

## O sujeito e o efeito da própria fala na afasia e na demência

*The subject and the effect of speech in aphasia and dementia*

Rosana Landi

**RESUMO:** Este trabalho aborda uma questão suscitada pelo meu encontro com falas de sujeitos com demência e com afasia. Com Saussure, reconheço a enunciação da ordem própria da língua e assumo que a língua não é nomenclatura. Procuo fazer valer as leis de referência interna da linguagem, que deslocam o signo para o lugar de efeito de suas operações. Com base neste solo teórico, encontro nas “falas vazias”, falas plenas de uma verdade sobre a relação profunda e indissolúvel do sujeito com a linguagem.

**Palavras-chave:** Demência; Afasia; Linguagem.

**ABSTRACT:** *This study focuses on questions raised in the course of clinical observation involving patients with dementia and aphasia. I assume the theoretical perspective on language which was inaugurated by Saussure. From this point of view, language is not a nomenclature. As a result of this theoretical approach, it is argued, that the so-called “empty speech” can be recognized as being full of truth – the truth of a singular relationship between a speaking-subject and language.*

**Keywords:** *Dementia; Aphasia; Language.*

Afasia e demência são quadros patológicos investigados em campos como a Neurologia e a Fonoaudiologia. De fato, afasia e demência confluem no que se diz respeito à etiologia porque decorrem de *lesão* no SNC e, também, à sintomatologia, pois manifestam sintomas na *linguagem*. Esses quadros também se diferenciam, uma vez que a perturbação de *memória*, imperativa para o diagnóstico médico de demência, nas afasias, via de regra, não se manifesta.

O que podemos constatar, na literatura médica e fonoaudiológica sobre as afasias, é que a correlação lesão cerebral/sintoma na linguagem é transformada em causalidade, como aponta Fonseca (1995).

Já no caso da demência, a causalidade se dá entre memória e linguagem: a alteração de memória é explicativa dos sintomas na fala do paciente.

A neurologista Capuano (2005) define memória como “*um conjunto de habilidades que envolvem a aquisição, o armazenamento e a recuperação de diferentes tipos de informação em diferentes sistemas*” (p. 366). De acordo com ela, esses *diferentes tipos de informação* são de relevante importância, pois o sujeito os utiliza para executar **todas** as suas atividades diárias. Desse ponto de vista compartilha Bertolucci (2005) quando afirma que “*tanto para lembrar um recado, como para andar de bicicleta é necessário usar a memória*” (p.295). A memória é, portanto, tomada como fundamento de todas as possibilidades do indivíduo: as motoras, as cognitivas e as linguísticas. Afirma-se que o paciente com demência “perde” a memória. Isso significa que ele “perde” a possibilidade ou de *acessar e/ou de recuperar e/ou de evocar e/ou de manipular* informações; informações que nada mais são do que o conhecimento que ele adquiriu ao longo de sua vida. O conhecimento da linguagem é um deles.

Note-se que a *centralidade* da memória, ponto comum às pesquisas médicas e fonoaudiológicas sobre demência, faz com que uma *correlação* sintomatológica (entre lesão cerebral, perda de memória e sintomas na linguagem) seja, como já dito, entendida como *causalidade*: o dano neurológico (a lesão no SNC) desencadeia a perda de *memória* que, por sua vez, responde pelos sintomas **observados** na fala. Esses sintomas na fala são geralmente caracterizados nas pesquisas como:

- 1) “*anomia*” – uma perda de vocabulário funcional; observam-se na fala do paciente substituições entre termos (p.ex.: o paciente não diz “gato”, mas diz “animal”, “coisa”, “negócio”, “aquilo”). O número excessivo de substituições promove uma perda da referencialidade da fala, o que desencadeia a segunda manifestação sintomática clássica da demência que é a:
- 2) a “*fala vazia*” – descrita como uma fala que, apesar de gramaticalmente adequada, comunica pouca ou nenhuma informação. Ela fica esvaziada de sentido em razão da pouca quantidade de substantivos e adjetivos .

Autores como Caramelli, Nitrini e Mansur (1996), assim como Cruz (2005) afirmam que as substituições e os circunlóquios observados na linguagem são *estratégias compensatórias* que o paciente utiliza para compensar uma falta que ele detecta em sua fala. Como se vê, o termo “estratégia” sugere que o uso da linguagem é deliberado, é racional. O sujeito é dotado de habilidades que lhe permitem *detectar* uma alteração em sua fala, *identificar* sua origem e *conceber* ou achar uma forma para compensar a falha/falta em seu enunciado. Nesse ponto, no da concepção de sujeito, as pesquisas médicas e fonoaudiológicas sobre demência concordam, e não fazem reparos a estudos psicogenéticos ou organogenéticos de certos fenômenos que acontecem nas psicoses, como assinalou Lacan (1956). Segundo esse autor, a partir do momento em que admitimos que, do fenômeno parasitário, o sujeito tem conhecimento como tal, [...] não podemos escapar à noção de que [...] o *sujeito está em algum lugar, em um ponto privilegiado onde lhe é permitido ter uma endoscopia do que se passa nele próprio* (1956/2002: 46).

A suposição de que o paciente com DA concebe estratégias para compensar uma falta faz emergir o sentido de que o *falante das falas vazias* é um **observador** de si mesmo. Eu diria que ele é um “observador” que *nada* pode fazer com o destino do que diz. Lembremos que, no caso da DA, as *estratégias fracassam* não apenas porque não criam atalhos satisfatórios, mas, também, porque acarretam algo que é ainda mais grave: ***uma fala fluente e vazia***. Outro ponto inquietante, a meu ver, é que, ao inverso da *anomia*, essa fala vazia não é escutada pelo paciente. Quer dizer, num momento temos um sujeito consciente de seu estado alterado, como no caso da *anomia*. Em outro, um que não é consciente, como no caso da *fala vazia*.

Note-se que as possibilidades explicativas das abordagens organicistas/cognitivistas ficam comprimidas na “não-consciência” e “consciência” de si. Uma dicotomia que, como qualquer dicotomia, é problemática porque redutora, pois não contempla a heterogeneidade das respostas que uma pessoa pode dar. Nas pesquisas organicistas sobre a demência ocorre, ainda, uma naturalização da questão da subjetividade: falante é assimilado a um espaço cognitivo/mental; e linguagem, a uma manifestação da cognição/memória. Tal perspectiva impossibilita vislumbrar fenômenos que se referem à *referência interna da linguagem* (seu funcionamento) e, ainda, à *relação do sujeito à fala (própria e do outro)*. Esses são os dois pontos que considero fundamentais para discutir a relação entre demência e afasia. Colocarei em relação esses dois quadros naquilo que diz respeito aos sintomas na fala e seus efeitos sobre o sujeito. Declaro que a reflexão que apresentarei abaixo se insere naquela que vem sendo desenvolvida pelo Grupo de Pesquisa “Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem”, do LAEL/PUC-SP, coordenado por Maria Francisca Lier-DeVitto (reflexão exposta em trabalhos como: Lier-DeVitto, 1994; 1995; 1998; 2000; Lier-DeVitto & Arantes, 2006; Lier-DeVitto & Fonseca, 1997; Lier-De Vitto; Fonseca & Landi, 2007).

Início retomando uma observação de Lage (2004), um neurologista, em relação a pacientes demenciados; observação que, penso, é bastante pertinente e sagaz. Ele afirma que os pacientes demenciados quase sempre mostram “*uma clara desproporção entre o déficit [...] e o eco emocional*”. Considero que o termo *desproporção* é realmente apropriado porque assinala o *descompasso* que se pode observar nos pacientes: descompasso entre acontecimentos “*estranhos*” que se apresentam na fala e *efeitos* desses acontecimentos sobre o sujeito falante. Ou seja, o sujeito parece não ser afetado pelo desarranjo em sua fala. Na afasia, por outro lado, esse *descompasso* não existe. Pacientes afásicos, como aponta Fonseca (2002), *sofrem* em decorrência de uma “*nostalgia do passado*”, da lembrança de uma condição de falante anterior à afasia. Disso se pode constatar que a *relação do sujeito à própria fala* é, sem dúvida, diferente nas afasias e nas demências.

É no *descompasso* entre sintomas e efeitos sobre o sujeito, e na *diferença* entre afasia e demência, que centro meu foco neste momento. Acompanho Lier-DeVitto (2006), quando afirma que, na clínica de linguagem, temos que enfrentar o fato de que diante de nós temos não um indivíduo consciente ou não-consciente de si mesmo ou de sua

enfermidade, mas “*um falante submetido à condição de sua fala*” (2006: 15). O termo *submetido* significa que no lugar de um falante “*assumido como epistêmico (...) [e de] uma acepção de pathos [que] remete ao rebaixamento da razão e da vontade*” temos as “*falas patológicas [como] repetições “sem vontade ou saber”, [que] expõem um falante “em descontrole*” (2006: 15). Um sujeito “sem vontade e sem saber” me conduz para a Psicanálise, com Lacan (1932), que aproximou quadros demenciais e psicóticos.

Para esse autor, demências e psicoses podem ser *aproximadas e diferenciadas*. *Aproximadas* porque ambas representam “*estados mentais da alienação*” (1975: 1). “Alienação mental”, *grosso modo*, define-se como “*qualquer forma de perturbação mental que incapacita o indivíduo para agir segundo as normas legais e convencionais de seu meio social*” (Dicionário Aurélio). Temos, então, uma articulação possível entre um sentido mais amplo de demência e de alienação: um indivíduo “*dementis*” – ou seja, “sem mente” (aquilo que torna um *indivíduo único* e que lhe permite *relacionar-se com os que estão à sua volta*” – Bertolucci, 2005: 295 – ênfases minhas) – fica “sem identidade” (aquilo que permite que ele se reconheça como “eu” e seja reconhecido por e reconheça o “outro”) e “marginal” (porque incapaz de se relacionar de forma adequada com seu meio social).

Se a aproximação entre demência e psicose se faz via da noção de alienação mental, a *distinção*, segundo Lacan (1975), corre por conta da medida do *déficit capacitário* que acomete o indivíduo e da *correlação* desse déficit com uma *lesão orgânica*. No caso da demência, afirma o autor, “*a correlação, no mínimo grosseira, desse déficit com uma lesão orgânica, no mínimo provável, basta para fundamentar o paralelismo psico-orgânico dos distúrbios demenciais*” (p.1). Já na psicose, essa correlação não se aplica, em razão do *caráter contingente* dos fatores orgânicos nela envolvidos. A psicose revela que na *ausência* de qualquer déficit cognitivo detectável (de memória, de motricidade, de percepção, de orientação e de discurso), e na *ausência* de qualquer lesão orgânica, existem distúrbios mentais que são *distúrbios da síntese psíquica* (Lacan, 1975: 2 – ênfases minhas). Essa síntese é o que o autor denomina “*personalidade*” (1975: 2). Noção que redefine com base em critérios que se fundamentam no “*sentido mais humano*” desse termo, pois, para ele, “*as correlações orgânicas têm apenas um alcance parcial*”. Lacan (1975) pretende um caminho para além de uma visada orgânica, pois, como diz, “*os fatos de nossa ciência não permitem escapar à preocupação sobre o homem*” (p. 4 – ênfase

minha). Em Olgivie (1987), podemos ratificar esse ponto de vista sobre a teoria lacaniana. Para esse autor, a noção de personalidade construída na teoria lacaniana está “*reinscrita num campo de inteligibilidade que recobre o sistema de relações humanas na medida em que significações subjetivas atuam aí de maneira privilegiada e específica, em detrimento de uma ordem de determinação fisiológica exclusiva.*” (1987/1991: 18). Ou seja, ainda que correlações orgânicas possam ser estabelecidas, deve-se reconhecer que a questão humana é mais ampla. Nessa trilha segue, também, Fonseca (2002) quando afirma que, quando se trata de refletir sobre a fala do afásico, “*a etiologia não esgota a questão*”.

A partir dessas considerações, Lacan (1975) estabelece um paralelo entre *afasia* e demência e postula que

→ na *afasia* temos uma alteração orgânica evidente que → causa um distúrbio grave das funções afetivas e/ou perceptivas e/ou intelectuais ***sem alteração notável da personalidade***; e que

→ na *demência* temos uma alteração orgânica evidente que → causa um distúrbio psíquico grave e ***destruição da personalidade***;

Note-se a separação entre orgânico/psíquico/personalidade nas duas entidades patológicas. Nessa separação dois aspectos aproximam afasia e demência: a *etiologia* – ligada a alterações graves do sistema nervoso central – e a presença de *perturbações* que o autor denomina “psíquicas”<sup>1</sup>. O ponto que as distingue é a *preservação* da personalidade nas afasias em oposição à *destruição* da personalidade que acontece nas demências.

Acredito que noção de *personalidade construída* por Lacan (1975) pode contribuir para uma aproximação sobre o que vem a ser a *alienação* do sujeito e a destruição da personalidade que ocorre nos quadros demenciais. É notório que com a evolução das doenças demenciais, o sujeito parece “sucumbir”, “diluir-se”, “dissolver-se”. Daí que não raramente, mesmo nas descrições mais tradicionais da evolução demencial, nos depararmos com apontamentos de fenômenos rotulados por médicos e fonoaudiólogos como

---

<sup>1</sup>A separação entre psíquico e personalidade aqui, permite entender que o autor supõe como alteração psíquica, neste momento, um “*déficit detectável pelas provas de capacidade – de memória, de motricidade, de percepção, de orientação e de discurso*”, como oposto ao que ele denomina personalidade ou síntese psíquica.

“*desorientação do eu*”, em contraposição a quadros de afasia em que, alega-se, não há “*desorientação do eu*” (Mac-Kay, Assencio-Ferreira, & Ferri-Ferreira, 2003/2007: 79).

Em *O seminário, livro 3: as psicoses*, Lacan (1981/2002) reflete sobre as afasias. Vejamos o que ele diz sobre o seguinte segmento extraído da fala de um paciente com afasia de Wernicke: *sim, compreendo. Ontem, quando eu estava lá em cima, ele já disse, e eu queria, eu lhe disse, não é isso, a data, não inteiramente, não aquela...* (1981: 250). O autor afirma que esse sujeito mostra domínio completo da articulação, organização, subordinação e estruturação da frase, “***mas ele fica sempre ao lado do que quer dizer [...] não se pode duvidar que o que ele quer dizer esteja presente, mas ele não consegue dar ao que é visado na frase uma encarnação verbal***” (Lacan (1981/2002: 250). Note-se que o autor reconhece, apesar da pertinência e complexidade envolvida na questão do encadeamento de fragmentos, que o enunciado do paciente em questão *não tem efeito de unidade: há coesão, mas não há coerência, em outras palavras*. Característica que tem como consequência o fato de que esse afásico *não pode comunicar o essencial. Daí um discurso aparentemente vazio [...] mas que nunca pode chegar ao cerne do que ele tem a comunicar*. (Lacan, 1981/2002: 251).

Destaco, da citação, a seguinte articulação:

**→ o afásico “não pode comunicar o essencial (...); tem um “discurso aparentemente vazio”.**

Tais observações nos remetem à discussão já realizada sobre a “fala vazia” dos pacientes com DA. É bem verdade que “não comunicar” e “fala vazia” são qualificações que apelam para o significado, ou melhor, para a falta dele em falas de pacientes afásicos e demenciados. Essas expressões dizem alguma coisa sobre o fenômeno ... mas não o dizem todo, como procurarei mostrar.

No caso de pacientes com demência, é inegável que a *referência externa* (a relação entre o dizer e o externo) fica abalada, mas é inegável também que, apesar disso, o sujeito prossegue falando até o momento em que ele desaparece completamente. Indico a forte relação entre sujeito e linguagem que as demências colocam e, também, que pretendo tirar proveito dessa “evidência” – o que não seria possível se, em relevo, ficasse o significado.

Quando analisa o fragmento apresentado acima, Lacan (1981/2002: mostra sua escuta para os trabalhos de Jakobson (1954) e de Saussure (1916) e observa que a fala do paciente encarna a **dominância da metonímia sobre a metáfora**: “*as relações de contiguidade dominam, por causa da ausência ou do enfraquecimento da função de equivalência significativa por via da similaridade*” (1981: 250). Temos um ponto de aproximação entre a fala de pacientes com demência e de certos afásicos: fala que, apesar de não ser comunicativa e ser esvaziada de referência externa, é plenamente comandada pelo jogo da língua: elas não estão “fora da lei” (Lier-DeVitto, 1998), das *leis de referência interna da linguagem*. Procurarei dar visibilidade a essa afirmação na análise dos segmentos abaixo. Vejamos:

**É apresentada ao paciente uma foto de uma família (pai, mãe e filho) no banheiro, enquanto o pai faz a barba<sup>2</sup>.**

I. Que lugar é esse da casa?

P. *não sei.*

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

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

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

P. *futebol*

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

P. na **barbearia**.

A fala do paciente, de fato, não faz referência à figura que vê. Contudo, ele fala “barbearia” (e não “banheiro”, como desejado ou esperado pelo investigador). Interessa, então, destacar que **a fala faz referência à fala**: *barbearia* e *barba* estão em relação e *barbearia* faz referência externa, mas não contextual – essa palavra que vem de outro lugar,

---

<sup>2</sup> Extraído de Noguchi, M.S. (2000). *A linguagem na doença de Alzheimer: considerações sobre um modelo de funcionamento linguístico cognitivo*. Dissertação de mestrado, Faculdade de Ciências Médicas. Campinas: FCM/UNICAMP.



evoca um texto, uma outra cena. Esse é o poder da linguagem de manter um falante em movimento, mesmo quando o significado “social”, “comunicativo” se dilui. É nesse sentido que levar em conta a referência interna – as leis de funcionamento da linguagem - torna-se fundamental para que se possa apreender a relação sujeito-linguagem e sua relação com a fala (do outro e própria). No segmento acima, vemos que o paciente responde ao outro, repete o outro, o que não impede o desconcerto ou desarranjo da própria fala. Mas, reitero, nesse desarranjo, pode-se apreender o jogo das referências internas que põe em relação pedaços (conexos) de falas: *cara, olho, rosto*.

Não é diferente o que se observa no segmento seguinte: a paciente de Alzheimer estava *comendo* “porco com couve-flor”. A resposta que dá ao seu médico é uma sequência que “*frustra uma antecipação esperada*” (Novaes, 1996), mas as palavras ligam-se tangencialmente à pergunta do médico: “o que você está *comendo*?”. Ela diz: *espinafre, batatas e rabanetes*. Se os enunciados não correspondem a uma verdade pragmática, não se pode negar que eles são efeito da fala do outro/própria: há operações de referência interna em funcionamento, como se pode constatar:

**Alzheimer conversa com a Sra. D. durante o almoço. A paciente comia um prato de carne de porco com couve-flor<sup>3</sup>**

A. O que você está **comendo**?

D. Espinafre.

(E prosseguiu enquanto mascava a carne)

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

No diálogo abaixo, a paciente de Alzheimer responde na direção esperada, mas frustra com a repetição insistente do próprio nome para todas as perguntas que ele faz. Note-se, porém, que Auguste se articula com outros elementos que são esperados. Há fixação, estabilidade de elementos – há escuta para a fala do outro. Haverá para a própria? Ela hesita, mas não se corrige. A restrição, a contenção da deriva e da reiteração, é feita pela fala do outro.

**O médico Alois Alzheimer, chefe clínico do Asilo para Demenciados e Epiléticos de Frankfurt, em entrevista com a Sra. Auguste D., uma enferma que no dia anterior ingressara no centro<sup>4</sup>.**

A. Qual é o seu nome?

D. **Auguste.**

A. Seu sobrenome?

D. **Auguste.**

A. Qual é o nome do seu marido?

D. Acho que é **Auguste.**

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

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

A. Você é casada?

D. **Com Auguste.**

A. Você é a *senhora D.*?

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

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

D. **Três semanas.**

O próximo segmento é parte de uma longa sequência em que a fala do paciente sustenta-se na incorporação da fala do terapeuta. O que chama a atenção é que uma mesma massa sonora é submetida a um jogo de “monta-desmonta”<sup>5</sup>. A parte final deste diálogo é a mais surpreendente e aquela que mais se aproximaria do que se designa como “fala vazia”:

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

P. **Já contei.**

P. **Já aconteceu?**

P. E **já deu certo!**

<sup>3</sup> Extraído de Lage, José Manuel Martínez. *Rudimentos sobre la enfermedad Alzheimer* de. Capítulo 1. *Apud:* Maurer, K., & Maurer, U. *Alzheimer* (2003). *The life of a physician & the career of a disease*. Columbia, New York: 270. Recuperado em 10/10/2009, de <http://medicinainformacion.com/profesor.htm#ebook>.

<sup>4</sup> Extraído de Lage, José Manuel Martínez. *Rudimentos sobre la enfermedad Alzheimer* de. Capítulo 1. *Apud:* Maurer, K., & Maurer, U. *Alzheimer* (2003). *The life of a physician & the career of a disease*. Columbia, New York: 270. Recuperado em 10/10/2009, de <http://medicinainformacion.com/profesor.htm#ebook>.

<sup>5</sup> Sobre isso ver a interpretação de Lier-DeVitto (1998) sobre o paralelismo nos monólogos da criança.

Se, na demência, temos um sujeito que vai fugindo do outro, um sujeito cuja linguagem vai perdendo função comunicativa, se revolve em torno de uma mesma massa sonora, caminha apoiada na repetição da fala do outro e em expressões formulaicas que não podemos determinar nem a fonte (de onde elas vêm) e nem para quem elas são, de fato, endereçadas; mas, só no final, sua fala perde laço com falas (própria e do outro), porque a língua pode permanecer ali, relacionando, associando pedaços, restos de falas que remetem às cenas vividas pelo sujeito, remetem à sua história.

O sujeito falante se constitui quando há *cisão* entre fala e escuta – o sujeito se divide em *uma instância que fala e uma que escuta* a própria fala, como mostraram Cláudia de Lemos (1992, 2002) e Lemos, Lier-DeVitto, Andrade e Silveira (2004). O que se poderia pensar sobre as demências a partir daí? Talvez, se possa dizer que *cisão* não é *dissociação*. Nas demências, surge uma profunda *dissociação* entre fala e escuta. Esse é um ponto a teorizar. Lacan fala em “destruição da personalidade” – o que se destrói na demência? Talvez, o real do organismo faça sua marca na relação sujeito-linguagem. Outra questão sobre a qual refletir. O que parece possível afirmar é que, na demência, enquanto houver fala haverá falante e movimento. Ambos movimentados pela reflexividade da linguagem sobre si mesma, a despeito da dissociação profunda entre fala e escuta e entre fala e realidade, a despeito, inclusive, de o falante não se apresentar no intervalo entre os significantes.

## Referências

- Bertolucci, P.H.F. Demências. (2005). In: Ortiz, K.Z. (org.) (2005). *Distúrbios neurológicos adquiridos: linguagem e cognição*. São Paulo: Lovise: 295-312.
- Capuano, A.M.N. (2005). Alterações de memória e suas correlações com a linguagem. In: Ortiz, K. Z. (org.) *Distúrbios neurológicos adquiridos: linguagem e cognição*. São Paulo: Lovise: 366-93.
- Caramelli, P., Mansur, L., & Nitrini, R. (1996). Distúrbios de linguagem nas demências. In: Nitrini, R., Caramelli, P. & Mansur, L. (orgs.). *Neuropsicologia: das bases anatômicas à reabilitação*. São Paulo: Clínica neurológica. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP: 227-40.

Cruz, F.M. da (2005). A construção da referência em uma situação interlocutiva entre sujeitos afásicos e não-afásicos. In: Koch, I.V., Morato, E.M., & Bentes, A.C. (orgs.) (2005). *Referenciação e discurso*. São Paulo: Contexto.

Dicionário Aurélio on line. Recuperado em 10/10/2009, de <http://www.dicionariodoaurelio.com>.

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

\_\_\_\_\_. (2002). *O afásico na clínica de linguagem*. Tese de doutorado, São Paulo: LAEL-PUC-SP.

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

Lacan, J. (1956). *Da psicose paranoica em suas relações com a personalidade*. Rio de Janeiro: Forense universitária, (tese de 1932), 1975/1987.

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

Lage, J.M.M. (2004). *Rudimentos sobre la enfermedad de Alzheimer*. Recuperado em 10/10/2009, de <http://medicinainformacion.com/profesor.htm#ebook>.

Lemos, C. T. G. de (1992). Los procesos metaforicos y metonimicos como mecanismos de câmbio. *Substratum*, 1(1). Barcelona.

\_\_\_\_\_. (2002). Sobre as vicissitudes da fala da criança e de sua investigação. *Cadernos de Estudos Linguísticos*, 42. Campinas: Editora da Unicamp: 41-69.

Lemos, C. T. G. ; Lier-DeVitto, M.F., Andrade, L.; & Silveira, E. (2004). Le saussurism em Amérique Latine aux XXe siècle. *Cahiers Ferdinand de Saussure*, 56: 165-76, Genebra.

Lier-DeVitto, M.F. (1994). Raízes genéticas: implicações e complicações. *Cadernos de Estudos Linguísticos* 26: 17-25. Campinas: Editora de Unicamp.

\_\_\_\_\_. (1995). Novas contribuições da linguística para a fonoaudiologia. *Distúrbios da comunicação*, 7 (2). São Paulo: EDUC.

\_\_\_\_\_. (1998). *Os monólogos da criança: delírios da língua*. São Paulo: EDUC/FAPESP.

\_\_\_\_\_. (2000). *As margens da Linguística*. Relatório de bolsa de produtividade em pesquisa. (CNPq).

Lier-DeVitto, M.F. e Arantes, L. (2006). Apresentação. In: \_\_\_\_\_(orgs.) *Aquisição, patologias e clínica de linguagem*. São Paulo: EDUC-FAPESP: 11-7.

Lier-DeVitto, M.F e Fonseca, S.C. (1997). “Reformulação” ou “ressignificação”. *Caderno de estudos linguísticos*, 33: 51-60. Campinas: Editora da Unicamp.

Lier-DeVitto, M.F., Fonseca, S.C., & Landi, R. (2007, junho). Vez e voz na linguagem: o sujeito sob efeito de sua fala sintomática. *Revista Kairós Gerontologia* 10(1): 19-34. São Paulo: NEPE/PUC-SP/EDUC.

Mac-Kay, A.P.M.G., Assencio-Ferreira, V.J., & Ferri-Ferreira, T.M.S. (2003/2007). *Afásias e demências: avaliação e tratamento fonoaudiológico*. São Paulo: Santos.

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

Novaes, M. (1996). *Os dizeres nas esquizofrenias: uma cartola sem fundo*. São Paulo: Escuta.

Ogilvie, B. (1987/1991). *Lacan: a formação do conceito de sujeito*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar,

Saussure, F. (1916/2006). *Curso de linguística geral*. São Paulo: Cultrix.

Recebido em: 16/11/2009

Aceito em: 26/11/2009

---

**Rosana Landi** - Formação em Fonoaudiologia pela PUC-SP. Mestre e doutora em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem pelo LAEL/PUC-SP. Fonoaudióloga do Serviço de Patologia da Linguagem da DERDIC/PUC-SP. E-mail: rosana\_landi@hotmail.com.