

JARGONAFASIA: IMPASSES TEÓRICOS E CLÍNICOS

Michelly Daiane de Souza Gaspar CORDEIRO
Juliana Ferreira MARCOLINO- GALLI
Maria Francisca LIER-DeVITTO

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
Universidade Estadual do Centro-Oeste
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
daiane_michelly@yahoo.com.br
jumarcolino@hotmail.com
f.lier@uol.com.br

RESUMO:

A literatura médica e fonoaudiológica caracteriza a fala afásica por sinais/sintomas que marginalizam teorias sobre a linguagem e a relação sujeito-fala-outro. A jargonafasia é um sintoma descrito como heterogêneo e um obstáculo ao tratamento do afásico. Este trabalho problematiza a definição e a natureza do termo “jargonafasia”, a partir de um breve levantamento bibliográfico. Ganham destaque três perspectivas teóricas: a) Neurolinguística Cognitiva; b) Neurolinguística Discursiva e c) Clínica de Linguagem. Os trabalhos são escassos, mas permitem a configuração da problemática e levantamento de questões. Sob o ponto de vista da perspectiva teórica linguística, denominada CLÍNICA DE LINGUAGEM, filiada ao estruturalismo europeu na Linguística e à Psicanálise, uma análise crítica é realizada. Na primeira parte, apresentam-se os pressupostos teóricos e clínicos que sustentam a Clínica de Linguagem nas afasias. Na segunda parte, a definição, a natureza e a terapêutica são exploradas sucintamente. Marcolino e Oliveira (2009) são representantes da Clínica de Linguagem e problematizam o jargão a partir da descrição de dois casos com fala jargonafásica. Este trabalho assume a importância de explorar essa manifestação afásica, implicando interpretações que destacam a relação do sujeito com sua fala.

PALAVRAS-CHAVE: Afasia; Jargonafasia; Clínica de Linguagem.

1. O afásico na Clínica de Linguagem: pressupostos teóricos

A Afasia é uma perturbação na fala e/ou na escrita após uma lesão cerebral adquirida. Patologia que instaura a existência de duas clínicas, quais sejam: uma médica e outra fonoaudiológica (FONSECA, 2002). A medicina impõe três premissas à clínica das afasias: (a) há lesão cerebral na afasia; (b) há uma ordem causal: patologia cerebral seguida da patologia na fala; (c) o primeiro acontecimento é privilegiado pela Medicina (devido ao seu compromisso com seu objeto – corpo biológico/organismo). Além disso, a alteração na linguagem não poderia ser tratada pela via medicamentosa e/ou cirúrgica por um fonoaudiólogo – esses são tratamentos oferecidos pela Medicina. (FONSECA, 1995, 2002). Por estas três premissas, contudo, abrem espaço para a clínica fonoaudiológica – caso se privilegie o segundo acontecimento e se faça dele “proposição problemática” (MILNER, 1989). Tem-se, assim, que o fonoaudiólogo não pode, do ponto de vista ético, deixar de se pronunciar sobre o problema na fala ou na escrita (ARANTES, 2001). No entanto, a maioria dos trabalhos fonoaudiológicos é complementar ao discurso médico (MARCOLINO, 2004). Nas palavras de Lier-De Vitto e Fonseca (2001, p. 434):

Afirmar que a fala se encontra ‘patológica’ porque o funcionamento cerebral está patologicamente comprometido é discurso circular e dele nada se pode retirar para o tratamento fonoaudiológico. [...] Não se trata, como no campo da Medicina, de tomar a fala como sintoma de que algo vai mal em outro domínio.

A adesão ou submissão a esse raciocínio faz com que a fala não seja problematizada, mas assumida como *pura exterioridade* sobre a qual se pode incidir para corrigir. Identifica-se, assim, uma relação imediata e intuitiva à superfície manifesta da fala e um movimento voltado diretamente a uma intervenção sobre ela - sem qualquer mediação teórica sobre a linguagem e/ou sobre o sujeito.

Este trabalho compartilha das reflexões desenvolvidas pelos pesquisadores do Projeto de Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem, no LAEL-PUCSP. Nesta perspectiva, cunhada como CLÍNICA DE LINGUAGEM, o conceito de língua, com o qual Saussure delimitou o campo da Linguística, é central.). A entrada do objeto da Linguística resultou na implicação das *leis de funcionamento* da língua – das “*forças perenes e universais*” (Saussure, 1916, p. 13) a que todo acontecimento linguístico deve ser referido. Assim, questões e materiais “marginais” à Linguística, como as falas de crianças e sintomáticas puderam ser contempladas.

No referido *Projeto*, a relação cérebro-linguagem tem sido tocada nos trabalhos sobre afasia (FONSECA 1995, 2002; LANDI 2000, 2001; MARCOLINO, 2004, entre outros), demência (LANDI, 2007) e paralisia cerebral (VASCONCELLOS, 1999). Isso porque, a etiologia dessas patologias (a lesão cerebral focal ou difusa) coloca essa relação em evidência.

Fonseca (1995; 2002) debruçou-se sobre a questão da causalidade cérebro-linguagem, e sustentou que a patologia de linguagem não é mero reflexo da patologia cerebral. Já Landi (2000) aborda a questão da interdisciplinaridade, que caracteriza tentativas de teorização sobre afasia no campo da Fonoaudiologia, em que são comuns as propostas que alinhavam fatores sociais, econômicos, subjetivos e outros na caracterização da afasia e na terapia de linguagem. Ambas as pesquisadoras realizaram uma extensa varredura na bibliografia disponível e uma reflexão crítica, orientada a apreensão do lugar e do papel da fala nos trabalhos lidos. Elas entendem que há língua e que ela opera em toda e qualquer manifestação da linguagem. Esse real é, contudo, ignorado em todas as propostas teóricas e clínicas sobre a afasia. Vê-se aí um efeito da relação ao Interacionismo, proposto por Cláudia de Lemos, e a Saussure, quem fez um corte ao enunciar, nas palavras de Milner, em “tese primitiva” de que

“há língua” (1978/2012, p. 38). Jakobson pôde avançar a partir de Saussure, e pôde “implicar a língua na fala” (em expressão de Lier-De Vitto)¹. Dessa forma, o *Projeto* faz também um corte em relação aos estudos sobre a afasia, por assumir que “há uma ordem de determinação sincrônica, atemporal – a língua – da qual uma fala não pode escapar” (LIER-DE VITTO e FONSECA, 2001, p. 435).

Incluir a língua na fala reclama a teorização sobre o falante, o sujeito – uma teorização compatível com a de “*ordem própria da língua*” (DE LEMOS, 2002, p. 54). Cláudia de Lemos traz, a partir da Psicanálise, a noção de “captura” para falar de um modo de emergência do sujeito na cadeia significante. Ou seja, o sujeito não é aquele que se apropria da língua por mecanismos cognitivos (segmentação e retenção), ao contrário, ele é visto como corpo pulsional. Não se supõe, portanto, ao sujeito com conhecimento prévio e nem uma condição perceptual (ARANTES, 2001).

Desse modo, temos que organismo e sujeito não coincidem porque diferentes são suas determinações – o sujeito é efeito de linguagem (e não de leis que regem o funcionamento orgânico). Sujeito e fala entrelaçam-se por conta do jogo da língua. A heterogeneidade e a singularidade das manifestações linguageiras indicam, por sua vez, que há restrições a esse funcionamento “universal”. Isso porque toda fala envolve um falante – uma constelação imaginária singular. Por isso, é uma teorização que articula língua-fala-falante (ANDRADE, 2003).

Um sujeito-falante não escolhe estar dentro ou fora da estrutura – ele é falante porque há língua e há fala: ambas em operação solidária antes dele. Sendo assim, ele é capturado nessa operação. Entende-se porque se pode afirmar que o falante é *efeito de linguagem*, ou seja, efeito do jogo simbólico (SILVEIRA, 2006). Dito de outro modo com De Lemos (2006, p. 27), “a criança é capturada por *le langage*, atravessada e significada como é pela *parole* do outro – instanciação de *la langue* enquanto funcionamento sistêmico, isto é, que desfaz e refaz estruturas e sentidos”. Incluir *la parole* é envolver o outro-falante com “instância de funcionamento linguístico” (DE LEMOS, 1992). Nesse ambiente de determinação, pode-se pensar uma alteridade que produz heterogeneidade e não coincidência entre falantes (LIER-DEVITTO e FONSECA, 2012). Fica-se com o efeito de diferença que essa fala produz no outro-falante.

Arantes (2001), em sua tese de doutorado, *Diagnóstico e Clínica de Linguagem*, sublinha a natureza ***significante do sintoma na fala***. Remeter o sintoma ao significante é considerá-lo como acontecimento submetido às leis internas da língua, o que pede uma aproximação à fala, que vai além de sua superfície manifesta – uma “escuta” para a densidade significante e não um olhar atento para o comportamento desviante, para a superfície na qual erros/violações são destacados (listados) como “desvios da norma”. A densidade significante das falas sintomáticas passou a ser enfrentada no Projeto desde 1997. Procura-se apreender na particularidade de uma fala a mobilidade significante que a determina. Assume-se que uma fala sintomática tem uma “lógica singular”, como disse LIER-DEVITTO (2003, 2006). Reconhece-se, no uso dessa expressão, que há sujeito na fala. No caso da fala afásica, por exemplo, Lier-DeVitto e Fonseca (2012) afirmam tratar-se de uma “sintagmática em ato” (Milner, 2003): “de arranjos e desarrajos que acontecem, digamos, ‘à luz do dia’, ali mesmo, numa presença manifesta e sem disfarces” (LIER-DEVITTO e FONSECA, 2012, p. 75).

¹ Parece-me que Jakobson pôde enunciar e movimentar o que, de certa forma, estava nas entrelinhas do Curso. Quando se lê, em Saussure, que a língua é “*um tesouro depositado pela prática da fala em todos os indivíduos pertencentes à mesma comunidade*” (op. cit.: 21), pode-se dizer que, já em Saussure, língua, sujeito e fala estão imbricados: a língua está na fala (a língua é tesouro ... que está na prática) e não se pode desligar língua e fala, portanto. Quanto ao sujeito, pode-se dizer que ele é “capturado” (como propõem De Lemos e Lacan) porque a língua “*se deposita*” nele, segundo Saussure.

O afásico, disse Lacan (1955-56/1981), mesmo numa fala destroçada, “fica ao lado do que diz”, ou seja, fica cindido entre “uma escuta presa no imaginário da língua constituída e o corpo que falha, que é movimentado pelo jogo simbólico” (LIER-DEVITTO, 2003, p. 238). Assume-se, com Galli-Marcolino (2013), que há **mais** sujeito e **menos** fala/falante na afasia, querendo dizer com isso que o falante afásico fica sob efeito da sua fala e da fala do outro; que sua fala tem endereço e que, mesmo esfacelada, faz laço. Na afasia, não se perde a referência externa, não evanesce a relação sujeito-realidade. Como apontou Fonseca:

Ele [o afásico] é motivado pelo efeito devastador do escutar a desarticulação significativa manifesta na própria fala e não poder fazer nada para mudar a sua condição de falante. Acontecimento que pode, então, ser tomado, do ponto de vista teórico, como índice de que na afasia há um falante cindido (ele é um na fala e outro na escuta). Do ponto de vista clínico, esse mesmo acontecimento é como motor para que o afásico demande um terapeuta para escutá-lo e, de alguma forma, dar movimento ao seu dizer para que ele não fique sempre à margem do que diz (FONSECA, 2012, oral).

O empenho do Projeto é oferecer uma definição positiva sobre esse efeito e uma qualificação para as falas sintomáticas. Do ponto de vista clínico, procura-se retirar consequências da posição assumida frente à linguagem, ao sujeito e à sua fala sintomática, para se refletir sobre procedimentos clínicos. Pelo compromisso de uma definição positiva sobre o efeito da fala sintomática na escuta do falante, este trabalho problematiza a **jargonafasia** – sintoma característico de quadros afásicos, descrito pela literatura médica e fonoaudiológica. Deve-se considerar que a literatura nacional e internacional destaca o “jargão” presente na fala afásica como uma especificidade de alguns quadros. Chama a nossa atenção que o jargão é descrito como um sinal particular na fala afásica, o qual se enquadra, em termos de severidade, em um caso mais grave e de difícil prognóstico. Afinal, qual é a natureza do jargão que demanda dificuldades terapêuticas e teóricas? A presença do jargão fa afasia parece direcionar o tratamento, como veremos.

Apresentaremos, a seguir, alguns trabalhos que abordam a “jargonafasia” a partir de três perspectivas teóricas: a) Neurolinguística Cognitiva; b) Neurolinguística Discursiva e c) Clínica de Linguagem. Os trabalhos são escassos, mas permitem a configuração da problemática e levantamento de questões.

2. Jargonafasia: o estado da arte

A maioria dos trabalhos destacam o jargão na afasia estão filiados ao discurso da Neuro(psico)linguística Cognitiva. De fato, o termo “jargonafasia” nasce nesta abordagem teórica e define alguns tipos de afasias. Segundo Galli-Marcolino (2013), a Neuropsicologia nasce com o estudo de Broca na afasiologia quando correlaciona a terceira circunvolução do lobo frontal à zona cerebral da articulação da linguagem. Essa correlação, iniciada com o advento da anátomo-patologia, marcou um período de discussão sobre a clínica. A novidade na discussão está no termo “psicologia”, que compõem o nome da disciplina e, atribui maior peso explicativo às questões psicológicas, possibilitando, por isso, a aproximação de pesquisadores de outras áreas de conhecimento (GUADAGNOLI, 2007). Disso decorre, a explicação sobre as relações entre cérebro e funções mentais superiores está fundamentada no cognitivismo. A história do cognitivismo inicia-se nas mãos de lógicos e psicólogos empiristas, na década de 20, com a tese de que “a inteligência é passiva” (FRANÇOSO e ALBANO, 2004, p. 305) A crítica ao programa behaviorista se fortaleceu com a adesão de Chomsky na Linguística, promovendo uma segunda geração de pesquisas. Face aos perturbadores sintomas na fala, outros modelos sobre a relação cérebro-mente-linguagem

surgiram – entre eles, a modularidade e o conexionismo (que sustenta que módulos interligam-se). A aproximação à Linguística se realiza, nesse campo, sob duas perspectivas: a tradicional, que dá destaque à descrição dos componentes linguísticos (fonético, fonológico, morfológico, semântico, sintático e pragmático) e, outra, de cunho enunciativo-discursiva. No segundo caso, estratégias cognitivas de produção do discurso ganham relevância (COUDRY, 1988, 1997, entre outros).

No que diz respeito à definição do termo “jargonafasia”, Brown (1981), na perspectiva da Neurolinguística Cognitiva, afirma que na jargonafasia encontramos como uma fala repleta de sons sem significado. Olson *et. al.* (2007) assumem que o termo jargonafasia se refere a um campo heterogêneo das desordens de linguagem, mas com similaridades porque a produção do paciente é sempre fluente, mas o discurso é ininteligível. Esses autores classificam essa manifestação em tipos específicos: (1) a jargonafasia semântica é repleta de palavras reais, contudo com inapropriadas combinações, tornando-se ininteligível. (2) a jargonafasia com neologismos é descrita como um “discurso normal” e inteligível, com distorções de palavras, no qual por vezes não é possível encontrar a palavra alvo. E (3) o jargão fonêmico ou jargão indiferenciado é um “discurso regular”, mas nenhuma ou poucas palavras reais podem ser identificadas.

Marschall (*apud* BOSE, 2013) define a jargon aphasia with neologisms (JAN) como neologismos incorporados a um fluente e articulado discurso, com boa prosódia, frequentemente boa sintaxe, dificuldades para encontrar a palavra, e um discurso incompreensível com mínimo conteúdo.

Stenneken et al (2005), descreveram um paciente alemão com uma fala jargonafásica. Eles citam neologismos fonêmicos, alguns neologismos semânticos e poucas parafasias fonêmicas, uma fala fluente, sem autocorreção, como as principais características dessa fala. Os autores observaram que as manifestações da fala faziam parte do inventário fonêmico do Alemão, obedecendo às regras dessa língua e corroborando com outros estudos, com pacientes de diferentes línguas, que também demonstravam obediência a esse funcionamento fonológico. Este estudo alemão enfatiza que as distorções fonêmicas – a sonoridade da fala, os apagamentos e inserções – marcam o jargão e acompanhariam uma organização rítmica da fala.

Quanto à natureza do jargão, Christiman e Buckingham (1989) concluíram que tais manifestações são decorrentes de substituições fonéticas e fonológicas, que geram dificuldade de acesso lexical e expressam problemas de seleção semântica. Os autores consideram que o cérebro opera como uma máquina, com processadores interligados. Falhas nos níveis linguísticos dessa máquina causam esses “erros” e dificuldades de acesso, seleção e conexão. Parecem ser consenso na literatura que as falhas no processo fonológico são responsáveis pelas dificuldades de anomia e neologismos (MARSCHALL *apud* BOSE, 2013).

Refletindo sobre a terapêutica que envolve falas jargonafásicas, Bose (2013) teoriza sobre a JAN (jargon aphasia with neologisms), e chama atenção para uma perplexa e clinicamente **intratável** forma de afasia. Eaton *et. al.* (2011) afirmam: “a fala com jargão é frequentemente associada com um **prognóstico pobre** para recuperação, particularmente quando em contexto há uma afasia de Wernicke”. Ou seja, problemas de compreensão tornam o caso mais árduo e diminuem as possibilidades de intervenção. Como os autores apontam que o déficit está no acesso lexical, a dificuldade de compreensão, própria da afasia de Wernicke, dificulta o monitoramento pessoal e, portanto, a incapacidade do paciente corrigir seus erros, o que inviabiliza o tratamento. Destaca-se que a presença do jargão é barreira imposta já no início de qualquer abordagem terapêutica.

As discussões que permeiam o cenário clínico também são destaque na literatura. As propostas enfocam repetição, nomeação e monitoramento pessoal. Ortiz (2005) esclarece que, para a Neurolinguística Cognitiva, não basta reconhecer que o paciente tem uma fala

predominantemente jargonafásica – é imperativo elaborar planos de reabilitação. Para isso, acrescenta ela, é necessário que o clínico considere os modelos de processamento da linguagem. O princípio sobre o qual se apoia a terapia neurolinguística tem um veio comportamentalista: implementa-se uma aplicação intensiva da *estimulação auditiva*, que, acredita-se, *incita* a linguagem e *elicia* a fala. Do ponto de vista teórico, podemos notar que entre o estímulo e a resposta, coloca-se a mente como lugar do processamento da linguagem, o que surge uma complicação teórica ainda maior, qual seja: a incompatibilidade entre o empirismo e o racionalismo. A lesão cerebral altera o processamento da linguagem (mental) que, por sua vez, altera a expressão e compreensão da fala. A terapia estimula, portanto, processadores mentais (cognitivos). Postula-se que o sujeito (psicológico) pode pensar e reformular a linguagem, sendo esta, uma função cognitiva.

Marschall *et. al.* (1998) valorizam o monitoramento pessoal em casos de jargonafasia. A falta de consciência quanto ao seu próprio déficit na linguagem, agrava ainda mais a condição linguística desses pacientes, tornando-os incapazes de corrigir seus erros. Eles afirmam que “a lesão cerebral reduziu a capacidade geral de atenção. Como resultado, eles não podem executar duas tarefas linguísticas simultaneamente, tal como fala e monitoramento” (MARSCHALL, *et. al.*, 1998).

A terapia de nomeação e repetição tem o objetivo de melhorar a qualidade de produção e esse monitoramento, pois produzem a ativação semântica e lexical. Vale destacar que na discussão sobre esses procedimentos, os autores reconhecem que efeitos diferentes nos pacientes são produzidos, ou seja, ora são capazes de nomear e repetir, ora não são capazes de realizar o monitoramento para corrigir as palavras “desviantes”. Mesmo reconhecendo esse paradoxo, nenhuma mudança clínica é refletida.

A terapia de nomeação também foi utilizada por Bose (2013) para avaliar sua efetividade e ainda qualificar e quantificar os neologismos produzidos por um paciente. Listas de palavras, escolhidas pelo paciente, foram utilizadas para nomeação em cada sessão. Os neologismos apresentados pelo paciente eram correlacionados com uma palavra alvo e essa correspondência fonológica também era enfatizada. Esse último aspecto foi importante para que a autora pudesse mencionar, quantitativamente, a diminuição dos neologismos. A nomeação de figuras também foi utilizada, sendo que a resposta correta era recebida com um estímulo positivo, acompanhado da repetição do acerto. A resposta errada era corrigida e o paciente encorajado a repetir a tarefa.

O resultado desse estudo demonstrou que o paciente teve um aumento na correspondência fonológica das palavras alvo. As sugestões fonológicas trabalhadas foram um facilitador para o acesso às formas corretas, segundo a autora. Bose ainda observou uma melhora na nomeação, além da diminuição dos neologismos.

No mesmo direcionamento - repetição, nomeação e monitoramento pessoal- os autores Eaton *et al.* (2011), destacaram a diminuição de neologismos e melhora nas provas de nomeação e repetição. Contudo, reconheceu que na fala encadeada não houve evidências de mudança. Ou seja, no treinamento é possível quantitativamente observar o aumento de palavras treinadas, mas não há mudança na fala. Poderíamos falar em mudança, quando a questão estrutural, não foi sequer tocada?

Eaton *et al* (2011) também discutiram sobre a pontuação de palavras mais acessadas em contraponto com aquelas menos acessadas pelo falante. De acordo com algumas teorias, as palavras mais acessadas do nosso léxico seriam recobradas no início da recuperação. Eles destacaram dados, nos quais isso não se concretizava, pelo contrário, palavras menos acessadas foram primeiramente repetidas e reincorporadas no vocabulário do paciente. Essa teorização resultou em uma afirmação que nos interessa: esses erros parecem “impermeáveis à frequência” (EATON *et al*, p. 1558, 2011).

Nota-se que as definições oscilam sobre uma fala “inteligível”, “ininteligível”, “fluente”, “sons sem significado”. Descrições que deixam ver a heterogeneidade sintomática na jargonafasia e uma definição que resvala sobre o senso comum, sem reconhecimento de uma teoria sobre a linguagem. As características são desvios de um “discurso normal”

Em “*Sobre o sintoma: déficit de linguagem, efeito da fala no outro, ou ainda ...?*”, Lier-DeVitto, pesquisadora filiada à Clínica de Linguagem, comenta o fracasso dos trabalhos que tentaram apreender o sintoma na fala como déficit na linguagem (consequência ou de “*déficit de aprendizagem*” ou de “*déficit na competência linguística*”). Alguns pesquisadores procuram circunscrever o sintoma como “*formas linguísticas atípicas*” (ocorrências que não se enquadram aos parâmetros de uma análise linguística *stricto sensu*). Na realidade, essas análises não tocam a particularidade do sintoma (a qualidade de sua densidade significativa) e nem, tampouco, fazem qualquer consideração sobre o efeito de patologia que ela produz (LIER-DE VITTO, 2001). Nesses casos, são aparatos da linguística que mediam a relação com o material (e ensurdecem o investigador e o clínico). Lier-De Vitto chama a atenção, também, para o fato de que a polaridade normal-patológico não faz parte desse campo – o da Linguística e suas sub-áreas, e, por isso, “os instrumentais descritivos da Linguística não podem captar o que a orelha do falante de uma língua escuta, estranha e distingue” (LIER-DE VITTO, 2001, p. 248). Ao falante, que já “habita uma língua” (DE LEMOS, 1992; LIER-DE VITTO, 1998), não escapam sutilezas de variações – ele nunca é indiferente a se uma fala é ou não patológica.

Sob o ponto de vista da Neurolinguística Discursiva ou Enunciativo-Discursiva, Ishara (2003) oferece uma descrição linguística do jargão na afasia. Nessa perspectiva teórica, temos o encontro entre a neurologia Luriana e a Análise do Discurso. O sujeito é o da “enunciação”, aquele que lança mão de estratégias cognitivas, tomando “caminhos vicinais” para contornar as dificuldades impostas pela afasia. Práticas sociais são determinantes porque recriam situações vividas e mobilizam “conhecimento comum”. O trabalho fonoaudiológico, quando indicado, envolve também “uma noção de sujeito e discurso a uma concepção de atividade cognitiva ou mental que se constitui por processos de mediação entre o sujeito e o mundo social” (COUDRY, MORATO, 1990, p. 127). Portanto, a interação é fundamental e marcada por uma relação dual entre falante e ouvinte.

As manifestações da afasia são atividades discursivas, sempre instáveis e indeterminadas. Não são abordadas como enunciados soltos, isolados. Afirma-se que a apreensão do sentido só pode ocorrer em um sistema sociointerativo (TUBERO, 2010). Sendo assim, para Neurolinguística Discursiva, é importante mobilizar o papel ativo dos falantes, “perdido” na afasia. Independentemente do tratamento das manifestações afásicas, sustenta-se que o sujeito deve ser reintegrado em suas funções/atividades sociais. Nessa vertente, o jargão aparece, muitas vezes, relacionado à impossibilidade do paciente “fazer signo”, i.e., aliar som e significado; ou ainda, relacionado a um déficit na associação de seleção lexical e forma fonológica. A manifestação do jargão é reconhecida, mas não é problematizada (mesmo porque é considerado como não-palavra).

Ishara (2003) enfatizou características fonéticas e fonológicas dessa manifestação. Em suas palavras: “JM **localiza** sua dificuldade de acesso lexical e pede ajuda” (*op. cit.*, p. 329). Questiona-se como poderia um falante com fala jargonafásica “localizar” o problema em sua fala e “pedir ajuda específica” quando mesmo linguistas e fonoaudiólogos admitem dificuldades em definir e descrever o jargão?. A autora concorda que o jargão, como asseveram alguns autores, envolve “não-palavras”, ou seja, aglomerados incompreensíveis de segmentos, que dissolvem as articulações esperadas numa língua.

Na Clínica de Linguagem, com Oliveira e Marcolino (2009), iniciam a discussão sobre o jargão, a partir do atendimento de dois pacientes. Elas assinalam a tentativa frustrada da literatura nacional e internacional ao classificar o jargão e tratá-lo como característica de

tipologias afásicas. A incoerência apontada é a de que o jargão é manifestação heterogênea que pode estar presente seja em lesões de lobo frontal (afasia de Broca); seja em problemas de compreensão auditiva (afasia de Wernicke); seja na separação entre o sistema linguístico e áreas corticais (afasia Sensorial Transcortical) ou na incapacidade de produzir sons verbais (afasia Global). Ou seja, o jargão se manifesta tanto nos “distúrbios de expressão”, quanto nos “distúrbios de compreensão” na revisão bibliográfica realizada pelas autoras. Oliveira e Marcolino (*op. cit.*) afirmam que classificações pouco auxiliam na descrição e explicação do jargão.

As autoras ressaltam que o jargão escapa a qualquer categorização, ou seja, resiste na descrição e na sua explicação. Geralmente, fica como “não-palavra”, como fala “ininteligível”. A partir da apresentação de dois casos com fala jargonafásica, as autoras mostram e discutem a singularidade que se apresenta na relação sujeito-linguagem. Dessa exposição, elas retiram consequências para o atendimento fonoaudiológico: o jargão não faz com que dois casos sejam iguais, tanto na manifestação quanto no tratamento. Em ambos os casos, elas dizem que sobre o efeito da fala ser “ininteligível” no primeiro encontro com o paciente.

No primeiro caso, a terapeuta interpretar a fala da paciente porque escuta apenas a mudança da curva melódica seguida de gestos, fazem “um texto”. Apesar de a resposta ser uma fala jargonafásica, o que colocaria em dúvida a compreensão da paciente, a sustentação do “sim” e do “não” com gestos de cabeça retira qualquer dúvida da relação entre a fala do paciente e a fala do terapeuta. Quando o “texto” não segue, a paciente utiliza gestos como reformulação. Assim, ela não aceita qualquer interpretação da terapeuta e insiste numa outra interpretação. Ela sustenta o seu lugar de falante na escuta.

A posição do afásico na linguagem e a sua relação com o sintoma é que indica uma direção terapêutica, mesmo considerando que a fala jargonafásica é de difícil interpretação e, muitas vezes, uma barreira ao diálogo.

3. Considerações Finais

Um breve levantamento bibliográfico deixou ver que a jargonafasia é tema que merece atenção pela dificuldade de definição e pouca explicação sobre sua natureza, além de ser um obstáculo ao tratamento. Nota-se nos trabalhos, especialmente filiados ao discurso da Neurolinguística Cognitiva: (1) A incoerência das definições, ou seja, a impossibilidade, empiricamente vislumbrada, de separar o jargão, neologismos e até mesmo parafasias; (2) a descrição gramática e senso comum; (3) A questão da sonoridade (materialidade sonora) deve ser considerada; (4) A questão clínica prediz uma barreira e impossibilidade para o tratamento; (5) A mudança na fala não pode ser discutida por um treinamento isolado de repetição; (6) A manifestação do jargão por si mesma não diz da posição de um sujeito na linguagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, L. *Ouvir e escutar na constituição da clínica de linguagem*. Tese [Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem]. LAEL/-PUC-SP, São Paulo, 2003.

ARANTES, L. *Diagnóstico e Clínica de Linguagem*. Tese [Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem]. LAEL/PUC-SP, São Paulo, 2001.

BOSE, A. Phonological therapy in jargon aphasia: effects on naming and neologisms. *Internacional Journal of Language & Communication Disorders*, v. 48, n. 5, 582–595, september–october 2013.

COUDRY, M.I.H.; MORATO, E.M. Aspectos Discursivos da afasia. *Cad. Est. Ling.*, Campinas, v. 19, p. 127-145, jul./dez. 1990.

DE LEMOS, C. T. G. Los procesos metafóricos y metonímicos como mecanismos de cambio. *Substratum*, n.1, v.1, p. 121-136. Barcelona: Meldar Eds, 1992.

_____. Das vicissitudes da fala da criança e de sua investigação. ORLANDI, E. (org.) *Cadernos de Estudos Linguísticos*, v. 42, p. 41-70, Campinas, 2002.

_____. Sobre o paralelismo sua extensão e a disparidade de seus efeitos. In: LIER-DeVITTO, M.F.; ARANTES, L. (orgs) *Aquisição, patologias e clínica de linguagem*. São Paulo: EDUC/FAPESP, p. 97- 107, 2006.

EATON, E. ;MARSHALL, J.; PRING, T. Mechanisms of change in the evolution of jargon aphasia. *Aphasiology*, 25:12, 1543-1561, 2011.

FONSECA, S.C. *Afasia: a fala em sofrimento*. Dissertação [Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da linguagem]. LAEL/PUC-SP, São Paulo, 1995.

_____. *O Afásico na Clínica de Linguagem*. Tese [Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem]. LAEL/PUC-SP, São Paulo, 2002.

_____. A relação sujeito-linguagem na demência: questões sobre uma experiência de acompanhamento. Comunicação oral no *I Encontro de Aquisição da Linguagem: teoria e método*. UNICAMP, Campinas, 2012.

FRANÇOZO, E.; ALBANO, E. Virtudes e vicissitudes do cognitivismo, revisitadas. In: MUSSALI, F.; BENTES, A. C. (orgs.). *Introdução à linguística 3: fundamentos epistemológicos*. São Paulo: Cortez Editora, p. 301-310, 2004

GALLI-MARCOLINO, J. A relação memória-linguagem nas demências: abrindo a caixa de Pandora. Tese [Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem]. LAEL/-PUC-SP, São Paulo, 2013.

GUADAGNOLI, C. *Considerações sobre fala-leitura-escrita e efeitos clínicos no atendimento de afásicos*. Dissertação. [Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem]. LAEL/PUC-SP, São Paulo, 2007.

ISHARA, C. Jargonafasia e funcionamento da linguagem: aspectos fonológicos e morfológicos. Unicamp. 5º Encontro do Celsul – Curitiba /PR (**Anais**). 2003: 328-335.

_____. “Palavras” e “não-palavras” na jargonafasia. *Estudos Linguísticos*. 2005:34, 1146-51.

JAKOBSON, R. *Linguística e Comunicação*. São Paulo: Cultrix, 1954/1988.

LACAN, J. *O Seminário, Livro 3. As Psicoses*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1955-6/1981.

LANDI, R. *Sob efeito da afasia: a interdisciplinaridade como sintoma nas teorizações*. Dissertação [Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem]. LAEL/PUC-SP, São Paulo, 2000.

_____. “Falas Vazias” – língua, referência e sujeito na demência. Tese [Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem]. LAEL/PUC-SP, São Paulo: PUC-SP/LAEL, 2007.

LIER-DeVITTO, M. F. *Os monólogos da criança: delírios da língua*. São Paulo: Educ-Fapesp, 1998.

_____. Sobre o sintoma: déficit de linguagem, efeito da fala no outro, ou ainda ...? *Letras de hoje*, v.36, n. 3, Porto Alegre: EDIPUCRS, p. 245- 253, 2001.

_____. Questions on the normal-pathological polarity. *Revista da ANPOLL*, USP-São Paulo, v. 12, n.1, p. 169-186, 2002.

_____. Patologias da Linguagem: subversão posta em ato. In: LEITE, N.V.A. (org.) *Corpolinguagem: gestos e afetos*, v. 1. 1ª ed. Campinas, p. 233-246, 2003.

_____. Patologias da linguagem: sobre as vicissitudes de falas sintomáticas. In: LIER-DeVITTO, M.F.; ARANTES, L. (orgs) *Aquisição, patologias e clínica de linguagem*. São Paulo: EDUC/FAPESP, p.183-201, 2006.

LIER-DeVITTO, M.F.; FONSECA, S.C. Linguística, aquisição da linguagem e patologia: relações possíveis e restrições obrigatórias. *Letras de hoje*, v.36, n 3. Porto Alegre: EDIPUCRS, p. 433: 441, 2001.

_____. Hesitações e pausas como ocorrências articuladas aos movimentos de reformulação. *Cadernos de Estudos Linguísticos*, n. 54. Campinas, Editora da UNICAMP, p. 67-80, 2012.

MARSHALL, J.; ROBSON, J.; PRING, T.; CHIAT, S. Why does monitoring fail in jargon aphasia? Comprehension, judgment and therapy evidence. *Brain and Language*, 63, 79–107, 1998.

MARCOLINO, J. *A clínica de linguagem com afásicos: indagações sobre um atendimento* [dissertação de mestrado]. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2004.

MILNER, J-C. *O amor da língua*. Tradução e notas: SOUZA JÚNIOR, P. S. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 1978/2012.

_____. *Introduction à una science du langage*. Paris: Éditions du Seuil, 1989.

OLIVEIRA, R.D.; MARCOLINO, J. Considerações sobre o jargão na clínica de linguagem com afásicos. *Revista Distúrbios da Comunicação*, 2009: abril. São Paulo, 21 (1): 39-46.

OLSON, A.C.; ROMANI, C.; HALLORAN, L. Localizing the deficit in a case of jargonaphasia. *Cognitive Neuropsychology*, 24 (2), 211–238, 2007.

ORTIZ, K.Z. (org.) *Distúrbios neurológicos adquiridos: linguagem e cognição*. São Paulo: Manole, 2005.

SAUSSURE, F. (1916). *Curso de Linguística Geral*. BALLY, C.; SECHEHAYE, A. (orgs.). São Paulo: Cultrix, 1916/1997.

SILVEIRA, E.M. Um certo retorno à Linguística pela via da Psicanálise. In: LIER-DeVITTO, M.F.; ARANTES, L. (orgs) *Aquisição, patologias e clínica de linguagem*. São Paulo: EDUC/FAPESP, p. 33-56, 2006.

STENNEKEN, P.; BASTIAANSE, R.; HUBER, W.; JACOBS, A.M. Syllable structure and sonority in language inventory and aphasic neologisms. *Brain and Language*, 95, 280–292, 2005.

TUBERO, A.L. Parafasia: o quiproquó das palavras. Cap. 3. p. 62-101. In: MORATO, E. M. (org.) *A semiologia das afasias: perspectivas linguísticas*. São Paulo: Cortez, 2010.

VASCONCELLOS, R. (1999) *Paralisia Cerebral: a fala na escrita*. Dissertação. [Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem]. LAEL/PUC-SP, São Paulo, 1999.