

FATORES EMOCIONAIS NA ORIGEM DO RETARDO DA LINGUAGEM*

Mauro Spinelli**

RESUMO

A Foniatria tem dado pouco valor a aspectos emocionais como fatores causais de retardo de linguagem, concentrando-se, neste aspecto, aos quadros de autismo e de esquizofrenia infantil. Os demais distúrbios do desenvolvimento da linguagem nos quais não se encontram causas orgânicas nítidas, têm sido atribuídos à falta de oportunidade para aprender, a desordens orgânicas 'mínimas', ou consideradas vagamente como alterações funcionais. É verdade que existem muitas referências à 'fala de bebê' como sintoma de fixação ou de regressão emocional, e que a gagueira tem sido, às vezes, explicada por alterações no desenvolvimento psico-sexual. Assim, também, Rousey procurou mapear erros articulatórios de acordo com falhas no desenvolvimento psico-sexual.¹ Parece, porém, que faltam estudos clínicos e pesquisas sobre o papel da dinâmica de relações afetivas no retardo de linguagem visto de forma mais global, isto é, sem separação dos seus aspectos comunicativos, semânticos, prosódicos e gramaticais.

Este trabalho tem como objetivo contribuir para a ativação de tal abordagem. Para isto ele foi organizado com os seguintes passos: conceituações e fundamentos teóricos; apresentação e interpretação de achados clínicos; conclusões.

I - CONCEITUAÇÕES E FUNDAMENTOS TEÓRICOS

Retardo de Linguagem

É importante esclarecer que o *retardo de linguagem* abordado nesta exposição refere-se a atrasos no aparecimento ou ao desenvolvimento lento da comunicação pela fala, seja em compreensão e expressão, seja apenas

neste último aspecto. Trata-se de um conceito puramente sintomático e de expressão simplificada, uma vez que em verdade, frequentemente o que se vê são distúrbios de comunicação em sentido amplo, verbal e não verbal.

Fatores Causais

No que se refere à etiologia, este trabalho faz referência sempre a *fato-*

* Trabalho apresentado no I Congresso Ibero-Americano de Logopedia, Foniatria e Audiologia, realizado em Castellon, Espanha, em 1982.

** Médico Foniatra e Professor do Curso de Fonoaudiologia - PUC-SP.

res causais. A idéia de etiologia única em distúrbios do desenvolvimento da linguagem é pouco adequada à realidade. Uma vez que os fatores que influem nesse desenvolvimento são muito diversificados, pode-se ter no máximo a possibilidade de determinar fatores predominantes e fatores desenhaciantes.

A criança não é um ser passivo, vítima amorfa de acontecimentos, inclusive daqueles que se poderia chamar de etiológicos. Eisenberg reviu estudos e defendeu evidências clínicas que mostram diferenças individuais já ao nascer: bebês colocam-se desde logo dentro de critérios tais como ativos-receptivos; regulares-irregulares; humor positivo-humor negativo; distratibilidade alta-distratibilidade baixa. Tais características influem nos afetos e ações da 'mãe';* assim como os traços e sentimentos maternos modulam os comportamentos da criança.²

Nessa dinâmica entram também condições físicas. Por exemplo, se a criança não tem condições neurológicas boas, o seu comportamento poderá prejudicar a predisposição favorável da mãe. Problemas que decorram da relação que então se estabelece, dificilmente poderão ser atribuídos simples-

mente ao fator orgânico anterior, sob pena de se prejudicar a compreensão ampla dos fenômenos e as medidas para sua superação.

Desenvolvimento Emocional e Comunicação

A comunicação do bebê é de início corporal e difusa. Aos poucos ele vai fazendo discriminações dos estímulos que agem sobre si e das respostas que ele provoca. Gradativamente, a criança vai interiorizando uma imagem do mundo que pode ser ameaçadora ou não, contensor de suas ansiedades ou vazio de diretrizes. Vai também construindo a noção de si mesmo; a partir do seu material congênito e das suas relações com as coisas, dará passos seguros no sentido de adequar seus sentimentos à realidade ou se fixar em padrões primitivos.

Alguns dos principais elementos para o desenvolvimento harmônico são o estabelecimento de confiança no outro e a auto-estima. Quanto ao primeiro, depende bastante de que já no primeiro ano de vida, a ligação entre a criança e a mãe se faça através de vivências previsíveis e regulares.³ O não estabelecimento de confiança faz com que a angústia experimentada por

* A palavra mãe será utilizada sempre no sentido de adulto importante na relação com a criança.

não conseguir alívio por si só de situações traumatizantes não se modifique para reações amadurecidas, que permitam, por exemplo, esperar que a mãe volte de algum lugar distante. Relações de não-confiança não decorrem sempre de relações não afetuosas. Mães amorosas mas inseguras, confusas, contribuem para que a criança se desenvolva sem parâmetros nítidos, sem limites claros e portanto, sem diretrizes nas quais apoiar o seu desenvolvimento.

A auto-estima vai se construindo também a partir de relações de confiança, e da percepção que a criança tem dos sentimentos que provoca. No dizer de Fenichel⁴ *"um ego (...) amado sente-se forte; um ego abandonado é fraco e está exposto ao perigo."*

A comunicação da criança com a mãe é feita inicialmente através do contato corporal e através dele fluem as sensações de bem estar ou indisposição. Desde logo, as vocalizações do bebê e a fala da mãe entram na relação. Enquanto não fala, a criança se sente impotente mas pode se satisfazer com as gratificações que recebe por outras ações, nas quais se inclui o balbuciar. Se as relações sonoras e as demais experiências são agradáveis, se a criança percebe que pode aos poucos aumentar sua independência e resistência à frustrações, chega o momento

em que ela pode falar. Na medida em que se aceite a colocação de Fenichel⁵ de que: *"falar significa ser potente; a incapacidade de falar significa castração"*, pode-se compreender que a comunicação oral não se desenvolve na presença de auto-estima extremamente prejudicada ou quando as potências do indivíduo estão desorganizadas pela angústia.

II-4 PRIMEIROS CASOS

1) NOME D. – filho do meio. Irmãos: 5a7m, la7m.

ENTREVISTA – 3a7m - Emite apenas sons, poucos com sentido - "ka" água, "mã" mamãe; pais brigam muito, gritam. 'Bonzinho' até andar, mãe só podia cuidar mais da irmã. Marcha: la3m. Fala - início com 3a. EEG com 2a6m normal. Não desejado pela mãe; quando nasceu mãe não tinha paciência - atendia sem vontade. Parto normal. Pai nervoso. A casa é agitada, com conflitos sérios entre o casal.

EXAMES – Apático, inibido, sem confiança; produção em jogos boa (inteligente); não inicia comunicação; parado; poucas emissões, e somente com estimulação – "sisi" – xixi. Órgãos fono-articulatórios (OFA) – poucos movimentos, 'inér-

cia motora', hipotonia leve, movimentos só globais. Não consegue elevar a língua. Compreensão boa.
EVOLUÇÃO – está em início de atendimento.

- 2) NOME M. – 3a6m - filha caçula. Irmãos: 10a, 9a, 5a. Dois maiores sem problemas, o menor fala bem mas demorou para começar.
QUADRO CLÍNICO – Fala muito pouco, quase só quando solicitado; não inicia comunicação. Família quer saber se é por problema orgânico e se pode acelerar o desenvolvimento da fala pois está em tratamento de linguagem há 1 ano sem evolução. Antecedentes: bebê molinho, sempre muito quieto. Neurologista aos 6 meses: 'flacidez' - indicou fisioterapia. Preguiçosa para tudo, só ingere coisas amassadas ou líquidas.
Gestação e parto normais fisicamente. Pais negadores, difíceis.
DADOS/EVOLUÇÃO – Teve crises que os pais chamam de convulsões; neurologista que acompanhou não considera que sejam convulsões orgânicas. Conflitos sérios entre o casal. M. é brinquedo entre eles; utilizada nas brigas, até judicialmente. Mãe lida com ela como se fosse um objeto, ou como deficiente mental, e

de modo agressivo. Mãe é do tipo exuberante, repressiva.

Relação mãe-filha: péssima. M. é mal cuidada, inclusive quanto a higiene e vestimentas.

DADOS/EXAME – 3a9m - Parada, apática (triste). Emissão quase nula, só emitiu finais de palavras ou monossílabos. Voz fraca, inibição para falar - percebe que não emite bem. Deixa-se examinar passivamente, inclusive na palpação da língua e parte interna da bochecha e palato. Olhar sem brilho, pele seca (exames para tiróide feitos depois deram normais). Boa audição e compreensão razoável no que foi possível avaliar. Hipotonia de membros e de OFA. Não consegue elevar a língua, '*inércia motora'*.

Considerou-se haver distúrbios emocionais com quadro sintomático de insuficiência de tono e motora. *Falta de energia* generalizada.

ESTUDO PSICOLÓGICO – só tem modelos maus, imagens ruins da vida. 'Parece preferir morrer'.

ORIENTAÇÃO TERAPÊUTICA – revelou-se impossível obter modificações nos pais.

Foram então proporcionadas terapias de 2 tipos:

- estimuladoras de funções motoras e cognitivas;

- psicológica. Esta através de duas maneiras:

1. ludoterapia (base mais interpretativa e reorganizadora). Começou somente aos 4a7m por resistência dos pais;
2. provendo experiências gratificantes e segurança afetiva com pessoas definidas - fonoaudióloga, professora da escola, uma colega da escola com quem se dava bem.

EVOLUÇÃO – A situação ambiental se agravou muito, com brigas e separação dos pais.

REEXAME – 5a11m - voz fraca, emissão tímida, muita insegurança. Fala: vocabulário amplo, frases pequenas de 3 a 4 palavras. Iniciou comunicação poucas vezes. Emissão só ligada ao contexto. Não queria ir embora ao final do exame. Mostrou algumas reações alegres, que ocorreram bastante com os terapeutas. Hipotonia menos intensa de OFA e membros. Movimento de OFA muito melhor. Olhos mais brilhantes, expressões de alegria presentes em alguns momentos.

- 3) NOME R. – 6a8m, filho caçula. Irmãos: 16a6m, 10a6m.

QUADRO CLÍNICO – Fala mal e está com dificuldades para aprender

a escrever. Começou a falar com 3a.

AMBIENTE – irmão mais velho o agride; pai também é agressivo, exigente, crítico, não afetivo; mãe afetiva, muito ansiosa, insegura, tem idéia de que R. é deficiente mental, porque 'esquece muito as coisas'. Ela teme muito o marido e oculta dele que leva R. para exames e tratamentos. Irmão mais velho em psicoterapia. Gravidez e partos normais. Desenvolvimento motor normal.

EXAME – Fala pouco inteligível com características fonológicas e entoativas de criança menor (de 2-3 anos). Verbaliza às vezes com conteúdos inadequados para a situação. Tenso e se auto-desvaloriza, diz que não sabe, que esquece, que não é capaz. Desenhos mostram insegurança, tristeza (a casa é um rosto triste; figuras humanas em grupo com um deles caindo), opressão (cabeça pequena e comprimida - desenhada com 2 traços). Produção muito baixa em provas funcionais (discriminação e memórias auditivas). Confusão com noções temporais. Uma prova apenas, de memória visual, feita na 2ª sessão de avaliação, deu resultado bom para a idade. OFA - 'inércia motora', inabi-

idade. Considerou-se haver distúrbios de fala com fator emocional (predominante).

ORIENTAÇÃO TERAPÊUTICA – conseguiu-se apenas uma terapia para o R.; foi dada preferência para iniciar com fonoaudiólogo - programa visando aspectos verbais, motores e emocionais, no sentido de ajudá-lo a perceber as suas potências e seus bloqueios e favorecer melhora de auto-estima.

REAVALIAÇÃO – 7a5m (9 meses depois). Bloqueado ainda; fala inteligível, com menores falhas (mais surdas/sonoras) articulatórias, entonação menos imatura. Resultado regular em provas funcionais (memória auditiva fraca). Leitura e escrita aceitáveis para a idade e grau escolar. Evidentemente não é deficiente mental. Mãe reage 'depressivamente' - só vê as falhas.

Ainda teme que ele seja D. Mental.

- 4) **NOME H.** – 2a1m, filho único - não atende, não compreende e não fala, a não ser "naná" - dormir, "tchau", "kaka" - sujeira. Muito acomodado, baba. Mãe se preocupa se é retardado.

Antecedentes - gestação e parto normais. Andou com 15 meses, tinha medo de se soltar.

EXAME – Apático, pouca aproximação afetiva. Triste. Não evita o olhar. Atitude de comunicação - fraca. Sorriso raro e só esboçado. Audição boa, compreensão falha - não atendeu, pareceu consistentemente não compreender "dá", "pega". Emissão muito escassa, imitou alguns sons, como "bi-bi", "û-û", apresentados ludicamente (animou-se um pouco). Baba, hipotonia de membros e de OFA. Relação mãe com ele: ela o diminui, trata-o como retardado, ri das incapacidades. Estudo psicológico confirmou que a relação mãe-filho é bem ruim. Considerou-se que H. não estava em condições emocionais para se desenvolver.

INDICAÇÃO – Terapias visando aumentar a auto-confiança e proporcionadoras de chances para ter experiências motoras, perceptivas e comunicativas gratificantes.

REAVALIAÇÃO – 4a2m. Participação ativa, muito mais comunicativo. Compreendendo quase tudo. Emissões fracas no começo e depois mais firmes, frases de até 4 palavras. Falhas articulatórias prejudicando a inteligibilidade, que são principalmente: "m" e "b"; redução da extensão vocabular, ensurdecimento de consoantes sonoras.

Ainda havia hipotonia e inércia de OFA.

III – DISCUSSÃO

Os quatro casos têm em comum relações parentais que prejudicam a auto-estima no desenvolvimento do ego. São crianças pressionadas a se sentirem deficientes mentais, ou que se acomodam em uma pseudo-debilidade intelectual. Um aspecto característico é a passividade, que se reflete na renúncia ao impulso comunicativo, natural no ser humano, inércia da musculatura, especialmente da área articular. Trata-se então de uma tríade impotente: impotências intelectual, motora e comunicativa.

Se for deixada de lado a compreensão psicodinâmica desses casos, haverá forte possibilidade de se colaborar para o agravamento da patologia, pois considerando-os como incapazes reais, as medidas terapêuticas serão provavelmente equivocadas.

IV – DOIS ÚLTIMOS CASOS

5) NOME C. – 2a3m, caçula, 2 irmãos gêmeos entre si com 5a6m, sem problemas de linguagem (a não ser a comunicação especial de gêmeos até 2 anos).

C. fala muito pouco, só 6-7 palavras. Agitado (irrequieto), impulsivo, dá trombadas, cai, convulsões com 1a6m - controladas com medicação desde então.

AMBIENTE – confuso, desorganizado, sem limites claros. Irmãos se comunicam mais entre si. Pais afetivos, desorientados. Ambos trabalham em tempo integral e não podem se dedicar à C.

EXAME – muito irrequieto, com as características da chamada hiperatividade; não teve quase atitude de se comunicar mas só atuação motora. Muitas trombadas, bateu a cabeça em móveis. Hipotonia de membros e de língua, bochechas, lábios, moderada. Ausência de paresia, de movimentos involuntários e de posturas que caracterizem Paralisia Cerebral. Apenas não movia a língua, embora fosse capaz de fazê-lo. Emissão muito escassa e quase sempre restrita à produção de vogais (“au au” para animais e do som “t” seguido de vogais, em uma cadeia curta e pouco inteligível). Impossível testar memória auditiva. No final da avaliação ficaram dúvidas entre disfunção neurológica como fator principal e distúrbio afetivo-emocional. A avaliação psicológica confirmou haver forte ansiedade

e imaturidade emocional. Não foi mudada a terapia anti-convulsiva. Foi indicada orientação psicológica de cunho terapêutico para os pais. Eles não seguiram a indicação e retornaram 10 meses depois com o quadro pouco alterado: havia maior número de palavras inteligíveis, compostas de uma sílaba; os demais aspectos não se haviam modificado.

Iniciou-se terapia com fonoaudióloga visando estimular o uso da comunicação e a ocorrência de experiências articulatórias e verbais agradáveis e bem sucedidas, assim como dar parâmetros precisos de disciplina, como atitude afetiva. Os pais iniciaram orientação com psicólogo.

REAVALIAÇÃO – feita após 7 meses - atitude motora normal, boa atenção, atitude comunicativa adequada, colaborador. Vocabulário extenso, frases longas, inteligíveis, apesar de ensurdecimento de consoantes sonoras e de anteriorização das fricativas palatais (“j” “s”; “z” “ʒ”). Tono muscular de membros e OFA melhor. Memória auditiva boa para sílabas, palavras e frases.

6) NOME R.C. – 3a2m, filho caçula,

irmãos: 10a, 8a.

QUADRO CLÍNICO – Não fala, a não ser “au-au”, “mamã”, “omã” (pessoas em geral) a partir dos últimos 4 meses. Agitado, não pára. Exprime-se com gestos e compreende melhor com gestos.

Antecedentes - gestação e parto normais, desejado. Nada digno de nota até os 10 meses (não chamou a atenção, era quieto). Com 10 meses choro fraco, suspeita de síndrome ‘do miado de gato’; apesar de descartada tal hipótese, mãe ficou com a idéia de que ele tinha doença grave e deficiência mental. Lidou daí para frente superprotetoramente. Fez EEG, tomografia de crânio, cariótipo e exames para tiróide (normais). Andou com 1a4m e após isto ficou agitado.

EXAME – tenso, contraído, risos e gemidos se intercalando. Manipulação de brinquedos ao acaso, colocou bala na boca sem desembrolhar. Choro, quando não consegue algo, de tipo lamurioso. Emissões e outros atos motores feitos com contração corporal intensa. Reações a sons pobres na 1ª sessão e melhores na 2ª. Não atendeu à maioria dos pedidos verbais - mas deu para perceber que compreendeu muitos outros. Emitiu poucos sons,

como "mã", "dede", "ta", "iã", de difícil interpretação. Atividade ansiosa, sem direção e função definidas, pouca comunicação, mesmo não verbal. Ao ficar durante alguns momentos sem a mãe parece que de repente, ao se dar conta disso, contraiu-se todo e emitiu sons lamurientos. Nesse instante o examinador pegou-o no colo, ele se acalmou como bebê e se acalmou um pouco, sossegando definitivamente com a volta da mãe.

OFA: língua muito parada, move pouco também os lábios. Audição normal.

DIAGNÓSTICO MAIS PROVÁVEL – ansiedade intensa, alta dependência da mãe. O atraso de fala parece se ligar a impotência geral, que o faz funcionar como bebê ainda. Mãe reforça isto, não acredita nele.

ESTUDO PSICOLÓGICO – confirmou a dinâmica e caracterizou o quadro como simbiótico.

INDICAÇÃO – Terapia fonoaudiológica e ludoterapia.

REAVALIAÇÃO – 4a2m - bem menos ansioso, ficou a maior parte do tempo sem a mãe. Aumento de tensão muscular ainda presente ao executar movimentos. Atitude comunicativa bem mais adequada, exprimiuiu-se mais com gestos e

também com muitas palavras como "não", "mamãe", "papai", "titio", "bola", "bala", etc.

OFA: movem-se bem mais, com inabilidade. Compreensão boa, com algumas falhas ocasionais.

V – DISCUSSÃO

Estes casos têm em comum a intensa agitação que poderia levar à conclusão de que se trata de crianças com disfunção cerebral, mas que é reflexo, em ambas, de forte ansiedade, havendo situações diferentes de desenvolvimento e que fazem inclusive a criança R.C. apresentar distúrbios mais severos e resistentes às medidas terapêuticas.

VI – CONCLUSÕES FINAIS

A análise de crianças com retardo de linguagem, feita a partir de estudos clínicos que levam em conta não somente aspectos orgânicos, mas com base também nos dados oferecidos pela psicologia dinâmica, pode revelar facetas muito importantes para a orientação terapêutica proposta por foniatras.

Este trabalho procurou apontar alguns dados que permitem a ampliação e o aprofundamento dessa abor-

dagem. É fundamental que se dê maior atenção às relações entre o desenvolvimento da linguagem e as forças di-

nâmicas que atuam entre adultos e crianças, no curso do crescimento infantil.

SUMMARY*

Phoniatry has given a little worth to the emotional aspects as causing agents of speech delay, fixing its attention, in this view, on autism and infantil schizophrenia. The others disorders of language development, in which the explicated organical causes are not found, has been attributed to the lack of opportunities to learn, or to 'minimal' organical disorders, or even vacantly considered as functional perturbations. It is a fact that there are a lot of references about the 'baby talk' as sign of emotional fixation or regression, and that stuttering, sometimes, has been explained by perturbations on psycho-sexual development. In this same way, Rousey tried to chart the articulation mistakes in accordance with failures in psycho-sexual development. It seems, however, that we are missing clinical studies and researches about the function of the dynamic of affective relationships in speech delay dealed more entirely, that means, without separation of its communicatives, semantic, prosodic and grammatical aspects.

This paper intend to contribute to the activation of such approach. For so, it was organized with the following steps: conception and theorical basements; presentation and interpretation of clinical findings; conclusions.

NOTAS

1. ROUSEY, C.L. 'The Psychopathology of Articulation and Voice Deviation' in TRAVIS, L.E. *Handbook of Speech Pathology and Audiology*. New York, Appleton-Century-Crofts, 1971.
2. EISENBERG, L. 'Normal Child Development' in FREEDMAN, A.M. e KAPLAN, H.I. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Baltimore, The Wilkins Company, 1967. pp.1315-1332.
3. Ibidem, pp.1315-1332.
4. FENICHEL, O. *Teoria Psicanalítica das Neuroses*. Rio de Janeiro, Atheneu, 1981. p.39.
5. Ibidem, p.293.

* Versão em inglês do sumário, realizado pela aluna Paula B. Nalon do 4º ano de Fonoaudiologia da PUC-SP.