

Linguística e Psicopatologia Cognitiva: contribuição para uma abordagem interdisciplinar da esquizofrenia paranóide

ISABEL HUB FARIA (*)
M. LUISA FIGUEIRA (**)

Pretendemos apresentar, em forma de síntese, o trabalho realizado, ao longo dos dois últimos anos, sobre produção discursiva na esquizofrenia paranóide. Este trabalho insere-se no âmbito mais alargado do projecto «Linguagem e Cognição» que nasceu da interrelação de objectivos inicialmente distintos, no âmbito da Linguística e no âmbito da Psicopatologia, áreas a que cada uma das autoras têm estado ligadas, quer a nível da investigação quer a nível do ensino. Progressivamente, o projecto foi ganhando uma prática interdisciplinar, num enquadramento teórico cognitivista. Até ao momento presente, o trabalho desenvolvido visa, fundamentalmente, a elaboração de uma *proposta metodológica* de análise do discurso produzido em situação de entrevista clínica. Em trabalhos anteriormente publicados (I. Faria e M. L. Ferreira, 1986 e 1987) tivemos, também, em conta a aná-

lise de um corpus recolhido em situação experimental. Aí, a natureza simuladora dos testes aplicados funcionava como factor regulador da interacção verbal. O corpus que actualmente analisamos é recolhido segundo as normas propostas por N. Andreasen (cf. Andreasen, 1979 *a* e *b*) para a aplicação da Escala de Avaliação de Pensamento, Linguagem e Comunicação. A amostra assim recolhida tem a vantagem de ser linguisticamente representativa e contrastiva para dois ou mais momentos de observação de um mesmo sujeito.

O trabalho define-se na perspectiva de investigação de aquilo que é *tornado visível pela fala*, resultando de operações que envolvem capacidades cognitivas e competências sociais que a interacção verbal necessariamente reflecte. O problema está, portanto, em *saber o que reflecte, a partir de como reflecte*.

Distinguimos três níveis para a observação e análise do discurso produzido em situação de entrevista clínica. Um primeiro nível a que chamamos *audição*, um segundo nível de *reconhecimento* que, no âmbito da investigação, corresponde à transcrição e leitura das entrevistas gravadas e, finalmente, um nível de *interpretação* que engloba a análise linguística, isto é, fonética,

(*) Professora associada de Linguística no Departamento de Linguística da Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa.

(**) Professora associada de Psicologia Médica no Departamento de Psicologia Médica, da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

entoacional, morfológica, sintáctica, semântica e pragmática do discurso transcrito. Estes três níveis — audição, reconhecimento, interpretação — que, apenas enunciados, parecem obviamente realizáveis, implicam, no entanto, metodologias e instrumentos que, a não serem teoricamente bem fundamentados, podem tornar a observação inútil e constituir apenas uma sobrecarga de que o investigador ou o médico psiquiatra quererá libertar-se. É fácil verificar que grande parte das categorias geralmente utilizadas em psiquiatria, e mesmo em psicologia, para a caracterização da expressão verbal são, em si mesmas, portadoras de ambiguidade, transportam imprecisões e sobreposições que advêm da indefinição das opções teóricas e revelam-se, conseqüentemente, pouco económicas ou pouco produtivas para o desenvolvimento dos conceitos a que intrinsecamente deveriam estar associadas. A nosso ver, a redefinição de categorias a ter em conta na observação e análise da expressão verbal em contexto especializado deve fazer-se com o objectivo de distinguir bem o que é *interaccional*, o que é *cognitivo* e o que é *linguisticamente realizado*.

Do ponto de vista *interaccional*, a entrevista clínica supõe, por um lado, o reconhecimento tácito, pelos locutores intervenientes, de, pelo menos, parte dos *objectivos subjacentes às perguntas* que são colocadas, e de uma certa *cooperatividade* no desenrolar do processo comunicativo onde, naturalmente, se integram as respostas. No caso específico de sujeitos esquizofrénicos, nada nos garante, no entanto, que tais objectivos sejam reconhecidos ou que a cooperatividade se mantenha ao longo da entrevista. Contudo, o processo de interacção verbal é especializado na entrevista clínica pela selecção do «clínico» enquanto locutor responsável por provocar, da parte do outro locutor, representações que o clínico interpretará como «representações do doente». Neste sentido, *a classificação das*

perguntas colocadas pelo clínico torna-se imprescindível, uma vez que as perguntas constituem o *texto* sobre o qual o doente elabora, cognitivamente e linguisticamente, a sua *estratégia de resposta*. O conjunto *pergunta/resposta* é, conseqüentemente, a *unidade de análise* interaccional. A análise deverá ser capaz de pôr em evidência os princípios de interdependência pergunta-resposta, a partir das estratégias constitutivas quer das perguntas quer das respectivas respostas. Em suma, trata-se de observar a forma como o discurso do clínico se constitui, na parte ou no todo, mantendo-se aparentemente inalterado ou sofrendo profundas transformações, no *texto* que o doente apresenta como sendo *aquele onde o médico deve interpretar as propriedades e relações que representam o próprio doente*.

As perguntas colocadas pelo clínico constituem-se, e constituem, três grandes tipos de organização discursiva. São meros *pedidos de informação* que uma resposta curta pode plenamente satisfazer do ponto de vista informativo (P — «Quantos anos tem?» R — «38»), mas são, também, *estímulos à narração* («Fale-me lá da sua infância») ou ainda *estímulos à avaliação* («Então o que é que acha dos remédios que tem tomado?»).

Perante estes dois últimos tipos de questões colocadas, respostas curtas, não explicitamente desviantes em relação ao conteúdo colocado pela pergunta, como as possivelmente fornecidas a pedidos de informação, revelam ou informação insuficiente ou estratégias pragmáticas accionadas pelo doente de modo a iludir ou fugir a responder. No entanto, se tivermos em conta as categorias de que a Psicopatologia dispõe para a classificação formal de respostas curtas a estes tipos de perguntas, verificamos que apenas a *quantidade de informação* é contabilizada («pobreza do discurso», por exemplo) e nada, quer do plano comunicativo quer do plano cognitivo, é tido em linha de conta. Um pouco como se dizer

pouco fosse equivalente a pensar pouco ou revelasse incapacidade pragmática. Em sentido oposto, agora em relação com a extensão do discurso, algumas escalas de avaliação, por exemplo a de Andreasen, classificam como «pobreza do conteúdo do discurso» ou «pobreza do pensamento» aquilo que é afinal uma relação insuficiente com a quantidade de informação prevista ou esperada para a mesma extensão.

Independentemente das respostas realmente obtidas, a classificação das perguntas de uma entrevista clínica deve conter as descrições dos tipos de respostas possivelmente adequadas. Só esta descrição prévia, teoricamente fundamentada, permitirá a classificação dos dados empíricos e a sua relação. A individualidade, a particularidade ou a criatividade de cada resposta fornecida só é susceptível de ser reconhecida por contraste com um possível padrão de respostas ainda que este padrão tenha sido teoricamente engendrado. Se um pedido de informação, como o exemplo dado, implica na respectiva resposta, parâmetros de selecção da quantidade de informação necessária ou suficiente para satisfazer tal pedido, pedidos de narração ou de avaliação implicam operações mais complexas sobre a informação a transmitir, que envolvem parâmetros de *qualidade* do que se transmite (se é verdadeiro ou falso, por exemplo, ou se é ou não evidente para ambos os locutores), tipos ou graus de *relação* com o que foi perguntado (por exemplo, se a pergunta é ou não considerada como relevante, por parte do doente), e o *modo* como a informação é transmitida (ambíguo, breve, ordenado, etc.).

Por outras palavras, para se fornecer uma resposta verbal a um estímulo que implique operações de avaliação é preciso *conhecer*, de algum modo, o conjunto de referências em questão, ter sobre ele um dado *modelo mental* (conceito que adoptamos de Jonhson-Laird (1983)) a que estão

associadas crenças epistémicas e deonticas do sujeito que fornece a resposta. Naturalmente, ainda, querer ou não querer (ou ser capaz ou não de), na relação social em presença, *dizer* o que pensa ou sente sobre o assunto.

A propósito destes princípios que tacitamente regulam a conversação Grice (1975) definiu o *Princípio de Cooperatividade*, desenvolvido em nove *máximas* classificadas em quatro categorias:

Máximas de quantidade

- Faça a sua contribuição tão informativa quanto necessário.
- Não faça a sua contribuição mais informativa do que o necessário.

Máximas de qualidade

- Não diga aquilo que acredita ser falso.
- Não fale daquilo para que lhe falta evidência adequada.

Máxima de relação

- Seja relevante.

Máximas de maneira

- Evite a obscuridade de expressão.
- Evite a ambiguidade.
- Seja breve.
- Seja ordenado.

Vários autores têm utilizado as máximas de Grice para mostrar alguns tipos de infracções presentes no discurso esquizofrénico (veja-se, por exemplo, H. W. Buckingham, 1982; Faria e Figueira 1986c). Se tentarmos observar que tipos de infracções estão implicitamente contidos na definição das categorias da escala de avaliação do Pensamento, Linguagem e Comunicação de Andreasen (PLC) (1979) (ver Quadro 1) verificamos que a grande maioria das categorias apresentadas são, do ponto de vista comunicativo, fenómenos complexos, que

QUADRO 1

	Quantidade	Qualidade	Relação	Modo
1. Pobreza do discurso	•			
2. Pobreza do conteúdo do discurso	•		•	•
3. Aceleração da fala	•			•
4. Discurso digressivo	•		•	•
5. Tangencialidade	•		•	•
6. Descarrilamento	•	•	•	•
7. Incoerência			•	•
8. Ilogicidade		•		
9. Associações sonoras				•
10. Neologismos		•	•	•
11. Palavras aproximadas				•
12. Circunstancialidade	•		•	•
13. Perda de objectivo			•	
14. Perseveração			•	
15. Ecolália				
16. Bloqueio	•	•		
17. Discurso pretencioso		•	•	
18. Auto-referência			•	
19. Parafasia/fonémica				•
20. Parafasia/semântica				•

contêm mais do que um tipo de infracção em simultâneo. Este facto aponta para a necessidade de se recorrer a outros tipos de caracterização quer gramatical quer cognitiva das categorias avaliativas. Ainda dentro da mesma escala (PLC), o Quadro 2 põe bem em evidência a disparidade de importância das vertentes comunicativa e gramatical versus a vertente cognitiva praticamente ausente na caracterização das mesmas categorias. Esta ausência de elementos para a consideração dos factores cognitivos

numa escala que pretende avaliar o pensamento, a linguagem e a comunicação leva a crer que alguns autores limitam a análise do pensamento à análise do que é verbalizado, só em raros casos recorrendo a categorias cognitivas específicas. Quanto a nós, este é um ponto fraco da Psicopatologia que só o desenvolvimento das ciências cognitivas poderá ajudar a superar. No estado actual, e ainda que para alguns a análise da expressão verbal possa parecer de importância secundária, a Linguística pode

QUADRO 2

	Interação	Fonético	Gramatical	Cognitivo
1. Pobreza do discurso	•		•	
2. Pobreza do conteúdo do discurso	•		•	
3. Aceleração da fala	•	•	•	
4. Discurso digressivo	•			
5. Tangencialidade	•		•	
6. Descarrilamento	•		•	•
7. Incoerência	•		•	
8. Ilogicidade	•		•	
9. Associações sonoras	•	•	•	
10. Neologismos	•	•	•	
11. Palavras aproximadas	•		•	
12. Circunstancialidade	•	•	•	
13. Perda de objectivo	•		•	•
14. Perseveração	•	•	•	
15. Ecolália		•		
16. Bloqueio	•	•		•
17. Discurso pretencioso	•		•	
18. Auto-referência	•		•	
19. Parafasia/fonémica	•	•		
20. Parafasia/semântica	•	•	•	

contribuir para o estabelecimento de uma relação, visivelmente necessária, entre aquilo que em Psicopatologia se admite saber sobre a esquizofrenia paranoide, por exemplo, e aquilo que, de facto, um esquizofrénico paranoide faz.

Uma nova metodologia de observação e análise do discurso esquizofrénico deverá aprofundar a relação cognição/linguagem verbal/comunicação de modo a permitir que nos três níveis propostos — audição,

reconhecimento e interpretação — as unidades de análise e os instrumentos analíticos sejam conceptualizados a partir dessa relação e não sejam apenas unidades e instrumentos «importados», muitas vezes quer do campo da Linguística quer do campo da Psicologia Cognitiva e de outras ciências. Evidentemente que pretendemos dar conta de alguns aspectos, por nós avançados, como contribuição para a redefinição das metodologias existentes. Começaremos pela

relação audição/reconhecimento, e pelos aspectos específicos da transcrição/leitura do discurso oral.

AUDIÇÃO, TRANSCRIÇÃO, LEITURA E RECONHECIMENTO

Ao transcrevermos qualquer registo oral produzido por um qualquer falante normal do português, algo nos faz sentir uma certa estranheza. O que oralmente nos pareceu perfeito e comunicativamente adequado, sobretudo quando participámos do processo interaccional, aparece, uma vez transcrito na íntegra, hesitante, entrecortado, muitas vezes mesmo sem sentido. A estranheza aumenta, aliás, quando, após a transcrição linear do que foi dito, mais difícil se torna a sua leitura ou reprodução em voz alta. Esta estranheza que sentimos tem, em primeiro lugar, que ver com o facto da língua falada ser distinta da língua escrita e nós termos, por aprendizagem e hábito, uma relação tradicionalmente condicionada pela estrutura da língua escrita. Estes aspectos têm, em anos recentes, vindo a ser postos em realce e devidamente tratados por Claire Blanche-Benveniste e colegas (cf. Benveniste, 1987). Aproveitando a metáfora por ela frequentemente utilizada, podemos, quanto muito, comparar o processo de realização da língua falada ao «rascunho» da escrita. Na escrita, o texto final, ordenado, sintético e gramatical é fruto de um trabalho prévio sobre rascunhos que, de um modo geral, não são tornados públicos. A língua falada, o discurso oral espontâneo, por razões que têm também que ver com a velocidade imprimida, — acrescidas do facto de ser normalmente possível repôr, no preciso momento em que se fala, algo que, previamente dito, não nos satisfaz —, caracteriza-se não por ser uma espécie «deficiente» da escrita mas por estruturas próprias onde as hesitações e as repetições que

nos causam estranheza têm um papel significativo e estruturador. É pois altamente improvável encontrar um falante normal do português, ainda que superiormente escolarizado, que fale como «se» escreve. Esta diferença entre discurso oral e escrita, parecendo óbvia, não está normalmente expressa nas precauções da maioria dos investigadores que recorrem a transcrições de registos orais. Talvez por isso, vêem nestas mais «deficiências» do que realmente têm.

Trabalhar com transcrições de registos da fala de sujeitos esquizofrénicos é, como pode facilmente imaginar-se, uma tarefa duplamente dificultada. Pode tratar-se de um discurso oral perturbado que, uma vez linearmente transcrito, parece ainda mais perturbado.

A tarefa de *reconhecer* põe, em primeira instância, exigências que o tipo de transcrição adoptado deve, se não satisfazer, pelo menos ajudar a desbravar. A metodologia desenvolvida por C. B. Benveniste e col., mostra-se, nestes casos, particularmente adequada. À transcrição associam-se configurações que permitem ou comportam a interpretação de aspectos das estruturas orais que, numa transcrição linear, tradicional, geravam opacidades ou pareciam desprovidos de sentido.

A título de exemplo, apresentamos em contraste, um excerto de uma transcrição de uma entrevista de um esquizofrénico paranóide, primeiro em transcrição linear, depois utilizando o sistema de configurações. Como se pode observar, as configurações permitem uma rápida apreensão das estruturas de representação do sujeito, organizadas paradigmaticamente, onde as hesitações são parte constitutiva da representação em que se insere. O sistema torna também mais acessível a observação das relações entre conceitos, permitindo visualizar o grau de complexidade da sua elaboração pela sua interrelação:

Transcrição linear

- L2 *quando dizes* que não sentes o que é que queres dizer
- L1 sô'tora em esperança não sinto vontade de viver / tenho vontade de viver eh quero é café cigarros e e e ir p'ò café e que não me chateie e depois sô'tora aprecio as pessoas / sou assim — entro num café — olho p'a uma pessoa — olho p'a uma pessoa — eee olho com má cara sô'tora não / nunca estou bem disposto nunca estou soss sossegado nunca nunca estou tranquilo sô'tora / nunca / nunca me sinto bem em lado nenhum sô'tora / 'tou sempre com medo / que os meus pais morram que eu fique aqui em Portugal não gosto de Portugal sô'tora
- L2 e onde é que tu gostavas de estar
- L1 gostava de estar em Angola sô'tora conforme estava aqui — e é isso / a minha birra e 'tou a fazer birra sô'tora e não passa eu sei que não passa — e ando sempre mal disposto ando sempre zangado sô'tora

Transcrição com configurações

- L2 *quando dizes* que não sentes o que é 1 que queres dizer
- L1 sô'tora em esperança não sinto vontade de viver /
tenho vontade de viver 1 eh
quero é café
cigarros
e e e ir p'ò café e que não me chateie 1 e depois sô'tora
aprecio as pessoas /
sou assim —
entro num café —
olho p'a uma pessoa —
olho p'a uma pessoa —
eee olho com má cara sô'tora
não /
nunca estou bem disposto
nunca esto soss
sossega do
nunca
nunca estou tranquilo
sô'tora /
nunca /
nunca me sinto bem em lado nenhum sô'tora /
'tou sempre com medo / que meus pais morram
que eu fique aqui em Portugal
não gosto de Portugal sô'tora
- L2 e onde é que tu gostavas de estar
- L1 gostava de estar em Angola sô'tora
conforme estava aqui — e é isso / a minha birra e
'tou a fazer birra sô'tora e não passa
eu sei que não passa isto não passa — e
ando sempre mal disposto
ando sempre zangado sô'tora

DO RECONHECIMENTO A INTERPRETAÇÃO

1. ESTRATEGIAS DE REPRESENTAÇÃO PRAGMÁTICA E GRAMÁTICA

Aceitamos à partida que a entrevista clínica é um processo especializado de interacção verbal que selecciona o clínico como principal «provocador» das representações por parte do doente. Do ponto de vista do doente, podemos admitir a existência de pelo menos três tipos de princípios reguladores da representação que este faz de si próprio:

1. A representação de si pode estar regulada, à partida, pela interpretação que o doente considera que o clínico deve fazer das suas propriedades e relações, enquanto sujeito e enquanto doente. Neste caso, admite-se que este tipo de doentes tem com o clínico uma relação em que os papéis são os tradicionalmente assumidos numa interacção em que não existem marcados desvios dum hipotético padrão.

2. A representação de si pode estar regulada pela interpretação que o doente faz das suas propriedades e relações imaginárias com um interlocutor que não o ouve e/ou entende. O caso mais evidente é o do doente com perturbações neuróticas no plano interpessoal e que, independentemente do papel e estatuto do sujeito com quem entra em interacção, repete sistematicamente o mesmo discurso acerca de si mesmo, e, como se o interlocutor fosse «surdo», apresenta redundância, das explicações que fornece acerca de si próprio. A representação é regulada por princípios internos com elevado grau de rigidez.

3. A representação de si pode, num terceiro tipo de doentes, estar regulada por interpretações acerca da realidade muito distanciadas do valor referencial. O doente pode mesmo duvidar do papel e da identidade do interlocutor (caso de um doente esquizofrénico paranóide que na primeira

entrevista pede ao médico o Bilhete de Identidade) ou introduzir na sua interpretação errónea da realidade a pessoa do clínico, passando a interagir com uma «personagem» interiorizada.

Com o objectivo, não necessariamente consciente, de controlar a interpretação que o clínico fará, o doente poderá desenvolver diferentes *estratégias* que, operando a nível pragmático no decorrer da entrevista, se constituem a partir de usos específicos de estruturas gramaticais ou de elementos que geram, a partir das estruturas gramaticais, a natureza estratégica do seu uso pragmático.

A estratégias desenvolvidas pelo sujeito doente para a representação de si próprio têm como principal efeito o controle das *relações conceptuais* de que o clínico dispõe para a interpretação do sujeito enquanto «doente» ou do doente enquanto «sujeito».

Do ponto de vista pragmático, a representação do próprio não precisa contribuir, e raras vezes contribui, para a classificação de aquilo que é dito enquanto verdadeiro ou falso. Também, do mesmo ponto de vista, pode adquirir funções específicas no plano comunicativo, mesmo quando recorre a estruturas agramaticais, sem bloqueio da comunicação. Fundamentalmente, as estratégias de representação pragmática do doente, em situação de entrevista clínica, desenvolvem-se:

— no sentido de *criar condições contra-factuais*, pela introdução de novos universos de referência, de modo a tornar aceitáveis, isto é, interpretáveis, as relações conceptuais contidas nas suas declarações;

— tentando desencadear no ouvinte (clínico) apetências linguísticas e pragmáticas particulares, que permitam a individualização da interacção, em vez de a generalizarem.

No caso do discurso produzido por sujeitos esquizofrénicos paranóides, consideramos que uma estratégia principal parece regular a representação do próprio. Podemos

como hipótese que ela seja a expressão pragmática de uma *estratégia cognitiva* que consiste na *despromoção do sujeito enquanto agente* sempre que a representação do próprio é susceptível de vir a ser interpretada como tal.

Tentaremos mostrar que a mesma estratégia cognitiva actua, no plano gramatical, dando lugar a fenómenos até agora considerados totalmente distintos e independentes. Referimo-nos especialmente aos processos de formação de *neologismos*, à tendência para a supressão de processos da representação temporal e espacial dando lugar a uma *representação estática das relações temporais e espaciais* e a *estruturas agramaticais envolvendo nomeadamente os chamados verbos psicológicos* (sobre estes verbos ver Belletti e Rizzi, 1987). Tais fenómenos encontram-se implícita ou explicitamente assinalados, embora sem caracterização linguisticamente adequada, nas seguintes categorias da escala de Andreasen: «incoerência», «ilogicidade», «associações sonoras», «neologismos», «palavras aproximadas», «parafasia fonémica», «parafasia semântica».

1.1. *Neologismos*

Andreasen (1979) distingue entre «neologismos» e «palavras aproximadas» com base no facto de estas últimas poderem ser facilmente interpretáveis por qualquer falante da língua, uma vez que seguem os padrões morfológicos gerais, na sua formação. Por sua vez, «neologismos», são para Andreasen palavras que não apresentam qualquer processo regular de formação ou não contêm uma raiz interpretável que ajude à descodificação. À primeira vista, esta classificação tem a sua razão de ser, sobretudo se considerada no contexto da escala PLC, onde se diz que a ocorrência de «neologismos» é extremamente rara, por um lado, estando ligada a uma alta

ocorrência de incoerência, enquanto as «palavras aproximadas» são muito mais comuns e não são específicas do grupo de diagnóstico. Sobre esta distinção, paremos, pertinente fazer as seguintes considerações:

— dada a complexidade da relação *audição/reconhecimento*, que envolve, como já atrás referimos, desde condicionamentos da realização física da fala, problemas articulatórios e velocidade imprimida, a hesitações, omissões, repetições próprias da língua falada, é difícil afirmar, sem sombra de dúvida, que uma dada palavra de reconhecimento difícil é, em primeiro lugar, essa mesma palavra e não um conjunto de palavras ou de partes de palavras e que, dadas estas dificuldades de reconhecimento essa «palavra» não segue as regras de formação de palavras da língua. Dados estes condicionamentos, acrescidos do facto de tais fenómenos serem raros, consideramos pouco económica a distinção proposta por Andreasen;

— qualquer falante de uma língua tem capacidade para criar e reconhecer palavras «novas». Isto é, tem capacidade para utilizar, mais ou menos criativamente, o seu conhecimento dos princípios que regulam o funcionamento da língua. Para além desta capacidade individual, é fácil reconhecer que, mesmo fazendo uso de uma mesma língua, universos de referência diferentes dão lugar a vocabulários distintos, constantemente alargáveis segundo as regras de formação de palavras da língua. Acontece assim com as variedades portuguesa e brasileira do Português, e é de notar o crescente desenvolvimento imprimido pelo contacto de línguas, quer nos países onde o Português é língua oficial, quer através da população emigrante. Ou seja, os processos caracterizados por Andreasen para a definição da categoria de «palavras aproximadas», não são patológicos e devem ser observados por aquilo que representam, do ponto de vista gramatical.

Será então relevante a consideração das formações neológicas no discurso dos esquizofrênicos paranóides? Pensamos que sim, sobretudo se tivermos em conta o efeito pragmático da sua ocorrência. A base estratégica para a criação de uma palavra nova, dentro de uma dada situação de interacção, conta com a capacidade, por parte do outro locutor (clínico) de a compreender, a partir da interpretação dos princípios utilizados na sua formação. Fundamentalmente, uma vez aceite, uma palavra nova pode ser partilhada. Isto constitui uma *solidariedade comunicativa* dentro da própria interacção, que os doentes podem «querer» criar.

O processo de criação de neologismos, no âmbito da estrutura discursiva de representação do próprio é, além do mais, interessante do ponto de vista gramatical. Um neologismo corresponde, na maior parte destes casos, a um processo estratégico de *condensação morfológica* (conceito que adoptamos de Givón, 1979) de *processos* em que o sujeito está ou esteve envolvido em *estados* e *eventos*. Encontramos, por exemplo, *nominalizações* cujo efeito resulta na substituição do sujeito na função de agente de um processo que passa a ser representado, uma vez morfológicamente condensado, como evento ou estado. Veja-se, por exemplo, os seguintes fragmentos:

- 1) Tenho sido um *faltoso*.
- 2) Eu era uma pessoa muito *fraternal*.
- 3) o *abraço* da situação.

Em 1) e 2) a condensação num adjectivo permite a passagem a propriedade interna do conteúdo do processo de que o sujeito deveria ser agente:

eu falto — (sou) *faltoso* — *aquele que falta*
eu «dava e recebia» — *era fraternal*

Em 3), a nominalização retira totalmente o sujeito:

eu abraço a questão — *o abraço* da questão

É ainda de chamar a atenção para o papel desempenhado por este tipo de nominalizações que permitem ou o simples apagamento do sujeito na frase ou, em muitos outros casos, a sua representação como agente da passiva.

1.2. *A representação do próprio no tempo e no espaço*

Encontramos, quer ao nível da expressão de relações temporais quer do nível das relações com o espaço, alguns aspectos indiciadores de uma representação problemática do próprio. A tendência mais forte é para a *exclusão de «processos»* enquanto os «eventos» aparecem dando directamente lugar a «estados» ou vice-versa. Fundamentalmente a relação temporal aparece reduzida a uma representação directa e resultativa de um estímulo e do seu efeito:

- 4) «quando *comecei* a crescer senti *sempre* perturbações»
- 5) «*sou* uma pessoa que realmente penso no próximo quando *está* a chover»

Em 4), a representação do início pontual do que seria de prever uma cadeia temporal («comecei a») introduz, afinal, um estado durativo («senti sempre»). A representação do próprio não se faz no tempo mas, de certo modo, *por causa* dele. O sujeito não é uma entidade que se move no tempo, mas um «estado» que resulta, ou se apresenta como resultando, de um pequeno intervalo, pontual e definitivamente terminado.

Em 5), o «estado» («sou uma pessoa») é, ele próprio, uma categoria descontínua, todos eles provocados por um agente exterior, cuja frequência em vez de ser controlada pelo estado é, pelo contrário, a entidade que o controla e mantém.

Estas relações que restringem as representações temporais a causas e efeitos ou, melhor, à simples marcação de resultados e

inícios, pode, a nosso ver, ligar-se a uma dependência que, no plano cognitivo, se assemelha a uma *representação simbólica de tipo metonímico* (a parte pelo todo) substituindo processos, por exemplo, e dando lugar a expressões justapostas, aparentemente repetitivas mas sem a capacidade da paráfrase total, uma vez que são partes ou resíduos de um modo pragmático subjacente isto é, não condensado sintáctica ou morfológicamente pela expressão ou vocábulo anteriormente verbalizado para a mesma representação:

- 6) «comecei a sentir a mente a *enfraquecer* ultimamente ando a *deixar de ter forças* nas pernas»

Como se pode observar, «deixar de ter forças» aparece por representação metonímica de «enfraquecer» ou como um «efeito» do enfraquecimento. O sujeito autorepresenta-se como «experienciador» de algo que acontece a partes do (seu) corpo.

O *espaço* e as relações espaciais, nomeadamente as que envolvem movimentos e direcções, aparecem também fortemente demarcados. Também aqui os processos normalmente implicados em expressões de movimento do sujeito tendem a aparecer reduzidos a representações espaciais resultativas e, conseqüentemente, estáticas (não sequenciais). Esta natureza resultativa e estática é, afinal, a base a partir da qual o sujeito desenvolve, ou tenta reconstituir, a representação do movimento ou de si, em movimento:

- 7) P: Qual é a recordação mais antiga que tem da sua infância?

R: Foi cair *debaixo* de um eléctrico, cair de um eléctrico *abaixo*.

Se tentarmos uma comparação com a expressão temporal, vemos que a representação do próprio, no espaço, privilegia a apresentação («cair de...baixo»). É que, enquanto experienciador de algo que obteve um dado resultado no espaço (ficar de-

baixo), o sujeito se representa preferencialmente como o objecto do processo da queda. Ou seja, ele é o experienciador do estado sem contribuir activamente para o processo. É interessante verificar que esta dualidade, co-existência, ou ainda aparente não distinção entre as duas funções semânticas «experienciador» e «paciente» (não confundir a função semântica de «paciente» aqui definida pelo contraste com outras funções semânticas, nomeadamente de «agente», com paciente sinónimo de doente) se evidencia em construções que contêm usos causativos e não-causativos de verbos de expressão de sentidos e emoções:

- 8) «arde-me a bexiga, a urina arde-me»

Em 8), a distinção entre «arder» (a bexiga arde) e «causar ardor» (a urina causa ardor) não é visível a nível da realização verbal. São, indiscriminadamente, *estados igualmente resultativos* para um mesmo paciente «me». Damos mais um exemplo:

- 9) «gosto de gente assim, afecta-me muito e dá-me muito afecto»

Do ponto de vista cognitivo, esta tendência para a *representação estática* das relações temporais e espaciais, associada a um *posicionamento do sujeito enquanto objecto*, reduz o universo referencial externo a um conjunto de categorias com capacidade agencial indiscriminada. O sujeito, ao ter de participar desse universo, quando é instado a isso, nomeadamente na situação de falante numa entrevista clínica, tenderá a assumir o papel de falante para referir-se a si próprio, sempre que possível, como o objecto de que (se) fala.

Esta relação pragmática/sintáctica que, no que toca o posicionamento do sujeito, o recruta ora como falante (sujeito pragmático) ora como paciente (objecto de referência a referir sempre que possível como objecto sintáctico), é muitas vezes tornada visível através de formações verbalmente problemáticas, isto é, sintacticamente agra-

maticais contudo susceptíveis de serem interpretadas.

1.3. *Estruturas agramaticais, metáforas e níveis de processamento da informação*

A estratégia de despromoção do sujeito enquanto agente permite, ao nível comum da utilização da linguagem verbal, a selecção de outras categorias para o preenchimento dessa função. Um dos processos frequentemente utilizado é o de formação de *metáforas* a partir de categorias que assim adquirem propriedades agenciais que, de outro modo, não teriam. O efeito comunicativo deste tipo de formações conta, à partida, ou pressupõe da parte do outro participante na interacção a capacidade de reconhecer essas «novas» propriedades pela aceitação do processo simbólico representado pelo termo escolhido. Ou seja, o valor comunicativo de uma metáfora é, também, a capacidade da partilha da sua interpretação, sem o que a metáfora não chega simplesmente a ser metáfora, antes se torna um objecto opaco e, eventualmente, sem sentido.

Um dos aspectos que torna difícil a interpretação de formações normalmente consideradas metafóricas, quando ocorridas num discurso produzido por sujeitos esquizofrénicos paranóides, é o facto da sua interpretação se fazer apenas a partir do sentido literal. Se alguém diz «o corpo *pede-me* cama» qualquer ouvinte normalmente não interpretará a categoria «corpo» como tendo capacidades de formular verbalmente um pedido. No entanto, parece-nos ser essa a interpretação oferecida pelos esquizofrénicos paranóides, ao utilizarem frases semelhantes:

- 10) «esta perna *não é capaz* de estar quieta»

- 11) «*não tomei* uma pílula cor de rosa que ao lançá-la à boca com as outras esta *resolveu* saltar»

Em ambos os exemplos, se entendidos como metáforas, o sentido literal corresponde apenas a uma primeira leitura a partir da qual a interpretação da metáfora se faz. A fixar-se o sentido literal como interpretação única, é o predicado que atribui ou cria as «novas» propriedades do argumento, não permitindo uma metáfora frásica mas apenas uma substituição simbólica do argumento com função de sujeito.

Poderíamos, no entanto, pôr a hipótese de que as propriedades dos predicados e argumentos estavam atribuídas na base do léxico sobre que a gramática do esquizofrénico paranóide se organiza. Seria o mesmo que admitir que este falaria algo «parecido», por exemplo, com o Português, mas cuja gramática divergia da gramática da língua. Temos razões para admitir que não é disso que se trata, mas sim de um uso estratégico dos princípios da gramática da língua, e que a sua interpretação desviante conta, aliás, com esses mesmos princípios ou com o conhecimento interiorizado que o falante e o seu interlocutor têm deles.

Interpretação e Modelos Mentais

Numa entrevista clínica, a inferência lógica é um processo generalizado no raciocínio diagnóstico. Este processo pode, no entanto, constituir uma indesejada perda de informação, imprescindível para uma interpretação dos factos sobre que qualquer diagnóstico deverá ter base. O raciocínio por inferência permite tomar os factos não por aquilo que significam, mas por aquilo que «querem dizer» ou, melhor, por aquilo que permitem diagnosticar. É, de certo modo, uma forma enviesada de interpretar uma representação: toma-se o discurso como «sinal de», tornando-se a interpretação naquilo que o clínico lê ou infere. Nesta si-

tuação, e no que toca o diagnóstico de «perturbação da linguagem», o raciocínio do clínico, ao fazer-se por inferência, pode constituir-se sem que este de facto saiba o que, do ponto de vista cognitivo, a ordem ou a ausência de perturbação representa ou «quer dizer».

Analisar a linguagem verbal, na sua relação com o pensamento, implica ser capaz de ter em conta um conhecimento cognitivo da gramática e não apenas o que as produções discursivas apresentam em relação ao uso «normalizado» de uma dada língua. Convém lembrar que, quando se trata de língua falada, falantes normais não raramente produzem fragmentos de discurso «perturbados».

A fala permite construções bem diferentes de, por exemplo, a escrita. Se alguém disser: «O João tem feito algum exercício. Futebol», estas declarações serão facilmente interpretadas por outro falante como «O João tem jogado futebol». Se alguém disser «A Sofia é recepcionista num hotel», esta declaração implica que «a Sofia trabalha num hotel» e pressupõe, da parte do ouvinte, o (re)conhecimento do tipo de cargo designado por «recepcionista». Contudo, se alguém disser que «A pílula resolveu saltar», neste caso, a declaração terá de ser interpretada a partir daquilo que foi de facto dito e do conhecimento que se tem do mundo. A inferência não tem qualquer papel neste caso. A interpretação faz-se a partir do conhecimento interiorizado da língua a que se juntam as crenças epistémicas e deónticas sobre o mundo. Se o locutor de uma declaração como a deste tipo tem ou não o mesmo tipo de conhecimento e crenças semelhantes ao do ouvinte, a interpretação poderá fazer-se transcendendo a função de verdade, neste caso de falsidade, da mesma. Ou seja, é a interpretação da declaração como factual ou como contra-factual que determina as propriedades lógicas dos elementos constitutivos da declaração e não o inverso.

De acordo com Johnson-Laird (1986) subjacente ao significado de expressões condicionais está a capacidade para considerar estados de coisas que podem ou não corresponder à realidade. Esta capacidade, é a de construção de *modelos mentais* desses estados de coisas e de ter consciência dos respectivos estatutos existenciais.

Admitamos, ainda que conscientes do grau de especulação, que num processo concreto de trocas verbais, subjacente à produção de diferentes tipos de frases representativas existe um antecedente implícito cujo conseqüente é a própria frase representativa. Tal antecedente como aliás qualquer antecedente de uma expressão condicional poderá ser interpretado ou como uma possibilidade real ou como um evento hipotético. Podemos pôr como hipótese que um doente esquizofrénico paranoide atribua cognitivamente a capacidade de ser possivelmente real àquilo que o clínico reconhece como impossível e conseqüentemente falso. Neste caso, a interpretação do clínico não terá em conta o modelo mental presente no raciocínio do doente e poderá, por inferência, classificar como ilógica ou incoerente uma resposta estratégica que, embora tangencial no que respeita a representação, se destina fundamentalmente a buscar a cooperatividade ou o reconhecimento do clínico.

Nas inferências que as pessoas fazem no seu quotidiano as regras da lógica mental não são muitas vezes utilizadas. Sempre que no raciocínio estão envolvidos processos criativos, isto é, sempre que as inferências se fazem a partir de factos que contêm apenas uma informação parcelar acerca dos acontecimentos, existe um número quase infinito de conclusões possíveis e válidas. Quando as conclusões seleccionadas não são triviais, isto é, quando contêm informação não explicitada nas permissas, então o processo mental não só não é determinístico como depende da imaginação do sujeito e da sua capacidade inventiva gerar sequên-

cias de ideias e modelos alternativos ao conhecimento inicial.

As questões abordadas permitem-nos considerar que uma nova proposta metodológica deve conter os princípios que levem à caracterização de *tipos de desordens* na esquizofrenia paranóide onde, até agora a *desordem do pensamento* era geralmente considerada. Neste sentido, aceitamos como positiva a tentativa de N. Andreasen de consideração de desordem *tridimensional*, de pensamento, linguagem e comunicação. Contudo, e como já anteriormente referimos, a caracterização quer dos três níveis quer das relações entre eles não nos parece suficientemente aprofundada, apresentando lacunas na definição do nível cognitivo e, conseqüentemente, deixando por preencher a relação entre este nível e os restantes.

A nossa proposta consiste na consideração dos níveis que designamos por *cognitivo*, *gramatical* e *interaccional* para a caracterização de *quatro tipos de desordens* que resultam de distúrbios situados não em cada um dos níveis mas na *relação* entre, pelo menos, dois dos níveis considerados. Teremos assim:

- Distúrbios da relação cognitivo-gramatical
- Distúrbios da relação gramatical-interaccional
- Distúrbios da relação cognitivo-interaccional
- Distúrbios da relação cognitivo-gramatical-interaccional.

Esta proposta visa prioritariamente a classificação dos distúrbios pelos tipos de operações que envolvem e que, conseqüentemente, contribuem para a constituição de diferentes modelos mentais. A proposta parte para a localização dos distúrbios em áreas analíticas específicas que, por sua vez, poderão dispor de metodologias, instru-

mentos e capacidades terapêuticas próprios. A título de exemplificação assumidamente especulativa, poderemos alocar as categorias propostas pela escala de Andreasen, assumindo o desvio que poderá advir da sua apropriação descontextualizada, do seguinte modo:

Distúrbios da relação cognitivo-gramatical:

- parafasia semântica
- parafasia fonémica
- palavras aproximadas e neologismos
- associações sonoras

Distúrbios da relação gramatical-interaccional:

- aceleração da fala
- pobreza do conteúdo do discurso
- perda de objectivo
- perseveração

Distúrbios da relação cognitivo-interaccional:

- pobreza do discurso
- circunstancialidade
- tangencialidade
- discurso digressivo
- ecolália
- discurso pretencioso
- auto-referência

Distúrbios da relação cognitivo-gramatical-interaccional:

- descarrilamento
- incoerência
- ilogicidade
- bloqueio

Dada a natureza englobante desta proposta metodológica e dispondo, no momento actual, de resultados experimentais ainda parcelares reservamos para um futuro artigo a sua formulação definitiva.

BIBLIOGRAFIA

- ANDREASEN, N. C. (1979a) — The clinical assessment of thought, language, and communication: I. The definition of terms and evaluation of their reliability, *Archives of General Psychiatry*, 36:1315-1320.
- (1979b) — The clinical assessment of thought, language, and communication: II. Diagnostic significance. *Archives of General Psychiatry*, 36:1325-1330.
- (1982a) — Negative symptoms in schizophrenia: Definition and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 39:784-788.
- (1982b) — Negative vs. positive schizophrenia: Definition and validity. *Archives of General Psychiatry*, 39:789-794.
- (1983) — *The Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS)*. Iowa City, IA: The University of Iowa.
- (1984) — *The Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS)*. Iowa City, IA: The University of Iowa.
- (1985a) — *Comprehensive Assessment of Symptoms and History (CASH)*. Iowa City, IA: The University of Iowa.
- (1985b) — Positive vs. negative schizophrenia: A critical evaluation. *Schizophrenia Bulletin*, 11:380-389.
- BELLETTI, A. e RIZZI, L. (1986) — Psych-Verbs and TH-theory, unpubl. paper.
- BENVENISTE, C. B. e JEANJEAN, C. (1987) — *Le Français Parlé, Transcription et Edition*. Paris: Didier Érudition.
- BUCKINGHAM, H. W. (1982) — Can listeners draw implicatures from schizophrenia? *The Behavioral and Brain Sciences*. 5:592-294.
- CHOMSKY, N. (1986) — *Knowledge of Language: Its Nature, Origins and Use*, Praeger.
- DIK, S. C. (1978) — *Functional Grammar*, North-Holland.
- FARIA, I. H. (1983) — *Para a Análise da Variação Socio-Semântica*. Lisboa: Faculdade de Letras.
- FARIA, I. H. e FIGUEIRA, M. L. (1986) — The Schizophrenic Knowledge of Language — a Cognitive Linguistic View. *Acta Psiquiátrica Portuguesa*, 32(3):101-106.
- (1986) — «Pragmatic Strategies and Social Behaviour in Paranoid Schizophrenia: Speech Acts, Cooperation and Control», *Acta Psiquiátrica Portuguesa*, vol. 32, n. 4.
- (1987) — Problematic Subject Indexicality in Schizophrenic Discourse: Mental Models and Pragmatic Strategies, em publicação.
- FIGUEIRA, M. L. (1984) — Relações Interpessoais na Esquizofrenia Paranoide. Lisboa, Faculdade de Medicina.
- FIGUEIRA, M. L., FARIA, I. H. (1986) — On the Schizophrenic Use of Self-Reference Forms: an Attempt to Describe Schizophrenic Positions in Discourse. *Acta Psiquiátrica Portuguesa*, 32(2), 71-76.
- GIVÓN, T. (1979) — From Discourse to Syntax: Grammar as a Processing Strategy. *Syntax and Semantics*, vol. 12.
- GRICE, H. P. (1975) — Logic and Conversation. In P. COLE and J. MORGAN (eds.), *Syntax and Semantics 3: Speech Acts*. Academic Press: New York, 41-58.
- JACKENDOFF, R. (1983) — *Semantics and Cognition*, MIT Press.
- JOHNSON-LAIRD, P. N. (1983) — *Mental Models: Towards a Cognitive Science of Language, Inference and Consciousness*, Cambridge Univ. Press.
- (1986) — Conditionals and Mental Models, in Traugott (eds.) *On Conditionals*, Cambridge Univ. Press.
- (1987) — The Mental Representation of the Meaning of Words, *Cognition*, 25, 189-211.



INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

Torne-se leitor da Biblioteca do ISPA

(Rua Jardim do Tabaco, n.º 44, 1100 Lisboa, Telef. 86 31 84/5/6)

Últimas publicações periódicas recebidas:

- INTERNATIONAL J. OF SMALL GROUP RESEARCH — Vol. 4(1), 1988
- JORNAL DE PSICOLOGIA — Ano 6, n.º 5, 1987
- JOURNAL DES PSYCHOLOGUES — N.º 56, 1988
- JOURNAL OF CHILD LANGUAGE — Vol. 15(1), 1988
- JOURNAL OF INSTRUCTIONAL PSYCHOLOGY — Vol. 14(4), 1987
- JOURNAL OF ORGANIZATIONAL BEHAVIOR — Vol. 9(2), 1988
- NEUROPSYCH. DE L'ENFANCE ET DE L'ADOLESCENCE — Ano 36(1), 1988
- NOUVELLE REVUE DE PSYCHANALISE — N.º 36, 1987
- ORIENTAMENTI PEDAGOGICI — Ano 34, n.º 6, 1987
- ORIENTATION SCOLAIRE ET PROFESSIONNEL — Ano 17, n.º 1, 1988
- PSYCHIATRIE DE L'ENFANT — Vol. 30(2), 1987
- RELIGION Y CULTURA — N.º 167, 1987
- REV. IBEROAMERICANA AUTOGESTION Y ACCIÓN COMUNAL — N.º 10-11, 1987
- REVISTA DE CIÊNCIAS DE LA EDUCACION — N.º 133, 1988
- REVISTA DE COMUNICAÇÃO E LINGUAGENS — N.º 4, 1986
- REVISTA DE INFORMÁTICA — Vol. 6(7), 1988
- REVUE BELGE DE PSYCHOL. ET DE PEDAGOGIE — Tome 49, n.º 199-200, 1987
- REVUE FRANÇAISE DE PSYCHANALYSE — Tome 51(4), 1987
- SOCIOLOGIE DU TRAVAIL — N.º 1, 1988
- TRAVAIL HUMAIN — Vol. 50, fasc. 4, 1987
- VALUES — Vol. 2(3), 1987

HORÁRIO: Das 9 às 21 horas