

Anòmia i agramatisme

treball dins de l'assignatura *Neurolingüística* impartida pel professor Faustino Diéguez-Vide

Introducció

L'objectiu d'aquest treball és analitzar un cas d'anòmia i un cas d'agramatisme/paragramatisme a partir de la transcripció de dues tasques realitzades per aquests pacients. L'anàlisi d'ambdós casos ens portarà a un estudi més ampli d'aquests problemes lingüístics que moltes vegades trobem associats a quadres d'afàsia. Així doncs, no ens limitarem a fer un recull dels problemes que trobem en els pacients que examinem, sinó que posarem les dades que obtinguem del nostre anàlisi en relació amb l'estudi d'altres casos, la qual cosa ens facilitarà la delimitació dels dèficits lingüístics que nosaltres trobem.

A més d'analitzar i exposar les diferents tipologies d'aquests problemes, el treball també examinarà les repercussions que el fet de l'establiment d'aquestes tipologies (més o menys encertades) pot produir en l'adequació de la teràpia al problema real del pacient. Com veurem que s'ha donat en el cas de l'agramatisme, pot ser que englobar diferents símptomes sota una mateixa etiqueta suposi donar unes tasques de recuperació per a uns problemes que el pacient no té.

Anòmia

Transcripció

Esa lámina ¿qué es? ¿En qué pieza de la casa estamos? Sí, sí, sí. Es la...

Estamos en el... En el... a ver ...

En el sal... En el salu, en el salud... en el salón. En el salón.

¿Qué tres personas salen en esta historia? Salón, eh... A ver... la señora... Bueno, la señora.

Sí, sí. ¿Qué hace la señora? La señora... lee.

Muy bien. Eh... la niña... la niña... la niña... quiere, eh... quiere, eh... A ver, cómo díría... a ver, que no me sale lo otro.

Quiere. Quiere leer también, pero quiero decir que... libros, pero no me sale, a ver, qué tienes que decir para [hace el gesto de coger algo]

La niña quiere co... Comer. No comer no es... eh...

Quiere cog... Quiere coger, quiere coger... los libros. Coger los libros.

¿Y éste? El señor... el señor... el señor

¿Qué te parece que es esto? Eso es una... eso es una de éstos [y mira hacia una ventana]

Muy bien. Y el señor ¿qué está haciendo? El señor... el señor... a ver... el señor... está mirando. El señor está mirando [...]

En la pared hay colgado un... Hay colgado, ay espera... hay un...

Un cua... ¿cómo?, ¿cuago?

Cuad... Cuado. Cuato. No, no me sale bien. Cuaaaa...

Cuad... Cuadro. Cuadro. Cuadro. Cuadro.

Introducció

Un dels símptomes que podem trobar en el quadre d'una afàsia és l'anòmia. Entenem per anòmia la incapacitat de denominar correctament un objecte (real o un dibuix). Els símptomes de l'anòmia poden aparèixer lligats a una lesió en gairebé qualsevol part de l'hemisferi esquerre.

Això es pot traduir en un conjunt de circumloquis, paraules òmnibus (això, allò, etc.), amb respostes 'no ho sé', aproximacions fonològiques i/o semàntiques, etc. En les anòmies trobem tres tipus de resposta possible: una resposta lèxica, una parafràsia verbal (que pot ser semàntica (dins de les semàntiques n'hi ha de classificatòries - per exemple, l'ús d'hiperònims o de paraules del mateix camp semàntic - i de proposicionals - que miren de construir el significat mitjançant una descripció lingüística del que es vol dir-) o asemàntiques (formals)) i neologismes (distingim aquí, els que tenen una semblança formal a la paraula dels que no la tenen)).

Tot i que moltes de les afàsies que es coneixen són plurimodals, des dels anys 70 s'han trobat casos d'afàsies amb problemes de denominació només si la informació arriba per una via. Així parlem de l'afàsia òptica (problemes per denominar allò que és visual), afàsia auditiva (problemes per denominar allò que ens ha arribat a través de l'oïda) i afàsia tàctil (problemes en la denominació d'un objecte que s'hauria de reconèixer a través del tacte).

Però nosaltres no estudiarem aquestes anòmies de modalitat específica sinó que ens centrarem en les anòmies que difereixen per considerar que la lesió està ubicada en una part o en una altra del sistema lèxico-semàntic. Tot i que encara no és del tot clar com tenim organitzat aquest sistema, veurem que l'estudi de diferents casos d'afàsia amb anòmia sembla fer-nos sospitar que hi ha un mòdul lèxic un mòdul semàntic i una connexió entre ambdós.

Anàlisi i diagnòstic

El diagnòstic que realitzarem del pacient amb anòmia el fem a partir dels resultats obtinguts en una tasca de descripció d'una làmina. És a dir, al pacient se li presenta una làmina amb uns dibuixos (la font d'informació serà, doncs, visual) i ell ha d'explicar que són. En l'execució d'aquesta tasca podem detectar que al pacient li costa trobar les paraules adequades per denominar allò que veu i vol explicar.

Després d'analitzar les dades, el primer que fem és descartar la possibilitat de que es tracti d'una anòmia semàntica. El fet que pugui explicar adequadament el que vol dir, mitjançant recursos extralingüístics (e.g. pot gestualitzar el verb *coger* i assenyala una finestra quan vol dir *ventana*), és un clar indicatiu que té la semàntica preservada.

Com expliquen Ellis i Young, els pacients que tenen afectat el mòdul semàntic del llenguatge no tenen només problemes a l'hora de la producció sinó que també en tenen en la comprensió. Un dany en el mòdul semàntic suposa que la semàntica està afectada i, per tant, aquesta, en la majoria de casos, és irrecuperable tant en el moment de la producció com en el moment de la comprensió. Només coneixem un estudi - Hillis i Caramazza (91) - en què es va trobar una doble dissociació entre comprensió i producció, dins de la categoria dels animals.

Pot donar-se el cas que el mòdul semàntic estigui parcialment afectat. Això suposa que alguns camps semàntics estan afectats i d'altres no. En el cas del pacient JBR - Warrington i Shallice (84) -, JBR tenia més dificultats per denominar 'éssers vius' que 'éssers inerts'. Yamadori i Albert (73) descriuen un pacient amb una lesió traumàtica que tenia intacte tot el sistema semàntic amb excepció dels noms dels objectes de les habitacions i de les parts del cos. També Hart, Berndt i Caramazza (85) descriuen un malalt MD que podia denominar objectes com 'àbac' o 'esfinx' però era incapaç de fer-ho amb fruites i verdures. MD no només tenia problemes en la denominació d'objectes, sinó que també tenia dificultats en tasques de classificació (va classificar 3/24 fruites com a verdura i 6/23 verdures com a fruita). En canvi, si el que se li donava a classificar eren les paraules que designaven a les fruites i verdures les classificava correctament, així com, tampoc s'equivocava a l'hora de triar la imatge que corresponia quan se li deia un nom de fruita i o verdura. Per tant, MD era capaç d'entendre els noms que era incapaç de produir.

Com veiem, doncs, una lesió en el mòdul semàntic pot suposar la pèrdua de la comprensió i producció de noms pertanyents només a alguns camps semàntics. S'han trobat casos que afectaven categories semàntiques tan diverses com: verdures i fruites, arbres, flors, pedres precioses, peixos, malalties, metalls, insectes, instruments musicals, roba, begudes, noms propis, parts del cos i objectes d'una habitació. Tot i que el nostre pacient té problemes en la denominació d'objectes / parts de la casa (*salón*, *ventana* i *cuadro*), també té problemes amb el verb *coger* i li costa molt arribar al verb *mirando*. Aquesta diversitat de categories gramaticals¹ i semàntiques, ens fa pensar que no hi ha cap relació entre els seus problemes de denominació i una categoria semàntica concreta.

¹ Hem de pensar que el fet que hi hagi problemes en la denominació de les parts/objectes de la casa és en part causat per la làmina que el pacient descriu (és l'interior d'una sala d'estar) i per la petita mostra de la tasca

Si no es tracta d'un cas d'anòmia semàntica ha de ser, per força un cas d'anòmia lèxica o d'anòmia d'accés. Si examinem i comparem el nostre cas amb el del pacient EST - descrit per Kay i Ellis (1987) - trobem força coincidències. De fet, els problemes de denominació d'ambdós casos són força equiparables.

Així doncs tan EST com el cas que estem examinant tenen problemes a l'hora de trobar la paraula adequada per dir allò que vol dir. Tal com hem explicat, el pacient és capaç de fer-se entendre per mitjans extralingüístics sense cap mena de problema (e.g. quan fa el gest d'agafar o quan assenyalava la finestra), però té enormes problemes a l'hora de trobar la paraula per explicar que vol dir (e.g. (...) *la niña... quiere, eh... A ver, cómo diría... a ver, que no me sale lo otro. // Quiere. Quiere leer también, pero quiero decir que... libros, pero no me sale, a ver, qué tienes que decir para [hace el gesto de coger algo] // La niña quiere co... Comer. No comer no es... eh... // Quiere cog... Quiere coger, quiere coger... los libros. Coger los libros.*). El pacient sap, en tot moment, el que vol dir però té en molts moments dificultats per trobar la paraula que necessita per explicar-se.

Les característiques del seu discurs coincideixen també amb les d'EST, el discurs és fluent i força gramatical (potser amb l'excepció de *que no me sale otro y eso es una de éstos*) però s'entretalla cada vegada que cerca un terme (e.g. *el señor... el señor... a ver... el señor... está mirando*). Tot i que, a diferència d'EST, no reemplaça les paraules per paraules més generals o circumloquis sinó que recorre a l'ús de recursos extralingüístics com els que acabem de mencionar.

L'enorme dificultat que té en descriure la làmina, tot i que la seva comprensió és bona, coincideix, doncs, amb les característiques del pacient EST amb anòmia lèxica que descriuen Ellis i Young. Igual que EST (per dir 'ninot de neu' va dient '*és fred, és un home... fred... gelat*'), el nostre pacient mira de fer entendre a l'examinador que sap el que vol dir amb els recursos que té (e.g. *Quiere leer también, pero quiero decir que... libros, per no me sale, a ver, qué tienes que decir para [hace el gesto de coger algo]*).

EST, a diferència del pacient JCU, descrit anteriorment, no accepta com a bones les paraules proposades per l'examinador i que estan semànticament relacionades amb la que s'està buscant (per exemple, no acceptaria mai 'lleó' davant d'una làmina d'un tigre). Això fa suposar que el sistema semàntic està intacte. No podem dir com reaccionaria el nostre pacient a aquest experiment, ja que en el fragment transcrit no hi ha cap prova d'aquest tipus.

Igual que EST, però com també feia JCU, el nostre pacient és capaç d'arribar a la paraula que no pot denominar si se li donen ajudes fonològiques (e.g. *Un cua... ¿cómo?, ¿cuago? // Cuad... Cuado. Cuato. No, no me sale bien. Cuaaa... // Cuad... Cuadro. Cuadro. Cuadro. Cuadro.*). A partir de les ajudes fonològiques

que en tenim. Amb el fragment treballat no podem deduir si té problemes amb la denominació d'animals, malalties, fruites i verdures, etc.

comencen a sorgir tot un seguit d'aproximacions fonològiques (e.g. *en el salu, en el salud... en el salón, Una ven... una vendana, una ventana*, entre les que hi ha aproximacions fonològiques amb neologismes (e.g. '*Cuado. Cuato. No, no me sale bien. Cuaaaa...*') i sense neologismes (e.g. '*Comer. No, comer no es... ehhh... (...)* *Quiere coger, (...)*') fins que aconsegueix arribar a la paraula.

L'únic problema que tenim a l'hora de definir-nos clarament pel diagnòstic d'una anòmia lèxica és que el pacient té problemes amb paraules que no semblen ser especialment de baixa freqüència (e.g. *salón, coger, ventana* o *cuadro*). De fet, si ens atenem al que expliquen Ellis i Young del pacient EST, diuen que aquest, en una conversa espontània sol recórrer a paraules d'alta freqüència (noms i verbs que encara té accessibles), així com també utilitza amb agilitat paraules de funció. Amb aquestes característiques coincideix amb el nostre pacient, en la descripció de la làmina ell tampoc utilitza cap paraula rebuscada i utilitza amb facilitat paraules de funció (e.g. *qué tienes que decir para o eso es una de éstos*), a més, observem que no té cap problema a l'hora d'utilitzar '*muletillas*' que fa servir per dir que està buscant la paraula i a les que, com a conseqüència del seu problema, hi deu recórrer amb asiduitat (e.g. *que no me sale lo otro o pero quiero decir que*).

L'única cosa que ens fa descartar que es tracti d'un quadre d'anòmia lèxica és que considerem que els problemes de denominació que té afecten per igual paraules d'alta i de baixa freqüència. Bé, de fet considerem que paraules com *salón, coger, vendana* o *cuadro* són paraules d'alta freqüència. Per tant, podria ser que el que estem tractant sigui un quadre d'anòmia d'accés.

El fet que els problemes de denominació del nostre pacient no quedin restringits a únic camp semàntic, així com el fet que les ajudes fonològiques l'ajudin a arribar al nom (e.g. *Un cua... -¿cómo?, ¿cuago? // Cuad... Cuado. Cuato. No, no me sale bien. Cuaaaa... // Cuad... Cuadro. Cuadro. Cuadro. Cuadro.*) ens fan sospitar que es podria tractar d'una anòmia d'accés lèxic (el problema rau en la connexió entre accés i lèxic).

Tal com li passa a JCU - descrit per Howard i Orchard-Lisle (1984) - les ajudes fonològiques ajuden al pacient i ell mateix és capaç de descartar les opcions a les que arriba i que no són adequades (e.g. *La niña quiere co... Comer. No comer no es... ehhh...*). Això també és un indicatiu que el problema no és semàntic. En el cas de JCU es va comprovar, que si l'ajuda fonològica que se li dona al pacient és 'enganyosa' i ell arriba a una paraula del mateix camp semàntic no la descarta tant fàcilment com ho fa amb quan arriba a una paraula que correspon a un altre camp semàntic. Per exemple, davant d'una fotografia d'un tigre se li donava com a pista 'll', aleshores ella deia *lleó*. De manera espontània, ella va rebutjar un 24% d'aquests 'errors semàntics', en canvi, el percentatge creixia fins a un 86% si la paraula que produïa no tenia res a veure amb la que se li ensenyava a la imatge (normalment era alguna perseveració d'un terme que havia aparegut anteriorment). També es va comprovar que si l'investigador li presentava una imatge i li deia 'Això és X?', acceptava un

56% de paraules semànticament relacionades amb el què realment estava representat en la imatge, en canvi, només n'acceptava un 2% si el que deia l'investigador no tenia res a veure amb la imatge.

Però per Howard i Orchard-Lisle, la informació semàntica de JCU era insuficient com per arribar a trobar el nom exacte, i per això s'activaven formes fonològiques de paraules relacionades semànticament amb la que s'estava buscant. Això comporta la suposició que la informació semàntica que JCU pot emprar és suficient per permetre descartar les opcions que no tenen res a veure amb la que es vol, però insuficient com per descartar les paraules semànticament relacionades.

Per tal de poder verificar si realment es tracta d'una anòmia d'accés necessitaríem fer una prova de *matching* i examinar si el nostre pacient accepta com a bones paraules semànticament relacionades (tal com fa el pacient JCU). Si el pacient divergis en aquesta prova i fes com el pacient EST que no accepta apraules semànticament relacionades, hauríem de re-examinar la possibilitat de què es tracti d'una anòmia lèxica i mirar de veure si es comporta diferentment a l'hora de denominar paraules d'alta i baixa freqüència (potser per ell són paraules de més alta freqüència *señora, niña* i *señor*, amb les que sembla que no té massa problemes, que *salón, coger, ventana* o *cuadro*).

Conclusió

Després d'haver estudiat aquests tres tipus diferents d'anòmia podem creure que realment hi ha una separació lèxica i semàntica en el nostre cervell (ja que hem pogut veure que els problemes de denominació poden anar tant des d'una no-comprensió de la paraula que impedeix denominar-la fins al fet que la baixa freqüència d'ús d'una paraula (que sí que s'entén) pot arribar a impedir que arribem a trobar-la, passant per problemes d'associació entre un significat que s'entén i que activa un camp semàntic del qual totes les paraules n'entren en competició).

Com veiem, es tracten de tres problemàtiques ben diferents i a les quals no es pot aplicar un mateix patró de recuperació. Per a que li pot servir a un pacient amb anòmia lèxica que se li ensenyi el significat dels mots? O a un pacient amb anòmia semàntica que es treballi amb paraules de més baixa freqüència - ja que el seu problema no rau en la freqüència sinó en que no sap el que vol dir?

Així doncs, les teràpies de recuperació dels pacients amb anòmia han de tenir en compte, no només quines són els modalitats afectades - recordem que ja hem parlat en la introducció de què trobem anòmies de tipus visual, auditiu i tàctil-, sinó també quina part del sistema lèxico-semàntic està afectada. Saber allò que està

afectat ens ajudarà a atacar el problema de manera adequada, a la vegada, que conèixer allò que està preservat pot servir-nos de punt de partença i d'ajut a l'hora de treballar.

Agramatisme i paragramatisme

Transcripció

Quins idiomes parla? Anglès... no... no.. no ja no m'agrada, no, no i ja no m'agradaria, no... no i jo.. a casa!

Aquí no! No és que els altres no m'agraden. No volia, quan treballa al moll sí... no vull no... no.

Quin és el seu idioma matern? Mare també en català i fills català a tots.

A què es dedicaven els seus pares? Mare pare eren de Cartagena i militars.

Quin era l'idioma amb què parlava als seus amics? Castellà? Jo castellà! Català? Jo català!

Fins quan va anar al col·legi? Jo? Als set anys... al... al.. el germà de ma mare era capellà i allí només català! Català! Català!

Què va fer després de deixar l'escola? Acaba la guerra, un camió i a casa! Ma germà sí, català, castellà, anglès, rus.... pilot d'avió.

A què es va dedicar? Jo tenia molt de treball. Jo treballa, sí, a tot arreu. A la marítima... un dia es va... me'n vaig anar.

Sempre ha viscut a Catalunya? Sí, sí, tot. Aquí, aquí, jo neix aquí. Si a castellà, jo castellà. Si català, jo català. ¿Que no me entiendes? A la calle!

Era bo el seu català escrit? Hi perdut tot.

Quants anys tenia quan va aprendre a parlar en català? Ui! Deu aixins.

Parli de la seva família. Meva dona tinc aquí, aquí... pagant. I na dona... de... va a sa... sa... a Sant Boi i jo vai dos veces ingressada. Medicament no van bé. Jo dia i nit tinc que... jo... a lavabo a rentar-la... tot jo! Impossible ja! Em vol pegar i tot!

Parli de la seva feina. Jo era un dels més forts... dos cent quilos i... a cinc... quatre o cinc... dos tonelades...

Pom, pom! No parar dia i nit treballant. Vols aguantar-te? Sí! A porra! Res! A treballar.

Introducció

En el món de la neurolingüística clàssica s'havia establert una dicotomia malalts de Broca - agramàtics i malalts de Wernicke - paragramàtics. Però si eixamblem les dades d'estudi a llengües diferents de l'anglès, trobem que la dicotomia no és tan clara ja que els malalts de Broca catalans, per exemple, no tenen un parla agramàtica sinó, més aviat, paragramàtica.

Si ens remetem a la definició estricta d'agramatisme² veurem que els símptomes que mostren els malalts de Broca de llengües com per exemple la nostra, no corresponen exactament amb l'agramatisme. Segons Goodglass (1976), s'entén per la pèrdua de connectors, auxiliars i inflexions, de manera que la gramàtica pot acabar - en casos extrems - reduïda a una forma molt bàsica: la juxtaposició d'oracions d'una o dues paraules, allò que és conegut com a 'parla telegràfica'.

La producció de malalts de Broca de llengües com el català o castellà s'hauria de qualificar més de paragramàtica que de agramàtica, ja que en aquestes llengües l'omissió d'alguna flexió (per exemple, la flexió verbal) donaria no-paraules (arrels) i el que fan els malalts és una substitució o un ús inapropiat d'alguna flexió (e.g. si un malalt agramàtic en català ometés la flexió verbal del verb *pujo* quedaria la seqüència *puj* que no correspon amb cap altra paraula de la llengua sinó amb l'arrel, però ningú parla amb arrels). Estudis com els de Kolk, van Grunsven i Guper (1982) per a l'holandès o el de Miceli, Mazzucchi, Menn i Goodglass (1983) per a l'italià, proven que en aquestes llengües parlar d'agramatisme no és del tot correcte. El cas més extrem d'això seria l'hebreu - estudiat per Grozdinsky (1982)-, en aquesta llengua si a la paraula *yiladin* se li treuen les marques morfològiques queda la seqüència impronunciable *yldn*, per tant, el que fan els malalt agramàtics d'hebreu és substituir les vocals - marques morfològiques de la paraula - per unes altres.

Per tant, podem creure - Kean (1977) - que l'agramatisme o paragramatisme depèn de la llengua. Tot seguit procedim a l'examen del pacient per tal de comprovar si realment podem qualificar la seva parla d'agramàtica o paragramàtica.

² Hem de recordar aquí que el diferent ús de la paraula que fan els diferents autors porta a confusions. Així doncs, mentre que alguns autors entenen 'agramatisme' a la manera de Goodglass, hi ha d'altres autors que entenen 'agramatisme' com un símptoma que no es redueix a l'omissió de paraules de funció i inflexions

Anàlisi i diagnòstic

El nostre pacient és un catalanoparlant diagnosticat amb ‘afàsia de Broca amb agramatisme’, però si fem cas al que acabem de dir, la denominació correcta seria la d’ ‘afàsia de Broca amb agramatisme’. Per tal de mantenir o desmentir aquesta nostra suposició, però, haurem d’examinar la seva parla.

Dins de la distinció que fan Tissot, Mounin i Lhermitte (1973) de models dins de l’agramatisme, el del nostre pacient correspon clarament al d’una parla força intel·ligible, que manté un ordre correcte de les paraules tot i la pèrdua de paraules de funció i d’inflexions. Res a veure amb l’altre model proposat com a ‘un caos de paraules’. D’una banda observem a primera vista que la parla és força fluent, tot i que composta bàsicament per la juxtaposició de frases curtes (e.g. *Jo tenia molt de treball. Jo treballo, sí, a tot arreu. A la marítima... un dia es va... me’n vaig anar*). Aquestes construccions, li donen un aspecte de parla telegràfica.

Estudis posteriors, i sobretot estudis interlingüístics, han demostrat que dins d’allò que s’etiqueta com agramatisme existeix una dissociació entre un problema sintàctic de construcció de frases i un problema morfològic amb les paraules de funció i les inflexions. De fet, tal com afirma Grozdinsky (1984), sembla propi dels malalts agramàtics parlants de llengües flexives - com l’italià, l’hebreu o el català - l’omissió de les paraules de funció però un ús incorrecte d’inflexions.

Es dona això en el nostre pacient? Anem-ho a comprovar. D’una banda, hem de notar les omissions d’articles que trobem repetidament al llarg de tot el discurs (e.g. ↓ *Mare també en català* i ↓ *fills (...)*, ↓ *Mare* ↓ *pare (...)*, ↓ *Meva dona (...)*, ↓ *Medicament no van bé*, A ↓ *porra!*, etc.). Tot i que aquestes omissions no són consistentes ja que de vegades sí que empra l’article (e.g. *el germà de ma mare* o *A la marítima...*), i només un parell de vegades s’equivoca. Un dels errors és *na dona*, on la ‘l’ ha estat substituït per la ‘n’, o, es podria interpretar també que ha confós l’article que precedeix el noms propis femenins (e.g. *Na Maria*) amb l’article femení de tercera persona del singular. L’altre error a mencionar seria *ma germà* on podríem considerar que el possessiu de tercera persona del singular masculí s’ha confós amb el femení; això seria estrany ja que suposaria anar d’una forma no marcada (masculí) a una forma marcada (femení) i, normalment, els errors es donen a la inversa. A més s’hauria de tenir en compte la procedència dialectal del pacient, ja que en algunes zones dialectals del català la forma *ma germà* és la genuïna de la llengua.

I si, com hem comentat anteriorment, es dona una juxtaposició de frases curtes i sintàcticament senzilles, és lògic pensar que això es dona perquè es produeixen omissions d’articuladors discursius com connectors (e.g. *Castellà? Jo castellà! Català? Jo català!*), partícules de coordinació (e.g. *Mare pare (...)*), etc. Tot i això, hem de fer notar que el discurs no perd intel·ligibilitat i que, moltes vegades, el pacient compensa aquesta

sinó que també inclou tots els problemes de comprensió i producció que solen acompanyar a aquests

manca d'articulació discursiva per mitjà de connectors amb l'ús de la prosòdia (e.g. *Acaba la guerra, un camió i a casa!, Castellà? Jo castellà! Català? Jo català!* o *Vols aguantar-te? Sí! A porra! Res! A treballar.*).

Volem destacar també els problemes que el pacient té amb les preposicions que van des de les omissions (e.g. *Si (↓ em parlen en) català, jo (↓ parlo en) català*) fins a les substitucions (e.g. *Si a castellà*). Donada el fragment que tenim, considerem poc pertinent per aquest passatge l'anàlisi de la diferenciació que, segons Friederici (1982), fan els malalts agramàtics. Friederici (1982) exposa que els pacients agramàtics incorporaven molt millor preposicions que aportaven contingut semàntic (e.g. *under*) o modificaven la semàntica d'un verb (e.g. *look at, look for, look forward*) que les que tenien poc contingut semàntic (e.g. *he hopes for a nice present*).

El verb, tot i que es cataloga com a paraula lèxica, també està força omesa en aquest text. El pacient omet verbs que lingüísticament ja són sempre catalogats com buits de contingut lèxic - el verb copulatiu - (e.g. (↓ *és*) *pilot d'avió*) o verbs que, donat el context, no aporten nova informació semàntica a la frase (e.g. això ho fa molt amb el verb parlar: *Ma germà sí, (↓ ell parla) català, castellà, anglès, rus...* o *Si (↓ em parlen) a castellà, jo (↓ parlo/contesto en) castellà*).

A més de les omissions de verb que, com es veu, són moltes vegades compensades per la prosòdia, el nostre pacient també té problemes amb les inflexions verbals. De fet, tot i que no podem dir que les omissions d'afixos morfològics siguin molt freqüents³, trobem una omisió de desinència verbal - *Jo neix(↓ -o)* (com hem comentat anteriorment, abans de fer una afirmació contundent sobre aquesta omisió hauríem de tenir en compte que aquesta forma no correspongui amb la forma de la varietat dialectal del pacient) -. L'omisió d'aquesta flexió verbal, si realment pot ser considerada omisió, segueix el patró de les omissions de flexió que es solen donar en llengües com l'anglès i, en aquest cas, l'arrel del verb coincideix amb una altra forma verbal (amb la tercera persona del singular del present d'indicatiu)⁴.

Però si ens atenem al que afirma Grozdinsky (1984), o al que sembla que demostren estudis com el de Miceli i Caramazza (1988)⁵, el que hauríem de trobar en la parla del nostre pacient no són omissions de flexió verbal sinó substitucions. I de fet, això és el que trobem en més gran nombre. Ja que moltes vegades, la omisió de la flexió verbal portaria a l'arrel del verb que no correspondria amb cap forma de la llengua, el que fa el nostre

síntomes.

³ Pel que fa als noms, només hem localitzat la supressió d'una marca de nombre: *Medicament(↓ -s) no van bé* (fem aquesta interpretació deduïnt, a partir del context, que el número bo és el de plural).

⁴ Com comentarem més endavant, probablement aquí no només hi ha un problema de concordança de persona sinó també d'ús de temps verbal.

⁵ El pacient FS tenia una parla caracteritzada per una abundància de parafàsies fonèmiques i fonològiques sobretot en paraules aïllades. Els investigadors sotmeteren a FS a la realització d'un test, en què el malalt havia de repetir 1832 paraules. D'aquestes 1832 paraules, FS en repetí 919 de manera incorrecta i un 97% dels seus errors consistiren amb una bona repetició de l'arrel però amb una substitució de l'afix.

pacient és una substitució de la desinència verbal (e.g. . *No parar dia i nit treballant*, per ‘No parava de treballar dia i nit’).

Segons dades de l'estudi de Miceli i Caramazza (1988), es dedueix que normalment les substitucions dels malalts paragramàtics tendeixen a evitar les formes més marcades (menys canòniques) i les substitueixen per formes menys marcades (més canòniques). Així doncs, expliquen com de la totalitat d'errors que cometé el pacient FS en que substituïa un afix per un altre, un 100% dels errors anaven d'una forma més marcada cap a una forma menys marcada (en el cas dels adjectius que funcionen com en català - tenen les 4 formes: masculí singular, masculí plural, femení singular i femení plural - la major part de substitucions portaven la desinència masculina singular, la forma menys marcada de totes, i, les altres portaven la desinència del femení singular quan el que s'havia donat com a input era la forma del femení plural). En aquesta línia, la tesi doctoral de Faustino Diéguez-Vide prova que els malalts paragramàtics castellans i catalans quan fan una substitució de desinències verbals, tant en tasques de repetició com de producció, segueixen aquesta pauta i sempre va d'una forma més marcada a una forma menys marcada. Així doncs, quan es produeix una substitució d'una desinència de futur sempre es substitueix per una desinència de present i quan es substitueix una desinència de passat o també s'empra una desinència de present (un 50% de les vegades) o s'empra una forma perifràstica (l'altre 50% de les vegades).

I, de fet, això és el que trobem en el nostre pacient, una marcada tendència en la substitució de les desinències verbals que van des de la forma marcada cap a la forma no marcada (e.g. *quan treballo al moll* per ‘treballava’⁶ (empra present enlloc de passat), *Acaba la guerra* per ‘quan es va acabar’ (empra present enlloc de passat), *Jo treballo, sí*, per ‘treballava’ (empra present enlloc de passat), *Aquí, aquí, jo neix aquí* per ‘vaig néixer’ (empra present enlloc de passat), *No parar dia i nit treballant* per ‘no parava dia i nit de treballar’ (empra infinitiu enlloc de passat i gerundi enlloc de gerundi), etc.). Per tant, les dades que podem extreure d'aquest anàlisi són força coincidents amb els estudis de Diéguez-Vide i de Miceli i Caramazza.

Conclusió

Per tot el que acabem de veure, podem concloure, com fan molts neuropsicòlegs cognitius (Badexker i Caramazza (1985; 1986), Berndt (1987), Caramazza i Berndt (1985), Goodlass i Menn (1985) i Howard (1985)), que el treball tradicional que s'havia fet amb agramatisme és la manera com NO s'ha de treballar en neuropsicologia cognitiva. Ens expliquem, la concepció tradicional d'agramatisme cobreix un tant ampli ventall de símptomes i dèficits que no permet atacar bé els problemes de cada malalt. Normalment, ja que les lesions cerebrals afecten més d'una zona i el control de les funcions que esmentarem estan en zones properes

⁶ Pel que explica, deduïm que ja no treballa.

de l'escorça cerebral, un malalt de Broca pot tenir problemes de sintaxi, de formació de paraules, d'omissió, de connexió discursiva, etc. Però si ho englobem tot dins d'un mateix sac i no fem una distinció de les diferents funcions que es veuen afectades, aleshores, "l'afortunat" pacient que només té afectada una o algunes d'aquestes funcions no rebrà el tractament adequat i pot estar treballant per recuperar funcions que no ha perdut.

Si apliquem aquesta teoria a l'estudi interlingüístic i assumim que les llengües funcionen diferent, aleshores ens hauríem d'adonar que no és només que els malalts agramàtics difereixen entre ells, sinó que, a més, els malalts agramàtics de diferents llengües tenen diferents problemes. Bé, de fet, com ja hem comentat en la introducció, si agafem el sentit estricte de la paraula agramàtic, no podem parlar de malalts agramàtics en llengües flexives sinó de malalts paragramàtics. I la diferència entre agramatisme i paragramatisme es prou notable com per estudiar-la de manera diferenciada i proposar-hi solucions diferenciades⁷. És aquí on topem, de nou, no amb un dels problemes de la neurolingüística sinó de la lingüística en general. La majoria d'estudis i treballs en aquests àmbits estan fets 'a partir de' i 'per a' l'anglès, i a partir de l'estudi d'aquesta llengua s'extreuen una sèrie de conclusions que miren d'aplicar-se (amb un grau més o menys elevat d'adaptacions) a les altres llengües. I en el cas que ara ens ocupa també hi trobem un problema. Com hem vist al llarg d'aquesta exposició, el malalt paragramàtic difereix en la forma i en les solucions del malalt agramàtic, la llengua condiciona a uns i a altres a la recerca de solucions diferents davant d'un mateix problema (el malalt amb problemes de flexió en hebreu, com hem vist, no pot simplement ometre la informació flexiva a l'hora de parlar sinó que per a poder pronunciar el que vol dir ha de fer una substitució dels morfemes flexius). Si estudiéssim a fons aquests símptomes de manera diferenciada potser arribaríem a la conclusió en que aquesta diferència no rau només en la forma i que per a la seva recuperació i rehabilitació les teràpies per un i altre malalt també han de proposar solucions diferenciades⁸.

⁷ Per exemple, Von Steckerdt i Bader (1976) van trobar que els pacients paragramàtics ressolien tasques de resolució d'anagrames per mitjà de la sintaxi, mentre que els pacients agramàtics ho feien mitjançant medis semàntics. També Butterworth (1982-85-87) afirma que els errors sintàctics i morfològics dels pacients amb paragramatisme són causats per la incapacitat d'aquests pacients de monitoritzar i controlar el seu propi *output*. Si això és veritat, els errors dels agramàtics estarien basats en problemes a l'hora de la construcció de les frases, mentre que els problemes dels paragramàtics raurien en els mecanismes de control de la producció de la parla.

⁸ Pel que hem pogut veure al llarg d'aquest treball, aquest tractament específic segons els símptomes sembla ser que està molt més estudiat i evolucionat en el cas de l'anòmia que en el de l'agramatisme.

Bibliografia

- BATES, Elizabeth i Beverly WULFECK. *Crosslinguistic Studies of Aphasia*. Chapter 10.
- CAPLAN, David (1992), *Language: its structure, processing and disorders*. The MIT Press, Cambridge.
- ELLIS, Andrew W. i Andrew W. YOUNG (1996). *Human Cognitive Neuropsychology*. Psychology Press, Hove.
- RIEU, Dorothée; Florence LORNE and Gianfranco DALLA BARBA. “What Is The Role Of Semantics In Selective Damage To The Phonological Output Lexicon?” in *Cortex*, (2001) 37, 727-729