

O ESTUDO CLÍNICO DOS SINTOMAS NEUROPSICOLÓGICOS

Sérgio Spritzer*

Resumo

O presente trabalho consiste na revisão crítica da literatura a respeito da investigação em distúrbios neuropsicológicos em especial os referentes à linguagem. Discutem-se as diferenças entre investigação experimental e clínica e as conseqüências disso para a terapia. Ilustra-se a posição do autor através de diversos exemplos clínicos.

A noção de método clínico em Neuropsicologia: o percurso de Luria

O interesse pela compreensão das bases neurológicas do comportamento tem aumentado muito nos últimos anos, à medida que aumentam os conhecimentos sobre a anatomia, a neurofisiologia e a bioquímica do sistema nervoso e se imagina tornar cada vez mais viável a possibilidade de estabelecer uma relação entre as alterações nestas dimensões e as manifestações clínicas.

A Neuropsicologia é definida como o estudo das bases neurológicas do comportamento. O objetivo maior do neuropsicólogo é fundamentar, com bases fisiológicas, as manifestações comportamentais do indivíduo. Neste sentido, a maioria dos trabalhos encontrados na literatura tenta esclarecer algum tipo de relação entre os sintomas diretamente observados após uma lesão ce-

rebral e as alterações anátomo-fisiológicas encontradas no mesmo sujeito e uma população de sujeitos com lesões semelhantes^{33, 52, 56}. Essa coleção de estudos pertence a uma fase do comportamento neuropsicológico da maior importância que é o da demonstração anatômica, fisiológica e mesmo estatística da relação entre as manifestações sintomáticas e a função cerebral.

Observa-se que as publicações sobre temas neuropsicológicos têm crescido constantemente nos últimos anos⁵³ e ainda se encontram na tentativa de explicar situações particulares. Na maioria das vezes, emprega-se uma metodologia experimental com rígido controle de variáveis, sem se chegar a uma compreensão integral da sintomatologia observada. Alguns autores alegam estarem usando formas de investigação experimental por se tratarem de procedimentos cientificamente objetivos e re-

* Professor-Assistente da Disciplina de Neuropsicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

jeitam uma abordagem do tipo clínica alegando falta de objetividade científica. Como consequência, observando-se que embora existam abundantes publicações de trabalhos experimentais, tudo isso resulta em poucas publicações descrevendo e fundamentando a reabilitação do paciente.

No nosso entender, a atitude de negar a validade de um método clínico de investigação corresponde a uma concepção artificial de querer compreender o comportamento humano como uma coleção de manifestações fragmentárias possíveis de serem estudadas e tratadas em si mesmas, separadamente. Observações neste sentido começam a chegar na literatura em número cada vez maior, através de publicações de renomados profissionais como Lebrun (1983), que comenta em sua obra recente sobre Afasiologia³¹, Introdução. "... parece que os procedimentos de testes de rotina permitem ao clínico colocar o paciente dentro de sua taxonomia afásica preferida, que por sua vez faz correlações entre síndromes afásicas superficiais e possíveis lesões orgânicas. Ainda que a utilidade clínica de tal processo não deva ser questionada, deve-se ter em mente que ele raramente proporciona uma visão dos mecanismos patológicos que fundamentam os distúrbios da linguagem individual. Como consequência, os resultados dos testes tradicionais não oferecem uma base apropriada para tratamento. Se se pretender que a terapia de afasia seja mais do que uma série de lições de linguagem, o que infelizmente, ainda acontece, então obviamente deve-se ter um conheci-

mento acurado das dificuldades verbais do paciente e tal conhecimento não pode ser adquirido exclusivamente através de testes padrões. O resultado dos procedimentos tradicionais de testes deve ser suplementado e qualificado por informações obtidas através de tarefas específicas, bem como através da observação direta do comportamento verbal do paciente em diversas situações quotidianas."

Na nossa opinião, o papel dos testes padronizados em Neuropsicologia deveria ser análogo aos dos exames complementares usados em clínica geral pelo médico, isto é, servir de suporte para um raciocínio clínico baseado no que é chamado 'exame clínico' do paciente. Esse termo tem sido usado vagamente por muitos anos para caracterizar o método de investigação científica chamado 'hipotético-dedutivo'²⁸ em sua aplicação ao estudo de aspectos comportamentais alterados e sua relação com o funcionamento do organismo. Assim, o médico clínico é aquele que tem treinamento e conhecimento para observar aspectos mais ou menos manifestos do comportamento alterado, os sintomas e sinais e, considerando-os em conjunto com os dados da história-clínica, formula uma hipótese sobre as bases anátomo-fisiológicas da alteração.

Com o surgimento da Psicanálise, o método clínico de investigação a ser usado como instrumento de exame do aspecto estritamente psicológico do comportamento não tinha a pretensão de encontrar alguma explicação anátomo-fisiológica para os sintomas. Parece-nos importante assinalar que

toda metodologia psicanalítica de trabalho clínico foi precedida por uma reflexão crítica por parte de Freud que a iniciou a partir da sua monografia sobre afasias¹⁷ e estendeu-se pela sua *Psicologia para Neurologistas* (Entwurf einer Psychologie, 1895). Fica notória, desde a monografia sobre afasias, a insatisfação de Freud ao concluir sua discussão sobre a natureza das afasias, insatisfação essa que, provavelmente, levou-o a abandonar a perspectiva de uma explicação anátomo-fisiológica para os fenômenos comportamentais: "*Vejo com clareza que as considerações expostas (...) não podem fazer outra coisa do que deixar um sentimento de insatisfação, na mente do leitor. Tentei demolir uma teoria conveniente e atrativa das afasias e uma vez alcançado esse objetivo só pude colocar no seu lugar algo menos complexo. (...) Depois que Wernicke descobriu a relação entre a área que leva o seu nome e a afasia sensorial, teria que surgir a esperança de poder compreender plenamente essa forma de afasia, a partir das circunstâncias de localização. Mas, nos parece que o significado que o fator localização tem para a afasia tem sido superestimado e estaríamos procedendo corretamente se nos preocupássemos com os estados do aparato da linguagem.*" (1973, p. 117). O exame dos estados funcionais proposto há tanto tempo por Freud não difere em sua essência da posição dos modernos afasiologistas como Lebrun. No caso de Freud, a preocupação é principalmente de tentar definir o conhecimento neuropsicológico do ponto de vista teórico, enquanto que

a tônica em Lebrun é a preocupação com os aspectos diretamente ligados ao diagnóstico e a reabilitação.

Golden e Anderson²⁴ dedicam um capítulo especial para discutir a limitação do uso dos testes psicológicos para diagnóstico de problemas de aprendizagem derivados de uma lesão ou disfunção cerebral. Segundo eles, "*às vezes, ocorre que a intuição do examinador, devidamente corroborada pelos resultados dos testes, pode proporcionar resultados mais importantes que os métodos estandarizados por si só. Entretanto, a intuição não se ensina e na melhor das hipóteses, é difícil definir. Quando se acha presente pode possuir um valor; quando falta, pode levar a uma interpretação errônea de um conjunto de testes.*" (1981, p. 106). Outras limitações observadas por estes autores dizem respeito aos casos de crianças 'hiperativas', 'hiperemotivas' ou de formação sócio-cultural bastante diversa.

Para Luria³⁴, a propósito das lesões focais do cérebro, "*o trabalho imediato do investigador é estudar a estrutura dos defeitos observados e qualificar os sintomas. Só então, mediante um trabalho que conduza à identificação do fator básico que está por trás dos sintomas observados, é que será possível extrair conclusões sobre a natureza do distúrbio. O conceito de 'localização de um foco' lesional portanto não coincide com o de 'localização de uma função'; (...) a síndrome deve ser submetida a uma análise estrutural complexa, para se extrair uma conclusão relativa a tal 'localização de uma função', ou mais exatamente, da*

organização cerebral de um sistema funcional." (ibid, 1974, p. 37). A leitura extensiva de sua obra nos mostra que o estudo clínico do que foi chamado de sistemas funcionais, na sua estrutura interna e nas suas interrelações, se constitui na proposta do autor para qualquer tipo de estudo neuropsicológico, mesmo se tratando de crianças. Além disso, aprofunda-se na mesma questão levantada por autores clássicos (como Freud e H. Jackson) a necessidade de estudar funcionalmente o lesionado cerebral. Também propõe o conceito de sistemas funcionais, baseando-se na noção de analisadores originária de Pavlov e definida posteriormente por Anojin, P. K. (cit. Azcoaga, 1983, p. 70). Embora ainda vago em sua abrangência e significado, bem como admitindo a falta de demonstração de uma base fisiológica diretamente responsável, Luria³⁴ insiste na importância da noção e atribui ao próprio método de investigação clínico uma enorme responsabilidade no desenvolvimento do conhecimento sobre as propriedades funcionais de tais sistemas. A participação destes sistemas funcionais na produção de um determinado comportamento seria variável em função das intenções e da experiência prévia do sujeito; vários exemplos são fornecidos no decorrer de sua obra, desde a possibilidade variável de um afásico se expressar em função do caráter intencional de suas expressões (em razão inversa), até situações habituais de lecto escritura onde, de início, ocorreria a participação muito maior de sistemas funcionais relacionados à informação verbal, enquanto na leitura fluída

a compreensão mobilizaria predominantemente sistemas relacionados à informação visual. Em qualquer um dos casos, 'no processo de exercitação' (de 'desenvolvimento funcional') "*as ações podem mudar radicalmente sua estrutura psicofisiológica e em alguns casos começam a apoiar-se em outro sistema de zonas cerebrais.*" (ibid, p. 52).

A metodologia de reabilitação das funções corticais superiores preconizadas por Tsvetkova⁵⁸ a partir de Luria, nos parece explorar ainda muito pouco a riqueza do quadro teórico proposto por seu mestre. Segundo esta, "*a educação reconstrutiva' requer correções e reajustes contínuos dos sistemas funcionais por parte dos terapeutas-educadores que, continuamente chamam a atenção do paciente para o sucesso ou insucesso em completar uma determinada tarefa e se utilizar de uma série de meios especiais para simplificar a retroalimentação de cada ação do paciente. A atitude mais importante do reeducador é espelhar o comportamento para o restabelecimento das funções motoras e verbais; o uso de tocafitas, gravando a voz do paciente permite que ele compare sua produção verbal com o enunciado proposto e analise e corrija seus erros; instrução programada também pode ser usada com tais objetivos.*" (1977, p. 140). A dinâmica e a flexibilidade da noção de 'sistema funcional' não parecem refletidas nas propostas de reabilitação de Tsvetkovka dando a impressão de sistemas mecanicamente constituídos e estimulados, onde o trabalho espontâneo do sujeito não

desempenha um papel mais relevante. A proposta de Lúria para a qualificação progressiva dos sintomas nos parece, antes de tudo, um processo ativo e relativizado entre o sujeito e o examinador, pois o que está em jogo é uma relação comunicativa. Neste sentido, o uso de simples realimentações não permite a manifestação dos sintomas em sua plenitude clínica e, conseqüentemente, não permite ao terapeuta perceber suas transformações peculiares em cada caso e em cada momento do processo de reabilitação.

A dissociação entre a proposta teórica e a prática (a qual Lúria não assumiu diretamente) pode ser melhor entendida se levarmos em conta as influências profundas e contraditórias que sofreu na sua formação. Foi um dos maiores entusiastas do estudo da Psicanálise na Rússia, insatisfeito que estava com a metodologia rigidamente experimental então vigente. Durante tal fase, funda um grupo de estudos psicanalíticos em Moscou, publica vários artigos em revistas psicanalíticas chegando a manter correspondência com o próprio Freud³². Com o passar dos anos, acumularam-se as dúvidas e as pressões culturais para que o interesse por métodos introspectivos e individualistas cedesse lugar a um enfoque oposto, valorizando o caráter objetivo e social do comportamento de acordo com a orientação filosófica marxista para investigação em ciências humanas. Mesmo assim, o caráter ativo da exploração dos sintomas ao nível de diagnóstico, de acordo com Lúria, é uma das mais originais e fecundas

contribuições de um autor ao estudo dos sintomas em Neuropsicologia. Cremos que não seria equívoco pensar que o caráter flexível da investigação de Lúria guarde uma influência, não admitida, da Psicanálise.

Autores europeus e americanos que tentaram sistematizar os protocolos de Lúria e até transformá-los em comportamentos quantificáveis^{1, 4, 15, 21, 23} despertaram muita polêmica quanto aos aspectos metodológicos. Uma das críticas apresentadas é, por exemplo, que não são considerados os diversos níveis de complexidade das tarefas solicitadas ao sujeito²². Outra crítica correlata é que não se pode comparar o desempenho dos diversos casos descritos com um grupo controle de sujeitos normais. Uma terceira crítica é a que os comportamentos solicitados estão mal definidos operacionalmente, ou seja, estão apenas vagamente descritos, dificultando a proposição de situações idênticas por um outro examinador. De fato, em toda sua obra, não se observa um cuidado maior em relação à escolha dos comportamentos descritos, ficando estes mais como exemplos do que propriamente um protocolo organizado de exame. Lúria supunha inclusive, que o tipo de alteração observada permanecia invariante menos em diferentes experimentos de modo que o que lhe importava era a qualificação dos sintomas antes que a quantificação dos comportamentos. Baseado neste raciocínio, quanto mais numerosas e variadas forem as situações propostas, melhor serão as oportunidades de caracterização sistemática dos sintomas. (14, Introdução)

Acreditamos que, ao contrário das investigações padronizadas, o enfoque clínico se defina pelo caráter ativo da experimentação por parte do próprio sujeito: não é o examinador que vai em busca dos sintomas. Interessa saber como o sujeito se coloca ou não frente a uma dificuldade que encontra e, isso não poderia ser antecipado pelo examinador. Se fosse o caso de se aplicar uma bateria de testes padronizados, bastaria que o paciente se mantivesse cooperativo às diversas solicitações que lhe são feitas pelo examinador para que a tarefa fosse bem sucedida. No caso de uma abordagem clínica, entendemos que as propostas construídas pelo examinador estão subordinadas à observação da atitude do paciente em relação aos seus sintomas.

A noção de atividade cerebral complexa e a questão da clínica

A idéia de um processo fisiológico complexo, envolvendo formas variadas de interação entre excitação e inibição resultantes da atividade integrada de milhões de células nervosas, tem sido tomada como hipótese para uma explicação da atividade neuropsíquica, desde os trabalhos de Pavlov⁴³. Segundo este, as propriedades fisiológicas implicadas nesse tipo de atividade neuronal seriam de natureza diversa daquela estudada para cada neurônio individual ou entre alguns deles em particular, envolvendo o cérebro como um todo, de forma variada e dinâmica.

Desde Pavlov, supõe-se que seja possível estabelecer uma relação entre os processos psicológicos de análise e síntese de uma informação com os processos de excitação e inibição envolvendo redes neuronais. A análise se realizaria mediante o predomínio da atividade inibitória enquanto que a síntese expressaria conexões excitatórias. No curso da vida individual ocorreria uma atividade contínua de análise e síntese, com o estabelecimento mais ou menos estável de coordenações neuronais de ordem cada vez mais complexa. Essa atividade neuropsíquica ocorreria tanto em regiões corticais que processariam o mesmo tipo de informação como também entre regiões que trabalham com tipos muito heterogêneos de informação, como as zonas têmporo-parieto-ocipitais, que integram informações visuais, táteis-cinestésico-propioceptivas e auditivas^{43, 6, 7, 9}. Azcoaga refere que *"pouco poderia realizar, quem aspira investigar as funções cerebrais superiores, sem o apoio teórico da obra de Pavlov. Essencialmente ficará com a descrição fenomênica, a qual, de forma geral foi muito bem alcançada através das contribuições dos clássicos da Neuropsicologia."* (Azcoaga, 1983, p. 70).

Cada sistema funcional alterado apresentaria manifestações específicas de desequilíbrio entre a atividade excitatória e a inibitória, variando desde o predomínio de uma ou de outra forma até a 'irradiação' desordenada, difusa da inibição, provocando sintomas de fatigabilidade aumentada ou de 'irradiação' desordenada da excitação, res-

ponsável por sintomas de piora progressiva da atenção e logorréia^{7,9}. Através desse enfoque, a interrupção súbita do fluxo verbal demonstrado experimentalmente por estimulação elétrica do cérebro (Penfield, W., 1966) e encontrado clinicamente como latências em evocar palavras, latências em reconhecer o significado de um enunciado que ouviu e a supressão inesperada de palavras durante a expressão podem ser entendidas como formas patológicas de inibição. Por outro lado, as perseverações fonêmicas, verbais, ideatórias podem ser consideradas como consequência da inércia da excitação. Outras formas clínicas de predomínio anormal da excitação podem ser várias formas de ecolalia logorréia (elocução contínua) e a introdução de palavras quase ininteligíveis. (ibid)

Os estudos neuropsicológicos baseados na concepção de 'Funções Corticais Superiores' é, sem dúvida, um avanço notável do pensamento neuropsicológico. Entretanto, seu poder explicativo depende, por um lado, do desenvolvimento maior de conhecimentos de ordem fisiológica e, por outro lado, do aperfeiçoamento do próprio método clínico de investigação aplicado a tal campo de investigações.

Revisando a obra de Luria temos a nítida impressão de que o autor vacila em construir hipóteses teóricas de natureza mais formal com receio de um distanciamento da doutrina Pavloviana e uma suposta perda de objetividade científica. A metodologia clínica, sendo de natureza hipotético-dedutiva, leva, invariavelmente, o

investigador à formulação de hipóteses cada vez mais diferenciadas e abstratas. Procedendo dessa forma, Luria possivelmente teria receio de ser criticado como idealista e fazer pesar sobre si as críticas que ele próprio fez, junto com seus compatriotas, a diversos autores ocidentais, em especial à Psicanálise.

Apesar das críticas, é inegável a influência teórica e, principalmente metodológica que Freud exerceu sobre os aspectos mais essenciais da construção teórica de Luria. É difícil imaginar como consegue formular a idéia de 'qualificar' sintomas e 'chegar aos processos subjacentes' sem se tecer algum tipo de comparação à análise de sintomas proposta através de uma abordagem do tipo psicanalítica, destinada a desvendar processos ocultos, inconscientes que os determinaram. Não se trataria aqui, como Luria insiste em esclarecer ao longo de sua obra, de desvendar o lugar de uma lesão: é o lugar do processo de produção dos sintomas que é o objetivo de investigação; isso é radicalmente diferente. Parece-nos da maior importância clínica considerar, como Luria, que um prejuízo funcional (a 'disfunção' das 'funções superiores') traz consequências primárias, relacionadas à zona cerebral diretamente comprometida e prejuízos ditos sistêmicos, isto é, alterações qualitativamente específicas de maior ou menor intensidade em praticamente, toda atividade do indivíduo com manifestações características.

A teoria Neuropsicológica de Luria abre a possibilidade de uma abordagem clí-

nica no sentido da investigação dos sintomas na relação espontânea entre sujeito e examinador. Acreditamos que, apesar de suas contradições, oscilando entre uma posição 'materialista' (experimental), e uma posição 'idealista' (clínica), Luria é o autor que mais e melhor contribuiu para a análise clínica dos sintomas neuropsicológicos, abrindo um imenso campo de investigação que poderá ser seguido por outros autores, os quais, livres de pressões ideológicas, poderão tirar o máximo proveito de sua obra.

O papel da psicologia genética para a investigação dos sintomas neuropsicológicos

Muito do que se tem e se conhece sobre observação clínica de crianças normais, desde um ponto de vista cognitivo, é fruto do trabalho de Piaget⁴⁴ a ⁵⁰ e colaboradores. Este autor consegue adaptar, com sucesso, técnicas de abordagem clínica de sintomas em pacientes psiquiátricos para o estudo do desenvolvimento da inteligência na criança, como ele próprio explica ao expor a origem de seu método num dos seus primeiros livros (*A Representação do Mundo na Criança*). Estudando as contradições do raciocínio infantil durante a realização de algumas propostas do examinador, Piaget questionava a realização do sujeito, provocava-lhe dúvidas com contra-argumentações, de modo a obter respostas bastante definidas do mesmo. Os chamados 'períodos de transição' para a aquisição de diver-

sas noções propostas permitem ao examinador observar, em sua plenitude, as dúvidas e analisar com o sujeito as suas contradições; tanto melhores as condições de explorar as dúvidas mais ricas as informações sobre os mecanismos intelectuais subjacentes.

Comparando as formulações e a metodologia Piagetiana com a análise clínica dos sintomas utilizada por outros autores, pode-se ver que, embora Piaget não estude explicitamente um sintoma, estuda um desequilíbrio, o qual é uma anomalia relativa ao comportamento esperado, numa dada situação. Da mesma forma que nos casos dos sintomas, espera-se e inclusive estimula-se o interesse deliberado do sujeito em examinar o que está lhe acontecendo, ao explorar suas próprias dúvidas. Só na medida em que o sujeito se sente desafiado em relação à proposta que o examinador lhe oferece é que a observação passa a ser clinicamente interessante. Caso contrário, é rejeitada. Por exemplo, não é interessante e portanto não há dúvidas a serem exploradas, quando se propõem provas de conservação de substâncias para uma criança que, com dois ou três anos está voltada para outro tipo de atividade. Recordamos aqui, as respostas de diversos adolescentes que afirmavam que quando uma das bolinhas de massinha (prova de conservação da substância) se transformava em uma 'lombriga', ao ser amassada, não continuava – rigorosamente – com a mesma quantidade porque uma parte ínfima da massa ficaria impregnada nas mãos e na mesa aonde se

trabalhasse com o material. Tais sujeitos não só compreendiam perfeitamente a noção de conservação de quantidade como, suspeitando que se tratasse de uma brincadeira proposta pelo examinador, com um sentido oculto, transformavam a proposta original em outra de natureza mais complexa. A idéia de que o nível de complexidade das propostas do examinador tenha que ser compatível com o interesse do sujeito para que estas sejam adequadamente aproveitadas é uma das maiores contribuições do ponto de vista metodológico ao exame clínico.

A partir de uma visão piagetiana é possível compreender que o indivíduo reage ativamente à existência de 'desequilíbrios contínuos'⁴⁶, explorando-os, formulando hipóteses, à procura de meios próprios, de conhecê-los e de resolvê-los. Todo esse esforço espontâneo, realizado pelo próprio paciente no sentido de superar seus 'desequilíbrios', passa a ser objeto de análise clínica compartilhada entre sujeito e examinador de forma equivalente àquela que ocorre nos desequilíbrios dos períodos de transição.

Dentro dos exemplos clínicos fornecidos mais adiante neste trabalho (p. 18) temos a oportunidade de comentar a nossa experiência clínica com crianças, aonde se pode ver com clareza a exploração ativa dos sintomas, através de diversas formas de jogos. Apesar dos jogos dos sujeitos descritos permitirem uma via de acesso aos seus sintomas e o jogo seja constituído através de uma escolha deliberada do pa-

ciente, isso não significa que haja uma tomada de consciência do que está acontecendo. Quando tentávamos fazer com que os pacientes verbalizassem ou ouvissem explicações sobre suas dificuldades, invariavelmente não manifestavam interesse ou então se opunham frontalmente às sugestões neste sentido. Essa aparente falta de interesse em saber de seus sintomas mas, mesmo assim, explorá-los com intenso entusiasmo no plano prático, nos parece mais compatível se nos dermos conta de que se tratam de sintomas de dificuldades do uso dos movimentos e da fala e não de um entendimento formal, como é o caso das necessidades do examinador. Cabe ao clínico desenvolver a capacidade de diferenciar ambos os aspectos para não atribuir, como poderia ser o caso, a um desinteresse pelo seu problema, o fato de que o paciente não se interessar pela compreensão formal dos mesmos. Neste caso, caberia ao clínico acompanhar a atividade lúdica a qual a criança se propõe, para melhor poder caracterizar os sintomas.

Quando é o caso do adulto, parece haver uma enorme barreira entre o manejo intuitivo prático, tipicamente observado nas crianças e um manejo intelectual dos seus sintomas. O paciente adulto mostra-se ostensivamente consciente do aparecimento dos sintomas e prefere manter-se numa posição de busca de uma explicação verbal mais ou menos abstrata ao invés de experimentar. Pode-se discutir até que ponto a tomada de consciência formal dos sintomas pelo paciente o ajuda diretamente na resolu-

ção dos sintomas e até que ponto pode inclusive inibir a exploração ativa dos mesmos, como o fez o próprio Piaget no final da sua obra^{48, 49}. A inteligência 'para fazer' não é redutível mas sim articulada de alguma forma à inteligência 'para compreender'.

Parecem existir relações internas entre diversos níveis de organização intelectual num dado momento evolutivo, que não podem ser explicados diretamente em função dos estudos longitudinais de Piaget.

Este considera a sucessão das etapas gerais pelas quais evolui a inteligência, mas pouco revela diretamente sobre os processos psicológicos subjacentes à *organização cognitiva* que opera num determinado indivíduo com uma certa motivação numa dada atividade, na sua relação com o examinador.

Segundo Kitsikis^{29, 30}, as primeiras tentativas de utilizar a teoria de Piaget com preocupações clínicas, finalizaram em trabalhos que, em sua maioria ressaltavam o caráter seqüencial dos estádios do desenvolvimento da inteligência, descuidando quase sistematicamente da análise dos mecanismos dinâmicos responsáveis pelo processo de estruturação do pensamento. Os exemplos mais significativos de tais trabalhos derivam da escola de Ajuriaguerra^{2, 3}, sobre aspectos cognitivos de crianças disfásicas e de adultos acometidos de demência senil^{2, 3}.

Kitsikis (ibid), investigando os processos cognitivos em indivíduos psicóticos, pôde observar que a complexidade dos mecanismos sofria variações de momento a

momento, de modo que seria difícil se falar em estágios delimitados.

Outros autores têm feito críticas mais específicas quanto à metodologia clínica adotada por Piaget, principalmente no que diz respeito à linguagem. Berko e Brown (cit. por Flavell, p. 443) referem que "*Piaget costuma olhar através das palavras, como se elas não estivessem presentes e a pensar que está estudando diretamente a mente das crianças*".

Também são motivo de polêmica e investigações científicas as possíveis diferenças dos processos intelectuais implicados em comportamentos não verbais em relação aos comportamentos verbais^{2, 3, 23} e mesmo das características intelectuais no desempenho de deficientes auditivos e visuais⁵¹.

Na verdade, é impossível encontrar-se, na natureza, objetos de conhecimento em níveis puramente práticos ou puramente formais. Ambas as características apresentam-se combinadas de forma específica em cada caso e para cada indivíduo em particular.

O fato de que a inteligência de um indivíduo como objeto de estudo psicológico não seja redutível a uma sucessão de estádios só é assinalado por Piaget no fim de seu percurso, por influência da psicóloga Inhelder⁵⁰. É suposta a existência de diversos 'instrumentos simbólicos ou semióticos' que têm 'diferente complexidade' e 'aparecimento mais ou menos simultâneo': a imitação diferida, o jogo simbólico, o desenho, a imagem mental e a evocação verbal, fi-

cando em aberto a existência de outros instrumentos semióticos (ibid, p. 47-48). A noção de instrumentos semióticos sugere que as estruturas cognitivas não são entidades homogêneas e, ao contrário, implicam em formas diferenciadas de atividade que mantêm entre si uma relação funcional bastante complexa, cujo produto é a expressão da atividade intelectual de um indivíduo, num determinado momento face à determinada circunstância.

No nosso entender, essas noções sugerem fortemente que se estudem tais instrumentos ou sistemas semióticos desde um ponto de vista clínico, ou seja, na relação clínica. A noção de sistemas funcionais ditos do cérebro posta em relação à noção de instrumentos semióticos da inteligência pode dar efeitos extremamente fecundos. Tentamos estudar como se dá essa articulação, através de alguns exemplos clínicos.

Exemplos clínicos

1º caso: Trata-se de Ha., 52 anos, dois filhos, agente de turismo. Há cerca de dois anos foi acometido de um episódio de Acidente Vascular-Cerebral, após o qual observou-se um quadro de severa incapacidade para compreender a linguagem comum e uma impossibilidade de pronunciar qualquer palavra. Tais distúrbios de linguagem eram acompanhados de intensa perda de força e de sensibilidade na metade direita do corpo. Em três meses, os membros recuperaram a movimentação e a sensibilidade e o

paciente referiu, assim como seus familiares, a volta da capacidade de compreender a fala dos demais, restando como sintoma aparente apenas 'uma dificuldade para lembrar nomes'.

Durante a conversação inicial, observou-se o uso abundante de gestos acompanhando expressões verbais de caráter interjeitivo, frases e exclamações de uso social comum ("*não é verdade?*" "*aquilo... veja você que barbaridade!*", "*pôxa vida!*").

Com atendimentos sucessivos, observou-se que não conseguia pronunciar palavras conhecidas quando se tratava de uma tarefa planejada conscientemente, embora tivesse pronunciado a mesma palavra pouco tempo antes dentro de uma expressão automatizada. Mesmo exercitado ou auxiliado em evocar a palavra, pouco tempo depois perdia a capacidade de evocá-la conscientemente.

Quando o examinador pediu que denominasse botão, o paciente tentou e não conseguiu evocar a palavra; insistiu em manifestar que sabia o que era (mostrou na sua roupa); quando o examinador lhe disse: "*pense com seus botões, qual é o nome disso?*" Sorriu e apontou para ele exclamando: "*Você disse, mas eu não consegui dizer.*" Só quando o examinador pronunciou especificamente a palavra "botão" é que o paciente conseguiu repeti-la ativamente.

Algumas vezes, a dificuldade em discriminar o significado das palavras se torna mais evidente do que a dificuldade de evocar o nome: ao tentar apontar o umbigo numa figura desenhada, o paciente fica pen-

sativo e faz um gesto com a mão espalmada sobre a barriga dizendo "é por aqui". Alguns minutos depois, mesmo envolvido com outra tarefa, olha para a figura e exclama satisfeito, apontando: "aqui é o umbigo!".

Mostrava-se bastante desembaraçado para entender e cumprir enunciados práticos, de alcançar ou levar objetos, realizar gestos de abotoar-desabotoar, etc.; entretanto parecia não entender a ordem "segura a minha mão" ou a ordem "levanta a mão depois coloca no bolso" que implicavam em codificação de representações do tipo construtivo-especiais. Por outro lado, não apresentava dificuldade para entender o sentido figurado de expressões de conversação, inclusive usando-as abundantemente.

Em diversos momentos, principalmente nos momentos finais do atendimento se observavam perseverações: na tentativa de evocar a palavra "cabelo" lhe surgia a palavra orelha, involuntariamente: "orelha. . . orelha! eu puxo isso (apontava para o cabelo) e vem orelha". Mais tarde, ao tentar evocar a palavra "olhos" exclama: "vem de novo orelha! Que engraçado! Por que orelha?". O paciente se interrogava sobre a perseveração da palavra orelha; mas não poderia esta palavra, estar lhe interrogando como metáfora, no sentido de fazer-lhe perguntas, explorar, examinar a questão da sua própria escuta? A palavra orelha é privilegiada no que diz respeito as outras entre aquelas que pode evocar, já que pode colocar em jogo uma rede associativa que o leve a formular, verbalmente, seus sintomas de

distúrbios de linguagem. Não será pelo valor metafórico que a palavra sempre lhe escapa quando tenta evocá-la ativamente e não seria pela mesma razão que ela sempre retorna quando menos espera? A questão da inibição e excitação ou do recalçamento e retorno do recalçado pode ser pensada pelo lado da fisiologia e da Psicanálise Freudiana, respectivamente.

Quanto aos aspectos de organização psicomotora, o paciente não referia queixas nem os familiares observaram qualquer problema. Durante a coleta da história clínica verificou-se que era bastante independente nos cuidados consigo mesmo para as atividades do dia-a-dia: fazia compras, dirigia seu carro e passeava por alguns quilômetros de sua casa sem dificuldades de retornar. Entretanto, a reprodução imitativa de posturas e movimentos arbitrariamente construído pelo examinador era extremamente penosa. Por exemplo, era capaz de dar nós num fio e abotoar e desabotoar sua camisa rapidamente, mas só tocava a ponta do dedo indicador na ponta do dedo indicador da outra mão com tentativas repetidas; quando eram toques assimétricos entre os dedos intermediários, só realizava com cópia direta do modelo ao lado do examinador. A proposta de fazer ganchos com um dedo de uma mão envolvendo o da outra, tornava a realização ainda mais difícil. Observou-se que o paciente passou a usar de uma estratégia de resolver suas dificuldades que consistia em construir ponto por ponto o seu observável: olhava dedo por dedo, tentando fazer uma correspondência entre os seus e

os do examinador, um a um. Apesar de alcançar sucesso freqüente em tais propostas, raramente estava convicto, quando questionado, sobre a identidade com o modelo, muitas vezes mesmo com a presença dele. Essa sintomatologia é dita de natureza construtiva visuo-espacial e é suposta como dependente da atividade mediada pelas áreas parieto-ocipitais do córtex. (Luria, 1974).

Quando os movimentos envolviam seqüências ou alternâncias de elementos como, por exemplo, movimentos simultâneos e inversos de abrir uma mão enquanto a outra fecha, toques alternados de dois dedos da mesma mão sobre o polegar, etc., observou-se dificuldade de mudar de um elemento motor para o seguinte tendendo a repiques no mesmo dedo ou transformando movimentos simultâneos em seqüências com uma e depois a outra mão. Podemos supor, desde Luria (1974), que tais manifestações decorrentes da perda da capacidade de realizar programas seqüências e fluídos de movimentos necessitam uma realização lenta, passo a passo e dificilmente automatizáveis. Esse papel funcional, segundo ele, é mediado pelas zonas pré-motoras do córtex.

Em qualquer um dos movimentos ou posturas, era notável a mudança na qualidade de realização quando o paciente conseguia estabelecer uma relação com uma atividade ou contexto considerado familiar – por exemplo, a realização do movimento de abrir uma mão enquanto outra se fechava era facilitado pela verbalização simultânea

de expressões: *me dá aqui!* e *"toma lá"*, para o movimentos de fechar e abrir cada mão, respectivamente.

Apesar das facilitações temáticas, não conseguia uma realização simultânea de movimentos. Entendemos que a influência 'reguladora' (Luria, 1974) verbal pode estar dificultando a realização simultânea dos movimentos pelo fato de que eles só são aplicados um de cada vez, em seqüência, tal como a emissão da fala. Só quando sugerimos a imagem de duas luzes piscando sem verbalização simultânea, é que a sua realização motora de movimentos simultâneos da mão ocorre transitoriamente.

No caso de movimentos seqüenciais, a influência facilitadora dos enunciados verbais era mais evidente: por exemplo, no caso de posturas sucessivas e cíclicas de mostrar a mão fechada em punho, o polegar estendido e o indicador ou em movimentos de contar os dedos com o polegar um a um na mesma mão, realizava com relativa facilidade, principalmente quando fazia uso de acompanhamento verbal na forma de contagem de números ou expressões sinalizadas como *"assim... assim..."* enquanto realizava o movimento.

Tendo em vista os fatos observados, tornou-se interessante investigar a relação entre a representação verbal e a representação prática de um mesmo tema e uma mesma atividade. Por exemplo, solicitamos ao paciente que tentasse explicar-nos, usando preferencialmente seus gestos, como realizou determinado passeio, como era composto determinado objeto, ou como

era usado certo material. Observou-se uma expressão gestual bem mais embaraçada que aquela encontrada na comunicação espontânea e informal; ao lado disso, observou-se o uso significativamente mais fluído de expressões verbais.

2º caso: A paciente Fa., menina de 6 anos, encaminhada com queixas compatíveis com um quadro clínico de dispraxia, entrou na sala e sentou-se falando continuamente sobre temas fantasiosos e permanecendo o tempo todo sentada sem aceitar qualquer proposta de atividade prática ou jogo conhecido e comum à idade. Qualquer intervenção do examinador no sentido de que procurasse explicar com mais detalhes aspectos concretos levaram-na a transformar o conteúdo continuamente de modo a evitá-los. De forma ainda mais enérgica, recusava qualquer sugestão para que se utilizasse de representações gráficas ou de materiais tridimensionais como blocos de madeira. Em observações sucessivas usava o desenho com mais desembaraço, realizando nomes e letras ou ainda figuras humanas pouco diferenciadas embora com riqueza de detalhes femininos como baton, colar, salto alto, fita no cabelo. A qualquer pergunta de caráter prático tipo: *"Como tu preferes fazer os olhos do boneco?"* – a paciente reage com uma longa explicação a respeito do que o personagem representado pelo boneco gosta de fazer, qual o nome das peças de roupa que mais gosta de vestir, etc. mostrando uma excelente capacidade imaginativa e de vocabulário, mas não de representação e realização

prática.

Com atendimentos sucessivos, pôde ser observada uma profunda mudança nas suas atitudes em relação aos sintomas, passando a buscar ativamente a exploração de materiais concretos como peteca, jogo de palitos, blocos de madeira, etc. Parecia entusiasmada e aceitava propostas do examinador que fossem compatíveis com o material e o tema que estava desenvolvendo. Continuava verbalizando em voz alta continuamente, mas referindo-se bem mais à atividade que estava realizando naquele momento.

Parece-nos que a linguagem cumpre dois papéis diferentes em cada momento da relação clínica. Num primeiro momento, a verbalização aparece como forma principal de sustentação da relação comunicativa com o examinador. Na medida que o conteúdo do diálogo envolve situações construtivas, a incapacidade de lidar com situações dessa ordem passa a se manifestar na linguagem sob a forma de dificuldades de produção de enunciados com temas construtivos práticos. Observa-se então, um interesse espontâneo do sujeito em examinar as situações construtivas desde os planos eminentemente práticos de sua atividade, onde a linguagem passa a cumprir um papel orientador e 'regulador' da atividade [Luria,³⁸]. Quanto à motricidade, observou-se a utilização de gestos amplos acompanhando suas verbalizações, assim mesmo de características francamente dispráxicas, dando lugar mais tarde, a uma conduta do tipo instrumental, também bastante com-

prometida. Tais atitudes agora possíveis de serem postas em questão na relação, não apareciam como tais num primeiro momento. Quando o questionamento se fazia enquanto realizava uma tarefa prática, como por exemplo o desenho, dificilmente respondia sobre detalhes construtivos sem suspender a tarefa prática, chegando ao ponto de propor ao examinador que deixasse terminar o desenho e depois perguntasse, alegando que não conseguia fazer as duas coisas ao mesmo tempo, ou seja, manifestava um sentimento de divisão entre o falar e o fazer.

No caso desta paciente, a aplicação de uma bateria de testes padronizados, onde a possibilidade de associações fantasiosas está vedada, poderia dar resultados bem piores que a capacidade 'real' de desempenho prático em situação relacional espontaneamente articulada com o examinador. Se o seu desempenho pode ser previsto e antecipado pelo examinador, de acordo com as expectativas do seu construto, não há lugar para que apareça de uma forma original para o sujeito o que ele faz, conduzindo assim, a uma inibição de sua realização; a uma resistência.

Um terceiro exemplo clínico ilustrativo, é o caso do menino Ci., 5 anos, encaminhado para avaliação por dificuldades de fala. Sua atitude inicial em situação diagnóstica difere em muito do caso já descrito; entra silenciosamente na sala, sorri e procura algum tipo de material concreto para brincar. Observamos que prefere manipular jogos de caráter construtivo e procura evitar outros

brinquedos de maior expressividade simbólica como bonecos, lâminas de figuras, bichos de plástico. As poucas intervenções verbais eram no sentido de saber o que era tal objeto ou como se brincava com determinado material. Embora persistisse na atividade por algum tempo, não se observou o surgimento de um tema ou estória diferenciada. Negava-se a inventar contextos lúdicos quando solicitado pelo examinador, respondendo que não gostava.

No segundo atendimento procurou contar um passeio que realizara no fim de semana, fazendo-o de forma pouco inteligível para o examinador, levando a freqüentes interrupções para poder entendê-lo, através de perguntas. Desiste então de comunicar-se conosco voltando aos brinquedos construtivos. Em atendimentos sucessivos começou a desenhar, de forma cada vez mais intensa, e propôs ao examinador um jogo aonde cada um desenharia uma parte de um determinado animal ou pessoa. Enquanto realizávamos esta tarefa, foi possível observar o uso mais fluído da linguagem e o apoio freqüente de gestos indicativos sobre o desenho e o uso de desenhos complementares, dentro do tema de conversação.

Mais tarde, descobriu o gravador e entusiasmou-se em ouvir sua própria voz; nesse momento, tivemos a oportunidade de observar os primeiros relatos inteligíveis que era capaz de fazer em atendimento. Tais relatos eram de organização sintática muito pobre, quase telegráficos e o tema era, invariavelmente, um acontecimento concreto. Explorando ainda mais o material da sala,

descobriu a máquina de escrever passando a perguntar como era o som das diversas letras e em especial os nomes das letras do seu próprio nome. Com frequência retirava o papel da máquina e tentava copiar as letras repetindo o som para si mesmo.

Neste paciente, ao contrário do primeiro, observou-se o uso compensatório de sua habilidade prática para se comunicar com o examinador e ao fim de alguns atendimentos uma atitude ativa de exploração lúdica de seus sintomas mais evidentes que eram as dislalias, sem sugestão de parte do examinador.

Tendo em vista o caráter ativo e cada vez mais sistemático dos jogos práticos em Fa. e dos jogos vocais em Ci., e a compatibilidade dos mesmos com os sintomas que motivaram a avaliação, achamos adequado formular a hipótese de que num primeiro momento o sujeito resiste e num segundo momento ocorre uma busca de meios para expressar e reconhecer seus sintomas, e que tal busca ocorre inconscientemente.

Comparando o jogo destes dois pacientes com o jogo de crianças sem dificuldade de linguagem ou do desenvolvimento neuropsicomotor, parece-nos ainda mais evidente o caráter de busca de resolução das dificuldades nos primeiros em relação aos sujeitos assintomáticos. Nestes, o brinqueado é nitidamente mais rico e flexível quanto às modalidades práticas e simbólicas envolvidas; elas se sucedem fluidamente na expressão de conteúdos ou na construção prática de ações. Esse problema foi bem estudado por M. Pinol-Douriez⁵¹.

Segundo ela, *"embora as diversas modalidades sensório-motoras não desempenhem o mesmo papel na atividade de construção da realidade em diferentes momentos do desenvolvimento infantil, sem dúvida, as múltiplas explorações plurimodais e as informações recolhidas interatuam mutuamente. (...) O estabelecimento de transferências intermodais cada vez mais precisas e generalizadas sustentam a construção de 'modelos' de referência internos, que são os únicos que podem levar à generalização das equivalências intersensoriais"*. (ibid., p. 41-44).

Discussão Teórico – Clínica

A questão que se levanta do ponto de vista clínico é como se produzem as inibições ou resistências à tal transferência intermodal. Observa-se numa primeira etapa; que o interesse do paciente se concentra no estabelecimento de uma relação comunicativa sistemática com o examinador e, para tanto, utiliza predominantemente as modalidades funcionais que estão preservadas, relegando a um plano secundário as que estão afetadas. Qualquer tentativa do examinador em forçar a sua utilização leva a uma atitude de inibição e retraimento por parte do paciente. No caso de Fa. a utilização de modalidades preservadas é caracterizada pela utilização contínua da linguagem com temática fantasiosa, sem conseguir entretanto verbalizar situações práticas ou realizar concretamente as atividades.

No caso de Ci., observa-se uma atitude inicial de características inversas, na medida em que evita a comunicação verbal e escolhe atividades de natureza estritamente construtivas com o mínimo de conotação simbólica e de participação da linguagem durante a realização.

Numa etapa intermediária, já se podem observar as primeiras tentativas exploratórias do paciente, apoiando-se, invariavelmente, nos sistemas preservados. No caso de Fa. essa situação pode ser representada por momentos de utilização de materiais construtivos como a peteca ou blocos de madeira em que 'fala' à peteca aonde deve ir quando arremessada ou 'fala' aos blocos de madeira empilhados "*para ficarem aí e não saírem do lugar*". Em Ci. um exemplo ilustrativo pode ser o jogo de desenhar junto com o examinador, um bicho no quadro negro que tem um caráter misto, construtivo e simbólico, pois a tarefa de 'montar' o desenho parte por parte é acompanhada da conceituação verbal dos vários elementos.

Numa última etapa, a paciente encontra condições de examinar de forma ativa e sustentada as manifestações mais importantes dos seus sintomas. Para Fa. essa condição aparece no jogo de peteca que apesar de lhe proporcionar grandes dificuldades, se mantinha e progredida para um jogo exploratório cada vez mais objetivo. No caso de Ci., a preocupação com os aspectos fonoarticulatórios se manifestava pelo seu interesse continuado em brincar de falar no gravador e soletar na máquina de escre-

ver, desinteressando-se pelas atividades práticas construtivas como nos primeiros atendimentos. É interessante assinalar que a atividade exploratória de Ci. se concentra nos aspectos fonoarticulatórios, enquanto que outras crianças, com distúrbios predominantes sobre os aspectos sintáticos e semânticos, constroem uma atividade exploratória que, se concentra em denominar e descrever cenas, pessoas e objetos e não em jogos articulatórios, como já tivemos a oportunidade de observar.

De acordo com as observações realizadas, a atividade do paciente tende a organizar-se e sustentar-se em torno de atividades que o ajudem a se manejar com seus sintomas; isto é, os pacientes parecem reagir ativamente às suas dificuldades lingüísticas e instrumentais. Desde que os distúrbios lingüísticos, gnósticos e práxicos são definidos como distúrbios do comportamento voluntário do paciente, o caráter intencional é condição necessária para avaliar o tipo e o grau de prejuízo clínico dos aspectos examinados.

Para poder entender como os aspectos práticos e simbólicos interatuam mutuamente durante a resolução de problemas, parece ser preciso integrar conhecimentos de ordem neurológica e cognitiva, buscando uma base conceitual para interpretar os fatos observados. Segundo Marin, neuropsicólogo americano (1984, p. 253) "*o substancial progresso que tem sido alcançado pela moderna neuropsicologia não se deve, meramente a uma integração dos métodos de pesquisa biológicas e psicológicas ou a*

um assunto dos estudos interdisciplinares, mas primariamente devido ao fato de a moderna neurobiologia reconhecer que a atividade cerebral humana não pode ser estudada de forma dissociada dos sistemas cognitivos através dos quais ela se realiza”.

Já tínhamos nos referido à hipótese de Piaget e Inhelder^{46, 47} da existência de pelo menos cinco sistemas cognitivos de diferente complexidade e que surgem quase simultaneamente ao fim do segundo ano de vida. São eles, em grau crescente de complexidade: a Imitação Diferida, o Jogo Simbólico, o Desenho, a Imagem Mental e a Evocação Verbal. Embora cada um desses sistemas se desenvolva plenamente em diferentes etapas evolutivas, eles interatuam em qualquer etapa considerada. Assim, uma criança que se interesse por um filme da TV, tende a representá-lo espontaneamente através do brinquedo, utilizando-se de diferentes modalidades tais como a representação através de bonecos de plástico, a representação corporal do que viu, através do desenho da linguagem, etc. Segundo Piaget (cit. p/51, p. 52), “... a adaptação e o nível de desenvolvimento de um organismo dependeria de seus recursos para assegurar, de uma parte, a coordenação de distintos tipos de código dentro de um mesmo nível e, por outra, a passagem de um nível de integração a outro”.

De acordo com Luria^{34, 35, 36}, as diversas formas que a atividade intelectual do sujeito pode se apresentar depende de um ponto de vista neuropsicológico, da participação relativa de diferentes zonas cere-

brais, na sua produção. Segundo suas observações clínicas em adultos, uma lesão cerebral focal provoca uma reorganização ampla da atividade cerebral alterando a participação de regiões distantes do local onde existe a lesão. Estudos neuro-anatômicos^{24, 5, 54} em animais de laboratório treinados em tarefas específicas têm podido demonstrar que, de fato, ocorre um aumento de conexões sinápticas em regiões distantes do local lesionado, principalmente se o treinamento persiste após a lesão, levando a pensar num papel compensatório de certas zonas cerebrais em relação a outras e no papel funcional desempenhado por cada uma delas na produção de um mesmo comportamento. Estudos do fluxo sanguíneo regional das zonas corticais com o uso de contrastes radioativos, e estudos eletroencefalográficos^{5, 24, 53} enquanto os sujeitos realizam tarefas intelectuais, também indicam a mobilização de um grupo diferente de zonas cerebrais em função da natureza da tarefa.

Tendo em vista a enorme dinamicidade de interações entre as diversas zonas cerebrais, torna-se necessária, ao clínico, uma metodologia de investigação dos sintomas que considere não apenas as alterações específicas, mas também as possíveis interações entre as diversas zonas cerebrais. Segundo Luria (14, p. 23) ... “se forem comparados os resultados obtidos em distintas provas e se for observado um tipo comum de alterações que afetem diferentes formas de atividade, os resultados do exame adquirem significação clínica e fiabilidade

de". Segundo ele, *"não basta realizar, simplesmente, um experimento de forma estandarizada. O experimento deve modificar-se adequadamente de modo que se possam levar em conta as condições que tornem mais difícil a execução do teste, aquelas que tornem mais difícil a execução do teste e aquelas que tornam possível a "compensação". Num segundo momento, Luria preconiza a realização de "testes individuais" para aspectos específicos a serem postos em evidência.*

Para Kitsikis^{29, 30}, desde que se estabeleça um jogo ativo e sistemático se torna interessante, num segundo momento, construir experimentos específicos destinados à investigação dos aspectos da atividade alterada. Nesse caso, não se tratariam de comportamentos estandarizados, mas sim de experimentos originais construídos pelo examinador em função dos materiais e do tema que aparece durante a atividade espontânea.

A construção de experimentos sensibilizados como propõem Luria ou até individualizados, como é o caso de Kitsikis, torna difícil (senão impossível) que o examinador reproduza as mesmas condições de investigação, dando margem para que cada um construa diferentes propostas para os mesmos sintomas. O argumento utilizado pelos autores e por outros que se utilizam da mesma metodologia de investigação é de que o resultado de cada experimento aplicado não tem significado clínico independente e só passa a adquiri-lo quando comparado com o resultado de diversos outros experi-

mentos e se encontra a presença de um fator alterado em comum.¹⁴, p. 24. Neste sentido, quanto mais extensa e variada a quantidade de experimentos aplicados que mostram alterações com as mesmas características clínicas, maior a fiabilidade do exame. Sem dúvida, esse tipo de investigação, chamada 'qualitativa' ou 'método clínico de investigação' (Piaget 1926,¹³) pode dar margem a interpretações bastante subjetivas do que venham a ser tais 'fatores em comum', não só em função de um erro de observação clínica, como também em função das concepções teóricas específicas de cada examinador. Entretanto, ao nosso ver, à medida em que o número e variedade de experimentos aplicados em cada caso individual for suficientemente grande e diversos investigadores independentes encontrarem resultados semelhantes, a fiabilidade dos resultados pode ser considerada aceitável para as finalidades de uma investigação clínica.

Apesar das dificuldades em fiabilizar os resultados das investigações clínicas ou qualitativas, observa-se na literatura uma tendência à aceitação cada vez maior desse tipo de procedimento. Segundo Luria e Majovski³⁶, essa maior aceitação ocorre em função do caráter complementar dos métodos qualitativos de investigação em relação aos quantitativos; além disso, com o progresso dos recursos tecnológicos aplicados ao diagnóstico neurológico, como é o caso da tomografia axial computadorizada, se reduz cada vez mais a necessidade de se utilizarem instrumentos estatísticos para

localização.

Apesar das evidências a respeito da existência de um processo ativo de reorganização da atividade cerebral complexa, ainda sabemos muito pouco como examinar as suas manifestações clínicas através da linguagem, das gnosias e das praxias. A revisão da literatura nos mostra que a maior parte dos trabalhos considera cada uma destas funções como objeto de estudo em si mesmo, isto é, tomado isoladamente. Com isso, ainda conhecemos muito pouco sobre a participação de cada um destes fatores na produção de um mesmo comportamento, apesar de se aceitar que o cérebro atue como um sistema funcional de diferentes zonas cerebrais, incluindo as de integração lingüística, gnósica e práxica. Assim sendo, por mais significativos que sejam os prejuízos observados em testes padronizados, a sua significação clínica real só aparece quando se pode articular a participação do fator alterado em relação aos demais na produção de diversos comportamentos. Isso ainda não terá valor clínico se não puder ser compreendido através da relação que o

sujeito estabelece com o observador, ou seja, que o observador, enquanto lugar de uma relação clínica, esteja incluído na observação.

A aplicação de uma metodologia clínica de investigação da atividade espontânea do paciente só é possível se considerarmos que ele reage ativamente à presença dos sintomas, organizando diferentes estratégias para fazer frente aos mesmos. O estudo sistemático das estratégias utilizadas pelo paciente pode levar a um esclarecimento maior sobre a natureza dos processos neuro-psicológicos subjacentes à compreensão verbal, expressão verbal, gnosias e praxes. Tais processos, por sua vez, não podem, nem poderiam ser tomados em si mesmos, como objeto de investigação porque, só podem ser reconhecidos como manifestações patológicas através de uma relação especial, a relação clínica. Como tal, podem variar de momento a momento, sendo esta a razão pela qual a intervenção na relação – que pode ser, então, dita clínica – é capaz de promover mudanças terapêuticas.

Summary

The present paper deals with a critical review of the literature about the investigation of neuro-psychological disturbances, especially those referring to language. The differences between clinical and experimental investigation and their consequences to therapy are discussed. The position of the autor is illustrated through several clinical examples.

Referências Bibliográficas

1. ADAMS, Kenneth M. Comments. In Search of Luria's Battery: A False Start. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 48, No. 4, 511-516, 1980.
2. AJURIAGUERRA, J y Tissot René. Aplicación Clínica de la Psicología Genética. p. 273 a 277 – *Psicología y Epistemología Genética – Temas Piagetianos* – Buenos Aires Editorial Proteo, 1970.
3. AJURIAGUERRA, J. *Piaget et la Neuropsychiatrie*. Archives de Psychologie, 50, 49-61, 1982.
4. AMANTE, Dominic. A Critique of a Proposed Set of Neuropsychodiagnostic Rules. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* – vol. 48, No. 4, 525-527, 1980.
5. ARDILA, Alfredo. *Psicofisiología de los Procesos Complejos*. México, Editorial Trillas, 1979.
6. AZCOAGA, Juan E. *Aprendizaje Fisiológico y Aprendizaje Pedagógico*. Editorial Biblioteca Rosário, 1974.
7. ————. e outros. *Los Retardos del Lenguaje en el Niño*. 1ª edição. Buenos Aires, Editorial Paidós, 1977.
8. ————. e outros. *Alteraciones del Aprendizaje Escolar – Diagnóstico, Fisiopatología, Tratamiento*. 1ª Edición, Buenos Aires, Editorial Paidós, 1979.
9. ————. y colaboradores. *Las Funciones Cerebrales Superiores y sus Alteraciones en el Niño y en el Adulto*. 1ª Edición, Buenos Aires, Editorial Paidós, 1983.
10. BELLAK, Leopold M. D. *Psychiatric Aspects of Minimal Brain Dysfunction in Adults*. 1979 by Grune & Stratton, Inc. New York, 1978.
11. BENTON, Arthur L. *Introducción a la Neuropsicología*. Barcelona Editorial Fontanella, 1971.
12. BRADSHAW, J. L., Nettleton, N. C. The Nature of Hemispheric Specialization in Man. *The Behavioral and Brain Sciences* – 4, 51-91, 1981.
13. CARRETERO, M. E & Madruga, G. J. *Psicología do Pensamento: Aspectos Históricos e Metodológicos*. Sub. Cap.: Las Alternativas Actuales al Método Clínico, p. 40-42, Madrid Ed. Alianza, 1984.
14. CHRISTENSEN, Anne-Lise. *El Diagnóstico Neuropsicológico de Luria*. Madrid Ed. Pablo del Rio, SA, 1979.
15. CONLEY, Frances K., M. D. e outros. *Deficits of Higher Cortical Functioning in two Patients with Posterior Parietal Arteriovenous Malformations*. Neurosurgery, 1980.
16. ELSTEIN, A. S. & Bordage, G. *Psicología del Razonamiento Clínico*. Cap. 13 em: *Lecturas de Psicología del Pensamiento*. M. Carretero e J. G. Madruga (copiladores). Madrid Ed. Alianza, 1984.
17. FREUD, Sigmund. *La afasia*. Buenos Aires Ediciones Nueva Visión, 1973.
18. FROLOV, Y. P. *La Actividad Cerebral. Estado atual de la Teoría de Pavlov*. Buenos Aires Editorial Psique, Argentina, 1972.
19. FLAVELL, J. A *Psicología do Desenvolvimento de Jean Piaget* (Trad.) São Paulo Ed. Pioneira, 1975.
20. GAZZANIGA, M. S. *Right Hemisphere Language Following Brain Bisection*. May, American Psychologist, 1983.
21. GOLDEN, Charles J. Diagnostic Validity of a Standardized Neuropsychological Battery Derived from Luria's Neuropsychological Tests. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 46, No. 6, 1258-1265, 1978.
22. ————. In Reply to Adams's. In Search of Luria's Battery: A False Start. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 48, No. 4, 517-521, 1980.

23. ————. e outros. Factor Analysis of the Luria-Nebraska Neuropsychological Battery: I. Motor, Rhythm, and Tactile Scales Intern. *J. Neuroscience*, vol. 11, pp. 91-99, 1980.
24. ————. Anderson S. *Problemas de Aprendizaje y Distinción Cerebral*. Barcelona Ediciones Paidós, 1981.
25. HÉCAEN, H. Acquired Aphasia in Children and the Ontogenesis of Hemispheric. Functional Specialization. *Brain and Language* 3, 114-134, 1976.
26. INHELDER, Barbel: *Some Pathologic Phenomena Analyzed in the Perspective of Developmental Psychology*. p. 221. Piaget and his School. A Reader in Developmental Psychology Springer – Verlag, New York Heidelberg Berlin, 1976.
27. ————. *Operatory Thought Processes in Psychotic Children*. p. 228. Piaget and his School. A Reader in Developmental Psychology. Springer-Verlag, New York Heidelberg, Berlin, 1976.
28. KERLINGER, Fred N.: *Metodologia da Pesquisa em Ciências Sociais*. Um Tratamento Conceitual. São Paulo Editora Pedagógica e Universitária Ltda., 1980.
29. KITSIKIS-SCHMID, Elsa: *Cognitive Mechanisms Underlying Problem Solving in Psychotic and Mentally Retarded Children* p. 234. Piaget and his School – A Reader in Developmental Psychology. Springer-Verlag, New York Heidelberg, Berlin, 1976.
30. KITSIKIS-SCHMID, Elsa: *"Psicopedagogia Clínica basada en una Epistemología Convergente"*. Public. Mimeograf. do "Centro de Estudos Psicopedagógicos". Santa Fé, 3233, 1º Pisc. Dto. 19, 1425, Buenos Aires.
31. LEBRUN, Ivan: *Tratado da Afasiologia*. São Paulo Ed. Panamed, 1983.
32. LEON, Ramon: Luria y el Psicoanálisis en Rusia. *Rev. de Psic. Graf. y Apl.* Vol. 37 (1), 1982.
33. LEWIS, G. P. e outros: Localization of Cerebral Dysfunction With a Standardized Version of Luria's Neuropsychological Battery. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 47, No. 6, 1003-1019, 1979.
34. LURIA, A. R.: *El Cerebro en Acción*. Barcelona Editorial Fontanella S. A. 1974.
35. ————. *Cerebro y Lenguaje. La Afasia Traumática: Síndromes, Exploraciones y Tratamiento*. Primeira Edición. Editorial Fontanella Barcelona, 1974.
36. ————. Majovski. L. V.: *Basic Approaches Used in American and Soviet Clinical Neuropsychology*. *American Psychologist*, 959-968, November 1977.
37. ————. Yudovich, F.: *Lenguaje y Desarrollo Intelectual en el Niño*. 1ª Edición Pablo del Rio Editor.
38. ————. *El Papel del Lenguaje en el Desarrollo de la Conducta*. Buenos Aires, Editorial Cartago, 1979.
39. ————. *Conciencia y Lenguaje Supervisión de E. D. Jomskaia*. 1ª Edición, Madrid Pablo del Rio Editor, 1979.
40. ————. *El Cerebro Humano y Los Procesos Psíquicos*. Análisis Neuropsicológico de la Actividad Conciente. Barcelona, Editorial Fontanella, 1979.
41. MINKOWSKI, M.: *Acerca de la Evolucion Anatómico-fisiológica de las Funciones Cerebrales en el Lactente e en el Párvulo*. *Em Neuropsicologia e Pediatria*. Buenos Aires Ed. El Ateneo, 1951.
42. ————. *Acerca del Desarrollo e de la Localización de las Funciones Nerviosas en Particular de los Movimientos e de los Reflexos en el Feto y en el Recién Nacido*. *Em Neuropsicologia e Pediatria*. Buenos Aires Editorial Alfa, 1956.
43. PAVLOV, Iván P.: *Actividad Nerviosa Superior (Obras Escogidas)* Barcelona Editorial Fontanella, 1973.
44. PIAGET, Jean: *La Representation du monde chez l' enfant* Paris. Alcan, 1926, 424 p., Press. Univ. de France, 1947.
45. ————. *Problemas de Psicología Genética*. Rio de Janeiro Editorial Florense, 1973.

46. ————. *A Equilíbrio das Estruturas Cognitivas – Problema Central do Desenvolvimento*. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1976.
47. ————. e outros: *Introducción a la Psicolingüística*. Buenos Aires Ediciones Nueva Visión, 1977.
48. ————. *Fazer e Compreender*. Edições Melhoramentos – Editora da Universidade de São Paulo, 1978.
49. ————. *A Tomada de Consciência*. Edições Melhoramentos – Editora da Universidade de São Paulo, 1978.
50. ————. Inhelder, Barbel: *A Psicologia da Criança*. 5ª Edição, São Paulo, Difusão Editorial S. A., 1978.
51. PINOL-Douriez, M.: *La Construcción del Espacio en el Niño*. Madrid, Pablo del Rio Editor, 1979.
52. REITAN, Ralph, M., Davison, Leslie A.: *Clinical Neuropsychology: Current Status and Applications*. New York Hemisphere Publishing Corporation, 1974.
53. ROSENZWEIG, M. R.: Neuropsychology Today. *International Journal of Psychology* 17: 143-148. North-Holland Publishing Company, 1982.
54. ROBINSON, Daniel N.: *Introdução Analítica à Neuropsicologia*. São Paulo, Editora Pedagógica e Universitária Ltda., 1977.
55. SPRITZER, Sérgio: *A Teoria Psicogenética e o Desenvolvimento Neuropsicológico da Criança*. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Ano IX Filosofia e Psicologia. p. 103-110. Porto Alegre, 1981.
56. TSUSHIMA, William T., Ph. D., and Wedding, Danny, M. A.: A Comparison of the Halstead-Reitan Neuropsychological Battery and Computerized Tomography in the Identification of Brain Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. Copyright 1979 by The Williams e Wilkins Co.
57. TSVETKOVA, L. S.: Basic Principles of a Theory of Reeducation of Brain-Injured Patients. *The Journal of Special Education*. Vol. 6/No. 2/1972.
58. ————. *Reeducacion del Lenguaje, La Lectura y La Escritura*. Barcelona Editorial Fontanella, 1977.
59. SINCLAIR, H. W.: *Acquisition du Language et Developmental de la Pensée*, Paris, Dunod, 1967.
60. VYGOTSKY, I. S.: *Pensamento e Linguagem*. Lisboa, Edições Antídoto, 1979.
63. WALLON, Henri: *Los Orígenes del Caracter en el Niño*. Los Preludios del Sentimiento de Personalid. Buenos Aires Ediciones Nueva Visión, 1975.