

AFASIA

Elebitasuna eta terapia



Egilea: Nerea Laskibar Etxebarria

Tutorea: Lore Erriondo Korostola

AURKIBIDEA

1.- Sarrera	4 or.
2.- Afasiak	
- Zer da afasia?	5 or.
- Afasiaren etiologia	5-6 orr.
- Afasiaren sailkapena: hizkuntz patologia eta burmuina	6-15 orr.
- Afasia kortikalak	
- Afasia transkortikalak eta afasia anomikoa	
- Afasiaren bestelako ondorioak	15-16 orr.
3.- Elebitasuna	
- Sarrera	17 or.
- Elebidun motak eta mailak	17-19 orr.
- Hizkuntzen garun-irudikapena	19-22 orr.
4.- Elebidun afasikoak	
- Sarrera	23 or.
- Asaldurak hizkuntzen erabileran	23-24 orr.
- Diagnostikoa, ebaluazioa	24-26 orr.
- Berreskurapena	26-29 orr.
- Terapiak, tratamenduak	29-35 orr.
- Sarrera	
- Terapiak motak	
- Familia eta inguruko garrantzia errehabilitazioan	
5.- Azterlanak – Adituen esperientzia –	36-39 orr.
6.- Ondorioak	40-41 orr.
7.- Eranskinak	
- Naia Eguzkizaga. Elkarrizketa (2012-5-4)	42-46 orr.
- Nekane Galparsoro. Elkarrizketa (2012-6-1)	46-49 orr.
8.- Bibliografia, bideoografia eta webgrafia	50-54 orr.
9.- Lagungarriak izan daitezkeen elkarteak eta ikerketa-guneak	55 or.

SARRERA

Ziurrenik guztiok ezagutzen dugu traumatismo kranio-entzefaliko baten ondorioz (auto edo bestelako istripuak, TKE, gaztelaniaz TCE), edota garuneko hodietako istripu (iktus, enbolia... GHI, gaztelaniazko ACV) baten ondorioz komunikatzeko gaitasuna kaltetuta duen edo izan duen inor, hots, afasia izan duen inor.

Gehienetan pentsatzen dugu lehenengoen artean, normala dela pertsona gazteak topatzea eta bigarrenen kasuan, GHLetan, pertsona nagusiak, zahartzarora heldu direnak alegia. Baina errealitatea aldatzen ari da, izan ere, GHIa pairatzen dituzten pertsonen artean gero eta heldu-gazte (65 urte baino gutxiago duten pertsonak) gehiago daude (Espainian, paziente guztien %28a). Hortaz, gero eta gehiago dira trauma batek, TKE edo GHI batek, eragindako afasia duten heldu-gazteak.

Hausnarketa horren bitartez heldu nintzen lan honen muina osatuko zuten bi ardatzetara: elebitasuna eta tratamendua eta familia. Lehenbiziko ardatzari dagokionez, bizi garen lurralde elebidun honetan afasia izatea eta elebiduna izateak diagnostiko, tratamendu/terapia eta gainerakoetan izan dezakeen eragina edo berezitasunak aztertzea izango litzateke oinarria. Bigarren ardatzean, tratamenduan familiak izan dezakeen garrantzian sakontzea litzateke xedea.

Hori guztiori ahalik eta modurik ulerterraz, hurbil eta laburrenean azaldu nahiko nuke afasiaren eta elebitasunaren azalpen teorikoari dagokionean batik bat. Oinarrizko nozio batzuk izatea da helburua, azalpen trinkoegiak egin barik. Diagnostikoetan, terapian aintzat hartu beharreko alderdietan sakontzea da helburua. Horretarako urte askotako eskarmentua duten bi logopedei egin diet elkarrizketa: Naia Eguzkizaga Ibarrondo (Gorlizko Ospitaleko Errehabilitazio Zerbitzuko logopeda) eta Nekane Galparsoro Izagirre (Aita Menni Ospitaleko Garun-kaltearen Zerbitzuko logopeda) teoriatik praktikara salto egin eta afasiadun elebidunentzako terapiak aplikatzeko zailtasunen gainean aritzeko.

Egitasmoaren bitartez, eta ikerketa aplikatuaren bidetik, afasia bera gizatiartu eta esperientzia pertsonalen bidez, inguruan afasiadun bat dutenei lagungarria eta argigarria izan daiekeen gutxieneko informazioa helarazi nahi nieke. Lan honetan jasotako adibideak ez daude bakarrik bibliografian, ikus-entzunezko materialean topa daitezkeen web orri eta esteka batzuk ere ekarri ditut hona, uste baitut gaur egun erakargarriagoa egiten zaizkigula mota horretako euskarriak eta argiago ikus daitezkeela afasiaren ondorioak zeintzuk izan daitezkeen.

AFASIAK

Zer da afasia?

Afasia terminoa 1864. urtean sortu zuen Armand Trousseau medikuak. Hizkuntzak eragindako komunikazio falta esan nahi du eta, grekoaren *a-* (falta) aurrizkian eta *phasia*-n (hitza) du jatorria. Trousseauaren definizioaren arabera; *“egoera patologiko bat da zeinean hitz ahalmenaren galera osoa edo zati batena gertatzen den, adimena bere horretan dagoela eta fonazio organoak osorik daudela”*. Afasia bat-batean gerta daiteke, maiz garuneko hodiedako istripu edo garun-burezurreko traumatismo baten emaitza izaten da, baina apurka-apurka ere gara daiteke, esaterako garuneko tumore batekin. Gaitzak hizkuntzaren adierazpena eta ulermena kaltetu ahal ditu eta, baita irakurmena eta idazmena ere. Afasiaz hitz egiten dugu, baieztatu daitekeenean aztertutako sindromearen jatorria hitzaren portaera defizitak eraginda dagoela. Afasiak, neurri handi ala txiki batean, beti du eragina aktibitate kodifikatzailean zein dekodifikatzailean.

Beste egile batzuentzat, afasia hizkuntza erabiltzeko gaitasunaren alterazioa da (Bein & Ovcharova, 1970). Ez da gaixotasun bat, kalte zerebralaren ondorioz gertatutako ahozko komunikazioaren defizita (Hécaen, 1977) baizik. Afasia, gaixotasunek, kolpeek, edo lesio traumatikoek (odoljarioak edota odol buxadurak) sor dezakete, eta normalean hizkuntzaren ulermena eta ekoizpena kaltetzen dira (Caplan 1992, Goodglass 1993). Hainbat sintomen baturek sindrome afasiko zehatz bat definitzen dute.

Afasien etiologia

Afasia ez da gaixotasun bat, nerbio-sistema zentralerako lesio fokal baten ondoren ager daitezkeen arrastoetatik bat baizik. Batez ere, aurretik, adin egoki batean, jaso izan zen hizkuntzaren galera da. Hortaz, afasiak nahikoa adin goiztiarretan ere ager daitezke, hizkuntzaren oinarriez jabetutakoan.

Gero eta gehiagotan gertatzen dira garuneko hodiedako istripuengatik lesioak baina, pertsona gazteagoetan ohikoenak traumatismo kranio-entzefalikoak dira. Azken urteetan, hartutako hizkuntza arazoak, hau da, trauma baten ostekoak, maizago izaten ari dira pertsona gazteengan eta baita haurretan ere; batik bat, honako gaixotasun larri hauen ondorioz; entzefalitisa edo traumatismo kranio-entzefalikoak.

Dagoeneko afasia eragin dezaketen gaixotasun batzuk aipatu ditugu, baina sakondu dezagun apur bat gehiago:

- Garuneko hodietako istripuak; enboliak, tronbosiak edo odol-jarioen modukoek eragindako garun-ehunaren hondaketa. Arazo baskularrak dira pertsona heldu batean arazo neurologikoen kausarik ohikoena. Afasia kasu gehienak eragiten dituen jatorria da hau.
- Traumatismo kranio-entzefalikoak; erorketak, auto istripuak, ebakuntzak edo antzekoek eragindakoak. 40 urte baino gutxiagoko pertsonetan haxe da kalte zerebrala izateko kausarik arruntena. Horrez gain, kontuan hartu behar da mota honetako traumatismo batek utzitako orbainek ere epilepsia gunea bihur dezaketela eta, horren agerpen klinikoa ez da gertatuko traumatismoa gertatu eta hainbat hilabete igaro arte.
- Tumoreak zelulak ezohiko hazkundera dutenean sortzen dira. Organismoaren arabera hazten dira zelulak, modu atipikoan, baina ez dute inolako xederik organismoan. Hauek eragiten duten lesioa iraunkorra da.
- Infekzioak; meningitisa, entzefalitisa eta antzekoak. Gorputza mikroorganismo patogenoz (birusak, bakteriak, parasitoak...) inbaditua denean gertatzen da gaixotasuna. Oro har, hasierako gune infektatua ez da burmuinean egoten. Gutxiagotan, infekzioaren kausa ziztada-lunbar edo ebakuntza baten emaitza izaten da.
- Gaixotasun nutrizionalak eta metabolikoak. Desnutrizioak akats neurologiko eta neuropsikologiko larriak sortzera hel daiteke. Bitaminen antzeko elikagaien eskasiak, edota desnutrizioaren ondorioz gertatutako anormaltasun zirkulatorioak, arrasto neurologiko garrantzitsuak huts ditzake. Garuneko beste osasun arazo batzuk beste organoetan dauden disfuntzioak eragiten dituzte, adibidez; giltzurrunak, gibela, pankreak eta glandula endokrinoak. Arazo metabolikoak, hipogluzemien edo akats hepatikoen kasuan esaterako koma egoerak ekar ditzakete, beste gaixotasun metaboliko batzuk aldiz, hiperparatiroidismoa kasu, dementzia eta psikosiaren kausa potentzialetako bat da.
- Endekapenezko gaixotasuna. Gaixotasun mota hauek nerbio-zelulen galera progresiboa dakarte, esaterako, Alzheimerra, hizkuntzari dagokionez; anomia, parafasiak, hizkuntza sinplifikatzea dakar, Huntington edo Parkisonaren kasuan disartria (hitzak artikulatzeko zailtasunak) nabarmena izaten da baina adierazle afasikoak ez dira hain nabariak. Funtzio kognositiboan eta portaeren galera progresiboekin lotutako endekapenezko gaixotasun neurologikoak demenziak izendatzen dira.

Afasien sailkapena: hizkuntz patologiak eta burmuina

XIX. mendeko ikerlariak, gaixo afasikoen azterketatik, ondorioztatu zuten burmuinean badirela hizkuntzaz arduratzen diren esparruak. Ikerlari hauek medikuak ziren aldetik, gaixoen hizkuntzaren gaitasun komunikatiboez aritzen ziren, hots; hitz egiteaz, entzuteaz, irakurtzeaz, idazteaz eta abarrez. Ordutik aurrera hizkuntz jarduera bakoitza burmuineko esparru batekin lotzen da: Broca esparrua hitz egiteko gaitasunaz arduratzen da eta Wernicke esparrua hizkuntza ulertzeaz.

Eta afasiadun batek ezin badu, adibidez, errepikapenik egin, Broca eta Wernicke esparruak lotzen dituen Heschl faszikulua (*arcuate fasciculus*) izango du kaltetua (Zurif eta Swinney, 1994).

XX. mendeko 60. hamarkadatik aurrera (Goodglass eta Berko, 1960), ikerlariak linguistika eta psikolinguistika kontuan hartuta eta fonologia, sintaxia eta semantikaren hizkuntz maila begiratuta arduratu ziren hizkuntz patologiaz. Aurreko tradizioaren ideia nagusietan zehaztasunak bilatzeko, batik bat. Ikerketa horien ondorio garrantzitsuenetako bat Zurif eta Caramazza-k (1976) egindako ekarpena izan zen, izan ere, mende bat lehenago definitutako zen ekoizpeneko Broca hizkuntz esparrua kaltetuta zutenek ere ulermen arazoak izan zitzaizkela erakutsi zuten. Aurkikuntza horrek hizkuntz arduratzen ziren esparruen berrikusketa ekarri zuen; banaketa anatomikoek bere horretan jarraitu zuten, baina hizkuntz gaitasunen ordez, hizkuntza mailak hartu ziren oinarri. Oro har, orduan, Broca esparrua, sintaxiaz arduratzen da (alderdi ekoizlean zein hartzailean) eta Wernicke esparrua semantikaz.

Baina hor ez da geratu ikerketa-lana, eta horrek emaitza kontraesankorrak ekarri ditu (Grodzinsky 2003). Gaitasun komunikatiboek eta ariketek, hizkuntz komunikazioan eragin handia duten arren, hizkuntz gaitasuna arau sistemek osatzen dute. Horiek horrela, neurolinguistikaren helburu nagusia (Grodzinsky, 2003) arau sistema horiek neurona sareetan zelan antolatzen diren ikustea izan da.

Horrek erakusten du ikerlari klinikoek betidanik nahi izan dutela afasiaren aldaerak bereiztea hizkuntzaren ezaugarrietan oinarrituta. Hala ere, sindrome zehatza afasian edozein neuropsikologia edo neurologia gaitza bezain bakana izaten da. Izan ere, praktika klinikoan izandako nahasmendu afasikoen erdia gutxienez, afasia mistotzat hartu behar dira. Esan daiteke afasia desberdinen 20 sailkapen baino gehiago daudela.

Azken urteetan, aurrerapen nabarmenak egin dira afasia mota desberdinen korrelazio kliniko/anatomikoak ezartzean. Kepa Erdoziak (2006) jaso bezala azaltzen dut gai hori ondoko lerrootan. Bere ustetan, afasia moten sailkapenei dagokionez, ez da nahikoa paziente afasikoen azterketa egitea hizkuntz arduratzen diren garuneko esparruak identifikatzeko. Hizkuntzen neuroanatomia funtzionala modu zorrotz batean egin nahi bada, beharrezkoa da osasuntsuak diren burmuinak aztertzea (Friederici 1999). Lan horretan oso lagungarriak dira neuroirudi teknika berriak. Horien artean, hizkuntza eta burmuinaren arteko harremana aztertze modurik erabilienak hauexek dira: Gertaerei Loturiko Potentzialak (even-related brain potentials, ERP), Erresonantzia Magnetiko funtzionala (functional magnetic resonance imaging, fMRI) eta Elektroenzefalografia Magnetikoa (magnetoencephalography MEG).

Teknika horiek, ez dira intrusiboak; hau da, ez dute, beste teknika batzuen antzera (adibidez, positron emission tomography) materia erradiaktiborik behar edo XIX. mendeko afasia ikerlariak bezala, gaixoa hil arte itxaron behar, burmuina azertu ahal izateko. Neuroanatomiazko lanetan, fMRI erabili ohi da normalean, denborarekin sentiberatasun txikia badu ere, burmuineko irudi oso zehatzak lortzen direlako. Aldiz, ikerketa psikolinguistikoan ERPak gehiago erabiltzen dira; batez ere, burmuineko prozesuen berri jasotzen dutelako ia gertatzen diren unean bertan (Fiebach 2001).

Baina honaino ekarri gaituen afasiaren sailkapenera itzulita, Broca eta Wernicke-k egindako hasierako deskripzioetatik afasiaren hainbat sailkapen egin dira, baina lan honen asmoa ez da sailkapen taula guztien berri ematea eta irakurlea gehiegizko informazioarekin betetzea. Izan ere, gaur egun, sailkapenik onartuenetakoa Benson eta Geschwind-ek (1971) landutakoa da. Hona hemen sailkapen horretan proposatutako afasia motak:

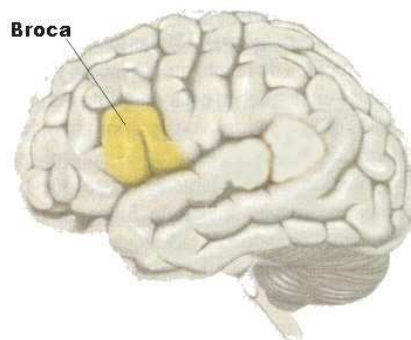
Afasia kortikalak

-Broca afasia

Ezkerreko behe-frontaleko zirkunboluzioetan (Broca eremua) eta ondoko eremuetan izandako lesio batek eragindakoa da.

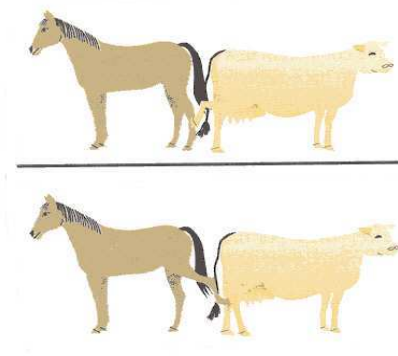


Asaldura edo arazo honen ezaugarriak hizkera motela, neketsua eta hitz-jariorotasun txikia dira. Baina hitz batzuen ahoskera akastuna bada ere, ahoskatzea lortzen dituzten hitzek esanahia dute. Maiz pazienteek haserre ematen dute ezin baitituzte euren pentsamenduak behar bezala adierazi, eta askotan keinuak erabiltzen dituzte euren ahozko hizkuntza urria osatzeko.



Orokorrean oso esaldi laburrak erabiltzen dituzte, gehienetan hitz isolatuak, etenaldi ugariekin. Ahozko ekoizpenak disprosodia erakusten du, hots, ez-ohikoa den melodia, inflexio eta tinbrea. Agramatismoa ere izaten dute; preposizio, artikulua eta bestelako osagarri gramatikalen murrizketa nabaria.

Hizkuntzaren entzumen-ulermena pazienteen araberakoa izaten da eta, nahiz eta gehienetan adierazkortasuna baino gordeagoa egon ez da erabat normala izaten. Ikerketa batean Broca afasia zuten paziente batzuei marrazki bikoteak erakutsi zitzaizkien eta horietan ekintzaren subjektu eta objektuak alderantzikatuak zeuden, adibidez; zaldi bat behi bati ostiko bat ematen eta behi batek zaldi bati ostiko bat ematen edo auto bat kamioi bat bultzatzen eta kamioi bat auto bat bultzatzen.



Pazienteei irudi bikote bakoitzarekin batera esaldi bat irakurtzen zitzaien adibidez; “zaldi batek ostikoak ematen dizkio behiari”. Pazienteak irudi egokia seinالاتu behar zuen, horrela adierazten baitzuen esaldiaren egitura gramatikala ulertzen zuela. Mota horretako zereginetan pazienteen gauzatzea oso pobrea izan zen. Izendapena, irakurmena (alexia) eta idazmena ere (agrafia) ukituak izaten dira.

Broca afasia duten pazienteek euren zailtasunen jakitun dira eta erraz zapuzten dira dituzten hizkuntza arazoengatik. Ohikoa da eskuineko gorputz-erdiaren paresiarekin lagunduta egotea.

Laburbilduz, hauexek dira Broca afasiaren ezaugarriak:

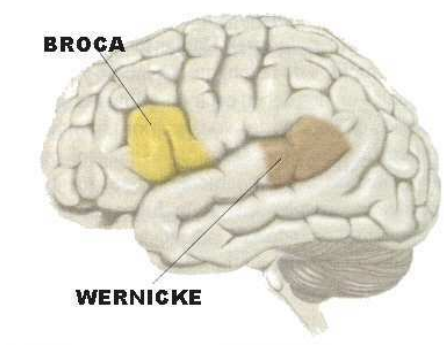
- pazienteak gutxi hitz egiten du eta bere akatsen jakitun da
- arazoak ditu nahi dituen hitzak aurkitzeko
- bere artikulazioa eskasa da
- ahalegin handiak egiten ditu mihia, faringea eta laringea egokitzeko
- emititzen dituen hitzak deformatuta daude eta, konplexuak direnak bere diskurtsotik ezabatu ditu
- gramatika oso erraza da, batez ere lotura elementuei dagokionean
- estiloa, orokorrean, telegrafikoa da
- hizkuntzaren ulermena ia normala da
- irakurmen eta idazmenaren asaldura
- errepikapena oso ukituta

-Wernicke afasia

Eremu tenporo-parietalean (Wernicke eremua) izandako lesio batek eragindakoa da.



Ezaugarri nagusienak dira pazientearen ulermenerako zailtasuna eta zentzubako hitz-jariorasuna. Hala ere, pazienteak ahotsaren lerro melodiko, inflexio eta deflexio arruntak mantentzen ditu. Wernicke afasia duen pertsona bat hitz egiten entzuten dugunean, ematen duen inpresioa da erabat gramatikala dela. Hitz funtzionalak erabiltzen ditu, baina lotutako hitzek ez dute zentzurik. Hitza zentzurik ez duen jargoi ulertezina bihurtu da. Gainera, orokorrean ulermen maila eskasa erakusten dute.



Azpimarratzekoa da afasia mota hau duten pertsonak, badirudiela maiz ez direla bere gabeziaren jakitun. Ez dute ondo ulertzen esaten zaiena, baina aurpegi-espresibitateari eta beste pertsonen ahots tonuari kasu egiten diote eta erantzuten hasten dira galdera bat egiten zaienean. Arazoak dituzte; hitzen errepikapenarekin, izendapenarekin, idazmen eta irakurmenarekin. Arazo horiek ez dute zerikusirik Broca afasia duen paziente batek izan ditzakeenekin; idazmenean esaterako, erraztasun handiz idatz dezake baina ulertezina den jargoi batean, ahozko hizkuntzan erabiltzen dituen egitura linguistikoen antzera.

Paziente horiek ez dituzte mugikortasun fisikorako arazorik, izan ere, garunean kaltetuta dauden aldeak ez daude mugimenduen aldeetatik hurbil.

Laburbilduz, hona hemen Wernicke afasiaren oinarriko ezaugarriak:

- pazienteak asko hitz egiten du, asaldatuta egongo balitz moduan
- erabiltzen dituen hitzak eraldatuta daude, lekuz aldatuta eta ukituak bere fonetikan
- pazienteak ez du esaten zaiona ulertzen eta ez da bere akatsez kontziente

-Eroopen afasia

Broca eremua Wernickekoarekin konektatzen duen faszikulu-kakotuan izandako lesio batek eragindakoa da.



Eroopen afasiaren ezaugarri nagusiak dira; hitz-jariora ulergarria, nahikoa ulermen ona, baina aitzitik errepikapenerako gaitasun eskasa. Batzuetan eroopen afasia duen pertsona bati hitz bat errepikatzeko esaten zaionean, esanahi bera duen hitza esango du (edo esanahiarekin zerikusia duena behintzat) baina ez eskatutako hitza bera. Adibidez, aztertzaileak *aulkia* esaten badu, pazienteak *eseri* esan dezake.

Ozenki irakurtzea eta idazmena ukituta daude baina nahiko ondo ulertzen dute irakurtzen dutena. Ahozko hizkuntzaren ulermena aldakorra da, baina oinarrian gordea dago. Ez da gorputz erdiko paresiarik egoten fase kronikoan, nahiz eta ohikoa izan fase akutuan. Eroopen afasia, apraxiaz (mugimendu boluntarioak egiteko ezgaitasun osoa ala partziala, eragozten duen kausa organikorik gabe) lagunduta etortzen da.

Hitz gutxitan, hauek dira eroopen afasiaren sintomak:

- hitz-jariora
- nahikoa ulermen normala
- ahozko errepikapenaren asaldura garrantzitsua
- izendapenaren asaldura
- irakurmena eta idazmena ukituak, pazientearen arabera

-Afasia globala edo erabatekoa

Oro har tarteko garun-arterian izandako odol-eten batengatik eragindakoa izaten da eta lesioak normalean, ezker hemisferioaren lobulu zentralean, tenporalean eta parietalean gertatzen dira, arteria horrek irrigatzen dituen eremuetan hain zuzen.



Subjektu afasiko globalak erabat galdu dute hizkuntza ulertzeko, hitz egiteko eta esaldiak errepikatzeko gaitasuna. Hortaz, Broca, Wernicke eta eroopen afasien ezaugarrien konbinazioa da. Kasurik onenetan hizkera hitz gutxi batzuetara murriztuta dago. Hala ere, nahita egiten ez diren bestelako ohitura batzuen gaitasuna gordetzen da, esaterako; asteko egunak zenbatu edo errexitatu eta aurrez ezagututako melodiak kantatu. Ulertzeko gaitasuna, oso eskasa den arren espresioa baino gehiago hobetu daiteke.

Afasia global klasikoa, aurpegiaren eskuinaldeko ahultasunarekin batera agertzen da eta paralisia eskuinaldeko gorputz-adarretan, baina sintomatologia hau ez da kasu guztietan ematen. Hemiplejiarik ez den kasuetan gabeziak ez dira hain handiak eta leheneratzea hobea izaten da. Kasu batzuetan afasia mota hau Broca afasian bilakatu daiteke.

Sintesian, hauek dira erabateko afasiaren ezaugarri nagusiak:

- bat-bateko hizkera gutxitua edo ez da, estereotipiekin
- ulermena ukitua
- errepikapena eta izendapena ukituak
- irakurmena eta idazmena ukituak

Afasia transkortikalak eta afasia anomikoa

Afasia transkortikalen ezaugarri nagusia errepikapenaren gordetzea da, ekolaliarako (nahi izan barik pazienteak berak edo beste batek esandako hitz edo esaldi bat errepikatzea) joerarekin.

-Afasia transkortikal motora

Lesioak honakoetan egon daitezke; ezker alboko bentrikuluaren frontal-adarraren aurre-aurreko substantzia zurian, edo lesio kortikalak eta substantzia zurikoak operkulu frontala inguratzen duten alde prefrontalean eta premotoretan.



Afasia transkortikal motora duten pazienteek ez dute jariotasunez hitz egiten, aitzitik gai dira esaldirik luzeenak errepikatzeko. Izendatzeko gai dira, nahiz eta maiz artikulatzeko laguntza behar izaten duten. Irakurmena ozenki egitea eta irakurritakoaren ulermena nahikoa gordeak daude, idazmenean, aldiz, ohikoa da arazoren bat azaltzea. Arazoak izaten dituzte eskuineko gaitasun motorekin.

Ondorioz, hauexek dira afasia mota honen oinarritzko ezaugarriak;

- bat-bateko hizkeraren murrizketa
- esaldien errepikapena arrunta
- ozenki irakurtzea nahiko gordea
- ulermena nahikoa gordea
- idazmena ukitua

-Sentimen-afasia transkortikala

Afasia mota honek honako aldeetan gertatutako lesioekin du harremana; atzeko mugako alde kortikala, batez ere, atzeko eta tarteko arteria-zerebralaren artean.



Sentimen-afasia transkortikala duten pertsonak hitz-jariotasuna dute, baina urritasuna dute ulermen gaitasunean eta zailtasun handiak dituzte objektuak izendatzeko. Errepikapena gordea dago.

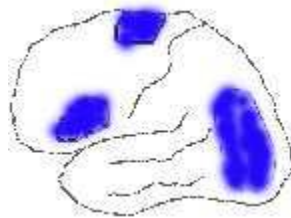
Ahozko diskurtsoa ez da erabat koherentea izaten eta irakurritakoaren ulermena oso ukitua dago.

Hortaz, hauexek dira funtsezko ezaugarriak;

- hitz-jariora parafasiekin (hitzen zati baten deformazioa edota ordezkatzeta)
- ulermena ukitua
- irakurmena eta idazmena ukitua
- errepikapena gordea ekolaliarako joerarekin

-Afasia transkortikal mistoa

Afasia mota honetan, ukituta izaten da erdiko arteria-zerebralaren eta aurreko eta atzeko arteria-zerebralaren artean dauden esparru mugakideak; zona parietotenporalak Wernickeren eremua (sentimenezkoa) ukitu barik, eremu motora osagarriaren eta Brocaren eremuaren (motora) konexio etena.



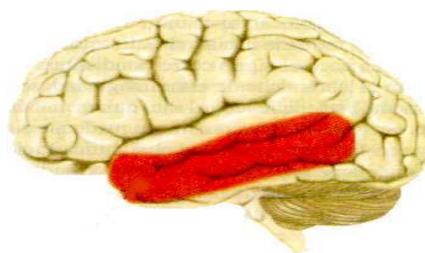
Afasia transkortikal mistoa ezohikoa den gaitza da. Ahozko ekoizpenak jariora du eta entzumenezko ulermena ukitua dago, baina errepikapenerako gaitasuna nahikoa gordea dago, maiz ekolalia (nahi izan barik pazienteak berak edo beste batek esandako hitz edo esaldi bat errepikatzea) agertzen da. Izendatzea, irakurmena eta idazmena asaldatuta daude.

Laburbilduz, hona hemen ezaugarriak:

- arazoak hitz-jariora
- ulermen arazoak
- errepikapena gordea, ekolaliarako joerarekin
- izendatzea, irakurmena eta idazmena ukituak

-Afasia anomikoa

Afasia anomikoa eragiten duten lesioen kokapena hauek izaten dira; garunaren aurreko zein atzeko esparruetan. Atezko aldean izandako lesioak anomia arina dakar.



Lesioez gain, beste mota bateko afasiaren bilakaeraren gabezi-hondarra izan daiteke, hots, errehabilitazio prozesu baten ondorengo egoera. Afasiarik arinena eta ohikoena da. Afasia anomikoa duten subjektuen hizkera jariotasuna du, gramatikala da eta ulermena bikaina da, baina arazoak dituzte hitz egokiak topatzeko.

Askotan itzulinguruak erabiltzen dituzte falta zaizkien hitzak saihesteko. Beste pertsonak esandakoa arazo barik ulertzeko gai dira.

Hona hemen afasia anomikoaren ezaugarri nagusiak:

- hizkera arina, sarritan etenak
- ulermena gordea
- errepikapena gordea
- izendapena arazo larriekin
- irakurmenaren eta idazmenaren ulermena nahikoa gordeak

Afasien bestelako ondorioak

Afasiak normal komunikatzeko trebetasunetik haratago doazen ondorioak izan ditzake; ondorio psikologikoak, sozialak eta intelektualak. Afasia ezin da inoiz ere hartu hizkuntzari eragiten dion arazo bat bezala bakarrik (Benson & Ardila, 1996). Paziente afasiko batzuk, ohikoena ez bada ere, aldaketak pairatu ditzakete euren jarreran edo portaeran eta alde zaurietatik zuzentzen nortasun jokabide batzuk areagotu egin daitezke. Hasieran, lesioa gertatu berri denean, denbora eta leku desorientazioa izan dezakete eta orduak edo asteak iraun dezake.

Hortaz, afasien analisisan badaude kontuan hartu beharreko beste bi puntu; alderdi psikiatrikoak eta afasiadun pazienteen alderdi intelektualak.

Afasiaren alderdi psikiatrikoak dagokienez, afasia batek erabateko aldaketak dakartza pazientearen bizimodura. Normal komunikatzeko trebetasuna galtzeak ez du eraginik bakarrik pairatzen duen pazientearengan, baita inguruan dituen pertsona guztiengan ere, bereziki bere familiarengan. Pazientea pertsona aktiboa izatetik, erabakiak hartzeko gai, askotan familia-talde edo lan-talde baten buru, zati baten gutxitua, menpekoa eta mugatua den pertsona izatera igarotzen da. Normala da, horrek bere autoestimuan eragina izatea, eta autoestimua gutxitzearekin batera etsipen, depresio eta minusbalotasun sentimenduak azaltzea.

Depresioak afasian bi dimentsio desberdin ditu; batetik, depresio reaktiboa etsipen, minusbalotasun eta isolamendu egoera berriak eragindakoa, bestetik; ukituta dauden garun-eremuen menpeko depresioa, eta zentzu horretan, oinarri biologikoa duena (Benson & Ardila, 1993).

Depresio reaktiboa, pazienteak duen dolu egoerarekin lotuta dago. Egoera berriak aurretik zituen hainbat gauza egiteko aukera kendu dizkio (harremanak ingurukoekin, bidaiatu, lan egin, egunkaria irakurri...). Zentzu horretan, dolua da eta dolu egoera batean gertatzen ohi diren urratsak jarraituko ditu: ezeztatzea, irtenbideak aurkitzeko bilaketa etsi-etsian eta azkenik, egoera berriaren onartzea.

Egoera berriari egokitzeko bidean, pazienteak agian egoera sozialak saihestu ahal ditu, batzuetan ez du jan nahi eta terapian parte-hartzeari uko egin diezaioke, baina orduak ematen ditu negarrez eta, ez baditu ez janaririk, ezta botikarik ere hartu nahi, familia errefusatzen badu eta antzekoak *erreakzio katastrofiko*a deiturikoan dago murgilduta.

Erreakzio mota hori garunaren aurrealdeko afasiekin dago lotuagoa, atzekoekin baino.

Erantzun emozionala oso bestelakoa da atzealdeko afasiadun pazienteak direnean. Ohikoena da hizkuntzaren ulermenerako gabezi garrantzitsuak izatea, baina ez dute kezka handiegirik erakusten horregatik. Gehienetan errua beste pertsona batzuei botako diete, esan dezakete pertsona horiek hizkuntza desberdin bat erabiltzen ari direla eta horregatik ezinezkoa egiten zaiela beraiei ezer ulertzea. Mesfidantza eta paranoia erantzunak dira.

Afasia eta adimena dela eta, hizkuntzaren kategoriak mundua kontzeptualizatzeko erabiltzen ditugu, beraz, pentsatzekoa da hizkuntzaren galerak eragin nabarmena izaten dutela pazientearen trebetasun kognositiboetan. Afasiak abstrakziorako gaitasunaren murriztea ere, berarekin ekarriko luke. Baina egia da kalkuluak (akalkulia) egiteko arazoak ere izan ditzaketela eta orokorrean eragiketa logikoak egiteko. Horrek guztiak, eguneroko harremanetan bigarren zentzuzko esaldiak, metaforak, eta abar ulertzeko zailtasunak ekar dezake. Hala ere, esan beharra dago orain arte egin diren ikerketen emaitzak ez direla oso erabakigarriak izan eta oraindik gai honi dagokionean badagoela zer aztertu.



ELEBITASUNA

Sarrera

“...oro har, elebidunak bi hizkuntzaren jabe dira. Batean edo bestean hitz egin dezakete eta edozein momentutan biak ulertu. Elkarraldatu eta nahastu ditzakete egitura linguistiko mailan (fonetikoa, fonologikoa, morfologikoa, sintaktikoa, lexikoa, semantikoa).” Horixe da Lore Erriondok eta Xabier Isasik (1993) eman zuten elebitasunaren definizioa.

Grosjean (1994) jarraituz, egungo ikuspuntu linguistiko, psikologiko eta neurolinguistikoarekin, elebitasunaren kontzeptuak eguneroko bizimoduan hizkuntza edo dialekto bi edo gehiago erabiltzen dituzten pertsonak hartzen ditu. Zehazkiago, Fabbro-k (1999) honakoa dio: *“persona bat elebiduna da ondo jakin, ulertu eta hitz egiten baditu (a) bi hizkuntza, (b) bi dialekto edo (c) hizkuntza bat eta dialekto bat. Era berean, egoerak hala eskatuz gero, hitz egiten ari diren bitartean, elebidun batek disoziazio argia egin dezake bi sistema edo kode linguistikoen artean”*.

Michel Paradis-ek (1987) elebitasuna orokorrean, aldizka bi hizkuntza erabiltzeko ahalmena bezala definitu zuen. Baina azpimarratu zuen elebidun mota desberdinak daudela eta sailkatu egin zituen, honako aldagai hauen bereizketan oinarrituta (1989): jabetze-maila, gramatikaren antolaketa modua, jabetza-testuingurua, jabetzaren adina, motibazioa, erabilera testuingurua eta hizkuntzen arteko egiturazko distantzia.

Hainbat egileentzako, elebitasunaren garapenean eragiten duten aldagai nagusienak honako hauek dira: hizkuntza bakoitzaren jabetze-adina; hizkuntza horietaz jabetzeko arrazoiak eta moduak; erabilera moduak eta erabilitako hizkuntza bakoitzaren balio afektiboa eta honen bilakaera. Hortaz, baldintzatzaileak ezagututa ekin diezaiogun elebidun motak ezagutzera.

Elebitasun motak eta mailak

Proposatutako definizioaren arabera, elebiduna bereizten duena bi hizkuntza desberdinetan antzeko gaitasuna izatea da (oso altua bietan). Hizkuntza eta pentsamendua aintzat hartuta, Ervin eta Osgood-ek 1954. urtean, elebitasun mota bi planteatu zituzten, geroago Balkan-ek gehiago zehaztu zituenak:

- Elebitasun koordinatua: bi hitz sistema independente ditu erabilgarri, H1en mezu bat jasotzen duenean, horretan erantzuten du eta H2an jasotzen badu H2an erantzuten du. H1 eta H2 egoera desberdinetan eskuratu ditu eta ez du esanahi berbera itzulpen baliokideetarako bi hizkuntzatan.

- Elebitasun konposatua: hitz sistema nagusi bat du, H1 izan daitekeena, beraz, H1eko mezu bat jasotzen duenean ulertu eta hizkuntza berean erantzuten du; baina mezua H2an jasotzen duenean, H1era itzultzen du ulertzeko, erantzuna H1ean ekoizten du eta azkenik H2ra itzultzen du emititzeko. H2a ikasten du hitz berri bakoitza H1eko itzulpen hitz baliokidearekin erlazionatuz. (Sailkapen hau kritikagarria izan daiteke, izan ere, modu batean, elebidun konposatua ez da benetan elebiduna, bigarren hizkuntza baten edo atzerriko hizkuntza baten ikaslea baizik)

Balkan-en ustez, ezinezkoa da, zentzu zorrotzean, erabateko elebitasuna. Ezin eska diezaiokegu hiztun bati berak bizitako esperientzia osoa bi hizkuntzatan zuzenean eta aldaketarik gabe adieraztea. Baina elebitasunez ari garenean maiz agertzen da elebidun orekatuaren kontzeptua: bi berezko hizkuntza ditu, biak ere, prestakuntza urteetan ikasiak, etengabe erabili dituelako, baita pentsamendua eta intentzioak eta egoera emotiboak adierazteko tresna bilakatu direlako hizkuntza bi-biak.

Hiztun bakoitzak profil desberdina du, ez dago era berdinean erabiltzen dituzten hizkuntza berbereko bi elebidun. Iritzi horrek, subjektu elebidunen hainbat moten identifikazioa dakar, besteak beste, honako hauek:

- Elebidun hasiberria: ozta-ozta hasi da kontaktua izaten beste hizkuntza batekin.
- Aldiberekoa: bi hizkuntzak aldi berean ikasten ditu.
- Orekatua: bi hizkuntzak antzeko jarioasunez erabiltzen ditu.
- Aktiboa: ekoizpen trebetasunak ditu, jarioasuna eta/edo idazmena kasu.
- Pasiboa: trebetasun hartzaileak baino ez ditu, ulermena eta/edo irakurmena kasu.
- Koordinatua: hizkuntzak era naturalean ikasi zituen eta bakoitza erabiltzen du besteari erreferentzia egin barik.
- Konposatua: H2 H1en bitartez ikasi zuen, itzulpena eta memorizazioa erabiltzen eta prozesu mentala zeharkatu behar du H2an mintzatzeko.
- Ekilinguea: bi hizkuntzen ezagutza bera. Teorikoki hori ez da gertatzen, ez baitago inor neurri berean bi hizkuntza menperatzen duenik.

Horrez gain, aintzat hartu behar ditugu elebitasunaz jabetzeko arrazoiak eta moduak, izan ere, horiek dira geroko elebidun motak sortuko dituztenak, egoera pertsonalak gorabehera. Hortaz, elebitasun motak identifikatzeko moduetako bat elebidun izatera heltzeko erak aztertzea da:

1. Lehenengo eta bigarren hizkuntzaz aldi berean jabetzea edo atzerapen txiki batekin, baina haurtzaroan zehar.
2. Familia elebakar batean hazitako haurra eskolara joan eta bigarren hizkuntzarekin topo egiten du, hezkuntzarena eta inguratzen duen gizartearena izan daitekeena. Oso ohiko egoera da hizkuntza gutxiagoetako haurrentzat eta beste hizkuntza bat duen herrialde batera emigratutako familietako haurrentzat. Elebitasun hori sakona izatera hel daiteke, baina funtzio eta hizkuntzen arteko erabileraren desoreka iraunarazten du, sorrarazten duen egoera sozialarekin erlazionatuta. Haurraren lehen hizkuntza, pertsonala eta egunerokoa izaten jarraituko da, eskolan ikasitakoa aldiz, formalagoa eta sozialagoa izango da.

3. Haurtzaroa igarotakoan hizkuntza hori erabiltzen den gizartearekin harreman zuzen eta jarraitua izateagatik. Hori da beste hizkuntza desberdin bat duen herrialdera heltzen den etorkin helduari gertatzen zaiona. Baldintza horretan ikasten den bigarren hizkuntzaren gaitasuna mugatua da, baina nahikoa izan daiteke komunikazio bide gisa erabiltzeko.

4. Bigarren hizkuntza norberaren herrialdean ikastea, modu akademikoan baino ez. Horrela jabetzen gara askotan atzerriko hizkuntzez. Aurreko kasuan bezala, horrela ikasten den bigarren hizkuntza horren gaitasuna, hasieran mugatua da (aurrekoan komunikazio gaitasuna faboratzen zen, honetan ordea, egitura linguistikoak dira eta finean, idatzitakoaren ulermena).

Hizkuntzen garun-irudikapena

Gorlitzer von Mundy izan zen lehena iradokitzen, 1959. urtean, pertsona berak hitz egiten zituen hizkuntzek lateralizazio desberdina zutela bi hemisferioetan.

Honako gai honek polemika handia sortu du eta azken urteetan azterlan ugari sustatu ditu, baina ondorio argietara heldu barik. Pertsona elebidunak (edo eleanitzak) bitarteko paregabeak dira hizkuntza desberdinek garun-alde ezberdinak baliatzen dituzten ikertzeko eta jakiteko, hots, sistema linguistikoaren antolamendu zerebrala pertsona elebakarrekin bat datorren ala ez.

Ikuspegi psikolinguistikotik, Albert eta Obler-en *The bilingual brain* (1978) liburua funtsezkotzat hartzen da elebitasunaren ikerlanean. Lan horretan egileek iradokitzen dute paziente elebidunek hizkuntzaren irudikapen simetrikoa erakusten dutela bi hemisferioetan. Baieztape horren ondorioz, asko izan ziren garatu ziren azterlanak, emaitza eztabaidagarriak eman zituztenak gainera. Pertsona elebidunen eta elebakarren garunaren arteko desberdintasuna proposatzen dituzten hizkuntzaren mekanismoen irudikapenari buruzko ikerlan gehienak 70 eta 80 hamarkadetako mediku-literaturaren ondorio dira. Urte horietan, lan batzuek eskuineko hemisferioaren parte-hartze handiagoa proposatzen zuten elebidun afasikoetan elebakarretan baino.

Lan berriagoetan (Daroff, 1998) egile batzuek gauza bera aurkitu dute, eskuin hemisferioan lesioak dituzten pertsona elebidunen artean asaldura afasikoen eragin handiagoa, elebakarretan baino. Oraindik orain, badakigu eskuin hemisferioak zerikusia duela hizkuntzaren alderdi pragmatikoen prozedurarekin, eta bigarren hizkuntzaren jabetzearen hasierako faseetan hemisferio horrek subjektuen gaitasun linguistikoaren gabeziak orekatzeko joera duela. Hala ere, horrek ez du esan nahi eskuineko hemisferioan hizkuntzaren maila desberdinen informazioa dagoela irudikatuta esaterako, fonologia eta sintaxia (Paradis 1998).

Datuak hain dira heterogeneoak ezen ia ezinezkoa baita elebidun afasikoetan eskuineko hemisferioaren parte-hartzea baloratzeko orduan jokoan dauden faktore bakarrak isolatzea. Gai honen gainean hainbat jarrera desberdin daude berreskuratze-ereduen arabera, hona hemen esanguratsuenak:

1.- Lehenengo eta bigarren hizkuntzen kokapena garunean desberdina da. 94 urteko paziente esloveniarrak elebiduna eta eskuin-ekertirik ezker hemisferioan garun-infartu bat jasan zuen eta ondorioz eskuineko hemiplegia eta alemaniarren afasia hautatzailea izan zuen, esloveniara bere horretan mantentzen zuen bitartean. Gizon horrek 30 urterekin alemaniar armadan eman zuen izena eta alemanera ikasteaz gain, armak eskuineko eskuarekin erabiltzen ikasi zuen. Egileak, Gorlitzer von Mundy-k (1959), ondorioztatu zuen pazienteak ezkerreko irudikapena zuela alemaniararako eta esloveniarraren irudikapena aldeburua izan zitekeela.

Badaude elebidun afasikoak diren pazienteen kasuak non sintomatologia desberdina azaltzen duten eta larritasun maila desberdinetan bi hizkuntzetarako. Horrek hizkuntza desberdinen irudikapen desberdinaren ideia indartuko luke. Espainiera, ama hizkuntza, eta ingelesa hitz egiten zuen paziente afasiko batek ebakuntza kirurgiko baten ondorioz, arazoak sortu zitzaizkion hizkuntzak ekoizteko. Aipatutako arazoak desberdinak ziren hizkuntza bakoitzean; espainolez oztatzen topatzen zituen hitzak eta ingelesez (H2) erosoago sentitzen zen, egileek (Gómez-Tortosa *et al.*) proposatzen dute horrek adierazten duela hizkuntza bakoitzak bere irudikapen anatomiko desberdina duela.

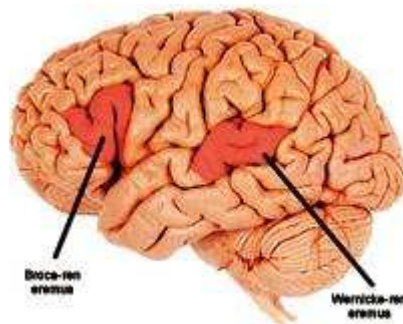
2.- Bigarren proposamena, Pitres-ek (1895, Paradisek jaso 1983an) subjektu elebidun edo eleantzen hizkuntza guztiak hizkuntza eremu komunetan zeudela kokatuta iradoki zuen. Ideia horrek jarraipena izan du XX. mendearen erdialdera arte. Pitres-i jarraituz, Paradisek iradoki zuen ez zegoela nahikoa proba baieztatzeko subjektu elebidun batek hitz egiten dituen hizkuntzak leku desberdinetan irudikatuta daudela. Evidentzia neuropsikologikoak eta neurologikoak kontuan hartuta hizkuntza desberdinetarako zentro komunak aldarrikatzearen aldekoa da. Paradisek inhibizio diferentziala proposatzen du, hots, hizkuntza bat erabilgarri ez dagoenean ez da substratu neuronalak deuseztatu direlako, maila funtzionalean inhibituta dagoelako baizik, beraz, ez dago aktibatuta. Ildo horretan, Lore Erriondok (1993) bere tesiaren, "*Afasiko elebidunen hizkuntz trebetasunen azterketa*", *Azken gogoetak* atalean argi esaten du eurek aztertutako subjektu gehienek ezkerreko hemisferioa zutela kaltetuta eta gehienek ere antzeko kalteak agertzen zirela bi hizkuntzetan, gaztelanian eta euskaraz, beraz, pentsatzekoa da, orokorrean lateralizazioari dagokionean "*...ezkerreko hemisferioaren partehartzea bera dela bi hizkuntzetarako...*" (Erriondo, 1993).

Paradis-ek 1996an Gómez-Tortosa-k *et al.* (1995) egindako baieztapenari erantzun egin nahi izan zion, hizkuntza baten defizit hautatzailea iradokitzen zuen elebidun afasiko baten kasua ez baita nahikoa frogatzeko irudikapen desberdinak daudela hizkuntza desberdinetarako. Honako paziente honen kasua erabili zuen frogatzeko aipatutakoa, izan ere, kasu hau eurek esandakoarekin bateraezina zen: paziente afasikoak hiru hizkuntza hitz egiten zituen jasandako ebakuntza kirurgikoa baino lehen. Horren ondorioz, hizkuntza batean asaldura hautatzailea zuen eta beste biak bere horretan mantendu ziren. Bat-bateko berreskurapenaldian zehar, oso ohikoa paziente afasikoetan, asaldatutako hizkuntza ia osotasunean berreskuratu zen zortzi hilabete igarotakoan, baina aldi berean, bere horretan mantendu zen hizkuntzetako bat asaldatu egin zen. Egileek adierazten dutena da ezinezkoa dela erasandako bi hizkuntza horiek euren kokapen-anatomikoa aldatu izana, beraz, ez litzateke bateragarria Gómez-Tortosa-ren *et al.* teoriarekin.

Dena dela, oraindik goizegi da zehaztasunez jakiteko zeintzuk diren garun-irudikapenaren fenomenoarekin eta espezializazio hemisferikoarekin zerikusia duten aldagaiak. Asko dira oraindik egin beharreko zeregin esperimentalak.

Hizkuntzaren irudikapen zerebrala desberdina da pertsona elebakarrak ala eleanitzak izan (Úrbez Mir M^a *et al.* 2002), eta mediku-literaturan jasotakoaren arabera, badirudi hizkuntzaren antolaketa paziente elebidunetan aldebikoa dela, erasandako paziente elebakarrekin alderatzen baditugu. Ondorioz, elebidunek ez dute hain markatua ezkerreko dominantzia hizkuntzarako. Edozelan ere, ematen du oinarri neurologiko desberdinak daudela hizkuntza ezberdinetarako. Horrek azalduko luke, esaterako, paziente batek zuen kasu atipikoa, zeinek Brocaren afasia zuen hizkuntza batean eta Wernickerena bestean (Úrbez Mir M^a *et al.* 2002).

Itziar Lakaren laborategian (ELEBILAB, psikolinguistika laborategia), elebidun goiztiar eta berantiarren arteko desberdintasunak aztertzen dituzte, bai hizkuntzaren kalitateari, bai garuneko lokalizazioari dagokionez. Bere hitzetan (2005), *“Hitz egiten dugunean, ezkerreko hemisferioko eremu batzuk aktibatzen zaizkigu. Brocaren eremua da garrantzitsuenetako bat, hizkuntzaren arkitekturarekin du zerikusia eta gramatika prozesatzen laguntzen du; Wernickeren eremua da bestea, eta dirudienez, hitzak eta esanahiak lotzen laguntzen digu.”*



Eta jarraitzen du azaltzen, hizkuntza ezkerreko hemisferioan jorrazeko diseinatuta dagoela burmuina, eta jaiotzetiko hizkuntza hor kokatzen dela, batik bat, arestian aipatutako Broca eta Wernickeren eremuetan. Eta horixe gertatzen da elebiduna bi hizkuntzez goiz jabetzean ere. Baina bigarren hizkuntza nerabetasuna pasatu eta gero ikasten dugunean, bigarren hizkuntza hori burmuinean sakabanatuta azaltzen da, *“eskuineko zein ezkerreko hemisferioetan barreiatuta”* (I.Laka 2005). Oraindik ez da zergatia ezagutzen baina badirudi burmuinak bigarren hizkuntza beste modu batera tratatzen duela, hizkuntza ez balitz bezala, hain zuzen.

2007an Hull eta Vaid-ek elebidun subjektu osasuntsuekin egindako azterketan lortutako emaitzetan oinarrituta honakoa ondorioztatu zuten: lateralizazio zerebrala H2 jabetze-adinarekin erabat lotuta dago;

- H2-z 6 urte baino lehen jabetzen diren elebidunak bi hemisferioen partaidetza handiagoa erakusten dute, hizkuntza beranduago jasotzen dutenak ordea, bi hizkuntzetarako hemisferio dominantea ezkerrekoa da.

- H2 6 urte bete eta gero ikasi zuten elebidunen artean, ezkerreko hemisferioaren parte-hartzea handiagoa zen eta H2-ren ezagutza txikiagoa.

Baina egia da elebidunetan handiagoa dela eskuin hemisferioaren parte-hartzea? Michel Paradis ez dago ados Hull eta Vaid-en ikerlan horiekin eta proposatzen du eskuin hemisferioak ez duela rol diferenterik elebakar eta elebidunetan. Salatzen du egindako ikerketetan emaitzak kontraesankorrak direla, eta ikerlari batzuentzako erabakigarria dena gauza bat frogatzeko beste batzuentzat ere erabakigarria izaten dela kontrako ideia frogatzeko eta gainera, emaitza horiek ezin direla orokortu. Paradis-en aburuz, eskuineko hemisferioa gehiago erabiltzea ez da interpretatu behar elebitasunaren ondorio gisa, baizik eta hizkuntza baten ezagutza txikiagoa denean erabilitako estrategia konpentsatzaile gisa (H2 bat ikasten denean ematen den egoera). Azterlanen beste arazo bat da ikerketak joera nabaria izan dutela eskuineko hemisferioaren partaidetza handiagoaren aldeko ebidentziak topatzerantz.

Amaitzeko, egia balitz eskuineko hemisferioak rol gehigarri bat duela elebidunetan, afasia gurutzatuaren (subjektu eskuinean agertzen den afasia eta lesioa eskuin hemisferioan duena) eragina subjektu elebidunetan subjektu elebakarretan baino handiago izango litzateke, baina ikerketa klinikoei eta berraztertze-klinikoei erakusten dutena justu kontrakoa da.

Paradis-en ustetan (2009), hizkuntza batetik bestera igarotzeko mekanismoa automatikoa edo nahitakoa izan daiteke. Automatikoa denean, aldaketa edo kode nahastea sistema linguistikoarekin berarekin dago erlazionatuta (tarteko egitura neuroanatomikoak: kortex perisilviarra, gongoil-basala eta zerebeloa). Hizkuntza batetik bestera nahita igarotzea, aldiz, hitz egin ala isiltasunean geratzeko barne-hautapen orokorraren mekanismo neurologikoaren menpekoa izan daiteke. Hortaz, gizabanako guztiek dugun trebetasuna izango litzateke, gaitasuna edozein egoerari erantzuteko (neuroanatomian: kortex prefrontala eta aurreko zingulatu). Hori dela eta, elebidun edo eleaniztunek ez dute eremu zerebral desberdinak hizkuntza bakoitzarentzat, ezta alderdi zerebral eksklusiboak ere. Benetan gertatzen dena da, bien artean konbinazio modu desberdinak daudela. Kasu honetan, litekeena da pertsona berak hitz egiten dituen hizkuntzak alde-zerebral berdinen barruan egotea baina azpi-sistema mikroanatomiko desberdinetan irudikatuta eta, azpi-sistema linguistiko horiek independenteak dira euren artean. Arrazoi horrengatik, hain zuzen gerta daiteke lesio zerebral baten ondoren modu diferentean ukituta egotea hizkuntzak. Paradis-ek defendatzen du ez dagoela arrazoirik pentsatzeko ezberdintasun kualitatiborik dagoela bi edo hizkuntza gehiagoren prozesamenduan, elebakar edo elebidun izan. Desberdintasunak gehiago dira izaera kuantitatibokoak, hots, ahozko komunikazioaren prozesamenduan parte-hartzen duten mekanismo zerebral ezberdinen erabilera mailarenak. Baina, Fabbro-ren ustetan sistema neuroanatomikoa ez da nahikoa hizkuntza bezain aktibitate konplexua azaltzeko.

ELEBIDUN AFASIKOAK

Sarrera

Munduko biztanleriaren erdia baino gehiago elebiduna edo eleanitza da (Grosjean 1982). Horrek, esan nahi du afasiaren kasu asko ziurrenik elebidunen afasia kasuak direla.

XIX. mendetik hizkuntza bat baino gehiago hitz egin edo ulertzen duten gizabanakoen afasiak ikertzeko interesa egon da. Gaur egun, badugu honezkero nahikoa ezagupen argia jakiteko elebidunengan fenomeno afasikoak nola agertzen diren, neurri handi batean M. Paradis kanadarrak lideratutako ikerketa-lan esanguratsuei esker.

Pertsona afasikoek afasia *bereiztua/disoziatua* izan ahal dute, hau da, afasia modu desberdinetan erasan ditzake bi hizkuntzak. Fabbro-k (2001) adierazi zuen paziente afasikoen talde batean %65ak antzeko nahasmendua zuela bi hizkuntzatan, %20ak asaldura handiagoa zuela H2an (bigarren hizkuntza) eta gainerako %15aren afasia nabariagoa zela H1ean (lehen hizkuntza).

Asaldurak hizkuntzen erabileran

Hizkuntzen erabilera okerrari dagokionez, fenomeno desberdinak hauteman dira paziente elebidunen aldetik: a) hizkuntza-aldaketak, b) hizkuntza-nahasteak eta c) itzulpen nahasmenduak.

a) Hizkuntza-aldaketetan, pazienteak hizkuntza batetik bestera txandakatzen dira berez. Muyskenek (1995) adierazi zuen aldaketa hori egiteko trebetasunak "*gaitasun linguistiko handia*" behar duela subjektuak.

b) Hizkuntza-nahasteen fenomenoaren ezaugarri nagusia da pazienteek hizkuntza desberdinetako hitzak nahasten dituztela esaldi berean. Horren gaineko lehen ikerketa Bastian-ek egin zuen 1875. urtean.

Nahiz eta ez den erraza desberdintzea paziente berean bi fenomeno linguistikoaren artean, badirudi hizkuntzen aldaketa patologikoa lobulu frontalean izandako lesioekin duela harremana eta, hizkuntzen nahasketak aldiz, zerikusi handiagoa lukeela eremu post-rolandikoan izandako lesioekin.

c) Itzulpen nahasmenduen barruan, hainbat fenomeno patologiko antzeman dira:

- 1.- Paziente batzuek ez dute gaitasunik itzultzeko eta bi norabideetan izan dezake eragina (Fabbro eta Gran 1997).
- 2.- Egile batzuek paziente batzuen dena itzultzeko konpultsioa aztertu dute; berezko itzulpena delakoa.

3.- Itzulpena ulermen barik izango litzateke; solaskidearen hitzak ulertu ez arren entzundako guztia itzultzen dute (Fabbro eta Paradis 1995).

4.- Itzulpen paradoxikoa: bakarrik itzul dezakete, hobeto ala txarrago, hitz egiten duten hizkuntzatik baina ez alderantziz (Paradis, Goldblum eta Abidi 1982).

Fabbro-ren ustez (2001), arestian aipatutako hiru fenomeno horiek elebakarretan ere ikus daitezke, izan ere, elebidunentzako defendatutako hizkuntza funtzio guztiak, elebakarrentzako ere defendatu dira. Esaterako, elebidunak hizkuntzak aldatzen eta nahasten dituzten bitartean, elebakarrek erregistroak aldatzen eta nahasten dituzte (1993, 1998). Hortaz, esan daiteke ez dela oso sendoa elebidunentzako baino ez diren mekanismorik defendatzea.

Diagnostikoa, ebaluazioa

Elebitasunaren lehen lanetatik, neuropsikologoek hartutako ikerketa metodologia afasiari era paraleloan ekitea izan zen, elebidunetan zein elebakarretan, ezberdintasunik ez zuten bi fenomeno izango baliran. Grosjean-en (1989) ustez, hipotesi hori onartzeak, hau da, pertsona elebiduna bi elebakartzat hartzeak hainbat ondorio kaltegarri dakar. Besteak beste, elebitasunaren hipotesi elebakar horren arabera, ez litzateke hizkuntzen arteko ukipenik egongo hizkuntza bakoitzaren sistemak independenteak liratekeelako. Hala ere, pertsona elebidun batean gertatzen diren hizkuntzen nahastea edo aldaketa bezalako fenomenoek ez lukete azalpenik izango hipotesi honetan.

Grosjean-en (1989) artikulutik aurrera, elebidunak elebakarrak ez duen bestelako sistema bat izango du. Elebitasunaren ikuspegi holistiko batek iradokitzen du pertsona elebiduna sistema oso bat bezala ulertu behar dela eta, ondorioz zatiezina. Pertsona bat elebiduna dela esateko ez da beharrezkoa hizkuntza desberdinen ezagutza perfektua erakustea. Are gehiago, oso zaila da erabateko elebitasun orekatua duen pertsonarik topatzea, hots, gaitasun bera duena hizkuntza batean zein bestean.

Grosjean-ek honakoa proposatzen du elebitasunaren azterketan paziente afasikoen balorazioan: batetik, beharrezkoa da lesioa izan aurretik pazienteak zuen elebitasun maila deskribatzea, horretarako hainbat galdera kritiko egin beharko lirateke, esaterako, zein hizkuntza ezagutzen zituen pazienteak lesioa izan aurretik, zein gaitasun-maila zuen hizkuntza bakoitzean, nolako akats edo interferentziak zituen edo nolakoa zen itzulpenak egiteko bere gaitasuna. Bestetik, elebitasuna deskribatu beharko litzateke baina lesioaren ondoren eta hitz egiteko moduaren arabera egin beharko litzateke, hau da, elebitasunaren bi hizkuntzen aktibazio-mailaren arabera (Grosjean 2001). Horrez gain, iradokitzen du komenigarria litzatekeela honakoak galdetzea: pazienteak hizkuntzak nahasten ditu lehen bezain beste?, interferentziak lesioa izan aurretiko mota berdinekoak dira? edo pazienteak lesioa izan aurretik bezala egin ahal ditu itzulpenak?

Elebitasun kasuetan, hizkuntza bakoitza bestearengandik bereiztuta ebaluatu behar da eta, aldaketa automatikoaren gaitasuna hizkuntza batetik bestera elkarrizketa berean (Úrbez Mir M^a *et al.* 2002). Ebaluazio horiei esker, hizkuntzan parte-hartzen duten egituren funtzionamendu zuzena baloratu daiteke eta paziente bakoitzaren elebitasun mailaren berri eman.

Afasiaren ebaluazioaren oinarriko xedeak hauek dira: afasiarik dagoen ala ez zehaztea, larritasuna eta afasia mota zehaztea eta azkenik, hizkuntzaren alderdi diferenteetan duen irismena baloratzea. Afasiak aztertzeko hainbat proba edo test erabiltzen dira. Horiei esker oso emaitza doituak eta fidagarriak lortzen dira lesioaren larritasunaren eta hizkuntzaren alde desberdinetan (artikulazioa, hitz-jariorasuna, objektuen izendatzea, errepikapena...) subjektuaren gaitasun mailaren gainean. Datuen araberako esku-hartzea planifikatuko da, ondorioztatutako gabezietan sakonduz eta segun eta horien jatorria zein den berreskurapenerako ondoen dagokien teknika erabiliz.

Ondoko lerrootan egun erabiltzen diren proba ezagunenak/erabilienak azalduko dira:

1.-Boston testa afasiaren diagnostikoa egiteko. Goodglass eta Kaplan-ek diseinatu zuten eta 1972. urtean argitaratu zen. Azken urteetan gehien erabiltzen den probetako bat da. Gaztelaniaz 3 itzulpen daude (Médica Panamericana argitaretxea), azkena 2005ekoa. Proba honi esker pazientearen hizkuntzaren profil orokorra lor daiteke arlo desberdinetan: elkarrizketa eta espresio hizkera, entzumenaren ulermena, ahozko espresioa, irakurmena, idazmena eta apraxia (keinu naturalak) ebaluatzeko.

2.-Western bateria afasiarako. Neurri handi batean, Boston testa afasiaren diagnostikoa egitearen osteko garapena da (Kertsz 1979, 1982). Izan ere, itemetako asko Boston testa afasiaren diagnostikoa egitekotik hartuta daude. Itemen bateriak ahozko hizkuntzaren lau azpi-proba ditu, bost puntuazio sortuz. Puntuazio horiek 10 puntuko eskala bihurtzen dira eta ondoren "afasia koizientea" kalkulatu da eskalako bost puntuazio horiek bider bi eginez eta batuz. Puntuazio normala edo perfektua 100 da. Zenbat eta adostasun gutxiago erakutsi guztizko puntuazio horrekin, orduan eta larriagoa izango da afasia asaldura. Orokorrean, Western bateriatik ateratako indizeak onargarriak direla uste da.

3.-Minesota testa afasiaren diagnostiko diferentzialerako (Scheull 1953, 1973). Proba honek 59 azpi-proba ditu bost arlo desberdinetan multzokatuta: entzumen asaldurak, ikusmen eta irakurmen asaldurak, hizkera eta hizkuntzaren asaldurak eta ikusmotor eta idazmen asaldurak. Emaitzak kategoria funtzioaletan zatitutako eskala diagnostiko batean laburtzen dira. Lortutako emaitzak prozedura terapeutikoen plangintzan erabiltzen dira bereziki.

4.-Komunikazio-gaitasunaren Porch indizea (Pica 1969, 1971). Jokabide eredu batean dago hertsiki oinarrituta eta pazientearen eboluzioa islatzea da bere helburua, errehabilitaziorako gida gisa erabiliz. Mugak ditu, ez baititu pazientearen gabeziaren azpiko prozesu neurolinguitikoak aztertzen. Horrez gain, material zehatza (aiztoa, sardexka, giltza, orrazia...) behar da, aldezturiko entrenamendu sakona behar du eta nahikoa zaila da puntuatzea. Probak 180 item ditu.

5.-Bartzelona testa. Miaketa neurologikorako programa integratua. Hizkuntza proba hau (Peña – Casanova) zabalagoa den neuropsikologiako bateria baten zatia da. Bere aplikazioa banakakoa da, aldezturik ez da egiteko denborarik finkatzen eta 20 urtetatik aurrera aplikatu daiteke. Besteak beste honako alderdi hauek miatzen ditu: bat-bateko hizkuntza, hitz-jariorasuna, informazio-dukia, intonazioa, hizkuntza automatikoa, izendapena, errepikapena eta abar. Proba honen muga bakarra erakusten duen baremazio eskasa da.

6.- Elebidunentzako Afasia Testa (*Bilingual aphasia test*). Proba (Paradis, 1987) subjektuaren bi hizkuntzetan aplikatu behar da, asmoa subjektuaren hizkuntza bakoitzaren trebetasun linguistikoaren ebaluazioa egitea da, oinarri linguistikoaren bitartez subjektuaren komunikatzeko ahalmena ezagutzeko. Elebidunentzako Afasia Testa hiru zatitan banatzen da: hizkuntza guztietarako berdina den zati bat, hizkuntza bakoitzaren azterketa zehatza egitekoa eta hizkuntza pare jakin baten paralelismoaren azterketa berezia egitekoa.

Proba ehunka hizkuntza bikoteetan dago erabilgarri, hizkuntza bakoitzari dagozkion egokitzapenak eginda, hortaz ez dira testen itzulpen soilak. Hizkuntza bikote horien artean, gaztelania-ingelesa (Paradis & Ardila, 1989) eta Paradisek, Jose Luis Alvarez Empanza, Iñaki Bidegain eta Lore Erriondoren laguntzarekin (1993) garatutako gaztelania-euskara, euskara-ingelesa, euskara-frantsesa bikoteak. Elebidunentzako Afasia Probak lau modalitate ditu: entzun, hitz egin, irakurri eta idatzi. 32 azpi-eskalen artean, besteak beste honakoak aztertzen dira: elebitasunaren ezaugarriak, bat-bateko hizkuntza, agindu sinpleak, ulermen sintaktikoa, sinonimoak, antonimoak, esaldien errepikapena eta abar. Egileen ustetan, hobe da proba saio batean baino gehiagotan egitea, luzea eta nekagarria suerta baitaiteke. Gainera argitu behar da proba honen xedea, egileen esanetan, *"...ez da subjektuen afasia motaren diagnostikoa egitea, subjektu elebidunetan afasiaren eragina behatzea baizik. Gaitzak jo aurretik zituen hizkuntza bakoitzaren egoera zein den, hauen berreskuraketari ahalik eta modu eraginkorrenean ekiteko plangintza eraiki ahal izateko."* (Erriondo, L., 1993).

Proba hau, baliteke ondoen antolatuta dagoen proba izatea eta ulergarriena afasien diagnostikoan. Bi hizkuntzen artean dagoen afasian disoziazioa analizatzeko erabil daitekeen arren, baliagarria da hizkuntza bakar batean dagoen afasiaren azterketa ere egiteko.

Michel Paradis-en ustez (1985), beti izan da zaila zehaztea afasiko elebakarrei egindako testetan zer zen linguistiko hutsa eta zer zen beste ahalmen kognitibo batzuk kutsatua, esaterako adimena, memoria, arreta gaitasuna, edota medikazio mota, edo erlazionatutako beste defizitak. Elebidunetan, hizkuntza bakoitzean linguistikoki baliokideak diren testak ebaluatua, jokabide desberdintasun guztia hizkuntza batean bestean baino gehiagoko defizit linguistiko nabari bati baino ezin zaio egotzi, zeren gizabanako berean linguistikoak ez diren faktore guztiak berdindinak dira, edozein hizkuntza hitz egiten duelarik ere.

Hori guztiori aintzat hartuta beraz, gomendagarria da test espezifikoak egitea, diagnostiko zuzena izateko, pazientearen eboluzioa baloratzeko eta baita bere pronostikoa ere izateko (Úrbez Mir M^a et al. 2002).

Berreskurapena

Garun-kaltea gertatu ondoren, paziente afasiko guztietan, bi aldi desberdin bereiztu dira berreskurapenean: batetik, berreskurapen goiztiarra (garun-kaltea izan eta berehala) eta bestetik, berreskurapen berantiarra (hainbat hilabete edo urte iraun ditzakeena). Baina kontuan hartu behar da beti, berreskurapena hilabeteetan eta hilabeteetan jarrai daitekeela, eta paziente kronikoentzat ere errehabilitazioa oso erabilgarria izan daitekeela.

Elebitasunaren neurologiak erakutsi digunez, garun-patologiek ez dute zertan eragin bera izan behar subjektuak ezagutzen dituen hizkuntza guztietan. Hizkuntza jakin bat erabiltzeko gaitasuna gal daiteke, aldi baterako edo betiko, baina beste batean aldiz, komunikatzeko gai izan. Bada, hizkuntzak berreskuratzean ere, antzeko gauza gerta daiteke; zenbait kasutan garun-kalte baten ondorioz eleaniztuna elebakar bilakatu daiteke, hots, hizkuntza bat gordetzea eta gainontzekoak galtzea (Erriondo, 1993).

Bi izan ziren XIX. mendean gizabanako afasikoen hizkuntza-berreskurapenerako proposatu ziren funtsezko printzipioak: Ribot-en legea (1883) delako printzipioa eta Pitres-en legea (1895) delakoa. Aipagarriena da biak, zati batean, kontraesankorrak direla euren artean. Ribot-en legeak adierazten du, afasia kasuan ondoen berreskuratzen den hizkuntza ama-hizkuntza dela, Pitres-en legeak, ordea, dio afasiaren hasieran pazienteak erabiltzen zuen hizkuntza izango dela ondoen berreskuratzen dena, nahiz eta ama-hizkuntza ez izan.

Gauzak horrela, zalantza barik esan genezake paziente elebidunen afasiaren osatzea oso konplexua dela eta, hainbat aldagaien menpe dagoela, esaterako: bi hizkuntzen jabetzea zein adinarekin izan zen, zein ordenan izan zen hizkuntzen jabetzea, bi hizkuntzen ezagutza maila, bi hizkuntzen erabilera eguneroko bizimoduan eta inguruko hizkuntza pazienteari afasia agertzen zaionean. Pitres izan zen lehena, 1895. urtean afasia elebidunen eskuliburu bat idazten eta bertan, berreskurapen ereduak ere deskribatu zituen. Horren ildotik, M. Paradis-ek (1977) sei eredu desberdin ezarri zituen pertsona elebidunen kasuan hizkuntza berreskuratzeke:

- 1.- Diferentziala. Hizkuntza bakoitza bereiztuta aldatzen da eta berreskurapena abiadura berdinean edo desberdinetan gerta daiteke.
- 2.- Paraleloa. Hizkuntzak antzeko moduan aldatzen dira eta batera berreskuratzen dira. Paradis-ek adierazi zuen afasia elebidunaren kasuen %40ak eredu paraleloaren berreskuratzea izaten zuela.
- 3.- Antagonista. Hizkuntza baten berreskurapena aurrera egiten duen bitartean bestea atzerantz egiten du.
- 4.- Ondoz ondokoa edo jarraikakoa. Hizkuntzetako batek ez du inolako berreskurapenik azaltzen bestea berreskuratu den arte.
- 5.- Hautatzailea edo selektiboa. Hizkuntzetako bat, beste barik, ez da berreskuratzen.
- 6.- Mistoa. Hizkuntzak modu konbinaturen batean berreskuratzen dira.

Fabbro-k 1999ra arte argitaratutako paziente afasiko elebidun (eta eleaniztun) guztien kasu klinikoak aztertu zituen eta honakoa ondorioztatu zuen:

- 1.- Berreskuratze diferentziala. Kasuen %60.
- 2.- Ama-hizkuntzaren berreskuratzea. Kasuen %32.
- 3.- Bigarren hizkuntzaren berreskuratzea. Kasuen %28.

Fabbro-k egindako ikerketen emaitzen ondorioz, proposatu zuen arestian aipatutako berreskuratze-faktore edo aldagai horiek, hau da; lehen ala bigarren hizkuntza izatea, egunerokoan gehien erabilitako hizkuntza izatea edo afektu-karga handiena izatea edo baita afasia eragin duen lesio edo gaixotasuna zein den, edo lesioaren lekua, benetan ez zutela eragin berezirik berreskuratze-prozesuan.

Hala ere, Yolanda Almagro-ren tesian (Universitat Rovira i Virgili, 2003), katalana eta gaztelania hitz egiten zuten paziente elebidun afasikoen gaineko ikerketan, paziente elebidunek izandako arazoak berdinak ziren hizkuntza batean zein bestean eta desberdintasunak zeuden kasuetan, egikaritzea bigarren hizkuntzan (gaztelania) lehenengoan (katalana) baino hobea zen.

Afasien analisia hiztun elebidunetan ondorio oso garrantzitsuak ditu errehabilitazioaren ikuspegitik. Erabakitzailea da terapian erabiliko den hizkuntzaren hautaketa. Alabaina, badirudi gutxienez bi aldagai hartu behar direla kontuan; batetik, zein den hizkuntzarik funtzionalena pazientearentzat eta, bestetik, zein den bere ama-hizkuntza. Gainera, gerta daiteke berreskurapena orokortzea tratatutako hizkuntzatik tratatu ez den hizkuntzara.

Azterketa horietan guztietan ikusten diren emaitzak eta aintzat hartu beharreko baldintzatzaileak berdinak dira euskara eta beste hizkuntza batek osatzen duten hizkuntza bikoteaz ari garenean. Euskarak, beraz, esan daiteke, beste hizkuntzen modura jokatzen duela, norabide bera har baitezake hizkuntza-berreskurapenetan.

Horrez gain, kontuan hartu behar diren bestelako baldintzatzaile batzuk berreskuratzearen bilakaera aztertzerakoan, honakoak dira; subjektuaren gaztetasuna, subjektuaren adimen maila, subjektuak duen eskola maila, lanbidea eta baita gaixoaren egoera psikologikoa ere (Perelló, 1984).

M. Paradis-ek (2000) azpimarratzen du elebakarrak jarraikako soka baten mutur bat direla errealitatean eta antzik ez duten hizkuntzak hitz egiten dituzten elebidunak (edo eleanitzak) bestea. Gizabanako elebidunetan ez dago dagoeneko elebakarrean ez dagoen bestelako funtziorik. Desberdintasun bakarra, badirudi hiztunaren hizkuntza-sistema bakoitzaren erabilera maila dela eta agian horrek erraztasun handiagoa ematen diola elebidunari berreskuratzea azkarragoa izateko.

Fabbro-k (1999) iradoki zuen paziente elebidun (edo elebakar) baten balorazio klinikoa gaixotasunaren prozesuaren hiru uneetan egin beharko litzatekeela: lehenengoa, asalduraren fase akutuan, istripuaren lehen hilabetea igaro ondoren. Bigarrena, lesio fasean zehar, lehen hilabetetik aurrera eta ondorengo 4 edo 5 hilabetetan. Hori, faserik interesgarriena da afasiaren ikerkuntzarako, egonkortasun aldirik handiena baita, eta erraztasun handiagorekin aurki daiteke garun eta jarreraren arteko harremana. Hortaz, unerik onena izango litzateke pazienteak hitz egiten dituen hizkuntza bakoitzaren balorazioa egiteko. Azkenik, hirugarren balorazioa, istripua izan eta handik 4 edo 5 hilabetera hasi eta pazientearen bizitzan zehar egin beharko litzateke.

Bilingual Aphasia Test-aren bitartez (BAT) (Paradis eta Libben 1987, 1999) eta beste proba neuropsikologiko zein neurologiko batzuen bidez, egileak konturatu ziren pazienteen gehiengoak berreskuratze-paraleloaren eredia izan zutela (%65). Berreskuratze-paralelo horrek erakusten zuena zen, hizkuntza desberdinen zentro anatomikoak komunak direla. Hala ere, garun-errepresentazioak desberdinak izateko aukera oraindik ere zabalik zegoen (Fabbro 1999).

Paziente elebidun afasikoetan gertatzen diren defizit gramatikalak ez dira zoriz izaten, asaldura eredu zehatza jarraitzen dute hizkuntzaren egituraren arabera. Adibidez, antzeko egitura duten bi hizkuntza dakien paziente elebidun afasiko batek berreskuratze-paraleloaren eredia izango luke bi hizkuntzetan, eta akatsak desberdinak izango lirarteke bi hizkuntza horiek desberdintzen diren alderdietan (Fabbro 2001). Horren ondorioz, Fabbro-k hizkuntzen berreskurapenerako ordura arte lehentasunezko eta ezinbesteko faktoreak zirenak, lehen aipatutakoak, zalantzan jarri eta proposatu zuen faktore horiek ez zutela emandako garrantzirik.

Baina ikuspegi terapeutikotik (Úrbez Mir M^a *et al.* 2002), ez da gomendagarria tratamendua hizkuntza zehatz batean egitea, nahiz eta hasieran ama-hizkuntza erabiltzen den pazienteak suspertzeko. Afasia duen paziente elebidunaren leheneratzean eragin handia du hizkuntzaren automatizazio maila. Hortaz, eraginkorrena paziente bakoitzaren beharrezanetara egokitutako arreta-programa bat da hizkuntzaren/hizkuntzen berreskuratzea ahalik eta egokien eta azkarren gerta dadin.

Terapiak, tratamenduak

Sarrera

Gaixoaren zein hizkuntza dagoen komunikaziorako eskuragarriago erabaki aurretik, derrigorrezkoa da hizkuntza bakoitzaren ebaluaketa objektiboa egitea. Informazio hori lagungarria izan baitaiteke egin beharreko terapia zein hizkuntzetan egitea den onuragarriagoa edota bi hizkuntzetan egin behar den erabakitzeke orduan (Erriondo, 1993).

Terapiak ondorio desberdinak izan ditzake hizkuntza bakoitzean. Hizkuntza batean egindako terapiaren eragina onuragarria izan daiteke beste hizkuntz(et)arako ere. Beste batzuentzat, ordea, hizkuntza batean gauzatutako terapiak beste hizkuntzen berezko berreskuratzea eragotzi dezake, kasu honetan gaixoaren gertueneko hizkuntza indartzea gomendatzen da. Edozelan ere, Lore Erriondok bere tesian (1993) adierazten duenez, pazienteak gehienetan afasia izan aurretiko hizkuntza guztiak berreskuratzen ditu berreskurapen formalean hizkuntza bakarra landu arren.

M. Paradis-ek, 1985ean Onesimo Juncos-i (Vigoko Logopedia Eskolako zuzendaria) emandako elkarrizketa batean argi utzi zuen gehienetan pazienteak ospitalaren ingurunearen hizkuntzan hezten dela berriro; *“Ospitalea elebiduna denean, oro har, gutxien ukituta dagoen hizkuntza aukeratzen da, edo pazienteak bere gizarteratze eta laneratzean behar izango duen hizkuntza”*.

Baina geurean, hizkuntza bat indartzeko egiten diren terapietan, kontuan hartu behar da ezinbestean bizi dugun hizkuntzen ukipen egoera, euskara gutxiagotutako hizkuntza bat den neurrian, eta hizkuntzetako bat nagusitzen denean, gaztelania geure kasuan. Oraindik ere hainbat lekutan ez dago euskarazko berreskuratze zerbitzurik jasotzeko aukerarik eta (gogoratu behar dugu euskarak ez duela berreskuratzerako metodologia espezifikorik), hori baldintzatzaile garrantzitsua da, izan ere, komunikatzeko beharraren motibazioa, komunikaziokidearen, hots, terapeutaren, garrantzia bezain erabakigarria da.

Oro har, hizkuntzaren errehabilitazioaren xedeak hainbat dira: pazientea ahazkotasunean aktibo mantendu, hizkuntza berrikasi, hizkuntza hobetzeko estrategiak eman, familiari pazientearekin komunikatzera lagundu eta pazienteari laguntza psikologikoa eman. Azken hori, esan daiteke terapien ezinbestekoa dela. Izan ere, afasiaren errehabilitazioaren ikuspegiak afasiaren eragin kaltegarria gutxitzea bilatzen dute bizitzaren eremu psikologikoan, emozionalean eta sozialean.

Aditu batzuek nabarmentzen dute afasia ez dela pertsona bakar batek pairatzen duen gaixotasuna, "famiaren gaixotasuna" dela baizik. Bertan izaten diren ondorioak nabarmenak izaten baitira eta batzuetan familia beraren desegituratzea ekarri eta, konpontzeko zailak diren gatazkak sor ditzake.

Hortaz, batzuentzat ezinbestekoa da familiak ere terapia jasotzea (Hospital General de Agudos Juan A. Fernández, Argentina). Aipagarriena da, badagoela gomendiorik afasiaren kasu akutuetan parte-hartze terapeutikorik ez egiteko. Horrek, ez du esan nahi, inolaz ere paziente ebaluazio edo interakzio barik egongo dela. Edozelan ere, gomendagarria da familiakideak larritasunaren zenbaitetarainokoaren berri izatea, afasiadunarekin hobeto komunikatzeko aholkuak eskainiz.



Terapia motak

Afasikoaren hizkuntzaren errehabilitazioak ahalik eta lasterren hasi behar du. Afasiaren egungo tratamenduetan, beharrezkoa izaten da neuropsikologo baten eta logopeda baten parte-hartzea. Eta dena norbanakoaren diagnostikoaren arabera izaten bada ere, afasiaren errehabilitazio logopedikoa izaten da lehentasunezko tratamendua eta esan daiteke tratamendu estandarra gutxienez astean 2 edo 3 orduz ematen dela denboraldi luze batean zehar (6 hilabete eta 2 urte tartean). Nahiz eta errehabilitazio logopedikoa oso eraginkorra izan, bere inplementazioa zaila da, asko luzatzea garestia denez, maiz ez da paziente guztien eskura egoten.

Oro har, erabiltzen diren errehabilitazio teknikak bi lanketa ikuspegi dituzte: tratamendu funtzionala eta tratamendu psikologikoa. Tratamendu funtzionalean, lortu nahi dugun soinuaren antzeko mugimendu biologikoak erabiltzen dira.

Tratamenduaren ikuspegi psikologikoan aldiz, hizkeraren izaera soziala hartzen da kontuan eta funtzioaren alde komunikatiboa berreskuratzean jarriko du arreta. Talde zein norbanako metodoak erabiliko dira.

Teknika desberdinen xedeak, besteak beste, honakoak lortzeko garatzen dira: hizkuntza artikulatua berreskuratzeke, gramatikaltasuna berreskuratzeke, hitzak ezagutu eta gogoratzeko gaitasuna leheneratzeko, ahokoaren ulermena leheneratzeko, sozializazioa, arreta eta kontzentrazioa hobetzeko, auto-laguntza eta inguru familiarrari tratamendua emateko.

Afasiari aurre egiteko medikazioa erabiltzeari dagokionez, argitu beharra dago botikak erabiltzearen justifikazio zientifikoaren oinarria iktus edo garun-lesioaren ondorengoko neurotransmisoreen galera leheneratzea dela eta asko dira horretarako erabilitako konposatuak (bromocriptina, dexanfetaminabifemelane, zolpidem...).

Hortaz, hizkuntzaren terapiak hainbat helburu ditu: 1.- pazientea ahokotasunean aktibo mantendu, 2.- hizkuntza berrikasi, 3.- hizkuntza hobetzeko estrategiak eman, 4.- familiari pazientearekin komunikatzen irakatsi eta 5.- pazienteari laguntza psikologikoa eman.

Helburu horiek edo antzekoak zehaztea ezinbestekoa da errehabilitazio prozesua hasitakoan, beti jakin behar da helmuga non dagoen eta tratamendua paziente mota bakoitzari doitu behar zaiola.

Honakoak dira azken hamarkadetan hizkuntzaren errehabilitaziorako sistematizatu diren prozedura zehatzak:

-Melodic Intonation Therapy (MIT). Abestian oinarritutako metodologia da (Albert, Sparks eta Helm-ek sortua 1974an). Ekoizpena oso eragotzita zuten zenbait afasiadun abesti eta doinu zatiak ekoiztu zitzaketela ohartu ziren. Terapeutak hitzak erritmo zehatz batzuetara lotzen ditu, apurka-apurka intonazio normalera heldu arte. Entrenamendu horretan, terapiak aurrera egin ahala terapeutak estimulazioa murrizten joango da. Aproposa da berezko jariora erabat kalteturik dutenentzat edo ekoizpen arazo handiak dituztenentzat, baina ulermena nahikoa gordea eta errepikapen gaitasun urria (batez ere, Broca afasiadun pazienteak). Hori bai, gehienez hiru hilabetez erabil daiteke, gero komenigarria da metodologia aldatzea, bestela emaitzak okertu egin daitezke.

-Estimuluak ematearen teknika. (Wepman eta Schuell *et al.* 1964) Hizkuntza suspertzeko, pizteko, estimulatzeko beharra azpimarratzen da egikaritzea linguistikoa hobetzeko asmoz. Estimulazioa egokia izan behar du; hizkuntzaren abiadura, zailtasuna eta bolumena kontrolatuz.

Pazientearen ekoizpena momentu bakoitzean izan daitekeen ekoizpenik egokiena izango balitz moduan hartu behar da. Hizkuntza terapian hiru dira nabarmendu beharreko alderdiak: estimulazioa; gero eta erantzun hobea lortzeko, ematea; ahoko zereginen eraginkortasuna areagotzeko eta motibazioa; pazienteak prozesu terapeutikoarekin jarrai dezan.

-Desblokeatzearen teknika. (Weigl 1968) Honen bitartez, azpimarratu egiten da ukitu barik dauden hizkuntza kanalen (edo gutxien erasandakoen) erabilera beste kanal batzuen funtzionamendu okerra konpentsatzeko (adibidez, hitzak idatzian erakusten zaizkionean soinuarekin batera, pazienteak ikusmen kanaletik hobeto ulertzen dituenen). Paziente afasikoaren hizkuntza blokeatuta dago eta terapiaren funtzioa neurri handi batean desblokeatzea da.

Afasiadunak gutxien asaldatutako kanalak baliatuta erabili beharko luke hizkuntza. Horrek hizkuntza beste kanal batzuetatik erabiltzea errazten du, hizkuntzaren eguneratzea gertatzen baita.

-Base-10 Estimulazio programa. (La Pointe 1977). Erantzun bat irizpide jakin batera iristen denean, estimulua aldatu egiten da eta pazienteak beste estimulu batekin hasten da egikaritzea irizpide berria lortu arte. Hipotesiak dioenez, paziente afasikoak berrikaste aukera handia du, beraz pentsa daiteke hizkuntzaz jabetzeaz galtzearen kontrako norabidea hartzen dugula.

-Sistema funtzionalaren birrantolatzea. (Luria eta Tsvetkova 1963/1973) Garun-kalte zuten pazienteen errehabilitaziorako, batik bat afasiadunentzako, hainbat prozedura sorta sortu zituzten. Garun-kalte eta urritasun kognositiboa dagoen kasuetan ezinbestekoa da sistema funtzionala goitik behera berrantolatzea. Asaldura bakoitzak badu bere errehabilitazio programa dauden akatsetan oinarrituta eta abiapuntua gordetako mailak direlarik. Ondoen gordetako trebetasunez baliatuz oinarritzko defizitak gainditzean datza. Printzipio hori arrakastatsua izan da eta beste errehabilitazio programetan sartu izan da.

-Komunikaziorako aldizkako sistemak. Saiakera egin da esku bakar batez erabiltzeko komunikazio sistema sinplifikatuak garatzeko eta nahikoa arrakasta izan dute (Skelly et al. 1974). Zeinuen bidezko komunikazioa hizkuntzaren estimulazio kanal gehigarri gisa erabili daiteke (desblokeorako bide bat) eta oso baliotsua izan beste terapia mota batzuekin batera erabiltzeko. Eta kasurik txarrean ere, komunikazio bide bat ikasteak areagotu egin dezake pazientearen gaitasuna ingurukoekin elkarri eragiteko. Sinbolo bisualen sistemari dagokionez, erabiliena hitzekoa ez den sinbolo bat duten txartelez osatuta dago. Txartel bakoitza, objektu, pertsona edo ekintza batekin parekatzen da eta hiztegi bat garatzen den heinean, gero eta konbinazio progresibo konplexuagoak lor daitezke.

Gaur egun, sinbolo bisualen sistema horiek konputarizatu egin dira eta aukera ematen dute sinboloak hautatu eta konbinatzearen bidez esaldiak sortzeko. Esaldia osatu denean, ordenagailuak entzumenezko ekoizpen bihurtzen du.

-Language Enrichment Therapy (LET). (Lesser 1986) Luriaren teoriaran oinarritzen da, hots, hizkuntzaz birjabetzea sistema konplexuen berrantolaketan eta hizkuntza eta beste gaitasun-mentalaren arteko elkarreraginean oinarritzen da. Programa hierarkizatu honek, pazienteak honako zeregin eta prozesuetan suspertzen saiatzen da: ulermena, errepikapena, esaldiak eraikitzea, izendapena, irakurmena eta idazmena.

-Ordenagailu bidezko terapia. Arazorik generikoenetatik pazientearen beharrian eta zailtasun zehatzenetara dituzte erabilgarri, norbanakoaren eremu funtzional sentzoriala, kognitiboa eta mugimenduarena aintzat hartuta eta ezarritako zereginaren eta plan terapeutikoaren arabera. Hizkuntzaren errehabilitazioaren alderdi desberdinak lantzea ahalbidetzen dute (estimulazioa, trebetasuna eta ariketa egitea, simulazioa...).

Baina ez dute osatzen errehabilitazio prozedura espezifiko bat, tresna osagarri bat baizik. Ondo eta txarto egindakoen kopurua kontrolatu daiteke, lansaiο logopediko bakoitzaren emaitzak gorde daitezke eta erantzun bakoitzean feedback zuzenak egin. Hala ere, klinikoak dira tratamenduaren eraginkortasunaren arduradunak, ez ordenagailua, softwarea edo dena delakoa.

Komunikatzailea zeure iPad-ean. DIME eta Mavli proiektuak.

DIME: Apple Store-eko aplikazioa da komunikazio asaldurak dituzten pertsonen oztupoak gainditu eta bizi-kalitatea irabaz dezaten. Aplikazio horri esker erabiltzaileak bost tresna izango ditu: *Komunikatzailea*, 3 elementuko (pertsona, aditza eta osagarria) esaldiak sortzeko aukera izango du nahi duena adierazteko; *Quieroestoy* lehen beharizanetarako esaldiak sortu ahal ditu nahi eta egon aditzekin; *Cuenta atrás* denboraren kontzepzioa errazten du animazio grafiko baten bidez; *Arbela*, marraztu atzamarrekin eta gordetzeko aukera ematen du eta azkena *Bilduma*, piktograma multzoa da eta berriak sortzeko eta gordetzeko aukera ematen du.

Mavli proiektuak, bere aldetik, afasia duten pertsonen laguntzeko Android-en bi tresna batzen ditu; bat, objektu arruntak ezagutzeko ariketak egiteko tresna eta bestea, gailuak duen kamara erabilita objektuak detektatzeko.

-Zeinu-hizkuntza. Saiakerak egin dira afasiadun pazienteak zeinu-hizkuntza erabiltzeko baina emaitzak oso mugatuak izan dira. Arrazoia izan daiteke zeinu-hizkuntzak, ahozko hizkuntzaren antzera, gaitasun linguistikoa handia eskatzen duela. Gainera, kontuan hartu behar da zeinu-hizkuntza sistema sinbolikoa dela, ahozko hizkuntza bezala, eta hori askotan asaldatuta egoten da garun-kalteetan.

-Taldekoko tratamenduak. (Hizketa tailerrak, marrazki tailerra, musikoterapia, tailer ludikoak...) Nabarmenena da taldeak komunikazioa bultzatzeko duen eragina. Eta lan horretan, marrazkia taldean lantzea komunikaziorako lagungarria izan daiteke, musikaren bitartez, arnasketa, erlaxazioa, ahotsa emititzen lagun dezake eta jolasak, batik bat, araututako jolasek (kartak, partxisa, dominoa...) kontzentrazioa, memoria, arreta lantzeko balio dezakete.

Edozelan ere, aurrerapenen ebaluazioa norbanakoari egin behar zaio. Taldeko metodologia honek ez luke inola ere norbanakoaren hizkuntza-terapia baztertu behar, osagarriak dira.

-Ikus-entzugailuak. Metodologia osagarria da eta honakoak erabiltzen dira; diapositibak, argazkiak, filmak, grabaketak, bigarren hizkuntza irakasteko materialak... Metodologia honekin esamoldeak dira gehien lantzen direnak, ez hainbeste hitzak, ikustean ekoiztea errazten baitu.

Illo horretan eta amaitzeko, aipagarria da azken urteetan *Institut d'Investigació de Bellvitge* ikertzen ari den aukera. Aztertzen ari dira, garun-kalteak eta kalte neurologikoak izan dituzten pertsonen laguntzeko hizkuntza berri bat ikastea baliagarria izan daitekeen (2011). Teoria horren oinarria honakoa da: *"Ikusi izan da aktibitate fisikoa egitea, musika-tresna bat jotzen ikastea edo malabarismoak egitea garuna aldatzen dutela. Uste dugu hizkuntza bat ikasteak oraindik gehiago aldatuko duela"* (Antonio Rodríguez-Fornells).

Familia eta inguruko en garrantzia errekupeazioan



Paziente afasikoak aldaketa zakarra pairatzen du bere familia-, lan-gizarte- eta bizitza pertsonalean. Berarengan eta familiarengan, euren egonkortasuna aldarazten duten aldaketak sortzen dira. Horregatik, familiaren partaidetza afasiaren tratamenduan osagarri erabakitzaileria da. Familiari azaldu egin behar zaio ahoz, liburuxken edo beste elementuen bidez, pertsonak izan duen lesioak eragindako egoera berria eta orokorrean, bere hizkuntzan izan dituen ondorioak. Familiak eragin positiboa izango du pazientearen eboluzioan, bere oreka psikikoan, konplikazio psikologikoak saihestuz eta eragin gaiztoak aldentuz pazientearen errehabilitaziotik eta terapiaren jarraipenetik.

Hizkuntzaren errehabilitazioa motela da eta askotan komunikazio gaitasuna ez da jariotasunez berreskuratzen. Maiz, ulermena ere ukituta gertatzen da familiarekiko harremana oztopatuz eta zailduz. Horregatik da garrantzitsua, familia ahalik eta informazio gehiena izatea bere esku: afasiaren izaera eta bere mugak, erreakzio psikologikoak (pertsonalitate aldaketa), pazienteari zelan lagundu terapia dirauen bitartean eta espezialistaren aholkuak eta gomendioak aplikatzea hizkuntza-terapiarekin jarraitzeko.

Hainbat egilek planteatzen dute afasia gertatzen denean dolu eta ingurune familiarren berregokitze prozesu luzeari ematen zaiola hasiera. Bowly, psikoanalistaren ustez, prozesu hori hainbat etapa edo fasetan banatzen da: sentiberatasunaren sorgortzea (hurbileko familiarrak atsekabea eta haserrea sentitzen dute); sinesgaiztasun fasea (familiak gaixotasunaren bidea leheneratu nahi du); desantolaketa eta etsipen fasea (kaosaren etapa) eta maila handi edo txikiagoko batean, onarpen eta berrantolaketa fasea (familia berregituratu egiten da berriro oreka lortzeko).

Egoera horietan guztietan, gerta daiteke familiaren roletan estereotipia kaltegarriak sortzea, pazientearen eboluzio ona oztopatuz: salbatzaileria, arduragabea, ezeztatzailea eta babesleegia.

1.-Salbatzaileria: familiako kide hau gai da dena alde batera uzteko gaixoa zaintzeko. Zaintzaile arriskutsua da. Egoera euren duten arazo pertsonal bat gaintzeko erabiltzen dute, maiz familia propiorik ez duten senideak dira (pazientearen seme-alabak, ahizpak, nebak...). Denborarekin aspertzea dator, nekea eta tratu txarrak heltzen dira.

2.-Arduragabea: arrazoi desberdinak direla eta, ezin da pazienteaz arduratu eta profesionalen esku uzten du, errekupeaziorako behar duen ulerkuntza eta maitasuna eman barik.

3.-Ezeztatzailea: pentsatzen du pazienteak ez duela bere tratamenduarekin aurrera egin nahi edo "nahita" egiten duela "familia gehiago banatzeko".

4.-Babesleegia: pazienteak behar duen guztia egiteaz arduratzen da eta baita berarengatik egitea beharrezkoak ez direnak ere. Baina horretarako aldi bat egongo da, aintzat hartu behar baitugu pazienteak gorde dituen gaitasunen eta berreskuratutako behar dituen gaitasunen garapenean traba egin ahal dela.

Horrengatik guztiarengatik, hona hemen familiarentzako jarraibide batzuk: hizkuntza erraztu eta esaldi laburrak erabiltzea, helduentzako egokia den elkarrizketa naturala izatea, ahal dela distrakzioen eraginak murriztea (esaterako, irratia ren zarata), afasiadun pertsona elkarrizketetan sartzea, edozein komunikazio mota suspertzea (hitzezkoa izan ala ez), saihestu afasiadunaren hizkera zuzentzea, afasiaduna etxetik kanpoko ekintzetan parte-hartzera laguntzea eta, besteren bat egongo bada ere, afasiadunari iritzia eskatzea eta kontuan hartzea.

Horrez gain, askotan afasiadun pazienteak oso lotura handia izaten dute bere terapeutarekin, bera izaten baita maiz komunikatzeko duten aukera bakarra. Ez da arraroa paziente afasikoak euren terapeutekin nahiko goiz hastea gai pertsonalak tratatzen (familia arazoak, arazo ekonomikoak...).

Laguntza psikologikoaren zeregina ere ezinbestekoa da edozein terapiatan, baina erabat agerikoa da hizkuntza-terapiatan, batik bat pazienteak izan dezakeen isolamendua eta depresioa aintzat hartzen badugu.

Tratamendu eta terapia garaian eta horren ostean, laguntza paregabea eskaini dezakete bi elkarrekin hauek eta euren web orriak. www.afasia.org (Asociación ayuda afasia, Madril) web orriak informazio ugari ematen du gaztelaniaz: afasia moten berri ematen du, aholku, laguntza ikastaro eta terapia eta tratamendu desberdinak jasotzen ditu, eta horrez gain, afasia duten pertsonen esperientziak jasotzen ditu, izan dituzten bizipenak eta euren bizimoduan izan duten aldaketa bortitzaren ondorioak. Oso interesgarria.

www.featece.org (Federación de Asociaciones de Traumatismos craneoencefálicos y Daño Cerebral de Euskadi), web orriak, gaztelaniaz, EAEko probintzietako elkarteekin gainerako informazioa ematen du eta bakoitzean garatzen diren laguntza programak. Aukera ematen du hartutako garun- kaltearen zergatiak, motak eta azalpenak ikusteko.

Emaitzen ebaluazioari dagokionez, paziente afasikoen errehabilitazioaren pronostikoa lesioaren faktore endogenoen (mota, tamaina, kokapena, etiologia), pazientearen beraren (adina, sexua, kultura-, gizarte-maila, familia, lanbidea) eta faktore exogenoen arabera da, hau da, tratamenduaren arabera, erabilitako metodoa eta paziente eta senideen kooperazioaren arabera.

Amaierako ebaluazioa egiteko unean bi dira erabil daitezkeen gutxieneko ebaluazio bideak: kuantitatiboa; pazientearen tratamenduaren amaieran ebaluatzeko eginkizunerako prozesu terapeutikoaren hasieran erabili zen ebaluazio mota bera erabiltzen da eta, kualitatiboa; hasieran egin zen elkarrizketa, pazienteak mediku, gizarte eta emozio arloan izan dituen aldaketarik esanguratsuenak ikusteko aukera ematen du.

AZTERLANA

Adituen esperientzia

Lan honetan, afasiaren gainean aurreko orrialdetan jasotako oinarrizko teoriari errealitatearen ukitua ematea ezinbestekoa deritzot. Horregatik, ekarri ditut hona Gorlizko Ospitaleko (Osakidetza) Errehabilitazio Zerbitzuko logopedarekin eta Donostiako Aita Menni Ospitaleko logopedarekin izandako elkarrizketetan esandakoak. Biek ere, egitasmo honetan landutako gaiaren giltza dute euren lanetan afasikoekin izandako esperientziagatik. Hitz horiengandik hartuko ditugu afasiadun pazienteen errealitate, egunerokotasun eta terapien gorabeherak.

Elkarrizketetatik ateratako eduki eta informazioa aztertzen hasi aurretik, bakoitzaren lan esparrua zein den hobeto ezagutu dezagun ondoko lerrootan, Naia Eguzkizaga eta Nekane Galparsoreen lantokien gaineko datu batzuk emanda.

GORLIZKO OSPITALEA



Osakidetzakoa den Gorlizko Ospitalea ospitaleratze eta anbulatorio erregimenetako osasun zerbitzuen erakunde gisa dago antolaturik. Helburuen artean, errehabilitazioaren eta zainketa orokor eta aringarrien arloetan epe ertain-luzeko egonaldia eskatzen duten ospitaleratzeetan Bizkaian erreferentzia izatea da.

Gorlizko Ospitaleak Asistentzia Jardueran atentzio osoa eskaintzen dio pazienteari, proba diagnostikoak eta konplexutasun teknologiko handiagoko prozedura terapeutikoak egiteko gutxieneko denbora eman ondoren, tratamendua ospitale erregimenean jarraitu behar badute. Arreta zerbitzuen artean hauek nabarmendu daitezke: errehabilitazio neurologikoa, errehabilitazio traumatologiakoa, denetariko errehabilitazioa, zainketa aringarrietako barne medikuntza eta barne medikuntzaren bitarteko zainketak.

AITA MENNI

Jesusen Bihotz Sakratuaren Ahizpa Ospitalarien Kongregazioaren irabazteko xederik gabeko erakundea da, euren lana gaixo mental, garuneko kaltea duten pertsona eta adineko pertsonentzat zuzenduta dago. Guztira Aita Mennik 13 Arreta Zentro ditu; Bizkaian, Gipuzkoan eta Araban banatuta. Gehienak lehenengo bi probintzietan daude eta horrez gain, 12 Aholkularitza Puntu EAEn zehar.

Donostiako Aita Menni Ospitalea (Antiguo auzoa)



Ospitalean dauden gainerako zerbitzuen artean, burmuineko lesioen zerbitzuaren helburua, jasotako garuneko kaltea duten pertsonen errehabilitazio integrala eskaintzea da. Hortaz, bertan garatzen den lanik garrantzitsuen errehabilitazioa eta gizarteratzeko bideak ematea da.

Hona hemen egin zitzaizkien galderak:

Galdetegia

- 1.- Nola egiten duzue diagnostikoa? (testak, familia...)
- 2.- Diagnostikoa egin ondoren, zein da hurrengo pausua, ebaluazioa?
- 3.- Ebaluazioa egiteko zein material/baliabide erabiltzen duzue?
- 4.- Zeintzuk dira tratamendu edo terapiaren urratsak?
- 5.- Zein da berreskuratze-tratamenduan ematen den/duzuen batez besteko denbora?

Logopedak kokatu ondoren, eurei egindako elkarrizketetatik ateratakoaz arituko naiz jarraian. Laburrean ekarriko ditut hona konturik eta aipagarrienak, izan ere, lan honen azken orrietan, *Eranskinak* atalean hain zuzen, aukera izango duzue elkarrizketak osotasunean irakurtzeko.

Afasiadun pazienteak bi tratamendu fase izan ditzake dena delako trauma jasan ondoren eta afasia duela diagnostikatzen zaionetik; ospitalean ingesatuta jarraitu daiteke ala tratamendu ambulatorioan hasi, hots, etxetik zentro espezializatu horretara joatea egunero edo aldian-aldian dagokion terapia egin/jaso dezan.

Pazientea logopeden eskuetara heltzen denean logopedek egiten duten lehenengo gauza afasiaren norainokoak aztertzea da. Horretarako test desberdinak erabiltzen dituzte, Naia Eguskizagak Boston testa erabili izan badu ere, Bartzelona testa da gehien erabiltzen duena. Nekane Galparsorok Bartzelona testa ere erabiltzen du baina horren ostean EPLA testa erabili eta horretan sakontzen du.

Elebidunen kasuei dagokienez, momentura arte izan dituzten kasurik gehienak ahozko elebidunak izan dira, hau da, ez dira euskaraz alfabetatuak egon, hortaz, irakurmena eta idazmena ezin izaten dute euskaraz landu. Ohikoa da ahozko lanketa euskaraz egitea eta idatzizkoa edo irakurmenezkoa aldiz, gaztelaniaz. Euskara-gaztelania elebidunetan euskara zein puntutaraino dagoen kaltetuta jakiteko Aita Menniko logopedak Bilingual Aphasia Test (BAT) deituriko elebidunentzako test zehatza erabiltzen du. Oro har, esan daiteke elebidunak duen afasiaren zehaztasunak aurkitu ondoren, geroko tratamendua ez dela oinarrian gainerako afasiadunekin, elebarrerekin, erabiltzen den tratamendutik gehiegi aldentzen.

Aipatzekoa da, askotan berreskuratzea berez gertatzen dela. Hizkuntza bat lantzen ibili ostean (gaztelania gehienetan), berreskuratze bidean dagoenean maiz gertatzen da beste hizkuntza (euskara) berez etortzea, batzuetan bat-batean, besteetan apurka-apurka eta inoiz laguntzarekin. Paziente elebidunekin, paziente bera gai ez bada, ezinbestekoa izaten da familiaren laguntza jakiteko afasiadunaren hizkuntza ohiturak zeintzuk ziren afasia izan aurretik eta horietan oinarrituta eta hizkuntza desberdinen egoeraren diagnostikoan berreskuratze-tratamenduari hasiera eman.

Tratamendua, edonon eta edozelakoa izanda ere, erabat pertsonalizatua izaten da. Banan-banan aztertzen da eta diagnostikatu paziente bakoitzaren beharrianak zeintzuk diren eta horren arabera terapiak garatzen dituzte elkarrizketatutako bi logopedek. Esan baitaiteke, pertsona bakoitza afasia bat dela. Erabilitako baliabideak ere pertsonalizatuak eta egokituak izaten dira; argazkiak, irudiak, objektuak, euskarri informatikoak... Prozesu horretan, hizkuntzaren berreskurapen prozesuan, Naia eta Nekane ados daude azpimarratzean familia atal erabakigarria izaten dela. Senideak izaten dira lotura afasiadunarekin eta giltzarria baita tratamendurako baliabideak prestatzeko ere, informazio asko jasotzen baitute pazientearen trauma aurreko bizimoduaz eta zaletasunez.

Tratamenduaren luzapenez ari garenean, bi logopedek dute pentsamendu bera: lehen urtebetean izaten dira aurrerapenik nabarmenenak eta hortik aurrera, salbuespenak dauden arren, geratzen diren afasia arrastoak kronikotzat har daitezke. Hortaz, lehen urte horretan egiten da ahaleginik handiena. Hala ere, ikusi dugun moduan, pertsona, paziente bakoitza da bere tratamenduaren luzapena mugatzen duena, izan ere, aurrerapenak dauden bitartean tratamendua ere aurrera doa. Batzuetan tratamendua 6 hilabete betetzean amaitu daiteke, batzuentzat urtebetera heldutakoan eta batzuentzat lan logopedikoa ia hasi ere ez da egingo hizkera erabat kaltetuta dutelako.

Bai Gorlizko Ospitalean, bai Aita Menniko ospitaletan familiak afasiadun pazientearen benetako egoeraren berri jasotzen dute eta azaltzen zaie tratamendua amaitutakoan zelako berreskurapen mailara hel daitekeen ilusio faltsurik sor ez dadin. Errealitatea oso gogorra izan daiteke, beraz familiari ere laguntza eskaintzen zaio hasieratik (Gorlizen ACV eskolak deiturikoak ematen dira, argiago izan dezaten euren familiakoei gertatutakoa zer den), afasiadunarekin etxera bueltatzen denean bizimodu aldaketa bortitz hori guztientzat eramangarria eta duina izan dadin.

Elkarrizketetatik eta logopeden hitzetatik informazioaz gain, sentimendu nagusi bat jaso dut; profesional konprometituen eskuetan gaudela ikusi dut, antzeko teknikak erabiltzen dituztela nahiz eta euren artean harremanik egon ez eta urteetako esperientziak liburuetan ez dagoen jakituria edo seigarren ahalmen bat eman diela berreskurapen biderik egokiena topatu ahal izateko eta, beti ere oso presente dute pertsonekin ari direla eta enpatia badutelako, aitortzen dute lana batzuetan gogor samarra egiten dela, afasiarekin lotutako bizipen gehienak gogorrak izaten baitira.

Amaitzeko, argi utzi nahi dut arestian aipatutakoak elkarrizketen laburpen-laburpena baino ez direla eta benetan ezinbestekotzat hartzen dudala lan honen *Eranskinak* atalean dauden Naia eta Nekaneri egindako elkarrizketak osorik irakurtzea. Bertan topatu ahal izango dituzue eta, logopedek, Gornizko Osakidetzan eta Donostiako Aita Mennin, afasiadunekin garatzen duten lanaren zehaztasunak.

ONDORIOAK

Afasia, etiologia zabaleko hizkuntza asaldura da eta berebiziko garrantzia dauka paziente bakoitzean asaldura hori definitzeak. Horren abiapuntua lan honen hasierako orrietan azaldutako afasia mota klinikoak eta ebaluazioa izango lirateke, oso lagungarriak izaten baitira pazienteak duen afasiaren fisiopatologia eta topografia ulertzeko eta zerikusia izaten du pazientearen terapia eta pronostikoarekin.

Horretan dago gakoa, paziente bakoitzak bere diagnostikoa, ebaluazioa eta bere terapia espezifikoak izan behar baitu. Hortaz, diagnostikoak ala hobeto esanda ebaluazioak ahalik eta doituena izan behar du.

Lan labur honetarako aztertutako guztian oinarrituta, oro har, esango nuke, batez ere hiru gaietan sakondu beharko litzatekeela: ikerketa zientifikoan, lesioen kokapen eta eragindako ondorioez gehiago jakiteko, eta ebaluaziorako lagungarria izateko; paziente elebidun afasikoen kasuak jaso eta zabaltzea adituen artean, korpus horri esker eguneroko kasuekin zelan jokatu laguntzeko; eta azkenik tratamenduan familia integratzeko moduetan, izan ere, terapia amaitutakoan eurekin izango du harremanik handiena.

Lehenengoari dagokionez, aurreko ataletan ikusi ahal izan denez, oraindik orain lan handia dago egiteko, zalantzak baitaude elebidun eta eleanitzen hizkuntzen kokapenean, ondorioz, lesioak gertatzen direnean zaila da lesioaren irudiari bakarrik begiratuta jakitea horrek nolako eragina izango duen pazientearengan eta hori argituz balego, neurri batean bada ere, agian aukera handiagoa egongo litzateke paziente afasikoaren terapian arituko den logopedari hasierako lan ildo edo ardatz batzuk helarazteko eta pazienteak aurrez aurre izan aurretik hasierako plangintza bat egiteko. Logopedek, elkarrizketetan irakurri ahal izan dugunez, lan konplexua eta erabakigarria egiten dute afasiadun pazienteekin. Eurek ebaluatzen dute pazientearen egoera lesioa izan ondoren eta pertsona horiek errehabilitatzeko erantzukizuna dute ahal dela pertsona horrentzat terapia-prozesurik egokiena izan daitekeena aplikatuz.

Bigarren aztergaia dela eta, afasiadun elebidunak, imajina dezakegu zein konplikatuak izan behar duen hizkuntza bakarra menperatzen zuen pertsona afasiko batentzako terapia-prozesu egokiena aukeratzea, pentsatzekoa denez, zalantzak handitu egiten dira pertsona horiek elebidunak direnean eta kontuan hartu behar dugu gu bizi garen lurralde honetan elebidunak asko direla, hortaz, nahitaezkoa da, elebakar afasiadunen kasuan egiten den bezala, geurean bereziki, euskara-gaztelania, euskara-frantseza hizkuntza bikoteak dakiten/zekiten pazienteen kasuak argitara ematea. Batetik, lesioaren kokapena azertu ahal izango litzateke eta bestetik paziente bakoitzarengan izan duen ondorioa, horrekin batera, hizkuntza berreskuratzeke zein bide edo lanketa erabili zen jakitera ematea uste dut oso erabilgarria, lagungarria eta argigarria izango litzatekeela afasikoekin lan egiten duten logopedentzat.

Hirugarren gaiari dagokionez, familia tratamenduan integratzearena, nahitaezkoa da eta hala islatzen dute Naiak eta Nekanez erabiltzen dituzten terapietan, bi-bietan behar/ahal den guztietan familia presente dago eta argi azaltzen zaie berreskurapenaren zati garrantzitsua direla, berebiziko garrantzia duen kate-maila. Hortaz, uste dut horretan arreta handiagoa jarri beharko litzatekeela orokorrean.

Orri honen hasieran aipatutakoari berriro helduz, diagnostikoa baino pazientearen ebaluazio zehatza eta egokia da ondorengoko berreskurapenaren giltza. Logopedak pazientearen hutsuneak eta gaitasunak zehatz ebaluatu behar ditu, gero garatuko duen terapia pertsonalizatuarekin asmatzeko.

Terapia horretan, pazienteaz gain, familia ere bitarteko garrantzitsua da motibazioa eta lanketa ahal bezain arrakastatsua izateko. Ez dugu ahaztu behar afasiak berak duen alde psikologikoa, pazientearengan sor dezakeen izaera aldaketengatik, izan ere, errehabilitazioan eragin kaltegarria izan dezake.

Horren haritik, eta profesionalen alde psikologikoaren ikuspegitik, logopeden eguneroko lana gertuagotik ezagutu eta gero, esango nuke maiz bakardade sentimendua izaten dutela; pazienteentzat terapia-saioak prestatu, pazienteekin dituzten saioak, elkarrizketak familiekin... Uste dut oso lagungarria izango litzatekeela afasikoekin lan egiten duten logopedek foro bat osatzea edota euren arteko harremana eta lankidetzaren areagotzea batez ere euren mesedetan, pertsona moduan eta profesional moduan. Pertsona moduan, kideen laguntza izango luketelako eta euren inork baino hobeto ezagutzen dute lanaren errealitatea eta afasikoekin lan egiteak eskatzen duen ahalegina. Eta mesedea profesional moduan, logopeden praktika desberdinak ezagutzea lan egiteko modu eta bide anitzak eskaini ditzakeelako.

Gainera, logopedak eurak foro horren bitartez elebidun afasikoen berreskurapenerako metodologia baten sustatzaileak izan daitezke. Izan ere, batzuetan intuizioz eta esperientzian oinarrituta aritzea ondo dago baina beti ere komeni izaten da landutako zerbaiten gainean aritzea. Aintzat hartu behar da euskara-gaztelania elebidunen kasuan, orain arte logopedek aipatutako elebidun afasikoen gehienak ez zeudela alfabetatuak, beraz, euskaraz, ahozkoaharria bakarrik landu ahal zela. Baina azken urteetan gauzak aldatzen doaz, gero eta gehiago gara euskaraz alfabetatuak gaudenak, ondorioz, urteak igaro ahala errazagoa izango da elebidun afasikoen artean euskaraz alfabetatutakoak topatzea. Pentsatzekoa da, hori gertatzen denean eta elebidun alfabetatuen kasuak gora egiten dutenean zer edo zer aldatu beharko litzatekeela afasiko horien tratamenduan.

Esandako guztiak etorkizunera begirako erronkak direla uste dut, bai hasieran aipatutako 3 gaiak bai, azken paragrafoan aipatutako metodologiarena, eta lanean has daitezkeela, batik batik, logopeden eguneroko lana erraztu ahal izateko.

Konplexutasun handia gordetzen duen gaia da eta aldi berean jakin-mina eta interesa sortzen duena. Hala ere, nahiz eta geure gizartean gaur egun afasia duten pertsonen kopurua gorantz egin oso asaldura ezezaguna da eta askotan, minusbaliatu psikikoarekin nahasten dena, afasiadun gehienek euren adimen gaitasuna bere horretan izaten badute ere.

Espero dut hortaz, lan honetan aurkitutakoari esker irakurleak afasia zer den argiagoa izatea eta bere inguruan afasia duen inor badu, hemen emandako informazioa lagungarria izatea bere gertuko horren errehabilitazioan.

ERANSKINAK

Ondoren irakurri ahal izango duzuen jarraian adierazitako galdetegiari emandako erantzunen laburpena duzue, zati batzuk hitzez hitz jaso badira ere.

Elkarrizketa 2012ko maiatzaren 4an izan zen.

Naia Eguskizaga Ibarrondo

Gorlizko Ospitaleko Errehabilitazio Zerbitzuko logopeda.

1.- Nola egiten duzue diagnostikoa?

Diagnostikoa erreferentziazko ospitaleko (Gurutzeta edo Basurtu, akutuen arlotik) informean dator; afasia globala, disartria, hizkuntza arazoak... diagnostikoa espezifikatuta etortzen da batzuetan baina nik ebaluazioa egin arte ez dut diagnostikoa erabat onartzen. Hasierako egunetan agian ez du hitz egiteko gaitasunik eta egunak igaro ahala diagnostikoa aldatu egin daiteke, izan ere, pazienteak orain oso egoera akutuan helden dira. Azken urteetan gero eta fase akutuagoan datoz pazienteak eta hemen egonkortzen dira, adibidez, gerta daiteke paziente batek hitz egin gabe etortzea, edo afasia global batekin eta gero egunak igarotzean disartria bat izatea, pazienteen egoera hasieran aldatu egiten da.

Orain, pazienteak aurretik helden ziren baino lehenago helden dira, fase akutuan. Desberdina da odol-jarioa izan duen pazienteala ala iskemiko bat izatea, lehenengoak hiltzeko arrisku gehiago du baina eboluzio hobea izaten du, astebetean aurrerapen izugarriak gerta daitezke, egoera ia erabat leheneratu daiteke. Batzuetan larrialdietatik zuzenean etortzen dira. Horrek ahalbidetzen duena da tratamendua/terapia hasieratik aplikatzea.

Familiaren parte hartzea dela eta, *ACV eskola* deiturikoa dago, astearte guztietan bilera bat dago familientzat. Bilera bat egiten da sartzean eta bestea alta emateari zuzendua dago. Lehenengo azaltzen da zer da ACV bat, zergatik gertatzen den, ondorioak, eraginak eguneroko bizitzan... eta bigarrenean, alta ematekoa, egokitzapenak etxean, inguruan... Familiak ere banan-banan jasotzen du informazioa. Aipatzekoa da, pazientearen familia bertara errehabilitazio eta berreskuratzea datorrela erreferentziazko ospitaletik eta batzuetan emaitza ez da izaten eurek nahi bezain erabatekoa eta azkarra. Familiaren berreskuratzearen espektatibak batzuetan ez dira errealak, gerta baitaiteke berreskurapenik ez egotea, ezta komunikazio alternatiboen bidez ere (esaterako irudiekin). Oso zaila da ulertzea, zeure ama, neba edo bikotearekin ezin izango duzula inoiz ere berriro hitz egin, batzuetan ez da gai izango ezta ura eskatzeko ere. Erraza da ingurukoentzat asaldura fisikoa ulertzea, ikusi egiten delako, baina fisikoki ondo badago zailagoa egiten da ulertzea, ulertzeko edo hitz egiteko gaitasun eza dagoela. Horrek eraman ahal du familia pentsatzera pazienteak ez duela ahal duen guztia egiten edo ez duela bere errehabilitazioan laguntzen, eta hori horrela ez dela argi azaldu behar zaio familiari ahal duena egiten duela. Horri gehitu behar zaio, batzuetan gertatzen den, pazientearen apatia (lesioa frontala izan denean) edo deshinibizioa, gizarte-kondukta aldatuta dagoenean. Familiak zailtasunak izaten ditu hori ulertzeko edo onartzeko.

2.- Diagnostikoa egin ondoren, zein da hurrengo pausoa?

Lehendabizi baloratzen dira gaitasun gordeak eta gaitasun asalduek. Ulermena kaltetuta dagoen jakitea oso garrantzitsua da eta mintzatzeko arazorik badu, zeintzuk diren identifikatzea, baliteke zentzua duten esaldirik eraikitzeke gaitasunik ez izatea eta hizkuntza automatikoa izatea, adibidez, zenbakiak, asteko egunak, abestiak... horiek aprobeztatzen dira aurrera egin ahal izateko. Garrantzitsua da ulermena zelan dagoen aztertzea, geure ustetan kaltetuta badago horri heldu behar zaio lehenik. Baina gerta daiteke ulermenik ez izatea eta aldiz, zentzu bako hitz jarotasun itzela izatea, Wernicke edo afasia sentsorial bat dagoenean kasu. Paziente horiei gelditu egin behar zaie, gutxiago hitz egitea lortu behar da, baina pazienteak ez da bere egoeraz jabetzen eta dena ondo dagoela uste du, familiari ere oso zaila egiten zaio hori barneratzea eta pentsatzen du burua erabat galdua dagoela. Pazienteak aldioro daki zer esan nahi duen baina ez dator bat esaten duenarekin, hitz ulergaitzak izaten dira.

Afasia globalean, ez du ulertzen ez du hitz egiten, kasu horretan ulermena lantzen saiatzen da. Ulermenean apur bat aurreratzea urrats handia izan daiteke jakiteko zeintzuk diren arazoak eta hizkuntza bideratzaileak (gako fonetikoak, testuinguruko gakoak...), garrantzitsua da irakurmena eta idazmena apur bat gordeak egotea, horrela bada, aprobeztatzen. Ikusmena eta ukimena erabiltzea ere oso lagungarria izan daiteke. Azken batean, erabilgarri dugun edozer erabili behar da berreskurapen prozesuan.

Aipagarria da puntu honetan elebidunen kasua, izan ere, Naiak izan dituen elebidun gehienak ez zeuden euskaraz alfabetatuak. Paziente bat elebiduna dela detektatzeko zelan egiten duten galderari, hauxe erantzun zuen: datu hori ez da erreferentziako ospitaleko txostenean agertzen, baina medikuak batzuetan bai jartzen du *euskalduna da*, *euskaraz hobeto* baina normalean familia izaten da horren berri ematen diguna baina aurrerago. Egoera zertan den jakiteko, ebaluazioan, maiz galdetzen du *euskalduna zara?* eta gertatu izan zaio afasia globala izan arren *bai!* erantzuna jasotzea, nahiz eta besterik esateko gai ez den. Kasu horretan, hitz egiteko gai bada euskaraz egiten da terapia, baina idatzizko euskarriak gaztelaniaz erabiltzen dira alfabetatuak ez direlako izaten.

Bere esanetan ezinbestekoa da familiarengandik jasotzea euskaraz zelako lekua zuen bere egunerokotasunean. Batzuetan euskaldun berriekin gerta daiteke euskara bere hizkuntza nagusia ez izatea, orduan, zertarako landu? Gainera euskaraz gaztelaniaz baino zailtasun handiagoak dituen pazienteak. Hala ere, argitu behar da ez dela kontuan hartzen ama hizkuntza den ala ez, baizik eta zein den gehien erabiltzen dena eta erraztasun handiagoz. Erosotasuna topatu behar da, kasu desberdinetan jartzen badugu arreta ez da ohikoa izaten ama hizkuntza ez den, hots, geroago hartutako bigarren hizkuntza horretan hitz egitea, afasia batean euskara zein gaztelaniaz izan, gerta badaitekeen arren. Badago adibidez paziente lekeitiar bat *euskalduna zara* galderari baietz erantzuten duena baina beti gaztelaraz hitz egiten duena, familiaren ustekabe eta kezkarako. Kontua da, pazienteak gaztelaniaz hitz egin nahi badu eta erosoago sentitzen bada, logopedak inoiz ez duela behartuko pazienteak beste hizkuntza batean hitz egitera. Badago ere paziente galego bat, Bilbon urte askotan bizi izan dena, afasia nahiko latza zuen, parafasia askorekin baina galegoz hitz egiten zuen, hitz egin ahal zuen mailan. Kasu horretan, adibidez ez du gehien hitz egiten zuen hizkuntzarantz egin, ama hizkuntzarantz baizik.

3.- Ebaluazioa egiteko zein material/baliabide erabiltzen duzue?

Gehien erabiltzen dudana Bartzelona testa da. Lehen Boston ere asko erabiltzen nuen, esan daiteke hizkuntza asalduren ebaluazioan proba erregina dela. Bartzelonak duen berezitasuna da, baduela hizkuntza ebaluatzeko alde bat eta horrez gain, ikusmen memoria, apraxiak, atentzioa, hizkuntza memoria... Batzuetan ez da testik erabiltzen, eta hainbat irudi hartuta adibidez ohea non dagoen galdetzen zaio identifika dezan, edo plastikozko fruta aleak eman ukitu eta bakoitza eskatu edo eskura dituen bestelako benetako objektuekin.

Boston probak gehiago sakontzen du hizkuntza-arazoetan, Bartzelonak baino. Hizkuntza proba batek baloratu egin behar du: ulermena ahozkoan eta ikusmenean eta, espresioa ahozkoan eta ikusmenean, eta gero izendatu ahal duen, errepikatzeko gai den, hizkuntza automatikorik duen... horiek guztiak baloratu behar dira gutxienez. Ahal denean, noski. Batzuetan ezinezkoa baita horrelako ezer baloratzea.

Lehenengo egunean, hasierako elkarrizketan galdetzen direnak ere laguntzen dute ebaluazioa egiten: kokapen fisikoa, non gauden, orientatuta dagoen jakiteko, familiarik duen ala ez, lana... izan ere, beste arazo batzuk badaude, euren burua dagoen lekuan kokatzea. Arazo horiek hizkuntzaren bidez azaltzen dira baina ez dira hizkuntza arazo bat. Ezinbestekoa da baloratzea bai/ez erantzutearekin molda daitekeen, ez hainbeste hemen ospitalean, baizik eta kanpoan. Irakatsi egiten zaio familiari galdetzen, ezin baita alternatibarik eman kasu askotan, ezin da galdetu; *hau nahi duzu ala bestea nahi duzu?* Honela galdetu behar da: *hau nahi duzu?* Bai/ez. Galdera zuzenak eta itxiak izan behar dute. Hori lortzen bada, familiarentzat lorpen nabarmena da.

4.- Zeintzuk dira tratamendu edo terapiaren urratsak?

Afasiaren gaineko liburuetan adibidez, errepikatzearena ez dago frogatuta eraginkorra denik. Egin behar dena da pertsona bakoitzarekin terapian ondoen funtzionatzen duena topatzea. Ez dago tratamendu irizpide orokorrik, segun eta zein afasi motaren aurrean gauden. Terapia erabat pertsonalizatua izan behar du.

Batzuetan ahozko lanketa ez da posiblea, orduan zehazki linguistikoak ez diren beste arlo batzuk lantzen dira; atentzioa, arrazonomendu espaziala... gordeak dituen beste gaitasun batzuk. Argazkiak, sekuentziak erabiltzen dira; erakutsitako materiala ez da bereziki prestatua afasia kasuak lantzeko (*Color cards*, objektuen argazkiak, eta *What's missing*, argazkiak) baina oso baliagarriak izaten dira. Ulermena lantzeko adibidez, hiru lau argazki ipini ahal dira bata bestearen ondoan eta betaurrekoak eskatu eta ulertuz gero, argazki egokia hartzearekin batera objektuaren izena esan. Irakurtzeko aukera badago idatziz ere eman daiteke, izendatzeko ere erabil daiteke. Material berdina erabiltzen da gauza desberdinak lantzeko. Oso material bisuala da.

Afasia globalekin ezin da horrelakorik egin baina bestelako afasikoekin irakurmena hitz mailan gordea badute adibidez, irakurtzeko bi bide ditugunez, bisuala eta fonologikoa. Hitzaren irudia buruan duzu, bisuala, orduan identifikazioa azkarra eta zuzena da, horregatik irakurtzen dugu hain arin, baina hitza ezezaguna bada bide fonologikoa erabiltzen dugu, soinua + soinua, irakurtzen ikasi genuen moduan. Balorazioa egiten denean horiek guztiak ikusten dira, zein bide dago gordeagoa edo kaltetuagoa, bisuala, fonologikoa.

Material lagungarria aukeratzean asko hartzen da kontuan pazientearen zaletasunak izandakoak, arrantza bada, saiatzen gara horrekin harremana duten materialak erabiltzen bere terapiarako edo lanarekin zerikusia dutenak batez ere, lan horretarako hiztegi espezifiko bat behar baitzuen.

Azken urteetan afasia motaren baten hazkundera ikusi duen galdetzean, 18 urteko esperientzia du lan honetan, uste du bere pertzepzioa ez dela benetakoa, badaudelako hainbat kasu ez direnak errehabilitaziora heltzen.

Adibidez, badaude kasu batzuk lesioa izan eta etxera doazenak eta euren eguneroko bizitzan ikusten direnean benetako hutsuneak dituztela jabetzen direnak eta familia medikuaren bidez hona bidaliak izaten dira, edo agian afasia global larriak direnean gehi hemiplegia sakonarekin ez tratatzea erabaki dezake neurologoak, izan ere, helburu errealistak edukitzea ezinbestekoa da eta zer edo zer lortzea posible den ala ez baloratzea. Kasu batzuetan, esaterako, garrantzitsuena transferentzian laguntzea izaten da, dagoeneko etxean daudenean aulkitik ohera pasatzeko ekintzan laguntzea, esaterako. Batzuetan hori lortzea nahikoa izan daiteke eta oso lorpen handizat hartzen da.

Okupazio-terapia ere oso garrantzitsua da, aurretik egiten zituen hainbat gauza berriro irakasten zaizkiolako pazienteari (etxeko gauzak egin, makillatu, euren burua jantzi, garbitu...) normaltasun maila batera heltzen laguntzeko balio du.

Ez da ohikoa medikaziorik erabiltzea, afasia kasuetan, bakarrik depresioa edo beste garun-infartu txikia gertatu denean edo epilepsia duelako. Kontua da adi egon behar dela tratamenduan aurreratua dena, aurreratua baitago eta atzerapenik ikusten bada zer edo zer gertatu delako izaten da.

5.- Zein da berreskuratze-tratamenduan ematen den/duzuen batez besteko denbora?

Ez dago gutxi gorabeherako tratamendu-aldirik. Segun eta egoera zein den aurrera egiten da ala ez. Medikak erabakitzen du tratamenduarekin aurrera egin ala ez, normalean aurrerapenik badago tratamenduarekin aurrera egiten da, 3, 5 edo beste batzuk 8 hilabete egon daitezke terapian, azken aldia modu ambulatorioan. Adibidez esaten da, iktus bat izan ondoren, aurrerapenik handiena hasierako 3 hilabetetan eta 6 hilabetera arte aurrerapenak egiten dira. Urtebetara heldutakoan kronikotzat hartzen da, baina salbuespenak badaude. Eboluzioa dagoen artean tratamenduarekin jarraitzen da.

Kontuan hartu behar da, garun-lesioa izan duen pertsona bat ezin dela egun osoan gauzak egiten eduki, asko nekatzen baitira. Adibidez, hori bisitekin bakarrik ere gerta daiteke.

Drama handia ikusten da hemen, pazientearena eta familiarena berarena. Depresioak ohikoak izaten dira pazienteengan, normala ez dena da pozik egotea. Kontzientzia hartzen dutenean normala da deprimetuta egotea, oso zaila izan behar du gauzak eskatu ahal izatea baina sentimenduak adierazteko gaitasunik ez izatea. Frustrazio sentimendua oso handia izaten da, batez ere, Broca afasia dutenen artean, gertatzen denaz jabetzen direlako, Wernickeko afasia dutenek, aldiz, ez dute bere egoeraren kontzientziarik orduan ohikoa da pentsatzea arazoa inguruan daudenena dela, haiek ari direla arraro hitz egiten.

Horretan pazienteak badu bere bidea, baina familiak ere. Negazioan geratzea gauzarik txarrena da pazientearentzat eta ingurukoentzat, egin ezin dituen gauzak eskatzen direlako eta pazienteari min psikologikoa baino ez diogulako eragiten.

Elkarrizketa 2012ko ekainaren 1ean izan zen.

Nekane Galpalsoro Izagirre

Donostiako Aita Menni Ospitaleko logopeda

1.-Nola egiten duzue diagnostikoa?

Aita Menni ospitaleak unitate desberdinak ditu, batzuetan ingresatuta egoteko eta beste batzuetan eguneko zentroa eta zerbitzu anbulatorioa ematen zaie, kasu honetan mistoa da, azken biak batzen baititu. Funtzionamendua guztietan berdina da; zentro guztietan ekipo bat dago; medikuak, neuropsikologoak, terapeuta okupazionalak, fisioterapeutak eta logopedak eta baita gizarte-langileak ere.

Heltzen da pertsona bat edo eskaera bat, iktus edo traumatismo bat izan duena eta lehenengo medikuak ikusten du, berak aztertzen du zer behar duen eta errehabilitazio programa bat prestatzen du, fisioterapia, logopedia, psikologia eta dena delakoak bateratuz.

Medikuak dagoeneko informazioa jaso du dituen txosten mediku guztietatik eta familiarengandik, aurretik Osakidetzatik igaro bada, edo bestelako informazioa.

2.- Diagnostikoa egin ondoren, zein da hurrengo pausoa?

Batzuetan oso argi dago eta medikuak egiten du diagnostikoa, baina gehienetan guk, logopedok, berriro egiten dugu diagnostikoa ikusteko lesioaren eragina norainokoa izan den. Medikuak ildoak markatzen ditu, malgutasunarekin noski, eta afasiaren azken ebaluazioa geuri dagokigu. Hiru hilerik behin gehienez bilera bat egiten du ekipo guztiak aztertzeko aurrerapenik egin den, helburuak lortu diren. Geldiune bat egin eta erabakiak hartzen dira errehabilitazio prozesuaren gainean. Betiere malgutasunarekin, izan ere, profesionalok bilerak maiz egiten ditugu. Horren ondoren, medikuak ere aztertu egiten du eta familiarekin batzen da egoeraren berri emateko. Hala ere, batzuetan familia eguneroko tratamendu saioetan ere gurekin eta pazientearekin batera egoten da. Hau da, harremana behar adinakoa izaten da.

3.- Ebaluazioa egiteko zein material/baliabide erabiltzen duzue?

Lehenengo hartu-emana familiarekin izaten da. Galdetzen zaie nola moldatzen diren eguneroko bizitzan, nola komunikatzen diren, keinuka, hitzen bidez, dituzten zailtasunei buruz galdetzen zaie oso garrantzitsua iruditzen baitaie informazio hori guztia izatea. Ondoren ebaluazioa egiten da.

Pazientearekin testak erabiltzen dira ebaluazioa egiteko. Esan genezake test bakoitzak afasia ulertzeko/aztertzeo teoria desberdinei erantzuten dietela, neuropsikologia klasikoa (Broca afasia, Wernicke afasia eta mota horretako sailkapenak) agian zabalduena da baina badago ere, gaur egun neuropsikologia kognitibotik datorren ardatz bat eta hau prozesuen azterketan oinarritzen da. Ebaluaketa zailagoa da baina finagoa ere. Errehabilitaziorako askoz ere gehiago laguntzen du.

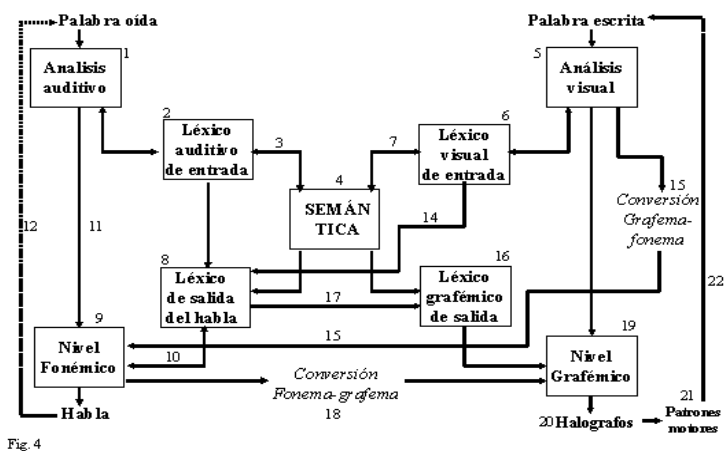
Orduan, lehen ebaluaketa bezala klasikoa erabiltzen dut, Bartzelona testa; izendapena, errepikapena etab. aztertu eta hortik ateratzen dudana ondorioetan oinarrituta teoria berriaren beste test bat erabiltzen dut, Ellis eta Young-ek planteatutako EPLA testa (*Evaluación del Procesamiento lingüístico en la afasia*, Lesser & Coltheart, 1995). Bartzelona testan; izendapena, errepikapena etab. aztertzen dira, eta ondorioa izaten da hau egiten du eta hau ez, baina horren azpian zergatik bat dago. Horretan laguntzen du EPLAk hain zuzen, prozesu horren zein mailatan eten egin den landu nahi dugun gaitasun hori. Guretzat praktikan, Broca afasia duela esatea oso gutxi da, ulermena gutxi gorabehera ondo dago, arazoa espresioan dago, baina hor ere gauza asko daude. Sailkapen horren barruan paziente klase asko daude, horregatik da gutxi guretzat.

Pertsona bakoitza afasia bat da. Teoria honek ez du etiketarik jartzen, prozesu bat gaizki badago izena badauka, baina deskriptiboa da. Guk geure informetan bai jartzen dugu mota espresiboko afasia du, baina ondoren deskribapena dator.

Errepikapenak berak, prozesu bat baino gehiago du hortaz jakin behar da non dagoen etena. Ariketa bakoitzetik informazio txikia ateratzen da. Idazmena eta irakurmena ere aztertzen dira. Hipotesi bat izan ahala konprobatzen joan behar duzu.

Praktikan arinak izan behar dugu, ezin gara egon ebaluatzen hamar saiotan, hori ere kontuan hartu behar da. Batzuetan errehabilitazioa hasita dagoenean ere, EPLAko ebaluazio ariketatxoak egiten ditut (EPLA testak berak, prozesu bakoitzaren arazoa detektatzeko ariketak planteatzen ditu) zer edo zer sumatzen badut. Kaltetutako prozesuen berri izateak errehabilitazioa askoz ere zuzenagoa izatea ahalbidetzen du.

Hemen ikus daiteke berak elkarrizketan zehar erakutsitako tauletako bat (EPLA testa):



4.- Zeintzuk dira tratamendu edo terapiaren urratsak?

Errehabilitaziorako materialean normalean paziente bakoitzari bideratutako egokitzapena egiten zaio, zaletasunetan oinarrituz. Informazio hori familiarengandik lortzen dugu, izan ere, beti etortzen dira familiako baten batekin eta integratu egiten dugu errehabilitazioan egoki deritzogun guztietan. Familiakoei ildoak ematen dizkiegu pazientearen arabera, keinuak erabiltzeko edota esaldi laburrak erabiltzeko, esaldi bakoitzean ideia bakarra... eta antzekoak.

Materialari norberak eman behar dio erabilgarritasuna. Logopedak argi izan behar du zein prozesu landu nahi duen eta horretarako zein material behar duen, ez alderantziz. Irudien bidez lanketa egiteko: "*Hitzak irudiz ikasi*" liburuak nahiko irudi konplexuak ditu baina oso baliagarria gerta daiteke, objektuen argazkiak (*Color cards*) eta ekintzen sekuentzien argazkiak (*Atelier, Séquences – photos, Nathan*).

Hurrekin lantzeko material ugari dago, asko eta asko marrazkitxoak izaten dira eta zailtasuna izaten da helduentzako materiala lortzea paziente batzuk txarto hartzen baitute haur itxurako material mota horrekin aritzea.

Material ugari dugu ordenagailuan guk sortutakoa. Fitxak dira, irudi eta hitzekin, osatuak ala ez, askotan etxeko lan gisa planteatuta. Baina kontuan hartu behar da, paziente batzuekin ez dutela irudiak funtzionatzen eta objektu fisikoa erabili behar direla, beraz fitxa horiek ezin dira erabili.

Elebidunekin, orain gutxi ezagutu dut elebidunak ebaluatzeko test bat, *Bilingual Aphasia Test*, eta urte pare bat da edo erabiltzen hasi naizela, ia kasualitatez izan nuen horren berri. BAT oso interesgarria da konparaketa egin daitekeelako, ikusteko zer dagoen okerrago. Praktikan familiari galdetzen diot zer den gehien erabiltzen duten hizkuntza eta zein den lantzea nahi dutena. Baina oso argi badago zein hizkuntza dagoen ondo eta zein oker, lehenengoa erabat landuko dugu osatzeko moduan baina bestea ere. Horrek ez du kentzen elebidunetan biak lantzea.

Badaude kasuak (euskaldun berria izanda) gaztelania ia erabat berreskuratuta zutenean, gero euskara ere berreskuratu nahi izatea eta tratamenduarekin jarraitzea hori berreskuratzeko. Gauza inportanteena da familiari jakinaraztea komunikazioa dela ezinbestekoena eta pazienteari aukera ematea komunikatzeko, familia saiatu behar da denbora hartzen pazienteak dioena entzuteko. Familiak balioa eman behar dio pazienteak esatea lortzen dituen gauzei/izenei, adibidez, kasu batean paziente batek *tortilla de patatas* esatea lortu zuen eta afaltzeko *tortilla de patatas* eskatu eta afaldu zuen. Horrelako gauzak orokorrean oso motibagarriak izaten dira.

Kasu askotan ez dugu lortzen hitzik ateratzea eta lehen puntu horretara ailegatuta terapiaren azkena da, baina gaur egun egoera horietan oso garrantzitsuak dira Komunikatzeko Sistema Alternatiboak deiturikoak: teknologia erabiltzeko aukera dago, eta hitzik ez dagoen kasuetan irakurketa ez egotea ere ohikoa denez, piktogramak erabiltzen dira. Badaude piktograma landuak adibidez, *SPC Símbolos pictográficos para la comunicación* deiturikoak zeinek hizkuntza oso bat osatzen duten. Batzuk zehaztasun gehiago dute eta beste batzuk gutxiago.

Erabilera ez da geure hitz egiteko gaitasunaren konplexutasuna iruditxo horien bidez komunikatzea. Irakatsi egiten zaie paperean zein ordenagailuan dauden piktograma horien bidez gutxieneko batzuk komunikatzera. Adibidez; eskatu ahal zaio aste bukaeran egindakoa azaltzeko, eta berak badaki, baina hasieran azaldu egin behar zaio egituraketa bat, orden egokia ikas dezan, gertatutakoa azaltzeko.

Programa informatikoak, gehienetan logopedak berak, Nekanek, hilabeteetan zehar egindakoak behar duen paziente bakoitzarentzat berariaz egokitutakoak dira; familiakoen argazkiak, subjektuak, aditzak, familiakoek ekarritako lekuen argazkiak, gizakien egoera animikoen irudikapenak eta abar daude eta ukipen-pantaila erabilia esaldiak osatzen joan daitezke. Beste kasu batzuetan, agian da papertxo bat bakarrik, oinarrizko beharretarako; komuna, janaria, bai eta ez.

Ordenagailu edo euskarri teknologikoa, ipad edo dena delakoa erabili aurretik, lehenengo paperezkoa erabiltzen irakasten zaie, ikusteko gai diren ala ez, familiak egoki deritzon... Ordenagailuko programak askoz ere konplexuagoak dira, baina pentsatu behar dugu gaitasunari egokitu daudela pazientearen arabera, eta aintzat hartu behar da ezin dela hiztegi guztia sartu. Saiatzen gara ere, pazienteak, hainbat irudien artean aukeran, berarentzat guk nahi dugun hori ondoen identifikatzen duena aukeratzea (batik bat egoera animikoekin), gero komunikazioan identifikazioa errazteko. Batez ere, gauza batzuetan denbora gehiago eman behar da, adibidez, barruan, kanpoan, gainean eta mota horretako hitzekin oro har zailagoa baitzaie horiek ulertzea, kontzeptu abstraktuak direlako. Nahitaezkoa da familiak ere zelan funtzionatzen duen ikastea jakin dezan nondik hasi behar den tresna erabiltzen, nahiz eta gero elementu batzuk erabili ez.

Betiere baloratu behar da komunikatzeko bide alternatibo horietatik zein den egokiena, kontuan hartuta ez direla kasu guztietan erabilgarri. Ezinbestekoa da pazienteak nolabaiteko ulermena izatea. Eta ez da ahaztu behar komunikazioa dela azken helburua.

5.- Zein da berreskuratze-tratamenduan ematen den/duzuen batez bestekoa denbora?

Orokorrean errehabilitazioaren lehen urtea da garrantzitsuena, hor ematen baitira aurrerapauso handienak. Gerta daiteke urteetan egotea errehabilitazioan baina aurrerapenak dauden bitartean, hiru hileko bileran ekipoak ikusten badu ez dagoela inolako aurrerapenik familiari planteatzen zaio eta batzuetan gertatzen da familiak eskatzea jarraitzea. Kasu horretan argi utzi behar da horrek ez duela emaitza onik izan behar. Hala ere, batzuetan hain txikiak dira aurrerapenak, guk gaztelaniaz *"no hay un traducción funcional"* esaten duguna, ez duela merezi aurrera egitea. Familiari argi utzi behar zaio zein den egoera. Gogorra da gainera guztiontzat egoera horietan lanean jarraitzea ezer ez lortzeko, beraz ez du merezi.

BIBLIOGRAFIA, BIDEOGRAFIA ETA WEBGRAFIA

Bibliografia

ADA A.F., BAKER C. (2001): Guía para padres y maestros de niños bilingües, Parents` and Teachers`Guides: No 5, Multilingual Matters Ltd.

Afasia transcorticales y afasia anómica: <http://www.ferato.com/wiki/index.php/Afasia>

AGIRRE RUIZ DE ARKAUTE, A. (2005-10-1): Itziar Laka: "Elebitasuna biologikoki interesgarria da, gizakion ezaugarria baita". Elhuyar aldizkaria.

ALMAGRO, Y. (2003): Estudio del componente léxico y morfosintáctico en pacientes afásicos bilingües del catalán y del castellano, Universitat Rovira y Virgili.

ARDILA, A. (2006): Las Afasia, Departament of Communication of Sciencens and Disorders, Florida International University.

ARDILA, A. (2008-urria): Anomia disociada en un bilingüe tardío con mejor conservación de L2. Revista Neuropsicología, neuropsiquiatría y neurociencias. vol.8, nº2. http://neurociencias.udea.edu.co/revista/PDF/REVNEURO_vol8_num2_12.pdf

AZCOAGA, J.E. (1985): Neurolingüística y Fisiopatología (Afasiología), Ed. El Ateneo. Argentina

BALKAN, L. (1979): Los efectos del bilingüismo en las aptitudes intelectuales. Marova. Madrid.

EFROM, R. (1983): Algunas consideraciones sobre trastornos de la personalidad en el paciente afásico. Sección Científica del Boletín de la Liga Argentina de Orientación al Afásico (L.A.O.A). 1983. Buenos Aires. Abril-mayo.

ERDOZIA, K. (2006): Euskal hitz hurrenkerak azterketa psikolinguistiko eta neurolinguistikoen bidez. EHU, Hizkuntzalaritza eta Euskal Ikasketak Saila.

ERRIONDO, L. (1993): Afasiko elebidunen hizkuntz trebetasunen azterketa. Otra thesis, Universidad del País Vasco.

ERRIONDO, L., ISASI, X. eta RODRIGUEZ F. (1993): Hizkuntza. Hezkuntza eta Elebitasuna, Udako Euskal Unibertsitatea.

El cerebro bilingüe. (2011-3-2) Veyrat's blog - Blogs de la Universitat de València weblog. <http://veyrat.blogs.uv.es/2011/03/02/el-cerebro-bilingue/>

FAJARDO, L.A., MOYA C. (1999): Fundamentos neuropsicológicos del lenguaje, Ediciones Universidad de Salamanca.

FLORES ÁVALOS, B.G. (2002): Las afasias – Conceptos clínicos. Manual de Medicina de Comunicación Humana nº7. México

FABBRO, F. (1999): The neurolinguistics of bilingualism. Hove, UK: Psychology Press.

FABBRO, F. (2001): The bilingual brain: bilingual aphasia. *Brain and language*, 79.

FIEBACH, C. (2001): Working Memory and Syntax during Sentence Processing. A neurocognitive investigation with event-related brain potentials and functional magnetic resonance imaging. Max-Planck-Institut Series in Cognitive Neuroscience 23: Leipzig

FRIEDERICI, A. (1999): The neurobiology of language comprehension. In A. Friederici (arg.) Language comprehension: A biological perspective. 2. argitalpena. Springer: Berlin.

GALLARDO, B. (2002): Fronteras disciplinarias: pragmática y patología del lenguaje. HERNÁNDEZ, C. eta SERRA, E.: Estudios de lingüística clínica, Valencia, Nau Llibres.

GARCÍA GARCÍA, E.: Los constructores de diagramas y modularidad de la mente. Dpto. Psicol. Básica. Procesos Cognitivos, Fac. Filosofía, Universidad Complutense, Madrid. <http://eprints.ucm.es/1617/>

GEROMINI DE NANINI, G. (2006): La exploración diagnóstica del paciente afásico, Anuario Fundación Dr. J. Roberto Villavicencio, XIV. <http://www.adinarosario.com/fotos/biblioteca/dgadul7d.pdf>

GEROMINI, N G. (2005): Limitaciones de mayor jerarquía en la rehabilitación del paciente afásico. Revista de la Fundación Dr. J. Roberto Villavicencio. 2005; 13. <http://www.adinarosario.com/fotos/biblioteca/limjer4t.pdf>

GEROMINI, N G. (1997): Motivos de fracaso de la terapia lingüística en el paciente afásico adulto. Revista de la Fundación Dr. J. Roberto Villavicencio. 1997; 5.

GEROMINI, NG. (1995): La recuperación del paciente afásico: ¿Utopía o realidad? Revista de la Fundación Dr. J. Roberto Villavicencio. 1995; 3. <http://www.adinarosario.com/fotos/biblioteca/adulto2t.pdf>

GÓMEZ, M^a. I. (2008): Aplicabilidad del test de la afasia para bilingües de Michel Paradis a la población catalano/castellano parlante. Universitat de Barcelona.

GOMEZ-RUIZ, M.I. (2009-12-17): Bilingüismo y cerebro: mito y realidad. *Neurología*. 25 (7) www.elsevier.es/Neurologia

GOODGLASS, H. eta KAPLAN, E. (1986): Evaluación de la afasia y trastornos relacionados. Madrid. Ed. Med. Panamericana S.A

GROSJEAN, F. (1989): Neurolinguists, beware! The bilingual is not two monolinguals in one person. *Brain and Language*, 36.

- GROSJEAN, F. (1985): Polyglot aphasics and language mixing: A comment on Perecman (1984). *Brain and Language*, 26.
- GROSJEAN, F. (2007). Starting BLC: 1996-1998. *Bilingualism: Language and Cognition*, 10(1).
- GROSJEAN, F. (2008). *Studying Bilinguals*. Oxford: Oxford University Press.
- HELM-ESTABROOKS, N., ALBERT, M.L. (2005): *Manual de la afasia y de terapia de la afasia*. 2. ed. Editorial Médica Panamericana S.A.
- HULL R., VAID J. (2007): Bilingual language lateralization: a meta-analytic tale of two hemispheres. *Neuropsychologia*. 45.
- IZA, M. (2003): Tecnología computacional en afasia, *Revista de psicología general y aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, Vol. 56, nº1, 101-123 orr. <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=649335>
- IZA MIKELEIZ, M.: Tratamiento de la afasia y tecnología computacional. 2º Congreso virtual: Integración sin barreras en el siglo XXI. http://www.guadernsdigitals.net/index.php?accionMenu=hemeroteca.VisualizaArticuloIU.visualiza&articulo_id=6481
- JESUS MMP. (2010): TEMA 5. LENGUAJE, AFASIAS Y TRASTORNOS RELACIONADOS. Retrieved March 29, 2012. <http://ocw.um.es/cc.-sociales/neuropsicologia/material-de-clase-1/tema-5.-lenguaje-afasias-y-trastornos-relacionados.pdf/view>
- JÓDAR VICENTE, M.(Coor.), BARROSO RIBAL, J., BRUN I GASCA, C., DORADO MESA, M., GARCÍA JIMÉNEZ, A., MARTÍN PLASENCIA, P., NIETO BARCO, A. (2005): *Trastornos del lenguaje y la memoria*. Ed. UOC Barcelona
- JUNCOS RABADÁN, O. (1985): Entrevista con Michel Paradis. *Rev Logop Foniatr Audiol*.1985; 5 :246-50 - vol.5 núm 04
- JUNQUÉ, C. eta BARROSO, J. (2009): *Manual de Neuropsicología*. Madrid. Síntesis Psicología.
- K. OBLER L. eta GJERLOW, K. (2000): *El lenguaje y el cerebro*, Cambridge University Press, Madrid.
- LAKA, I. eta ERRIONDO, M.L. (Psicología UPV-EHU) (2001) "Aphasia manifestations in Basque" In: *Journal of Neurolinguitics*, vol. 14 (2-4) <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0911604401000124>
- LÉTOURNEAU, P Y. (1995): *Consecuencias psicológicas de la afasia*. Seg Ed. Madrid.
- LETURIA, I. (2011): Afasia, hitzak buruan galduta. *Elhuyar aldizkaria* 279 zenb. <http://aldizkaria.elhuyar.org/erreportajeak/afasia-hitzak-buruan-galduta/>
- MADARIAGA, E. (2006-1-23): *Burmuinetik hitzetara*, El País.

MARTINEZ, J.M. (2008-12-10): Neurolingüística: patologías y trastornos del lenguaje, Revista Digital Universitaria, vol. 9 nº12.

OBREGÓN, S., eta GONZALEZ, C. (1993): La afasia. Exploración , diagnostico y tratamiento. Seg Ed. Madrid. Ediciones Cepes

ORTIZ CÉSPEDES, L. (2011): La familia, su rol en la terapia del afásico. Cuba. [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-logo/la familia su rol en la terapia del afasico.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-logo/la_familia_su_rol_en_la_terapia_del_afasico.pdf)

PARADIS, M. (1993): Evaluación de la Afasia en los bilingües. Ed. Masson S.A. Barcelona.

PARADIS, M. (2004): A neurolinguistic theory of bilingualism. Amsterdam: John Benjamins; 2004.

PARADIS, M. (2008): Bilingual laterality: unfounded claim of validity. A comment on Hull and Vaid. Neuropsychologia. 46.

PARADIS, M. (2008): Language and communication disorders in multilinguals. Stemmer B., Whitaker HA editors. Handbook of the neuroscience os language. Amsterdam: Elsevier Science.

PARADIS, M. (2009): Declarative and procedural determinants of second languages. Language and communication in multilinguals. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing Company.

Patrones de recuperación en pacientes bilingües afásicos: <http://urjcvicalvaro.blogspot.es/1211659560/patrones-de-recuperacion-en-pacientes-biling%C3%BCes-afasicos/>

Rehabilitación del paciente con ictus. Manual de rehabilitación de ictus (2008-2-7). <http://www.sld.cu/galerias> <http://biblioteca.idict.villaclara.cu>

ROMÁN,F., SANCHEZ, Mª P. eta RABADÁN, Mª J. (2010): Lenguaje, afasias y trastornos relacion, TEMA 5, Neuropsicología. Departamento de Anatomía Humana y Psicobiología. Facultad de Psicología. Universidad de Murcia.

S. CIARDIELLO, S. eta DE ROSSI A.: Traumatismo de cráneo - Conceptos generales de afasia, intervención de fonoaudiología en el equipo interdisciplinario, artículo 9, Grupo de trabajo de Neurotrauma, Hospital General de Agudos Juan A. Fernández. Argentina. <http://www.asalfa.org.ar/uploads/articulos/Articulo%209.pdf>

S. CIARDIELLO, S. eta DE ROSSI A.: Afasia y Familia, artículo 8, Grupo de trabajo de Neurotrauma, Hospital General de Agudos Juan A. Fernández. Argentina. <http://www.asalfa.org.ar/uploads/articulos/Articulo%208.pdf>

Tipos de afasias corticales: <http://urjcvicalvaro.blogspot.es/1208460000/tipos-de-afasias-corticales/>

ÚRBEZ MIR Mª et al. (2002): Afasia y pacientes bilingües: a proposito de un caso. Rehabilitación (Madr); 36(3)

VILLODRE CAMPOS, R. eta MORANT GIMENO, A.: Intervención multidisciplinar en afasias. Instituto de Neuro-rehabilitación y afasia, INIA NEURAL, Valencia. Ikusgai: www.inianeural.com

Webgrafia eta bideografia

Afasia: <http://www.eitb.com/es/videos/detalle/752836/teknopolis-reportaje-afasia/>

Broca's aphasia: <http://www.youtube.com/watch?v=12dO78c6-g8&feature=related>
<http://www.youtube.com/watch?v=goclUW3E-go&feature=related>

Wernicke's aphasia: <http://www.youtube.com/watch?v=B-LD5jzXpLE&feature=related>
<http://www.youtube.com/watch?v=dKTdMV6cOZw&feature=related>

Convivir con la afasia (2010):

<http://mmedia.uv.es/buildhtml?user=pauls&path=/&name=convivirconafasia.mp4>

ESTEBAN, R. La palabra enferma (the sick word) PART 1 (2010): <http://vimeo.com/17677135>

ESTEBAN, R. La palabra enferma (the sick word) PART 2 (2010): <http://vimeo.com/17679265>

Intervención en el desarrollo del lenguaje. Trastorno del lenguaje: afasia
<http://eduportfolio.org/vues/view/44211/page:741229>

La afasia: una situación/patología desconocida (2010):
<http://mmedia.uv.es/buildhtml?user=pauls&path=/&name=afasiadesconocida.mp4>

Radio Euskadi (2011-1-19); La mecánica del caracol nº98, Itziar Lakari elkarrizketa: La mente bilingüe. <http://www.eitb.com/multimedia/audios/2011/01/19/408134/MEC1901.mp3>

LAGUNGARRIAK IZAN DAITEZKEEN ELKARTEAK ETA IKERKETA-GUNEAK

www.afasia.org (Asociación ayuda afasia)

www.featece.org (Federación de Asociaciones de Traumatismos craneoencefálicos y Daño Cerebral de Euskadi)

brainglot.upf.edu/
BRAINGLOT (Bilingüismo y neurociencia cognitiva)

www.bcbl.eu
BCBL (Basque Center on Cognition, Brain and Language)

www.elebilab.com
ELEBILAB (Psikolinguistika Laborategia: Hizkuntzaren jabeakuntza eta erabilera/Gogo elebiduna)