

Test MetAphAs

Metalinguaggio
nella Valutazione dell'Afasia



Vicent Rosell-Clari
Carlos Hernández-Sacristán

TEST METAPHAS

*Metalinguaggio
nella Valutazione dell'Afasia*

*Vicent Rosell-Clari
Carlos Hernández-Sacristán*

© Vicent Rosell-Clari e Carlos Hernández-Sacristán.
Valencia (Spain), 2019

Traduzione e adattamento del test a cura di Elisa Lecis e Giulia Bancheri, con revisione di Maria Garraffa

© Copyright:

Nau Llibres
Periodista Badía 10.
Tel.: 96 360 33 36
Fax: 96 332 55 82
46010 VALENCIA
E-mail: nau@naullibres.com
web: www.naullibres.com
ISBN13: 978-84-16926-87-9

Universitat de València
Arts Gràfiques, 13. 46010 València
Tel.: 96 386 41 15
Fax: 96 386 40 67
46010 VALENCIA
E-mail: publicacions@uv.es
web: www.uv.es/publicacions
ISBN13: 978-84-9133-205-3

Edizione grafica a cura di:
Artes Digitales Nau Llibres
y *Pablo Navarro Roncal*

Immagini che accompagnano le istruzioni
a cura di:
Toni Talens

Disegno di copertina a cura di:
C.H.Sacristán

Fotografia dell'illustrazione della copertina a cura di:
Lourdes Olmos

Il presente lavoro prende le mosse dai progetti di ricerca FFI2014-54088-P – *Language and executive functioning: a comparative study in aphasia, dementia and language development* – e FFI2017-84951-P – *Metacognitive dimensions in language acquisition, clinical language disorders and interlinguistic practice* – finanziati dal ministero spagnolo di Economia e Competitività. L'impianto teorico e alcuni risultati dello studio sono stati presentati e discussi in occasione del meeting organizzato dalla European COST Action: *Collaboration of Aphasia Trialist*.



Un ringraziamento particolare va a Elisa Lecis e a Giulia Bancheri– per la traduzione e adattamento della versione originale spagnola del test – a Maria Garraffa – per la revisione– a Toni Talens – per le illustrazioni a corredo delle istruzioni di alcuni item – e a Josep Quiles Climent – per l'assistenza nel trattamento dei dati statistici.

Indice

PREFAZIONE	11
METAPHAS. DEFINIZIONE DEGLI ITEM.....	15
Sezione I. Linguaggio interno, capacità di inibizione e discorso differito	16
1. Monologhi udibili	16
2. Verbalizzazioni di appoggio in compiti non verbali	16
3. Sussurrio	16
4. Lettura silenziosa	17
5. Uso differito del linguaggio (risposta differita).....	17
6. Uso differito del linguaggio (descrizione posticipata).....	17
Sezione II. Controllo delle procedure semiotiche concomitanti.....	18
7. Marcatori del discorso.....	19
8. Gesticolazione concomitante all'attività verbale.....	19
9. Intonazione melodica.....	20
10. Gesto fonico ed espressioni del contenuto emotivo.....	20
11. Intonazione linguistica convenzionale e gestualità fonica	20
Sezione III. Abilità parafrastiche e fenomeni associati	20
12. Definizione di termini concreti.....	21
13. Definizione di termini astratti.....	21
14. Circonlocuzioni	21
15. Fenomeno tip of the tongue (TOT).....	22
16. Parafasie	22
Sezione IV. Discorso riferito e fenomeni associati	23
17. Discorso indiretto.....	23
18. Discorso diretto e gesti fonici.....	23
19. Imitazione della voce.....	24
20. Raccontare una storia.....	24
Sezione V. Capacità di monitoraggio e marche di contestualizzazione.....	24
21. Monitoraggio delle sillabe: separare le sillabe di una parola	25
22. Monitoraggio della struttura delle frasi: uso dell'accento per enfaticizzare.....	25
23. Monitoraggio delle sillabe con supporto gestuale.....	25
24. Capacità di adattamento al contesto.....	26

25. Capacità di adattamento alla comunicazione monocanale	26
26. Capacità di adattamento al contesto in assenza del destinatario	26
27. Capacità di autocorrezione	27
28. Capacità di eterocorrezione	27
29. Capacità di valutare le parole dell'altro	27
30. Capacità di colmare le lacune lessicali.....	27
Sezione VI. Uso dislocato del linguaggio e teoria della mente (TOM).....	28
31. Descrivere un oggetto o una situazione non presenti	28
32. Spostamento temporale I (passato prossimo)	28
33. Spostamento temporale II (passato remoto).....	29
34. Spostamento temporale III (futuro prossimo).....	29
35. Descrivere una scena.....	29
36. Capacità di trovare antonimi.....	29
37. Lettura delle emozioni.....	30
38. Uso fittizio del linguaggio	30
39. Capacità di mentire	30
40. Capacità di ironizzare	31
SOMMINISTRAZIONE DEL TEST	33
Sezione I. Linguaggio interno, capacità di inibizione e discorso differito	35
1. Monologhi udibili	35
2. Verbalizzazioni di appoggio in compiti non verbali	35
3. Sussurrio	36
4. Lettura silenziosa	37
5. Uso differito del linguaggio (risposta differita).....	38
6. Uso differito del linguaggio (descrizione differita)	39
Sezione II. Controllo delle procedure semiotiche concomitanti.....	40
7. Marcatori del discorso.....	40
8. Gesticolazione concomitante all'attività verbale.....	40
9. Intonazione melodica.....	41
10. Gesto fonico ed espressioni del contenuto emotivo.....	41
11. Intonazione linguistica convenzionale e gestualità fonica.....	42
Sezione III. Abilità parafrastiche e fenomeni associati	43
12. Definizione di termini concreti.....	43
13. Definizione di termini astratti.....	44
14. Circonlocuzioni	44

15. Fenomeno tip of the tongue	47
16. Parafasie	50
Sezione IV. Discorso riferito e fenomeni associati	53
17. Discorso indiretto.....	53
18. Discorso diretto e gesti fonici.....	54
19. Imitazione della voce.....	55
20. Raccontare una storia.....	55
Sezione V. Capacità di monitoraggio e marche di contestualizzazione.....	56
21. Monitoraggio delle sillabe: separare le sillabe di una parola	56
22 Monitoraggio della struttura delle frasi: uso dell'accento per enfaticizzare.....	57
23 Monitoraggio delle sillabe con supporto gestuale.....	58
24 Capacità di adattamento al contesto	58
25 Capacità adattamento alla comunicazione monocanale	59
26 Capacità di adattamento al contesto in assenza del destinatario	60
27 Capacità di autocorrezione	60
28 Capacità di eterocorrezione	61
29 Capacità di valutare le parole dell'altro	62
30 Capacità di colmare le lacune lessicali.....	63
Sezione VI. Uso dislocato del linguaggio e teoria della mente (TOM).....	64
31 Descrivere un oggetto o una situazione non presenti	64
32 Spostamento temporale I (passato prossimo)	65
33 Spostamento temporale II (passato remoto).....	65
34 Spostamento temporale III (futuro prossimo).....	66
35 Descrivere una scena.....	66
36 Capacità di trovare antonimi.....	68
37 Lettura delle emozioni	68
38 Uso fittizio del linguaggio	70
39 Capacità di mentire	70
40 Capacità di ironizzare	71
PROFILI METALINGUISTICI DIFFERENZIALI DI TRE PAZIENTI CON	
AFASIA.....	73
1. Paziente con grave afasia sensoriale	74
2. Paziente con grave afasia motoria	76
3. Paziente con afasia anomica residua.....	78

4. Conclusioni.....	80
ALCUNI DATI STATISTICI	81
Soggetti.....	81
RIFERIMENTI	85

Prefazione

Il presente test, MetAphAs (Metalanguage in Aphasia Assessment), è il risultato di una convergenza interdisciplinare tra psicolinguistica, logopedia e linguistica clinica ai fini dello studio di disturbi acquisiti del linguaggio quali l'afasia. L'obiettivo perseguito è l'attenta analisi di una dimensione del linguaggio fino a oggi inesplorata a scopo clinico, con particolare interesse all'aspetto "naturale" anziché "tecnico" o "grammaticale" della conoscenza metalinguistica.

Le *abilità metalinguistiche naturali* sono frutto di un'attività metacognitiva coinvolta nel comportamento verbale, da qui la comprensione del linguaggio come oggetto di esperienza e percezione per l'utente e al contempo strumento comunicativo soggetto a monitoraggio e controllo strategico (benché non necessariamente cosciente o dichiarativo). Le *abilità metalinguistiche naturali* attengono ad aspetti diversi di un fattore generico che in termini semiotici è possibile associare alla *riflessività del linguaggio* (Hockett, 1960; Lucy, 1993). Il fondamento neuropsicologico delle abilità metalinguistiche sarebbe rappresentato da una complessa interrelazione tra abilità metacognitive e linguistiche. Le abilità oggetto di studio si definiscono "naturali" in quanto solitamente messe in atto senza istruzioni esplicite o formazione tecnica previa.

Uno studio preliminare (Hernández-Sacristán, Rosell-Clari, Serra-Alegre e Quiles-Climent, 2012) ha proposto gli elementi cardine sui quali dovrebbe fondarsi l'analisi della dimensione metacognitiva chiamata in causa nel comportamento verbale. I risultati, ottenuti su un campione di ventuno pazienti afasici, hanno

dimostrato che un test sulle abilità metalinguistiche naturali è sensibile sia alla gravità sia al tipo di afasia. Il presente lavoro estende ulteriormente i risultati già avanzati nel suddetto studio, ampliando la descrizione dei diversi aspetti presi in esame, specificando i criteri di punteggio per gli item e fornendo esempi di modalità applicative del test, al fine di offrire uno strumento valido per la valutazione dei soggetti afasici. La presente è una versione italiana adattata dei capitoli del test MetAphAs (originariamente pubblicato in spagnolo) relativi ai principi guida, alla definizione degli item, ai criteri di applicazione e all'illustrazione dei diversi profili di prestazione secondo quanto riportato dalle schede di valutazione (Rosell-Clari ed Hernández-Sacristán, 2014a). Si illustrano altresì alcuni nuovi dati statistici a sostegno dell'affidabilità e della validità del test.

Il test analizza una serie di aspetti della fenomenologia afasica che, sebbene valutati in programmi di ricerca indipendenti, stanno definendo un quadro pragmatico-funzionale nel campo dell'afasiologia (Rosell-Clari ed Hernández-Sacristán, 2017) in base al quale "il deficit linguistico non è giustificabile soltanto con la dissociazione del comportamento verbale dalle sue particolari condizioni d'uso, dall'esperienza che fanno le persone del loro comportamento quando parlano e ascoltano, dalle funzioni semiotiche generali del linguaggio e dalle relazioni tra diversi aspetti delle capacità cognitive interessate nell'elaborazione del linguaggio" (Rosell-Clari ed Hernández-Sacristán, 2014b: 161). Il test intende fornire un resoconto dei diversi aspetti rappresentativi di questo paradigma di ricerca attraverso una prospettiva metacognitiva sul comportamento verbale, ovvero analizzando un dominio cognitivo che integri le funzioni esecutive e il comportamento verbale. Recenti studi confermano l'interesse nei confronti di questo approccio all'afasiologia (cfr. Dean, Della Sala, Beschin e Cocchini, 2017; Dockree, Tarleton, Carton e FitzGerald, 2015; El Hachoui *et. al.*, 2014; Frankel, Penn e Ormond-Brown, 2007; Kuzmina e Weekes, 2017; Mayer, Mitchinson e Murray, 2017; Murray, 2012; Penn, Frankel, Watermeyer e Rusell, 2010).

Sebbene il test MetAphAs sia stato inizialmente concepito ai fini dell'analisi della dimensione metacognitiva del comportamento verbale nell'afasia, tale strumento di valutazione, opportunamente adattato, può altresì risultare idoneo alla valutazione di altri tipi di disturbi del linguaggio la cui eziologia non corrisponde all'afasia. Di fatto la valutazione delle abilità metalinguistiche viene indicata nell'esame dei disturbi del linguaggio di tipo neurodegenerativo quali l'Alzheimer (Harley, Jessiman, MacAndrew e Astell, 2008). Alcuni item del nostro test sono stati proposti a pazienti con lesioni dell'emisfero destro, le cui alterazioni linguistiche hanno contribuito in particolare allo sviluppo del quadro pragmatico-funzionale. Si ricorda peraltro che l'analisi delle abilità metalinguistiche ha coinvolto ricercatori interessati allo sviluppo del linguaggio quali Gombert (1992) e Karmiloff-Smith

(1986). A tale proposito l'uso del test può dimostrarsi un valido strumento ai fini della valutazione dei deficit linguistici associati all'acquisizione del linguaggio (Rosell e Bernicot, 2012), benché l'adattamento degli item necessiti di maggiore specificità.

MetAphAs.

Definizione degli item

Come già esposto, l'obiettivo dei seguenti item è l'analisi delle abilità metalinguistiche naturali. Gli studi pilota iniziati nel 2008 hanno portato alla differenziazione e alla definizione di 40 item complessivi suddivisi in sei aree:

- Sezione I. Linguaggio interno, capacità di inibizione e discorso differito: 6 item.
- Sezione II. Controllo delle procedure semiotiche concomitanti: 5 item.
- Sezione III. Abilità parafrastiche e fenomeni associati: 5 item.
- Sezione IV. Discorso indiretto e fenomeni associati: 4 item.
- Sezione V. Capacità di monitoraggio e marche di contestualizzazione: 10 item.
- Sezione VI. Uso dislocato del linguaggio e teoria della mente (TOM): 10 item.

Le suddette aree non vanno considerate in modo disgiunto, poiché alcuni item possono essere assegnati a più sezioni.

Sezione I. Linguaggio interno, capacità di inibizione e discorso differito

Gli item illustrati in questa sezione mirano a valutare le abilità del linguaggio interno, unitamente ad altre modalità comportamentali in grado di inibire la vocalizzazione esterna. La difficoltà dell'accesso diretto alle abilità interne del linguaggio è avviabile grazie a una serie di compiti in cui interviene questo tipo di attività verbale. È importante sottolineare il valore di un'abilità ritenuta fondamentale sin dalle origini della lingua umana (Bickerton, 1990; Hurford, 2004; Hernández-Sacristán, 2006). Poiché l'inibizione della parola consente di collegare l'attività comunicativa con processi psicologici di alto livello e pone le basi per la dimensione simbolica del linguaggio umano, occorre che essa diventi un elemento integrato in qualsiasi studio di patologie legate al linguaggio, come nel caso dell'afasia. I seguenti item sono stati selezionati al fine di illustrare compiti che manifestano un linguaggio interno, inibito e differito.

1. Monologhi udibili

L'attività intrinseca al linguaggio interno lascia spesso numerose tracce nel monologo udibile. Chiunque in un momento dato della vita ha senza dubbio sentito qualcuno parlare tra sé e sé e, in modo analogo, noi stessi ci siamo sorpresi a fare altrettanto.

2. Verbalizzazioni di appoggio in compiti non verbali

Il linguaggio può guidare, regolare e facilitare il comportamento non verbale di un individuo. Di solito ricorriamo a questa capacità quando siamo coinvolti in attività che richiedono particolare attenzione o controllo. Questo item analizza l'abilità dei soggetti nella regolazione del comportamento non verbale con il supporto di parole (verbalizzazioni concomitanti ad attività non verbali), nonché l'eventualità che tale capacità faciliti il compito.

3. Sussurrio

Quando non vogliamo che una conversazione venga ascoltata, di solito abbassiamo la voce, sussurrando o usando una voce afona (senza la vibrazione delle corde vocali), come se parlassimo direttamente all'orecchio del nostro interlocutore. Abbiamo di sicuro osservato e applicato questo comportamento diverse volte.

Tale modalità dimostra la capacità di controllo di una fase finale della produzione del parlato, a metà strada tra l'uso interno del linguaggio e la sua verbalizzazione.

4. Lettura silenziosa

Quando i bambini imparano a leggere, di solito lo fanno ad alta voce. Solo dopo un lungo processo di apprendimento riescono a inibire l'espressione udibile del linguaggio e a leggere in silenzio. Per questo motivo è possibile che gli adulti con scarse abitudini di lettura non riescano a interiorizzare appieno questa attività e debbano quindi ricorrere alla vocalizzazione, leggendo a voce bassa come se sussurrassero. In tal caso diventa interessante esaminare se il/la paziente sia in grado di inibire totalmente o parzialmente la lettura udibile, indice dell'accesso al linguaggio interno. Al fine di comprovare l'efficacia della lettura silenziosa, ai soggetti viene richiesto di rispondere ad alcune domande per valutare il grado di comprensione della lettura.

5. Uso differito del linguaggio (risposta differita)

Quando ci rivolgono una domanda, possiamo rispondere immediatamente o con un certo ritardo, inibendo provvisoriamente la nostra risposta. Ritardare la risposta ci dà più tempo per prepararla ed effettuare una ricerca mentale nel caso in cui, ad esempio, non trovassimo la parola giusta per rispondere in modo corretto. A seconda del grado di complessità e automatismo del compito, i soggetti possono trarre vantaggio da una risposta differita, tanto più nei compiti che richiedono livelli più elevati di elaborazione e con una maggiore traccia mnestica. Quando i/le pazienti manifestano problemi di memoria di lavoro, questo tempo extra può rivelarsi dannoso e finanche aumentare la difficoltà di produzione di una risposta.

6. Uso differito del linguaggio (descrizione posticipata)

Di solito è necessario ricorrere a tempi più dilatati prima di ottenere una risposta verbale udibile in compiti linguistici più complessi e meno automatici, come nel caso in cui venga chiesto di descrivere scene con elementi diversi (ad es., un paesaggio), spiegare lo svolgimento di determinate attività in una serie di passaggi (ad es., la preparazione di un pasto), parlare dei progetti personali e così via. Il nostro interesse in quest'area risiede nella capacità del/della paziente di organizzare le informazioni che desidera trasmettere e negli eventuali effetti dell'inibizione della risposta immediata sul miglioramento del risultato del compito.

Sezione II. Controllo delle procedure semiotiche concomitanti

Gli item di questa sezione intendono stabilire la misura in cui il soggetto accompagna e sostiene la sua formulazione verbale con procedure semiotiche complementari, ovvero se il soggetto è in grado di ricorrere a un uso funzionale della comunicazione in contesti naturali multilivello e/o multicanale.

Il primo elemento di questa sezione interessa la natura multilivello intrinseca all'attività verbale. È possibile distinguere tra il livello base di ciò che stiamo dicendo e un livello di attività verbale concomitante che assolve soltanto una funzione qualificativa o organizzativa sul livello base. Un esempio di attività verbale concomitante è quella svolta dai cosiddetti *marcatori del discorso* quali “bene”, “okay”, “vediamo”, “allora”, “poi” e simili. I restanti item attengono all'uso di gesti relativi alla parola o alla cinesi e denotano componenti semiotici altresì utili a puntualizzare e organizzare cosa viene detto. Quando utilizziamo il linguaggio in situazioni naturali, lo abbiniamo a variazioni soggettive dell'intonazione, dell'intensità fonica o del ritmo espressivo, le quali chiariscono o rafforzano la nostra espressione verbale. Tali alterazioni sono note come “gesti fonici”, ovvero la gestualità incentrata sulla voce del parlante, da non confondersi con l'intonazione grammaticale convenzionale, tipica di quando si pone una domanda. Parimenti, nell'uso del linguaggio naturale, le parole si accompagnano a gesti che sottendono movimenti corporei e incidono sull'organizzazione e sulla descrizione di quanto viene detto. Marcatori del discorso, gesti fonici e gesti del corpo condividono la funzione di un *meta-livello* semiotico che definisce e organizza quanto viene detto. Da un lato questa funzionalità condivisa consente di raggruppare le tre procedure semiotiche all'interno della stessa sezione del test MetAphAs, dall'altro l'esistenza di domini di transizione tra le suddette procedure semiotiche ne giustifica la trattazione congiunta. Le interiezioni che fungono da pause orali (ad es., “uhm”), possono intendersi come un dominio di transizione tra i marcatori del discorso e il gesto fonico (ad es., “*Uhm! Quello sì che è stato un esame difficile!*”). Allo stesso modo è ragionevole considerare il dominio semiotico orofacciale un'intersezione tra gesto fonico e gesto del corpo.

Benché con approcci diversi, l'afasiologia tradizionale ha sempre preso in esame le tre procedure semiotiche di cui sopra. Ricordiamo il recente interesse suscitato dall'analisi dei marcatori del discorso ai fini della valutazione dell'afasia nelle ricerche di Simmons-Mackie, Elman, Holland e Damico (2007), Pietrosevoli, Vera, Gonzalez Valera e Coutín Churchman (2005), Gallardo Paúls e Marín Jordà (2005). Il gesto fonico e la cinesica sono stati oggetto di

studio per lungo tempo, nonostante si registri un rinnovato interesse in tale ambito soprattutto in relazione alla valutazione e al trattamento dell'afasia. Grazie al suo significato comunicativo, il gesto in situazioni naturali è diventato uno degli strumenti terapeutici nella riabilitazione dell'afasia (Rose, 2006). Helm-Estrabrooks, Fitzpatrick e Barresi (1982) hanno sviluppato la *Visual Action Therapy* (VAT), il cui obiettivo è quello di garantire al/alla paziente la rappresentazione, attraverso i gesti, di oggetti non visibili o non presenti. Sappiamo anche che i gesti fonici o l'intonazione emotiva contribuiscono a una maggiore accessibilità del linguaggio verbale, infatti quando si comunica con i bambini piccoli si preferiscono toni più acuti (mammese) rispetto a quelli utilizzati nella conversazione con gli adulti. I soggetti con gravi difficoltà di comprensione del linguaggio dovute a danno cerebrale sono comunque in grado di distinguere un interlocutore che li rimprovera da uno che li coccola grazie al gesto fonico, così come ad altri aspetti della comunicazione non verbale. In afasiologia l'uso dei gesti fonici quale base della riabilitazione è un approccio conosciuto nonché centrale in terapie quali la *Melodic Intonation Therapy* (M.I.T.) (Albert, Sparks ed Helm, 1973), in cui si cerca di recuperare l'espressione verbale canticchiando o cantando un frammento iniziale come meccanismo di supporto.

I seguenti item sono stati selezionati al fine di analizzare l'utilizzo delle suddette procedure semiotiche concomitanti.

7. Marcatori del discorso

A volte accompagniamo il discorso con espressioni che contestualizzano quanto stiamo dicendo, offrono tempo per riflettere prima di dire qualcosa, indicano che ci stiamo avvicinando alla fine del nostro turno conversazionale e così via. Ad esempio, quando vogliamo spiegare a qualcuno come raggiungere un negozio o trovare un indirizzo e siamo consapevoli di quanto sia complicata la spiegazione o difficile da seguire, è possibile l'utilizzo di espressioni quali "vediamo", "okay" o "allora", che reindirizzano la nostra produzione verbale.

8. Gesticolazione concomitante all'attività verbale

Nelle situazioni di comunicazione naturale, oltre al linguaggio verbale, ricorriamo ad altri mezzi che accompagnano le parole. Tra i più importanti e frequenti si annoverano i gesti facciali e della mano.

9. Intonazione melodica

L'intonazione melodica è una tecnica di supporto alla produzione linguistica nei soggetti afasici. In questo item cerchiamo di valutare la capacità del/della paziente di canticchiare melodie, un'attività comune nella fase iniziale della terapia di intonazione melodica.

10. Gesto fonico ed espressioni del contenuto emotivo

Il nostro discorso si manifesta attraverso le modulazioni prosodiche, le variazioni di ritmo e intensità e la gestione delle pause. Tali procedure rappresentano meccanismi generatori di significato, definiti in questa sede "gesti fonici". Il gesto fonico, altresì detto "intonazione emotiva", si è dimostrato una risorsa terapeutica nella riabilitazione dei soggetti afasici.

11. Intonazione linguistica convenzionale e gestualità fonica

L'impiego tradizionale dell'intonazione differenzia gli usi interrogativi ed esclamativi della lingua. La curva tonale convenzionale può essere tuttavia modificata, intensificata o altrimenti adattata all'intenzionalità comunicativa del parlante e in tal caso il gesto fonico modula l'intonazione convenzionale. Ad esempio, possiamo porre una domanda con particolare enfasi così da mostrare sorpresa: "Cosa? Marco non è arrivato?" (quando invece l'arrivo di Marco era atteso).

Sezione III. Abilità parafrastiche e fenomeni associati

Riformulare quanto detto precedenza, ovvero parafrasare, è un'operazione assai comune quando si utilizza il linguaggio per spiegare, chiarire o commentare le frasi. Si tratta di un chiaro esempio di riflessività nell'uso del linguaggio. La gamma di manifestazioni dell'attività parafrastica è molto ampia e abbraccia un'enorme varietà di usi linguistici. L'attività parafrastica è fondamentale per lo sviluppo del linguaggio di un bambino e presenza alla realizzazione di tutte le funzioni verbali dell'adulto. La definizione di un'unità lessicale può considerarsi la manifestazione primaria dell'attività

parafrastica, la quale rende possibile esprimere lo stesso significato in più modi, vale a dire esprimere un'idea, un bisogno o uno scopo in versioni linguistiche formalmente distinte. È chiaro che i gradi di complessità in cui questa abilità entra in gioco variano in funzione della complessità del contenuto che il soggetto cerca di comunicare, della situazione, del recettore o dei recettori del messaggio, dell'obiettivo della comunicazione, della presenza o dell'assenza fisica di referenti, della possibilità di utilizzare altre risorse e così via. Questa sezione include la valutazione di alcuni fenomeni non strettamente parafrastici, seppure in qualche modo legati all'abilità parafrastica, quali la presa di coscienza relativa al *tip-of-the-tongue* (creazione di formulazioni mentali di parole vicine a quella oggetto della nostra ricerca) o alle parafasie (consapevolezza della ricerca errata del termine desiderato).

12. Definizione di termini concreti

Spesso abbiamo la necessità di spiegare a qualcuno il significato di una parola che designa un oggetto particolare e al tal fine offriamo definizioni più o meno formali che alludono alla forma, all'uso o alle caratteristiche tipiche dell'oggetto dato. Si tratta di approssimazioni parafrastiche ai termini che desideriamo spiegare.

13. Definizione di termini astratti

La difficoltà di definire le parole può aumentare in funzione della complessità concettuale. Spiegare i termini che alludono a nozioni astratte non è tanto facile come nel caso degli oggetti utilizzati nel quotidiano.

14. Circonlocuzioni

Quando a volte non riusciamo a trovare la parola che cerchiamo, ricorriamo a una spiegazione che gira intorno all'obiettivo, ovvero una *circonlocuzione*. Ad esempio, “non ci viene” la parola “goniometro” e la sostituiamo con una frase indicante l'utilizzo o la forma dell'oggetto il cui nome ci sfugge: “Come si chiama quello strumento usato per misurare gli angoli?”. Oppure: “Come si chiama quel modello di misurazione semicircolare diviso in settori da un'estremità all'altra?”. Le circonlocuzioni sono fenomeni comuni nell'uso della lingua per ogni soggetto e situazione nonché un indizio significativo della strategia compensativa tipica dell'anomia, ossia una difficoltà generica di accesso al lessico sia nella denominazione degli oggetti in un test sia nell'eloquio spontaneo.

15. Fenomeno tip of the tongue (TOT)

Quando diciamo di avere una parola sulla punta della lingua, siamo di fronte a un *tip of the tongue* o TOT. Non è possibile accedere alla parola che stiamo cercando, ma riteniamo sia molto vicina a noi e “metaforicamente” sulla punta della lingua. Non ricorriamo a una circonlocuzione esplicitiva, ma esaminiamo mentalmente le opzioni nell’attività di ricerca. A volte crediamo di essere quasi in grado di pronunciare la parola in questione, mentre pensiamo alla lettera con cui può iniziare o finire, al numero di lettere che può avere o ai suoi attributi. Nonostante queste approssimazioni, non riusciamo tuttavia a identificare la parola in quanto tale. Questa ricerca mentale denota altresì l’attività propria di un linguaggio interiore e inoltre è possibile affermare che la cinesica viene spesso associata a un TOT. Un soggetto con TOT manifesta agli interlocutori il proprio stato mentale attraverso gesti orofacciali o altri gesti (ad es., serriamo le labbra e produciamo un suono nasale che simboleggia il tempo trascorso a cercare la parola, agitiamo le mani in modo complementare al fine di riprodurre il medesimo effetto simbolizzante). È di particolare interesse stabilire in quale misura i soggetti afasici, che in genere hanno problemi di accesso al lessico, possono imbattersi nell’esperienza del fenomeno TOT e, in special modo, se hanno la capacità di elencare mentalmente le unità lessicali nel tentativo di cercare la parola target, se offrono indizi di ricerca, se fanno uso di gesti sintomatici e così via (si veda il sistema di punteggio proposto).

16. Parafasie

A tutti più di una volta è capitato di adoperare una parola correlata a quella che in realtà vogliamo utilizzare. Ad esempio, invece di chiedere a qualcuno una “penna”, diciamo “matita” (parafasia semantica) oppure “panna” (parafasia fonologica o fonetica, anche definita parafasia fonologica formale in neuropsicologia cognitiva). In altre occasioni invece di una parola data pronunciamo una pseudo-parola, ovvero una sequenza di suoni che segue le regole fonologiche della lingua, ma è priva di senso. Si tratta di *parole inventate*, come nel caso di “pegna” anziché “penna”. Questo item cerca di stabilire fino a che punto i soggetti siano coscienti di tali situazioni e se attivino meccanismi di correzione o approssimazione per la parola target (si veda il sistema di punteggio per questo item).

Sezione IV. Discorso riferito e fenomeni associati

Il discorso riferito è inteso come l'attività attraverso la quale il linguaggio viene usato per riferire le parole espresse da un altro, citandole in modo diretto ("Luigi ha detto: «Domani vado in gita»"), indiretto ("Luigi ha detto che oggi andava in gita") o tramite una tecnica o uno stile di riferimento diversi. Il discorso riferito è probabilmente l'esempio più chiaro di riflessività (Hockett, 1960; Lucy, 1993). Nell'uso quotidiano della lingua *riferirsi alle parole di un altro* significa molte volte *parafrasarle*. Inoltre l'uso naturale del discorso riferito si associa di frequente all'imitazione della voce o all'imitazione dei gesti cinesici dell'altro.

I seguenti item sono stati selezionati per illustrare ciò che in realtà è soltanto una piccola parte di una vasta gamma di modalità in cui può declinarsi la tecnica generale del discorso riferito.

17. Discorso indiretto

Nella vita di tutti i giorni abbiamo spesso bisogno di riferire a una persona ciò che ha detto qualcun altro, dare un messaggio, trasmettere un'informazione, parlare di ciò che è stato discusso in un programma televisivo, descrivere l'esito di un colloquio di lavoro, il contenuto di un esame o la trama di un film. Il comune denominatore di queste attività risiede in una serie di abilità che consentono la trasmissione di quanto detto in precedenza da un'altra persona e a tale scopo è necessaria una capacità di monitoraggio sufficiente a concentrare l'attenzione del soggetto sul messaggio verbale, unitamente al suo significato semantico e pragmatico. Il discorso indiretto richiede una conservazione della memoria verbale tale da mantenere il contenuto del messaggio insieme al controllo delle risorse linguistiche per la sua riproduzione con parole uguali o diverse.

18. Discorso diretto e gesti fonici

Questo item prende in esame la segnalazione delle parole di qualcun altro nello stile diretto. In questo caso accade spesso che la riproduzione in situazioni naturali includa il modo di parlare, ovvero il gesto fonico nonché la cinesica del soggetto il cui messaggio è stato riprodotto.

19. Imitazione della voce

Questo item esamina la capacità di imitare la voce di un'altra persona in una narrazione teatrale o semplicemente giocosa, ricordando o immaginando le sue parole. Particolare rilievo verrà dato a caratteristiche quali il ritmo del parlato, il tono della voce, l'intensità e le pause nel discorso.

20. Raccontare una storia

A volte ci viene chiesto, o sentiamo il desiderio, di descrivere il contenuto di un programma televisivo, la trama di un film o un dibattito di attualità. In queste situazioni il discorso indiretto può diventare un'attività più complessa e quindi entra in gioco la necessità della sintesi, ovvero la selezione delle informazioni più rilevanti e la decisione in merito all'ordine in cui trasmetterle. Tali abilità si iscrivono nel quadro di una comunicazione implicita.

Sezione V. Capacità di monitoraggio e marche di contestualizzazione

Quando conversiamo con qualcuno, manteniamo sempre un certo grado di controllo percettivo su quello che diciamo e sul modo in cui lo diciamo e al contempo siamo sensibili alle reazioni che rileviamo nei nostri interlocutori, sia verbali (ciò che dicono) sia non verbali (gesti, postura, distanza). Se le loro reazioni non sono quelle attese o notiamo una comprensione insufficiente del nostro messaggio, apportiamo modifiche per consentire all'interlocutore di capire correttamente cosa vogliamo esprimere. Se ci sbagliamo e pronunciamo una parola con errori fonologici o diciamo una parola diversa da quella prevista, di solito ci rendiamo conto dell'errore e ci correggiamo subito. Tale feedback correttivo serve a garantire che quanto detto corrisponda alle nostre intenzioni. Appliciamo questa attività di monitoraggio anche alle parole formulate dal nostro interlocutore. Nei soggetti con afasia la capacità di monitoraggio risulta compromessa in vari gradi e tale condizione viene designata come *anosognosia* o mancanza di consapevolezza degli errori nella produzione verbale. Il seguente item illustra generiche capacità di monitoraggio associate a particolari compiti linguistici o contesti comunicativi.

21. Monitoraggio delle sillabe: separare le sillabe di una parola

In situazioni normali, per farci capire meglio o enfaticizzare una parola, la dividiamo in sillabe, ovvero la pronunciamo separando le sillabe e pronuncian-dole con la maggiore chiarezza e intensità possibili. È il caso dell'insegnante che rimprovera l'alunno/a: "Ti ho detto di smetterla di chiacchierare e di AS-COL-TA-RE". In altre occasioni dividiamo una o più parole in sillabe in modo che i nostri interlocutori possano concentrarsi sui suoni al fine di facilitarne l'apprendimento e la pronuncia, come accade con una parola difficile o abbastanza nuova per chi ascolta.

22. Monitoraggio della struttura delle frasi: uso dell'accento per enfaticizzare

Nel precedente item si è affrontato il tema della divisione in sillabe per enfa-tizzare o segnalare una determinata parola. A questo punto occorre analizzare la capacità di sottolineare una determinata parola all'interno di un'espressione grazie all'intensità e alla chiarezza della pronuncia, senza ricorrere alla sillabazione, ma utilizzando pause che la inquadrino nella sua struttura sintattica o la separino da essa. L'equivalente in un testo stampato sarebbe il grassetto.

23. Monitoraggio delle sillabe con supporto gestuale

Chi parla di solito produce gesti spazio grafici la cui struttura immaginaria è spe-culare a quella del discorso. Quando un parlante annuncia che un dato argomento verrà affrontato da due diversi punti di vista, può usare una mano con il palmo rivolto orizzontalmente verso il basso e mostrare due livelli immaginari. Questo "effetto specchio" tra il movimento corporeo e il discorso costituisce una precisa manifestazione di riflessività. Il movimento del corpo svolge un ruolo significativo nel monitoraggio del discorso e un compito assai semplice ai fini della valutazione di questo tipo di effetto consiste nel chiedere ai soggetti afasici di toccare un tavolo mentre scindono una parola nelle sue strutture sillabiche.

24. Capacità di adattamento al contesto

Il modo in cui ci esprimiamo, la scelta delle parole e il tono di voce variano in funzione del contesto comunicativo in cui ci si trova. Si consideri, ad esempio, la scelta del tono, delle parole e della modalità espressiva quando ci si rivolge a un bambino molto piccolo. La capacità di adattamento al contesto del nostro modo di parlare di solito si manifesta in questa situazione.

25. Capacità di adattamento alla comunicazione monocanale

Un esempio di adattamento specifico del nostro modo di parlare quando l'interlocutore non è direttamente di fronte a noi in una situazione comunicativa è la conversazione telefonica (senza l'ausilio tecnico di un'immagine video). In questo tipo di situazioni non vediamo i gesti dell'interlocutore e le possibilità comunicative sono necessariamente limitate al canale uditivo. Senza il supporto dei gesti la comunicazione orale diventa un compito più impegnativo, che richiede un ulteriore controllo vigile sulla produzione e sulla comprensione del linguaggio. Poiché i problemi aumentano con l'eliminazione del supporto comunicativo visivo e non verbale, molte persone con difficoltà comunicative si astengono dall'uso del telefono e preferiscono non rispondere a una chiamata in arrivo.

26. Capacità di adattamento al contesto in assenza del destinatario

Un'ulteriore difficoltà nella comunicazione telefonica si osserva quando la persona che stiamo chiamando non risponde e si attiva la segreteria telefonica. Il compito di lasciare un messaggio registrato comporta uno sforzo cognitivo aggiunto. Il fatto che l'interlocutore non ottenga alcun feedback di sostegno richiede una pratica del linguaggio strettamente autoregolata, come nel caso della scrittura (cfr. Hernández-Sacristán e Rosell-Clari, 2009; Hernández-Sacristán, Rosell-Clari e MacDonald, 2011).

27. Capacità di autocorrezione

Attraverso il feedback uditivo siamo in grado di monitorare le produzioni orali e modificarle all'istante in caso di errori nelle parole. Le autocorrezioni sono molto comuni nella pratica conversazionale del linguaggio. Anche i soggetti afasici possiedono questa capacità autocorrettiva, benché limitata in misura variabile a seconda della gravità dell'anosognosia.

28. Capacità di eterocorrezione

L'eterocorrezione, o capacità di monitorare il linguaggio orale, interviene quando correggiamo gli errori commessi dal nostro interlocutore e può manifestarsi anche come pratica compulsiva. In realtà spesso realizziamo una correzione mentale dell'errore osservato, evitando di farlo in modo esplicito per cortesia o conformità alle regole sociali. Le ripercussioni sull'immagine sociale diventano chiaramente più forti nel caso in cui si correggano errori semantici o pragmatici.

29. Capacità di valutare le parole dell'altro

Commentare le parole di un'altra persona costituisce un altro modo più complesso di mettere in gioco la nostra capacità metalinguistica e per farlo correttamente occorre quanto meno aver ascoltato e compreso ciò che l'altra persona ha detto, essere consapevoli del lessico, della struttura della frase e dei segnali verbali e non verbali utilizzati in ogni situazione. Tra i possibili esempi si annoverano le osservazioni su ciò che è stato detto in un programma televisivo o da un politico durante una riunione o le affermazioni di una madre sulle virtù dei figli.

30. Capacità di colmare le lacune lessicali

Nella comunicazione naturale a volte non riusciamo a completare le frasi con la parola o le parole necessarie a esprimere un concetto nella sua interezza. Ci sono momenti in cui altri lasciano le frasi incompiute e noi interveniamo per finirle. Per questo motivo occorre monitorare l'espressione del nostro interlocutore, con particolare attenzione sia al contenuto sia alla struttura sintattica. Soltanto in questo modo è possibile intuire la parola corrispondente che riempie uno spazio sintattico vuoto.

Sezione VI. Uso dislocato del linguaggio e teoria della mente (TOM)

Quando i soggetti con afasia manifestano gravi problemi di comprensione, si raccomanda ai familiari di usare il linguaggio per riferirsi a persone, oggetti o situazioni presenti nel momento in cui si sta parlando. I soggetti afasici con deficit di produzione si avvalgono anche di questo tipo di contesto, che sfrutta al massimo l'effetto comunicativo a fronte delle loro limitate risorse linguistiche (Goodwin, 1995). Riferirsi alle cose non presenti nel momento o nel luogo in cui si parla è un compito più impegnativo in termini di risorse cognitive e linguistiche impiegate. Hockett (1960) definì questa abilità come “uso dislocato” del linguaggio (cfr. Hernández-Sacristán, Rosell-Clari e MacDonald, 2011). Secondo il linguista (1960: 90), l'uso dislocato del linguaggio significa “parlare di cose che sono remote nello spazio o nel tempo (o entrambi) rispetto a dove si parla”. Un uso dislocato del linguaggio comporta sempre un movimento spazio-temporale (o una costruzione fittizia) della prospettiva soggettiva sui fatti riferiti, solitamente indispensabile nel processo di astrazione. Nello specifico, la manifestazione della capacità di spostamento della prospettiva soggettiva consente di porci nella situazione dell'ascoltatore, o almeno di immaginarla, sviluppando la cosiddetta “teoria della mente” (TOM) (Premack e Woodruff, 1978). La manifestazione verbale delle abilità derivanti dalla teoria della mente richiede in ogni caso l'uso dislocato del linguaggio. I seguenti item valutano lo spostamento e i cambiamenti di prospettiva soggettiva nell'uso del linguaggio.

31. Descrivere un oggetto o una situazione non presenti

Il linguaggio consente di descrivere e raccontare eventi o scene che non sono presenti nel momento in cui se ne fa menzione. Questa capacità comporta un certo grado di astrazione nell'uso del linguaggio, nonché una maggiore complessità cognitiva rispetto al riferimento a cose o situazioni presenti.

32. Spostamento temporale I (passato prossimo)

In questo item si valuta un uso specifico del linguaggio dislocato con il quale ci si riferisce ad azioni o stati avvenuti nel passato recente.

33. Spostamento temporale II (passato remoto)

Le persone non ricordano in egual maniera le diverse situazioni che possono aver vissuto. Alcune sono percepite come più importanti, altre hanno un impatto più forte e altre ancora accadono con più frequenza e presentano maggiore familiarità o interesse. Sono molte le variabili che influenzano i ricordi e una di queste è il tempo trascorso tra un dato evento passato e il momento in cui se ne parla. Questo item intende verificare il modo in cui ci si riferisce agli eventi del passato remoto.

34. Spostamento temporale III (futuro prossimo)

Il linguaggio ci permette di parlare di eventi non ancora accaduti, che stiamo pianificando o speriamo avvengano in futuro. Per parlare degli avvenimenti futuri, occorre attivare meccanismi cognitivi più complessi rispetto a quando si parla di cose già successe. Nel presente item compaiono numerose variabili legate alla nostra esperienza personale e alle nostre capacità di pianificare, formulare ipotesi e prendere decisioni.

35. Descrivere una scena

Questo item e quelli trattati in seguito nella presente sezione attengono ai compiti inerenti alla teoria della mente (TOM). Nel caso in questione viene chiesto a una persona affetta da afasia di descrivere la scena di un disegno, immaginando quello che i personaggi potrebbero provare, dirsi o persino pensare della situazione in cui si trovano.

36. Capacità di trovare antonimi

Gli antonimi sono coppie di parole con significati opposti in una determinata dimensione. Il presente item è incentrato su antonimi quali *compra/vendi*, *vai/vieni*, *padre/figlio*, che mettono in relazione due diversi punti di vista dello stesso fatto. Queste due prospettive di solito corrispondono al ruolo di chi parla e di chi ascolta (ad es., se chiamo qualcuno “figlio” mi aspetto di essere chiamato “papà” da questa persona). Nel caso di altri tipi di antonimi (ad es., termini contrari come *grande/piccolo* o contrapposti come *pieno/vuoto*) è lecito ritenere che essi rappresentino in gran parte prospettive o posizioni opposte riguardo agli stessi fatti.

L'analisi della capacità dei soggetti di trovare antonimi può quindi considerarsi un compito intrinsecamente legato alla valutazione delle abilità inerenti alla teoria della mente (TOM).

37. Lettura delle emozioni

Il linguaggio orale spesso si accompagna a gesti e altre comunicazioni non verbali di significato, che aiutano a capire cosa viene detto e cosa potrebbe pensare l'interlocutore. Anche gli stati emozionali lasciano traccia di sé, soprattutto nelle espressioni facciali. Per coordinare empaticamente gli scambi comunicativi, è molto importante interpretare in modo adeguato il significato emotivo dell'espressione del viso dell'interlocutore.

38. Uso fittizio del linguaggio

Il linguaggio non ci consente soltanto di parlare di persone o cose non presenti, di fatti accaduti nel passato o dei nostri desideri e progetti, ma anche di inventare storie, parlare di cose mai accadute e cose che, con ogni probabilità, non accadranno mai. Tutto questo viene denominato "uso fittizio del linguaggio", un'abilità che si manifesta molto presto nell'infanzia e accompagna anche il linguaggio dell'adulto in maniera più o meno importante.

39. Capacità di mentire

In alcune situazioni della vita quotidiana, e per ragioni diverse, (ad es., per evitare di ferire i sentimenti altrui), possiamo anche mentire, ossia affermare di proposito qualcosa che non è vero o va contro fatti oggettivamente reali. Nel contesto comunicativo raccontare bugie richiede un controllo metacognitivo specifico del linguaggio e rappresenta un compito cognitivo solitamente più complesso rispetto alla formulazione di giudizi veritieri.

40. Capacità di ironizzare

La capacità linguistica di riferirsi a cose irreali o inesistenti a volte viene utilizzata per creare ironia, ovvero per dire qualcosa che non corrisponde al vero ma che comunque fornisce al nostro interlocutore la chiave per capire che quanto detto è falso. Grazie a questo uso retorico del linguaggio si evita di dire apertamente ciò che si pensa davvero. L'ironia è spesso associata a un'intonazione o un gesto fonico particolari, come nell'espressione "Che freddo fa oggi!", in una giornata molto calda, oppure "Che bravi, non perdono mai!", quando la nostra squadra subisce una batosta.

Somministrazione del test

Il test andrebbe somministrato in un'unica sessione della durata approssimativa di un'ora. Le circostanze inerenti alla raccolta dei dati clinici potrebbero tuttavia rendere necessari altri criteri per la sua somministrazione, ad esempio, una somministrazione parziale, incentrata su una certa sezione, o una somministrazione completa ma suddivisa in varie sessioni. Le istruzioni comprendono esempi che stimolano e facilitano il compito richiesto. Quanto espressamente detto al/palla paziente è indicato in corsivo, sebbene lo specialista possa adattare la formulazione ai singoli casi. Laddove necessario, ai fini della somministrazione dell'item si include materiale aggiuntivo. Il sistema di punteggio segue una scala in cui 0 è il risultato più basso e 4 il più alto. La modalità di attribuzione del punteggio viene descritta per ogni item. In questo tipo di test è inevitabile un certo grado di soggettività nell'assegnazione dei punteggi, tuttavia si sono osservate alte correlazioni nella valutazione inter-valutatore con affidabilità inter-rater di 0,890 in un campione di cinque soggetti valutati da due specialisti (Hernández-Sacristán, Rosell-Clari, Serra Alegre e Quiles-Climent, 2012: 209).

Test MetAphAs						
(Rosell-Clari & Hernández-Sacristán, 2017)						
Sezione I. Linguaggio interno, capacità di inibizione e discorso differito						
1.	Monologhi udibili	0	1	2	3	4
2.	Verbalizzazioni di appoggio in compiti non verbali	0	1	2	3	4
3.	Sussurrio	0	1	2	3	4
4.	Lettura silenziosa	0	1	2	3	4
5.	Uso differito del linguaggio (risposta differita)	0	1	2	3	4
6.	Uso differito del linguaggio (descrizione differita)	0	1	2	3	4
Sezione II. Controllo delle procedure semiotiche concomitanti						
7.	Marcatori del discorso	0	1	2	3	4
8.	Gesticolazione concomitante all'attività verbale	0	1	2	3	4
9.	Intonazione melodica	0	1	2	3	4
10.	Gesto fonico ed espressioni del contenuto emotivo	0	1	2	3	4
11.	Intonazione linguistica convenzionale e gestualità fonica	0	1	2	3	4
Sezione III. Abilità parafrastiche e fenomeni associati						
12.	Definizione di termini concreti	0	1	2	3	4
13.	Definizione di termini astratti	0	1	2	3	4
14.	Circonlocuzioni	0	1	2	3	4
15.	Fenomeno <i>tip of the tongue</i>	0	1	2	3	4
16.	Parafasie	0	1	2	3	4
Sezione IV. Discorso riferito e fenomeni associati						
17.	Discorso indiretto	0	1	2	3	4
18.	Discorso diretto e gesti fonici	0	1	2	3	4
19.	Imitazione della voce	0	1	2	3	4
20.	Raccontare una storia	0	1	2	3	4
Sezione V. Capacità di monitoraggio e marche di contestualizzazione						
21.	Monitoraggio delle sillabe: separare le sillabe di una parola	0	1	2	3	4
22.	Monitoraggio della struttura delle frasi: uso dell'accento per enfatizzare	0	1	2	3	4
23.	Monitoraggio delle sillabe con supporto gestuale	0	1	2	3	4
24.	Capacità di adattamento al contesto	0	1	2	3	4
25.	Capacità di adattamento alla comunicazione monocanale	0	1	2	3	4
26.	Capacità di adattamento al contesto in assenza del destinatario	0	1	2	3	4
27.	Capacità di autocorrezione	0	1	2	3	4
28.	Capacità di eterocorrezione	0	1	2	3	4
29.	Capacità di valutare le parole dell'altro	0	1	2	3	4
30.	Capacità di colmare le lacune lessicali	0	1	2	3	4
Sezione VI. Uso dislocato del linguaggio e teoria della mente (TOM)						
31.	Descrivere un oggetto o una situazione non presenti	0	1	2	3	4
32.	Spostamento temporale I (passato prossimo)	0	1	2	3	4
33.	Spostamento temporale II (passato remoto)	0	1	2	3	4
34.	Spostamento temporale III (futuro prossimo)	0	1	2	3	4
35.	Descrivere una scena	0	1	2	3	4
36.	Capacità di trovare antonimi	0	1	2	3	4
37.	Lettura delle emozioni	0	1	2	3	4
38.	Uso fittizio del linguaggio	0	1	2	3	4
39.	Capacità di mentire	0	1	2	3	4
40.	Capacità di ironizzare	0	1	2	3	4
PUNTEGGIO TOTALE						

Sezione I. Linguaggio interno, capacità di inibizione e discorso differito

1. Monologhi udibili

Istruzioni

Chiunque nella vita ha visto o sentito qualcuno parlare da solo, ovvero esprimere ad alta voce i propri pensieri. A volte può essere utile illustrarlo con un esempio (ad es., potrei pensare e dire ad alta voce: "Ho bisogno di andare a fare la spesa. Non c'è molto da mangiare in frigorifero e nella dispensa. Se finisco di lavorare presto, domani pomeriggio andrò a fare la spesa e comprerò una scorta di cibo"). Ora si immagina una situazione in cui sta parlando ad alta voce tra sé e sé. Vediamo come lo fa. In questa attività i/le pazienti sono invitati/e a dare due esempi.

Punteggio

- 0 il/la paziente non è in grado di portare a termine il compito e non viene fornito alcun esempio;
- 1 il/la paziente è in grado di portare a termine il compito, ma con esitazione, ed è evidente che procede con notevole difficoltà;
- 2 il/la paziente è in grado di portare a termine il compito, ma con un grado moderato di difficoltà;
- 3 il/la paziente porta a termine il compito senza alcuna apparente difficoltà, ma non è in grado di fornire un secondo esempio;
- 4 il/la paziente porta a termine il compito senza alcuna apparente difficoltà e fornisce due esempi senza alcuna esitazione.

2. Verbalizzazioni di appoggio in compiti non verbali

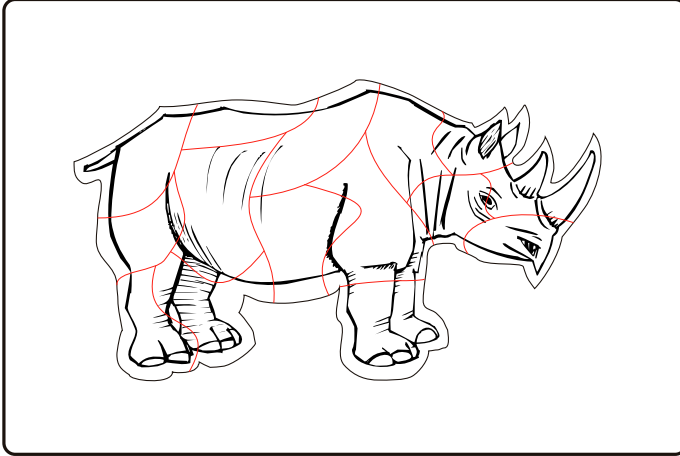
Materiali

Per completare questa attività, i/le pazienti devono avere davanti a sé i pezzi del puzzle del rinoceronte illustrato più avanti (o un puzzle simile). Viene mostrata anche un'immagine del puzzle assemblato.

Istruzioni

*Ai/Alle pazienti viene chiesto di assemblare un puzzle e di commentare di volta in volta le loro azioni (ovvero cosa stanno facendo). Iniziamo il compito dando loro un esempio degli accorgimenti necessari per facilitare la comprensione dell'esercizio. *Prima di tutto metto questo pezzo qui... poi lì accanto potrei mettere questo...**

ecc. Come ha visto, ho iniziato il compito commentando, passo dopo passo, come avrei completato la figura. Ora lei deve fare lo stesso. Successivamente tutti i pezzi del puzzle vengono consegnati al/alla paziente, al/alla quale si chiede di completarlo riferendo oralmente ogni singolo passaggio dell'operazione.



Puzzle del rinoceronte

Punteggio

- 0 assenza di verbalizzazione;
- 1 si produce qualche verbalizzazione, ma senza portare a termine il compito;
- 2 si produce qualche verbalizzazione di supporto, ma senza effettiva coerenza nel compito;
- 3 il/la paziente produce coerentemente più di una verbalizzazione di supporto, ma con qualche esitazione o difficoltà;
- 4 il/la paziente porta a termine il compito senza alcuna difficoltà.

3. Sussurrio

Istruzioni

Ora pronunciamo a bassa voce alcune frasi. In realtà dovrebbero essere sussurrate al/alla paziente. Ad esempio: non conosco la sua età. Mi dica, quanti anni ha? Successivamente viene chiesto: pronunciando in questo modo, può ripetere le seguenti frasi? (IMPORTANTE: lo specialista in quel caso pronuncia le frasi parlando con voce normale e senza bisbigliare).

1. *Questa è una bella stanza*
2. *Sono molto felice di andare in vacanza la prossima settimana*

Punteggio

- 0 il/la paziente non pronuncia neanche una frase sussurrando;
- 1 il/la paziente pronuncia almeno una frase sussurrando, anche se solo parzialmente o con una certa difficoltà;
- 2 il/la paziente pronuncia almeno una frase sussurrando senza alcuna esitazione e con scioltezza;
- 3 il/la paziente pronuncia due frasi, anche se solo parzialmente o con esitazione;
- 4 il/la paziente pronuncia due frasi senza esitazione e con scioltezza.

4. Lettura silenziosa**Materiali**

Per completare questa attività il/la paziente deve leggere in silenzio il seguente testo (o un testo simile).

"La caseta sul lago"

"Tutte le estati andiamo per alcuni giorni in montagna, lì abbiamo una casetta affittata da più di 10 anni. Molto vicino alla casetta c'è un lago di acqua fredda e trasparente.

A mio padre e a mio fratello Carlo piace andare a pescare al lago, portano sempre dei pesci i cui nomi sono difficili da pronunciare.

A mia sorella Maria piace molto fare il bagno, benché l'acqua del lago sia quasi congelata. Quando entra in acqua, emette delle grida che si possono sentire a chilometri di distanza. Durante il breve tempo in cui sta in acqua, Maria non smette di muoversi per combattere il freddo e dice sempre a chi la guarda: "Non entri? È bellissimo!". A me e a mia madre piace di più il lago durante la notte, quando la luna piena si riflette nell'acqua formando un grande specchio. Che notti divertenti abbiamo passato raccontando storie di paura".

Al fine di valutare la comprensione della lettura viene proposto il seguente questionario.

Comprensione della lettura:

1. Qual è la destinazione delle vacanze per il personaggio che narra il racconto?
2. A chi piace fare el bagno?
3. Che cosa sembra il lago quando si riflette la luna piena?
4. I personaggi del racconto che storie si raccontano di notte?

Risposte corrette:

1. Va sulle montagne, in una casetta sul lago.
2. A Maria, la sorella del personaggio che narra il racconto.
3. Sembra uno specchio.
4. Si raccontano storie di paura.

Istruzioni

Voglio che legga il testo che sto per darle. Lo legga tra sé, senza che noi la sentiamo, ovvero in silenzio. Ci provi! Se non ci riesce, provi a leggerlo a voce molto bassa, bisbigliando con voce molto bassa o sussurrata. Il testo viene consegnato al/alla paziente, al/alla quale saranno poste quattro domande al fine di valutarne la comprensione dopo la lettura.

Punteggio (basato sul questionario di comprensione della lettura)

N.B.: ai fini dell'assegnazione del punteggio di questo item è necessario che, in termini approssimativi, almeno metà della lettura avvenga in silenzio o in abbinamento a una lettura sussurrata. In caso contrario il punteggio sarà 0.

- 0 il/la paziente non risponde correttamente a nessuna domanda;
- 1 il/la paziente risponde correttamente a una domanda;
- 2 il/la paziente risponde correttamente a due domande;
- 3 il/la paziente risponde correttamente a tre domande;
- 4 il/la paziente risponde correttamente a tutte e quattro le domande.

5. Uso differito del linguaggio (risposta differita)

Istruzioni

Vorrei sapere la sua data nascita e dove è nato/a, ma non risponda fino a quando non glielo avrò detto io: qual è la sua data di nascita e dove è nato/a? Aspetti, non risponda ancora. Lo specialista attende venti secondi. Bene, ora risponda alla domanda che le ho appena posto.

Punteggio

- 0 il/la paziente non risponde correttamente a nessuna delle due domande;
- 1 il/la paziente risponde correttamente a una delle due domande, ma con evidente esitazione o difficoltà;
- 2 il/la paziente risponde correttamente a una delle due domande senza alcuna esitazione o evidenti difficoltà;
- 3 il/la paziente risponde correttamente a entrambe le domande, ma con esitazione o evidente difficoltà;
- 4 il/la paziente risponde correttamente a entrambe domande senza esitazioni né difficoltà.

6. Uso differito del linguaggio (descrizione differita)**Istruzioni**

Ci pensi un po' e mi dica qual è il suo piatto preferito. Si aspetta che il/la paziente risponda e si chiede: Sa come prepararlo? Se necessario, si insiste: pensi a un piatto che le piace e che sa preparare. Si attende la risposta. Bene, ora voglio che rifletta un istante prima di spiegarmi come si prepara quel piatto, ma non me lo spieghi finché non le avrò chiesto la risposta. Si attendono venti secondi. Bene, ora voglio che mi dica come si prepara.

Punteggio

- 0 il/la paziente non è in grado di spiegare come si prepara il piatto scelto, neanche con un aiuto verbale;
- 1 il/la paziente spiega, con molta esitazione, come viene preparato il piatto quando riceve un aiuto verbale, ma in questo caso l'onere maggiore spetta all'intervistatore;
- 2 il/la paziente spiega correttamente come viene preparato il piatto scelto quando riceve un aiuto verbale, e il compito è equamente condiviso tra il/la paziente e l'intervistatore;
- 3 il/la paziente spiega correttamente, quasi senza aiuto verbale, ma con esitazione;
- 4 il/la paziente spiega correttamente come viene preparato il piatto, senza esitazione né aiuto da parte dell'intervistatore.

Sezione II. Controllo delle procedure semiotiche concomitanti

7. Marcatori del discorso

Istruzioni

In questo caso specifico non vengono forniti stimoli o situazioni iniziali dai quali il soggetto può prendere spunto per svolgere un compito, ma durante l'intervista si dovrà osservare se il/la paziente utilizza espressioni come “allora”, “okay”, “vediamo”, “comunque”, “senta”, “dunque” e simili, o le accompagna alle sue produzioni verbali.

Il punteggio per questo item verrà assegnato alla fine del test.

Punteggio

- 0 il/la paziente non usa nessuna delle espressioni indicate né altre simili;
- 1 il/la paziente le usa raramente;
- 2 il/la paziente le usa a volte;
- 3 il/la paziente le usa abbastanza spesso;
- 4 il/la paziente le usa come previsto nei parlanti normali.

8. Gesticolazione concomitante all'attività verbale

Istruzioni

Il presente item verrà esaminato in maniera complessiva nel corso dell'intervista e si valuterà se il/la paziente accompagna il linguaggio orale con gesti, in modo coerente, credibile ed efficace, oppure se non è riuscito/a a usare tale risorsa, o se lo ha fatto in modo incongruente.

Il punteggio di questo item, come nel caso precedente, verrà assegnato alla fine del test.

Punteggio

- 0 il/la paziente non accompagna in nessun caso le espressioni orali con espressioni del viso o con movimenti della mano e/o del braccio;
- 1 il/la paziente accompagna il linguaggio orale con i gesti, in modo coerente ed efficace, ma solo raramente;
- 2 il/la paziente è in grado di accompagnare il linguaggio orale con i gesti, in modo coerente ed efficace, in diverse occasioni;

- 3 il/la paziente è in grado di accompagnare il linguaggio orale con i gesti, in modo coerente ed efficace, in molte occasioni.
- 4 il/la paziente accompagna il linguaggio orale con i gesti, in modo coerente ed efficace, durante la maggior parte dell'intervista.

9. Intonazione melodica

Istruzioni

A volte cantiamo canzoni. L'ha mai fatto? Sicuramente sì! Ora vorrei che canticchiasse queste canzoni insieme a me. Iniziamo a canticchiare "Garibaldi fu ferito" e aspettiamo che il/la paziente si unisca a noi. Proseguiamo per un po' tutti insieme e infine lasciamo che il/la paziente continui da solo/a e ripeta la canzoncina dall'inizio senza alcun aiuto. Più tardi si segue la stessa procedura con "L'Inno di Mameli". Ovviamente possiamo (e dobbiamo) proporre un motivo noto, chiedendo direttamente al/alla paziente, se opportuno, quale conosce o preferisce.

Punteggio

- 0 il/la paziente non è in grado di cantare una canzone né continuare a canticchiarla insieme allo specialista.
- 1 il/la paziente è in grado di canticchiare insieme allo specialista almeno una delle due canzoni, ma è incapace di continuare a canticchiare da solo/a.
- 2 il/la paziente è in grado di canticchiare insieme allo specialista almeno una delle due canzoni e continuare a canticchiare da solo/a, anche se con esitazione;
- 3 il/la paziente è in grado di canticchiare insieme allo specialista e continua a canticchiare una delle due canzoni correttamente e senza esitazione;
- 4 il/la paziente canticchia le due canzoni suggerite correttamente e senza difficoltà.

10. Gesto fonico ed espressioni del contenuto emotivo

Istruzioni

Immagini di incrociare per strada un amico/un'amica che non vede da molto tempo. Questo incontro la rende molto felice. Immagini che stia succedendo qui e ora, come se io fossi quell'amico/a e lei fosse contento/a di vedermi. "È passato tanto tempo dall'ultima volta! Come stai?" Adesso ripeta o mi dica qualcosa di simile. Ora immagina che un/una suo/a vicino/a stia dicendo cose molto brutte su di lei, nessuna di queste

è vera, e lei si sente molto ferito/a e arrabbiato/a. Immagini che quella persona sia qui di fronte a lei, è molto arrabbiato/a, e gli/le dice: "Non è vero quello che stai dicendo di me!" Adesso ripeta o dica qualcosa di simile.

Punteggio

- 0 il/la paziente non è in grado di esprimere emotivamente nessuna delle due frasi;
- 1 il/la paziente è in grado di esprimere emotivamente almeno una delle due frasi, ma con esitazioni o errori;
- 2 il/la paziente è in grado di esprimere emotivamente una delle due frasi, in modo corretto e senza esitazioni o errori;
- 3 il/la paziente è in grado di esprimere emotivamente una delle due frasi in modo corretto e senza esitazione, e l'altra frase è espressa con la giusta emotività, ma con esitazioni o errori;
- 4 il/la paziente è in grado di esprimere emotivamente le due frasi senza difficoltà o errori.

11. Intonazione linguistica convenzionale e gestualità fonica

Istruzioni

Quando parliamo, spesso modifichiamo il tono di voce, l'intensità o il ritmo della nostra espressione, usiamo pause per scopi diversi e così via. I cambi di intonazione diventano necessari nel caso delle domande. Immagini di aver perso le chiavi. Ripeta con me: "Dove possono essere le chiavi?" Poniamo la domanda con un'intonazione interrogativa enfatica ma credibile, quindi attendiamo la risposta del/della paziente affinché la riproduca con la stessa intonazione enfatica. Successivamente gli/le chiediamo di ripetere con noi: "Oggi è una bellissima giornata!" (pronunciato dallo specialista con un'intonazione enfatica). Aspettiamo che il/la paziente ripeta e poi lo/la invitiamo a chiedere l'ora, dando alla domanda un tono di urgenza. *Se ha bisogno di sapere l'ora è perché pensa di essere in ritardo per prendere il treno. Come lo chiederebbe?* In seguito, come nel caso precedente, il/la paziente dovrà pronunciare una frase con un tono di ammirazione: *Ora, per favore, ripeta esagerando l'intonazione esclamativa "oggi è un giorno di festa"* (pronunciata dallo specialista con un'intonazione normale).

Punteggio

- 0 il/la paziente non è in grado di ripetere correttamente (nel modo enfatico dimostrato dallo specialista) nessuna delle due frasi suggerite né pronuncia con enfasi le altre due frasi per le quali non è stata data alcuna indicazione;

- 1 il/la paziente è in grado di ripetere correttamente solo due delle frasi suggerite;
- 2 il/la paziente è in grado di ripetere correttamente entrambe le frasi suggerite, ma non riesce a enfatizzare in modo autonomo le altre due;
- 3 il/la paziente è in grado di ripetere correttamente entrambe le frasi suggerite ed enfatizza in modo autonomo una delle altre due;
- 4 il/la paziente è in grado di ripetere correttamente entrambe le frasi suggerite e riesce a enfatizzare in modo autonomo le altre due.

Sezione III. Abilità parafrastiche e fenomeni associati

12. Definizione di termini concreti

Istruzioni

A volte le persone devono spiegare ad altri, siano essi bambini o adulti, il significato di parole che identificano determinati oggetti. Questo succede quando spieghiamo a un/una bambino/a cosa è un oggetto, a cosa serve o come si usa qualcosa che non ha mai visto. Ad esempio, quando l'insegnante spiega alla classe cosa è un triangolo o una mamma spiega al figlio/alla figlia cosa è una macchina o un canarino. Ora voglio che lei spieghi, come se parlasse a un bambino o a uno straniero (con poca conoscenza della nostra lingua) qual è il significato di queste parole: "cavallo", "orologio", "porta" e "libro". Allora, cominciamo dal significato di "cavallo". Si dà tempo al/alla paziente di pensare ed elaborare la definizione di questo termine prima di passare a quello successivo. Ora proviamo con la parola "orologio". Vediamo la parola "porta". Adesso la parola "libro".

Punteggio

- 0 il/la paziente non è in grado di definire nessuna delle quattro parole proposte;
- 1 il/la paziente è in grado di definire una delle quattro parole proposte;
- 2 il/la paziente è in grado di definire due delle quattro parole proposte;
- 3 il/la paziente è in grado di definire tre delle quattro parole proposte;
- 4 il/la paziente è in grado di definire tutte e quattro le parole proposte.

N.B.: qualsiasi versione parafrastica relativa al significato della parola si considera una risposta valida. Non è richiesta alcuna definizione tecnica lessicografica.

13. Definizione di termini astratti

Istruzioni

Nella sezione precedente le ho chiesto di spiegare il significato di quattro parole specifiche, ora non dobbiamo ripetere quelle stesse parole. Questa volta voglio che mi dica cosa significano le parole: "coraggio", "amore", "giustizia" e "paura". Allora, prima mi dica cosa significa la parola "coraggio". Diamo al/alla paziente il tempo di creare la definizione come prima. Adesso proviamo con la parola "amore". Vediamo la parola "giustizia". Ora la parola "paura".

Punteggio

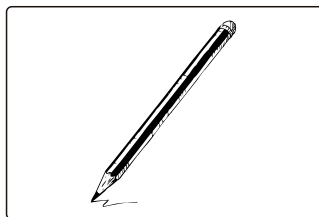
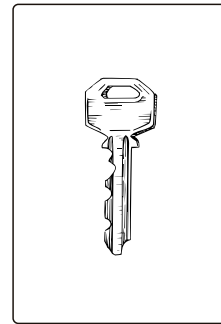
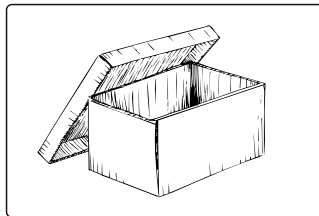
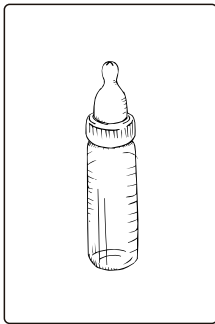
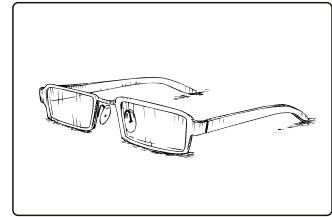
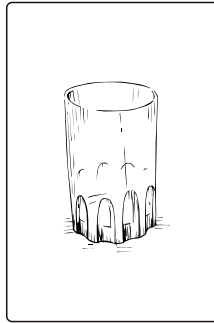
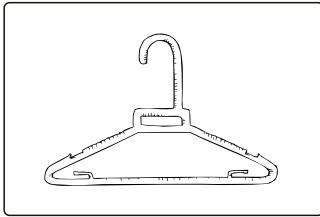
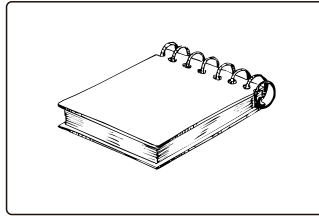
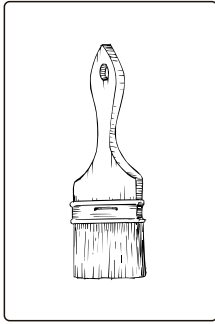
- 0 il/la paziente non è in grado di definire nessuna delle quattro parole proposte;
- 1 il/la paziente è in grado di definire una delle quattro parole proposte;
- 2 il/la paziente è in grado di definire due delle quattro parole proposte;
- 3 il/la paziente è in grado di definire tre delle quattro parole proposte;
- 4 il/la paziente è in grado di definire tutte e quattro le parole proposte.

N.B.: qualsiasi versione parafrastica relativa al significato della parola si considera una risposta valida. Non è richiesta alcuna definizione lessicografica tecnica.


14. Circonlocuzioni

Istruzioni

Quando vogliamo dire il nome di un oggetto, e in quel momento non troviamo la parola, di solito ricorriamo a frasi che si riferiscono ad alcune caratteristiche di questo oggetto, ossia a cosa serve, chi lo usa e così via. Ora voglio che mi dica il nome degli oggetti che appaiono in questi disegni che sto per mostrarle. SE NON RICORDA IL NOME, PROVI A SPIEGARE CHE COS'È. In questo item si richiede l'utilizzo di circonlocuzioni. Si mostra la scheda illustrata più avanti e si aspetta che il/la paziente pronunci il nome degli oggetti rappresentati o impieghi circonlocuzioni che consentano di identificarli. Al/Alla paziente si mostra la SCHEDA PER UN COMPITO DI DENOMINAZIONE E CIRCONLOCUZIONI ASSOCIATE, si attende che denomini ciascun oggetto e si annota la risposta.



Compito di denominazione e circonlocuzioni associate

COMPITO DI DENOMINAZIONE E CIRCONLOCUZIONI ASSOCIATE		
STIMOLI	PRODUZIONE DEL/DELLA PAZIENTE	RISULTATO CORRETTO O ERRORE
	PENNELLO	
	QUADERNO	
	OMBRELLO	
	GRUCCIA	
	BICCHIERE	
	OCCHIALI	
	BIBERON	
	SCATOLA	
	CHIAVE	
	MATITA	

Punteggio

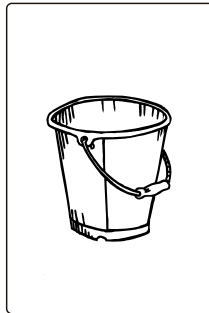
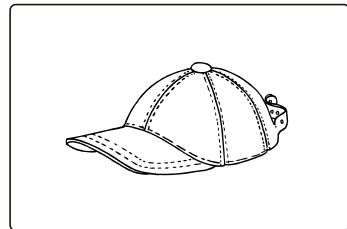
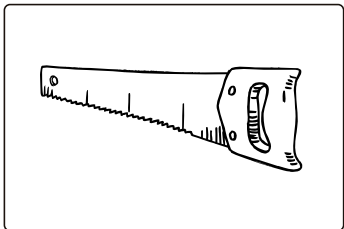
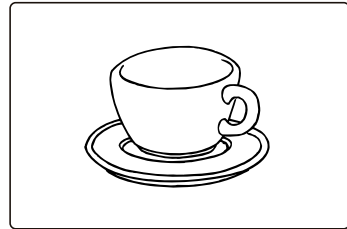
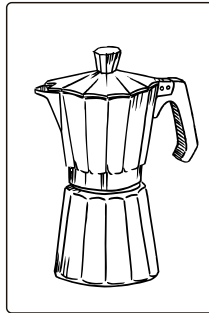
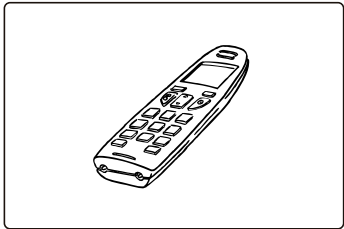
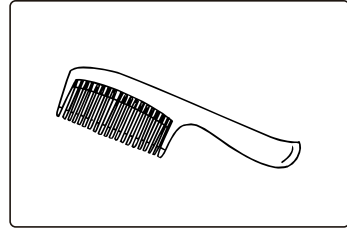
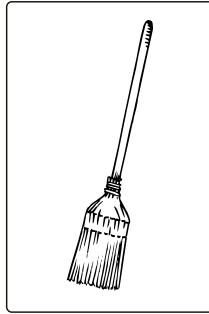
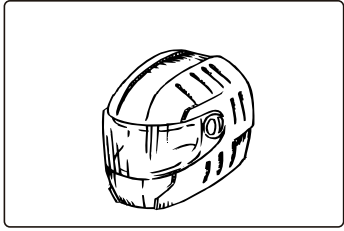
Procedura di punteggio: le risposte possono essere 1) denominazioni corrette, 2) errori di denominazione (nessuna denominazione, ricerche udibili o mentali senza esito positivo, parafasie, circonlocuzioni inadeguate) o 3) circonlocuzioni adeguate, che nel presente item sono considerate risposte cui viene assegnato mezzo punto. Se “x” è il numero di denominazioni corrette e “y” il numero di circonlocuzioni adeguate, il punteggio diretto (PD) si ottiene con la formula: $PD = x + y/2$. Dato che abbiamo 10 stimoli, il PD oscilla tra un massimo di 10 (10 casi di denominazione corretta) e 0 (10 casi di errore). Ad esempio, è possibile ottenere un PD di 8 con 8 denominazioni corrette e 2 errori, o con 6 denominazioni corrette e 4 circonlocuzioni adeguate ($8 = 6 + 4/2$). Il PD viene trasformato in una scala da 0 a 4 come segue.

- 0 / PD di 0;
- 1 / PD tra 0,5 e 3;
- 2 / PD tra 3,5 e 6,5;
- 3 / PD tra 7 e 9;
- 4 / PD 9,5 e 10.



15. Fenomeno tip of the tongue

Istruzioni

A volte, quando vogliamo dire il nome di un oggetto e proprio in quel momento non ci viene in mente, ci sembra di avere la parola sulla “punta della lingua”, può succedere a chiunque. Cerchiamo o immaginiamo parole potenzialmente adeguate per riempire questo spazio vuoto nella nostra mente, ma senza alcun successo. Ora voglio che mi dica il nome degli oggetti disegnati su questa scheda. SE VEDE CHE UNO QUALUNQUE DI QUESTI NOMI LE SFUGGE, ME LO DICA, SE INVECE PENSA DI AVERLO QUASI TROVATO, MI DIA UN INDIZIO. In questo item viene richiesto di individuare i fenomeni “tip of the tongue”. Al/Alla paziente si mostra la SCHEDA PER UN COMPITO DI DENOMINAZIONE E FENOMENI ASSOCIATI AL “TIP OF THE TONGUE”, si attende che denomini ciascun oggetto e si annota la risposta.



Compito di denominazione e fenomeni associati al “tip of the tongue”

COMPITO DI DENOMINAZIONE E FENOMENI ASSOCIATI AL "TIP OF THE TONGUE"		
STIMOLI	PRODUZIONE DEL/DELLA PAZIENTE	RISULTATO CORRETTO O ERRORE
	CASCO	
	SCOPA	
	PETTINE	
	CELLULARE	
	CAFFETTIERA	
	TAZZA /TAZZINA	
	SEGA	
	OROLOGIO	
	CAPPELLO	
	SECCHIO	

Punteggio

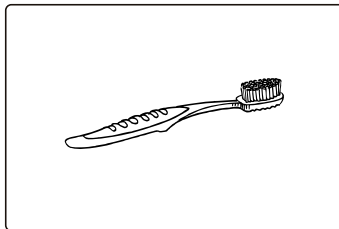
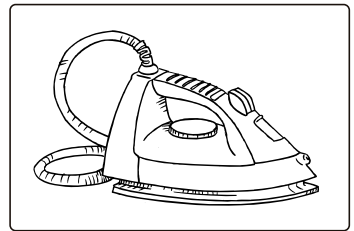
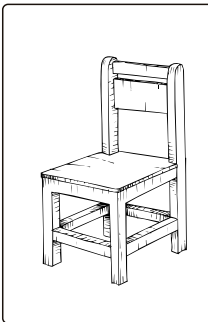
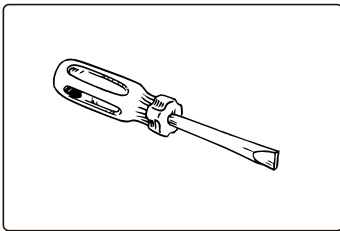
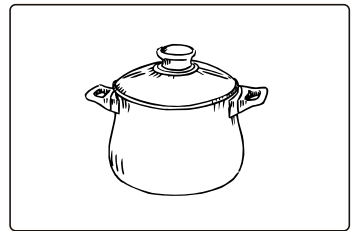
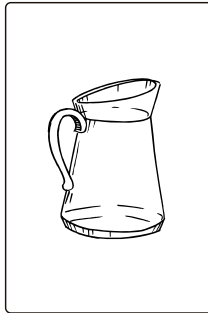
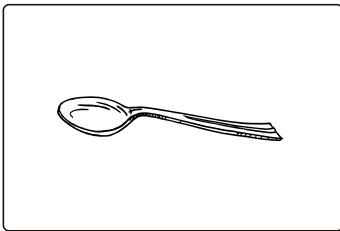
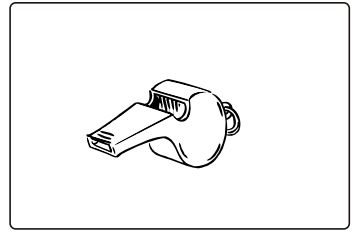
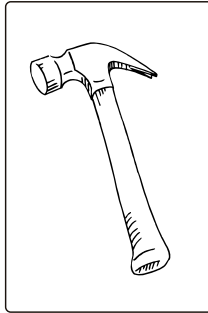
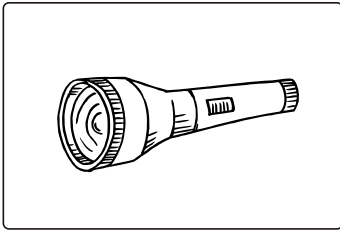
Procedura di punteggio: le risposte possono essere 1) denominazioni corrette 2) errori di denominazione (tutti i tipi di errore, in questo caso sono comprese anche le circonlocuzioni adeguate) o 3) fenomeni *tip of the tongue*, che nel presente item sono considerati risposte cui viene assegnato mezzo punto. Nel fenomeno *tip of the tongue* rientrano la descrizione verbale di questo stato mentale, le ricerche verbali udibili e i gesti orofacciali o cinetici che rivelano una ricerca mentale. Se “x” è il numero di denominazioni corrette e “y” il numero di fenomeni *tip of the tongue*, il punteggio diretto (PD) si ottiene con la formula: $PD = x + y/2$. Dato che abbiamo 10 stimoli, il PD oscilla tra un massimo di 10 (10 casi di denominazione corretta) e 0 (10 casi di errore). Ad esempio, è possibile ottenere un PD di 8 con 8 denominazioni corrette e 2 errori, o con 6 denominazioni corrette e 4 fenomeni *tip of the tongue* ($8 = 6 + 4/2$). Il PD viene trasformato in una scala da 0 a 4 come segue.

- 0 / PD di 0;
- 1 / PD tra 0,5 e 3;
- 2 / PD tra 3,5 e 6,5;
- 3 / PD tra 7 e 9;
- 4 / PD 9,5 e 10.

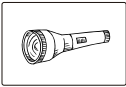





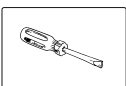



16. Parafasie

Istruzioni

A volte, quando si vuole denominare un oggetto, si dice una parola correlata al suo significato (ad es., invece di dire “bottiglia” diciamo “bicchiere”), o una parola simile alla parola che si vuole dire (ad es., invece di “bottiglia” diciamo “battaglia”), oppure si dice una parola nuova priva di significato e che viene in mente in quel momento (ad es., “bittoglia” invece di “bottiglia”). Adesso vorrei che denominasse i disegni in questa scheda. SE HA QUALSIASI DUBBIO SUL NOME PROPOSTO, ME LO DICA, O PUO' ANCHE DARE UN'ALTERNATIVA. In questo item si cerca la consapevolezza nell'individuare le parafasie. Al/Alla paziente si mostra la SCHEDA PER UN COMPITO DI DENOMINAZIONE E MONITORAGGIO DEI FENOMENI PARAFASICI, si attende che denomini ciascun oggetto e si annota la risposta.



Compito di denominazione e monitoraggio dei fenomeni parafasici

COMPITO DI DENOMINAZIONE E MONITORAGGIO DEI FENOMENI PARAFASICI		
STIMOLI	PRODUZIONE DEL/DELLA PAZIENTE	RISULTATO CORRETTO O ERRORE
	TORCIA	
	MARTELLO	
	FISCHIETTO	
	CUCCHIAIO	
	BROCCA	
	PENTOLA	
	CACCIAVITE	
	SEDIA	
	FERRO DA STIRO	
	SPAZZOLINO	

Punteggio

Procedura di punteggio: le risposte possono essere 1) denominazioni corrette 2) errori in denominazione (tutti i tipi di errore, tra cui nessuna denominazione, parafasie ignorate dal/dalla paziente, circonlocuzioni) o 3) monitoraggio dei fenomeni parafasici, che nel presente item sono considerati risposte valide cui viene assegnato mezzo punto. I fenomeni di monitoraggio delle parafasie includono “l’identificazione di un errore notato durante la denominazione e le espressioni di dubbio sulla denominazione proposta, fornendo alternative”. Se “x” è il numero di denominazioni corrette e “y” il numero di monitoraggio dei fenomeni parafasici, il punteggio diretto (PD) si ottiene con la formula: $PD = x + y/2$. Dato che abbiamo 10 stimoli, il PD oscilla tra un massimo di 10 (10 casi di denominazione corretta) e 0 (10 casi di errore). Ad esempio, è possibile ottenere un PD di 8 con 8 risposte corrette e 2 errori, o con 6 denominazioni corrette e 4 fenomeni parafasici monitorizzati ($8 = 6 + 4/2$). Il PD viene trasformato in una scala da 0 a 4 come segue.

- 0 / PD di 0;
- 1 / PD tra 0,5 e 3;
- 2 / PD tra 3,5 e 6,5;
- 3 / PD tra 7 e 9;
- 4 / PD tra 9,5 e 10.

Sezione IV. Discorso riferito e fenomeni associati

17. Discorso indiretto

Istruzioni

Spesso nella vita quotidiana ci viene chiesto di dire qualcosa a qualcun altro per trasmettere un messaggio. Questo ci succede in molte situazioni, con varie persone, vari contenuti di messaggi e situazioni. Un esempio è quando un amico, di nome Pietro, ci dice: “Ricorda a tua moglie/marito che sabato dovete venire a cena a casa nostra” e noi trasmettiamo il messaggio in questi termini: “Pietro mi ha detto di ricordarti che questo sabato siamo invitati a cena a casa loro”. Come può notare, non ripetiamo il messaggio in modo letterale, ma lo adattiamo alla situazione attuale quando il nostro amico non è più presente, ma il nostro coniuge sì. Lo specialista propone un’attività di role-play in cui, se possibile, è presente il coniuge (o la persona che accompagna il/la paziente). In caso contrario il/la paziente deve immaginare una terza persona.

Lo specialista può anche proporre performance alternative. *Ora vorrei che dicesse a suo marito/sua moglie: (lo specialista chiede al coniuge del/della paziente di lasciare la stanza o sussurra a quest'ultimo/a il messaggio all'orecchio, in modo che il coniuge non possa sentire) "Martedì prossimo devi ritornare qui alle 10 di mattina".* Se il coniuge è fuori, lo specialista lo invita a rientrare nella stanza e sollecita il/la paziente a trasmettere il messaggio.

Punteggio

- 0 il/la paziente non è in grado di comprendere la situazione di *role-play* proposta;
- 1 il/la paziente comprende la situazione di *role-play*, ma non è in grado di trasmettere le informazioni;
- 2 il/la paziente trasmette le informazioni, ma in modo incompleto;
- 3 il/la paziente trasmette le informazioni per intero, ma con esitazione o senza adattare il messaggio a uno stile indiretto (cioè senza adattarlo correttamente alla situazione comunicativa attuale);
- 4 il/la paziente trasmette correttamente tutte le informazioni, senza esitazione e in uno stile indiretto.

18. Discorso diretto e gesti fonici

Istruzioni

Quando trasmettiamo il messaggio che ci è stato chiesto di comunicare, in alcune occasioni usiamo le stesse identiche parole della persona che ha parlato e possiamo ANCHE IMITARE IL SUO MODO DI PARLARE. Immagini che Pietro, un bambino, dica alla madre: (lo specialista imiterà la voce di un bambino piccolo) "Mamma, dov'è la mia merenda? Ho fame". Voglio che trasmetta la domanda di Pietro, con le stesse parole che ho usato e con la stessa voce infantile. Pietro ha detto a sua mamma:...

Punteggio

- 0 il/la paziente non è in grado di riportare le parole dell'altra persona né imitare i gesti fonici;
- 1 il/la paziente è in grado di riportare le parole dell'altra persona, ma non riesce a imitare i gesti fonici;
- 2 il/la paziente è in grado di riportare le parole dell'altra persona e cerca di imitare in parte, o in modo approssimativo, il gesto fonico;

- 3 il/la paziente imita bene il gesto fonico, ma non riesce a riprodurre letteralmente ciò che era stato detto;
- 4 il/la paziente ripete letteralmente il contenuto della frase e imita chiaramente i gesti fonici.

19. Imitazione della voce

Istruzioni

A volte, quando raccontiamo una storia, inseriamo le voci dei personaggi, fantasticando su quale potrebbe essere il loro tono o il loro modo di parlare. Immagini di raccontare una storia a un/una bambino/a: (il clinico userà la voce corrispondente a quella di un gigante, con un tono molto profondo, dando un' enfasi specifica e una vocalizzazione chiara): "E poi il gigante disse al bambino: NON TI NASCONDERE, BAMBINO, CHE PRESTO O TARDI TI PRENDERÒ". Ora voglio che mi ripeta con le stesse parole che ho usato e con la stessa voce (pronunciamo la stessa frase nello stesso modo): "E POI IL GIGANTE DISSE AL BAMBINO: NON TI NASCONDERE, BAMBINO, CHE PRESTO O TARDI TI PRENDERÒ". Adesso lo faccia lei, imitandomi.

Punteggio

- 0 il/la paziente non è in grado di riprodurre le parole o imitare la voce;
- 1 il/la paziente è in grado di riprodurre le parole, ma non riesce a imitare la voce;
- 2 il/la paziente è in grado di riprodurre le parole, ma imita solo la voce in parte o in modo approssimativo;
- 3 il/la paziente imita bene la voce, ma non riesce a riprodurre le parole esatte;
- 4 il/la paziente riproduce letteralmente il contenuto della frase e il modo in cui è stata espressa.

20. Raccontare una storia

Istruzioni

Spesso nella vita quotidiana, in risposta a una richiesta o un desiderio spontaneo, raccontiamo la trama di un film o commentiamo i temi di un dibattito televisivo o i fatti più significativi di un dato evento. Mi dica, le piace il cinema? Aspettiamo la risposta del/della paziente e, se positiva, chiediamo: Si ricorda l'ultimo film che ha visto? Mi

può raccontare qualcosa? Se ciò non è possibile, lo specialista inizialmente cerca di proporre un'attività simile con un programma televisivo e, se ancora non arriva una risposta positiva, con una storia/fiaba.

Punteggio

- 0 il/la paziente non è in grado di narrare alcuna storia né menzionare un personaggio o un argomento a essa correlati;
- 1 il/la paziente è in grado di menzionare un personaggio o un argomento, ma senza fornire una corretta narrazione dei fatti;
- 2 il/la paziente fornisce una narrazione dei fatti parziale o incompleta;
- 3 il/la paziente fornisce una storia completa in merito al contenuto, ma la narrazione non è chiara né ben organizzata;
- 4 il/la paziente fornisce una storia chiara e ben organizzata.

Sezione V. Capacità di monitoraggio e marche di contestualizzazione

21. Monitoraggio delle sillabe: separare le sillabe di una parola

Istruzioni

A volte per enfatizzare o distinguere chiaramente i suoni che costituiscono una parola possiamo scomporla in sillabe. È il caso dell'insegnante quando produce un termine nuovo e complesso o di un genitore quando vuole enfatizzare la decisione che ha preso per il/la figlio/a, ad esempio: "Siamo d'accordo che andiamo al CI-NE-MA". Ora le chiederò di dire alcune parole scandendo ogni sillaba, come "SPEC-CHIO". Può farlo con la parola "casa"? Dovremmo lasciare alcuni secondi per consentire al/ alla paziente di rispondere. Se ciò non accade in un tempo ragionevole, possiamo dare un ulteriore incoraggiamento. Coraggio! Provi a dividere in sillabe la parola "casa". Dopo aver registrato la risposta, lo specialista passa alla parola successiva. Può sillabare la parola "bar"? Seguendo sempre la stessa procedura, continua con altre due parole: Ora divida in sillabe "autobus". Infine divida in sillabe "telefono".

Punteggio

- 0 il/la paziente non è in grado di dividere in sillabe nessuna delle quattro parole proposte;
- 1 il/la paziente divide correttamente in sillabe una delle quattro parole proposte;
- 2 il/la paziente divide correttamente in sillabe due delle quattro parole proposte;
- 3 il/la paziente divide correttamente in sillabe tre delle quattro parole proposte;
- 4 il/la paziente divide correttamente in sillabe tutte e quattro le parole proposte.

22. Monitoraggio della struttura delle frasi: uso dell'accento per enfatizzare

Istruzioni

Oltre a dividere le parole in sillabe per enfatizzare o evidenziare una determinata parola, un'altra tecnica utilizzata è quella di separare la parola che vogliamo far risaltare all'interno della frase con una pausa, e soprattutto aumentandone l'intensità o la chiarezza della pronuncia. Un esempio è quando fa molto caldo e una persona lo esprime nel seguente modo: "Oggi è una giornata # DAVVERO # calda". Il compito che le chiedo di svolgere ora è separare le parole in modo simile, sottolineando quella che, secondo lei, è la parola da enfatizzare in ogni frase. Ad esempio: "Fa così # CALDO # oggi!" Ora provi a fare lo stesso con la seguente frase: "Sei molto intelligente". Lo specialista pronuncia la frase senza alcuna enfasi sulle parole, poiché spetta al/ alla paziente operare questa selezione. Si attende la risposta e, se non arriva, si offre un incoraggiamento a riprovare. Lo specialista continua allo stesso modo con altre due frasi. Provi con la frase: "È orribile!" Adesso faccia lo stesso con la frase: "Totti e Del Piero sono dei calciatori bravissimi".

Punteggio

- 0 il/la paziente non è in grado di enfatizzare nessuna delle tre frasi proposte;
- 1 il/la paziente enfatizza almeno una frase o un frammento di frase, ma non separa chiaramente una parola specifica per sottolinearla;
- 2 il/la paziente separa una parola per enfatizzarla in una delle tre frasi;
- 3 il/la paziente separa una parola per enfatizzarla in due delle tre frasi;
- 4 il/la paziente separa una parola per enfatizzarla in tutte e tre le frasi.

23. Monitoraggio delle sillabe con supporto gestuale

Istruzioni

Ora le chiederò di pronunciare, come ha appena fatto, dividendo in sillabe una parola, ma questa volta deve anche battere sul tavolo con la mano o con le dita. Ad esempio, sillabiamo la parola "mano" e lo facciamo in questo modo: "MA – NO". Accompagniamo ogni sillaba con un tocco leggero sul tavolo. Adesso lo faccia lei nello stesso modo. Ripetiamo "MA – NO" come prima e attendiamo l'imitazione del/della paziente. Ora voglio che dica la parola "Tre" colpendo il tavolo. Attendiamo la risposta e, se non arriva, cerchiamo di incoraggiare il/la paziente. Dopo aver registrato la risposta, lo specialista continua con altre parole, seguendo sempre la stessa procedura. Ora voglio che dica la parola "sedia". Adesso provi con "pennarello". Provi con "televisione".

Punteggio

- 0 il/la paziente non è in grado di suddividere in sillabe con supporto gestuale nessuna delle quattro parole proposte;
- 1 il/la paziente divide correttamente in sillabe con supporto gestuale una delle quattro parole proposte;
- 2 il/la paziente divide correttamente in sillabe con supporto gestuale due delle quattro parole proposte;
- 3 il/la paziente divide correttamente in sillabe con supporto gestuale tre delle quattro parole proposte;
- 4 il/la paziente divide correttamente in sillabe con supporto gestuale tutte e quattro le parole proposte.

24. Capacità di adattamento al contesto

Istruzioni

Quando parliamo, cambiamo le parole e il modo di parlare affinché il messaggio venga compreso e abbia, nel nostro interlocutore, gli effetti desiderati. Parliamo in modo diverso a seconda che ci troviamo a un colloquio di lavoro, in presenza di amici o parenti oppure quando proviamo a dare indicazioni per una strada o una piazza a uno straniero che ha scarsa padronanza della lingua. Ora le chiedo di immaginare se stesso/a a casa mentre un amico/un'amica molto intimo/a, che non vede da tempo, va a trovarla. Immagini come vorrebbe salutarlo/a, cosa direbbe il suo amico/la sua amica e come risponderebbe lei. Attendiamo la risposta del/della paziente. Ora pensi che vedrà il suo medico in ospedale. Come vi salutate? Cosa vi dite? Riproduca un breve

dialogo tra lei e il medico non appena inizia la visita. Da ultimo si può suggerire un terzo contesto comunicativo. Ora si immagini di camminare per la strada e vedere una donna con il figlio di due anni. È la prima volta che vede il bambino. Li saluti e crei un piccolo dialogo.

Punteggio

- 0 il/la paziente non è in grado di rappresentare nessuna delle tre situazioni proposte;
- 1 il/la paziente è in grado di rappresentare solo una delle tre situazioni proposte;
- 2 il/la paziente è in grado di rappresentare due delle tre situazioni proposte, ma senza cambiamenti significativi nel modo di parlare;
- 3 il/la paziente è in grado di rappresentare due delle tre situazioni proposte, con un cambiamento significativo nel modo di parlare.
- 4 il/la paziente è in grado di rappresentare tutte e tre le situazioni proposte, con cambiamenti significativi nel modo di parlare.

25. Capacità adattamento alla comunicazione monocanale

Istruzioni

*In alcune situazioni quotidiane ci capita di parlare con qualcuno al telefono. Parlare al telefono non è lo stesso che parlare di persona, perché al telefono non vediamo l'altra persona e questo può limitare le nostre capacità di comunicazione. Proveremo a riprodurre questa situazione. Facciamo finta di essere al telefono. Lo specialista aiuta il/la paziente a immaginare la scena. Può anche parlare al cellulare, lasciando la stanza e trasformando la situazione fittizia in una reale, tuttavia non dimentichiamo che esiste un valore aggiunto nella capacità del/della paziente di rielaborare la scena con elementi di fantasia. In questo caso si può preparare un *role-play* con una chiamata telefonica. Lo specialista fa il gesto con il pollice (auricolare del portatile) e il mignolo (microfono del portatile) per parlare al telefono, attende che il/la paziente inizi a imitare e poi dice: 1) *Salve, buongiorno (o buonasera)*. Attende la risposta del/della paziente e continua: 2) *C'è (nome del paziente)? (...). Che lavoro fa o faceva?* Riprende l'interazione precedente e prosegue: *"Molto bene, arrivederci! A presto!"**

Punteggio

- 0 il/la paziente non comprende il gioco di ruolo proposto;
- 1 il/la paziente chiede ulteriore aiuto per l'esecuzione del dialogo;
- 2 il/la paziente interagisce ma con contributi irrilevanti o inadeguati;
- 3 il/la paziente interagisce in modo accettabile;
- 4 il/la paziente interagisce molto bene, ad esempio prende l'iniziativa di conversare.

26. Capacità di adattamento al contesto in assenza del destinatario

Istruzioni

Quando chiamiamo qualcuno al telefono, il destinatario potrebbe non essere disponibile a rispondere, perciò subentra la segreteria telefonica. Immagini di chiamarmi al telefono e si attiva la segreteria telefonica. Di solito ci dice di lasciare un messaggio dopo un segnale acustico. Si immagini in quella situazione, mi chiami e risponda alla segreteria telefonica (lo specialista imita la voce della segreteria telefonica): "Dopo il segnale acustico registri il suo messaggio (...bip...)". Attendiamo che il/la paziente lasci un messaggio. In assenza di risposta insistiamo e ripetiamo la formulazione di cui sopra.

Punteggio

- 0 il/la paziente non comprende il gioco di ruolo proposto;
- 1 il/la paziente chiede ulteriore aiuto per l'esecuzione del compito;
- 2 il/la paziente lascia un messaggio parziale o incompleto;
- 3 il/la paziente lascia un messaggio completo, ma con esitazioni o autocorrezioni;
- 4 il/la paziente lascia un messaggio completo, corretto e senza esitazioni.

27. Capacità di autocorrezione

Istruzioni

È noto che quando parliamo, tutti noi commettiamo degli errori. La maggior parte delle volte ce ne rendiamo conto e ci correggiamo da soli, anche se capita che questi sbagli passino inosservati. Un esempio di autocorrezione è quando una persona dice: "Ho un dolore al merlo, cioè al mento". Ora voglio

che pensi a tre frasi come quella dell'esempio precedente. Prima le dica con un errore (per esempio, "ho un dolore al merlo") e poi lo corregga ("cioè al mento"). Forza, proviamo, mi dica la frase nella quale c'è un errore. Aspettiamo che il/la paziente produca la frase e poi chiediamo di correggerla. Se non risponde o dice di non riuscire a formularla, possiamo suggerire un altro esempio. *Immagini una signora che va in panetteria e dice: "Voglio quattro marini, cioè panini". Ora provi a farlo lei. Crei una frase con un errore e dopo la corregga.* Se il/la paziente non risponde o dice di non riuscire a formulare la frase, consideriamo il compito concluso con punteggio 0. Se il/la paziente è capace di produrre una frase e poi correggerla senza un secondo esempio, possiamo usare la prima frase autocorretta come esempio quando chiediamo la seconda o terza frase con autocorrezione, nel caso in cui il/la paziente si blocchi.

Punteggio

- 0 il/la paziente non è in grado di creare frasi con errori;
- 1 il/la paziente crea frasi con errori, ma senza correggerli;
- 2 il/la paziente crea una frase con errori e poi li corregge;
- 3 il/la paziente crea due frasi con errori e poi li corregge;
- 4 il/la paziente crea tre frasi con errori e poi li corregge.

28. Capacità di eterocorrezione

Istruzioni

Il compito che ora dovrà eseguire, consiste nel rilevare gli errori che io commetto quando parlo e correggerli. Ad esempio, se dico: "Nella mano ho una ponna", lei dovrà dire "una penna, non una ponna". Se il/la paziente sembra in grado di capire la proposta, continuiamo con il compito, in caso contrario possiamo utilizzare un altro esempio per illustrare la nostra richiesta. Ad esempio, questa è la prima frase: "Ci troviamo in una situazione economica dirficile". Aspettiamo la risposta del/della paziente. Se non risponde o lo fa in maniera sbagliata, possiamo dire: "Faccia attenzione, ho detto "dirficile" anziché "difficile". Continuiamo con un'altra frase. Vediamo se sa correggere l'errore: "Di solito vedo volare un pipilestro piccolino vicino a casa". Aspettiamo la risposta del/della paziente. Continuiamo con la frase successiva. Vediamo se ora trova l'errore: "Erano le un quarto meno dieci". Continuiamo con la successiva e ultima frase. Questa è l'ultima frase che le chiedo di correggere. "Hai messo le cose al loro posto?"

Punteggio

- 0 il/la paziente non è in grado di rilevare e correggere nessuno degli errori proposti;
- 1 il/la paziente è in grado di rilevare e correggere correttamente uno dei quattro errori proposti;
- 2 il/la paziente è in grado di rilevare e correggere correttamente due dei quattro errori proposti;
- 3 il/la paziente è in grado di rilevare e correggere correttamente tre dei quattro errori proposti;
- 4 il/la paziente è in grado di rilevare e correggere correttamente tutti e quattro gli errori.

29. Capacità di valutare le parole dell'altro

Istruzioni

In alcune occasioni facciamo commenti sulle parole che qualcun altro ha pronunciato, in particolare quando vogliamo manifestare un accordo totale o un forte disaccordo. Ora le chiederò di dirmi cosa ne pensa delle seguenti questioni. In un programma televisivo un politico ha detto: "Secondo me la crisi economica la stanno vivendo solo i ricchi". Qual è la sua opinione? Aspettiamo che il/la paziente dia la sua opinione o faccia i commenti opportuni. Se non dice niente o non capisce, domandiamo in maniera esplicita che esprima un giudizio o il suo pensiero su quel politico (si può ripetere la stessa frase). Passiamo ora a un altro tema. In un dibattito televisivo c'era un gruppo di persone secondo le quali le coppie di gay e lesbiche possono offrire un'istruzione migliore ai propri figli rispetto a una famiglia tradizionale. Cosa ne pensa? Lo specialista ovviamente può proporre situazioni alternative sulla base del background del/della paziente.

Punteggio

- 0 il/la paziente non è in grado di commentare o le sue risposte sono incomprensibili o inadeguate;
- 1 il/la paziente è in grado di rispondere con un commento a una delle due situazioni proposte;
- 2 il/la paziente è in grado di rispondere con un commento a entrambe le situazioni proposte;
- 3 il/la paziente è in grado di commentare con ulteriori argomenti e/o un'intonazione enfatica una delle due situazioni proposte;
- 4 il/la paziente è in grado di commentare con ulteriori argomenti e/o un'intonazione enfatica entrambe le situazioni proposte.

30. Capacità di colmare le lacune lessicali

Istruzioni

Quando parliamo, a volte non riusciamo a terminare le frasi e questo fatto può essere dovuto a molteplici circostanze, ad esempio se non ci viene in mente una parola a completamento di una frase. Nel caso in cui ciò accada, gli altri possono finire la frase per noi o viceversa. Un esempio è quando un bambino dice alla madre: "Mamma, oggi ho fatto un cerchio con un..." (il bambino fa il gesto di usare un compasso) e la madre risponde: "Bene! Hai fatto un cerchio con un compasso!" Ora le chiedo di comportarsi come la madre di quell'esempio, cioè, dovrà finire le frasi incomplete che sto per dire. Pronto/a? Ha capito il compito? Aspettiamo la risposta del/della paziente e se è negativa spiegheremo di nuovo usando lo stesso esempio o un altro. A quel punto diamo inizio al compito. *Completi la seguente frase: "Sono venuto da casa mia fino a questo ufficio in..."* Se il/la paziente dà una risposta adeguata, continuiamo con i seguenti item; se non dà alcuna risposta o sbaglia, ripetiamo la frase precedente completandola noi stessi in maniera corretta affinché serva da nuovo esempio, quindi proseguiamo con gli item successivi. *Ora completi la seguente frase: "Il sarto mi ha fatto un..."*. Continuiamo con la seguente frase: *"Camminiamo con i piedi e afferriamo con le..."*. E infine concluda la seguente frase: *"I bambini crescono fino a diventare...?"*

Punteggio

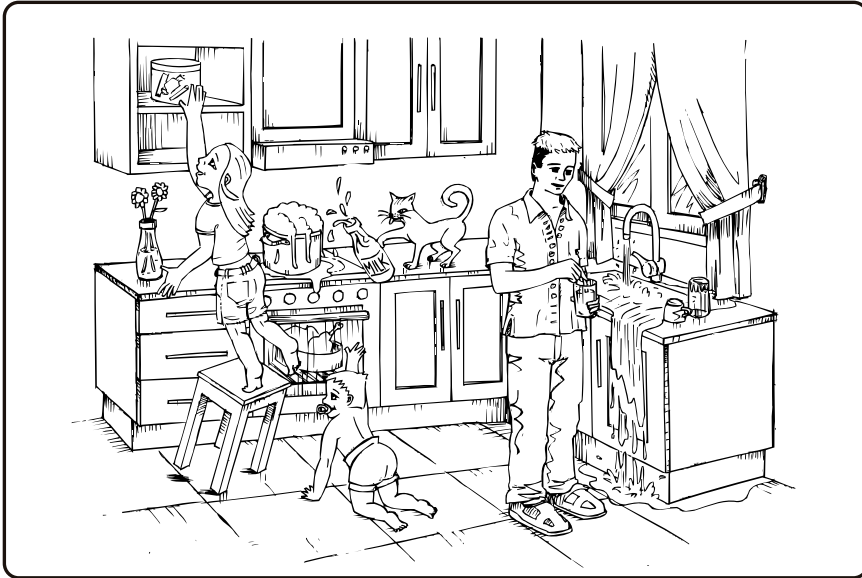
- 0 il/la paziente non è in grado di completare adeguatamente neanche una delle frasi proposte;
- 1 il/la paziente completa adeguatamente una delle quattro frasi proposte;
- 2 il/la paziente completa adeguatamente due delle quattro frasi proposte;
- 3 il/la paziente completa adeguatamente tre delle quattro frasi proposte;
- 4 il/la paziente completa adeguatamente tutte e quattro le frasi proposte.

Sezione VI. Uso dislocato del linguaggio e teoria della mente (TOM)

31. Descrivere un oggetto o una situazione non presenti

Istruzioni

Il linguaggio ci permette di parlare di cose, persone o situazioni che non sono presenti, ad esempio, a casa parliamo di un'auto che si trova in riparazione dal meccanico. Le mostrerò un disegno per qualche istante e poi lo toglierò, dopodiché le chiederò di descriverlo. Mostriamo al/alla paziente la tessera "OMAGGIO AL FURTO DEI BISCOTTI" e lo/la invitiamo a concentrarsi per un minuto. Dopo aver rimosso il foglio, chiediamo di dirci cosa vi è raffigurato.



Omaggio al furto dei biscotti

Punteggio

- 0 il/la paziente non riesce a esprimere correttamente nessuna frase relativa allo stimolo proposto;
- 1 il/la paziente produce una sola frase, ma con esitazione;
- 2 il/la paziente completa correttamente una frase senza esitazione e una frase correttamente ma con esitazione;
- 3 il/la paziente produce due frasi, ma con esitazioni o errori;
- 4 il/la paziente produce almeno due frasi, senza errori o esitazioni.

32. Spostamento temporale I (passato prossimo)

Istruzioni

Spesso facciamo discorsi o commenti su cose accadute non molto tempo fa. Vorrei che mi raccontasse cosa ha fatto lo scorso fine settimana, a partire da sabato mattina fino a domenica sera.

Punteggio

- 0 il/la paziente non è in grado di commentare alcunché sulla situazione proposta;
- 1 il/la paziente produce solo un breve commento, ad esempio includendo non più di un verbo;
- 2 il/la paziente produce un breve commento, ad esempio utilizzando due verbi con contenuto lessicale;
- 3 il/la paziente si avvicina a un commento articolato, ad esempio utilizzando tre verbi con contenuto lessicale;
- 4 il/la paziente produce un commento molto articolato, ad esempio utilizzando quattro o più verbi con contenuto lessicale.

33. Spostamento temporale II (passato remoto)

Istruzioni

Spesso facciamo discorsi o commenti su cose accadute qualche tempo fa, o anche molti anni fa. Ora vorrei che mi parlasse del suo primo lavoro e mi spiegasse di cosa si occupava.

Punteggio

- 0 il/la paziente non è in grado di commentare alcunché sulla situazione proposta;
- 1 il/la paziente produce solo un breve commento, ad esempio includendo non più di un verbo;
- 2 il/la paziente produce un breve commento, ad esempio utilizzando due verbi con contenuto lessicale;
- 3 il/la paziente si avvicina a un commento articolato, ad esempio utilizzando tre verbi con contenuto lessicale;
- 4 il/la paziente produce un commento molto articolato, ad esempio utilizzando quattro o più verbi con contenuto lessicale.

34. Spostamento temporale III (futuro prossimo)

Istruzioni

In molte occasioni parliamo di situazioni o cose che non sono ancora accadute ma che accadranno in futuro. In questo momento voglio che mi dica cosa pensa di fare il prossimo fine settimana o durante la sua prossima vacanza. Se il/la paziente non risponde, chiediamo cosa farà domani.

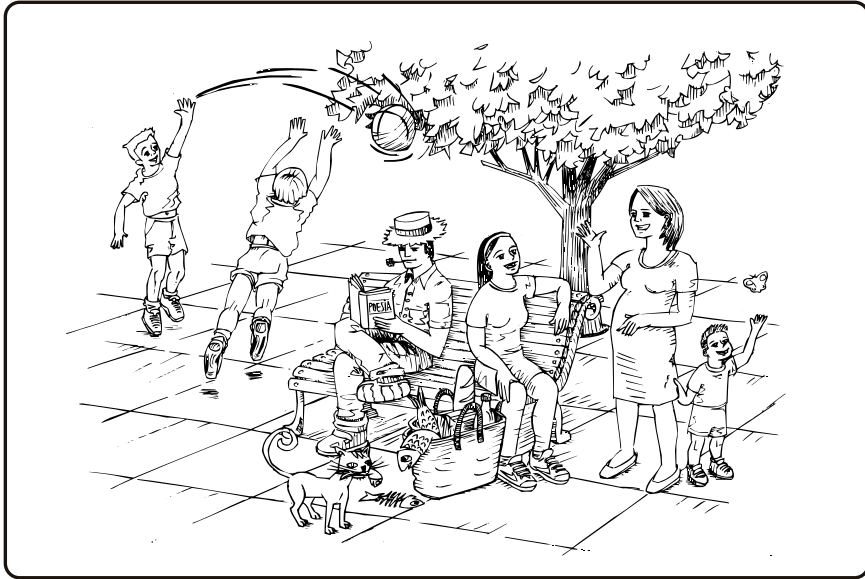
Punteggio

- 0 il/la paziente non è in grado di commentare alcunché sulla situazione proposta;
- 1 il/la paziente produce solo un breve commento, ad esempio includendo non più di un verbo;
- 2 la paziente produce un breve commento, ad esempio utilizzando due verbi con contenuto lessicale;
- 3 il/la paziente si avvicina a un commento quasi articolato, ad esempio utilizzando tre verbi con contenuto lessicale;
- 4 il/la paziente produce un commento molto articolato, ad esempio utilizzando quattro o più verbi con contenuto lessicale.

35. Descrivere una scena

Istruzioni

Voglio che guardi attentamente il disegno NEL PARCO che sto per mostrarle. Si concentri sulle persone e sulle situazioni. Lasciamo che il/la paziente osservi il disegno per un minuto e poi lo/la invitiamo a descrivere la scena. Cosa succede? Dove si trovano queste persone? Cosa stanno facendo? Riesce a intuire, ad esempio, cosa starà dicendo la donna in piedi alla donna seduta accanto a lei? Immaginiamo che la palla colpisca l'uomo che sta leggendo, che cosa dirà ai bambini?



Nel parco

Punteggio

- 0 il/la paziente non è in grado di descrivere alcunché né di esprimere commenti relativamente a uno qualsiasi dei personaggi della scena;
- 1 il/la paziente produce un commento molto breve, ad esempio includendo un verbo con contenuto lessicale;
- 2 il/la paziente produce un breve commento, ad esempio includendo almeno due verbi con contenuto lessicale;
- 3 il/la paziente produce un commento articolato ed è in grado di descrivere le parole di un personaggio della scena;
- 4 il/la paziente produce un commento articolato ed è in grado di suggerire le parole di almeno due personaggi della scena.

36. Capacità di trovare antonimi

Istruzioni

Quando parliamo con qualcuno, interpretiamo una varietà di ruoli complementari o intercambiabili, come essere un oratore o un ascoltatore, essere un genitore o un bambino, essere un insegnante o un alunno. Ora le chiedo di completare le seguenti frasi che illustrano queste situazioni. Pronto/a? Completate queste frasi:

“Io sono tuo padre, tu sei mio...”

“Tu sei mia moglie, io sono tuo...”

“Io ti vendo qualcosa, tu me lo...”

“Io domando, tu...”

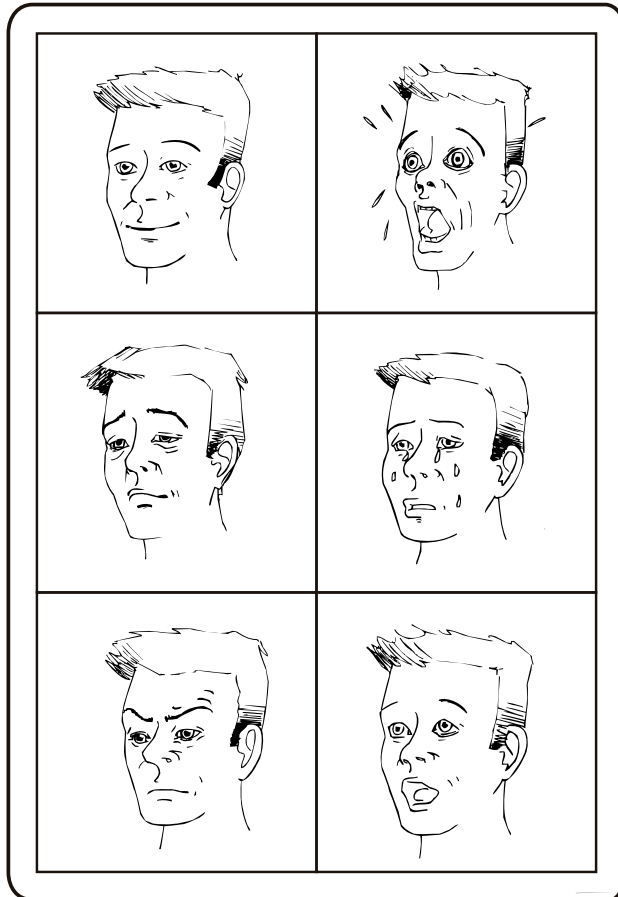
Punteggio

- 0 il/la paziente non è in grado di completare correttamente nessuna frase;
- 1 il/la paziente completa correttamente una delle quattro frasi;
- 2 il/la paziente completa correttamente due delle quattro frasi;
- 3 il/la paziente completa correttamente tre delle quattro frasi;
- 4 il/la paziente completa correttamente tutte e quattro le frasi.

37. Lettura delle emozioni

Istruzioni

Interpretare correttamente i gesti della persona con cui parliamo aiuta a capirne il pensiero. La sua espressione facciale ci dice molte cose. Riesce a leggere il tipo di emozione espressa su ciascuno dei seguenti volti? Al/alla paziente viene mostrata la scheda VOLTII PER IL COMPITO DI LETTURA DELLE EMOZIONI. Può dirti quale dei volti mostra rabbia? Può dirti quale volto mostra angoscia? Quale mostra gioia? Infine può dirti quale volto mostra stupore?



Volti per il compito di lettura delle emozioni

Procedura di punteggio: il volto in basso a sinistra è una risposta valida per “rabbia”; i volti a sinistra e a destra nella fila centrale possono essere entrambe risposte valide per “angoscia”; il volto in alto a sinistra è una risposta valida per “gioia” e i volti in alto e in basso a destra possono essere risposte valide per “stupore”.

Punteggio

- 0 nessuna risposta corretta;
- 1 un risposta corretta;
- 2 due risposte corrette;
- 3 tre risposte corrette;
- 4 quattro risposte corrette.

38. Uso fittizio del linguaggio

Istruzioni

Il linguaggio ci consente di creare storie, personaggi o cose mai esistiti ma semplicemente immaginati. Ora le chiedo di inventare una frase con le seguenti parole: 1. "Giovanni-palla". Lo specialista attende che il/la paziente produca una frase con queste due parole, in caso contrario lo/la invita a riprovare ripetendo l'istruzione. Lo specialista dà al/alla paziente il tempo di rispondere e poi continua. Adesso voglio che inventi una frase con le parole "bambino-cinema". Adesso voglio che inventi una frase con "estate-famiglia". Adesso voglio che inventi una frase con "correre-cavallo".

Punteggio

- 0 il/la paziente non è in grado di creare una frase corretta con le parole proposte;
- 1 il/la paziente inventa una frase corretta con le parole proposte;
- 2 il/la paziente inventa due frasi corrette con le parole proposte;
- 3 il/la paziente inventa tre frasi corrette con le parole proposte;
- 4 il/la paziente produce correttamente tutte e quattro le frasi con le parole proposte.

39. Capacità di mentire

Istruzioni

Il linguaggio ci consente anche di dire intenzionalmente cose che non corrispondono ai fatti, ciò significa che quando usiamo il linguaggio, possiamo mentire. Se dico: "Questo tavolo è viola", ma in realtà il tavolo è verde, sto mentendo! Solo per gioco, mi racconti una "bugia". Aspettiamo che il/la paziente formuli una frase non veritiera. Se risponde dicendo una bugia, poi chiederemo un'altra bugia. Può dirmi un'altra "bugia"? Ci provi. Se il/la paziente non riesce a esprimere spontaneamente una "bugia", possiamo usare la seguente formula: *Completi le seguenti frasi: 1) Vedo con le orecchie e sento con il... 2) Due più due uguale a cinque e tre più tre uguale a...*

Punteggio

- 0 il/la paziente non è in grado di esprimere alcuna "bugia";
- 1 il/la paziente completa una delle due frasi con una "bugia";
- 2 il/la paziente completa le due frasi con le "bugie" corrispondenti;
- 3 il/la paziente produce spontaneamente una "bugia", ma non è in grado di formulare la seconda;
- 4 il/la paziente produce spontaneamente due "bugie".

40. Capacità di ironizzare

Istruzioni

In alcune occasioni usiamo il linguaggio per essere ironici e dire le cose in maniera indiretta. Se volessi dire che oggi fa veramente caldo, direi (imitiamo il tono ironico): "Quanto è freddo oggi! È vero? No! Certo che non lo è, sono ironico. Può farmi un esempio, usando un tono ironico? Se il/la paziente non risponde o ha molte difficoltà, si può continuare con un altro esempio. Immagini che stiamo vedendo una partita di calcio, la nostra squadra subisce una batosta e lei dice: "Che bravi, non perdono mai!" Mi dia un altro esempio in cui viene usata l'ironia.

Punteggio

- 0 il/la paziente non è in grado di produrre alcuna frase con un tono ironico;
- 1 il/la paziente crea una frase che si avvicina al tono ironico, dopo aver ripetuto le istruzioni;
- 2 il/la paziente crea due frasi che si avvicinano al tono ironico, dopo aver ripetuto le istruzioni;
- 3 il/la paziente crea una frase con un chiaro tono ironico, compresa la relativa espressione del viso;
- 4 il/la paziente crea due frasi con un chiaro tono ironico, compresa la relativa espressione del viso.

Profili metalinguistici differenziali di tre pazienti con afasia

Si presentano le schede di valutazione di tre pazienti con afasia al fine di illustrare i profili differenziali nelle risposte al test MetAphAs.

1. Paziente con grave afasia sensoriale

Il primo caso è quello di un uomo di 65 anni colpito da ictus perisilviano sinistro nel gennaio 2004. La diagnosi neurologica riporta un infarto cerebrale aterotrombotico nella zona dell'arteria cerebrale media. Il paziente presenta, secondo i criteri diagnostici del test di Boston, una grave afasia sensoriale con moderata alterazione della comprensione orale, sia nei compiti di denominazione che nella comprensione di istruzioni. Mostra difficoltà nella comprensione di brevi storie e presenta un eloquio fluente ma con parafasie.

Test MetAphAs						
(Rosell-Clari ed Hernández-Sacristán, 2017)						
Sezione I. Linguaggio interno, capacità di inibizione e discorso differito						
1.	Monologhi udibili	0	1	2	3	4
2.	Verbalizzazioni di appoggio in compiti non verbali	0	1	2	3	4
3.	Sussurrio	0	1	2	3	4
4.	Lettura silenziosa	0	1	2	3	4
5.	Uso differito del linguaggio (risposta differita)	0	1	2	3	4
6.	Uso differito del linguaggio (descrizione differita)	0	1	2	3	4
Sezione II. Controllo delle procedure semiotiche concomitanti						
7.	Marcatori del discorso	0	1	2	3	4
8.	Gesticolazione concomitante all'attività verbale	0	1	2	3	4
9.	Intonazione melodica	0	1	2	3	4
10.	Gesto fonico ed espressioni del contenuto emotivo	0	1	2	3	4
11.	Intonazione linguistica convenzionale e gestualità fonica	0	1	2	3	4
Sezione III. Abilità parafrastiche e fenomeni associati						
12.	Definizione di termini concreti	0	1	2	3	4
13.	Definizione di termini astratti	0	1	2	3	4
14.	Circonlocuzioni	0	1	2	3	4
15.	Fenomeno <i>tip of the tongue</i>	0	1	2	3	4
16.	Parafasia	0	1	2	3	4
Sezione IV. Discorso riferito e fenomeni associati						
17.	Discorso indiretto	0	1	2	3	4
18.	Discorso diretto e gesti fonici	0	1	2	3	4
19.	Imitazione della voce	0	1	2	3	4
20.	Raccontare una storia	0	1	2	3	4
Sezione V. Capacità di monitoraggio e marche di contestualizzazione						
21.	Monitoraggio delle sillabe: separare le sillabe di una parola	0	1	2	3	4
22.	Monitoraggio della struttura delle frasi: uso dell'accento per enfatizzare	0	1	2	3	4
23.	Monitoraggio delle sillabe con supporto gestuale	0	1	2	3	4
24.	Capacità di adattamento al contesto	0	1	2	3	4
25.	Capacità di adattamento alla comunicazione monocanale	0	1	2	3	4
26.	Capacità di adattamento al contesto in assenza del destinatario	0	1	2	3	4
27.	Capacità di autocorrezione	0	1	2	3	4
28.	Capacità di eterocorrezione	0	1	2	3	4
29.	Capacità di valutare le parole dell'altro	0	1	2	3	4
30.	Capacità di colmare lacune lessicali	0	1	2	3	4
Sezione VI. Uso dislocato del linguaggio e teoria della mente (TOM)						
31.	Descrivere un oggetto o una situazione non presenti	0	1	2	3	4
32.	Spostamento temporale I (passato prossimo)	0	1	2	3	4
33.	Spostamento temporale II (passato remoto)	0	1	2	3	4
34.	Spostamento temporale III (futuro prossimo)	0	1	2	3	4
35.	Descrivere una scena	0	1	2	3	4
36.	Capacità di trovare antonimi	0	1	2	3	4
37.	Lettura delle emozioni	0	1	2	3	4
38.	Uso fittizio del linguaggio	0	1	2	3	4
39.	Capacità di mentire	0	1	2	3	4
40.	Capacità di ironizzare	0	1	2	3	4
PUNTEGGIO TOTALE		14				

2. Paziente con grave afasia motoria

Il secondo caso riguarda un uomo di 69 anni colpito da ictus nel marzo 2005 (ictus perisilviano sinistro). La diagnosi neurologica riporta un'emorragia temporale intraparenchimale sinistra, secondaria a malformazioni artero-venose. Il paziente presenta, secondo i criteri diagnostici del test di Boston, afasia grave con predominanza motoria, evidente perdita di fluidità, anomia, parafasie semantiche e moderata difficoltà di comprensione delle istruzioni.

Test MetAphAs						
(Rosell-Clari ed Hernández-Sacristán, 2017)						
Sezione I. Linguaggio interno, capacità di inibizione e discorso differito						
1.	Monologhi udibili	0	1	2	3	4
2.	Verbalizzazioni di appoggio in compiti non verbali	0	1	2	3	4
3.	Sussurrio	0	1	2	3	4
4.	Lettura silenziosa	0	1	2	3	4
5.	Uso differito del linguaggio (risposta differita)	0	1	2	3	4
6.	Uso differito del linguaggio (descrizione differita)	0	1	2	3	4
Sezione II. Controllo delle procedure semiotiche concomitanti						
7.	Marcatori del discorso	0	1	2	3	4
8.	Gesticolazione concomitante all'attività verbale	0	1	2	3	4
9.	Intonazione melodica	0	1	2	3	4
10.	Gesto fonico ed espressioni del contenuto emotivo	0	1	2	3	4
11.	Intonazione linguistica convenzionale e gestualità fonica	0	1	2	3	4
Sezione III. Abilità parafrastiche e fenomeni associati						
12.	Definizione di termini concreti	0	1	2	3	4
13.	Definizione di termini astratti	0	1	2	3	4
14.	Circonlocuzioni	0	1	2	3	4
15.	Fenomeno <i>tip of the tongue</i>	0	1	2	3	4
16.	Parafasia	0	1	2	3	4
Sezione IV. Discorso riferito e fenomeni associati						
17.	Discorso indiretto	0	1	2	3	4
18.	Discorso diretto e gesti fonici	0	1	2	3	4
19.	Imitazione della voce	0	1	2	3	4
20.	Raccontare una storia	0	1	2	3	4
Sezione V. Capacità di monitoraggio e marche di contestualizzazione						
21.	Monitoraggio delle sillabe: separare le sillabe di una parola	0	1	2	3	4
22.	Monitoraggio della struttura delle frasi: uso dell'accento per enfatizzare	0	1	2	3	4
23.	Monitoraggio delle sillabe con supporto gestuale	0	1	2	3	4
24.	Capacità di adattamento al contesto	0	1	2	3	4
25.	Capacità di adattamento alla comunicazione monocanale	0	1	2	3	4
26.	Capacità di adattamento al contesto in assenza del destinatario	0	1	2	3	4
27.	Capacità di autocorrezione	0	1	2	3	4
28.	Capacità di eterocorrezione	0	1	2	3	4
29.	Capacità di valutare le parole dell'altro	0	1	2	3	4
30.	Capacità di colmare lacune lessicali	0	1	2	3	4
Sezione VI. Uso dislocato del linguaggio e teoria della mente (TOM)						
31.	Descrivere un oggetto o una situazione non presenti	0	1	2	3	4
32.	Spostamento temporale I (passato prossimo)	0	1	2	3	4
33.	Spostamento temporale II (passato remoto)	0	1	2	3	4
34.	Spostamento temporale III (futuro prossimo)	0	1	2	3	4
35.	Descrivere una scena	0	1	2	3	4
36.	Capacità di trovare antonimi	0	1	2	3	4
37.	Lettura di emozioni	0	1	2	3	4
38.	Uso fittizio del linguaggio	0	1	2	3	4
39.	Capacità di mentire	0	1	2	3	4
40.	Capacità di ironizzare	0	1	2	3	4
PUNTEGGIO TOTALE					48	

3. Paziente con afasia anomica residua

Il terzo caso è un uomo di 50 anni ricoverato nel 2006 in seguito a un ictus ischemico. La diagnosi neurologica principale riporta un ictus ischemico silviano sinistro. Nell'esame precedente il paziente presenta un residuo moderatamente grave di afasia anomica, con evidente perdita di fluidità, anomie, parafasie e difficoltà nell'accesso al lessico. Non si osserva alcuna difficoltà nella comprensione del linguaggio orale.

Test MetAphAs						
(Rosell-Clari ed Hernández-Sacristán, 2017)						
Sezione I: Linguaggio interno, capacità di inibizione e discorso differito						
1.	Monologhi udibili	0	1	2	3	4
2.	Verbalizzazioni di appoggio in compiti non verbali	0	1	2	3	4
3.	Sussurrio	0	1	2	3	4
4.	Lettura silenziosa	0	1	2	3	4
5.	Uso differito del linguaggio (risposta differita)	0	1	2	3	4
6.	Uso differito del linguaggio (descrizione differita)	0	1	2	3	4
Sezione II: Controllo delle procedure semiotiche concomitanti						
7.	Marcatori del discorso	0	1	2	3	4
8.	Gesticolazione concomitante all'attività verbale	0	1	2	3	4
9.	Intonazione melodica	0	1	2	3	4
10.	Gesto fonico ed espressioni del contenuto emotivo	0	1	2	3	4
11.	Intonazione linguistica convenzionale e gestualità fonica	0	1	2	3	4
Sezione III: Abilità parafrastiche e fenomeni associati						
12.	Definizione di termini concreti	0	1	2	3	4
13.	Definizione di termini astratti	0	1	2	3	4
14.	Circonlocuzioni	0	1	2	3	4
15.	Fenomeno <i>tip of the tongue</i>	0	1	2	3	4
16.	Parafasie	0	1	2	3	4
Sezione IV: Discorso riferito e fenomeni associati						
17.	Discorso indiretto	0	1	2	3	4
18.	Discorso diretto e gesti fonici	0	1	2	3	4
19.	Imitazione della voce	0	1	2	3	4
20.	Raccontare una storia	0	1	2	3	4
Sezione V: Capacità di monitoraggio e marche di contestualizzazione						
21.	Monitoraggio delle sillabe: separare le sillabe di una parola	0	1	2	3	4
22.	Monitoraggio della struttura delle frasi: uso dell'accento per enfatizzare	0	1	2	3	4
23.	Monitoraggio delle sillabe con supporto gestuale	0	1	2	3	4
24.	Capacità di adattamento al contesto	0	1	2	3	4
25.	Capacità di adattamento alla comunicazione monocanale	0	1	2	3	4
26.	Capacità di adattamento al contesto in assenza del destinatario	0	1	2	3	4
27.	Capacità di autocorrezione	0	1	2	3	4
28.	Capacità di eterocorrezione	0	1	2	3	4
29.	Capacità di valutare le parole dell'altro	0	1	2	3	4
30.	Capacità di colmare le lacune lessicali	0	1	2	3	4
Sezione VI. Uso dislocato del linguaggio e teoria della mente (TOM)						
31.	Descrivere un oggetto o una situazione non presenti	0	1	2	3	4
32.	Spostamento temporale I (passato prossimo)	0	1	2	3	4
33.	Spostamento temporale II (passato remoto)	0	1	2	3	4
34.	Spostamento temporale III (futuro prossimo)	0	1	2	3	4
35.	Descrivere una scena	0	1	2	3	4
36.	Capacità di trovare antonimi	0	1	2	3	4
37.	Lettura di emozioni	0	1	2	3	4
38.	Uso fittizio del linguaggio	0	1	2	3	4
39.	Capacità di mentire	0	1	2	3	4
40.	Capacità di ironizzare	0	1	2	3	4
PUNTEGGIO TOTALE		143				

4. Conclusioni

Questi tre casi confermano che il test MetAphAs identifica profili differenziali di compromissione delle capacità metalinguistiche dei pazienti, sensibili sia al tipo che alla gravità dell'afasia. D'altra parte, come osservato in questi tre esempi, la somministrazione del test MetAphAs mostra gli elementi più preservati e quelli più colpiti in ciascun paziente, prerogativa di grande rilievo ai fini della presa in carico logopedica. MetAphAs può quindi rivelarsi utile per pianificare la riabilitazione della comunicazione, a partire proprio dagli elementi più preservati, e offrire linee guida di supporto per la comunicazione in ambienti naturali.

Alcuni dati statistici*

■ Soggetti

Allo studio hanno partecipato 30 soggetti afasici di lingua spagnola (19 uomini e 11 donne, fascia d'età compresa tra 46-82 anni). I/Le partecipanti, colpiti da ictus almeno sei mesi prima con diagnosi ischemica o emorragica, sono stati reclutati dal servizio di neurologia degli ospedali delle città di Valencia e Alzira (Spagna). Tutti i soggetti hanno completato la versione spagnola del Boston Diagnostic Aphasia Examination (BDAE; Goodglass e Kaplan, 1983, 1998) e il test MetAphAs. Quello rappresentato è un campione variegato in termini di tipi di afasia – 15 persone con afasia motoria dominante, 9 con afasia sensoriale dominante e 6 con afasia anomica residua – e gravità, benché la maggior parte dei/delle partecipanti (17) fossero casi moderati. I/Le pazienti con deficit molto grave di produzione o comprensione del linguaggio sono stati esclusi dallo studio a causa delle difficoltà rilevate nel completamento del test MetAphAs.

* Studio presentato alla conferenza Science of Aphasia, Ginevra, 2017.

TABELLA 1. Partecipanti con afasia. Tipi di afasia e gravità

Paziente	Età	Sesso (M/F)	Tipo di afasia	Gravità.	Eziologia
ASSMG	67	M	Afasia sensoriale	0	Ematoma cerebrale occipito-parietale sinistro
ASSTM	74	F	Afasia sensoriale transcorticale	3	Ictus ischemico silviano sinistro, causato da trombosi della carotide sinistra
ASSTS	71	M	Afasia sensoriale transcorticale	2	Esteso ictus ischemico parieto-temporale sinistro
BPMMM	68	M	Afasia motoria mista	3	Ictus ischemico temporale sinistro
CSMMM	70	M	Afasia motoria mista	3	Ictus trombotico ischemico silviano sinistro da ipertensione
DTMMM	82	F	Afasia motoria mista	3	Ematoma parieto-temporale sinistro
EMMMS	75	M	Afasia motoria mista	2	Embolia regione silviana anteriore sinistra
EASG	77	F	Afasia sensoriale	1	Esteso ictus ischemico parieto-temporale sinistro
FGMTM	72	F	Afasia motoria transcorticale	3	Ictus ischemico silviano multiple
JHAL	46	M	Afasia anomica	4	Ictus ischemico silviano sinistro
JMMMG	59	M	Afasia motoria mista	1	Ictus trombotico ischemico silviano sinistro
JVMMG	69	M	Afasia motoria	0	Accidente cerebrovascolare parietale sinistro intraparenchimale
MLAM	58	F	Afasia anomica	3	Ictus trombotico ischemico silviano sinistro da ipertensione
MMAL	48	F	Afasia anomica	4	Ictus ischemico silviano sinistro
MMMTS	51	M	Afasia motoria transcorticale	2	Ictus ischemico delle arterie cerebrali media e anteriore di sinistra
MSMMG	80	F	Afasia motoria	0	Embolia silviana sinistra
PPMMG	51	M	Afasia motoria mista	1	Ictus ischemico silviano sinistro
RSMMM	75	M	Afasia motoria mista	3	Ictus ischemico frontale sinistro
VNMMS	65	M	Afasia motoria mista	2	Ematoma cerebrale frontale sinistro
VRAL	50	M	Afasia anomica	4	Ictus trombotico ischemico silviano sinistro

Paziente	Età	Sesso (M/F)	Tipo di afasia	Gravità.	Eziologia
VRMSM	66	M	Afasia sensoriale mista	3	Ictus ischemico dell'arteria cerebrale media di sinistra
MCPA	68	F	Afasia anomica	3	Ictus ischemico dell'arteria cerebrale media di sinistra
RMSM	81	M	Afasia sensoriale	1	Ictus ischemico silviano sinistro multiplo
JLMM	71	M	Afasia motoria mista	0	Esteso ictus ischemico parieto-temporale sinistro
IGSM	61	F	Afasia sensoriale mista	2	Ictus trombotico ischemico silviano sinistro
ASST	70	F	Afasia sensoriale transcorticale	3	Ictus ischemico silviano sinistro
AGMT	59	F	Afasia motoria transcorticale	3	Ictus ischemico dell'arteria cerebrale media di sinistra
GASA	68	M	Afasia sensoriale	1	Ictus ischemico silviano sinistro
GMPM	72	M	Afasia anomica	3	Embolia silviana anteriore sinistra
MMMA	64	M	Afasia motoria	1	Ictus ischemico dell'arteria cerebrale anteriore di sinistra

Risultati

La coerenza interna o affidabilità del *MetAphAs* è stata dimostrata dagli alti valori del coefficiente alfa di Cronbach, applicato ai punteggi del *MetAphAs* ottenuti da tutti i pazienti. La validità (validità concomitante) del *MetAphAs* è stata altresì accertata dagli alti valori dei coefficienti di Pearson, che misurano la correlazione tra i punteggi totali di BDAE e *MetAphAs*. Si sono tuttavia riscontrate differenze medie significative tra *MetAphAs* e il punteggio totale BDAE ($t_{29} = -8.712$; $p = .000$), a riprova che il *MetAphAs* e il BDAE sono, come atteso, strumenti diversi per la valutazione dell'afasia. Il test *MetAphAs* è estremamente sensibile al tipo di afasia ($F(6.71) = 11.689$; $p = .000$) e alla sua gravità ($F(6.71) = 40.378$; $p = .000$).

TABELLA 2. Riepilogo dei risultati

	DATI STATISTICI	SIGNIFICATIVITÀ
Affidabilità test <i>MetAphAs</i>	Coefficiente alfa di Cronbach = .926	Da 0 a 1
Correlazione <i>MetAphAs</i> e BDAE	$r_{xy} = .900$	p = .000
Differenza media tra <i>MetAphAs</i> e BDAE	$t_{29} = - 8.712$	p = .000
Tipi di afasia e <i>MetAphAs</i>	$F_{(6,71)} = 11.689$	p = .000
Gravità dell'afasia e <i>MetAphAs</i>	$F_{(6,71)} = 40.378$	p = .000

Riferimenti

- ALBERT, M., SPARKS, R., & HELM (1973). Melodic Intonation Therapy for aphasia. *Archives of Neurology*, 29, 130-131.
- BICKERTON, D. (1990). *Language and Species*. Chicago: University of Chicago Press.
- BROWNSSETT, S. L. E., WARREN, J. E., GERANMAYEH, F., WOODHEAD, Z., LEECH, R., & WISE, R. J. (2014). Cognitive control and its impact on recovery from aphasic stroke. *Brain*, 137, 242–254.
- DEAN, M. P., DELLA SALA, S., BESCHIN, N. & COCCHINI, G. (2017). Anosognosia and self-correction of naming errors in aphasia. *Aphasiology*, 31 (7), 725-740.
- DOCKREE, P. M., TARLETON, Y. M., CARTON, S., & FITZGERALD, M. C. (2015). Connecting self-awareness and error-awareness in patients with traumatic brain injury. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 21(7), 473–482.
- EL HACHIOUI, HANANE, VISCH-BRINK, EVY, LINGSMA, HESTER F, VAN DE SANDT-KOENDERMAN, MIEKE W. M. E., DIPPPEL, DIEDERIK W. J., KOUDSTAAL, PETER J. & MIDDELKOOP, HUUB A. M. (2014). Nonlinguistic Cognitive Impairment in Poststroke Aphasia: A Prospective Study, *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 28(3), 273–281.
- FRANKEL, T.; PENN, C. & ORMOND-BROWN, D. (2007). Executive dysfunction as an explanatory basis for conversation symptoms of aphasia: A pilot study. *Aphasiology*, 21 (6/7/8), 814-828.

- GALLARDO PAÚLS, B., & MARÍN JORDÀ, M. J. (2005). Marcadores discursivos procedentes de verbos perceptivos en el discurso afásico. *Revista de Investigación Lingüística*, 8, 53-94.
- GOMBERT, J. E. (1992). *Metalinguistic Development*. Hertfordshire: Harvester Wheatsheaf.
- GOODWIN, C. (1995). Co-constructing Meaning in Conversations with an Aphasic Man. *Research on Language and Social Interaction*, 28 (39), 233-260.
- GOODGLASS, H., & KAPLAN, E. (1983). *Boston Diagnostic Aphasia Exam*. Philadelphia: Lea and Febiger.
- GOODGLASS, H., & KAPLAN, E. (1998). *Evaluación de la afasia y de los trastornos relacionados*. Madrid: Panamericana (Spanish adaptation of Goodglass, H., & Kaplan, E. (1983), by García Albea, J.E., & Sánchez Bernardos, M. L.).
- HARLEY, T. A., OLIVER, T. M., JESSIMAN, L. J. & MACANDREW, S.B.G. (2013) Ageing makes us dyslexic. *Aphasiology*, 27 (4), 490-505.
- HELM-ESTABROOKS, N., FITZPATRICK, P., & BARRESI, B. (1982). Visual Action Therapy for global aphasia. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 44, 385-389.
- HERNÁNDEZ SACRISTÁN, C. (2006). *Inhibición y Lenguaje. A propósito de la afasia y la experiencia del decir*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- HERNÁNDEZ-SACRISTÁN, C., & ROSELL-CLARI, V. (2009). Syntax and conversation in aphasia. A strategic restrictive use of Spanish and Catalan connector QUE by aphasic speakers. *Clinical Linguistics & Phonetics*, 23 (10), 717-741.
- HERNÁNDEZ-SACRISTÁN, C., ROSELL-CLARI, V., & MACDONALD, J. E. (2011). Proximal and distal. Rethinking linguistic form and use for clinical purposes. *Clinical Linguistics & Phonetics*, 25 (1), 37-52.
- HERNÁNDEZ-SACRISTÁN, C., ROSELL-CLARI, V., SERRA ALEGRE, E., & QUILES-CLIMENT, J. (2012). On natural metalinguistic abilities in aphasia : A preliminary study. *Aphasiology*, 26 (2), 199-219.
- HOCKETT, C. F. (1960). The origin of speech. *Scientific American*, 203, 88-96.
- HURFORD, J. (2004). Language beyond our grasp: what mirror neurons can, and cannot do, for the evolution of language. In Oller, D.K., & Griebel, K. (eds.). *Evolution of communication systems: a comparative approach*. Cambridge, MA, & London: MIT Press, 297-313.

- KARMILOFF-SMITH, A. (1986). From meta-processes to conscious access: Evidence from children's metalinguistic and repair data. *Cognition*, 23, 95-147.
- KUZMINA, E., & WEEKES, B.S. (2017). Role of cognitive control in language deficits in different types of aphasia. *Aphasiology*, 31 (7), 765-792.
- LUCY, J.A. (ed.) (1993). *Reflexive Language. Reported Speech and Metapragmatics*. Cambridge: Cambridge University Press.
- MAYER, JAMIE F., MITCHINSON, SARA I. & MURRAY, LAURA L. (2017): Addressing concomitant executive dysfunction and aphasia: previous approaches and the new brain budget protocol. *Aphasiology*, 31 (7). 837-860.
- MURRAY, L. L. (2012). Attention and other cognitive deficits in aphasia: Presence and relation to language and communication measures. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 21, 167-179.
- PENN, C.; FRANKEL, T.; WATERMEYER, J. Y RUSSELL, N. (2010). Executive function and conversational strategies in bilingual aphasia. *Aphasiology*, 24 (2), 288-308.
- PIETROSEMOLI, L., VERA, M., GONZALEZ VALERA, S., & COUTÍN CHURCHMAN, P. (2005). Marcadores discursivos en hablantes sanos y afásicos: el caso especial de "y". *Boletín de Lingüística*, 17, 25-30.
- PREMACK, D., & WOODRUFF, G. (1978). Does chimpanzee have a theory of mind? *Behavioral and Brain Sciences*, 1, 515-526.
- ROSE, M. (2006). The utility of arm and hand gestures in the treatment of aphasia. *Advances in Speech Language Pathology*, 8, 92-109.
- ROSELL-CLARI, V., & BERNICOT, J. (2012). Metalang. Protocolo franco-español de exploración de habilidades metalingüísticas en niños de 6 a 9 años: un estudio preliminar. *Boletín de AELFA (Asociación Española de Logopedia, Foniatría y Audiología)*, 12 (2), 61-66.
- ROSELL-CLARI, V., & HERNÁNDEZ-SACRISTÁN, C. (Coords) (2014). *MetAphAs. Protocolo de exploración de habilidades metalingüísticas en la afasia*. Valencia: Nau Llibres.
- ROSELL CLARI, V., & HERNÁNDEZ SACRISTÁN, C. (2014). La evaluación del déficit lingüístico adquirido en el adulto. La afasia como ejemplo. In Fernández Pérez, M. (coord.). *Lingüística y déficit comunicativos. ¿Cómo abordar las disfunciones verbales?* Madrid: Síntesis, 159-200.
- ROSELL-CLARI, V., & HERNÁNDEZ-SACRISTÁN, C. (2017). Anomia rehabilitation viewed from a pragmatic-functional paradigm. A case study. *Revista de Investigación en Logopedia*, 7 (1), 47-70.

SIMMONS-MACKIE, N., ELMAN, R. J., HOLLAND, A., & DAMICO, J. (2007).
Management of discourse in group therapy for aphasia. *Topics in Language Disorders, 27 (1)*, 5-23.

