

COMUNICAÇÃO, SAÚDE MENTAL E PSICOPATOLOGIA

PROF. DR. ALEXANDRE FREY PINTO DE ALMEIDA, M.D., PH.D.

Coordenador Científico da licenciatura em Terapêutica da Fala e da Clínica Pedagógica de Terapia da Fala da Universidade Fernando Pessoa; Director da Clínica Médica de Serralves (Porto / Portugal) / fpinto@ufp.edu.pt; frey@clinicadeserralves.pt

RESUMO

Caracteriza-se a parte da comunicação na saúde e bem estar, assim como em psicopatologia. Nas psicoses, encontram-se alterações qualitativas de decurso variável; nas neuroses, simples variações quantitativas superficiais e inconstantes; nas psicopatias, desvios quantitativos um pouco mais consistentes. O decurso mais flutuante das perturbações da comunicação de natureza psiquiátrica faz o diagnóstico diferencial com as de ordem neurológica. Defende-se no entanto que haverá, subjacente às alterações comunicativas de natureza psicopatológica, uma disfunção cerebral mais ou menos subtil consecutiva a perturbação no decurso das fases mais avançadas do desenvolvimento e maturação cerebral – relativamente às quais, no domínio das competências comunicativas, as experiências precoces e a aprendizagem mostram ter uma importância fundamental. Discute-se a este respeito um caso (raro) de síndrome do sotaque estrangeiro (Pinto de Almeida, 1999): a origem das perturbações observadas era essencialmente do foro psiquiátrico, uma vez que a TC mostrava unicamente um discreto alargamento isolado dos sulcos corticais nas regiões peri-sylvianas.

PALAVRAS-CHAVE: comunicação, saúde (mental); psicopatologia; disfunção (cerebral); sotaque estrangeiro.

COMMUNICATION, MENTAL HEALTH AND PSYCHOPATHOLOGY

ALEXANDRE FREY PINTO DE ALMEIDA

Medical doctor, master in Psychiatry, Ph.D. in Language Sciences; Scientific Coordinator of the bachelor in Speech Therapy and of the Pedagogical Clinic of Speech Therapy of University Fernando Pessoa / fpinto@ufp.edu.pt

ABSTRACT

The part of communication in health and welfare, as well as in psychopathology, is characterized. In psychoses, qualitative alterations of changeable course are found; in neurosis, simple quantitative superficial, capricious variations; in psychopathies, a little more consistent quantitative deviations. The more fluctuating evolution of psychiatric disorders of communication makes the differential diagnosis with those of a neurological condition. In the present article, one advocate, however, that behind psychopathological disorders of communication, there is a more or less subtle brain dysfunction consecutive to some kind of disturbance during the most advanced stages of brain development and maturation – for which, in the field of communicative skills, early learning experiences have shown a major role. As an example, a (rare) case of foreign accent syndrome (Pinto de Almeida, 1999) is discussed: the deficits observed were primarily psychiatric, and CT showed only a slight enlargement of isolated cortical sulci in peri-sylvian brain regions.

KEY WORDS: communication, (mental) health; psychopathology; (brain) dysfunction; foreign accent.

1. INTRODUÇÃO

A saúde foi definida pela *World Health Organization* / Organização Mundial de Saúde, ainda em pleno decurso do século XX, como uma condição de pleno bem estar físico, psicológico e social, não a simples ausência de doença, e a Organização das Nações Unidas tem preconizado condições básicas para a saúde como um direito de todos (art.º 25.º da Declaração Universal dos Direitos do Homem / *Universal Declaration of Human Rights*).

Isto é mais verdade ainda no caso da criança, que é um ser em desenvolvimento: assim, na *Convenção sobre os Direitos da Criança* (UNICEF, 2004), os Estados parceiros acordaram nomeadamente que a educação se destina, entre outras coisas, a “promover o desenvolvimento da personalidade da criança, dos seus dons e aptidões mentais e físicos na medida das suas potencialidades”. As competências linguísticas e comunicativas (Hymes, 1974) são por certo dos mais preciosos desses dons e aptidões mentais, constituindo um potencial para o pleno desenvolvimento e bem estar não somente da própria criança como também do adulto que futuramente ela vai ser.

Por outro lado, e devido ao stress da vida moderna, as perturbações da comunicação aparecem hoje em dia com grande destaque, como parte daquilo a que Freud chama-a a “psicopatologia do quotidiano”.

Importa caracterizar não apenas a parte da comunicação na saúde e bem estar do indivíduo, como também a chamada “comunicação patológica”. Eis o propósito da presente súmula.

2. COMUNICAÇÃO E SAÚDE MENTAL

A comunicação e a linguagem constituem capacidades fundamentais para o atinimento dum objectivo de bem estar e desenvolvimento harmonioso do indivíduo:

Charles Darwin (1872) escreveu todo um volume acerca da expressão das emoções em homens e em animais, notando a grande similitude entre uns e outros a este respeito. A selecção e até mesmo o aperfeiçoamento dos comportamentos de expressão emocional ao longo da evolução das espécies mostra bem o seu elevado valor de sobrevivência: eles asseguram o essencial da comunicação intra e até mesmo inter-específica, propiciando interações grupais, infante-parentais, entre pares e entre géneros, permitindo definir hierarquias e lideranças, preservar a coesão do grupo, desenvolver estratégias de cooperação em vista dum objectivo comum, defender eficazmente o território, assegurar a coesão familiar e a eficiência de muitos dos cuidados de protecção com as crias, substituir os confrontos mortíferos entre machos por complexos rituais de cortejamento, etc., etc.

Em 1986, organizou-se, sob os auspícios da Fundação Calouste Gulbenkian, um simpósio internacional coordenado por Gomes Pedro, sobre *Biopsychology of Early Parent-Infant Communication*. Os estudos dos mais diversos especialistas (Brazelton, Kennel, Montagner...) convergiam acerca da importância da comunicação na diáde

mãe-filho, desde a vida intra-uterina, sendo esta interacção infanto-parental precoce determinante sobre a sanidade mental da criança: a depressão materna, por exemplo, dificilmente deixa de afectar muito adversamente o lactente (Tronic e Gianino, op. cit., 1986). O recém-nascido mostra desde o início dar preferência à voz da mãe sobre a de outras mulheres, e a vinculação entre mãe e filho – algo de importantíssimo para a estabilidade emocional do indivíduo (Bowlby, 1988) – depende criticamente da quantidade e da qualidade das interacções que mãe e filho estabeleçam entre si nestas primeiras idades. Há todo um reconhecimento a fazer, nas diferentes modalidades sensoriais, e o lactente recorre para este efeito aos mais diversos meios de expressão não verbal; acções como “sorri”, “vocaliza”, etc., são dos mais precoces índices do desenvolvimento infantil (cf. em Portugal no Boletim de Saúde Infantil aonde se vão lançando as sucessivas observações clínicas de que é objecto a criança).

São portanto meios comunicacionais os que asseguram estas transacções, e fazem-no de forma muito corpórea. Além do contacto físico propriamente dito entre a mãe e o lactente, há observações que nos mostram também até que ponto vai, do ponto de vista comunicativo, esta perfeita sintonia: Condon e Sander (1974) chegaram a notar uma sincronia dos movimentos do recém-nascido com as inflexões da voz na fala do adulto. Os próprios estudos electrofisiológicos sugerem a importância destas experiências na mais tenra idade sobre o “estilo afectivo” ao nível daquilo a que poderia chamar-se uma “lateralização dos afectos” no funcionamento hemisférico de base – seja a nível temporo-límbico (Flor-Henry, 1976), seja a nível (pré-) frontal (Davidson, 1994) – podendo tais vivências ser determinantes, afinal, sobre a propensão para deprimir que o indivíduo venha a desenvolver mais tarde, na idade adulta (ibid., ibid.). Na verdade, a plasticidade neural própria das primeiras idades (as sequências de neurogénese, migração neuronal, diferenciação neuronal, sinaptização, mielinização, especialização funcional...) permite que o acabamento na formação das redes neurais se faça, relativamente a capacidades que dependem da aprendizagem, em função destas experiências precoces (cf. tb. Pinto de Almeida, 2009, em publicação).

Eric Berne (1972) pensa, por sua vez, que as expectativas dos adultos acerca da criança conduzem sem querer, nos primeiros meses de vida, ao uso de gratificações sistemáticas relativamente a certos comportamentos e estereótipos que assim ficam reforçados, com outros que, pelo contrário, são sistematicamente punidos e como tal são reprimidos desde muito cedo, sendo por meio da comunicação não verbal, e de forma inconsciente, que o adulto reforça positiva ou negativamente certos padrões de conduta por parte do lactente: quase inadvertidamente, é todo um plano, um argumento de vida, que assim fica definido. A nítida preferência por certos jogos de comunicação (o “coitadinho”, ou em contrapartida o “má língua”, etc., etc.) confirmará futuramente um papel de vítima ou de perseguidor, por exemplo (no chamado “triângulo dramático”), um estado do eu (“pai”, “adulto”, “criança”) que se revela dominante, um argumento de vida perdedor ou vencedor, uma atitude existencial positiva ou negativa, e assim por diante – acreditando Berne que foram os sinais mímicos e gestuais, um certo tom de voz, a adopção duma certa dis-

tância (maior ou menor) por parte do adulto, que serviram de reforço determinante para a adopção futura de tais pautas de conduta. O chamado “destino” do indivíduo fica assim condicionado e é de alguma maneira “determinado” por estas interacções precoces.

A comunicação com o mundo começa no primeiro grito, e desde então o padrão do choro não cessa de se enriquecer de novos matizes (Zeskind, 1994), chegando mesmo a ser usado, cada vez mais, como estratégia de influência, verdadeira arma de negociação, no decurso das conhecidas perrices do lactente (Blechmann, 1994). É porém nos momentos de bem estar que o lactente se dedica a aprimorar a produção de sons articulados, numa espécie de balbuceio mais ou menos cantado (a “lalação”), primeiro ao modo dum jogo de exercício, depois cada vez mais com uma intenção comunicativa; não tarda que se definam os primeiros esboços das futuras oposições fonológicas, que surjam logo em seguida as primeiras palavras-frases, que se estruturam depois enunciados a dois elementos, que se compliquem finalmente as categorias e funções morfosintácticas na direcção das estruturas de frase de maior complexidade próprias do adulto.

Como é sabido, este desenvolvimento pode ser perturbado por diferentes circunstâncias de vida. Spitz (1957) caracterizou muito bem a recusa à comunicação que se observa desde cedo em crianças vítimas de um abandono precoce e que sofrem uma hospitalização prolongada: será diferente, desde logo, o uso do padrão de comunicação mais básico e rudimentar – i. e. os movimentos cefalogíricos que dão forma à própria expressão incipiente do “não” e do “sim” a nível gestual. As crianças selvagens são outros tantos casos, que ilustram como depende o perfeito desenvolvimento da fala duma interacção mínima, duma exposição ao modelo – sem o que, transpostos os limites cronológicos da maturação (o chamado “período crítico” de Lenneberg, 1967), a criança não mais será capaz de adquirir uma linguagem verbal.

Não que a construção duma competência linguística seja um fenómeno de imitação passiva. Um exemplo esclarecerá perfeitamente esse ponto (cf. Pinto de Almeida, 1999, p. 317): a mãe de C.M., criança do sexo feminino com 17 meses de idade, dizia-lhe certo dia, diante do cão dos avós, repetidas vezes, “É-o-cão!” (assim escandido), pretendendo com isso que a filha imitasse, por forma a usar a palavra “cão” – ao que C.M. terminou por responder “ã-o-ã-o-ã-o!”, em tom de comentário mas reproduzindo também de certa forma o ritmo e a entoação da frase da mãe, como se quisesse apenas restituir motivação fonética ao modelo de frase materno, tornando-o mais próximo afinal do objecto da designação (i. e. o cão, em função das características fónicas do seu ladar) – tudo se passava afinal, nesta tenra idade, como se a construção onomatopaica fosse para C.M. a mais correcta! Quer dizer, a criança vai evoluindo linguisticamente “segundo as suas próprias regras”, segundo os seus próprios modelos a respeito da estrutura da linguagem. Mas é claro que as repetições da mãe, por exemplo, terminam por oferecer à criança rotinas de estruturação a que a construção gramatical tampouco pode mostrar-se indiferente (cf. e.g. Hub Faria e Ramos Pereira, 1994).

O certo é que, a partir da fase dos enunciados a dois elementos, os progressos são extremamente rápidos, a ponto de que a competência gramatical duma criança de 4

anos lhe permite construir frases que no essencial se assemelham já muito ao modelo de frase do adulto. Daí em diante, os progressos mais notáveis verificam-se sobretudo no que se refere à assim chamada “competência narrativa” ou textual: a sequência temporal das acções, a expressão dos nexos de causa a efeito, a reversibilidade dos papéis e as marcas de passagem e de tomada de deixo nos diálogos, tudo são características não somente de progressos a nível gramatical, mas também a nível cognitivo e afectivo (cf. Bruner, 1991). Há, nomeadamente, descentrações fundamentais a fazer – uma maior reversibilidade operatória mas também um menor egocentrismo, uma maior objectividade (cf. nomeadamente Piaget, 1964).

Torna-se fundamental a capacidade de narrar a experiência própria para se ser capaz de verbalizar os conflitos, em vez de os exprimir pelo corpo, conforme sucede na crise histórica, por exemplo. É nesse sentido nomeadamente que às vezes se fala igualmente em terapias narrativas (cf. tb. Gonçalves e Gonçalves, 2000). A auto-imagem e o auto-conceito, mas também as capacidades de autocrítica e de autoanálise, enfim, a individuação e a própria construção da personalidade, tudo são processos que requerem capacidades narrativas. Deste modo, as aquisições mais avançadas no decurso do desenvolvimento linguístico e comunicativo permitem a mais plena maturação das capacidades cognitivas, afectivas e de socialização.

Os grandes comunicadores transformam sapos em príncipes – eis a ideia fundamental contida no título da obra pioneira de Bandler e Grinder (1979), os criadores da chamada “programação neurolinguística”. Numa palavra: uma comunicação eficaz é a chave do sucesso. Isto é assim tanto na psicoterapia como na política ou simplesmente nas vendas. Uma das técnicas preconizadas por estes autores consiste precisamente em reviver imaginariamente uma situação já vivenciada de plena realização e bem estar (a “visualização criadora”) para recriar um estado de alta performance no qual a motivação e o nível de activação estão no seu ponto mais alto – o chamado “estado de excelência”, no qual as oportunidades de sucesso e as capacidades de persuasão são máximas. Alguns outros recursos, tal como o emprego de uma linguagem metafórica numa relação de influência bem sucedida, já tinham sido valorizados por outros autores. Todorov (1977) mostrara já, aliás, que o inconsciente freudiano funciona ao modo de uma retórica: são figuras que escapam à análise verbal consciente – como a metáfora, justamente (uma “comparação abreviada”, i. e. à qual falta o termo comparativo) – aquelas que mais nos influenciam, já que atingem o inconsciente “em curto-circuito”, sem análise lógica prévia. Pela via do hemisfério direito, diriam alguns. Talvez por esse motivo os amantes recorram tanto às capacidades de sedução dessa “linguagem da mudança”, como lhe chamou Watzlawick (1978).

Bales (1973) mostrou que o próprio estatuto do indivíduo é em larga medida condicionado e determinado pela forma que ele adopta nas dinâmicas de interacção: o líder, por exemplo, tende a comunicar com os outros mais frequentemente, e ocupa uma posição francamente positiva nos três eixos que aquele autor considera como dimensões fundamentais na caracterização da comunicação de grupo – a saber, o de dominância Vs. submissão, o de sentimentos positivos Vs. sentimentos negativos e o

eixo de aceitação Vs. resistência ao trabalho. É particularmente importante uma boa definição deste *status* em todas aquelas dimensões, uma vez que toda e qualquer decisão tende a pôr sob tensão a estrutura do grupo; a fase de piadas que se segue à decisão, por exemplo, tem uma importantíssima função estabilizadora.

Na sequência dos trabalhos de Bateson, os psiquiatras da chamada “escola de Palo Alto” Watzlawick, Beavin e Jackson (1967) procuraram lançar as bases duma nova disciplina – a “pragmática da comunicação humana”; esta teria como objecto de estudo os efeitos comportamentais da comunicação, visando esclarecer, muito em particular, de que forma a comunicação pode ser usada no sentido de mudar o comportamento do interlocutor. As aplicações não se restringem à psicoterapia, estendem-se à área de marketing e vendas, e dum modo geral a todas as formas e situações de interacção. Interessou-os muito em particular a comunicação não verbal, uma vez que ela é poderosa, extremamente sugestiva, mas pode contudo ser difícil de traduzir no modo verbal, ou até mesmo contradizê-lo, indo por conseguinte ao encontro dos objectivos ou em contracorrente relativamente aos fins últimos da comunicação.

3. COMUNICAÇÃO E PSICOPATOLOGIA

3.1. COMUNICAÇÃO PATOLÓGICA

Pode portanto haver, num único acto de fala, contradição entre a expressão verbal e a expressão não verbal (como no cinismo, por exemplo) – sendo esta uma das formas daquilo a que os autores de Palo Alto chamaram “comunicação paradoxal”: esta normalmente é “tóxica”, no sentido de que pela sua continuidade envolve os sujeitos que assim interagem numa relação persistentemente desajustada, a qual é tida hoje ainda como um dos factores etiológicos mais importantes em psicopatologia. Surge-nos assim também a noção de “comunicação patológica”: a extrema indiferença, por exemplo, leva a uma desconfirmação, de algum modo uma negação da existência do outro – algo de verdadeiramente “corrosivo” para a pessoa do interlocutor (por isso Berne, op. cit., concedia uma importância fundamental àquilo a que chamava “carícias” nas dinâmicas de interacção). A própria psicopatologia passa deste modo a ser definida, cada vez mais, como uma patologia da comunicação e da relação.

3.2. OS GRANDES QUADROS CLÍNICOS EM PSICOPATOLOGIA DA COMUNICAÇÃO

As produções verbais desviantes e as perturbações da comunicação em psicopatologia são no entanto difíceis de sistematizar, apresentando em todo o caso um curso muito mais flutuante do que no caso das patologias neurológicas da linguagem: estas

últimas oferecem uma certa sistematicidade e tendem a manter-se ao longo do tempo, ao passo que as perturbações da comunicação de tipo psiquiátrico evoluem de forma mais caprichosa, muito menos previsível. Contrariamente ao que se observa nas doenças neurológicas, e por muitos défices comunicativos que sejam evidenciados nas perturbações mentais, não há em psicopatologia sinais constantes, manifestações cardinais, sinais patognomónicos ao nível da comunicação e da linguagem.

Procurar-se-á seguidamente uma caracterização geral, por grupos de entidades nosológicas, dos grandes quadros clínicos em psicopatologia da comunicação. O autor socorrer-se-á para o efeito dos relatos mais fidedignos de diversos autores, das grandes revisões e sínteses, mas também da sua própria experiência clínica e terapêutica.

a) As psicoses

A investigação farmacológica proporcionou avanços notáveis no controle das doenças mentais, e a esquizofrenia foi uma das que mais beneficiou; ela mantém uma prevalência de cerca de 1%, mas longe está o tempo das camisas de forças ou da lobotomia pré-frontal: o esquizofrénico tem hoje em dia um prognóstico muito mais auspicioso e uma qualidade de vida muito melhor, sendo agora, não raro, seguido toda uma vida em regime ambulatorio. A relação e a comunicação com o esquizofrénico, em contrapartida, complicaram-se entretanto numa gama bem mais vasta de perturbações. A feição de tais perturbações depende, por um lado, do tipo de esquizofrenia, e por outro lado, da evolução e do grau de deterioração da doença em concreto, bem como das complicações inerentes à própria medicação.

Nas psicoses, encontram-se quase sempre perturbações da relação nas quais a comunicação se altera qualitativamente, interferindo com o próprio pensamento na sua organização (a comunicação consigo mesmo e com os outros): a doença psiquiátrica afecta marcadamente a competência comunicativa; Bateson et al. (1956), por exemplo, notaram que muitas mães de esquizofrénicos lhes dirigem mensagens muito ambivalentes e contraditórias – e.g. afirmando amá-los mas desconfirmando-os realmente, em vez disso, no modo não verbal. Procurando furtar-se à comunicação num contexto insustentável deste tipo, porém incapazes de o fazer de facto (uma recusa é já uma forma de comunicação), muitos esquizofrénicos terminariam por adoptar um modo de comunicação paradoxal – o qual afecta tanto a expressão verbal como não-verbal.

- A esquizofrenia

O quadro que se segue sumaria alguns achados característicos na comunicação do esquizofrénico (quadro 1).

QUADRO 1. Achados característicos na esquizofrenia ao nível da comunicação

<h2>ESQUIZOFRENIA</h2>
<h3>PLANO FÓNICO</h3> <p>A profundidade do atingimento fonético ou até mesmo fonológico varia muito com o grau evolutivo da esquizofrenia, sendo que à medida que avançam os progressos terapêuticos vão menos longe as formas deterioradas da doença. Assim, do século XIX e dos primórdios do século XX, restam-nos ainda alguns relatos impressionantes de formas catatónicas avançadas de esquizofrenia afectando a própria articulação verbal (cf. Borges, 1886). Formas muito deterioradas de esquizofrenia podem mesmo chegar a apresentar uma desorganização do sistema fonológico da língua (à medida que a deterioração cognitiva progride), e mesmo um neosotaque (White, 1949).</p> <p>Foram notadas, na esquizofrenia paranóide, alterações prosódicas tais como pausas inadequadas, perturbações do ritmo e do débito discursivo – velocidade do discurso excessivamente rápida ou excessivamente lenta, hesitações, pausas inadequadas, etc. – com acentuações inapropriadas, aplanamento dos contornos entonacionais (correlativo dum certo embotamento afectivo), etc. (cf. tb. Frota e Jorge, 1989).</p> <p>Há também síndromes parkinsonianas que por vezes complicam a medicação neuroléptica: ao nível da fala, estes caracterizam-se por um discurso lentificado, com alguma rigidez articulatória e certo trémulo lingual ou bucofacial, com apagamento da expressão mímica espontânea.</p>
<h3>PLANO SEMÂNTICO</h3> <p>Há, na esquizofrenia, marcadas dificuldades de compreensão dos sentidos figurados (cf. Cutting e Murphy, 1990) – com incompreensão de metáforas, provérbios, ironias e sarcasmos, pedidos indirectos, ditos de humor, etc. – e incapacidade de ir além do sentido literal do discurso; registam-se igualmente dificuldades de associação semântica, da compreensão de relações locativas, etc.; o chamado “esquizofrenês” (Bateson, op. cit.) é uma linguagem que deixa o ouvinte escolher entre muitos significados possíveis, por vezes até mutuamente incompatíveis (discurso paradoxal) - tornando-se possível, deste modo, negar todo e qualquer aspecto de uma mensagem (“loucura discordante verbal”); podem demonstrar-se dificuldades no emparelhamento de frases com figuras, e mesmo uma alteração do sentido de palavras ou expressões, contaminadas pelo pensamento delirante.</p> <p>Numa esquizofrenia muito deteriorada, as associações lexicais são rudimentares, fazendo-se essencialmente pela vizinhança de som entre as palavras, mais do que pelas suas relações de sentido: são as chamadas associações em <i>clang</i> (cf. tb. Werner e Kaplan, 1963; e Luria, 1975).</p>
<h3>PLANO MORFOSINTÁCTICO</h3> <p>Há frequentemente na esquizofrenia frases mal formadas do ponto de vista da organização sintáctica, com repetição de palavras – sobretudo em início e fim de frase, podendo este fenómeno ir ao ponto de afectar a compreensão do discurso; outras vezes, torna-se insistente o uso de uma “palavra mágica” ou “passe-partout” (cf. Leclaire, 1972).</p> <p>Em formas graves de esquizofrenia catatónica, chegam a registar-se estereotípias (espécie de estribilhos que sempre findam os actos de fala e aos quais pode inclusive resumir-se toda a produção verbal, como em formas graves de afasia não fluente); avultam, outras vezes, clichés da “linguagem automática”, e nomeadamente interjeições, estribilhos e palavrões (cf. Mckenna e Tomasina, 2005).</p> <p>Na esquizofrenia descompensada, pode verificar-se agramatismo, jargonafasia e mesmo saladas de palavras, parafasias (transformações patológicas - “verbais ou literais” - do material linguístico, afectando a organização fonológica, morfológica, sintáctica, semântica, etc.); chama-se esquizofasia a uma linguagem incoerente típica sobretudo de certas formas de esquizofrenia paranóide, com recurso a desconstruções gramaticais (dissintaxia) e grande número de neologismos, sem que todavia haja inevitavelmente alterações graves do pensamento; verbigeração é, uma reiteração algo anárquica duma palavra ou frase, que pode tender a invadir todo o discurso verbal (cf. Roch-Lecours et al., 1981).</p>

PLANO DISCURSIVO

As psicoses graves têm uma larga gama de manifestações discursivas, que vão do mutismo à loquacidade, desde longos solilóquios até um discurso incoerente (falta de conexão lógica entre os diversos elementos da frase), com alucinações verbais (vozes), esquizofasias (linguagem profundamente alterada, à semelhança das afasias) ou mesmo glossolalias (uma pseudolingagem incompreensível que recorre sistematicamente a neologismos, não-palavras e estruturas sintácticas anormais); a alternância das deixas na interacção (o *turn taking*) e a compreensão das respectivas pistas contextuais podem achar-se mais ou menos profundamente perturbados por défices pragmáticos; a chamada paralogia, que consiste em desvios sistemáticos à lógica da não-contradição, comporta, entre outras, para-respostas, isto é, respostas desviadas relativamente às questões (Roch-Lecours, op. cit.).

Na esquizofrenia descompensada, as coordenadas do discurso acham-se profundamente alteradas – com limites de tempo e espaço esbatidos, desorientação, sentimentos de despersonalização e desrealização, ou mesmo dissolução cósmica do eu, asomatognosia, anosognosia, prosopagnosia, dúvidas acerca da identidade pessoal, distorções da auto-imagem e da consciência de si, apatia, desmotivação, confabulações, actividade alucinatória e delirante, ideações megalómanas, suicidas, místicas, persecutórias, etc. Verifica-se uma profunda desestruturação das categorias da narrativa – com um discurso eminentemente auto-referencial. A própria escrita pode ser vivenciada como um meio de redenção, de salvação; estranhos pseudónimos e heterónimos têm por vezes como interlocutores as próprias vozes das alucinações auditivas; o significado é hermético, cifrado, referido a um contexto delirante; o estilo é marcado por neologismos, conotações secretas, associações incomuns; os nexos de causalidade escapam ao senso comum, sob a égide dum pensamento muitas vezes mágico-fenomenista, com nexos aberrantes da sequência narrativa (Henri Ey [Bonnaval, 1949]) gostava de falar a este respeito da libertação de um “núcleo lírico”). Resulta, ao nível da escrita, um estilo muitas vezes desviante, o qual não é todavia forçosamente literário (mas vejam-se também autores como Antonin Artaud, capaz de teorizar toda uma nova concepção teatral).

COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL

A expressão não verbal é, na esquizofrenia, relativamente pobre (embotamento afectivo) contrastando com uma grande sensibilidade para com os aspectos paraverbais e atitudinais da comunicação do interlocutor; foi notado que os pacientes apresentam muitas vezes um odor característico, vocalizações bizarras, um contacto visual ausente ou fugaz (cf. Clementz e Sweeney, 1990), risos e sorrisos imotivados, atitudes estereotipadas, posturas excêntricas, ou então uma rigidez postural marcada, com ausência dos gestos que comumente acompanham o discurso, mas em contrapartida com movimentos incomuns muito frequentes, afectando os membros superiores e inferiores e constando de trémulos, tiques, gesticulações, maneirismos, por vezes rituais, que distraem o interlocutor, com o qual o doente tende a estabelecer uma distância interpessoal inapropriada – quer aproximando-se em demasia, quer evitando toda a proximidade; resulta uma grande dificuldade no estabelecimento dum relação de empatia, subsistindo uma impressão de estranheza – o que se relaciona com um funcionamento psicossocial perturbado; há capacidades gerais de simbolização que parecem estar difusamente afectadas no psicótico (cf. tb. Meilijson et al., 2004).

Cabe aqui referir, a título de exemplo, o caso de A.G., um equizofrénico paranóide seguido pelo autor, o qual apresentava alucinações auditivas relativas a vozes que referia como “os porcos nazis”, que lhe ocasionariam “ideias insustentáveis”, tomando inclusive de quando em vez o comando das suas acções (impedi-lo-iam, por exemplo, de tomar regularmente a medicação), sob a ameaça de “lhe matarem os filhos” (felizmente, o doente não tinha descendência). Corria para o chuveiro muitas vezes por dia, como forma de purificação, para se livrar das vozes. O doente vivia este tormento com um sentido redentor, escrevendo poesia que de alguma maneira constituía o seu legado à posteridade.

- As perturbações afectivas

Reconheceu-se, já há bastantes anos, que aquilo a que se chamou “psicose maníaco-depressiva”, corresponde na verdade a um grupo mais geral de perturbações afectivas, de causa fundamentalmente biológica, e que conhece formas bipolares (com componente maníaco e componente depressivo), mas também unipolares (monomaníacas e puramente depressivas). O quadro que se segue regista as principais manifestações de um e de outro pólo ao nível da comunicação perturbada (quadro 2).

QUADRO 2. Achados característicos nas perturbações afectivas ao nível da comunicação

PERTURBAÇÕES AFECTIVAS
PERTURBAÇÕES DEPRESSIVAS
Discurso lentificado (bradilalia), com contornos de entoação descendentes, pouco amplos e em tom baixo, com linguagem monocórdica e inexpressiva caracterizam a expressão vocal do doente depressivo. São mais negativas as conotações de diversas palavras – por exemplo a saudade (Barbedo de Oliveira, 1986). A nível cinésico, observa-se uma mímica inexpressiva que traduz apatia ou desmotivação, outras vezes uma permanente expressão facial de tristeza, movimentos lentificados e posturas características, traduzindo desalento, desespero...
PERTURBAÇÕES MANÍACAS E HIPOMANÍACAS
Aumento do débito discursivo (taquilalia), contornos de entoação ascendentes e amplos, verborreia e loquacidade; logoclonias (reiteraões verbais referidas a uma só sílaba) e outras perturbações árticas do discurso, ecolalias (reproduções em eco duma sílaba ou palavra do interlocutor ou do próprio), associações em <i>clang</i> ., caracterizam a expressão vocal do doente maníaco. As conotações são em geral positivas. As mímicas e gestos exprimem euforia, com uma atitude postural de vencedor.

b) As neuroses

A neurose é o terreno daquilo que mais acima referíamos, com Freud, como a “psicopatologia da vida quotidiana”: as neuroses proliferam na sociedade da informação, e com elas os bloqueios comunicativos; a noção de comunicação patológica ganha assim cada vez mais actualidade na sociedade dos nossos dias: são sobejamente conhecidos, por exemplo, os obstáculos que o desenvolvimento técnico e civilizacional levanta ao bom relacionamento entre os indivíduos.

As neuroses tendem com efeito a emergir no contexto de relações problemáticas; ao nível da comunicação, o que as caracteriza são sobretudo os desvios quantitativos, decorrentes de dinâmicas de interacção perturbadas, e seguindo portanto o decurso sempre mutável da própria relação. A pragmática tende a mostrar-se mais afectada do que a gramática (cf. Meilijson et al., 2004), e se um nível de organização linguística se mostra de quando em vez afectado, esse atingimento tenderá a ser pouco consistente, e a afectar a linguagem de forma superficial.

Geada et al. (1990), por exemplo, testaram no diferenciador de Osgood diversas conotações associadas a temáticas obsessivas das mais comuns, registando com efeito diferenças significativas entre um grupo de pacientes deste foro e um grupo controle. O diferenciador de Osgood considera em relação às conotações de cada palavra testada três dimensões fundamentais de (1) avaliação, (2) potência e (3) actividade, relativamente às quais se constroem geralmente umas quantas escalas bipolares (e.g. (1) “bom-mau”, (2) “forte-fraco”, “grande-pequeno”, (3) “activo-passivo”) aonde se procede na população testada à valoração do sentido da palavra dentro dum certo número de pontuações possíveis, e podendo deste modo calcular-se a média das cotações por cada escala. A palavra “aranha”, por exemplo, poderá ter de pontuação média -2 numa escala “bonito-feio” cotada de -3 a +3, mas é evidente que indivíduos com fobia das aranhas tenderão a classificá-la mais negativamente ainda, próximo de -3. O que, para certas escalas, poderá variar acentuadamente com o tratamento da própria fobia. É neste sentido que dizemos que a comunicação e a linguagem se deixam afectar, na neurose, de forma essencialmente quantitativa, superficial e pouco consistente.

Pondo agora de lado as depressões neuróticas, cujas manifestações comunicativas coincidem aliás em larga medida com as formas psicóticas que mais acima já ficaram caracterizadas (quadro 2), segue-se um quadro relativo à semiologia em psicopatologia da comunicação (cf. Maher, 1973; Boyer, 1983; etc.) nos quadros neuróticos mais comuns (quadro 3).

QUADRO 3. Achados característicos nas neuroses ao nível da comunicação

NEUROSES COMUNS
Avultam nas neuroses os problemas da relação, sendo frequentes, portanto, os bloqueios comunicativos. Assim, por exemplo, as dificuldades de evocação verbal relacionam-se muitas vezes com conteúdos recalcados no inconsciente; a metáfora seria, na verdade, uma forma de ligação entre representações conscientes e inconscientes. No recalçamento neurótico, a própria “barra significado / significante” parece resistir à significação – escrevia Jacques Lacan (1966).
NEUROSE ANSIOSA
A expressão de conteúdos recalcados na neurose ansiosa pode dar lugar a uma dispneia característica, a uma disфонia psicogénica, a uma recusa à comunicação, mas também a uma pressão para comunicar. Nos ataques de pânico, a respiração é excessiva, o discurso frequentemente interrompido por suspiros e gemidos, a voz agitada e guinchante, com uma frequência acústica elevada (Ostwald, 1979, 1994; Behlau, 1995). Do ponto de vista do sentido, os lapsos de língua traem muitas vezes o indivíduo (Freud, op. cit.).
NEUROSE HISTÉRICA
Nas perturbações conversivas – notou Fónagy (1970, 1983) – a afonia, a voz em falsete, os “estrangulamentos de voz” (na crise histérica) podem alternar com um tom intimista e sedutor (voz rouca e grave). É frequente a alexitimia (impossibilidade de traduzir os afectos em palavras – que também se encontra em síndromes de desconexão hemisférica).

Na patologia conversiva, há uma grande riqueza e mesmo formas extremas de expressão não verbal – exuberante, teatral, tanto ao nível paralinguístico como cinésico e proxémico – mesmo quando, na crise histérica, a doente semelha uma paralisia, ou mesmo uma crise convulsiva epileptiforme e subsequente perda do estado de consciência; a expressividade é tanto maior quanto mais difícil seja a verbalização dos conflitos do paciente, que muitas vezes apresenta baixo grau de instrução.

Em contraste com a patologia obsessiva, foi notado, na histeria, que em posição de complemento directo, os inominados abstractos se centram na segunda pessoa, um *tu* (ver P. Boyer, 1983, para uma discussão geral).

NEUROSE FÓBICA E NEUROSE OBSESSIVA

Nos síndromes obsessivos, em contrapartida (*ibd.*, *ibd.*), os inominados abstractos centram-se, nesta mesma posição, na primeira pessoa (*eu*), e isto em 89,5 % dos casos (0 % para a segunda pessoa nesta posição).

Tanto em síndromes fóbicas como obsessivos, tende a ser rígida a cadência da fala (Ostwald, *ibd.*, *ibd.*), com mímicas e gestos estudados, rituais diversos, reiteraões e uma circunstancialidade do discurso (discurso ritualizado pontuado de fórmulas sociais, de conteúdo fático, etc.). Há também uma valoração semântica mais extrema das conotações de algumas palavras em certas dimensões de sentido (Geada et al., *op. cit.*).

Ao nível da interacção, chegam a observar-se, como é sabido, comportamentos activos de evitamento nas fobias sociais.

c) As personalidades desviantes

As personalidades desviantes ou com defeitos graves em sua estruturação mostram por via de regra um enfraquecimento na sua consciência moral (amoralidade ou ausência, em todo o caso, de uma escala de valores duradoura) e na sua capacidade de se envolverem emocionalmente (ausência de sentimentos afectuosos ou acentuada instabilidade emocional), prevalecendo a satisfação imediata dos desejos e das pulsões (impulsividade), dos seus interesses egoístas (narcisismo). Não raro intolerantes à frustração e com uma constante procura de estimulações fortes, incapazes de aprenderem com os próprios erros por não os reconhecerem enquanto tal (falta de arrependimento), os psicopatas apresentam muitas vezes alterações graves do comportamento – com uma incrível irresponsabilidade, mentiras que se tornam sistemáticas (patológicas), comportamentos fantasiosos, etc., etc., quando não comportamentos verdadeiramente associais ou mesmo anti-sociais (donde o termo *sociopata*, que às vezes também se lhes aplica).

Aqui, as alterações comunicativas tendem a ser mais sistemáticas e desviantes do que no caso das neuroses (embora ainda com desvios essencialmente quantitativos na estrutura do discurso). É muito frequente, por exemplo, um comportamento sedutor, inclusivamente com um certo encanto superficial, mas com um recurso sistemático à manipulação, e resvalando com facilidade para o autoritarismo. Torna-se fácil o recurso ao palavão. A eloquência alterna deste modo com uma certa instabilidade e mesmo uma falta de empatia. Numa perturbação múltipla da personalidade, diferentes *selves* podem chegar ao ponto de se alternarem, com diferentes maneiras de falar (ex. com alternância de padrões graves e agudos – notado por Ostwald, *op. cit.*).

d) Os síndromes psicopatológicos de origem orgânica

Diversas condições patológicas ao nível do sistema nervoso podem apresentar-se com um conjunto maior ou menor de alterações do foro psiquiátrico. Está neste caso o atingimento das regiões pré-frontais por traumatismo cranioencefálico ou por alterações involutivas de tipo demencial, por exemplo, podendo simular à primeira vista uma personalidade desviante (cf. Damásio e Anderson, 1993; Damásio, 1995; etc.), ou uma disfunção do lobo parietal – de origem tumoral ou outra – que resulte em manifestações hísticas de tipo conversivo, alterações de somatização, perturbações dismórficas corporais, alterações perceptivas (disestesias e parestesias, alucinoses e alucinações de origem tóxica ou outra), ou também perturbações obsessivo-compulsivas, e podendo incluir sintomas apráxicos e agnósicos, bem como às vezes também certos defeitos de compreensão de estruturas gramaticais complexas – como seja proposições subordinadas, etc. (cf. e.g. Boza et al., 1994); poderia ainda referir-se a epilepsia temporal como entidade que simula, não raro, uma esquizofrenia (ver em Fenwick, 1988), e tantas outras situações de “organoneurose”.

Mas no fundo, todas as condições psicopatológicas dispõem, em última análise, de importantes correlatos ao nível do funcionamento do sistema nervoso (cf. Roberts et al., 1995 ou Crow, 1998, com respeito ao esquizofrénico). Citemos apenas, no caso da esquizofrenia, a disfunção fronto-temporal do hemisfério esquerdo, não raro com atrofias corticais a esse nível e com activação anómala compensatória da área homóloga à de Broca no hemisfério direito, que poderia provavelmente explicar muitos dos casos de alucinações auditivas nesta doença mental (cf. os estudos em PET de Frackowiak e Frith, 1995).

3.3. UM CASO DE SÍNDROME DO SOTAQUE ESTRANGEIRO

Cabe aqui referir uma situação relativamente à qual há poucos casos relatados na literatura, mas que ilustra muito bem o que vimos dizendo: trata-se do chamado síndrome do sotaque estrangeiro (F.A.S. ou “foreign accent syndrome”). Na revisão de Pinto de Almeida (1999), os poucos casos descritos constituem as mais das vezes aspectos residuais de afasias nas quais se verificou lesão cortical da região pré-motora do lábio frontal do opérculo rolândico e / ou da região motora do pé da circunvolução frontal ascendente do hemisfério dominante, ou então lesão dos gânglios da base, especialmente o núcleo lenticular esquerdo; mostra-se frequente neste caso a associação com componentes disártricos e dispráxicos, se é que não são eles directamente os responsáveis por grande parte do sotaque resultante; deverá notar-se que a correspondência lesional com este grupo de perturbações não é directa nem é sempre proporcional à lesão, como se as funções de controle da pronúncia fossem desigualmente partilhadas entre as regiões corticais e subcorticais nos diferentes cérebros individuais.

O caso relatado por Pinto de Almeida (ibd.) – M.P.S., portuguesa nortenha do interior então com 50 anos de idade – marcado pelo início súbito duma gaguez após uma cefaléia intensa, com subsequente desenvolvimento dum sotaque espanholado sobre um discurso com alguns défices articulatórios (e.g. omissão de sons) e de construção gramatical (omissão de preposições, por exemplo), não mostrava porém qualquer lesão cerebral na tomografia encefálica efectuada, sendo apenas de notar um certo alargamento dos sulcos nas regiões peri-sylvianas, mas sem dilatação dos ventrículos acompanhante que deixasse sequer suspeitar algum processo de atrofia cortico-subcortical. O que parecia mais relevante era uma personalidade imatura, com traços histriónicos marcados (história de crises conversivas desde muito nova), revertendo aliás este síndrome ao cabo de poucas semanas por simples administração diária “*per os*” da benzodiazepina *alprazolam* – embora com “melhoras-pioras” (criação lexical da paciente) e não sem ressurgir mais adiante, mas desta feita com um sotaque abrasileirado. Curiosamente, a voz tornava-se, quando em crise, mais laringealizada, para não dizer estrangulada – o que sucedeu de forma mais a quando da adopção dum e doutro sotaque. Como se o alargamento dos sulcos nas regiões corticais da linguagem proporcionasse uma espécie de fragilidade cerebral, ao nível destas regiões, que favorecesse tais descompensações, aqui de natureza essencialmente psíquica.

4. CONCLUSÕES

Pode dizer-se, em suma, que será sempre de presumir algum grau de disfunção cerebral na doença mental, por subtil que seja, não sendo porém as localizações perfeitamente definidas na maior parte dos casos, e mostrando-se os achados muito inconstantes, eminentemente variáveis de indivíduo para indivíduo.

Não poderão deste modo estabelecer-se regras gerais em grande parte dos domínios, nomeadamente o das perturbações comunicativas – conquanto estas sejam uma manifestação muito frequente em psicopatologia: alterações qualitativas de decurso variável nas psicoses, simples variações quantitativas inconstantes e superficiais nas neuroses, desvios quantitativos um pouco mais consistentes no caso das psicopatias, o seu decurso mais flutuante faz o diagnóstico diferencial com as perturbações da comunicação e da linguagem de ordem neurológica.

Mas foi uma qualquer perturbação do desenvolvimento neural, por mínima que seja, que deu lugar à disfunção cerebral subtil que estará por certo subjacente às perturbações da comunicação e da linguagem de natureza psiquiátrica (cf. Roberts et al., 1995). Reciprocamente, as experiências precoces, a aprendizagem e a exposição aos modelos adultos são, no tocante à comunicação e à linguagem, de crucial importância para as últimas etapas do desenvolvimento neural de que depois resultam competências linguísticas e comunicativas satisfatórias na medida das potencialidades do indivíduo.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Artaud, A. (s/d.) – *O Teatro e o seu Duplo* (trad. port.). Lisboa: Editorial Minotauro.
- Bales, R. F. (1973) - «Comunicação em Microgrupos», in George A. Miller (org.), *Linguagem, Psicologia e Comunicação* (trad. brasileira). S. Paulo: Edições Cultrix, 1975, pp. 228-237.
- Bandler, R. & Grinder, J. (1979) - «*Frogs into Princes*» - *Neurolinguistic Programming*. Guernsey: Eden Grove Editions, 1990.
- Barbedo de Oliveira, A. (1986) - «*Para um Estudo da Psicologia da Saudade (contribuição semântica)*», dissertação para a obtenção de grau de Mestre em Psiquiatria. Porto: Faculdade de Medicina, edição policopiada.
- Bateson, G.; Jackson, D. D.; Haley, J. & Weakland, J. (1956) - "Toward a Theory of Schizophrenia". *Behavioral Science*, vol.1, pp. 251-264.
- Behlau, M. (1995) - «Treatment of Dysphonias Secondary to Stress and Psychogenic Factors», in M. Pais Clemente (ed.), *Voice Update - Proceedings of the 1st World Voice Congress* (April 9-13, 1995). Amsterdam - Lausanne - New York - Oxford - Shannon - Tokyo: Elsevier, 1996, pp. 257-261.
- Berne, E. (1972) - *O que Você Diz Depois de Dizer Olá? - A psicologia do destino* (trad. brasileira). S.Paulo: Livraria Nobel, S.A., 1988.
- Blechmann, E. A. (1994) - «Temper Tantrums», in *Enciclopaedia Britanica-Medical and Health Annual 1994*, pp.477-481.
- Boletim de Saúde Infantil e Juvenil (2005). Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Bonneval, H. Ey (1949) - «Le Merveilleux au Regard d'une Conception Organo-Dynamiste de la Psychiatrie». *Médecine de France*, nº 1, pp. 12-14.
- Borges, Ayres G. d' Oliveira (1886) – *A Paralysis Geral dos Alienados – Estudo Clinico*. Dissertação Inaugural apresentada à Escola Medico-Cirurgica do Porto. Porto: Typographia Universal.
- Bowlby, J. (1988). *A Secure Base: parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books.
- Boyer, P. (1981) - *Distúrbios da Linguagem em Psiquiatria* (trad. port.). Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1982.
- Boza, R. A.; Milanese, F. J. & Manna, S.G. (1994) - «Sintomas Psiquiátricos Associados com a Disfunção do Lobo Parietal». *Psiquiatria na Prática Médica*, vol.7, nº6, pp.5-13.
- Brazelton, T. B. (1986) – «The Importance of Early Intervention», in *Biopsychology of Early Parent-Infant Communication* – International Symposium, Lisboa, 30-31 July 1986. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, Serviço de Educação.
- Brennan, S. E. & Williams, M. (1995) - «The Feeling of Another's Knowing: prosody and filled pauses as cues to listeners about the metacognitive states of the speakers». *Journal of Memory and Language*, vol.34, nº3.
- Bruner, J. S. (1991). "The Narrative Construction of Reality". *Critical Inquiry*, vol. 18, nº 1, pp. 1-21.

- Clementz, B. A. & Sweeney, J. A. (1990) - «Is Eye Movement Dysfunction a Biological Marker for Schizophrenia? - a methodological review», *Psychological Bulletin*, vol.108, nº1, pp.77-92.
- Condon, W.S. & Sander, L.W. (1974) - «Neonate Movement is Synchronized with Adult Speech». *Science*, nº183, pp. 94-101.
- Cosnier, J. (1981) - «Théories de la Communication en Psychiatrie», in *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, 307010 A10, *Psychiatrie-Z*. Paris: Éditions Techniques.
- Crow, T. J. (1998). «Nuclear Schizophrenic Symptoms as a Window on the Relationship between Thought and Speech». *British Journal of Psychiatry*, vol. 173, pp. 303–309.
- Crown, S. (1979) - «Communication and Abnormal Behaviour», in *Brain and Mind*, Ciba Foundation Symposium nº69 (new series). Amsterdam - Oxford - New York: Excerpta Medica.
- Cutting, J. & Murphy, D. (1990) - «Preference for Denotative as Opposed to Connotative Meanings in Schizophrenics». *Brain and Language*, vol.39, pp. 459-468.
- Damásio, A. R. (1973) – *Perturbações Neurológicas da Linguagem e de Outras Funções Simbólicas – dissertação apresentada à Universidade de Lisboa para a obtenção do grau de Doutor*. Lisboa: Faculdade de Medicina.
- Damásio, A. R. (1995) – *O Erro de Descartes – emoção, razão e cérebro humano*. Mem Martins: Publicações Europa-América – Forum da Ciência, 8ª edição (trad. port.).
- Damásio, A. R. & Anderson, S. W. (1993) - «The Frontal Lobes», in Kenneth Heilman & Edward Walenstein (org.), *Clinical Neuropsychology*. New York - Oxford: Oxford University Press, pp. 409-460.
- Darwin, Ch. (1872) - *The Expression of Emotions in Men and Animals*. London: J. Murray.
- Davidson, R. (1994) - «Asymmetric Brain Function, Affective Style and Psychopathology: the role of early experience and plasticity». *Development and Psychopathology*, vol.6, pp.741-758.
- Faria, I. Hub & Pereira, D. Ramos (1994) - «The Grammatical Construction of Evidence: Structuring Routines in Mother's Repetitions», in S. CONTENTO (ed.), *Psycholinguistics as a Multidisciplinarily Connected Science – Proceedings of the 4th International Congress* (June 23-27, 1994). Cesena: Società Editrice "Il Ponte Vecchio", 1996, pp. 269-275.
- Fenwick, P. (1988) - «Seizures, EEG Discharges and Behaviour», in M. R. Trimble & E. H. Reynolds (eds.), *Epilepsy, Behaviour and Cognitive Function*. Chichester-New York-Brisbane-Toronto-Singapore: John Wiley & Sons.
- Fernandez, A.; Schillinger, D.; Grumbach, A.; Rosenthal, A.; Stewart, F., & Perez-Stable, E. J. (2004) - «Physician Language Ability and Cultural Competence: An Exploratory Study of Communication with Spanish-Speaking Patients». *Journal of General Internal Medicine*, vol.19, nº 2: pp. 167–74.
- Flor-Henry (1976) - «Lateralized Temporal-Limbic Dysfunction and Psychopathology», in S. Harnad; H. D. Steklis & J. Lancaster (eds.), *Origins and Evolution of Language and Speech*. *Annals of the New York Academy of Sciences*, vol.280 (Conference on September 22-27, 1975). New York: the New York Academy of Sciences, pp. 777-795.

- Fónagy, I. (1970) - «Les Bases Pulsionelles de la Phonation». *Revue Française de Psychanalyse*, nº1, pp.101-135.
- Fónagy, I. (1983) - *La Vive Voix - essais de psycho-phonétique*. Paris: Payot, 1991.
- Freud, S. (1923) - *Essais de Psychanalyse* (trad. franc). Paris: Payot, 1973.
- Frota, S. & Jorge, G. (1989) - «Para um Estudo da Organização Temporal no Discurso de um Esquizofrénico Paranoíde Crónico», in *Actas do IV Encontro da Associação Portuguesa de Linguística*. Lisboa: Associação Portuguesa de Linguística, pp. 281-303.
- Geada, D.; Brandão, I. & Cerqueira, A. (1990) - «A Propósito dos Conteúdos de uma Linguagem de Conotação». *Revista de Psiquiatria do Departamento de Saúde Mental da Faculdade de Medicina do Porto – Hospital de S. João*, II série, ano XII, nºs 3-4, pp. 60-71.
- Gonçalves, M. & Gonçalves, O. (coord.) (2000) – *Psicoterapia, Discurso e Narrativa: a construção conversacional da mudança*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Gurd, J.; Bessell, N.; Blandon, R. & Bamford, J. (1988) - «A Case of Foreign Accent Syndrome. Follow-up, Clinical, Neuropsychological and Phonetic Descriptions», *Neuropsychologia*, vol.26, nº2, pp.237-252.
- Hymes, D. H. (1974) – *Vers la Compétence de Communication* (trad. franc.). Paris: Hatier/CREDIF, 1984.
- Itard, J. (1801) – «Memória acerca dos Primeiros Progressos de Vítor de Aveyron», anexo a L. Malson (1964), *As crianças Selvagens – mito e realidade* (trad.port.). Porto: Liv. Civilização, 1978.
- Kennel, J. H. (1986) - «Biopsychology of Early Parent-Infant Communication», in *International Symposium on Biopsychology of Early Parent-Infant Communication*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, Serviço de Educação, 1989, pp.1-14.
- Lacan, J. (1966) - «L'Instance de la Lettre dans l'Inconscient ou la raison depuis Freud», in *Écrits I*. Paris: Seuil, col. Points.
- Leclaire, S. (1972) - «Les Mots du Psychotique». *Change: Déraison / Désir*, vol.12, pp.116-133.
- Lenneberg, E. (1967) - *Fundamentos Biológicos del Lenguaje* (trad. esp.). Madrid: Alianza Editorial, 1975.
- Levy, R. S. (1977) - «The Question of Electrophysiological Asymmetries Preceding Speech», in H. Whitaker & H. A. Whitaker (eds.), *Studies in Neurolinguistics*, vol.3. New York - San Francisco - London: Academic Press - col. Perspectives in Neurolinguistics and Psycholinguistics.
- Luria, A. R. (1975) - *Lenguaje y Pensamiento* (trad. esp.). Barcelona: Editorial Fontanella, 1980.
- Maclean, P. (1990) – *The Triune Brain in Evolution – role in paleocerebral functions*. New York-London: Plenum Press.
- Maher, B. (1973) - «Linguagem e Psicopatologia», in G. A. MILLER (org.), *Linguagem, Psicologia e Comunicação* (trad.bras.). S.Paulo: Cultrix, 1976.
- Mckenna, P. & Tomasina, O. H. (2005). *Schizophrenic Speech*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

- Meilijson, S.R. ; Kasher, A. & Elizur, A. (2004). «Language Performance In Chronic Schizophrenia: A Pragmatic Approach». *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, Vol. 47, pp.695-713.
- Montagner, H. et al. (1988) - «New Data on Human Mother-Infant Interaction Systems», in *International Symposium on Biopsychology of Early Parent-Infant Communication*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, Serviço de Educação, 1989, pp.151-178.
- Morton, E. W. (1994). «Sound Symbolism and its Role in Non-Human Vertebrate Communication», in L.Hinton; J.Nichols & J.Ohala (eds.), *Sound Symbolism*. Cambridge: Cambridge University Press, pp.348-365.
- Ostwald, P. (1979) - «The Sounds of Emotional Disturbance», in S.WEITZ, *Nonverbal Communication, readings with commentary*. New York: Oxford University Press, 2d.edition, pp.260-267.
- Ostwald, P. (1994) - «Some Observations on the Function of Sound in Clinical Work», in L.Hinton, J.Nichols & J.Ohala (eds.), *Sound Symbolism*. Cambridge: Cambridge University Press, pp.309-324.
- Piaget, J. (1964) - *A Formação do Símbolo na Criança* (trad. port.). Rio de Janeiro - Brasília: Ed. Zahar/M.E.C., 1975.
- Pinto de Almeida, A. F. (1999) – *Uma Teoria Neurolinguística do Simbolismo Fonético* (tese para a obtenção do grau de Doutor em Ciências da Linguagem). Braga: Universidade do Minho.
- Pinto De Almeida, A. F. (2009) - «Perturbações da Fala e da Linguagem». In: M. J. Sá (ed.), *Neurologia Clínica*. Porto: Ed. Univ. Fernando Pessoa (em publicação).
- Porot, D. (1978) - *Les Troubles du Langage*. Paris: P.U.F., 2ªedition, 1985.
- Roberts, G. W.; Royston, M. C. & Gotz, M. (1995) - «Pathology of Cortical Development and Neuropsychiatric Disorders», in *Development of the Cerebral Cortex – Ciba Foundation Symposium, nº 193*. Chichester-New York-Brisbane-Toronto-Singapore: John Wiley & Sons, pp. 296-321.
- Roch-Lecours, A.; Navet, M. & Ross-Chouinard, A. (1981) - «Langage et Pensée du Schizophase», *Psychiatrie et Linguistique – Confrontations Psychiatriques nº 19*, pp. 109-144.
- Spitz, R. (1957) - *O Não e o Sim - a génese da comunicação humana* (trad. port.). S.Paulo: Liv. Martins Fontes, 1978.
- Todorov, T. (1977) - *Théories du Symbole*. Paris: Editions du Seuil.
- Tronick, E. & Gianino, A. (1986) - «The Transmission of Maternal Disturbance to the Infant», in J. Gomes Pedro (ed.), *International Symposium on Biopsychology of Early Parent-Infant Communication*. 30-31 jul.1986. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, pp.
- UNICEF (2004) - *Convenção sobre os Direitos da Criança*. http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf
- (adoptada pela Assembleia Geral nas Nações Unidas em 20 de Novembro de 1989 e ratificada por Portugal em 21 de Setembro de 1990).
- UNITED NATIONS (2008) - *Universal Declaration of Human Rights*. ONU General Assembly, 10-12-1948. <http://www.unhchr.ch/udhr/lang/eng.pdf>.

- Watzlawick, P.; Beavin, J. & Jackson, D. (1967) - *Progmática da Comunicação Humana* (trad. bras.). São Paulo: Ed.Cultrix.
- Watzlawick, P. (1978) – *Le Langage du Changement* (trad. francesa). Paris: Éditions du Seuil, 1980.
- Werner, H. & Kaplan, B. (1963) - *Symbol Formation (an organismic-developmental approach to the psychology of language)*. New Jersey-London: Laurence Erlbaum Ass., 1984.
- White, M. A. (1949) - «A Study of Schizophrenic Language». *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, vol.44, nº1, pp.61-74.
- *World Health Organization / Organização Mundial de Saúde* – URL: <http://www.who.int/en/>.
- Zeskind, Ph. (1994) - «Infant Crying», in *Enciclopaedia Britanica - Medical and Health Annual 1994*. Auckland-London-Madrid-Manila-Paris-Rome-Seoul-Sydney-Tokyo-Toronto: Encyclopaedia Britannica Publishing Group, 1994, pp.431-436.