza, uma amiga pra sempre, e ao Eduardo pela presença amiga e pela disponibilidade.

À Ercília, pela amizade sincera; ao Dionizio, saudades das tardes deliciosas de conversa e chás de melissa. Ao Junior, um amigo atento nos momentos difíceis.

À Pontifícia Universidade Católica de São Paulo pelo auxílio concedido durante a realização deste trabalho

RESUMO

Este trabalho aborda uma questão suscitada pelo meu encontro com *falas de sujeitos com demência*, ou seja, com manifestações sintomáticas que, na literatura sobre o assunto, são designadas como *anomia* - diminuição de vocabulário funcional e como *fala vazia* - falas que, embora articuladas e coesas, são esvaziadas de sentido, *carente de referências*. Parto de um levantamento bibliográfico não exaustivo, porém extenso, de trabalhos na área da demência.

Explorei com maior detalhe estudos referentes à *Doença de Alzheimer* (DA), desenvolvidos nos campos clínicos na Medicina e na Fonoaudiologia. Pude observar que, apesar das diferenças quanto ao tipo de explicação sobre suas causas e quanto ao modo de descrição dos sintomas na fala, em todas as pesquisas sobre a DA a perturbação lingüística é caracterizada em termos de *perda da referência externa*. Argumento que, em todos eles, a linguagem é implicitamente assumida como uma *nomenclatura*. Em outras palavras, ela é código, pode ser abordada a partir de aparatos categoriais (gramaticais, pragmáticos ou semânticos) e tem, declaradamente, as funções representativa e designativa. Trata-se de uma visão fortemente ligada às concepções de linguagem e de signo que movimentaram a Filosofia Clássica, que deixam em saliência a concepção de sujeito psicológico. Essa perspectiva sobre a linguagem se estende, com perdas conceituais, sem dúvida, para os campos clínicos.

Nesta tese, discuto tais abordagens (na verdade redutíveis a uma). Tomo o partido de Saussure porque dou reconhecimento à enunciação da *ordem própria da língua*, um **corte** em relação ao pensamento ocidental sobre a linguagem e sobre o signo. Segundo Milner (1978), Saussure *não é mais um* na história das idéias lingüísticas e filosóficas sobre a linguagem: ele *é UM*. Seu pensamento é exigente e oferece resistência. Assumo, com Saussure que *a língua não é nomenclatura* e procuro retirar conseqüências teóricas e empíricas para a escuta e explicação de sujeitos com demência. Procuro fazer valer as *leis de referência interna da linguagem* que deslocam o signo para o lugar de *efeito de suas operações*. Com base neste solo teórico, encontro na ditas “falas vazias”, falas plenas de uma verdade sobre a relação profunda e indissolúvel do sujeito com a linguagem.

ABSTRACT

This study focuses on questions raised in the course of clinical observation involving patients with dementia, more particularly, the ones with Alzheimer's Disease (AD). It aims at discussing, with particular emphasis, the symptomatic speech manifestations of the common events referred to in literature as "anomia" or "empty speech" – speech, although grammatically well formed, does not properly convey meaning neither does it establish reference. I departure from a critical review of the literature of the fields of Medicine and Speech Therapy.

The assessment of such literature indicated that - despite the variability concerning both the description of speech symptoms in AD and its causes - all studies eventually mention a loss of external reference in characterizing the patients' speech. Such common trait between otherwise differing studies is interpreted as being the result of the theoretical assumption of *language as nomenclature*. It is argued that in such a perspective reduces language to a code which can, as so, be approached through descriptive apparatuses (based either on grammar, pragmatics or semantics). This view on language is associated with the notions of language and sign, sustained by Classical Philosophy, as well as with the notion of psychological subject. It is pointed out that the process of displacement of such notions to clinical fields involves a significant loss of conceptual strength.

In this dissertation, I examine different approaches to the speech of AD patients. In order to do so, I assume the theoretical perspective on language which was inaugurated by Saussure – a perspective that promoted a discontinuity in the path traditionally followed in the reflections on language (and the sign) in western literature. From this point of view, *language is not a nomenclature*. Such a statement guided the interpretation of the speech of AD patients presented in this study. As a result of this theoretical approach, it is argued, that the so-called "empty speech" can be finally recognized as being full of truth – the truth of a singular relationship between a speaking-subject and language.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	01
CAPÍTULO 1 – A linguagem na doença de Alzheimer: A fonoaudiologia com a medicina.....	01
1.1 Demência e doença de Alzheimer.....	16
1.2 Ponto de encontro: médicos e fonoaudiólogos.....	27
1.2.1 Anomia e fala vazia: os sintomas na DA.....	31
1.2.2 Sobre anomia.....	31
1.2.3 Sobre fala vazia.....	34
1.3 Sobre o encontro entre Medicina e Fonoaudiologia.....	41
CAPÍTULO 2 – Referência na Linguística.....	55
2.0 Sobre “referência interna” e “referência externa”.....	55
2.1 Língua é nomenclatura: o tratamento filosófico do signo.....	57
2.2 Sobre a constituição da linguagem como representação.....	62
2.3 Referenciação: a manifestação da representação.....	66
2.4 A língua não é nomenclatura: a novidade saussureana sobre o signo.....	68
CAPÍTULO 3 – Demência, linguagem e sujeito	84
3.1 O sujeito e o efeito da própria fala na demência	84
3.2 Sujeito e alienação	91
3.3 Sobre a afasia e demência.....	99
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	112
BIBLIOGRAFIA.....	115

Desde os primeiros anos de minha formação, ainda na Graduação do curso de Fonoaudiologia da PUC/SP, me dediquei ao estudo da afasia e também à clínica com pacientes afetados por esse problema. Já no terceiro ano, iniciei o atendimento de uma paciente afásica e, no ano seguinte, quando da realização de pesquisa de Iniciação Científica, já sob orientação da Profa. Dra. Maria Francisca Lier-DeVitto, me dediquei à leitura de trabalhos de Luria¹ e outros de Jakobson², autores, estes, que discutiam esse quadro patológico a partir de perspectivas distintas: a de um neurologista e a de um lingüista, respectivamente. Neste empreendimento, pude vislumbrar que o entendimento e a explicação dos sintomas afásicos (da linguagem) não seriam satisfatórios se desenvolvidos à margem de uma teoria de linguagem, como tradicionalmente acontece na afasiologia³. Dessa intuição decorreu a escolha de Jakobson, um autor que, sem dúvida, faz marca de diferença tanto no modo de aproximação do problema, quanto no tipo de interpretação de falas afásicas⁴. Em minha dissertação de mestrado *Sob efeito da afasia: a interdisciplinaridade como sintoma nas teorizações*, agora já como pesquisadora no Projeto de Pesquisa *Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem* – coordenado por Lier-DeVitto, no LAEL/PUCSP – discuti o trabalho da fonoaudióloga Hildred Schuell, um clássico no campo da avaliação e tratamento de pacientes afásicos. Esse trabalho alinha-se à tradição afasiológica quando porque os sintomas lingüísticos de seus pacientes são tomados como sinal

¹LURIA, A.R. *Higher cortical functions in man*. Nova York: Basic Books, 1966.

²JAKOBSON, R. Towards a linguistic typology of aphasic impairments. In: DE REUCK, A.V.S. & O'CONNOR, N. (eds.) *Disorders of language*. Londres: Churchill, pp. 21-42, 1964; ____ Dois aspectos da linguagem e dois tipos de afasia, In: *Lingüística e comunicação*. São Paulo, Cultrix, 1954/1969; ____ Lingüística e poética. In: *Lingüística e comunicação*. São Paulo, Cultrix, 1954/1969.

³Os trabalhos inseridos na tradição afasiológica tomam as alterações afásicas como expressão de alterações no cérebro. Assume-se que a relação entre sintoma na fala e lesão cerebral é *causal*: a explicação da afasia, dos sintomas lingüísticos, é construída com base numa teorização sobre o funcionamento do cérebro e não da linguagem. Sobre essa questão ver Suzana Carielo da Fonseca (1995, 2002) e Landi (2000).

⁴Remeto o leitor novamente a Fonseca (1995), "Afasia: a fala em sofrimento".

de desarranjo cerebral. Schuell aproxima-se da Lingüística chomskyana, mas toma o partido da Neurologia e, nesse sentido, ela é exemplar no campo da Fonoaudiologia: realiza uma leitura ingênua e utilitária da teoria gerativa e faz um uso indevido dos conceitos ali forjados. Seu movimento é de tal forma enviesado que desvitaliza a forte conceitualização que sustenta a teoria inatista; por essa razão é que afirmei, em meu trabalho que “Chomsky não pode ser reconhecido nas declarações de Schuell, porque ela fica com termos esvaziados de seu valor conceitual” (LANDI, 2001, p. 443).

Acredito que minha formação em afasia, que se articulou ao nosso esforço teórico de construção de uma *clínica de linguagem*⁵, me tornaram, após a conclusão do mestrado, uma terapeuta/pesquisadora consideravelmente experimentada e familiarizada com falas de afásicos – apesar da indiscutível heterogeneidade dessas falas. Nessa época, recebi o encaminhamento de uma paciente que supostamente era afásica. A indicação de terapia fonoaudiológica havia sido feita por um neurologista. Relato, abaixo, o único encontro que tive com a paciente (em sua casa juntamente com o marido e um filho) e as impressões que tive nessa ocasião.

No que concerne à fala dessa paciente, afirmo que certos efeitos me pareceram “familiares” – considere que eu poderia estar frente a um quadro de “afasia leve”. Tratava-se de uma fala suficiente e sem alterações sintáticas aparentes; a paciente, além disso, parecia não apresentar dificuldades em interpretar de forma adequada a fala que lhe era dirigida. A queixa formulada dizia respeito a *esquecimentos de palavras* – fenômenos que, na literatura sobre afasia, são conhecidos como *falhas ou dificuldades de evocação*. Pude constatar que, de fato, eles ocorriam com frequência, interrompiam o fluxo da fala e eram acompanhados de

hesitações, de substituições da palavra “faltante” por termos dêiticos (“aquilo”, “isso”, “ali”, “ele”, etc.) ou por termos genéricos e inespecíficos (como “negócio”, “coisa” etc.). Atentei, também, para certa insistência de perguntas do tipo “*como é que chama?*” e para comentários sobre o fato de estar “*esquecendo o nome das coisas*”.

Havia, ainda, acontecimentos menos (ou nada) “incômodos” para a paciente, mas que, do meu ponto de vista, soaram profundamente inquietantes: primeiro, as mencionadas “falhas de evocação” interrompiam a textualidade que vinha sendo costurada em seu dizer – fragmentos vindos de uma textualidade diversa irrompiam na fala e a desencaminhavam; segundo, e ainda mais grave, era o fato de que apesar de não se dar conta imediatamente, dos deslizamentos desestruturantes e disruptivos, a paciente, depois de algum tempo, surpreendia por deixar claro que estava sob o efeito de seu dizer: após uma longa seqüência enunciativa sem interrupções, ela se dirigia para mim ou para seus familiares com a pergunta: “*mas do quê mesmo eu estava falando?*”.

Certamente, era eu sabia que quando se trata de afasia, ou de qualquer patologia de linguagem, a *heterogeneidade sintomática* é algo que deve ser esperado e manejado na clínica de linguagem. Entretanto, eu me recordo de, em determinado momento dessa entrevista, ter ficado com impressão de que aquela senhora “*não parecia afásica*”; uma intuição que não pode ser confirmada na medida em que, como mencionei, o atendimento não aconteceu. Encerrei a entrevista propondo a realização de uma avaliação de linguagem e fornecendo todas as informações acerca desse processo. A família e a paciente concordaram com a proposta, mas condicionaram a possibilidade de sua realização à permanência da

⁵Digo “nosso” porque tratou-se, de fato, de um esforço dos pesquisadores e clínicos do Projeto Integrado (522002/97-8), hoje Grupo de Pesquisa “Aquisição, patologias e clínica de linguagem”, certificado pela PUCSP e cadastrado no CNPq.

paciente em São Paulo, uma vez que cogitavam uma mudança de cidade. Ainda assim, pediram que eu entrasse em contato com o neurologista que havia feito a indicação de terapia fonoaudiológica. Esse médico, num breve contato telefônico, me informou que *“a paciente tinha Doença de Alzheimer”*. Sobre a Doença de Alzheimer (DA), naquele momento, eu sabia pouco – apenas que se tratava de um distúrbio de memória que acometia, na maioria das vezes, indivíduos senis. Naquele momento não levei adiante uma pesquisa sobre este quadro, pois, como já disse, o atendimento da paciente não aconteceu.

Nesse mesmo período, senti necessidade de conhecer melhor as discussões contemporâneas sobre quadros neurológicos e procurei um médico do Ambulatório de Neurologia do Hospital São Paulo, que é ligado à Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Contudo, minha inserção no Ambulatório de Alterações Vasculares, normalmente ligadas à afasia, não foi possível. Sabendo de meu interesse por linguagem, esse médico me encaminhou para o Ambulatório de Neurologia Degenerativa, voltado para quadros como demências, principalmente a do tipo Alzheimer. Conversei com o médico-chefe deste ambulatório, que me perguntou se estava familiarizada com a Doença de Alzheimer. Sinceramente, respondi que mal conhecia o quadro e fiz menção ao meu breve contato com uma paciente que, ao que tudo indicava, tinha Alzheimer. Tanto o médico-chefe, quanto a enfermeira do ambulatório reconheceram, na descrição que fiz da fala daquela senhora, tratar-se de uma fala semelhante àquelas de pacientes com demência. O médico-chefe permitiu que eu acompanhasse as rotinas de atendimentos do ambulatório. Foi aí, efetivamente, que fui afetada por “falas da demência”⁶ A denominação “falas da demência” é, digamos, vaga e mesmo imprópria, mas sinaliza para a existência de uma particularidade

⁶Aproveito o momento para agradecer ao Prof. Dr. Paulo Henrique Bertolucci, médico-chefe que generosamente permitiu que eu acompanhasse a rotina de atendimento do ambulatório e, ainda, à Prof. Dra. Simone Romero, fonoaudióloga que sincera e gentilmente me acolheu durante esse período.

que me parecia estar inscrita nessas falas, qual seja: aquela que as distingue de falas afásicas (com as quais eu já estava acostumada). Uma particularidade que parecia constante na variabilidade de dizeres e que dizia respeito menos à articulação interna entre os significantes e mais a uma relação do sujeito com a fala (própria e do outro). Refiro-me a um dizer que se desenvolve apartado da incidência subjetiva que lhe dá voz. Em termos mais teóricos, não há, o tempo todo⁷, um sujeito “no intervalo dos significantes” (DE LEMOS, 1992, 1997, 2002), aquele que, embora “não determine o que deve vir à tona em seu dizer, pode, no intervalo entre significantes dizer “sim” ou “não” a uma possibilidade combinatória” (LIER-DEVITTO & FONSECA, 1997: 59). Antes de prosseguir, apresento segmentos de falas de pacientes com demência, que foram extraídos de sessões de terapia e da literatura. Meu objetivo é colocar o leitor frente a falas transcritas de pacientes demenciados para que as discussões que pretendo realizar encontrem neles a sustentação esperada.

⁷Lembro que nas demências progressivas como, por exemplo, a DA, estágios de gravidade ascendente desenharam o perfil de evolução da doença. No que diz respeito à linguagem, ao que me parece, a questão evolutiva remete mais para uma dissolução dessa posição subjetiva.

Segmento 1⁸

O médico Alois Alzheimer, chefe clínico do Asilo para Demenciados e Epilépticos de Frankfurt, em entrevista com a Sra. Auguste D.

A. Qual é o seu nome?

D. *Auguste.*

A. Seu sobrenome?

D. *Auguste.*

A. Qual é o nome do seu marido?

D. *Acho que é Auguste.*

A. Eu lhe pergunto o nome do seu marido....

D. *Ah, meu marido...!*

A. Você é casada?

D. *Com Auguste.*

A. Você é a senhora D.?

D. *Sim, com Auguste D.*

A. Há quanto tempo você está neste asilo?

D. *Três semanas* [ela havia ingressado no dia anterior]

⁸Os segmentos 1 e 2 foram extraídos de MAURER, K. & MAURER, U.. *Alzheimer. The life of a physician & the career of a disease*. New York: Columbia, pp.270, 2003; apud, LAGE, J.M.M. *Rudimentos sobre la enfermedad Alzheimer*, 2004. Disponível em <http://medicinainformacion.com/profesor.htm#ebook>.

Segmento 2

Dr. Alzheimer conversa com a Sra. D. durante o almoço, enquanto a paciente comia um prato de *carne de porco com couve-flor*.

A. O que você está comendo?

D. *Espinafre* (e prosseguiu, enquanto mastigava a carne)

D. Primeiro, eu como as *batatas* e depois os *rabanetes*.

Segmento 3⁹

Investigador e sujeito com doença de Alzheimer. O investigador apresenta uma figura com a família (pai, mãe e filho) no banheiro, enquanto o pai faz a barba :

I. Que lugar é esse da casa?

P. *não sei.*

I. Esse maior aqui, ele tem uma coisa diferente... (...) olha pra cara dele...
quê que ele tem de diferente?

P. *diferente... o olho... rosto!*

I. olha essa foto aqui direitinho... é espuma de fazer barba... (...) se ele está
com espuma de fazer barba... que lugar é esse aqui... parece que é um...

P. *futebol*

I. futebol!? Onde é que as pessoas fazem a barba?

P. *na barbearia*

⁹Os segmentos de números 3, 4 e 5 foram retirados de NOGUCHI, M.S. *A linguagem na doença de Alzheimer: considerações sobre um modelo de funcionamento lingüístico cognitivo*. Dissertação de mestrado. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas: FCM/UNICAMP, 2000

Segmento 4

Outro paciente com DA diante da mesma figura:

I. Então, ele (o rapaz) está com esse negócio branco para fazer a barba... espuma...

e que lugar é esse que a senhora acha que é?... o menino está com espuma na mão/

P. *esse aqui tá de calcinha aqui... tá descalço esse aqui também... é gente simples, né?*

I. e que lugar é esse da casa? a senhora acha que é uma cozinha, uma sala...

P. *ah, eu não te digo nada porque aqui tem tanta coisa...*

I. não dá pra saber?

P. *não dá*

I. me diz uma coisa, onde é que as pessoas fazem a barba?

P. *eles fazem na barbearia, né?*

Segmento 5

Paciente com DA diante de uma figura com o jogador Sócrates vestido de médico, com a investigadora (I) e a acompanhante (A)

A. A senhora já não viu esse homem?

P. *A A. falou que eu já vi esse homem, mas eu não sei... (dirigindo-se à investigadora)*

A. Ele não jogava no time de futebol que o seu Antonio torcia MUITO?... lembra?

(Antonio era o marido da paciente)

I. é o Só... o comecinho do nome dele é Só... lembra?... Sócrates

A. O jogador do Corinthians, que o seu Antonio falava muito.

P. *AH... é o Sócrates, foi jogador do Corinthians*

I. Pois é, nessa foto aqui ele tá com roupa de jogador de futebol? Olha bem aqui nessa

foto... ele está com roupa de jogador de futebol?

P. *() aqui meio... não sei aqui se é vermelho, se é preto... isso não sei ()*

I. mas ele está com uniforme de futebol ou não?

P. *ah, porque () negócio de... de... como é que fala mesmo?... de eleições, nas eleições é*

que o negócio é feio... () nas eleições que meu marido () (o marido da paciente era um

famoso político da região)

I. agora aqui nessa foto, ele não está com roupa de jogador de futebol... ele além de jogador

de futebol ele tem uma outra profissão... que é exatamente essa roupa que ele tá usando,

que profissão que ele tem?

P. *Ah, isso eu não lembro*

Segmento 6¹⁰

Paciente e terapeuta conversam sobre a rotina diária do paciente.

T. Já aconteceu algum acidente, alguma vez?

P. *Já contei.*

P. Já aconteceu?

P. *E já deu certo!*

(Silêncio)

T. O quê que o senhor vai fazer, então, agora?

P. *Eu vou fazer muitas coisas, vou receber muitas coisas.*

T. Vai receber?

P. *Eu vou vê se eu tenho que pe-pegar, tenho que recebe!*

T. É? E o senhor tem muito serviço hoje?

P. *Muito serviço.*

T. É? Quê que o senhor tem que receber?

P. *Num sei quê que vou rece, não sei.*

T. As pessoas entregam aqui?

P. *(SI)*

T. Eu não entendi o que o senhor falou.

P. *Tem que esperá (pausa) pega as coisas pra depois levá! Não era isso? (SI)*

T. Tá, aí o senhor pega o material e leva?

P. *Eu não, eu não!*

T. Não? Quem que leva?

¹⁰Os segmentos a seguir foram extraídos de sessões de terapia fonoaudiológica com um paciente demenciado.

P. *Uma aí, ou senão você é que vai!*

T. Eu? Tá bom, eu levo. O quê que eu levo?

P. *Leva o que tem (pausa) prá levá!*

T. É pra levá na obra? Na obra?

P. *É, na obra.*

T. O senhor vai ter que ir comigo porque eu não sei onde é a obra.

P. *Já comi (pausa). Já comi.*

T. Não, o senhor tem que ir comigo!

P. *Ah! Com você, com você eu não sei!*

T. Falando em comer, o quê que o senhor comeu hoje?

P. *Vou saber o que eu comi hoje, eu vou pensar nisso? (risos)*

T. (risos).

Segmento 7

Terapeuta (T) e paciente (P) olham um álbum de fotografias

T. E essa foto aqui? (aponta para uma foto do paciente M.R.)

P. *É o Marcos Rodrigues... Tá no mato, ó...*

T. O senhor tá no meio do mato? Tá com chapéu, bota e espingarda!

P. *Eu não sou guarda, eu era bom de caçá no mato... de bota...*

T. Sua bota tá molhada ou seca nessa foto?

P. *Tá seca, mas já foi molhada também.*

T. O senhor tem uma foto com a bota molhada?

P. *Quando tá molhada tá... tá... Quando não tá seca, tá verde (olha para a planta da sala)*

T. Verde? Essa planta tá molhada, não tá seca, né Marcos?

P. *Não tá seca, não tá feia, não tá meia, meia... tá verde.*

T. É sim, ela tá verde! E sua bota tá seca...

P. *A bota tá seca.*

As falas acima, de pacientes diferentes, assemelham-se àquelas que escutei quando de minha estada no Ambulatório da UNIFESP. Pacientes demenciados que pareciam não ser afetados pelo “desarranjo” que acontecia em sua fala: como no caso de uma senhora que relata que ia à feira semanalmente e, quando perguntada sobre o quê costumava comprar na feira, responde: “*não sei!*”; e quando a fonoaudióloga pergunta: “*batata, a senhora compra?*”; ela imediatamente, e naturalmente, responde: “*ah sim! batata, tomate, pasta de dente, sabonete!*”. Havia pacientes que, ainda, pareciam não se dar conta do “desacordo” entre o que diziam e o que lhes havia sido perguntado: este era um homem que contava sempre a mesma história, independentemente da pergunta que lhe era dirigida. Ele apresentava discurso extremamente veloz, mas perfeitamente coerente e coeso. O paciente insistia num relato sobre o dia em que recebera a notícia do falecimento de sua mãe: ele havia levantado, pegado o trem e, quando no trabalho, foi informado de que sua família havia telefonado para avisar sobre a morte de sua mãe.

Nessas ocasiões, eu me sentia desconcertada e intrigada com a natureza dessas falas: perfeitamente articuladas, mas frustrantes porque desajustadas em relação à expectativa do outro. Essas manifestações lingüísticas interrogantes, não só me convocaram a refletir sobre elas, como também levantaram, para mim, questões relativas à *posição subjetiva* de um falante frente à fala (própria e do outro). Elas, de fato, foram o motor de leituras que visaram ao estabelecimento de contato com o modo como os sintomas de linguagem, que se apresentam na demência, eram tratados no âmbito da Medicina. Afinal, é ali que esses pacientes são diagnosticados e tratados; além do mais, a DA (que responde por mais de 50% dos casos de demência) foi circunscrita, no século passado, por um médico. Nessa ocasião, ele também descreveu o “déficit de linguagem” pertinente ao quadro, como veremos abaixo. Sintomas lingüísticos

aparecem mesmo, e com bastante freqüência, já no estágio inicial da DA. Por esse motivo, o exame das alterações lingüísticas é considerado importante (mas não definitivo) para o diagnóstico da doença. Esclareço que esta tese foi instigada por minhas leituras sobre esse quadro e que as discussões que farei partem dele. Abordarei a Doença de Alzheimer, com foco nas produções lingüísticas de pacientes e a tomarei, sob esta ótica, como representante da diversidade de quadros demenciais. Pude verificar que um mesmo *raciocínio sobre a linguagem* atravessa os comentários desse campo, independentemente do *tipo de demência* e de alteração lingüística descrita.

1.1 Demência e Doença de Alzheimer

Demência é uma síndrome que, normalmente, incide em idosos (em pessoas com mais de 65 anos) – raramente ela afeta adultos jovens e, quando isso ocorre, fala-se em *demência pré-senil*. Durante muito tempo, esse acontecimento foi considerado sinal normal e inexorável do envelhecimento; hoje, ao contrário, assume-se que todas as formas de demência são patológicas, ou seja, elas não são parte necessária do envelhecimento, da *senescência*. Cabe acrescentar, ainda, que a elevação da expectativa de vida da população mundial é coincidente com o aumento da incidência de demência que, apesar da variabilidade etiológica, tem na Doença de Alzheimer sua principal causa¹¹.

A DA é uma doença de início insidioso, pois o que se observa em seus primórdios é apenas uma leve alteração de memória, que não interfere de maneira significativa na vida do paciente. Por essa razão, a DA pode passar despercebida em seu estágio mais primitivo. Mais tarde, afirma-se, com a evolução da doença (que pode oscilar entre 10 e 20 anos), “a perda de memória” agrava-se e outros sintomas correlatos aparecem, tais como: desorientação espacial e temporal, alterações do funcionamento executivo, ou seja: “capacidade de pensar abstratamente e planejar, iniciar,

seqüenciar, monitorar e cessar um comportamento complexo” (DSM IV); alterações comportamentais e *alterações de linguagem*.

O nome “Doença de Alzheimer” vem do médico psiquiatra e neuropatologista alemão, Alois Alzheimer (1864-1915). Este pesquisador, de acordo com Lage (2004), era conhecido em seu meio como o “psiquiatra do microscópio”, vejamos porquê. Foi na Universidade de Würzburg, em 1884, que Alzheimer, na realização de seu doutorado, penetrou no “*fascinante mundo do microscópio*” (ibid). Ele realizou um estudo microscópico das glândulas secretoras de cerúmen do conduto auditivo externo. Em 1888, Alzheimer assume o cargo de médico num hospital psiquiátrico, o **Asilo Mental para Demenciados e Epilépticos**, na cidade de Frankfurt. Ali, ao lado dos colegas Franz Nissl e Sioli, ele “transformou um asilo mental em um ótimo sanatório psiquiátrico” (LAGE, 2004).

Duas eram as suas preocupações essenciais: *primeira*, evitar medidas coercitivas com os doentes e substituí-las por outras medidas tidas como mais humanas e adequadas; *segunda*, promover a pesquisa científica: realizar o maior número possível de autópsias nos doentes que faleciam no hospital, com o objetivo de *estudar devidamente as lesões cerebrais* apresentadas por eles. Temos aí uma boa composição entre o psiquiatra e o cientista. Essas obstinações de Alzheimer tinham a ver com o fato de que ele, de acordo com Lage¹², “estava convencido de que as enfermidades mentais eram enfermidades do cérebro”. Posição explicitamente contrastante com a “naquela época poderosa teoria psicanalítica de Freud, que atribuía os transtornos mentais a experiências psicológicas traumatizantes durante a infância”¹³. De fato, em 1903, quando em Munique com o

¹¹A DA é uma patologia neurológica incurável e de origem desconhecida. Nesse quadro, células do cérebro são destruídas lenta e progressivamente.

¹²As traduções, presentes nesta tese, foram feitas por mim. Esclareço, também, que paginas de citações do trabalho de Lage não poderão ser mencionadas por tratar-se de texto on-line, não numerado.

¹³Note-se que configurada já está a oposição entre aqueles que advogam em favor de uma concepção orgânica dos fenômenos psíquicos, como Kraepelin e Alzheimer, e uma tendência que a ela se opõe, com Freud, que

Professor Emil Kraepelin e com médicos em formação (italianos, poloneses, alemães, russos e espanhóis), Alzheimer se dedica ao “*estudo da anatomia patológica da psicose*”.

Comprometido com as tarefas acima, Alzheimer acompanha, entre 1901 e 1906, a Sra. Auguste D. – paciente cuja fala pudemos contemplar nos segmentos 1 e 2, apresentados na Introdução. Para Lage (2004), os relatos do Dr. Alzheimer deixam bastante claro que “Auguste sofria de sério transtorno de linguagem, falta de compreensão, pobreza de linguagem e evidente desorganização sintática ao expressar suas idéias”. Em 1906, após a morte da Sra. Auguste D., ele apresentou a conferência “Sobre uma enfermidade específica do córtex cerebral”: afirmou ter descoberto uma *patologia neurológica*, que evoluía com *demência* e cujos sintomas principais eram: déficit de memória, alterações do funcionamento mental (pensamento e a fala, desorientação no tempo e no espaço), alterações de comportamento (mudanças de humor) e incapacidade para as atividades rotineiras. O exame anatomopatológico do tecido cerebral, de acordo com ele, revelou a presença de placas senis e de novos neurofibrilares. Nove anos mais tarde, em 1910, surge o termo “*Mal de Alzheimer*” ou “*Doença de Alzheimer*”, quando Emil Kraepelin, em seu “Tratado de Psiquiatria”, descreve os achados do médico alemão e cunha a patologia com seu nome.

Hoje, a DA, como já apontado, responde por mais de 50% dos diagnósticos de demência, quadro que costuma ser também nomeado por termos como: “*senilidade*”, “*caduquice*” ou “*esclerose*” (BERTOLUCCI, 2005, p. 301). No *Dicionário Aurélio da língua portuguesa*, um sujeito dito:

1) *esclerosado* é aquele acometido por “*esclerose*”: um “*endurecimento em um órgão* que tenha acometido tecido conjuntivo intersticial”; já o

buscava uma coerência própria desses fenômenos no sentido de que eles não poderiam ser reduzidos a um componente orgânico.

2) *senil*, é aquele no qual se observa uma “*fraqueza intelectual* resultante da *velhice*”; por último, temos

3) o *caduco*, que corresponde àquele que “*perdeu em parte a razão*, o tino, em consequência de idade avançada e/ou por outra razão”.

Como se vê, esses termos apontam, em seqüência, para: uma patologia vascular; um rebaixamento da inteligência necessariamente associado à idade; uma perda parcial da capacidade de julgar, de compreender, de avaliar, de ponderar; perda parcial do bom senso e do discernimento que não necessariamente estão associadas à idade. *Demência* vem do latim *de-mentis* que quer dizer “sem mente” e, ao longo da história da Medicina, esse termo, como afirma Goldfarb, “foi usado de diversas maneiras, sempre em relação à *perda da razão e da memória*” (2004, p. 49 – ênfase minha). De fato, “*dementia*” ou “*amentia*” historicamente se associa mesmo a uma pluralidade de sentidos (ligados ou não à velhice). Atualmente, demência é “síndrome”: um conjunto de sinais e sintomas clínicos que podem estar associados a diferentes patologias cerebrais. Na DA, a demência reflete uma *progressiva deterioração das funções cognitivas*. Ela é, de fato, definida em Bertolucci (2005) como:

uma *progressiva* alteração de *pelo menos duas áreas da cognição* (uma delas sendo tipicamente a memória) e do comportamento, com intensidade suficiente para interferir no funcionamento pessoal, social e profissional (p.301 – ênfases minhas).

A definição acima é compatível o que encontramos no *Manual diagnóstico e estatístico de doenças mentais* (DSM IV)¹⁴; manual que

¹⁴Seu princípio básico é o de “elencar características específicas pela descrição de sintomas, por patologia” (NOVAES, 1996: 29), características que foram obtidas a partir de critérios estatísticos que apreendem desvios em relação a um padrão (também obtido estatisticamente). Recorro novamente a Novaes quando diz que “impossibilitada de encontrar as causas das doenças mentais, a Psiquiatria vai recorrer a uma base de diagnóstico e de classificação fundamentalmente estatística” (Ibid., p. 28).

descreve quadros patológicos mentais e que serve de referência para médicos brasileiros. Note-se que, pela definição, a DA é progressiva e ligada à perda da memória e da razão, conforme apontado em Goldfarb. A expressão enfatizada acima, “pelo menos duas áreas da cognição – uma delas sendo a memória”, assinala a natureza da alteração fundamental que circunscreve a demência (e a DA) – ela é *cognitiva, mental* -, sendo que a *memória* obrigatoriamente deve estar alterada: “um comprometimento de memória é *necessário* para fazer um diagnóstico de demência” (DSM IV). Isso importa na medida em que, na DA, a *linguagem* é uma outra função cognitiva que pode (ou não) estar comprometida. Em Murdoch (1997) encontramos que alterações de linguagem, conjugadas às de memória, podem ser observadas em todos os estágios da DA. Tais alterações obedecem à evolução progressiva das deteriorações: a linguagem pode mesmo desaparecer no estágio mais grave da doença. Explicações em que os sintomas na fala aparecem articulados (como conseqüentes) à deterioração da memória, não são raras no campo da Medicina e da Fonoaudiologia: de fato, é um raciocínio organicista sobre a linguagem que se impõe na quase totalidade das pesquisas médicas, psicológicas e fonoaudiológicas. Nele, a linguagem e os sintomas na fala não vão muito além de mera manifestação seja da “saúde” seja da “patologia” de uma estrutura orgânica e de capacidades intelectuais¹⁵.

Nos tempos atuais, os neurologistas sustentam que, para o diagnóstico confirmativo de DA, é imprescindível a constatação da presença de alterações anátomo-patológicas, que se mostrem compatíveis com a descrição orgânica da DA - o que, diga-se, só é possível mediante biópsia do tecido cerebral. Tal exame é, contudo, evitado por ser considerado de grande risco. Por essa razão, para médicos, o *diagnóstico*

¹⁵Discussões aprofundadas sobre a causalidade organismo→linguagem, que é típica do pensamento médico, encontram-se nos trabalhos de Fonseca, S. (1995, 2002); Andrade, L.M. (2003); Landi, R. (2000); Faria, V.O. (2003).

será sempre clínico (como é o de demência) e de “provável DA”. Ele inclui testagem cognitiva (comumente é aplicado o Mini Exame do Estado Mental – MEEM¹⁶), avaliação neurológica e exames (de sangue e de imagem). Atestada a presença de demência, realiza-se, na seqüência, o diagnóstico diferencial (através de exames de sangue e de imagem) para detecção da doença de base – diz-se, por isso, que *o diagnóstico de DA é feito por exclusão*: “outras causas para os déficits cognitivos devem ser descartadas primeiro” (DSM IV).

Chamo atenção para a longa citação a seguir, que apresentarei sob a forma de itens:

¹⁶O MEEM, teste amplamente utilizado com pacientes demenciados, inclui provas que visam à testagem das ditas “habilidades cognitivas”. Nele, a “habilidade de linguagem” é contemplada nos aspectos referentes à produção e à compreensão (tanto nas modalidades oral, quanto escrita).

A característica essencial de uma demência é:

(1) o desenvolvimento de *múltiplos déficits cognitivos*, que incluem comprometimento de *memória* e pelo menos uma das seguintes perturbações cognitivas: *afasia*, *apraxia*, *agnosia*, ou uma *perturbação do funcionamento executivo* [...]

(2) um comprometimento de memória é necessário para fazer o diagnóstico de demência [...]

→ a memória pode ser testada formalmente *pedindo à pessoa que registre, retenha, recorde e reconheça informações*. [...] pode ser avaliada pedindo ao indivíduo que *memorize uma lista de palavras*. O indivíduo é solicitado a *repetir as palavras* (registro), *recordar a informação* [palavras] após alguns minutos (retenção, recordação) e *reconhecer as palavras* a partir de uma lista múltipla (reconhecimento) [...]

→ a memória remota pode ser testada pedindo ao indivíduo que *recorde informações* pessoais ou coisas do passado que ele achava interessantes.

(3) [...] A deterioração das funções da linguagem pode manifestar-se por dificuldades de evocação de nomes de pessoas e de objetos, [...]

→ o discurso pode tornar-se digressivo ou vazio, com longos circunlóquios e uso excessivo de termos indefinidos como “coisa e “aquilo” [...]

→ a linguagem é testada solicitando ao indivíduo que *nomeie objetos* [...] *obedeça comandos* [...] ou *repita frases* simples. [...]

(4) O prejuízo no pensamento abstrato pode ser manifestado por dificuldades em lidar com informações novas e complexas.

→ A capacidade de abstração pode ser formalmente avaliada pedindo à pessoa que *encontre semelhanças e diferenças entre palavras* relacionadas. [...]

→ Os testes de função cognitiva incluem pedir ao indivíduo que *conte* até dez, *recite* o alfabeto, subtraia séries de 7's, *diga nomes* de tantos animais quanto possa em 1 minuto, ou desenhe uma linha contínua que consiste de *m's e n's* alternados (DSM IV).

A citação acima deixa explícito que tanto a avaliação cognitiva, quanto a verificação de eventuais déficits (de memória e outros) - indispensáveis ao diagnóstico da DA -, *não pode ignorar a linguagem*. A cognição, necessariamente concebida como espaço mental interno, é insondável em si mesma. É imprescindível para fins científicos ou clínicos um meio material de manifestação, uma empiria, que sirva para firmar ou infirmar hipóteses sobre a condição de seus elementos componentes – as ditas “funções mentais superiores” (atenção, memória, pensamento). Classicamente, esta matéria é a linguagem. Compreende-se, então, que ela seja, via de regra, reduzida a “comportamento, visível, exterior, concreto” (HAROCHE, 1988, apud NOVAES, 1996: 22) e assumida como passível de ser controlada. Nesse sentido é possível afirmar, com Novaes, que no diagnóstico da DA, a relação médico-paciente “é da ordem da fala e da escuta” (1996: 24). A autora, que estudou as falas na esquizofrenia, faz essa afirmação partindo do fato de que “é no universo do dizer que a loucura mostra a sua cara”: na fala delirante do paciente. Esclareço que a extensão que faço não pretende assimilar “DA” e “esquizofrenia”, mas apenas assinalar que o procedimento diagnóstico apóia-se numa relação fala-escuta, ou seja, numa relação lingüística. Conto, aqui também, com uma afirmação desta pesquisadora: “não é só no diagnóstico da esquizofrenia que o dizer desempenha um papel de instrumento diagnóstico de doenças: as consultas médicas passam por aquilo que o paciente diz” (1996: 41).

Podemos reconhecer nessa relação cognição-linguagem a estrutura clássica do signo, como uma entidade em que *um visível* permite inferir *um invisível*¹⁷. A relação é referencial – uma produção desviante sensível é referente de déficit mental invisível. Tal relação deve ser concebida como transparente, caso contrário os métodos empregados para avaliar cognição seriam inválidos. Paradoxal é que mesmo de um lugar de menor importância, a linguagem impõe-se como necessidade no diagnóstico da

DA. Foi precisamente por essa razão que concordei com Novaes, citada acima, quando disse que a relação médico paciente é da ordem da fala e da escuta. Contudo, é preciso sublinhar que, no espaço da clínica médica, fala-escuta têm um caráter bastante peculiar. Vejamos, então, qual é essa especificidade.

Como vimos, acima, o *diagnóstico de DA é clínico*, ou seja, exames laboratoriais ou de imagem, podem estar normais. No exame clínico, o médico deve atestar os déficits, previamente elencados num manual¹⁷. Suponhamos, então, que um médico pretenda avaliar as capacidades intelectuais de um paciente com suspeita de demência. Para isso, como lemos na citação acima, ele aplica um teste: dirige perguntas ao paciente e solicita a realização que realize de certas ações. Tanto pergunta, quanto solicitação, são veiculadas pela linguagem, entretanto, trata-se de um diálogo que pode ser caracterizado como um jogo de cartas marcadas porque a “fala/escuta” do médico é regulada, como bem assinalou Novaes, “por um conjunto de regras e de procedimentos de observação cuja codificação é rigorosa” (Ibid., p. 22). O médico é, para o bem e para o mal, “um porta-voz” – ele não questiona o saber da Medicina, “a seu ver existe um saber suscetível de dar conta da impotência, não um saber obscuro [...] das práticas religiosas ou rituais (preces, oferendas, sacrifícios)”, como disse Clavreul (1978, p. 79). Na verdade, o que está em causa é a submissão a um método que lhe permite agir: ele – o método – que assenta a posição (a fala-escuta) do clínico e o dirige “para a procura de algo que ele tem a expectativa [ou a certeza] de encontrar [...suas] *perguntas são dirigidas aos sintomas*, e não ao paciente. As perguntas são *orientadas pelos sintomas*. A *antecipação* das confirmações já está nas perguntas” (Ibid., p. 31 – ênfases minhas). O médico sabe de antemão o que deve procurar e o que vai encontrar. Nos testes, não há mesmo espaço para subjetividades, pois todo o saber fica concentrado, depositado, no

¹⁷Essa questão será discutida no capítulo 2.0 do segundo capítulo.

¹⁸Utilizo uma paráfrase do que disse Novaes (1996: 29) com relação à esquizofrenia, para afirmar o seguinte: dizer que um indivíduo apresenta DA significa dizer que ele apresenta uma série de manifestações que segundo o manual de diagnóstico se enquadram na entidade patológica “Doença de Alzheimer”.

instrumento. (FONSECA, 2002; LIER-DEVITTO, 2006). Numa situação de testagem, paciente e clínico submetem-se a uma “morte subjetiva”. Na relação com a linguagem, um sujeito vive e isso interessa a um clínico de linguagem. Na Medicina, as alterações lingüísticas embora não ignoradas, e até mesmo valorizadas, são apenas “sinais” de prejuízo cognitivo ou orgânico. Isso porque é da natureza deste espaço, um raciocínio causal e etiológico que, digamos, é possível de ser conduzido à revelia de aspectos lingüísticos (ver FONSECA, 2002 e FARIA, 2003) . Alzheimer, o “psiquiatra do microscópio” – com ênfase em “microscópio, não foi diferente quanto a isso: a linguagem ajuda, mas não resolve.

Contudo, como *nenhum saber é todo* (MILNER, 1987), aquilo que ele conquista é vítima de uma verdade: algo sempre fica por ser dito. Pode-se entender porque para mim, neste trabalho, interessa refletir sobre a linguagem e suas perturbações nas demências. Acredito, de fato, na afirmação de que “a etiologia não esgota a questão” (FONSECA, 2002). A *linguagem* na DA impulsiona as discussões desta tese. Cabe dizer, como justificativa clínica, que a procura e o encaminhamento desses pacientes à clínica fonoaudiológica tem sido crescente e é preciso responder sim ou não a esta demanda e, para tanto, falas de pacientes demenciados devem ser alçadas ao estatuto de questão. Investigações de fonoaudiólogas começam a surgir e serão contempladas neste trabalho. Na exploração desta literatura, confrontei-me com trabalhos fortemente atados ao raciocínio médico sobre a linguagem, acima mencionado. Aliás, não é mesmo incomum trabalhos de fonoaudiólogas escritos em co-autoria com neurologistas, como pude constatar. Não posso dizer que me surpreendi – na verdade, esta é uma tradição da Fonoaudiologia. Mas seguindo um compromisso necessário e antigo com a linguagem e com a clínica de linguagem, coloco-me na trilha de uma reflexão que é bastante outra.

1.2 Ponto de encontro: médicos e fonoaudiólogos

Em “Distúrbios de linguagem nas demências”, os médicos Paulo Caramelli e Ricardo Nitrini, em conjunto com a fonoaudióloga Letícia Mansur, afirmam que a linguagem dos pacientes com DA, encontra-se alterada já nos estágios mais primitivos da doença. Como se pode ver, pesquisadores brasileiros não fazem diferença em relação ao cenário apresentado no item anterior: tomam por base a mesma temática (clínica ou teórica) e desenvolvem o mesmo tipo de argumentação, seja a respeito da relevância das funções cognitivas, seja a respeito da linguagem. Como dizem eles, as dificuldades detectadas pelas provas de linguagem:

podem estar influenciadas por fatores extra-lingüísticos relacionados à memória [...] e à organização do material verbal, que *inclui a integração de habilidades não-lingüísticas como memória e funções visuais* (1996: 228 – ênfase minha).

Frente a tal colocação, deve-se inferir que o adequado funcionamento da linguagem implica o funcionamento preciso da razão, da inteligência, da cognição¹⁹. A esse respeito, destaco novamente a articulação entre fala e cognição presente na citação: os pesquisadores deixam claro que o que ocorre na fala é sinal representativo do que se passa na cognição – a perturbação da *memória* pode ser a causa de alteração na fala.

Especificamente no que concerne à fala, esses autores entendem que, embora ela se mostre *fluente e preservada nos seus aspectos fonológico e sintático* (opinião partilhada pela maioria dos trabalhos), o componente semântico apresenta problemas evidentes: desde o estágio

¹⁹Recorro, aqui, às definições de dicionário, apresentadas na Introdução.

inicial, observam-se, sustentam eles, dificuldades notáveis de evocar palavras (*word-finding difficulty*). Procedimentos formais de avaliação (provas de denominação por confrontação visual e de fluência verbal), atestam a presença da *anomia*²⁰. Os pacientes cometem erros “de categoria coordenada (martelo – chave de fenda), supra-ordenação (cão – animal), uso de termos associados (pão – manteiga), erros por similaridade visual (cinto – cobra) ou respostas não relacionadas (gato – lâmpada)” (MANSUR & RADANOVIC, 2004: 235). Cabe assinalar que as categorias utilizadas para descrever substituições na fala de pacientes, não são lingüísticas. Essa pontuação é de interesse para este trabalho, uma vez que afirmo a ausência de uma reflexão lingüística sobre a linguagem ou sobre a fala nos estudos médicos e/ou fonoaudiológicos sobre a DA. Ela importa, também, porque reconhecer este estado de coisas, abre a possibilidade de “dizer mais”, como indiquei acima – o que, a meu ver, contribui não só para o debate científico, mas e acima de tudo, pode beneficiar os pacientes na clínica.

O que comentarei a seguir, será privilegiado nesta tese: refiro-me à questão da **referência**. Caramelli, Nittrini e Mansur, assinalam que a anomia acarreta um déficit que se traduz numa fala *pobre de referências*²¹. Eles dizem que ela é carente de “substantivos”. De acordo com os autores, a dificuldade de evocação, além de tudo, desencadearia, no paciente, “*comportamentos compensatórios ou mecanismos paliativos*” (...): “circunlocuções, de termos vagos, (“coisa”, “negócio”), de termos relacionados ao alvo, porém genéricos, porém relacionados com a palavra pretendida, (“bicho” ao invés de “gato” ou “cachorro”)” (1996: 228), Essas “estratégias”, segundo afirmam, têm a função de suplantar dificuldades: elas promoveriam aumento quantitativo da produção oral – *verbosidade* ou “uso de um maior número de

²⁰Uma diminuição do vocabulário que, na DA, apresenta-se de maneira seletiva: as palavras que apresentam uma baixa frequência de ocorrência na linguagem espontânea encontram-se mais comprometidas.

²¹O que se vê na literatura é que esta alteração não pode ser atribuída a um “esquecimento generalizado” (*general forgetfulness* – ALMOR et AL, 1999) que faz com que o paciente esqueça que precisa referir. Isso porque se observa que dificuldade permanece na presença da referência, no caso um objeto ou sua figura.

palavras durante a expressão de conteúdos” (Ibid., p. 228). Essa verbosidade não é, acrescentam os autores, um traço sintomático uma vez que ocorre, igualmente, na fala de sujeitos sadios. A diferença entre sujeitos com DA e sadios não é, como se vê, quantitativa. Ela só poderá ser, então, qualitativa: as estratégias compensatórias “garantem o fluxo de produção da fala”, mas elas “promovem um esvaziamento qualitativo” (Ibid., p. 228), ou seja, levem à perda de sentido. A fala se torna, então, pouco informativa/comunicativa. Na literatura sobre a DA ela é, adequadamente, a meu ver, denominada de **fala vazia** – *empty speech* (ALMOR, KEMPLER, MACDONALD, ANDERSEN e TYLER, 1999).

Gostaria de destacar, neste momento, pontos importantes para a discussão desta tese. Na exposição acima, foram identificadas certas características sintomáticas e não-sintomáticas da fala de sujeitos com DA. Vimos que, de um lado, ela é *fala fluente* (sentido quantitativo) e *sem* alterações sintáticas e fonológicas evidentes. De outro lado, há *déficit de nomeação* atestado em procedimento de confrontação visual. Faz-se menção, ainda, a *fala pouco comunicativa*, carente de referências e marcada por *substituições* da palavra-alvo. Todos esses acontecimentos são remetidos a constatação de vocabulário deficiente. Chamo a atenção para três pontos-chave: 1) a *escassez de referências*, ou “fala vazia”; 2) a *alteração de nomeação* dos testes, ou “anomia”; 3) as *substituições entre palavras*, tanto na fala espontânea, quanto nas respostas aos testes padronizados. Passemos, então, às considerações que farei sobre anomia e fala vazia. Quanto às substituições, elas serão comentadas no tratamento dos sintomas, já que são operações (não sintomas). Antes, porém, apresento num esquema descrição da fala na DA conforme Caramelli, Nitrini e Mansur:

DESCRIÇÃO DA FALA DE PACIENTES COM ALZHEIMER

(Bayles et al., 1989). Além do mais, referentes que pertencem a categorias específicas tais como “seres vivos” (living things) são mais afetados do que outros que pertencem a outras categorias.

Aspectos gerais da fala	Sintomas
<i>Fluente</i>	<i>Anomia</i>
<i>Preservada nos aspectos sintático e fonológico</i>	<i>Fala vazia</i>
<i>Verbosidade</i>	<i>Dificuldades de evocação</i>
<i>Substituições entre termos particulares por genéricos, entre termos relacionados e outras</i>	

1.2.1 – Anomia e fala vazia: os sintomas na DA

1.2.2 – Sobre anomia

Um ponto *consensual* nos trabalhos que discutem a anomia na DA é p de que ela é o sintoma lingüístico *principal* e mais *evidente*. O ponto *polêmico* remete à *natureza* da anomia. De forma geral, podemos agrupar os trabalhos e dois grupos:

- 1) a anomia é decorrente de perturbações *perceptuais* (prejuízos no reconhecimento visual);
- 2) a anomia é déficits de *processamento semântico-lexical* (*perda* da informação semântica e dificuldades em *acessar* o sistema lexical).

Lawson e Baker (1968) e de Rochford (1971) estão entre aqueles que defendem a existência de *alteração perceptual*. Apoiados em resultados de experimentos, eles afirmam que a *percepção* do paciente com Alzheimer está desajustada (*off-course*)²². Schwartz, Marin e Saffan (1979), diferentemente, postulam problemas de processamento da informação, também apoiados em resultados de experimentos²³. Na mesma direção,

²²Kirsner, Webb e Kelly (1982) investigaram a validade da hipótese de alteração perceptual. Para isso, solicitaram dos pacientes que realizassem a *nomeação* de estímulos que implicavam *níveis hierárquicos de abstração*: 40 objetos, 40 fotos e 40 desenhos dos mesmos objetos. Os resultados mostram um aumento dos erros de acordo com o nível de abstração da figura em ambos os grupos (DA e controle). A hipótese de alteração perceptual foi descartada uma vez que os pacientes com DA cometeram menos erros decorrentes de possíveis "falhas perceptuais" do que os sujeitos do grupo controle - o que, segundo os autores, demonstra não haver relação entre percepção visual e déficit de nomeação, tal como proposto por Lawson e Baker (1968) Rochford (1971).

²³A posição desses autores assenta-se em testagem realizada. Eles acompanharam a degeneração da habilidade de nomeação de uma paciente portadora de demência. Realizaram uma testagem, primeiramente, mediante a apresentação de fotos coloridas de objetos domésticos: observaram os itens que não foram nomeados pela paciente tiveram sua função demonstrada através de gestos. Os gestos, dizem, atestam o reconhecimento visual do objeto. Em momento posterior, mediante a apresentação simultânea de cinco nomes – a palavra-alvo, dois sem relação com o objeto, um similar ortográfica e fonologicamente à palavra-alvo e, o último, de mesma classe semântica à do estímulo. Observaram, nas primeiras testagens, que a paciente selecionou o distrator de *mesma classe semântica* em 85% dos casos, escore que, posteriormente, caiu para 61%. Com base nesses resultados, os investigadores concluíram que a paciente teve uma *perda lexical* conseqüente a uma perda progressiva das *características semânticas dos objetos*. Para esses autores, se o paciente com demência

Wilson, Kaszniak, Fox, Garron e Ratusnik (1981) defendem que os erros de nomeação pertencem à mesma *classe semântica* e, concluem, portanto, que o problema da anomia é semântico. Segundo eles, as respostas dos pacientes (os itens lexicais selecionados) tornam-se cada vez menos relacionadas ao referente, porque antes da degradação completa do componente semântico, vão se diluindo gradualmente seus atributos mais específicos e distintivos. Quanto a Murdoch et al. (1988), que se alinha igualmente ao lado dos pesquisadores referidos acima, os pacientes não têm uma perda de informações. Na verdade, eles são incapazes *selecionar o lexema correspondente ao objeto apresentado*. Não é muito diferente o que pensam Grober et al., (1985) e Martin et al., (1985) que apelam para prejuízos na memória. O trabalho da fonoaudióloga brasileira Ortiz, juntamente com o neurologista Bertolucci, testa as hipóteses explicativas da anomia e concluem não se tratar de *perda da informação semântica*. Eles também apontam para o fato de que certos sintomas dos pacientes relacionam-se a *prejuízo na memória, mais especificamente na memória de trabalho*, definida como a habilidade de sustentar tipos distintos de informação durante operações cognitivas (ALMOR et AL., 1999)²⁴.

As hipóteses apresentadas remetem ou à percepção ou à memória (ou a ambas). Entenda-se com Lezak que memória é “habilidade para registrar, armazenar e evocar informações” (apud ÁVILA, 2004, p.18), ou seja, é espaço de *estocagem*, de armazenamento de informações, o que significa dizer que as pesquisas sobre a anomia e a fala vazia na DA mencionam o lingüístico (estruturas fonológicas, sintáticas e semânticas), mas não

tivesse problema com o sinal visual, então seus erros seriam mais aleatórios e, apenas de maneira eventual, estariam ligados semanticamente ao estímulo apresentado.

²⁴Aproveito esse espaço de notas para insistir, sem ser exaustiva no corpo do texto desta tese, que nomear” implica a necessidade de (a) *análise visual do estímulo*, para (b) *identificação* de suas propriedades semânticas mais relevantes (propriedades físicas dos referentes, que o definem e distinguem de outros objetos) e, finalmente, (c) a realização do *pareamento/seleção* do nome/lexema que lhe é correspondente. As hipóteses explicativas da anomia, como vimos, a relacionam as perturbações nesse processo a problemas distintos: de *percepção* – reconhecimento visual; de *desorganização* no armazenamento das informações

ultrapassam o pressuposto de que língua é *nomenclatura*: um conjunto de termos que rotulam idéias ou conceitos (daí que o significado é algo totalmente independente da linguagem). Isso, inevitavelmente, simboliza o afastamento das teorizações mais contundentes e produtivas da Lingüística. Feita esta pontuação, e antes de passar às palavras vazias, convém dizer que independentemente de se a posição do pesquisador é mais perceptualista, ou mais mentalista, elas convergem em dois pontos centrais, quais sejam ambas apelam para:

1) *denotação* ou “relações entre um *nome* e a *coisa* nomeada” (LYONS, 1077/1996, p. 206). Neste caso, estamos frente a uma teoria referencial (ou denotacional): o significado *refere, ou denota, ou representa*, seja um indivíduo, seja uma classe;

2) o léxico está representado/estocado na mente dos sujeitos – daí falar em “léxico mental”. Neste caso, estamos frente a uma teoria ideacional (ou mentalista): o significado é a *idéia* ou conceito.

O que se pode retirar das abordagens seja da anomia seja da fala vazia, que veremos a seguir, é que tanto para perceptualistas quanto para mentalistas a língua é *nomenclatura*²⁵, e esta é uma concepção extremamente reducionista da linguagem. Passemos, então, para a fala vazia ... em que não encontraremos muita diferença.

semânticas; *perda* das propriedades que definem os objetos (ambas remete à *memória*); *incapacidade cognitiva* de selecionar a palavra correta.

²⁵Tal entendimento sobre a linguagem não é, entretanto, contemporâneo às pesquisas sobre a linguagem na DA: ele nasce no seio dos estudos filosóficos do ocidente e é praticamente tão antigo quanto estes; apesar de algumas modificações, que poderemos ver nesta tese, ele atravessa toda a construção do pensamento ocidental sobre a linguagem até a ruptura promovida pelo trabalho de Saussure.

1.2.3 – Sobre fala vazia

Médicos e fonoaudiólogos, de fato, assumem que:

o uso da linguagem depende de conhecimentos múltiplos, incluindo *sistemas de informação lingüística e sistemas de informação conceptual e perceptual não lingüísticos*. Os conhecimentos são *expressos* através das estruturas fonológicas, sintáticas, semânticas e discursivas. (ORTIZ e BERTOLUCCI, 2005, p. 311 – ênfases minhas).

Nesta citação, encontramos outro pilar sobre o qual se apóia a noção de uso da linguagem. Até aqui, havíamos visto que a fala é *senal* de estados e condições orgânicas (sadias ou patológicas), que ela é, também, uma função da cognição (de expressão de experiências, conhecimentos e julgamentos). Neste momento, nos deparamos com outra de suas características: ela depende de informação perceptual, ou seja, externa . De fato, diz-se que o “uso da linguagem” sustenta-se em “sistemas de informação lingüística e não-lingüística”. Sendo assim, ela não dispensa o que lhe dá suporte: (1) sistemas de *informação conceitual* e perceptual (conhecimentos *não lingüísticos* altamente organizados) e (2) sistemas de *informação lingüística* (conhecimento *lingüístico*). Não se questiona nesses campos – Medicina e Fonoaudiologia – que sintaxe, fonologia e semântica sejam “conhecimentos” – são conhecimentos e também instrumentos de uso. Embora não se esclareça a natureza da relação entre essas duas instâncias – os processos que as relacionam – sem o *uso* (a manifestação de fala) não seria possível fazer qualquer inferência a respeito de déficits cognitivos (a cognição é não-observável!). Enquanto “uso” a linguagem é instrumento e, deve-se perguntar: “a serviço de quê”? Como vimos, de conhecimentos internos e de conhecimentos externos – no primeiro caso, ela tem *função de representação* e, no segundo, *referencial/designativa*. Os

sintomas serão, assim, *dificuldades de evocação* ou *anomia e esvaziamentos de significado*, respectivamente.

A “fala vazia” é definida como uma fala que apresenta uma alta proporção de palavras e expressões que comunicam pouca, ou nenhuma, informação²⁶, em razão do excessivo número de palavras “vazias” – palavras como “coisa”, “negócio” e dêiticos como “isso”, “aquilo”, “aqui”, etc. De acordo com Almor et al. (1999), pronomes, na linguagem de indivíduos sadios, têm seu uso restrito a situações bastante específicas como, por exemplo, aquelas em que há *saliência do referente* para falante e ouvinte; quando esse não é o caso, dizem eles, devem ser utilizadas palavras “cheias”, tidas como “*mais informativas*”: substantivos e adjetivos (*full NPs*). A fala do paciente com DA é “vazia” porque foge a essa característica que marca a fala normal. Neste momento, apenas pontuo que, nesses estudos, o “significado” de um termo é identificado a propriedades externas à linguagem.

Deve-se assinalar que não há debate entre os autores sobre a assunção de que a fala vazia é marca característica da DA²⁷. Reconheço ser esta uma observação clínica pertinente e importante. Há fala vazia, isso não se discute, mas sua explicação suscita debate no campo. Vejamos. Para Caramelli, Nitrini e Mansur, a *fala vazia* na DA decorre de estratégias compensatórias e de substituições na fala, que decorrem da *anomia*. A correlação entre fala vazia e anomia é pertinente porque, dizem eles, os sintomas têm uma causa comum: a *degradação do sistema semântico*, ou seja, dizem eles, alterações no processamento da informação semântica promovem falhas na *seleção lexical* e o paciente não consegue *evocar* a palavra pretendida. Então, durante a produção de uma sentença,

²⁶HUTCHINSON & JENSEN, 1980; KEMPLER, 1995; NICHOLAS, OBLER, ALBERT & ESTABROOKS-HELM, 1985; RIPICH & TERREL, 1988; ULATOWSKA, ALLARD & DONNELL, 1988, apud ALMOR, KEMPLER, MACDONALD, ANDERSEN, TYLER, 1999.

²⁷Recordo o leitor de que ela é citada pelo DSM IV: “o discurso pode tornar-se digressivo ou vazio, com longos circunlóquios e uso excessivo de termos indefinidos como “coisa” e aquilo”.

ou nomeação de uma figura, ocorrerá a substituição da “palavra-alvo” por uma outra mais freqüentemente utilizada e, por isso, dizem, mais fácil de evocar. A hipótese dos autores prevê que “*palavras vazias*” (coisa, negócio, isso, ele, etc.) são “preferidas” pelos doentes (lembramos a correlação freqüência de ocorrência → maior facilidade de uso → perda de sentido).

Outros autores, como Almor et al. (1999), discordam da hipótese da perda semântica porque ela não pode ser comprovada do ponto de vista empírico, ou seja, não se encontrou correlação positiva entre “falhas de evocação” e “fala vazia”²⁸. Teoricamente, diz Almor, o problema está em que a explicação para a ocorrência de déficits de nomeação, quando aplicada à fala vazia, não leva em conta *diferenças cruciais* como as que existem entre *nomear figuras e sustentar uma conversação*²⁹: produzir e/ou compreender a fala implica *sustentar e manejar um grande volume de informações*, por essa razão é que, dizem, diz-se, esses processos são dependentes da *memória de trabalho*. Resumidamente, o que Almor assinala é que a tarefa de nomear figuras recorre mais à memória de longo prazo e uma conversa espontânea à memória de trabalho – uma distinção fundamental, segundo o autor, que é ignorada por pesquisadores que defendem a hipótese de perda semântica.

²⁸A fala vazia é avaliada através de medidas que levam em conta categorias que contribuem para uma fala “não-informativa”. Entre elas, por exemplo, temos 1) os termos indefinidos: nomes altamente inespecíficos (e.g. “coisa”, “negócio”, “tralha”); 2) termos dêiticos; 3) pronomes sem antecedentes; 4) neologismos. Assume-se que quanto maior for o número dessas categorias na fala do sujeito (numa prova de descrever uma figura, por exemplo) menos informativa, ou mais vazia, será essa fala.

²⁹Isso porque, diz Almor, ao nomear figuras o sujeito, geralmente, necessita realizar apenas a *ativação* da informação fonológica na *memória semântica* de longo prazo; 2) durante a *conversação*, diferentemente, outras demandas cognitivas são criadas: o sujeito raramente conta com pistas visuais fortes e deve, ainda, lidar com uma série de requerimentos colocados pelo contexto lingüístico. Por exemplo, ao produzir palavras durante a conversação o falante precisa *lembrar* o que está sendo dito enquanto processa a fala – assim, quando pensa em dizer “*ontem eu fui ver meu filho*” deve lembrar do referente “*meu filho*” enquanto diz: “*ontem eu fui ver...*”. Além disso, durante a conversação são realizadas repetidas menções a um mesmo referente já que a referência anafórica repetida é parte importante de uma fala coerente e bem estruturada. Note-se que as diferenças entre nomear e referir, dizem respeito fundamentalmente a incrementos de processos relativos à memória: *grosso modo*, conversar requer mais (outras) tarefas mnêmicas do que nomear; essa pontuação ficará mais evidente na exposição a seguir.

Isso posto, eles propõem que o *déficit fundamental* na fala vazia decorre de uma rápida degradação da *memória de trabalho*, que se manifesta como uma pressão por substituição do termo pretendido por outro. Em outras palavras, e para ser mais clara, no momento da seleção lexical a *representação*, já parcialmente desligada da informação semântica, permitiria ao paciente evocar apenas a representação mais geral. Esta é uma explicação alternativa para a alta frequência de palavras vazias na fala³⁰. Este déficit prejudicará, portanto, dizem os autores, o *processamento da referência no discurso* (que é, como já disse, questão nesta tese).

Levando em conta a explicação, apresentada por Almor, não será impróprio concluir que a noção de *referência* mobilizada em seu trabalho articula-se à:

- 1) *representação mental* – o significado de uma palavra corresponde a conceitos e propriedades internalizadas, representadas;
- 2) *designação* – uma palavra associa-se a certas propriedades e, quando proferida, pode *particularizar uma entidade* no mundo.

Note-se, além do mais, que a relação linguagem e mundo se aplica aos dois pontos considerados como problemáticos/sintomáticos na DA: 1) nomear figuras nos testes, e 2) referir na fala, já que trata-se mesmo de estabelecer, como ensina Lyons, a “relação entre um lexema e pessoas, coisas, lugares, propriedades e atividades *externas ao sistema da linguagem*” (1977: 207 – ênfase minha). Vistas por esse prisma, *nomear* (nos testes) e *referir* (na fala) são tarefas muito similares, senão idênticas. Além do mais, os traços definitórios do significado dos itens lexicais, dizem respeito às

³⁰Almor et al., afirmam que sua hipótese é reafirmada por experimentos que constataram que sujeitos com DA, gradativamente perdem as propriedades mais específicas dos referentes – aquelas idiossincráticas que o distinguem dos demais da mesma categoria semântica (GONNERMAN et al., 1997) – por essa razão o termo “poodle” será substituído por “cachorro” e, posteriormente, por “animal”.

propriedades ou características dos referentes externos ao sistema lingüístico – objetos pertencentes a uma mesma classe ou mesmo a um indivíduo particular da classe. Em outras palavras, pode-se dizer que “conhecer” o significado (ou sentido) de uma palavra é conhecer as propriedades daquilo que ela *denota*³¹. Por ora, gostaria de assinalar que “referência” e “denotação”, assim como “significado” e “sentido”, são sinônimos. Estes trabalhos não saem de um mesmo solo explicativo, o que ofusca a necessidade de distinções anomia e fala vazia. É certo que a relação entre nome e aquilo que ele significa (a idéia ou a coisa denotada) tem certa estabilidade, mas nos trabalhos sobre a anomia e a fala vazia não há menção à diferença entre “denotar” e “referir”. Contudo, elas são “duas formas bastante diferentes da língua pescar o mundo” (LYONS, 1995/97, p. 104). Tendo-se em vista seja a natureza do raciocínio causal-etiológico, seja o lugar e papel da linguagem, penso ser possível e plausível concluir que o mesmo ocorre nos demais trabalhos da Medicina e da Fonoaudiologia.

Voltemos o olhar agora para oposição entre palavras “cheias” e palavras “vazias”. Convém lembrar que ela diz respeito à quantidade de informação semântica de um determinado item lexical³². Uma como esta que recorre a “quantidade” não me parece adequada. Mais uma vez, remeto-me a Lyons, quando ele afirma que: “a distinção entre as formas de palavra cheias e as formas de palavra vazias *nem sempre é clara*” (1995: p. 93). Há, diz ele, “uma diferença semântica, *intuitivamente evidente*, entre os membros tipicamente pertencentes a uma classe e os membros caracteristicamente pertencentes a outra” (Ibid. p. 93). A complexidade dessa questão leva um estudioso da semântica, como Lyons, a reconhecer

³¹ Por denotação entenda-se o conjunto de propriedades físicas relativas ao referente e/ou à classe a que ele pertence.

³² Ele será “cheio” quando associado a uma grande quantidade de informação o que o torna altamente específico ou com significado mais restrito; ele será “vazio” quando associado a uma pequena quantidade de informação semântica o que o torna menos específico e, por essa razão, passível de ser aplicado a uma maior quantidade de referentes. Quanto menos especificado o significado de um termo, maior a quantidade de referentes que ele poderá denotar..

que aquilo que é intuitivamente sabido pelo falante de uma língua, coloca dificuldades profundas para um lingüista-semanticista. Frente a isso, e com ele, eu diria que esta questão não poderia ser reduzida a uma aritmética de “mais” e “menos”, ou seja, o que é apresentado como explicação não é mais do que reflexo da intuição do falante o que, sem dúvida, é insatisfatório do ponto de vista teórico.

Um último ponto que mencionarei neste item sobre “fala vazia” é aquele que remete à questão do significado enquanto representação. Está é, sem dúvida, uma concepção não problematizada nos trabalhos da DA a que tive acesso. Eu não poderia ignorar e nem me afastar, quanto a isso, do autor fundamental a que recorro para lidar com assuntos de semântica. Refiro-me a John Lyons. Sobre tal concepção ele nos diz que o significado de uma palavra seria “o conceito ou a resposta associada que se pode descrever ou explicar sem levar em conta os sintagmas ou orações em que a palavra pode ser manifestada” (Ibid. p. 97). Acontece que, acrescenta Lyons, este é um ponto de vista frágil. O maior problema é o seguinte: “o significado das palavras vazias (ou cheias) **não** pode ser determinado independentemente de sintagmas ou orações em que ocorrem” (Ibid., p. 96), ou seja, o método quantitativo falha aqui completamente porque não se pode idealizar uma taxonomia. Entenda-se pelo que afirmo o seguinte: palavras são cheias ou vazias *a posteriori*, quer dizer: depois que um valor da rede relacional de que participam. Desse modo, “vazia” e “cheia” são categorias abertas porque qualquer palavra é potencialmente “vazia e cheia”. A rotulação de uma palavra como “vazia” (ou cheia) é necessariamente provisória.

As concepções de linguagem enquanto representação, baseiam-se em unidades isoladas e desconsideram as operações da linguagem. Ora, descartado o fato de que estruturas e operações são o essencial da linguagem – leis de referência interna, como disse Saussure ou, a sintaxe,

como postula Chomsky – não deixa saída senão a de adotar o pressuposto de que palavras ficam estocadas num compartimento cerebral-mental e à disposição dos falantes “como toda a informação lingüística que é requerida (para cada lexema)” (LYONS, 1997: 100). A palavra fica, então, como uma entidade cheia de conteúdo e independente das operações simbólicas. Parece-me ser esta a mais tradicional, a mais antiga e, contudo, a posição mais cronificada no campo da Medicina e da Fonoaudiologia.

Neste meu trabalho, como se verá, dou reconhecimento à conquista saussureana qual seja: a de que a língua é uma ordem própria. Espero, com isso, contribuir com discussões sobre linguagem nas demências. Adianto que esse gesto, ora declarado, coloca em questão tanto a concepção de memória vigente nesses trabalhos, quanto a idéia de linguagem nomenclatura (referenciação e representação). É com elas que procurarei retirar conseqüências teóricas sobre a fala na demência.

1.3 – Sobre o encontro entre Medicina e Fonoaudiologia

Os trabalhos sobre a fala sintomática de pacientes com afasia e demência desenvolvidos por pesquisadores do Centro de Convivência de Afásicos (CCA) da UNICAMP, não poderiam deixar de ser abordados nesta tese. Isso porque eles têm sido realizados num Instituto de Estudos da Linguagem, o IEL e, como se verá, uma outra bibliografia é implicada, focos são deslocados: muda a natureza da argumentação. Sem dúvida, eles não podem ser alinhados às pesquisas, abordadas no item 1.2 deste trabalho, em que há franca aderência ao discurso e método da Medicina – refiro-me ao fato de que *um mesmo* raciocínio (teórico e clínico) é implementado seja por médicos, seja por fonoaudiólogos. Nas pesquisas realizadas no CCA do IEL/UNICAMP, os pressupostos e argumentos fundamentais foram assentados, em 1988, por Maria Irmã Coudry, em *O diário de Narciso*³³. Essa lingüista que foi tocada pelas falas de afásicos, empreende uma reflexão inovadora, principalmente se comparada aos trabalhos tradicionais da Medicina e da Fonoaudiologia.

Essa inovação é apreensível em pontos decorrentes de certas “rupturas” em relação a abordagens difundidas. Convicta de que *linguagem é uma atividade entre sujeitos que só se efetiva na interação verbal*, Coudry:

1) *tece uma crítica forte aos procedimentos avaliativos empregados na afasiologia*, ou seja, aos testes. Critica que acompanho sem reparos nesta tese. A autora considera testes inapropriados por duas razões: a) eles são baseados em atividades metalingüísticas e, portanto, descontextualizam a linguagem e b) eles visam às perturbações cognitivas que perturbam a fala,

³³O livro de 1988 é a tese de doutorado que foi desenvolvida no IEL/UNICAMP, sob orientação de Carlos Franchi e Haquira Osakabe.

mas não à fala (ela mesma) enquanto uma produção sintomática que se manifesta na interlocução. Como pontua Tesser³⁴: para Coudry, “testes são atemporais e, por isso, falas tornam-se anônimas e privam os sujeitos do jogo interacional/dialógico” (2007: 45). Podemos dizer que, na opinião da autora, há, portanto, naturalização da linguagem (sua redução a conhecimento) e da fala (sua redução a sinal de doença). Não foi diferente, em essência, o que procurei assinalar quando de minha discussão dos trabalhos anteriores;

2) *sugere uma perspectiva interacional e discursiva para avaliar linguagem.* Tal avaliação deve ocorrer através do diálogo com pacientes que, segundo ela, é lugar privilegiado das ações epilingüísticas (“atividade do sujeito que opera sobre a linguagem”) (COUDRY, 1988: 15); e

3) *focaliza produções lingüísticas dos pacientes (dificuldades e tentativas de reconstrução da linguagem).*

O trabalho de Coudry é o “marco inaugural” de inúmeras pesquisas (principalmente de fonoaudiólogos e de linguistas) sobre a linguagem de sujeitos com problemas neurológicos adquiridos (afasia e demência). De 1988 até hoje, esses fundamentos são mantidos no CCA da UNICAMP. Cruz assinala que pesquisas lá realizadas, baseiam-se numa “neurolingüística de perspectiva enunciativa (..) numa perspectiva sócio cognitiva da construção do conhecimento” (2005: 306/307). Trata-se de uma abordagem metodológica que procura associar pressupostos e métodos (lingüísticos e psicológicos) a uma teoria sobre o funcionamento cerebral/mental. Entende-se, ali, que esta seria uma possibilidade explicativa dos sintomas lingüísticos. Penso que tal apelo a uma “teoria de funcionamento cerebral/mental” acaba por aproximar esta abordagem

³⁴A partir de uma concepção de diálogo pautada na dissimetria (não –coincidência) entre falantes, Evelin Tesser, em *Reflexões sobre o diálogo – sob efeito da clínica de linguagem com afásicos* (2007), discute a

daquelas de cunho médico, como procurarei mostrar. Se o raciocínio da Medicina, no caso dos modelos discutidos em 1.2, está colocado desde o princípio, no caso das pesquisas que ora apresento ele é a força recalcada que acaba por emergir e que torna a linguagem refém de um pensamento que coloca o cerebral e o mental como determinantes.

Destacarei dois trabalhos: o da fonoaudióloga Milica Noguchi, em *A linguagem na doença de Alzheimer: considerações sobre um modelo de funcionamento lingüístico cognitivo* (1998), e o da lingüista Fernanda Miranda da Cruz, em *A construção da referência em uma situação interlocutiva entre sujeitos afásicos e não afásicos* (2005).

Noguchi, como esperado, toma distância da metodologia clássica de investigação da anomia, ou seja, da *aplicação de baterias de testes padronizados*. Alinha-se a Bayles e Kaszniak (1987), autores que chamam atenção para uma distinção fundamental entre afasia e demência. No primeiro caso, fica-se frente a um déficit de linguagem e, no segundo, afirmam os autores, há déficit de memória. Essa diferença importa, acrescentam eles, porque ela incide sobre resultados de testes que, aliás, são aqueles construídos para avaliar pacientes afásicos. Noguchi pretende esclarecer tal diferença e veremos que, nesse passo, ela dá efetivamente um passo na direção dos mesmos argumentos utilizados tanto por esses autores, que são médicos, quanto daqueles que vimos no item 1.2 deste trabalho. De fato, ganham saliência expressões como: “aspecto semântico”, “percepção visual”, “cognição” e “memória”.

A autora procura esclarecer o déficit de nomeação na DA com base “na *relação* entre a linguagem e a percepção visual” Sua hipótese é a de que “o aspecto semântico da linguagem encontra-se comprometido e [...] *deve repercutir na percepção visual*” (NOGUCHI, 1998: 14). Em que pese o fato de que, no trabalho de Noguchi, a linguagem fique mais próxima da cognição e que

seja essa articulação que desoriente a percepção visual, importa sublinhar, como tenho insistido, que linguagem vem na seqüência de cognição. O problema verdadeiro é sempre de ordem mental: o aspecto semântico da linguagem é, de fato, cognitivo.

O modelo adotado por ela é neuropsicológico que compreende:

a noção de sistema funcional de Luria, os postulados construtivistas de Vygotsky de organização e funcionamento cognitivo e, também, uma concepção de linguagem *enunciativo-discursiva* afinada com estes modelos (Ibid., p. 21).

É preciso esclarecer que a perspectiva enunciativo-discursiva é a que foi proposta Coudry e Morato (1991)³⁵, que procura articular cérebro, cognição e linguagem. Isso a autoriza a tratar a linguagem como uma função cognitiva: “a *função cognitiva da linguagem*” (NOGUCHI, 1998: 27). Noguchi apóia-se em Vygotsky (1989) que afirma ser *a separação entre processos cognitivos e lingüísticos ser arbitrária*. Vejamos:

a relação entre pensamento e palavra (...) é um *processo*, um movimento contínuo de vaivém do pensamento para a palavra e vice-versa (...) o pensamento não é simplesmente expresso em palavras; é por meio delas que ele passa a existir (NOGUCHI 1998: 46).

Cabe assinalar que a menção à palavra “processo”, e a afirmação de que pensamento e linguagem têm uma relação que é de determinação mútua, não são suficientes ao esclarecimento da complexa, e digamos

³⁵Nas palavras da autora, tal perspectiva considera a linguagem como “o lugar sócio-histórico de produção de significações, onde pesa o caráter interativo da relação do sujeito com o interlocutor, com o mundo e com a própria linguagem” (NOGUCHI, 1998: 26).

insondável, natureza da relação entre pensamento e palavra. O que não fica claro nem em Vygotsky e, portanto, nem em Noguchi é a natureza desse processo responsável pela articulação entre pensamento e linguagem. Não se explicita *como* domínios heterogêneos entram em relação. Não basta dizer que eles são mutuamente determinantes, é necessário, do ponto de vista lógico, enunciar qual é a natureza da *operação* que os relaciona. Sem isso, ficamos com intuições plausíveis e bem colocadas, mas não implementáveis, ou seja, as afirmações soam emblemáticas³⁶.

Noguchi parte do princípio de que *há comprometimento semântico* na DA: um “apagamento progressivo das *relações* semânticas, e não apenas de um atributo ou traço semântico em si” (NOGUCHI, 1998: 38). Neste momento, ela traz Saussure (1916) e diz que “relação” é termo passível de ser remetido à noção de *valor*³⁷. Daí ela retira a conclusão de que “a perda de um *traço*, ou *atributo*, não se dá de forma isolada, *mas dentro de um sistema onde todos os termos são solidários*” (Ibid., p. 39 – ênfases minhas). É importante para este trabalho assinalar dois equívocos conceituais na citação acima: 1) a menção a traço ou atributo dilui a noção de valor porque apaga exatamente a operação relacional em que unidades são efeitos de relações e, portanto, não têm atributos em si; 2) dizer que num sistema termos são solidários é repetir o mesmo equívoco: em Saussure não se trata de termos, mas de elementos indeterminados, de significantes com possibilidade de significar, no depois. Em Noguchi, *sistema é código e significante é transmutado em termo* (tem traço e atributo) – o equívoco está em que ela faz uma leitura gramatical de Saussure – nada está mais distante de Saussure. Tal distância ganha toda a visibilidade no fato de que as leis de referência interna – as operações sintagmáticas e associativas – não são sequer mencionadas pela pesquisadora; que dirá

³⁶Para uma leitura crítica de Vygotsky no que diz respeito à linguagem e, ainda, à sua proposta de relação entre pensamento e linguagem, ver Lier-DeVitto (1994,1998).

mobilizadas nas análises. Quero, com esses comentários, dizer que não basta mencionar Saussure ou segmentos isolados de sua obra, é preciso muito mais.

Esse ponto tendo sido assinalado outro, conseqüente a ele, merece ser comentado. O recurso metodológico que, segundo Noguchi, é compatível com o modelo adotado, qual seja, o da *interpretação dialógica de figuras complexas*. Note-se que aquilo que interessa ao modelo adotado é a presença da palavra “dialógica” num enunciado que caracteriza a metodologia. Contudo, o peso de um compromisso com a abordagem vygotskyana pressiona o diálogo na direção da comunicação porque o interesse está voltado para o significado, para “a construção conjunta da significação”, necessária, segundo ela diz, tanto para a interpretação das figuras quanto para a produção de material verbal. Ao lado dessa característica o diálogo, em Noguchi, ganha ares de testagem, uma vez que lê-se o seguinte:

→ lê-se que o investigador fornece pistas, através de perguntas ou comentários;

→ a meta é *direcionar* relações de sentido;

→ propicia a realização de inferências.

Como se vê, o que este em questão é o exercício de um certo controle da direção dialógica pelo investigador.

Como disse acima, Noguchi pretende apreender diferenças entre falas afásicas e de demenciados³⁸. Ela propõe a mesma tarefa para ambos e acredita que, comparando resultados, será possível iluminar “*diferenças internas escondidas pelas similaridades externas*” (1998: 48). Vejamos, o no

³⁷Segundo Saussure (1916), o valor de um elemento é efeito da relação entre todos os elementos do sistema.

³⁸Não desconheço esse tipo de abordagem comparativa que confronta dados de afasia e demência. Entendo que, este, seria tema para outro trabalho, ou eventualmente para uma tese ou dissertação. Embora possa ser o caso de eu fazer menção à diferença entre falas de afásicos e de pacientes com demência, certamente elas

diálogo abaixo, a análise realizada pela autora. Apresenta-se ao paciente, com diagnóstico de “provável DA”, uma figura com uma família. (pai, mãe e filho). Eles estão no **banheiro** e fazia a barba:

I. que lugar é esse da casa?

P. *não sei.*

I. esse maior aqui, ele tem uma coisa diferente... (...) olha pra cara dele... que que ele tem de diferente?

P. *diferente... o olho... rosto!*

I. olha essa foto aqui direitinho... é espuma de fazer barba... (...) se ele está com espuma de fazer barba... que lugar é esse aqui... parece que é um...

P. *futebol*

I. futebol!? Onde é que as pessoas fazem a barba?

P. *na barbearia.*

De acordo Noguchi, o segmento acima deixa ver a integridade: (1) do *conhecimento de mundo* inscrito na memória semântica (paciente sabe, por exemplo, que homens fazem a barba na barbearia), (2) da *acuidade visual* (identificou olho e rosto) (3) do *reconhecimento* de pessoas e de objetos isolados (isolou a figura do homem). Para a autora, o problema é que a dificuldade de responder “banheiro”, para a pergunta “que lugar da casa é este?”, deve-se à impossibilidade de realização de inferências. Ela salienta que nem mesmo as pistas auxiliaram. O paciente fracassa em nomear, afirma a pesquisadora, porque as informações de que dispõe não podem ser cognitivamente integradas e, por essa razão, a significação não ocorre. Quanto à produção surpreendente, e mesmo bizarra, de “futebol” no lugar em que “banheiro” era esperado, Noguchi afirma que ela serve à confirmação de sua hipótese de comprometimento do mecanismo de integração cognitiva, um déficit que, certamente, afeta a qualidade das

servirão de ilustração para a problemática da referência que é assunto privilegiado desta tese. Remeto o leitor interessado a Murdoch (1997), que realiza uma síntese desses estudos.

relações interpessoais que são, igualmente, mediadas por processos de significação. Para os fins desta tese é importante enfatizar que o trabalho de Noguchi, e os demais do CCA, voltam-se para explicações pragmático-discursivas que dão destaque ao *significado*. Se ela estivesse ao lado de Saussure, então ela, talvez, pudesse ter escutado a relação entre “barba” e “barbearia”.

Vejamos, agora, a análise do segmento de fala de um paciente afásico frente à mesma figura:

I. agora, veja se esse outro que é maior, vê se ele tem alguma coisa diferente... olha bem pra ele...

P. *ele tem... acho que o menino pegou e esfregou espuma no rosto dele.*

I. isto! Que espuma é esta?

P. *deve ser espuma de barbear, né?*

I. isso! Espuma de barbear... que lugar que eles estão então?

P. *estão no banheiro, então?*

I. estão no banheiro.

Noguchi declara que, curiosamente, o sujeito com afasia, assim como o paciente com DA, tem dificuldades em responder à pergunta feita e começou a tentar identificar se as pessoas da foto eram adultos ou crianças. Foi então que a investigadora, como diz, passou a *direcionar a construção do sentido*, chamando a atenção do paciente para a espuma de barbear no rosto do pai. A partir da pista da investigadora, o afásico, então, pode *inferir* e interpretar a figura, ainda que ela lhe parecesse estranha. Para Noguchi, apesar das dificuldades de linguagem e perceptuais, o paciente afásico:

foi capaz de interpretar a figura, porque a *relação* entre estes processos [processos cognitivos que correlacionam

linguagem e percepção visual] estava preservada (...) foram realizadas as inferências necessárias a partir da figura e das pistas dadas pela investigadora *o que indica que a construção do sentido organizou o campo visuo-perceptivo* (2000: 82 – ênfases minhas).

A conclusão de Noguchi, a partir das respostas de pacientes afásicos, com DA e ainda de sujeitos normais, é a de que

a linguagem mantém uma relação com a percepção visual: no caso do afásico *essa relação possibilitou a interpretação da figura*; no caso dos sujeitos com DA, a *alteração da relação impossibilitou a interpretação das figuras* (...) essa via explicativa encontra ressonância no trabalho de Vygotsky (1988) acerca do papel da linguagem sobre a percepção visual (Ibid., p. 83 - ênfases minhas).

Entendo que a crítica pertinente e perspicaz aos testes padronizados, que “não reproduzem as situações reais de interlocução” entre falantes, assim como as modificações metodológicas realizadas, não afastaram Noguchi das abordagens que critica. De fato, é o que mostra sua conclusão: afásicos não apresentam comprometimento cognitivo, pacientes com DA têm alterações cognitivas. Cabe dizer, ainda, que esse ponto de chegada já estava previsto no ponto de partida.

O trabalho de Cruz (2005), “A construção da referência em uma situação interlocutiva entre sujeitos afásicos e não afásicos”, não se distancia de Noguchi no essencial e, a rigor nem poderia, uma vez que seu trabalho está articulado ao mesmo projeto: um projeto, digamos, que procura articular os postulados da proposta vygotskyana à linguagem. Deve-se reconhecer que ela procura dar maior importância à linguagem, ou melhor, retirar a linguagem da sombra da mente, do mundo e do

cérebro. Vejamos: o questionamento que se faz não diz respeito a como “o mundo é representado de modo adequado, mas sim a como as atividades humanas, cognitivas e lingüísticas estruturam e dão sentido ao mundo” (2005: 295). Imbuída dessa tarefa, ela afirma que seu foco não será a referência propriamente, mas sim os *processos de referenciação*. Todavia, o sentido que dará a tais processos a traem, porque são atrelados a uma visão construtivista. Como diz: “os *objetos-de-discurso* não preexistem à atividade *cognitiva e interativa dos sujeitos falantes*, mas devem ser concebidos como produtos – fundamentalmente culturais dessa atividade” (Ibid. p. 294). Pois bem, vê-se a linguagem voltar para a sombra do cognitivo-cultural.

Será na relação com abordagens pragmáticas que ela buscará assento para a abordagem das falas. Ela está com Morato (2001), e declara que implicará em sua análise “a relação entre o sistema lingüístico, ou a língua, de forma estrita, e a *exterioridade pragmático-discursiva*” (CRUZ, 2005: 297). Retorna, por aí, a problemática da referência como relação linguagem-mundo ou “relações entre *texto* e a parte *não lingüística* em que ele é produzido e interpretado” (Ibid. p. 295). Cruz pretende elaborar um “dispositivo geral que explore as restrições e as potencialidades lingüísticas para desenhar uma *representação cognitiva socialmente compartilhada da realidade*” (Ibid., p. 95).

Apresento, a seguir, o material discutido no artigo aqui abordado. Em seguida, comento brevemente os efeitos da introdução de um aparato mais afinado com a pragmática que, na abordagem da questão da referenciação, colocarão em movimento operações anafóricas, por exemplo. Aproveito, de início, para dizer que a inclusão dessas operações dão, sem dúvida, uma qualidade mais lingüística para as análises, menos cognitivas. A investigadora I. anota na lousa as informações referente à viagem que os pacientes farão. Ao decidirem a data do passeio, I. pergunta:

I: que dia é que nós vamos gente? ... Nós vamos no dia doze, né? No dia doze. Bom, no dia anterior tem o aniversário de um evento muito esquisito,

que afetou o mundo todo. O que que foi? O senhor tá fazendo assim. //

(referindo-se ao gesto afirmativo feito por JM com a cabeça) É porque já lembrou?

JM: *É num, num...*

I: Do que é que o senhor lembrou? O que é que aconteceu? Lembra do ONZE setembro do ano passado? O que que aconteceu SM? (dirigindo-se a outro membro do grupo)

SM: *Num tô bem lembrado.*

I: Num tá bem lembrado? Alguém tá lembrando?

IP: *Da bomba lá nos Estados Unidos.*

FP: Da bomba.

I: *Da bomba?*

FP: Torres gêmeas.

I: *Olha!*

FP: TINHA as torres gêmeas, né?

I: *Tinha você falou bem. (Falando para o grupo) Ele falou bomba, torres gêmeas. Ele falou TINHA as torres gêmeas. Tinha as torres gêmeas. Isso onde? No Brasil?*

FP: É no Brasil, nos Estados Unidos.

I: *Nos Estados Unidos, no Brasil o quê!*

FP: Nova York que ainda.

I: *Foi em Nova York. Se lembram que há quase um ano/ Houve o quê? Foi aquele ataque terrorista/*

FP: Osama, né? Bin Laden

I: *O Osama, Osama Bin Laden (...) Será que tá morto aquele Osama, hein, gente?*

EF: (faz uma gesto negativo com as mãos)

MG: *Aquele homem não.*

I: Será que ele escapou, que pegaram ele? Mataram ele já ou ele tá escondido, será?

FP: *O Osama? Onde será que ele tá, hein?*

I: Sei lá onde tá. Por que você acha que alguém que fez aquele ataque fica lá esperando no Afeganistão?

FP: *O mundo inteiro quer pegar ele, né?*

Após afirmar que processos de referenciação fazem a fronteira entre linguagem e memória mais tênue, Cruz procurará dar visibilidade a essa afirmação. Para isso, ela recorrerá à apreensão do processo de *recategorização lexical* e também da *anáfora*. No primeiro caso porque, diz ela, o processo de recategorização lexical é “uma interessante forma de verificar como os processos de referenciação *acionam* e modificam a *memória* discursiva dos interlocutores, bem como permitem a identificação de diferentes pontos de vista” (2005: 299 – ênfases minhas) – “que afetou o mundo todo” é uma recategorização de “um evento muito esquisito como no segmento. O processo de anáfora promove a “retomada informacional que conjuga uma *série de conhecimentos e operações* que os sujeitos devem *manipular ou administrar*” (Ibid. p. 301 – ênfases minhas). Note-se a semelhança entre Cruz e Almor et al., que abordou a “fala vazia”: ambos mencionam o fato de que fazer referências durante a fala envolve “*lidar com uma série de requerimentos colocados pelo contexto*”. Além disso os segmentos “lidar”, “manipular”, “administrar” conhecimentos, quando designam operações executadas pelo sujeito, ligam-se a concepções organicistas/psicologistas do sujeito.

Parece ser mesmo a introdução do sujeito psicológico, e portanto da cognição, que recua uma contribuição mais efetiva da Lingüística. Nesta interdisciplinaridade, essa disciplina entra num espaço de menor relevância, aliás, explicitamente declarado pela pesquisadora: “a referência como uma questão estritamente lingüística não responde às perguntas que podem ser colocadas” (CRUZ, 2005: 294). A rigor, à Lingüística não é solicitada nenhuma explicação, mas apenas instrumentos descritivos para manuseio dos materiais empíricos. Esse manejo serve à validação da

hipótese central de que demências são quadros orgânicos que afetam a cognição e de que linguagem é dependente da memória.

Em suma: Noguchi (1998) é *exemplar* dos trabalhos que abordam a linguagem de pacientes com DA: em relevo a está *perda da ligação entre as palavras e as coisas*. Dito de outro modo, em trabalhos como o dela, o problema é a *perda da referência externa*, da capacidade que a linguagem tem de “pescar o mundo”, em expressão de Lyons (1995). Sendo este o caso, fica efetivamente privilegiado um problema cognitivo, e não é outra coisa que se pode ler em estudos como o de Noguchi³⁹: diz-se que ele – o problema cognitivo – é a causa da falência da possibilidade de nomear e de referenciar.

Quanto a Cruz (2005), que adota uma “neurolingüística de perspectiva enunciativa”, os processos referenciais são também estudados a partir de uma abordagem que articula pressupostos da psicologia vygotskyana a aportes pragmático-discursivos. A sutil diferença entre o trabalho de Noguchi e o de Cruz, pode ser melhor indicada se dissermos que o primeiro recorre autores clássicos da psicologia e da neurologia soviéticas (Luria e Vygotsky), e também a lingüistas (como Ducrot e Franchi) que vêem a linguagem como atividade constitutiva, como atividade epilingüística. Já em Cruz, é a pragmática que vem à tona. Como em qualquer abordagem interdisciplinar, a balança sempre pende mais para um lado da dicotomia, ou seja, para uma das áreas. Dessa fatalidade não escapam ambos os trabalhos que, embora se dirijam a espaços teóricos diferentes, chegam ao mesmo ponto: ao entendimento de que a fala é uma extensão de fenômenos cognitivos; no essencial como disse, esses trabalhos se aproximam de todos os demais sobre a DA realizados a partir de um raciocínio médico.

³⁹Refiro-me aos estudos desenvolvidos a partir da mesma abordagem teórico metodológica.

Antes de passar aos capítulos mais propositivos deste trabalho, gostaria de sublinhar alguns pontos. As abordagens da DA, examinadas aqui, podem ser lidas como contendo os ingredientes do que, na Filosofia, são denominadas 1) doutrina idealista e 2) doutrina referencialista do significado. Ambas, a seu modo, tratam da relação linguagem-mundo-cognição enquanto um mistério que é trabalhado em termos de referência externa (utilizando aqui uma expressão de BENVENISTE, 1966). Entretanto, em que pese efetivamente o mistério dessa relação entre linguagem e mundo, nem a Filosofia, nem a Medicina e nem a Psicologia poderiam, pela própria natureza do seu compromisso disciplinar, dar à linguagem um lugar de destaque. Declaro que a contribuição que pretendo dar é a de refletir sobre a referência a partir de considerações sobre a relação *sujeito-linguagem*. Procurarei retirar conseqüências sobre a subjetividade a partir da assunção das leis de referência interna da linguagem, conforme enunciadas em Saussure, e em seus desdobramentos posteriores.

2. Sobre “referência interna” e “referência externa”

Nas discussões encaminhadas até este capítulo, procurei mostrar que a referência acaba se impondo como questão central em estudos médicos e fonoaudiológicos sobre a DA⁴⁰. Vimos, ainda, que as abordagens desse problema envolvem (e se revolvem) sobre ele como sendo uma *relação entre a palavra e exterioridade*. De fato, a referência nos põe frente à difícil discussão sobre a possibilidade da linguagem de “apontar o mundo com o dedo”, como diz Foucault (1966/2002), ou, como quer Lyons (1995), “de pescar mundo”. Duas são as doutrinas clássicas, relacionadas entre si: aquela que privilegia a *função designativa* da linguagem e aquela que dá relevo à sua *função representativa*. Como assinalei, *a referência está ligada ao tema da “unidade”* ou, em termos mais precisos, ao tema do signo como uma entidade com substância própria e independente do sistema da língua. Pretendo, como disse, oferecer uma abordagem alternativa a esta, tão arraigada nos estudos sobre a DA. Tomo posição junto a Saussure ao dar reconhecimento à sua “teoria do valor” em que *a unidade é efeito de operações do sistema*. As consequências que decorrem da adoção de um ou de outro ponto de vista são profundas e dela derivam arquiteturas argumentativas divergentes não há meio-termo nessa questão. Para que

⁴⁰Lingüistas brasileiros e estrangeiros, até onde sei, têm se voltado para esse problema. Faço menção, em especial, nesta tese, às pesquisas realizadas na UNICAMP, sob orientação de Coudry e Morato, no CAA e, também, a Cássio Rodrigues, da UNIBAN. Os trabalhos desenvolvidos nesses dois espaços acadêmicos são diferentes.

distinguir e apreende a diferença radical entre as doutrinas mencionadas, abordarei, primeiramente, o modo como o signo é definido no âmbito da filosofia e, a seguir, discutirei a “novidade saussureana” sobre o signo para, daí retirar conseqüências para uma reflexão sobre a referência sob ecos de falas de pacientes com demência e dos trabalhos que examinei.

2.1 A língua é nomenclatura: o tratamento filosófico do signo

Início este capítulo com a seguinte citação: “desde que haja [...] um *dizer*, há uma orientação necessária para aquilo que não é o *dizer* [...] uma *referência* [...] referente é o *mundo* ou o objeto” (DUCROT, 1984, p. 419). Diversas são as “teorias da linguagem” que discutem a temática que, explícita ou implicitamente, envolve a função referencial da linguagem. Algumas delas, de fato, inserem-se na tradição de estudos lingüísticos, que no pensamento ocidental, remonta à filosofia aristotélica. Em *Da interpretação*, Aristóteles, citado por Todorov, defende que:

os sons emitidos pela voz são símbolos dos estados de alma, e as palavras escritas, os símbolos das palavras emitidas pela voz. E, assim como a escrita não é igual para todos os homens, as palavras pronunciadas também não são iguais, embora os *estados de alma, dos quais essas expressões constituem signos imediatos*, sejam idênticos para todos, como são idênticas também as coisas das quais esses estados são *imagens* (1996, p. 14 – ênfases minhas).

No fragmento acima, entende-se que o termo “signo” já ganha o sentido de “*ser signo de*”; nesta acepção, particulariza-se a entidade que substitui, evoca, suscita uma outra entidade, que lhe é distinta, e que pode, ou não, estar ausente; pode, ou não, ser matéria sensível – no caso, *uma expressão (uma palavra) é signo*, matéria sensível que suscita um estado de alma, que é incorpóreo. Trazendo Lahud, a palavra é signo porque ela é “*uma representação física externa de um estado interno*”; é um elemento que promove a “*relação de constituintes diversos*, cada qual possuindo uma existência independente e uma natureza perfeitamente

heterogênea à do outro” (1977, p. 28-29 – ênfases minhas). Entre palavra e realidade inefável, estabelece-se um *laço*, sem o qual os “estados de alma” não podem ser materializados, partilhados, discutidos ou comunicados pela linguagem (pelos signos orais ou escritos). Entretanto, ter uma *natureza signica* não é, reconhecidamente, atributo exclusivo da palavra ⁴¹. Temos, em Milner, que os estóicos já definiam a característica do signo como aquela que permite “do perceptível coligir um imperceptível” (idem, ibidem). De fato, esta escola entende que no signo:

“três coisas estão ligadas: o significado, o significante e o objeto (...) o *significante* é o som (...); o *significado* é a própria coisa que é revelada, que apreendemos como subsistente dependentemente do nosso *pensamento*, mas que os bárbaros não compreendem, embora sejam capazes de ouvir a palavra pronunciada; ao passo que o objeto é o que existe exteriormente. Duas dessas coisas são *corpóreas*: o som e o objeto, enquanto uma é *incorpórea*, a entidade que é *significada*”.⁴² (SEXTO EMPÍRICO, VIII. 11-12, apud TODOROV, 1996, p. 17).

Note-se que o signo é, aqui, ternário e não dissocia representação de designação. Em linhas gerais, contudo, mais uma vez, vemos que um elemento material – uma palavra pronunciada, um significante que *designa* um objeto exterior porque ele está, de alguma forma, *representado* no pensamento (um invisível que abriga uma realidade invisível). A linguagem – aqui assimilada à palavra, ao significante – é materialidade acidental (que “os bárbaros não compreendem”). A linguagem tem, portanto, dupla função: a de (1) “expressar” e a de (2) “designar”. De um lado,

⁴¹ O signo, “índice material que autoriza uma conclusão sobre algo que (...) não se deixa perceber” era tema de discussão “*sem referência especial à linguagem*” (MILNER, 2003, p. 28 – ênfase minha). Nessa reflexão, as palavras (signos dos estados de alma), a respiração (signo da vida), a fumaça, a pegada, a palidez, e o rubor são mencionados como exemplares de signos.

(1) ela *representa* o pensamento: entidade incorpórea, universal e sempre idêntica a si mesma; entidade de que emanam significados que ela, a linguagem, manifesta; de outro lado,

(2) ela *designa*: no instante mesmo em que é proferida, a palavra tem o poder de particularizar um objeto do mundo, objeto externo a ela mesma e ao pensamento que ela veicula (o objeto – e pensamento – considerados universais e sempre idênticos a eles próprios).

Afirma-se que Santo Agostinho reconheceu na linguagem *estrutura semelhante à do signo*. Em *Da Dialética*, o filósofo, ainda que de forma implícita, insere a reflexão sobre a linguagem na “lógica de raciocínio que *vai do perceptível para o imperceptível*” (MILNER, 2003: 28 – ênfase minha):

“um signo é aquilo que *se mostra ao sentido* e que, fora de si, *mostra também ao espírito* alguma coisa. *Falar é produzir um signo* com a ajuda de um som articulado (...) *a palavra é o signo de alguma coisa*, podendo ser entendida pelo ouvinte quando é proferida pelo locutor (...) numa palavra *tudo o que é percebido não pelo ouvido, mas pelo espírito*, e que o espírito conserva em si próprio, denomina-se *dicibile*, exprimível. Quando uma palavra sai pela boca, não por si mesma, mas para *significar alguma coisa*, ela se denomina *dictio*, expressão” (Da Dialética (387), V; *apud* TODOROV, 1977, p. 36).

Em Aristóteles, a palavra é, também, *a imagem do pensamento*, e, este, *das coisas*. Entende-se porque se diz que a palavra é um *substituto*: ela “está por”; ela expressa uma idéia e evoca a coisa concreta. Para Foucault a **palavra é um gesto** porque carrega o poder de “*apontar as*

⁴² Os termos significado e significante aparecem, pela primeira vez, com os estóicos. O sentido a eles dado – de som e de coisa – será contudo, diferente daquele que veremos em Saussure.

coisas com o dedo” (2002, p. 401). Tendo na mira essas definições de signo, a linguagem vem à tona a partir de seu *efeito referencial*. A fala, como se vê, é emissão sonora (é matéria sensível), mas é o plano do *significado* que sustenta as possibilidades de *comunicar* e de *designar* (faculdades, essas, que são unanimemente atribuídas à linguagem).

Assentamos, com tais considerações, os alicerces que fundamentam a reflexão filosófica sobre a linguagem. Ela é situada na mesma estrutura que define as propriedades e o funcionamento dos signos. Relacionada e definida a partir deles, a linguagem aparece como *materialidade heterogênea em relação aos domínios que com ela se articulam*⁴³. Caminha-se numa sucessão: da fala para o pensamento (que ela representa) e para a realidade concreta (que ela designa). Note-se, então, que a linguagem figura como *nomenclatura*.

Para efeito de maior clareza, apresento abaixo, esquematicamente, as características principais do signo filosófico:

⁴³Fonseca (1995) discute a “problemática da complementaridade” entre domínios heterogêneos nos trabalhos clássicos da afasiologia.

→ **linguagem é o signo;**

→ **linguagem é meio material, sensível de expressão/comunicação de estados internos, imperceptíveis.**

assim:

→ **linguagem é representação do pensamento,**

→ **linguagem é designação de coisas no mundo**

portanto,

→ **linguagem é nomenclatura**

Gostaria de dizer que privilegio, nesta tese, a discussão de Michel Foucault (1966), em *As palavras e as coisas*, não só porque o tema da representação/designação é abordado por ele, mas também porque este autor menciona Saussure e tem uma interpretação sobre o signo saussureano, que abordarei em momento mais oportuno (no item 2.2).

2.2 Sobre a constituição da linguagem como representação

Início esta parte com a seguinte afirmação: “*a linguagem clássica não existe*” (Foucault, 2002: 109 – ênfase minha). Devo esclarecer, portanto, a razão dessa “inexistência”. Na Filosofia clássica, a linguagem – suas palavras e suas expressões – tem a tarefa e o poder de *representar o pensamento*:

muito mais do que se crê, a linguagem clássica está próxima do pensamento que ela é encarregada de manifestar; *não lhe é, porém, paralela*; mas *está presa na sua rede e tecida na trama mesma que [o pensamento] desenvolve*. (Ibid., p. 108 – ênfases minhas).

Foucault, ao utilizar a expressão “não paralela”, particulariza um certo *modo de relação* entre a linguagem e pensamento. Segundo ele, afirmar que “a linguagem representa o pensamento”, não significa pressupor que a linguagem seja uma ordem exterior que é configurada como efeito da *tradução* do pensamento. Representar deve ser entendido no sentido estrito, afirma Foucault, ou seja: “a linguagem representa o pensamento como o pensamento representa a si mesmo”; a linguagem “*não é efeito exterior do pensamento, mas o próprio pensamento*” (Ibid., p. 107-108 – ênfases minhas); é nesse sentido que “ela não existe” - não existe enquanto uma ordem heterogênea autônoma, conforme pretenderam os clássicos. Dizer que a *linguagem é pensamento* é enraizar a discussão no século XVII, quando já vigora a ciência moderna, e Descartes enuncia o *cogito* e o *método* regulador do pensamento correto e verdadeiro. O conhecimento científico só poderia ser construído a partir de “juízos seguros” realizados pelo *espírito humano*. Entende-se porque, com Descartes *conhecer é discernir* (é analisar, apreciar, julgar, decidir). A linguagem, diz Foucault, capacita o

pensamento porque ela oferece os elementos (signos) para segmentá-lo e o sistema, para ordená-los. O pensamento faz uso desses recursos da linguagem para realizar análises e julgamentos. Note-se que a força é a do pensamento – ele “usa” os recursos do instrumento-linguagem e por esse motivo a incorpora, como ferramenta, em seu espaço interno: “a análise da representação e a teoria dos signos *se interpenetram de um modo absoluto*” (2002: p. 90 – ênfase minha). Foucault partilha desse ponto de vista⁴⁴: de que a linguagem como *sistema autônomo* é noção a ser recuada e o *paralelismo*, a heterogeneidade, entre ela e o pensamento, diluído. Na citação acima, Foucault fala em “teoria dos signos”, referindo-se, naturalmente à linguagem. Vejamos, então como ela é *assimilada pelo pensamento*.

O signo tem uma *estrutura binária*: dois elementos o constituem (um elemento sensível e um significado). Signos são unidades que decorrem *de um ato de conhecimento*, ou melhor, resultam de análise, sendo esta a sua característica invariável. Isso quer dizer que tanto as *unidades* que se unirão no signo, quanto o *laço* de representação que se estabelece entre elas, decorrem de *operações analíticas* do sujeito sobre experiências. Por essa razão é que se diz, na Filosofia, ser o signo um *elemento subtraído*, por um sujeito, às coisas. O sujeito é quem analisa: realiza uma operação de *extração das propriedades* que se comporão na formação do signo.

De que forma, então, um elemento torna-se signo de uma idéia?

Para que haja signo (*signo de X*) é necessária a *impressão simultânea* do som e da coisa percebida. Essa impressão simultânea forma um composto, o signo, que poderá *designar* a coisa. Nessa trilha, Condillac, dirá que: “o som jamais se tornaria, para uma criança o signo verbal de alguma coisa, se não tivesse sido ouvido, pelo menos uma vez, no momento em que essa

⁴⁴ Como veremos, é a partir dessa filiação, que ele lerá Saussure e reduzirá a novidade saussureana a uma repetição da reflexão que apresento neste momento.

coisa é percebida” (*apud* FOUCAULT, 2002: 83). Entretanto, a *simultaneidade* não é a única condição a ser satisfeita *para que o signo seja elemento do conhecimento*. Para que isso ocorra, o sujeito deve realizar um *gesto inaugural*, qual seja: “... a atenção precisa dividir a percepção e destacar um elemento (Ibid., p. 83 – ênfase minha). Chamo a atenção para o fato de que, é através de uma operação *estritamente cognitiva* que o signo é instituído como um elemento do conhecimento. Só então poderá a *linguagem comparecer em sua dupla função*; a de representar (uma idéia – o pensamento) e a de designar (uma coisa). Sublinho, também que o *sujeito é o ‘como’ dessa realização*.

Devemos, aqui, distinguir *pensamento* (idéia e representação) de *impressão* (sensação ou percepção bruta) porque, desde a Gramática de Port Royal, que organiza uma teoria do signo, ele será uma entidade que “encerra *duas idéias*, uma da coisa que representa, outra da coisa representada” (FOUCAULT, 2002: 88). *O signo, portanto, é uma unidade cognitiva* assegurada por um liame, um laço, que articula a idéia de uma coisa e a idéia de outra - essa é a *operação mental mínima e o traço fundamental da representação*⁴⁵. Em suma, a imagem sonora (um dos elementos no signo) não poderia representar (ser signo, uma idéia) se o laço que a une ao significado não estivesse representado na imagem sonora. Em outras palavras, para que haja signo é imperativo que a *representação represente a si própria*:

“uma idéia pode ser signo de outra, não somente porque entre elas estabelecer-se um liame de representação, mas porque essa representação pode sempre se representar no interior da idéia que representa (...) em sua essência própria, a representação é sempre perpendicular a si mesma: é, ao

⁴⁵ É por essa razão que Foucault afirma que a constituição do signo na era clássica resta como “*inseparável da análise (...) é seu resultado* já que, sem ela, não poderia aparecer”. (2002, p. 84 – ênfases minhas).

mesmo tempo, *indicação e aparecer: relação a um objeto e manifestação de si*” (FOUCAULT, 2002: 89 – ênfase minha).

O fato da representação representar-se a si mesma é que permite a concatenação de idéias, no sentido de que elas podem articular-se entre si: falar é, então, pensar. Note-se que uma *sucessão de representações* articulam-se na formação do signo:

→ ***idéias que representam elementos de uma experiência,***

→ ***idéias que se unem através de um laço (a representação é o “laço”)***

→ ***laço se representa na imagem sonora***

É preciso dizer que, pelo fato do signo ser “representação” é que ele **pode referenciar**, segundo o pensamento filosófico (seja ele o aristotélico, seja o catersiano, ou o de Port Royal). Vejamos, com a lupa do esquema acima: pelo fato da idéia representar elementos da experiência, e de poder unir-se a outra (fazer laço), o laço *que une o representante ao representado*, representa-se no elemento representante. Note-se: o laço se especifica e é isso que o qualifica no sentido de que ele pode “indicar”, designar o que representa⁴⁶. Entende-se porque o signo é, ao mesmo tempo, “indicação do objeto e manifestação de si” – *referenciação e representação*. Importante é frisar não há referenciação sem representação. Vejamos o que está implicado nessa afirmação.

⁴⁶Dentro dessa disposição pode-se entender mesmo que *não há opacidade entre pensamento, palavra e objetos* porque não há distinção entre esses planos. Linguagem e realidade fundem-se na trama da representação duplicada e reduplicada; daí o início dessa exposição mencionar o fato de que a linguagem não existe no século XVII porque está absorvida como elemento da representação: “toda a sua existência assume lugar no seu *papel representativo*, a ele se limita com exatidão e acaba por nele esgotar-se”.(FOUCAULT, 2002: 109 – ênfase minha).

2.3 Referenciação - a manifestação da representação

Para que a realidade possa ser designada e o pensamento comunicado uma *enunciação* é requerida: que a linguagem venha à tona ... *através de signos verbais*. A linguagem comporta uma especificidade em relação ao pensamento que lhe dá o “poder de representá-lo” – ela é articulada e pode ordenar representações. Resumidamente: *representar* é uma operação simultânea, *enunciar* é uma operação *sucessiva*. A linguagem, diga-se, impõe ao pensamento uma ordenação: *as representações se desdobram em proposições*. Não se pode afirmar, então, que a linguagem apenas segmente o pensamento porque ao ordenar simultaneidade de representações na linearidade proposicional, a linguagem realiza uma *análise do pensamento*. Como diz Foucault: ela instaura “*uma ordem no espaço*” (2002: – ênfase minha) ⁴⁷.

Pode-se dizer que se a representação fundamenta a propriedade de referenciar, é a *proposição* realiza essa vocação. Vejamos: uma palavra pronunciada isoladamente não tem é signo verbal propriamente e, isso, porque para haver uso racional, deliberado – como requer a referenciação – é preciso que representações estejam articuladas, ou seja, uma proposição. Vemos assim, que proferir uma palavra não é condição única e suficiente para que a designação ocorra – é preciso, dizem filósofos, que haja relação entre palavra e objeto – estamos no domínio da *referência externa*, mas assinalo, a referência externa não pode prescindir, reitero, de articulações internas, nesse enquadre. Três são, ao que parece, as

⁴⁷ É por essa razão que, segundo Foucault, o signo clássico é, ao mesmo tempo, resultado e instrumento da análise do pensamento: a constituição do signo é, pois, inseparável da análise. É seu *resultado*, já que sem ela não poderia aparecer. É também seu *instrumento*, já que, uma vez definido e isolado, ele pode ser reportado a novas impressões; e aí, desempenha em relação a elas, como que um papel de um crivo. *Porque o espírito analisa, o signo aparece. Porque o espírito dispõe de signos, a análise não cessa de prosseguir* (2002, p. 84 – ênfases minhas).

condições fundamentais da referenciação: (1) que haja signo verbal – linguagem, (2) que a expressão contenha/seja uma proposição – uso racional e deliberado e (3) uso racional implica a relação entre articulações externas e internas.

Eu dizia acima, que a proposição seria o elemento que efetivamente sustenta a linguagem em seu *efeito referencial*; que ao combinar signos verbais numa seqüência, a referência surge como efeito do jogo de articulações internas (de representações) e externas (de signos verbais). Na verdade, certo porém é que a alegada simultaneidade entre articulações interna e externa é mais retórica do que efetiva porque o primado das representações expressa-se na irrecusável prevalência do pensamento. É ele que engendra a formação, a ordenação em classes e a combinatória dos signos verbais.

Com base nesse argumento, podemos dizer que a reflexão sobre a linguagem, no que diz respeito à sua *referência externa* (a relação que estabelece com algo que lhe é “exterior”) e sua *referência “interna”* (as relações *entre* os signos verbais) tem seu alicerce no modelo de pensamento como uma estrutura (proposição). De fato, filósofos permanecem fiéis à razão e à verdade. A linguagem é “representação reduplicada” e essa qualidade lhe confere não mais do que as propriedades de *nomear* e de *designar*. Na verdade, nem mesmo é plausível, nesse domínio, falar que ela participa da significação: ***linguagem é nomenclatura***⁴⁸. Procura-se, portanto, justificar a propriedade fundamental (da linguagem) de nomear, de designar. Surgem aportes referentes à “origem”: hipóteses sobre uma “língua rudimentar” em que a linguagem seria puramente designação.

⁴⁸A ruptura em relação à soberania do pensamento e da representação acontecerá apenas muito mais tarde, com Saussure, como veremos ainda neste trabalho.

2.4 A língua não é nomenclatura: a novidade saussureana sobre o signo.

Saussure imprime **a** diferença, ou seja, é ele quem enuncia a *primazia ou a anterioridade do sistema sobre as unidades* e refuta a concepção de *língua como nomenclatura* (1916/2006: 79) e, com isso, rompe com a tradição milenar de signo enquanto unidade *em si* (independente do sistema).

De fato, o deslocamento da questão referencial da linguagem decorre da postulação de *la langue* como “um sistema de valores puros” (Ibid., p. 130). Saussure sustenta, assim, a autonomia do funcionamento da linguagem em relação a outras ordens (seja do pensamento, seja do realidade exterior). As operações da língua:

1. constituem e associam unidades e, portanto,
2. determinam que a *unidade lingüística* (o signo) é resultante do jogo combinatório e associativo.
3. estabelece que a *referência externa* da linguagem (sua capacidade de recortar e nomear uma figura no mundo) *não é isolada ou destacada*, mas articulada às leis de composição estritamente lingüísticas. Dito de forma mais direta, o processo de referenciação **não é** indiferente às operações de *referência interna* da linguagem.

Dizer que o significado de uma unidade implica a *referência interna* é iluminar o tema do *valor* termo caro à Teoria Econômica em que é definido como: “[valor é] um sistema de equivalência entre coisas de ordens diferentes” (Ibid., p. 95). Note-se que a própria *valor* remete a uma relação (de

equivalência) o que exige supor que o valor não está nem de um lado, nem de outro, mas na relação: ele será um terceiro, ou melhor o resultado dessa operação. Dito de outro modo, o valor é *algo a ser determinado*. Procuro enfatizar o fato de que a noção de valor é subversiva nas mãos de Saussure: ela revira a tradição.

Não se pode dizer, contudo, que Saussure tenha focalizado problemas relativos à questão referencial da linguagem – é certo, porém, que, em sua teorização, a linguagem não é reduzida a uma “função representativa” ou “função designativa” (no sentido de que a palavra seja signo de uma idéia ou de uma coisa). Com todas as letras, no Curso lê-se ser “criticável a concepção” de que a “língua é uma nomenclatura” (SAUSSURE, 1916/2006: 79). Mas isso não significa que não se possam derivar considerações sobre a referência a partir de *la langue*.

De fato, a “tarefa”⁴⁹ de Saussure era outra: a postulação de um objeto para a Lingüística e, naturalmente, a delimitação de seu campo. Saussure como um estudioso de seu tempo, “conhecia perfeitamente [os trabalhos da época], era um de seus mais brilhantes representantes [...] e avaliava seus progressos e suas limitações” (MILNER, 2003: 22) – conhecia, portanto, a insuficiência e a limitação dos instrumentos de que dispunha – fonte de uma profunda insatisfação em relação à “linguagem técnica da Lingüística” (Ibid., p 20), testemunhada em cartas a amigos⁵⁰. De fato é ele quem afirma que o método comparativo, que nomeia a Lingüística de sua época, “*acarreta todo um conjunto de conceitos errôneos*, que não correspondem a nada na realidade e que são estranhos às verdadeiras condições de toda a linguagem” (SAUSSURE, 2006: 10 – ênfase minha). Que “erros” seriam esses?

⁴⁹ Utilizo essa expressão como citação do título do Capítulo II da Introdução, em que Saussure apresenta seu programa científico. Ele fala em “matéria e *tarefa*” da Lingüística.

⁵⁰ Em carta a um amigo, Saussure escreve o seguinte: “estou realmente desgostoso (...) da dificuldade que existe em geral para escrever dez linhas com sentido comum em matéria de fatos de linguagem (...) a inépcia absoluta da terminologia corrente, a necessidade de reformá-la e de mostrar que classe de objeto é a língua em geral, acaba com o meu prazer” (apud, Milner, 2003, p. 20).

O método comparativo, esclarece Saussure, visa a *descrever* a organização de uma língua particular para, em momento posterior, *compará-la* com as descrições de outras línguas. As metas eram:

- (1) apreender analogias, ou seja, unicamente “semelhanças” entre línguas para esclarecer suas relações com o protótipo de uma suposta língua-mãe (o indo-europeu)⁵¹.

O problema, segundo Saussure, estava em considerar “diferenças” como “*infrações de uma forma ideal*” (Ibid., p.189). A mudança não poderia ser esclarecida, diz ele, precisamente porque *a diferença*, enquanto anomalia ou violação da norma, *é excluída da explicação*. Saussure toma distância de perspectivas normativas.

- (2) Além disso, comparações apoiam-se numa *metodologia indutiva* - partem do sensível particular, da comparação entre unidades enquanto entidades prévias e assumidas como passíveis de serem observadas direta e isoladamente.

Pela indução não se atinge “o objeto” que deve ser uma “força universal” (Ibid., p. 13) e, como tal, **não é** observável e, logicamente, **nem** passível de descrição. Vejamos, então, o que ele diz sobre a “tarefa da lingüística”: “[a tarefa será] procurar as **forças** que estão em jogo, de modo **permanente e universal ... deduzir as leis gerais** às quais se possam referir todos os fenômenos [observáveis]...” (ibid., p.13). Destaco, nesta citação - cerne de seu programa científico -, as palavras “forças ... universais”; “deduzir” e “leis gerais” porque, precisamente são elas que recuam o método indutivo da observação e da descrição. São elas, também que afirmam a natureza do

⁵¹A gramática comparada limitou-se no momento em que não pode perguntar “o que é uma língua em geral [...]?” (MILNER, 2003, p. 24) – como também atestado em “a gramática comparada jamais se perguntou a que levavam as comparações que fazia, que significavam as analogias que descobria” (SAUSSURE, 2006, p. 10).

“objeto”. O objeto *la langue* é um “funcionamento simbólico”, ou seja, uma “força perene e universal” e, enquanto tal, logicamente, não-observável. Uma força ou uma lei não são, de fato realidades sensíveis - “funcionamento” é movimento dedutível de seus efeitos (e não uma estrutura estática/estável como é uma gramática). Saussure faz críticas aos linguistas de seu tempo:

não cheg[aram] a constituir a verdadeira *ciência da Lingüística* [porque] **jamais se preocup[aram] em determinar a natureza do seu objeto de estudo (...) sem essa operação elementar**, uma ciência é incapaz de estabelecer um *método para si própria*” (2006: 10 – ênfases minhas).

Para a finalidade desta tese, importa dar relevo à transformação operada por Saussure, qual seja, a afirmação de que *as unidades não são termos primitivos*, mas efeitos de relações: “a lei absolutamente final da linguagem consiste [...] em que não há nada, jamais, que possa residir em *um termo*”, salienta Benveniste (1998: 43)⁵². Como disse acima, se unidades não são em-si, não têm substância e não podem ser descritas senão depois – depois da jogada da língua que lhes dá um valor provisório. **Saussure é “uma saída da descrição”** (LE MOS, LIER-DEVITTO, ANDRADE & SILVEIRA, 2004). Sendo assim, investirei na possibilidade de abordar *la langue e seu funcionamento na fala*, e não a fala como mera atualização da gramática ou, como se diz no campo, do conhecimento lingüístico.

Na mesma página 13 é também elencada outra “tarefa da lingüística”: Saussure deixa claro que a delimitação de seu campo, a Lingüística, só poderia ocorrer quando (e se) ela instituísse seu “objeto próprio”, ou melhor, uma “ordem própria” para a linguagem. Vejamos: a

⁵²Essa citação é de fragmentos de manuscritos de Saussure e é recuperada por Benveniste.

linguagem, diz Saussure, é “o cavaleiro de diferentes domínios” (2006, p. 17). Decorre daí a tese negativa, como assinala: a linguagem não é o objeto da lingüística. A tese positiva corresponde à nomeação do objeto: o objeto da lingüística é *la langue* (MILNER, 2003) e, *la langue* é um funcionamento - não é gramática.

Ele considerou que para realizar a meta da ciência, seria necessário afastar “um pensamento *indutivo* – prop[or] um **raciocínio dedutivo** – o que desloca o empírico da posição do lugar de descoberta de regularidades” (ANDRADE, 2003: 67). É inegável que Saussure foi um homem de fundamentos movido por uma vontade epistemológica (expressão de MILNER, 2003).

Eu disse acima que a referência, tema deste trabalho, está ligada à questão da unidade (do signo) e que ele pode foi tratado de duas formas:

1) *as unidades são prévias ao sistema, contém substância própria*: elas têm corpo e peso: da idéia que representa e do mundo que designa⁵³. Nesse sentido é que as unidades são primitivos: têm existência independente de sua associação ou combinação com outras unidades da língua. As gramáticas, sublinha Saussure, são *entidades abstratas* e as análises de um gramático nada dizem nem daquilo que leva à organização das línguas e nem da fala de um falante. Talvez se possa reconhecer na primeira definição de língua, no Curso de Lingüística Geral, um tanto dessa noção de signo, que não interessava a ele manter, absolutamente. De fato, se *a língua é um sistema de signos*, uma leitura possível é a de que os signos são unidades desse conjunto (o sistema) – nesse caso, fica

⁵³Os signos não são os tipos abstratos que compõem as gramáticas – estes são construídos pelo lingüista a partir da observação de regularidades num *corpus* que se somam a outros numa gramática particular.

diminuída “a força do sistema” e obscurecida a diferença a imprimir a respeito da unidade⁵⁴.

2) *as unidades são efeitos de relações e não primitivos, elas decorrem do funcionamento da língua* – das operações associativas e combinatórias. Essa é solução oferecida por Saussure, solução teórica que realça as operações (associação e combinação). Saussure se encaminha para o valor e para a outra definição de *la langue*. Certamente lhe interessam “os elementos materiais de uma língua, que servem de substrato a abstrações” (Ibid, 161). É por isso que vem daí a pergunta fundamental: “quais são os signos de uma língua?” para “o que faz com que uma língua tenha signos?”. Talvez se pudesse responder: porque não há língua sem falantes e falantes são sujeitos – *êtres parlants*, corpos significados e significantes que podem, também, significar (VASCONCELLOS, 1999).

Pois bem, se *unidades são efeitos*, elas não são independentes nem do sistema (do funcionamento que as constitui) nem dos outros elementos a que estão associadas, ou seja, quando se diz que primitivo numa língua não é o signo, mas as *relações* das quais eles derivam. Se relações, como diz Milner (1978), pode-se dar sentido para a afirmação de que *a língua é forma e não substância* : a língua é o jogo do sistema (das operações *in praesentia* e *in absentia*): É isso que se pode ler abaixo sobre as “unidades”:

a linguagem não oferece, em nenhuma de suas manifestações, uma substância, mas somente ações combinadas [...] o elo que se estabelece entre as coisas preexiste, nesse domínio, às próprias coisas, e serve para

⁵⁴Saussure critica a Gramática Comparada porque “ela estuda a língua como um sistema de *meios de expressão*” (2006: 156 – ênfase minha), que, como visto, é base nos trabalhos sobre a anomia e sobre a fala vazia na DA. Por essa razão é que, mesmo se utilizando de um instrumentais de descrição categorial da Pragmática, como é o caso de Cruz, a lida com a fala não ultrapassa a descrição.

determiná-las (SAUSSURE, 1954; *apud* BENVENISTE, 1998: 44-45).

Se as unidades (significados e significantes) não são primitivos, somos obrigados a afirmar que a significação não é desarticulada da língua (das referências internas). No que se refere ao tema deste trabalho, ao assumir esta posição ele se propõe a escapar da repetição que se vê colocada nos estudos da DA: a de afirmar que na demência o problema é “cognitivo”, de perda da possibilidade da palavra nomear o mundo. O termo “anomia” indica, favorece o que gostaria de assinalar: nas abordagens da DA, **a língua é nomenclatura**. Como vimos, em correntes filosóficas, o signo aparece como um elemento da linguagem cuja característica principal é a de ser um **índice material** de algo que não é está presente (porque não invisível ou ausente): na Gramática de Port Royal, a linguagem é o elemento material do pensamento: **é um sistema de signos que representam idéias**.

Se é fato que Saussure passa pela concepção de língua enquanto um sistema de signos; ele não pôde fugir a *certa influência* dos filósofos de *Port Royal*. Eu sublinho o termo “certa influência” porque não se fica por aí. Saussure aproxima-se do signo, mas “o que ele disse é completamente diferente ...” (MILNER, 2003: 29). O problema é que muitos leitores de Saussure não chegam no valor e quando chegam não o lêem *com cuidado*. Milner é forte e assertivo a esse respeito: “estuda-se” o *Curso*, mas “**não** [se] compreende literalmente mais do que os textos anteriores a Saussure” (MILNER, 2003, p. 31) , e a trajetória necessária que avança *do signo, para o valor* não se realiza.

Milner (2002), em nota de rodapé, toma nada menos do que Foucault como exemplar desse tipo de leitura desvitalizante de Saussure. Essa exemplaridade interessa, porque Milner vai diretamente ao signo

para criticar Foucault. Vejamos, primeiramente, segmentos do livro de Foucault (1966) *As palavras e as coisas*. Nele há menções a Saussure:

1) Foucault pontua que Saussure **restaura a tradição filosófica** no estudo da linguagem, ao fundamentar uma **concepção binária de signo**:

Era [...] necessário que, reencontrando o projeto de uma semiologia geral, Saussure desse ao signo uma definição que pôde parecer ‘psicologista’ (ligação de um conceito com uma imagem): *é que, de fato, ele redescobria aí a condição clássica para pensar a natureza binária do signo* (2002, p. 92 – ênfase minha);

2) Foucault discute a ruptura dos estudos lingüísticos com a filologia e a gramática comparada:

E foi preciso que Saussure contornasse esse momento, que foi capital para toda a filologia do século XIX, para restaurar, para além das formas históricas, a dimensão da língua em geral e *reabrir, acima de tanto esquecimento, o velho problema do signo que animara, sem interrupção, todo o pensamento desde Port Royal* (Ibid., p. 395 – ênfase minha);

3) Foucault discute condição de possibilidade da ruptura promovida por Saussure em relação à Filologia:

Sabe-se bem que Saussure só pôde escapar a essa vocação diacrônica da filologia, *restaurando a relação da linguagem com a representação*, disposto a reconstituir uma “semiologia” que, à maneira da gramática geral, *define o signo pela ligação entre duas idéias* (Ibid., p. 407 – ênfases minhas).

Como se vê, em Foucault, a obra de Saussure aparece de duas formas. Ao mesmo tempo ela é:

(1) inovadora e disruptiva em relação às tendências dos estudos contemporâneos (à Filologia e à Gramática) e

(2) repetição e retorno da concepção filosófica do signo, que faz da linguagem representação (ou nos termos saussureanos “nomenclatura”).

Ora, estaria precisamente em (2) o equívoco apontado por Milner. De fato, a Filosofia é inexoravelmente recuada em Saussure – se foi à Filosofia e trouxe o signo para a discussão da linguagem foi porque, como já mencionado acima, ele perseguia os **elementos concretos/materiais da língua** (e não categorias abstratas); meta que, em si, já interdita a reflexão filosófica em que “pensamento”, “cognição” e “memória” têm presença e, esse espaço, só podem ser preenchidos por “formas abstratas” e “conteúdos”. Entende-se porque, na Filosofia, linguagem é assimilada à representação; o signo, uma entidade sensível (uma palavra) que aponta para uma outra que é invisível (uma pensamento).

Note-se que a *articulação que vai do pensamento para a linguagem não pode ser invertida* (por conta da idéia de representação). Tal articulação é estável e expressa uma relação que é “*assimétrica*”: “[... o fato de que] **A** representa **B** não implica que **B** represente **A**” (MILNER, 2003: 30). Ou seja, dizer que a palavra “casa” representa a idéia de “casa”, não permite supor o inverso. Disso decorre que *o pensamento é representado pelos signos*, mas os signos não são representados no pensamento⁵⁵.

⁵⁵O laço entre duas idéias as vincula numa determinada direção que não pode ser modificada – a fumaça é signo do fogo, a respiração é signo da vida, a expressão do rosto é signo do sentimento, uma palavra é signo de uma idéia ou de um objeto; a expressão “*vice-versa*”, em todos esses casos, não é admitida porque uma relação de representação entre *idéias* não pode ser invertida é hierárquica.

Cabe perguntar, neste ponto, qual é, então, a marca de radical diferença – o corte saussureano? Ele está numa tese negativa: a de que *a língua não é nomenclatura*. Ora, se é assim, o signo não poderia “nomear” (aponta para o mundo) ou “representar” conteúdos do pensamento. Já sabemos: em Saussure, a relação entre significado e significante não é de representação, “o termo decisivo em sua doutrina é a *associação*”, lembra Milner (2003, p. 30). “Associação” não remete à representação e, nem a designação e sim a *um encontro entre heterogêneos*: nesse encontro, não há unidirecionalidade e nem hierarquia. De fato, *a simetria entre domínios heterogêneos que compõem o signo* (significante e significado) só permite pensar que, entre eles, *a relação é de reciprocidade*. Nesse equilíbrio, Saussure recua as funções de representação e designação atribuídas, classicamente, ao signo.

A metáfora da folha de papel é bem apropriada para esclarecer este ponto porque deixa claro ser a língua que recorta, *ao mesmo tempo*, matéria acústica e idéias (confusas): “a língua é comparável a uma folha de papel: o pensamento é o anverso e o som o verso; não se pode cortar um sem, ao mesmo tempo cortar o outro” (SAUSSURE, 1916: p 131). O que a língua recorta são unidades – signos. *O signo é uma associação* (“realizada pela língua” e “consagrada pelo uso”). Deixemos falar Saussure:

→ “a *unidade lingüística* é uma coisa dupla, constituída da *união de dois termos*” (2006, p. 79 – ênfase minha);

→ os termos implicados no signo lingüístico estão unidos por um vínculo de *associação* (SAUSSURE, 2006, p. 80 – ênfase minha)

→ O signo é uma **unidade** complexa de duas faces **associadas** (Ibid., p. 80)

Da maior importância é repetir, a seguir, um os princípios do signo: **ele é arbitrário**, afirma Saussure. A primeira conclusão a tirar é que **o signo não é motivado**, ou seja: “o *significante* é arbitrário em relação ao significado, com o qual não tem nenhum laço natural na realidade” (Ibid. 83). Caracterizamos, assim, *a barra*: o vínculo entre significado e significante. Tocamos no que nos importa a esta: “o signo *não* une uma coisa e uma palavra” (ibid. 80) – ou seja, ele **não é designação** e, como veremos na sequência, **nem representação**: não está em causa uma relação entre “idéias completamente feitas, preexistentes às palavras” (Ibid., p. 79).

Não menos importante é a observação de que “o *significado* não depende da livre escolha do que fala ... uma vez que ele está estabelecido num grupo lingüístico” (Ibid., p. 79). Ou seja, nesta afirmação, Saussure reforça o argumento de que linguagem não é representação uma vez que não há liberdade, para o sujeito, de decidir sobre o significado; ele já está “consagrado pelo uso”. De fato, Saussure cria uma impossibilidade lógica: a de manter, em sua teorização, o sujeito psicológico: “o signo lingüístico escapa à nossa vontade” (Ibid., 85). É preciso reconhecer, então, que o falante não é um usuário e nem o signo um instrumento para designar ou representar – na verdade, ele é uma **impressão psíquica** (*empreite*), ou seja, **não-psicológica**. Em Saussure, lê-se, com todas as letras, que o *signo é um composto* de “**imagens sensoriais**” (Ibid. 80) – “sensoriais”, corporais, e não mentais. Esse assinalamento é importante para que se entenda um tanto mais as considerações críticas que fiz às propostas médicas e fonoaudiológicas sobre a DA. Também, espero que fique clara minha posição.

Entendamos com Saussure:

- o signo é uma associação - a relação é de *reciprocidade*;
- a associação é arbitrária (*imotivada*)
- é unidade psíquica (sensorial e *não mental*)
- é **unidade** porque uma “união” entre elementos *indissociáveis* e
- é **unidade complexa** porque aproxima *elementos heterogêneos* que “fazem um”.

Como se vê, não se trata mesmo de Filosofia. Ali, o signo “supõe idéias completamente feitas, pré-existentes às palavras” (SAUSSURE, 2006, p. 79), ao contrário aqui, em Saussure, “esses dois elementos estão *intimamente unidos* e um *reclama* o outro” (Ibid. p. 80 – ênfase minha). Entende-se porque, já na abertura da discussão sobre o tema, Saussure problematiza o uso do termo signo para designar a unidade da língua, mas decide adotá-lo na falta de termo melhor: “quanto a signo, se nos contentamos com ele, é porque não sabemos por que substituí-lo, visto não nos sugerir a língua usual nenhum outro” (Ibid., p. 81). Nota-se o incômodo de Saussure com o uso do termo “signo”. Saussure, não só conhecia muito bem a tradição filosófica, como apontado, mas também já estava dela bem descolado. Outro ponto que corrobora essa hipótese é a redefinição e a substituição dos termos “imagem acústica” e “conceito” por significado e significante - reforça o estatuto propriamente lingüístico do signo, da *unidade lingüística*.

Em Saussure, o termo *signo* é lingüístico: ele é uma **unidade complexa**, de duas faces **associadas pela língua**. Note-se (na menção, acima, à metáfora da folha de papel), que é a língua que promove a associação – esta é sua natureza: “a língua é uma faculdade de associação e de coordenação” (ibid., p.21). Estão, aí, aludidas as operações da língua: as de

coordenação (sintagmáticas) ou *in praesentia* e de associação (associativas) ou *in absentia*.

Que relações são essas? Como elas operam? Saussure as definirá como associações sintagmáticas (na cadeia da fala) e associativas (sob a cadeia da fala) – que, entende o autor, serem “*indispensáveis*” na determinação dos *valores* aos elementos da língua. Um elemento adquire seu valor a partir *de sua diferença*, aos outros elementos fora da cadeia (*in absentia*) e, ainda, aos elementos da cadeia de fala em que se manifesta. Nesse sentido é que se diz que o valor em Saussure é diferencial e negativo: um elemento ‘é porque *não é*’, suas “propriedades” são aquelas que o distinguem de todos os outros elementos (seja numa cadeia, seja fora dela). Note-se que a substância, (a positividade) pulveriza-se: em Saussure em questão está o *não ser* (a negatividade); o *ser um* (a unicidade) transfigura-se radicalmente: em Saussure as diferenças que definem a entidade lingüística implicam na necessidade de seu atravessamento por todas as outras entidades da língua. Desse modo, como lemos em Milner, quando estamos com Saussure,

[Não falamos], propriamente de unicidade; havia seres que não eram *um* ser ou cuja unicidade se definia de outra maneira: tratava-se da *unicidade do entrecruzamento de determinações múltiplas* e não de uma unicidade centrada em torno de um ponto íntimo de identidade consigo mesma (MILNER, 2003: 42 – ênfase minha).

Esse postulado se aplica aos dois elementos do signo: um significante é em razão de suas diferenças com os outros significantes, do mesmo modo, significado reclama os outros significados. Mas o que são significado e significante em Saussure? Quanto ao significado, vimos até o momento que ele não representa nada (nem o mundo, nem o pensamento),

o signo redefinido por Saussure, não comporta qualquer relação que seja externa ao sistema da língua. Desse modo é que significado não é nem representação e nem designação: teorias mentalistas e/ou referencialistas da significação, conforme vimos definidas nesta tese, não correspondem ao que é o significado de um signo em Saussure. Nesse sentido, minha leitura de Saussure, faz eco com as palavras de Milner: “*Saussure constrói um modelo de signo que se separa de toda a teoria da representação [...] ele apagou Arnaud e Nicole e, com eles, [...] toda a filosofia clássica*” (2003, p. 31 – ênfase minha).

Antes de fechar a discussão deste capítulo, considero importante apresentar, resumidamente, pontos fundamentais da ruptura promovida por Saussure em relação ao signo porque elas serão implicadas nas comentários que farei sobre “falas vazias”:

→ a relação é de *reciprocidade* entre os elementos do signo, em oposição à *assimetria*;

→ o signo é não-motivado e a língua é um *funcionamento* autônomo – a linguagem não é *representação*, nem a língua uma *gramática*;

→ as unidades são *diferenciais*, *opositivas*, *dessubstancializadas* e *efeitos* de operações estritamente *lingüísticas*; em oposição a unidades primitivas e positivas;

→ a *negatividade* (*é-porque-não é*) aparece como fundamento, em oposição à *positividade* (em-si).

A postulação de que as entidades da língua (os significantes e significados) delimitam-se como efeito de seu atravessamento por outros elementos, de que identidades são constituídas por múltiplas

determinações, tem conseqüências no que diz respeito à *referência*. No que concerne aos clássicos, pode-se dizer que a referência permaneceu atrelada ao significado (entidade positiva e idêntica a si mesma) que se representa na linguagem. Os significados nada mais seriam, então, do que frutos da experiência (de um estímulo sensorial provocado por uma imagem, ou por um som, ou por um estado interior) analisada, recortada e representada no pensamento. Significar é, portanto, *designar*. É *nomear*, é “apontar com o dedo”, como diz Foucault, para uma *referência externa*, para um objeto exterior à linguagem, “usando as palavras” para isso.

O significado em Saussure, como procurei destacar, não poderia, em medida alguma, ser aproximado do que postularam os clássicos: em Saussure, o significado é efeito da língua e, nesse sentido, aponta para uma lógica que é *interna* ao sistema. Isso porque decorre da relação da linguagem com uma outra entidade que lhe é estranha. Nesse sentido é que dissemos que, em Saussure, *referência é efeito do jogo da língua*. Então, dizer, a partir de Saussure, que o “signo” é uma entidade recíproca, implica dizer que suas duas faces – significante e significado – *referem-se mutuamente* – na medida em que sua oposição os constitui – e, também, ainda que de forma indireta, *referem todos os “signos” da língua* (dado que sua “identidade” lhe é fornecida pelas oposições que estabelece com outros elementos do sistema). Em suma: identidade, signo, significado, significante são efeitos de relações *internas* ao sistema lingüístico.

Apesar de Saussure destacar que operações associativas e sintagmáticas aplicam-se a “qualquer termo da língua” (2006: 135) ele pontua que “a frase é o tipo por excelência de sintagma” (Ibid., p. 144). Eu assinalaria que as considerações que tece acerca da frase, são importantes para este trabalho à medida que podem trazer luz à discussão sobre o modo como a questão referencial da linguagem pôde ser entendida por Saussure, e nos autores que o seguem. O sintagma é do domínio das relações *in praesentia* entre termos: disso resulta o seu encadeamento numa seqüência. No

domínio sintagmático, como diz Saussure, os elementos “se alinham um após o outro, *na cadeia da fala*” (Ibid., p. 142 – ênfase minha). É claro que quando se pensa na referência a partir do modo como ela costuma ser tratada nos estudos sobre a linguagem, desde os tempos mais antigos, deve-se ter em mente que esta não pode ser apartada da fala: ora, se a linguagem tem o poder de *apontar para algo* essa possibilidade efetivamente é realizada no momento em que “alguém diz alguma coisa” - não se pode, portanto, refletir sobre a referência destacada do *enunciado* e do sujeito que o profere.

CAPÍTULO 3

Demência, linguagem e sujeito

3.1 O Sujeito e o efeito da própria fala na demência

I think I'll be thinking, therefore I am!
*Maybe!**

No Capítulo 1 desta tese, vimos como os trabalhos sobre a DA atêm-se à relação linguagem-pensamento-mundo e à extensão dos fenômenos da memória. Como já dito, a fala é sempre o sintoma de déficit perceptual ou cognitivo. Seja a perturbação da cognição de memória, ou não, o que ocorre é que o sujeito perde a possibilidade de acessar e/ou de recuperar e/ou de evocar e/ou de administrar e/ou de manipular e/ou de lidar com as informações que ele adquiriu ao longo de sua existência. É, portanto, a memória o fundamento primeiro e último de toda as possibilidades do sujeito: “o termo memória [...] refere um conjunto de habilidades que envolvem a aquisição, o armazenamento e a recuperação de diferentes tipos de informação em diferentes sistemas” (CAPUANO, 2005, P. 366). Entende-se a partir daí que se possa afirmar que “tanto para lembrar um recado, como para andar de bicicleta é necessário usar a memória” (BERTOLUCCI, 2005, p. 295).

Dentro dessa perspectiva, é impossível vislumbrar fenômenos que se referiram à *referência interna da linguagem*, como disse, ou, ainda, à *relação do sujeito à fala (própria e do outro)*. As abordagens médicas e

*Extraído do livro *Alzheimer's from the inside out*, escrito por Richard Taylor, um psicólogo que aos 58 anos recebeu o diagnóstico de DA.

fonoaudiológicas não chegam a tangenciar essa questão, uma vez que pesquisadores e estudiosos estão distantes da profunda revolução realizada, no século XX, na Lingüística e por Saussure – este não foi, como se sabe, o caso das ciências humanas - o Estruturalismo é representante máximo dos efeitos da novidade saussureana. Lévy-Strauss; Lacan e muitos outros também a testemunharam.

Enfim, apelar para a memória, quando se trata de descrever os sintomas na fala, não se explica:

- 1) o fato de que a fala do sujeito com demência progride (sem ferir a adequação gramatical) - ainda que seja “vazia” e “pouco comunicativa”;
- 2) o fato de que o sujeito *não diz “banheiro”, mas diz “barbearia”*. Ele *não diz “gato”, mas diz “animal”*;
- 3) o fato de que o sujeito, muitas vezes, não é afetado nem pelo desarranjo, nem pelos insistentes solicitações de retificação ou marcações que o outro faz.

Argumenta-se, como explicação para (1) e (2), que o falante utiliza mecanismos de substituições e circunlóquios como *estratégias compensatórias* durante a fala (Caramelli, Nitrini e Mansur, 1996; Cruz, 2005). De fato, “estratégia” sugere uso deliberado e racional, conforme vimos no item 2.2, acima. Quando se trata da *anomia* na DA, tal como vimos em Caramelli, Nitrini e Mansur, encontramos a certeza de que o sujeito é capaz de *detectar* a existência de uma alteração na linguagem, de *identificar* sua origem e de *conceber* ou achar um meio para compensar a falha/falta em seu enunciado. Entretanto, no caso da DA, tais *estratégias*

fracassam não apenas porque não criam atalhos satisfatórios, mas porque acarretam algo que é ainda mais grave: ***uma fala fluente e vazia.***

Esses fracassos das alegadas estratégias, não perturbam os pesquisadores; nem os incomoda o fato intrigante de que elas ao invés de garantirem a suficiência de uma fala, promovem um esvaziamento de seu sentido - qualidade incomum de fala. Não menos inquietante é que, ao inverso da *anomia*, essa fala vazia não é escutada pelo sujeito. Em última instância, o que estou assinalando é que assume-se que o sujeito lança mão de recursos cognitivos para *detectar erros e conceber estratégias* (no caso da falta do nome), mas eles não operam ou não são eficazes quando se trata de contornar a “pouca informação” que sua fala carrega. Mas, o que responderia por essa diferença? Bem, não se pode dizer que as pesquisas vão tão longe.

Parece-me importante dar reconhecimento ao fato de que se a descrição dos efeitos de falas de pacientes com demência, realizada no campo da Medicina, é apropriada e sagaz - ela é, contudo, intuitiva e não vai muito além de atestar certos acontecimentos na fala, de qualificá-los e nomeá-los: não se dá um passo teórico no que diz respeito à linguagem e nem ao sujeito. Nesse particular, vemos (como procurei indicar) uma reprodução insistente dos mesmos argumentos em propostas que se querem diferentes. Parte-se da suposição de desarranjo cognitivo, que se manifesta numa falha de evocação (na fala) e, daí, parte-se para formulação da hipótese de “estratégia cognitivas” são manifestas pelos *comportamentos* compensatórios (de fala). Tais “comportamentos” tornarão a fala “verborrágica” e “vazia”, uma *falação* sem qualquer função.

Os dois pólos dessa cadeia: de um lado, um desarranjo e uma estratégia - ambos cognitivos (não observáveis) e, do outro lado, um comportamento verbal (observável) - sua manifestação. Decorre dessa

configuração a incontornável seqüência: pensamento → linguagem; esta última, “signo” de operações cognitivas. No caso da suposição das estratégias na DA, o que parece emergir é o sentido de que o falante das falas vazias é um observador de si mesmo - “observador” para nada, porque ele nada pode fazer com o destino do que diz. O que o termo “estratégia” soa estranho nesse ambiente. De fato, os sujeitos com DA parecem, nessas propostas organicistas-cognitivistas, reter capacidades. Nesse ponto, no da concepção de sujeito, as pesquisas médicas e fonoaudiológicas concordam e não fazem reparos aos estudos psicogenéticos ou organogenéticos de certos fenômenos que acontecem nas psicoses, como assinalou Lacan (1956) . Segundo esse autor:

a partir do momento em que admitimos que, do fenômeno parasitário, o sujeito tem conhecimento como tal, [...] não podemos escapar à noção de que *o sujeito tem uma endoscopia do que se passa realmente em seus aparelhos*. É uma necessidade que se impõe a toda teoria que faz de fenômenos intra-orgânicos o centro do que se passa no sujeito [...] *o sujeito está em algum lugar, em um ponto privilegiado onde lhe é permitido ter uma endoscopia do que se passa nele próprio* (1956/2002, p. 46).

Esse lugar em que o sujeito está, é a mente. Lembremos a fórmula cartesiana: *cogito ergo sum* que subjaz ao pensamento científico e que norteia qualquer suposição ou reflexão que se faça sobre a linguagem, mesmo em trabalhos que pretendam dar a ela um *status* diferenciado, e que declarem não ser ela expressão do pensamento, mas, diferentemente, constitutiva do pensamento⁵⁶ - lembro que estou me referindo aos estudos sobre DA.

O argumento da “estratégia” é sustentado, ainda, frente à constatação inversa de que certos pacientes ou “*não têm consciência*” de seu estado alterado ou, então, apresentam um discurso que tende a “minimizar” os efeitos dos sintomas na própria fala. Menciono, neste momento, aquilo que a Medicina nomeia como *anosognosia*. Em *Rudimentos sobre la enfermedad de Alzheimer*, uma publicação online de 2004, o neurologista José Manuel Martínez Lage afirma o seguinte:

em minha experiência há quase sempre uma clara desproporção entre o déficit cognitivo que existe e o eco emocional que se pode observar. Muitos pacientes, já no início da doença, negam os sintomas, os dissimulam ou tratam de justificá-los de forma aparentemente pueril [...] *negar ou minimizar a enfermidade se chama anosognosia, falta de reconhecimento dos sintomas* (2004, capítulo VIII – 1ª parte – ênfases minhas).

Pergunto: “como pode ser que uma estratégia vise a compensar uma falta que o paciente ou não reconheça ou não a considere relevante?”. Mais pontualmente: “como entender que Caramelli, Nitrini e Mansur tenham tomado o esvaziamento qualitativo do discurso como decorrente da utilização de uma estratégia fracassada?”⁵⁶. Ou, ainda, “como interpretar a suposição de que substituições na fala sejam “estratégias”?”. Procuro chamar à atenção para o fato de que, para acontecimentos tão diferentes como: “reconhecer a falta na fala → procurar modificar” e “não reconhecer → contemporizar”, utilize-se o mesmo argumento da estratégia. Após essa seqüência de perguntas, deixo mais uma e mais geral, qual seja: “uma possível resposta seria a de que abordagens organicistas/cognitivistas

⁵⁶Refiro-me aos trabalhos de base vygotskyana, como os de Noguchi e Cruz, aqui apresentados, além de outros.

⁵⁷Retomo a seguinte afirmação dos autores: “Se por um lado esta estratégia garante a quantidade do fluxo de produção, por outro lado configura um esvaziamento qualitativo, no que tange aos aspectos semânticos” (1996, p. 228)

contam com um certo conjunto de possibilidades explicativas e elas ficam comprimidas na “não-consciência” e “consciência” de si?” O problema dessa dicotomia diz respeito primeiramente ao fato de que ela é redutora, como qualquer dicotomia: não abrange a heterogeneidade das respostas que uma pessoa possa dar. A esse respeito, por exemplo, Lacan dá mais um passo quando diz que dicotomia consciência/não-consciência de si, remete a estados normais e alterados de um sujeito que é, como diz “transparente a si mesmo” (1956: 45): quando consciente, ele é um sujeito que “se olha e compreende por si” (Ibid., p. 45); quando não-consciente, passa ao largo de suas condutas impróprias ou desajustadas.

Antes de encerrar esta parte introdutória do capítulo 3, e para encerrá-la, retomo as observações Lage (2004): “há quase sempre uma clara desproporção entre o déficit [...] e o eco emocional”. Essa *desproporção*, foi a que experimentei quando observei pacientes demenciados no ambulatório da UNIFESP. Observação que, na época, eu chamei de *descompasso* entre os acontecimentos “estranhos” que se apresentam na fala e os efeitos desses acontecimentos sobre o sujeito falante. Relembro que minha experiência, até então, restringia-se ao atendimento de pacientes afásicos: esses sujeitos que, via de regra, *sofrem*, como diz Fonseca (2002), de uma “nostalgia do passado”, da lembrança de uma condição de falante anterior à instalação do quadro afásico. O encontro com falas de pacientes com demência me fez ver que sua natureza era outra: a relação do sujeito à própria fala é, sem dúvida, diferente nas afasias e nas demências.

É nesse *descompasso* entre sintoma e efeitos sobre o sujeito e nesse *desacordo* entre afasia e demência que centro meu foco neste momento. Declaro que *linguagem* – língua-fala e sujeito falante – serão contemplados na sua articulação, conforme proposta de Cláudia Lemos. Refiro-me, aqui, à teorização iniciada em 1992. Seus desdobramentos para o âmbito da reflexão sobre as patologias e a clínica de linguagem, iniciados 1995, no

Projeto Integrado, hoje Grupo de Pesquisa, “Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem” do LAEL/PUCSP, coordenado por Maria Francisca Lier-DeVitto são de especial relevância. A clínica de linguagem, dizem Lier-DeVitto e Arantes “tem que se haver, de forma irremediável, com um falante submetido à condição de sua fala” (2006, p. 15). *Submetido*, aqui, inscreve a diferença radical entre a perspectiva que assumo em relação aos trabalhos sobre a DA aqui discutidos: no lugar de um falante

“sempre explicitamente assumido como epistêmico (...) [e de] uma acepção de *pathos* [...] que remete ao rebaixamento da razão e da vontade” temos as “falas patológicas [como] repetições “*sem vontade ou saber*”, elas expõem um falante “em descontrole”” (Ibid. p. 15.)

Note-se, a questão do “sem vontade e sem saber” abre a porta para o caminho da Psicanálise, e a de efeito da própria fala não me levará na direção das estratégias.

3.2 Sujeito e alienação

Individuals have a cold, have cancer, have measles.

*Alzheimer's has the individual.***

Os termos *dementia* e *amentia* significam “estar sem mente” ou “perder a mente”. Em Bertolucci, lemos que “mente” pode adquirir “um sentido bem mais amplo, que poderia ser considerado como aquilo que torna um indivíduo único e que lhe permite *relacionar-se com os que estão à sua volta*” (2005, p. 295 – ênfases minhas). Desse modo, se tomarmos “demência” na sua acepção mais geral nos aproximaremos daquela que o termo ganha na Psiquiatria. Nesse campo, de acordo com Lacan (1932), as demências juntamente com as psicoses formam dois grandes grupos mórbidos, que são opostos e que a ciência psiquiátrica distinguiu como representativos dos “*estados mentais da alienação*” (1975: p. 1). A *alienação mental*, característica (ou o estado) comum às demências e às psicoses, *grosso modo* definiu-se como “qualquer forma de perturbação mental que incapacita o indivíduo para agir segundo as normas legais e convencionais de seu meio social” (Dicionário Aurélio). Temos, então, uma articulação possível entre o sentido mais amplo de demência e de alienação: um indivíduo “sem mente” – *dementis* – fica sem “identidade” (aquilo que permite que ele se reconheça como “eu” e seja reconhecido por e reconheça o “outro”) e “marginal” (porque incapaz de se relacionar de forma adequada com seu meio social). Note-se que a noção de alienação na Psiquiatria é balizada pela noção de inadequação/desajuste social.

Assim como elegi Foucault, no capítulo 2, como autor fundamental por razões já esclarecidas, neste capítulo é com Lacan que caminharei. A

** Extraído do livro *Alzheimer's from the inside out*, escrito por Richard Taylor, um psicólogo que aos 58 anos recebeu o diagnóstico de DA.

presença deste autor está relacionada, em primeiro lugar, à aproximação que os pesquisadores do Grupo de Pesquisa “Aquisição, patologias e clínica de linguagem”, no qual me incluo, têm com a Psicanálise; em segundo lugar, à leitura que realizei de sua tese de doutorado *Da psicose paranóica em suas relações com a personalidade* (1932). Nesse livro, encontram-se pontuações acerca dos quadros demenciais que considere extremamente relevantes para esta tese.

De acordo com Lacan, foi o psiquiatra alemão Emil Kraepelin quem, primeiramente, fundamentou a distinção entre psicose e demência, a partir de um método clínico que levava em conta dois critérios, a saber: o de *evolução* e o de *prognóstico* dessas patologias. Entretanto, afirma Lacan, o critério de prognóstico no caso das *demências* gradualmente cedeu lugar a um outro: o de medida do *déficit capacitário* que acomete o indivíduo e o de *correlação* desse déficit com uma *lesão orgânica*. Nas palavras de Lacan, “a correlação, no mínimo grosseira, desse déficit com uma lesão orgânica, no mínimo provável, basta para fundamentar o paralelismo psicoorgânico dos distúrbios demenciais” (1975, p. 01). É tal correlação que acaba traçando a linha fronteira entre demência e psicose. Na psicose essa correlação não se aplica em razão do caráter contingente dos fatores orgânicos nela envolvidos. Também, na psicose não há evolução, progressão, para a demência. A psicose revela que:

na *ausência* de qualquer déficit detectável pelas provas de capacidade (de memória, de motricidade, de percepção, de orientação e de discurso), e na *ausência* de qualquer lesão orgânica apenas provável, existem distúrbios mentais que relacionados, segundo as doutrinas, “à afetividade”, ao “juízo”, “à conduta”, são todos eles *distúrbios da síntese psíquica* (LACAN, 1975: 02 – ênfases minhas).

Note-se que as “ausências” permitem a Lacan colocar sob questão a possibilidade de abordagem dos fenômenos relativos à *síntese psíquica* a partir de explicações orgânicas e/ou mentais⁵⁸. Segundo o autor, é preciso, portanto, estabelecer bases teóricas originais acerca do tema da *síntese psíquica*, que permitam um melhor entendimento das psicoses: “essa síntese, nós a denominamos *personalidade*” (Ibid. p. 02). A noção de “personalidade” será redefinida pelo autor sobre bases distintas das utilizadas em Psicologia/Psiquiatria. A obra de 1932, do então psiquiatra Lacan, já anuncia que “uma ‘ciência da personalidade’ está por ser inventada” (OLGIVIE, 1987, p.18), inventada com base em critérios que conduzissem a uma construção fundamentada no “*sentido mais humano*” do termo personalidade. Lacan não ignorava a tendência da Psiquiatria de perseguir correlações orgânicas para explicar as psicoses. Ele esclarece que:

as correlações orgânicas, *que não pretendemos discutir*, têm apenas um alcance parcial, e *só possuem interesse do ponto de vista doutrinal que pretendem reforçar*. No entanto, elas não bastam para construí-lo. Não se iludam aqueles que acumulam tais materiais; *os fatos de nossa ciência não permitem escapar à preocupação sobre o homem* (LACAN, 1975: 04 – ênfase minha).

Note-se que mesmo admitindo que possam haver questões orgânicas envolvidas na psicose, mesmo que eventuais correlações possam ser estabelecidas, Lacan reconhece que “a questão humana é mais ampla”, ou seja, que a “etiologia não esgota a questão”, como já mencionei nesta tese.

Claramente em 1932, Lacan já encaminhava-se para uma ruptura com a Psiquiatria, no que diz respeito às explicações e ao tratamento das

⁵⁸Suzana Carielo da Fonseca (1995, 2002) trata dessa questão no que se refere à fala sintomática de pacientes afásicos. Para ela, esses acontecimentos não podem ser explicados senão por uma teoria de linguagem, apesar da atestada relação causal entre afasia e lesão cerebral.

“doenças mentais”, na medida em que assinalava a necessidade (e a possibilidade) de que as condutas humanas não fossem reduzidas a um substrato material ou mental. É esse o elo primordial que permite a articulação de meu trabalho à discussão por Lacan: mais especificamente porque este se inscreve, como já disse, numa perspectiva teórica que também reconhece, e afirma, que organismo, mente e sujeito são instâncias distintas e não-coincidentes, e que cada uma delas deve ser contemplada dentro de sua especificidade. Entenda-se, com Lacan, que advogar em favor de uma abordagem original e específica (da psicose ou da linguagem na demência) não implica:

ignorar nenhuma legítima concepção dos *fatores orgânicos* que compõem. Do mesmo modo, não é prejudicar as determinações físico-químicas dos fenômenos vitais, mas é *ressaltar o caráter propriamente orgânico deles e defini-los por esse meio*, assim como não é negligenciar a base biológica dos fenômenos ditos da personalidade, mas é *levar em conta uma coerência que lhes própria e que se define por essas relações de compreensão, em que se exprime a medida comum das condutas humanas* (Ibid., p. 02 – ênfases minhas).

Que se reconheça a possibilidade de haver problemas orgânicos quando há doenças mentais, para Lacan, é perfeitamente aceitável. Inaceitável é tomá-las como causa explicativa, absoluta e final das doenças mentais. O Lacan psiquiatra viu-se exigido, para responder o que o interrogava na loucura, a não sucumbir frente à necessidade de sustentação da distinção entre organismo e sujeito (o que ele destaca quando utiliza o termo “humano”). Note-se, a base biológica que subjaz às *condutas humanas*, não pode esclarecer sua especificidade: elas

comportam sua coerência própria. Em Olgivie podemos ratificar esse ponto de vista sobre a teoria lacaniana:

o objetivo da tese de medicina do jovem psiquiatra é o de se esforçar [...] por meio de diversos *deslocamentos e tentativas de conceitualização*, para colocar esse problema, já presente no campo filosófico, num outro terreno. A tese [...] constitui esse outro terreno. A noção de personalidade que aí se encontra [...] é *reinscrita num campo de inteligibilidade que recobre o sistema de relações humanas* na medida em que *significações subjetivas atuam aí de maneira privilegiada e específica*, em detrimento de uma ordem de determinação fisiológica exclusiva (1987: p. 18)

Note-se, Lacan, ainda um jovem psiquiatra (mas nem tanto visto de hoje), quando da elaboração da tese, almeja um “passo pra fora” da Psiquiatria.

Não é a psicose, mas a demência que está em questão nesta tese. Entretanto, a posição de Lacan frente à questão e a discussão acerca da “personalidade”, quando trata da psicose, importa para a reflexão e a abordagem que pretendo realizar da fala dos pacientes com demência. A “medida comum das condutas humanas” será incluída neste trabalho. Vejamos porque.

Coerentemente com a teorização visada, Lacan estabelece uma distinção entre sintomas orgânicos e sintomas psicogênicos. Estes últimos, que podem ser sintomas físicos ou mentais, devem ser explicados a partir “dos *mecanismos complexos da personalidade*” (1975: 34- ênfase minha). Em consonância, ele postula que “em cada entidade *psicopatológica* [...] cada parte deverá ser constituída por mecanismos orgânicos e por mecanismos psicogênicos” (1975: 36). Lacan coloca em relação quadros que podem equivocadamente, ou não, serem confundidos. O que Lacan quer é diferenciá-los para

destacar as psicoses. Ele coloca em relação distúrbio orgânico, não localizado, e alteração grave da personalidade; e distúrbio orgânico mínimo e problema psíquico leve. Interessa para mim, acima de tudo, o paralelo que ele faz entre *afasia* e demência:

- 1) aquela em que uma *alteração orgânica evidente* → causa um distúrbio grave das funções afetivas e/ou perceptivas e/ou intelectuais ***sem alteração notável da personalidade*** (é o caso da *amnésia afásica*) e
- 2) aquela em que uma alteração orgânica evidente → causa um distúrbio psíquico grave e ***destruição da personalidade*** (como ocorre na *demência*);

Note-se, que a separação entre orgânico/psíquico/personalidade: esta última, uma instância diferenciada das demais, com sua coerência própria, como vimos. Particularmente no que diz respeito à relação demência x afasia, dois pontos as aproximam: a *etiologia* – ligada a alterações graves do sistema nervoso central – e a presença de *perturbações* que Lacan denomina “psíquicas”⁵⁹. O ponto que as *distingue* é a *preservação* em oposição à *destruição* da personalidade

Quanto à demência e psicose, a diferença é clara: num caso há grave comprometimento orgânico e na outra não. Resumindo, temos dois paralelos:

- 1) *psicose* e *demência* – divergem em razão da ausência/presença de um correlato; confluem, pois implicam alienação do sujeito;

⁵⁹ A separação entre psíquico e personalidade aqui, permite entender que o autor supõe como alteração psíquica, neste momento, um “déficit detectável pelas provas de capacidade (de memória, de motricidade, de percepção, de orientação e de discurso)” como oposto ao que ele denomina personalidade ou síntese psíquica.

- 2) *afasia e demência* – confluem em razão da presença do acometimento do sistema nervoso central; divergem no que diz respeito ao fato de que na afasia não está em questão nem a alienação, nem a destruição da personalidade.

Sublinho que é a leitura de Lacan sobre a relação entre afasia e demência que terá destaque aqui. Note-se que um ponto une os dois paralelos, qual seja: em ambos o ponto fundamental é o sujeito falante. Aqui acompanho Ogilvie⁶⁰ quando diz que, em Lacan, não há “um sujeito fictício da presença de si, caro aos filósofos [médicos e fonoaudiólogos], mas o sujeito ativo da “reivindicação”, aquele que diz “eu”, “eu” [*je, moi*]” (1987, p. 17)⁶¹.

Para estes propósitos, a noção de *personalidade construída* sob uma tal perspectiva, pode contribuir para uma aproximação sobre o que vem a ser a *alienação* do sujeito e a destruição da personalidade que ocorre nos quadros demenciais. Aliás, é notório que com a evolução das doenças demenciais, o sujeito parece “sucumbir”, “diluir-se”, “dissolver-se”. Daí que não raramente, mesmo nas descrições mais tradicionais da evolução demencial, nos depararmos com apontamentos de fenômenos rotulados por médicos e fonoaudiólogos como “*desorientação do eu*” (MAC-KAY, ASSENCIO-FERREIRA, FERRI-FERREIRA, 2003/2007, p. 79) em contraposição a quadros de afasia em que, alega-se, não há “*desorientação do eu*” (Ibid. p. 79).

⁶⁰Esclareço que nesta tese não abordarei mais de perto a problemática do inconsciente, implicada na citação que trago de Ogilvie. Seria preciso muito maior penetração na Psicanálise para que eu pudesse retirar conseqüências para refletir sobre a demência a partir da hipótese do inconsciente. Interessa-me, neste momento, muito mais a perspicácia acompanhar o olhar de Lacan que pende mais para o humano e para esse “método” que pende mais para a heterogeneidade dos acontecimentos sintomáticos que, muitas vezes, permanecem obscuros.

⁶¹Note-se essa citação deixa ver, mais uma vez, que OGILVIE já reconhece na tese o germe da transformação conceitual da noção de sujeito presente na à filosofia, à biologia, à antropologia e que conduzirá Lacan, mais tarde, a Freud.

Parece ser disso que quer tratar Lacan, desse “eu” complexo, que demências e loucuras iluminam. Entende-se, frente à expressão *complexo*, que Lacan fale em “síntese psíquica”: a personalidade é o que realiza essa síntese, essa frágil unidade: “a personalidade é, então, a garantia que assegura, acima das variações afetivas, as constâncias sentimentais, acima das mudanças de situação, a realização de promessas” (Ibid., p. 21). É à partir da personalidade, também, que se atribui a um sujeito responsabilidade e quando a síntese psíquica se dissolve, o sujeito fica inimputável do ponto de vista legal. Lacan lembra que, de fato, reconhecer uma personalidade nas pessoas está em relação fundamental com a noção de responsabilidade.

São de interesse especial, considerando o que se discutiu no Capítulo 1 desta tese, os comentários de Lacan sobre a noção de personalidade na psicologia científica. Começo pela afirmação contundente de que esta área se mostrou “impossibilitada de fundar sobre ela uma definição científica rigorosa” (1975, p. 24) uma vez que ela se fundamenta no sentimento (introspecção), na consciência individual e na extensão dos fenômenos da memória.

Na discussão apresentada, coloquei em destaque que a noção de personalidade, conforme discutida por Lacan, importa a este trabalho. Sem dúvida porque ela estabelece distinções entre afasia e demência, e entre estas duas categorias clínicas e psicose. Essa distinção é pressionada pelo desejo de Lacan de fazer valer a força da *síntese psíquica*, da personalidade, da subjetividade, nas considerações sobre esses quadros clínicos. Para mim é, de fato, importante caminhar nessa direção.

3.3 Sobre a afasia e demência

Afasia e demência são quadros clínicos que decorrem de doenças que comprometem o funcionamento do sistema nervoso central e que apresentam alterações de linguagem. Uma pontuação: em sua tese de doutorado, o psiquiatra Lacan menciona a linguagem, mas não dá a ela destaque – ela está, ainda, como manifestação.

Questões referentes à *etiologia* não serão contempladas por mim⁶². Interessa-me a oposição entre quadros afásicos, em que há *preservação* da personalidade e demência, em que há *destruição* da personalidade, como disse Lacan (1956). Em *O seminário, livro 3: as psicoses* o psicanalista reflete sobre as afasias: é mesmo evidente seu entusiasmo e fascínio quando tece considerações acerca da fala e sobre um paciente de Wernicke. Vejamos o que ele diz sobre o seguinte segmento extraído da fala de um paciente:

sim, compreendo. Ontem, quando eu estava lá em cima, ele já disse, e eu queria, eu lhe disse, não é isso, a data, não inteiramente, não aquela... (1981, p. 250)

Lacan afirma que esse sujeito mostra domínio completo da articulação, organização, subordinação e estruturação da frase, “**mas ele fica sempre ao lado do que quer dizer** [...] não se pode duvidar que o que ele quer dizer esteja presente, mas ele não consegue dar ao que é visado na frase uma encarnação verbal” (Ibid., p. 250). Note-se, autor reconhece que, apesar

⁶² Acompanho a discussão realizada por LACAN, já apresentada. Não se trata absolutamente de ignorar ou minimizar a importância do acontecimento orgânico agudo que instala o quadro afásico, nem tão pouco das alterações detectadas no organismo dos pacientes diagnosticados com demência, mas, sim, de admitir que as diversas ordens de fenômenos (orgânicos, de linguagem, psíquicos) têm sua especificidade própria que merece, e deve, ser esclarecida. No caso desta tese, pretende-se refletir acerca da relação sujeito/linguagem no caso do paciente com demência; segundo entendo, essa reflexão não pode ser reduzida/assimilada à coerência que emana de modelos neuropsicológicos ou neurolingüísticos, tal como vimos acontecer nos trabalhos da Medicina e da Fonoaudiologia.

da pertinência e complexidade envolvida na questão do encadeamento de fragmentos, o enunciado deste paciente em questão *não tem efeito de unidade*: **há coesão, mas não há coerência, em outras palavras**. Tal característica tem como consequência o fato de que o paciente:

não pode comunicar o essencial. Daí um *discurso aparentemente vazio*, que, coisa curiosa, mesmo nos sujeitos mais experimentados, entre os neurólogos, provoca irresistivelmente sempre um riso embaraçado. Aí está um tipo que está se servindo de imensos blablablás extraordinariamente articulados, algumas vezes ricos em inflexões, mas que *nunca pode chegar ao cerne do que **ele tem a comunicar*** (Ibid., p. 251).

Destaco, da citação, o seguinte articulação:

(1) o afásico “não pode comunicar o essencial (...)

(2) tem um “discurso aparentemente vazio”.

Tais observações nos remetem à discussão já realizada sobre a “fala vazia” dos pacientes com DA e de pacientes com afasia de Wernicke⁶³ - caso deste que chamou a atenção de Lacan. É bem verdade que “não comunicar” e “fala vazia” são qualificações que apelam para o significado, ou melhor, para a falta dele em falas de pacientes. Essas expressões dizem alguma coisa sobre o fenômeno ... mas não o dizem todo, como procurarei mostrar. É inegável que a *referência externa* fica abalada nas demências, mas o sujeito prossegue falando até o momento em que ele desaparece completamente. Indico, aqui, a forte relação entre sujeito e linguagem que

⁶³ Aliás, esse parentesco entre a afasia de Wernicke e DA é atestado por essa literatura: alguns o identificam à fala vazia, outros à presença de um discurso semanticamente aberrante. A diferenciação entre afasia e

as demências colocam, e que pretendo tirar proveito dessa “evidência” - o que não seria possível se, em relevo, ficasse o significado.

Lacan, já próximo da Lingüística e de Jakobson, enfatiza a dominância da *articulação significante* na compreensão do discurso do psicótico. No livro de Schreber, diz ele, “ao desconhecer o papel mediador primordial do significante, ao desconhecer que é o significante que é na realidade o elemento guia [...] nos tornamos absolutamente incapazes de compreender o que se passa nas psicoses” (1981, p. 251). De fato, se eu ficasse no espaço dessa aparência de perda de significado, se ficasse presa da referência externa, ficaria, também, ligada ao mundo do pensamento-cognição-memória, tal como nos trabalhos da Medicina e da Fonoaudiologia, em que a linguagem é manifestação de uma doença. Fico, diferentemente, ao lado da linguagem e daquilo que ela pode revelar sobre a sustentação subjetiva de um falante.

Quando analisa o fragmento apresentado acima, Lacan mostra sua escuta para os trabalhos de Jakobson (1954) e de Saussure e observa que a fala do paciente encarna a *dominância da metonímia sobre a metáfora*: “as relações de contiguidade dominam, por causa da ausência ou do enfraquecimento da função de equivalência significativa por via da similaridade” (Ibid., p. 250). Temos um ponto de aproximação entre a fala de pacientes com demência e de certos afásicos: fala que, apesar de não ser comunicativa e ser esvaziada de referência externa, é plenamente comandada pela jogo da língua: elas não estão “fora da lei” (Lier-DeVitto, 1998), das *leis de referência interna da linguagem*. Vejamos:

demência corre por conta do déficit cognitivo de base (memória) presente nos quadros demenciais que não se apresenta na afasia de Wernicke

É apresentado ao paciente uma foto de uma família (pai, mãe e filho) no banheiro, enquanto o pai faz a barba.

I. Que lugar é esse da casa?

P. *não sei.*

I. esse maior aqui, ele tem uma coisa diferente... (...) olha pra **cara** dele...
quê que ele tem de *diferente*?

P. **diferente... o olho... rosto!**

I. olha essa foto aqui direitinho... é espuma de fazer **barba**... (...) se ele está
com espuma de fazer **barba**... que lugar é esse aqui... parece que é um...

P. *futebol*

I. futebol!? Onde é que as pessoas fazem a **barba**?

P. na **barbearia**

A fala do paciente, de fato, não faz referência à figura que vê. Contudo, ele fala “barbearia” (e não “banheiro”, como desejado ou esperado pelo investigador). Interessa que **a fala faz referência à fala**: *barbearia* e *barba* estão em relação e *barbearia* faz referência externa, mas não contextual – essa palavra que vem de outro lugar, evoca um texto, uma outra cena. Esse é poder da linguagem de manter um falante em movimento, mesmo quando o significado “social”, “comunicativo” se dilui.

Se abordagens organicistas e cognitivas contentam-se com a perda da referência externa e reduzem o lingüístico a uma função cerebral/cognitiva, elas não podem explicar o que sustenta o sujeito na sua fala e a própria fala do sujeito – retira-se da fala o poder da linguagem de simbolizar. Entendo que o compromisso com o sintoma exige um esforço de caracterizar o modo singular de uma manifestação lingüística cuja lógica não é indiferente ao funcionamento que a comanda.

É nesse sentido que levar em conta a referência interna – as leis de funcionamento da linguagem – torna-se fundamental para que se possa

apreender a relação sujeito-linguagem e sua relação com a fala (do outro e própria). No segmento acima, vemos que o paciente responde ao outro, repete o outro, o que não impede o desconcerto ou desarranjo da própria fala. Mas, reitero que nesse desarranjo, pode-se apreender o jogo das referências internas que põe em relação pedaços (conexos) de falas: *cara, olho, rosto*. Não é diferente o que se observa no segmento abaixo:

A paciente de Alzheimer estava *comendo* “porco com couve-flor”. A resposta que dá ao seu médico é uma seqüência que “frustra uma antecipação esperada” (NOVAES, 1996), mas as palavras ligam-se tangencialmente à pergunta do médico (“o que você está *comendo*?”). Ela diz: *espinafre, batatas e rabanetes*. Se os enunciados não correspondem a uma verdade pragmática, não se pode negar que eles são efeito da fala do outro/própria: Há operações de referência interna em funcionamento:

Alzheimer conversa com a Sra. D. durante o almoço. A paciente comia um prato de carne de porco com couve-flor

A. O que você está **comendo**?

D. Espinafre.

(E prosseguiu enquanto mascava a carne)

D. Primeiro eu **como** as *batatas* e depois os *rabanetes*.

Neste material, a paciente de Alzheimer responde na direção esperada, mas frustra com a repetição insistente do próprio nome para todas as perguntas que ele faz. Note-se, porém, que Auguste se articula com outros elementos que são esperados. Há fixação, estabilidade de elementos – há escuta para a fala do outro. Haverá para a própria? Ela hesita, mas não se corrige. A restrição, a contenção da deriva e da reiteração, é feita pela fala do outro.

O médico Alois Alzheimer, chefe clínico do Asilo para Demenciados e Epiléticos de Frankfurt, em entrevista com a Sra. Auguste D., uma enferma que no dia anterior ingressara no centro⁶⁴.

A. Qual é o seu *nome*?

D. **Auguste**.

A. Seu *sobrenome*?

D. **Auguste**.

A. Qual é o *nome do seu marido*?

D. *Acho que é* **Auguste**.

A. Eu lhe pergunto o *nome do seu marido*....

D. Ah, meu marido...!

A. Você é *casada*?

D. **Com** Auguste.

A. Você é a senhora D.?

D. **Sim, com** Auguste D.

A. *Há quanto tempo* você está neste asilo?

D. **Três semanas**.

⁶⁴ Extraído do Capítulo I de *Rudimentos sobre la enfermedad Alzheimer* de José Manuel Martínez Lage. **Fuente:** K Maurer, U Maurer. *Alzheimer. The life of a physician & the career of a disease*. Columbia, New York 2003, pp. 270.

Nesse segmento há ocorrências bastante intrigantes. A paciente chega a uma resposta primeira (6) às questões de A. e I. pela via de uma incorporação cruzada (4 e 5) e, diga-se, numa composição sintática apropriada. Em (8), causa surpresa que ela responda “vermelho” e “preto” para a pergunta “ele tá com roupa de jogador de futebol?”. Note-se, que ela responde a “jogador” e não ao que está na figura (um homem, Sócrates, vestido de branco). Em (10) ocorre uma ruptura abrupta na coesão dialógica, mas em termos. O enunciado tem referência com uma fala (3) desse mesmo diálogo. Não deixa de chamar atenção a quantidade de vezes que ela diz “não sei” e, também, que esse não saber, aparentemente, não a angustie. A questão que fica é “o que ela escuta e o que ela não escuta da própria fala”? O que parece é que ela não escuta o desacordo na própria fala (e entre falas).

Paciente com DA diante de uma figura com o jogador Sócrates vestido de médico, com a investigadora (I) e a acompanhante (A)

- 1) A. a senhora já não viu esse homem?
- 2) P. *A A. falou que eu já vi esse homem, mas eu não sei...* (dirigindo-se à investigadora)
- 3) A. Ele não jogava no time de futebol que o seu **Antonio torcia MUITO**?... lembra? (Antonio era o marido da paciente)
- 4) I. é o Só... o comecinho do nome dele é Só... lembra?... **Sócrates**
- 5) A. O **jogador do Corinthians** que o seu Antonio falava muito.
- 6) P. **AH... é o Sócrates, foi jogador do Corinthians**
- 7) I. Pois é, nessa foto aqui ele tá com roupa de jogador de futebol? Olha bem aqui nessa foto... ele está com **roupa de jogador de futebol**? (esperava-se que ela dissesse “de médico”, porque a pessoa estava de branco)
- 8) P. () *aqui meio... não sei aqui se é **vermelho**, se é **preto**... isso não sei ()*
- 9) I. mas ele está com uniforme de **futebol** ou não?

10) P. *ah, porque () negócio de... de... **como é que fala mesmo?**... de **eleições**, nas eleições é que o negócio é feio... () nas **eleições que meu marido** ()* (o marido da paciente era um famoso político da região)

O segmento (I) é parte de uma longa sequência em que a fala do paciente sustenta-se na incorporação da fala do terapeuta. O que chama à atenção é que uma mesma massa sonora é submetida a um jogo de “monta-desmonta”⁶⁵. A parte final deste diálogo é a mais surpreendente e aquela que mais se aproximaria do que se designa como “fala vazia”.

I)

T. **Já aconteceu** algum acidente, alguma vez?

P. **Já contei.**

P. **Já aconteceu?**

P. E **já deu certo!**

⁶⁵Sobre isso ver a interpretação de Lier-DeVitto (1998) do paralelismo nos monólogos e a de De Lemos (2006) nas narrativas.

Temos A seqüência de (1) até (15) é daquelas de fato, porque a o riso está ligado ao drama da “*destruição da personalidade*”. O diálogo progride, mas surpreende. Para quem seriam endereçados os enunciados (4), (6), (8), e (14)? Com relação a (2), (9) e (10), temos enunciados que colocam uma questão que se refere à escuta do paciente.

1) T. Eu não entendi o que o senhor falou.

2) P. Tem que *esperá* (pausa) *pegá* as coisas pra depois *levá*! Não era isso?

3) T. Tá, aí o senhor pega o material e leva?

4) P. *Eu não, eu não!*

5) T. Não? Quem que leva?

6) P. *Uma aí, ou senão cê é que vai!*

7) T. Eu? Tá bom, eu levo. O quê que eu levo?

8) P. *Leva o que tem (pausa) prá levá!*

9) T. O senhor vai tê que **ir comigo** porque eu não sei onde é a obra.

10) P. **Já comi** (pausa). Já comi.

11) T. Não, o senhor tem que ir comigo!

12) P. Ah! Com você, com você eu não sei!

13) T. Falando em comer, o quê que o senhor comeu hoje?

14) P. *Vou saber o que eu comi hoje, eu vou pensar nisso? (risos)*

15) T. (risos).

Os comentários sobre os segmentos acima, estendem-se para a sequência a seguir

Terapeuta (T) e paciente (P) olham um álbum de fotografias

T. O senhor tá no meio do mato? Tá com chapéu, bota e **espingarda!**

P. Eu **não sou guarda**, eu era bom de caçá no mato... de bota...

T. Sua bota **tá molhada** ou **seca** nessa foto? (a bota estava encharcada)

P. **Tá seca, mas já foi molhada também.**

T. O senhor tem uma foto com a *bota molhada*?

P. Quando tá molhada tá... tá... *Quando não tá seca, tá verde* (olha para a planta da sala)

T. Verde? Essa planta tá molhada, não tá seca, né Mario?

P. *Não tá seca, não tá feia, não tá meia, meia... tá verde.*

T. É sim, ela tá verde! E sua bota tá seca...

P. A bota tá seca.

Se, na demência, o sujeito vai fugindo do outro, a linguagem vai perdendo função comunicativa e se revolve em torno de uma mesma massa sonora, caminha apoiada na repetição da fala do outro, de expressões formulaicas que irrompem na fala do paciente, as quais não podemos determinar nem a fonte (de onde ela vem) e nem para quem ela é, de fato, endereçadas. Mas, só no final, a fala perde laço com falas (própria e do outro). A língua pode permanecer ali, relacionando, associando pedaços, restos de falas. O sujeito falante se constitui quando há cisão entre fala e escuta – o sujeito se divide em *uma instância que fala e uma que escuta* a própria fala, como mostrou Cláudia Lemos (1992, 1997, 2002 e outros). O que se poderia pensar sobre as demências a partir daí? Talvez,

se possa dizer que *cisão* não é *dissociação*. Nas demências, surge uma profunda dissociação entre fala e escuta. Ponto a teorizar. Lacan fala em “destruição da personalidade” – o que se destrói na demência? Talvez, o real do organismo faça sua marca na relação sujeito-linguagem. Outra questão sobre a qual refletir. Assim encerro esta tese.

Penso que este trabalho cumpriu o seu propósito. Um levantamento extenso, embora não exaustivo, da literatura médica e fonoaudiológica sobre a demência, em especial sobre a Doença de Alzheimer. Ele não foi exaustivo porque ao longo do levantamento, seleção e leitura dos textos, pude concluir que um mesmo raciocínio básico, e enraizado num pensamento organicista-cognitivista, caracterizava as discussões a respeito dos sintomas na fala e do sujeito. São esses os estudos que abordo criticamente no primeiro capítulo. Procurei esclarecer a razão da insistência num mesmo tipo de raciocínio, apesar de diferenças em relação aos aparatos descritivos implementados pelos pesquisadores. O apego é uma explicação que se apóia numa seqüência causal cristalizada que parte do dano neurológico, para a perturbação da memória e desta para os sintoma sensível na linguagem, caracterizado como “anomia” e/ou “fala vazia”. Relembro, aqui, frente a essa constatação disse, com Fonseca, que “a etiologia não esgota a esgota a questão”. Não esgota a questão porque, de fato, não encontramos nessas abordagens qualquer empenho de explicitação quanto a uma teoria de linguagem e conseqüentemente sobre a relação sujeito-linguagem. Contudo, o modo como se qualifica o sintoma, “anomia” e “fala vazia”, longe de ser uma descrição gramatical, remete, ao meu ver, diretamente para a problemática do sujeito e sua relação à fala. Anomia, diz respeito a uma incapacidade de designar e, fala vazia a uma incapacidade de representar. Frente a essas caracterizações do sintoma na demência, impossível é não perguntar: “quem designa?”; “quem nomeia?”. A naturalização da questão da subjetividade está refletida na redução do falante a um espaço cognitivo/mental e da linguagem a manifestação da cognição.

Anomia e fala vazia remetem à inquietante discussão a respeito da referência e da referencialidade, e elas, ao signo. Saussure foi o autor de onde parti com uma indagação suscitada pela leitura que Milner fez do signo saussureano: “o signo, em Saussure, não é representação”, isso porque, acrescento com o autor, “a língua não é nomenclatura”. Filiada ao pensamento saussureano, solo da reflexão sobre a linguagem do Grupo de Pesquisa “Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem, no qual me incluo, julguei estar numa situação ao mesmo tempo confortável e desconfortável. Esclareço: confortável por tratar-se de um autor bastante familiar e desconfortável frente ao problema destacado por Milner e apresentado de forma original e complexa. A da ressignificação do termo “associação” com o qual Saussure enuncia a natureza do signo lingüístico – sublinho lingüístico (e não filosófico e psicológico). As cartas estavam dadas: o problema, os instrumentos e a direção. Foi precisamente numa nota de rodapé, pouco expressiva, que li uma menção a Foucault. Especificamente à discordância de Milner a respeito da interpretação que aquele filósofo faz do signo saussureano.

Esse foi o mote para o passo seguinte. Realizei um exame cuidadoso da obra referida por Milner, *As palavras e as coisas*. Nela, Foucault argumenta no sentido de afirmar que Saussure recoloca o pensamento de Port Royal sobre a representação e a designação. Esse é o ponto da discordância: se Saussure reinstaura um já dito e sabido a respeito do signo e da linguagem, obviamente apaga-se a o gesto revolucionário, o efeito de corte no pensamento secular sobre a linguagem. Essa leitura foi exigente e o seu resultado aproximou-me de Milner. Foucault lê *Port Royal* com Saussure, mas o que Saussure pôs fora da mente e retirou do sujeito psicológico, Foucault põe dentro, na mente e nas mãos do sujeito cartesiano. Ele foi fiel à sua formação filosófica e dedicado na tentativa de conduzir o argumento da reinstauração do pensamento do século XVII.

Movimento oposto ao de Foucault, foi o de Lacan: ele ainda psiquiatra sentia-se desafinado com seu campo. Em sua tese de doutorado, ele não falou em signo, mas falou de demência e pretendia uma explicação que levasse mais em conta “a coerência própria dos fenômenos da personalidade”, quer dizer, humanos. Nesse trabalho, ele procurou discernir o que era do organismo e o que pertencia à esfera da personalidade – a subjetividade afluía com força nesta obra. Os dois movimentos interessam: aquele na direção da heterogeneidade e o do compromisso com o humano. Lacan fala em *destruição da personalidade* na demência e *preservação* na afasia. Essa discussão coloca uma questão sobre o sujeito, questão esta que fez eco com a minha escuta para a fala de pessoas demenciadas e estavam em consonância com minhas considerações críticas sobre os estudos médicos e fonoaudiológicos sobre a DA.

Ao fim desse percurso, levantei a hipótese de que na demência, enquanto houver fala, haverá falante e movimento ambos movimentados pela reflexividade da linguagem sobre si mesma, a despeito da dissociação profunda entre fala e escuta e entre fala e realidade a despeito, inclusive, do falante não se apresentarem no intervalo entre os significantes.

ALMEIDA, O.P. Mini exame dos estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. **Arquivos de neuropsiquiatria**. São Paulo, V.56, nº3B, 1998.

ALMOR, A., KEMPLER, D., MACDONALD, M.C., ANDERSEN, E., TYLER, L.K. Why do Alzheimer patients have difficulty with pronouns? Working memory, semantics, and reference in comprehension and production in Alzheimer's disease. **Brain and language**. 67, pp. 202-27, 1999

ANDRADE, L.M. **Ouvir e escutar na clínica de linguagem**. Tese de Doutorado. São Paulo, LAEL/PUCSP, 2003.

ARISTÓTELES - **Da Interpretação**.

_____ **Retórica III**.

_____ **Refutações Sofísticas**.

_____ **Metafísica**.

ÁVILA, R. **Reabilitação neuropsicológica de processos de memória e das atividades de vida diária em pacientes com Doença de Alzheimer leve e moderada**. Dissertação de mestrado. São Paulo: Faculdade de Medicina/USP, 2004.

BACON, F. **Novum organum**. Trad. Francesa. Paris, 1847, Liv. 1.

BALLONE, G.J. Doença de Alzheimer. **PsiquWeb Psiquiatria Geral**, Internet, disponível em <http://www.psiqweb.med.br/geriat/alzh.html>

BAYLES, K.A. Language function in senile dementia. **Brain and language**. V. 16. pp. 265-80, 1982.

____ Language and dementia. In: **Language disorders in adults: recent advances** A. L. Holland (ed.) San Diego: College Hill Press, 1984.

BAYLES, K.A & TOMOEDA, C.K. Confrontation Naming Impairment in Dementia. **Brain and language**, V. 19. pp. 98-114, 1983.

BAYLES, K.A., TOMOEDA, C.K., TROSSET, M.W. Naming and categorical knowledge in Alzheimer's disease. **Cortex**. V.39. pp. 498-510, 1991.

BENSON, D. F. & ARDILA, A. (1996) – **Aphasia: a clinical perspective**. Oxford: Oxford University Press, 1996.

BENVENISTE, E. Saussure após meio século. In:____ **Problemas de lingüística geral I**. Campinas: Pontes Editores, pp. 34-49, 1966/1995.

____ Categorias do pensamento e categorias de língua. In:____ **Problemas de lingüística geral I**. Campinas: Pontes Editores, pp. 68-80, 1966/1995.

____ Observações sobre a função da linguagem na descoberta freudiana. In:____ **Problemas de lingüística geral I**. Campinas: Pontes Editores, pp. 81-94, 1966/1995.

____ Os níveis de análise lingüística. . In:____ **Problemas de lingüística geral I**. Campinas: Pontes Editores, pp.127-40, 1966/1995.

BERTOLUCCI, P.H.F. Demências. In: K.Z. ORTIZ (org.) **Distúrbios neurológicos adquiridos: linguagem e cognição**. São Paulo: Lovise Editora, pp. 295-312, 2005.

CAPUANO, A.M.N. Alterações de memória e suas correlações com a linguagem. In: K.Z. ORTIZ (org.) **Distúrbios neurológicos adquiridos: linguagem e cognição**. São Paulo: Lovise Editora, pp. 366-93, 2005.

CARAMELLI, P., MASUR, L.L., NITRINI, R. Distúrbios de linguagem nas demências. In: P. CARAMELLI, L. MANSUR e R. NITRINI (orgs). **Neuropsicologia: das bases anatômicas à reabilitação**. São Paulo: Clínica neurológica – HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP, pp. 227-40, 1996.

CARDOSO, S. H. B. **A questão da referência: das teorias clássicas à dispersão de discursos**. Campinas: Autores Associados, 2003.

CLAVREL, J. **A ordem médica**. São Paulo: Brasiliense, 1978/1979.

COUDRY, M.I.H. **Diário de Narciso**. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

COUDRY, M.I.H., BANDINI, M.B.G. & DUTRA, A.M.K. Acompanhamento longitudinal de um caso de demência degenerativa progressiva. **Estudos lingüísticos III**, Anais dos seminários GEL, Jaú, 1992.

COUDRY, M.I.H., E MORATO, E. Alterações lingüísticas na demência tipo Alzheimer. TEXTO APRESENTADO NO CONGRESSO BRASILEIRO DE PSIQUIATRIA BIOLÓGICA, 1991.

CRUZ, F.M. da A construção da referência em uma situação interlocutiva entre sujeitos afásicos e não-afásicos. In: I.V. KOCH, E.M. MORATO, A.C. BENTES (orgs.) **Referenciação e discurso**. São Paulo: Contexto, 2005.

CUMMINGS, J.L., BENSON, D.F., LO VERME, S. Reversible dementia. **Journal of the American Medical Association**. V. 243, pp. 2434-39, 1980.

CUMMINGS, J.L., BENSON, D.F., HILL, M.A., READ, S. Aphasia in dementia of the Alzheimer type. **Neurology**. V. 35, pp. 394-7, 1985.

DESCARTES, R. Meditações, objeções e respostas. In *Os pensadores*. São Paulo: Nova Cultural, 1641/1996.

DSM-IV **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Psiqweb – Portal de psiquiatria, disponível em <http://virtualpsy.locaweb.com.br>.

DUCROT, O., TODOROV, T. **Diccionario enciclopedico de las ciencias del lenguaje**. Buenos Aires: Siglo XXI, 1974.

DUCROT, O. Referente. In: **Enciclopédia Einaudi - linguagem e enunciação**. Lisboa: Imprensa Nacional, Casa da Moeda, 1984.

FELDMAN, A. J., PEREYRA, S.A. Diagnostico diferencial entre afasia y demência: presentación de dos casos clínicos relacionados cõn una demencia tipo Alzheimer y una afasia de Wernicke.. Buenos Aires, TRABALHO APRESENTADO NA 1ª REUNIÃO CIENTÍFICA ORDINÁRIA DA ASALFA, 1994.

FONSECA, S.C. **Afasia: a fala em sofrimento**. Dissertação de mestrado. São Paulo: LAEL/PUC-SP, 1995.

_____. **O afásico na clínica de linguagem**. Tese de Doutorado. São Paulo: LAEL-PUCSP, 2002.

FOUCAULT, M. **As palavras e as coisas**. São Paulo: Martins Fontes, 1966, 2002.

FREGE, G. Sobre sentido e referência. In: T.M. SIMPSON (org.) **Semántica filosófica: problemas y discusiones**. Buenos Aires: Siglo XXI editores, 1973.

FREUD, S. **La afasia**. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión, 1891/1987.

GOLDFARB, D. **Demências: clínica psicanalítica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004

GOODGLASS, H. & KAPLAN, E. The assessment of aphasia and related disorders. Philadelphia: Lea & Fegiber, 1972.

GONNERMAN, L.M., ANDERSEN, E.S., DEVLIN, J.T., KEMPLER, D. & SEIDENBERG, M.S. Double dissociation of semantics categories in Alzheimer's disease. **Brain and language**. 57(2), pp. 254-79, 1997.

GROBER, E., BUSCHKE, H., KAWAS, C., FULD, P. Impaired ranking of semantic attributes in dementia. **Brain and language**. V.26, pp.276-287, 1985.

HIER, D.B., HAGENLOCKER, K., SHINDLER, A.G. Language disintegration in dementia: Effects of etiology and severity. **Brain and language**. V. 25, pp. 117-33, 1985.

JAKOBSON, R. Dois aspectos da linguagem e dois tipos de afasia. **Linguística e comunicação**. São Paulo: Cultrix, 1954/1988.

KEMPLER, D. Language changes in dementia of the Alzheimer type. In: LUBINSKI, R. (ed.) **Dementia and communication**. San Diego: Singular Publishing Group, pp. 98-114, 1995.

KEMPLER, D., CURTISS, S., JACKSON, C. Syntactic preservation in Alzheimer's disease. **Journal of speech and hearing research**. V. 30, pp. 343-350, 1987.

KERTESZ, A. **Western aphasia battery**. New York: Grune e Stratton, 1982.

KIRSNER, H.S., WEBB, W.G., KELLY, K.P. The naming disorder of dementia. Washington, D.C: Paper presented to the American Academy of Neurology, 1982.

KOCH, I.G.V. Linguagem e cognição: a construção e reconstrução de objetos-de-discurso. **Veredas – Revista de estudos lingüísticos**. Juiz de Fora: UFJF, 2004

KRAEPELIN, E. **Tratado de psiquiatria**, 1910.

LACAN, J. **Da psicose paranóica em suas relações com a personalidade**. Rio de Janeiro: Forense universitária, 1975/1987.

LACAN, J. **O seminário: livro 3 – as psicoses**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1981/2002.

LAHUD, M. Alguns mistérios da lingüística. In: **Almanaque**. São Paulo: Brasiliense, V. 5, pp. 28-37, 1977.

LAGE, J.M.M. **Rudimentos sobre la enfermedad de Alzheimer**. Publicação online, disponível em <http://medicinainformacion.com/profesor.htm#ebook>, 2004.

LALANDE, A. **Vocabulaire technique et critique de la philosophie**. Paris: Presses Universitaires de France, 1926/1985.

LANDI, R. **Sob efeito da afasia: a interdisciplinaridade como sintoma nas teorizações**. Dissertação de mestrado. LAEL/PUC-SP, 2000.

_____. O sintoma da interdisciplinaridade na afasia. In: **Letras de hoje**. Porto Alegre, V. 36, nº3, pp. 441-47, 2001.

LAWSON, J.S. & BARKER, M.G. The assessment of nominal dysphasia in dementia: the use of reaction time measures. **British journal of medical psychology**. V. 41, pp. 411-414, 1968.

LEMONS, C. T. G. de Los procesos metaforicos y metonimicos como mecanismos de câmbio. **Substratum** V. 1, nº1. Barcelona 1992.

____ Sobre as vicissitudes da fala da criança e de sua investigação. *Cadernos de estudos lingüísticos*. V 42, pp. 41-69. Campinas: Editora da Unicamp, 2002.

LEMONS, C. T. G.; LIER-DeVITTO, M.F., ANDRADE, L.; SILVEIRA, E. (2004) Le saussurism em Amérique Latine aux XXe siècle. **Cahiers Ferdinand de Saussure**, V 56, pp 165-176, Genebra, 2004.

LIEDERMAN, J., KOHN, S., WOLF, M., GOODGLASS, H. Lexical creativity during instances of word-finding difficulty: Broca's vs. Wernicke's aphasia. **Brain and language**. 20 (1), pp 21-32, 1983.

LIER-DEVITTO, M.F. Raízes genéticas: implicações e complicações. **Cadernos de Estudos Lingüísticos**, 26, pp. 17-25. Campinas: Editora de Unicamp, 1994.

____ Novas contribuições da lingüística para a fonoaudiologia. **Distúrbios da comunicação**. Vol. 7, nº 2. São Paulo: EDUC, 1995.

____ **Os monólogos da criança: delírios da língua**. São Paulo: EDUC/FAPESP, 1998.

____ As margens da Lingüística. Relatório de bolsa de produtividade em pesquisa. (CNPq), 2000.

____ Patologias da linguagem: sobre as 'vicissitudes de falas sintomáticas'. In: M.F. LIER-DEVITTO e L.M.G. ARANTES (orgs.) **Aquisição, patologias e clínica de linguagem**. . São Paulo: EDUC-FAPESP, 2006

LIER-DEVITTO, M.F e FONSECA, S.C “Reformulação” ou “ressignificação”. **Caderno de estudos lingüísticos**, 33 pp 51-60. Campinas: Editora da Unicamp, 1997.

LIER-DEVITTO, M.F., FONSECA, S.C., LANDI, R. Vez e voz na linguagem: o sujeito sob efeito de sua fala sintomática. **Revista Kayrós**. São Paulo, 2007.

LURIA, A. R. **Fundamentos de neuropsicologia**. São Paulo: EDUSP, 1981.

LURIA, A. R. **Fundamentos de neurolingüística**. Barcelona: ORAY-Masson, 1980.

LYONS, J. **Semantics**. New York: Cambridge University Press, V. 1, 1977/1996.

____ **Semántica linguística: una introducción**. Buenos Aires: Paydós Editora, 1995/1997.

MAC-KAY, A.P.M.G., ASSENCIO-FERREIRA, V.J., FERRI-FERREIRA, T.M.S. **Afasia e demências: avaliação e tratamento fonoaudiológico**. São Paulo: Santos Editora, 2003/2007.

MANSUR, L.L., RADANOVIC, M. **Neurolingüística: princípios para a prática clínica**. São Paulo: Edições Inteligentes, 2004.

MARTIN, A. & FEDIO, P. Word production and comprehension in Alzheimer's disease: the breakdown of semantic knowledge. **Brain and language**. V.19, pp. 124-141, 1983.

MARTIN, A., COX, C., BROUWER, P. & FEDIO, P. A note on different patterns of impaired and preserved cognitive abilities and their relation to episodic memory deficits in Alzheimer's patients. **Brain and language**. V.26, pp. 181-185, 1985.

MILNER, J.C. **O amor da língua**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1987.

____ **El periplo estructural: figuras e paradigma**. Buenos Aires: Amorrourtu, 2003.

MONDADA, L. La construction de la reference comme travail interactif: accomplir la visibilité du détail anatomique durant une opération chirurgicale. **Cadernos de estudos lingüísticos**, Campinas: IEL/UNICAMP, n° 44, pp. 57-70, jan/jun 2003.

MORATO, E.M. (In)determinação e subjetividade na língua de afásicos: a inclinação anti-referencialista dos processos enunciativos. **Cadernos de estudos lingüísticos**, n° 41, pp. 55-74, jul/dez 2001.

MURDOCH, B.E., CHENERY, H.J., BOYLE, R., WILKS, V. Functional communicative abilities in dementia of the Alzheimer type. **Australian journal of human communication disorders**. V. 16 (1), pp. 11-21, 1988.

MURDOCH, B.E. **Desenvolvimento da fala e distúrbios de linguagem**. Rio de Janeiro: Revinter Editora, 1997.

NICHOLAS, M., OBLER, L.K., ALBERT, L.M., & ESTABROOKS-HELM, N. Empty speech in Alzheimer's disease and fluent aphasia. **Journal of speech and hearing research**. 28 (3), pp. 401-10, 1985.

NITRINI, R. Diagnóstico Nosológico das Demências. In: **Temas de neurologia**. São Paulo: Frontis Editorial, V.1, pp. 243-72, 1999.

NOGUCHI, M.S. **A linguagem na doença de Alzheimer: considerações sobre um modelo de funcionamento lingüístico cognitivo**. Dissertação de mestrado. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas: FCM/UNICAMP, 2000.

NOVAES, M. **Os dizeres nas esquizofrenias: uma cartola sem fundo**. São Paulo: Editora Escuta, 1996.

OBLER, L.K., ALBERT, M.L. Language in the elderly aphasic and in the dementing patient. In: M.T. SARNO (ed.) **Acquired aphasia**. New York: Academic Press, 1981.

OGILVIE, B. **Lacan: a formação do conceito de sujeito**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1987/1991.

ORTIZ, K. & BERTOLUCCI, P.H.F. Alterações de linguagem nas fases iniciais da doença de Alzheimer. **Arquivos de neuropsiquiatria**. 63 (2-A), pp. 311-17, 2005.

ROCHFORD, G. A study of naming errors in dysphasic and in demented patients. **Neuropsychologia**. V. 9, pp. 437-43, 1971.

RODRIGUES, N. **Saussure: uma revolução na lingüística**. Dissertação de Mestrado. Faculdade de filosofia e letras da Universidade de São Paulo. São Paulo: FFLCH/USP, 1975.

RUSSEL, B. **Significado e verdade**. Rio de Janeiro: Zahar, 1973.

SAUSSURE, F. **Curso de lingüística geral**. São Paulo: Cultrix, 1916/2006.

SCHWARTZ, M.F., MARIN, O.S.M., SAFFRAN, E.M. Dissociations of language function in dementia: a case study. **Brain and language**. V.7, pp.277-306, 1979.

SEXTO EMPÍRICO – **Contra os matemáticos**.

SIMPSON, T. M. (org.) **Semántica filosófica: problemas y discusiones**. Madrid: Siglo XXI, 1973.

TAYLOR, R. **Alzheimer's from the inside out**. Baltimore: Health Professions Press, 2007.

TODOROV, T. (1977) **Teorias do símbolo**. Campinas: Papirus Editora, 1996.

VASCONCELLOS, R. **Paralisia cerebral: a fala na escrita**. Dissertação de mestrado (inédita). LAEL-PUCSP. São Paulo, 1999.

VYGOTSKY, L.S. **A formação social da mente**. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

WILSON, R.S., KASZNIAK, A.W., FOX, J.H., GARRON, D.C., RATUSNIK, D.L. Language deterioration in dementia. ARTIGO APRESENTADO NO 9º ENCONTRO ANUAL INTERNACIONAL DA SOCIEDADE DE NEUROPSICOLOGIA. Atlanta, G.A. 1981.