

Sahibi olduğu FREUD2LACAN.com isimli web sitesindeki içeriklerin Türkçeye kazandırılması hususunda bizlerden desteğini esirgememe zarafetini gösteren saygıdeğer Richard G. Klein'a teşekkürlerimizi sunarız.

Aphasie (φάσις, Sprache). Unter A. versteht man heute eine Reihe von erworbenen Störungen in der Aufnahme oder in der Ausübung der articulirten Sprache, welche noch die Bedingung erfüllen, dass sie nicht durch Erkrankung der peripherischen Apparate für die Sprachaufnahme (Gehörorgan) oder für die Sprachausführung (Sprachmusculation) zu Stande gekommen sind, und nicht von einer allgemeinen Trübung der Gehirnleistung herrühren (Coma, Psychosen). Von A. kann also nur die Rede sein, wenn ein Mensch nicht taubstumm ist (es sei denn, dass er durch Unterricht zur Laut- oder Zeichensprache geleitet wurde), und wenn sein sonstiges Verhalten erkennen lässt, dass nicht eine Wahnidee oder ein besonderer Bewusstseinszustand ihn am Sprechen und Antworten verhindert. Die Sprachstörung durch motorische Lähmung der Sprachmusculation verdient gleichfalls nicht den Namen einer A., lässt sich aber nicht so scharf von der echten A. trennen; sie ist unter „Anarthrie“ behandelt worden.

Da es sich bei der Diagnostik der A. um die Beurtheilung einer complicirten psychischen Function handelt, werden einige orientirende Bemerkungen nach des Verf. Studie „zur Auffassung der Aphasien“ nicht überflüssig sein.

Die Sprachleistung ist eine mühsam erworbene Associationsleistung, zu welcher psychische Elemente verschiedener Herkunft zusammentreten. Dieselbe wird erlernt auf dem Wege des Hörens und Nachsprechens, und die Intactheit des Gehörs ist auch für das Kind eine unerlässliche Bedingung für das Zustandekommen des Sprechens (Taubstummheit). Eine Reihe von Jahren beschränkt sich nun die Sprachleistung auf die Associationen zwischen acustischen und motorischen Elementen (Wahrnehmungsresten, Erinnerungsbildern), also auf die Verknüpfung von Klangbildern mit Wortbewegungsbildern und die Reproduction der letzteren. Später wird das Lesen und Schreiben erlernt; es treten dadurch neue optische und motorische Erinnerungsbilder in die Association ein, deren Bedeutung in der Beziehung zu den älteren acustischen und sprachmotorischen Erinnerungsbildern enthalten ist. Nachdem dieser Fortschritt erfolgt ist, stellt sich ein einzelnes Wort als ein Complex von vier (oder mehr) verschiedenen psychischen Elementen dar: dem Klangbild des gehörten Wortes, dem Bewegungsbild des gesprochenen Wortes, dem Gesichtsbild des gesehenen Wortes und dem Bewegungsbild des geschriebenen Wortes. Einige andere psychische Elemente, z. B. das Klangbild des gesprochenen Wortes, das Gesichtsbild des geschriebenen Wortes mögen dabei eine untergeordnetere Rolle spielen. Diese psychischen Elemente muss man sich derart mit einander

Sigmund Freud'un metninin esas baskısının ilk sayfası.

Kaynak: <https://catalog.hathitrust.org/Record/100476506> (Erişim Tarihi: 25.04.2023).



1891 yılında Sigmund Freud.

Kaynak: <https://www.freud.org.uk/wp-content/uploads/2018/04/in5.jpg> (Erişim Tarihi: 25.05.2023).

Diagnostisches Lexikon

FÜR
PRAKTISCHE ÄRZTE

herausgegeben von
Dr. Anton Bum und Dr. M. T. Schnirer
Wien und Leipzig
1893

Aphasie/Afazi¹

Sigmund Freud

Bugünlerde afazi, açık seçik sözlü ifadenin olanağı yahut üretimine ilişkin *edinilmiş* birkaç bozukluk anlamına geliyor ki bu bozukluklar aynı zamanda konuşmaya meydan veren (duyma organı) yahut konuşmayı üreten periferik aygıttaki bir bozukluktan ya da beynin işleyişindeki genel bir bulanıklıktan (koma, psikoz) kaynaklanmıyor. Yani, afaziden yalnızca şayet bir kişi sağır ve dilsiz değil ise ve davranışlarının geri kalanı konuşması ve verdiği cevaplardaki engelin sanrısız bir fikirden (Alm. *Wahnidee*²) yahut bilincin özgül bir durumundan kaynaklanmıyor ise bahsedilebilir. Her ne kadar bunları sahil afaziden kesin olarak ayırmak güç olsa da kaslarının motor felcinden kaynaklanan konuşma bozuklukları da afazi olarak adlandırılmayı hak etmez; bunlara “anartri” denir.

Afazinin tanısı *psişik* işleve ilişkin karmaşık bir yargıyı gerektirdiğinden yazarın “Afaziyi Anlamak” (Alm. *Zur Auffassung der Aphasien*) başlıklı çalışmasından giriş mahiyetindeki birkaç paragrafı aktarmak yersiz olmayacaktır.

Konuşma işlevi hatırı sayılır miktarda gayretin neticesinde edinilmiş olan çağrışımsal bir işlevdir; çeşitli kaynaklardan doğan psişik öğeleri bir araya getirir. Dinleme ve tekrar etme yoluyla öğrenilir ve çocuklar için de tam bir işitme duyusu konuşmanın oluşumu için vazgeçilmezdir (sağır ve dilsizlik). Yıllar boyunca konuşma işlevi akustik ve motor öğeler (algı parçaları, hafıza imgeleri) ile, yani, ses imgelerini kinetik sözcük imgeleriyle bağlantılandırmak ve ikincisini yeniden üretmek ile sınırlı idi. Okuma ve yazma daha geç bir dönemde öğrenilmişti. Bu, yeni optik ve motor hafıza imgelerini daha eski akustik ve konuşma-motor hafıza imgelerini muhteva eden anlam ile çağrışıma sokmak ile sonuçlanır. Bu süreç vuku bulunduğunda tek bir sözcük dört (ya da daha fazla) psişik öğenin bir kompleksini temsil eder: duyulan sözcüğün ses imgesi, dile getirilen sözcüğün kinetik imgesi, görülen sözcüğün optik imgesi ve yazılan sözcüğün kinetik imgesi. Dile getirilen sözcüğün ses imgesi, yazılan

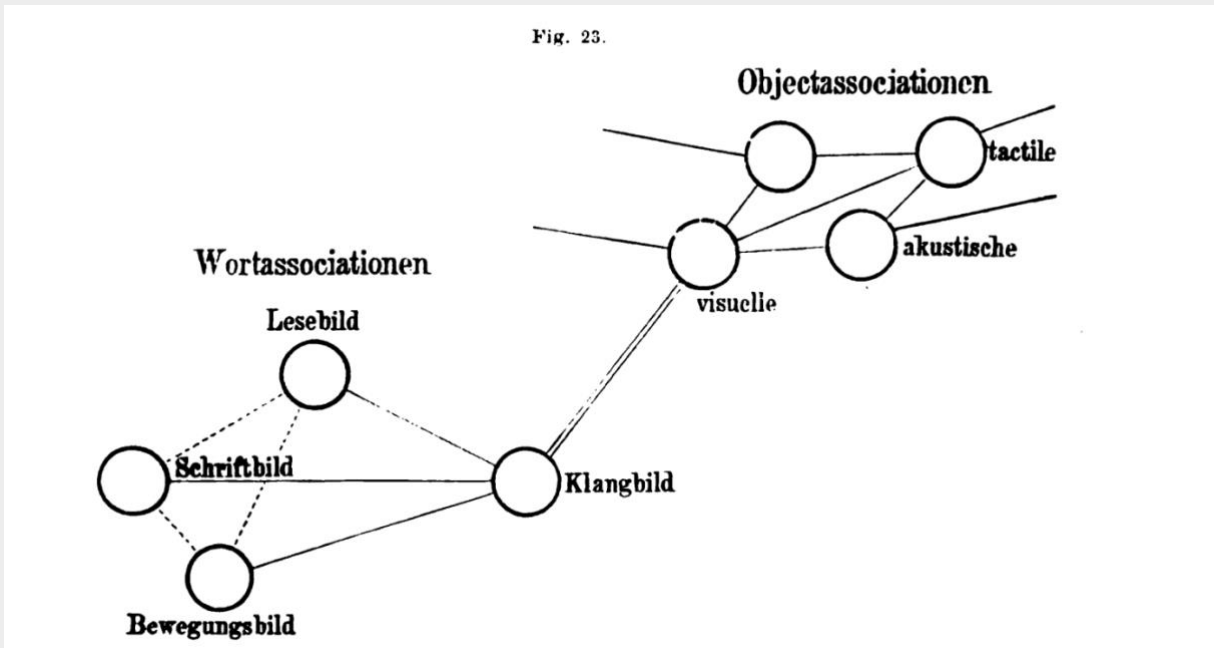
¹ Türkçeye çeviride esas alınan metin, lacan.com web sitesince yayınlanan *The Symptom* başlıklı derginin 2003 yılında yayınlanan 4. [sayısına](#) dahildir, çn.

² Krş. “Taslak H, Paranoia (1895)”, Sigmund Freud çev. İ.Ş. Ateş, *Felsefe Sanat Psikanaliz*, <https://www.felsefesanatpsikanaliz.com/taslak-h-paranoia-1895-sigmund-freud/> (Erişim Tarihi: 24.04.2023).

sözcüğün fasyal imgesi gibi diğer birkaç psişik öge muhtemelen ikincil derecede önemlidir. Duyulan sözcüğün ses imgesi konuşma işlevi açısından birincil bir role sahip olsa da bu psişik öğelerin diğerleriyle doğrudan çağrışım içerisine girebileceği şekilde bağlantılı olduğunu tahayyül etmek zorundayız. Tekil konuşma işlevleri muhtemelen diğer tüm çağrışım temelli işlevler ile benzeri ilişkilere sahiptir; sürecin yoğunluğuna bağlı olarak çağrışım ağı tekil öğeler yahut fazlası ile etkinleşir. Nihayetinde, konuşma işlevlerinin gerçek performansında şu ya da bu çağrışım ögesine daha belirgin bir rol atfetmek bireysel organizasyona ve alıştırmaya kalmıştır.

Konuşma işlevi, sanki, genel serebral korteks işlevinin çeşitli algı parçalarının (hafıza imgelerinin) çağrışımını benzer şekilde muhteva eden özgül bir durumundan ibarettir. Önceki durumda “nesne” nasıl kelimeyi temsil ediyorsa, “kelime” de çağrışım kompleksini aynı şekilde temsil eder; yegâne fark, sınırlı sayıda “sözcük çağrışımı” olmasına karşın “nesne çağrışımının” sayısı sonsuzdur. Doğada “nesne” ve “sözcük” arasındaki ilişki “sembolik”tir. Her nesne bir sözcük ile “sembol” olarak çağrışım içerisindedir. Konuşma çağrışımının tam bir görüntüsünü elde edebilmek için nesne ile çağrışımı kabul etmek zorundayız.

Nesne yahut sözcük kompleksinin herhangi bir verili ögesinde nesne ile sözcük arasındaki ilişkinin tesadüfî olmaması kuvvetle muhtemeldir ve sözcük akustik öğeleri tercih ederken nesne optik olanları tercih eder. Buna uygun olarak konuşma çağrışımının şeması aşağıdaki gibi temsil edilebilir:



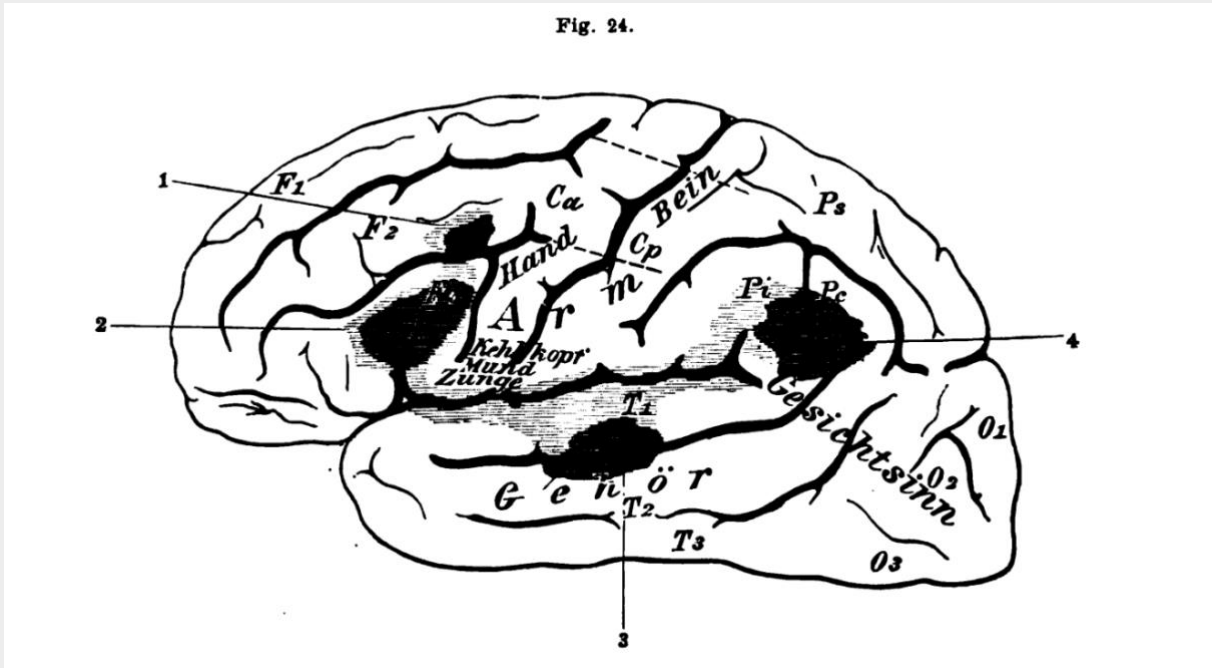
Şekil 23

Sözcük temsili kapalı bir temsil sistemi olarak gösterilmişken nesne temsili açıktır. Sözcük temsili tüm bileşenleri ile değil yalnızca ses imgesi ile nesne temsiline bağlıdır. Nesne temsilleri arasından görsel olanlar nesneyi ses imgesinin sözcüğü temsil edişine benzer bir şekilde temsil eder. Sözcük çağrışımaları

arasındaki bağlantılar (ses imgesi ile ilgili bağlantı hariç) kesik çizgiler ile temsil edilmiştir, sözcük ses imgesi ile görsel olmayan nesne çağrışımları arasındaki bağlantılar gösterilmemiştir.

Bu şema konuşma bozukluklarını psikolojik kriteri kullanarak sınıflandırır: Sözcük çağrışımları içerisindeki bozukluklara *sözel* (Alm. *verbale*) afazi denilebilirken sözcük ve nesne çağrışımları arasındaki bozukluklar *asembolik* afazi ve nesne çağrışımlarındaki bir bozukluktan kaynaklanan afazi ise *agnostik* afazi olarak isimlendirilebilir.

Şu ana dek konuşma işlevine psikolojik bir perspektiften baktık. Şimdi konuşma bozukluklarının *linik anatomisine* geçeceğiz. Otopsiler bize göstermiştir ki konuşmanın sözel çağrışımları serebral korteksin yalnızca sol hemisferde gelişen belirli bir bölgesinde (konuşmanın çağrışım alanı) bulunur. Dahası, bir lezyonun tamamen asembolik bir konuşma bozukluğuna neden olduğu beynin yüzeyindeki bir alanı da yaklaşık olarak belirtebiliyoruz (HEUBNER'de bir vaka). Agnostik konuşma bozuklukları ise, öte yandan, her iki hemisferde de konuşma bölgesinin kendisinin zarar görmediği geniş lezyonlar ile vuku bulur. Büyüklüğü 24. şekilde gösterilmiş olan konuşma alanının sol hemisferdeki bölgelerinin tümü aynı öneme sahip değildir:



Şekil 24

Taralı bölgeler konuşma alanına karşılık gelir; onların üzerindeki siyahla koyulaştırılmış bölgeler ise konuşma merkezi denen yerlerdir. Özellikle belirtmek gerekir ise 1. numaralı alandaki (el ile ilgili merkezin sınırındadır) lezyon agrafiye, 2. numaralı alandaki (konuşma ve gırtlak bölgelerinin bitişiğidir) lezyon motor afaziye, 3. numaralı, Wernicke bölgesi denen alandaki (akustik sinir bölgesi yahut bir benzeri için sınır bölge) lezyon sözcük sağlığına, 4 numaralı alandaki lezyon (korteksteki optik merkezlerin doğrudan bitişiğidir) aleksiye sebep olur. Konuşma alanının merkezinin büyük bir kısmı silviyan yarığının derinlerine dek uzanır.

Konuşma işlevi merkez bölgenin yıkımından (ki bu bölge ada kıvrımlarını muhteva eder) görece etkilenmeden kalır, yalnızca belirsiz bir amneziyi tecrübe eder. Bu afazi çağrışımsal işlevde genel bir düşüştan müteşekkildir; özgül nitelikleri henüz tanımlanmamıştır.

Diğer bir yandan, konuşma alanının periferik bölgelerinin yıkımı özgül afaziye sebep olur. Periferik lezyonun konumuna bağlı olarak motor afazi (ve agrafi), akustik (duyusal) afazi ve/yahut görsel afazi (aleksi) olarak tanımlanabilecek olan hasar konuşma çağrışımlarının motor, akustik ya da görsel öğelerinde vuku bulabilir ve mutlak bir kesinlik ile konumlanır. Konuşma alanının bu periferik alanları böylelikle “konuşma merkezleri” olarak bilinir ki bu isim hatalı bir şekilde bunların yalnız başlarına konuşma çağrışımlarındaki işlevlerden sorumlu olduğu varsayımına yol açabilir. Aksine, bunların önemi yalnızca diğer çağrışımların merkezlerine komşu olmalarında yatar, böylelikle bunlar yıkıma uğradığında konuşma alanı bir diğer çağrışım ögesinden (motor, akustik, görsel) tamamen mahrum kalır. İlk bakışta 24 numaralı şekil sol hemisferdeki konuşma alanının yerini ve çifte taranmış “konuşma merkezlerinin” aynı hemisferdeki diğer motor, görsel akustik merkezlerine sınır oluşunun önemini gösterir. Ne konuşma merkezleri ile diğer konuşma alanı arasında ne de konuşma alanı ile diğer serebral korteks merkezleri arasında keskin bir ayrımı öngöremeyiz.

Şayet konuşma çağrışım alanı yalnızca bir yanda gelişirken eller, konuşma kasları, görme ve duyma ile ilgili alanların her iki yanda da geliştiğini ve sağ hemisferdeki bu diğer korteks alanlarının çağrışım yollarının bu sınır alanlara katıldığını hatırlayacak olursak, bu şeklin önemi hakkında daha iyi bir hüküm verebiliriz.

Bir afazi vakası için tanı vazifesi iki kısımlıdır: Öncelikle, afazi türünün semptomatolojisi lezyonun türünü ve böylelikle de **konumunu** belirlemek için kullanılır; ikincisi, klinik tanım ve süreç için afazinin belirtisinin önemini takdir etmek. Aşağıdaki açıklamalar vazifesinin ilk kısmına dairdir:

Genel belirtiler ortadan kalkana kadar bir afazi vakasının muayenesi verimli değildir; muayene sıklıkla tekrarlanacaktır zira belirtiler çoğu kez değişir ve esas hasarın tedrici iyileşmesi neredeyse bir kuraldır. Muayeneye uzunca bir süre devam etmek mümkün değildir zira hasar görmüş bir işlev söz konusu olduğunda yorgunluk önemli bir rol oynar ve hasarın kapsamını kolaylıkla büyütür. Ayrıca, kimi tekil konuşma işlevleri tamamen ortadan kalkmışken diğerlerinin hiçbir hasar görmeden kalması beklenemez. Yukarıdaki örnekler yalnızca nadir vakalarda bulunabilir; genel itibariyle, yalnızca bazıları diğerlerinden daha fazla olmak kaydı ile tüm tekil konuşma işlevleri hasar görmüştür. Ayrıca, konuşma işlevlerini sınamak için yalnızca en basit sınavıcılar kullanılabilir; diğer bir yandan, bu sınavıcıları yorumlarken kimi hatalardan kaçınılması gerekir. Yukarıda belirtilen gerekçeler dolayısıyla bir afazi vakasını muayene etmek ziyadesiyle güçtür.

Afazinin kimi belirtileri barizken, diğerlerini tespit etmek oldukça zordur. Kimi belirtiler tanı için topik öneme sahipken diğerlerinin aygıtın genel işlevsel hasarına dek izlenebilecek olan böylesi bir önemi bulunmamaktadır.

Henüz afazi olarak adlandıramadığımız bir konuşma bozukluğunu varsayalım: Bir hasta yanlış, anlaması güç bir konuşma davranışı sergilemektedir; hastamız güçlükle anlaşılabilir zira tıpkı konuşmayı öğrenmekte olan bir çocuk gibi tekil sessiz harfleri çıkarmaya ve telaffuz etmeye muktedir değildir. Bunun nedeni, örneğin medulla oblongata'daki fasiyal, hipoglossal ve vagus sinirlerinin çekirdeklerinin kısmî bir yıkımı yahut periferik sinirlerde konuşmada kullanılan kaslardaki körelmenin eşlik ettiği bir lezyon olabilir. Yine de bu hastanın her bir sözcüğe niyetlendiğini, en azından benzeri bir şeyi ürettiğini, böylelikle aynı sinirlenme yolu ile iki ya da daha fazla sözcüğü hiçbir zaman tekrar etmediğini, yani konuşma denemelerinin sayısının telaffuz etmeye çalıştığı sözcüğün hece sayısı ile aynı olduğunu ve benzerlerini gözlemleyebiliriz. Açık bir şekilde bu hasta sözcüğü unutmamıştır, basitçe, onu doğru bir şekilde yeniden üretmeye muktedir değildir. Buna afazi değil *alali* yahut *körelme* deriz (yukarıya bakınız). Diğer bir yandan, başka bir hasta doğru telaffuza muktedirdir; lâkin dinleyen kişi onun ne söylediğini açıkça anlayabiliyor olmasına karşın seçtiği sözcüklerin niyetlendiği anlamı aktarmak için uygun olmadığını belirtir. Sıklıkla hatalar yapar, benzer anlamdaki bir sözcüğü kullanır ya da niyetlendiği sözcüğe benzer bir ses çıkartır, bunu düzeltebilir yahut düzeltemez. Bu belirtiyeye *parafazi* denir, hiçbir topik tanısal öneme sahip değildir, aksine konuşma çağrışım aygıtının daha işlevsel kabiliyetinin daha düşük olduğunu gösterir. Ayrıca, sözümona dalgınlığın bir belirtisi olarak, konuşmacının dikkati bölündüğünde, fizyolojik yorgunluk koşulları çerçevesinde daha az ölçüde bulunur. Bu hastanın takip eden gözlemleri afaziye ait ikinci bir belirtiyi ortaya çıkaracaktır: *amnezi* (yukarı bakınız). Hastanın ne kadar çok denerse denesin bulmaya hiçbir şekilde muktedir olmadığı, onu genel manadaki başka bir sözcükle yahut dolambaçlı bir sözcükle değiştirdiği bir sözcüğü sıklıkla hatırladığını görürüz ki bu da bize gündelik yaşamda sözcükleri unuttuğumuzda vuku bulan benzeri durumları anımsatır. Amnezi esasen özel adları ve isimleri etkiler; hastanın her bir isim için dolambaçlı bir sözcük bulması gerektiği vakalar herkesin malumudur.

Fizyolojik olanlardansa parafazi ve amnezinin beraberce bulunduğu bu vakaları afazi olarak tanılamakta haklıyız. Amnezi hastanın kelime dağarcığının az ya da çok kısıtlanmasını içerir. Bu sözel yoksullaşma aşırı olmadığı müddetçe parafazi ve amnezi ve tüm karmaşık dil işlevlerinin (ör. okuma ve yazma) kötüye gidişi ile karakterize olan bir vaka *belirsiz* afazi olarak isimlendirilebilir. Böylesi vakalarda, konuşma alanının eksik, merkezî lezyonlarını varsayıyoruz.

Şayet amnezi ve sözcük dağarcığının yoksullaşması daha geniş ölçekli ise elbette ki parafazi reddedilmelidir ve bu durumda hastanın az sayıda sözcük ile sınırlandığı motor afazinin klinik tanımını elde ederiz. Bu durumda BROCA bölgesinde bir lezyonun varlığını varsayabiliriz. Motor afazi hastası tamamen sessiz olabilir; bunların çoğunlukla “evet” ya da “hayır” olduğu iki ya da üç sözcüğü ve diğer “konuşma parçalarını” dile getirebilir. Konuşmadan tamamen yoksun ise elbette ki konuşmayı anlayıp anlamadığını belirlemek önemlidir. Bu, hastanın psişik davranışlarını ve mimiklerini gözlemleyerek kolaylıkla belirlenebilir. Ne konuşmayı ne de motor konuşma işlevlerini anlayan bir hasta kendisine yöneltilen taleplere cevap vermekte muktedir olmayacaktır; aşağılayıcı veya saçma sapan sorular sorulduğunda yüz hatları değişmeden kalacaktır. Bu hastayı *tamamen afazik* olarak nitelendirebiliriz. Mutlak afazinin

belirtileri genellikle konuşma aygıtındaki ciddi bir hasarı takip eden ilk günlerin ardından bulunabilir; konuşmanın idraki sonraları geri kazanılır ve hasta *motor* afaziden kurtulur. İletişim kurma kaygısı içerisinde bulunan bir motor afazi hastası söz konusu olduğunda, söz konusu kişi aynı sözcükleri farklı anlamlara gelecek şekilde uygun jestler ile kullanır; genel itibari ile kendisine okunan sözcükleri tekrar etmeye muktedir değildir. Her zaman sınırlı sözcük dağarcığının belirli bir kısmını üretmeye muktedirdir; şayet başka bir sözcüğü üretecek olursa, onu uygun olmayan bağlamlarda tekrar eder. Genellikle karmaşık cümleler olan kendisine ait konuşma parçalarını ayırmaya muktedir değildir; yani, bunlar üzerinde bilinçli bir kontrole sahip değildir. Yani onun durumu genel itibari ile konuşmanın yoksulluğu ile karakterizedir. *Sözcükleri anlamak* hususunda sınırsız bir kapasitesi vardır, hasta olmayan bir kişi gibi sözcükler ile nesnelere arasında kolaylıkla bağlantı kurabilir, yani, kendisine söylenen her sözcüğü bir ses imgesi olarak tanıyabilir ve onu sözcüğün nesnesi ile bağlantıya sokar. Bir kural olarak motor afazik bir kişi okuyamaz ve şayet bu işlev elde afaziye eşlik eden bir felç tarafından ortadan kaldırılmadı ise nadiren yazabilir.

Üçüncü afazi türü, *optik* afazi, harfleri anlamak ve okumakta bir rahatsızlık ile karakterizedir. Bununla birlikte, bu belirtilerin yalnızca ilki, harflerin tanınmaması, optik afazi tanısı koymak için kullanılabilir. Bu, diğer afazi türlerinin de harflerin mükemmelen tanınmasına karşılık okumakta kifayetsizliği içermesinden kaynaklanır ve böylesi bir davranışın hiçbir topik önemi bulunmamaktadır. Optik afazi tanısı yalnızca hiçbir akustik bozukluğun olmadığı, yani, konuşmayı anlamakta hiçbir bozukluğun mevcut olmadığı durumlarda konulabilir. Optik afazi aynı zamanda parafazi ve konuşma yoksulluğunu da içeriyor olsa da spontane konuşmadaki değişiklikler bu afazi türünde o kadar hafiftir ki aranmaları icap eder. Sıklıkla, hastalar konuşma eksikliklerini dolambaçlı konuşma, dikkatli kelime seçimi ve yavaş konuşma yoluyla gizleyebilirler. Göreceli sıklıkta, optik afazi, izole ve yoğun bir kısmî bozukluk şeklini alır (bkz. “aleksi”).

Yukarıdaki açıklamalar afazinin topik tanısını tamamlar. Sözel yoksullaşma ne kadar belirgin olursa, lezyonu konuşma alanının ön ucuna o kadar kaydırmamız gerekir; konuşmayı anlamadaki bozukluk ne kadar kuvvetli ise lezyonun temporal lobda ve harfleri anlamak hususundaki ayırık bozukluk durumunda ise konuşma alanının parietal-okspital ucunda bulunması o kadar kesindir. Topik tanı sıklıkla eşlik eden belirtiler ile desteklenir. Motor afaziye ek olarak, örneğin, sağ tarafta fasiyal kısmî felç ya da tek taraflı felçler bulunur, belirsiz afaziye serebral hemianestezi eşlik ederken optik afazinin saf hâli (aleksi) baskın bir şekilde sağ hemianopi ile beraber bulunur. Akustik afazide tek yanlı duyma özrünün, belirli türden kimi seslerin kaybının bulunmadığından emin olmamız gerekir.

Tekil konuşma işlevlerine bağımlılık yahut onlardan bağımsızlık, onlardan ayrışma ve ikame işlevlere ilişkin ihtimâl hususunda bir görüntü sunuyor olmalarından mütevellit çalışmaya değer olsalar da afazinin diğer belirtilerinin tanı açısından bir önemi yoktur. Bu koşullara ilişkin genel bir bakış elde etmek için, motor konuşma işlevlerinin her biri, aşağıdaki şemaya bölünebilen *duyusal uyarana* kendi kendilerine tepkileri açısından incelenebilir:

I. Konuşma

1. Kendiliğinden,
2. a) duymanın ardından (tekrar etme),
b) görmenin ardından (okuma).

II. Yazma

1. Kendiliğinden,
- a) duymanın ardından (dikte etme),
b) görmenin ardından (kopyalama).

Aksi söz konusu olmamasına karşın kural, duyuşal uyarana bağlı motor konuşma işlevinin (2a ve 2b), kendiliğinden konuşmanın kaybı (1) ile geri kazanılmasında da geçerlidir.

Daima duyuşal uyarandan kaynaklanan duyuşal konuşma işlevi söz konusu olduğunda sözel ve sembolik çağrışımların sınanmasına özel bir dikkat atfedilmelidir.

III. Okuma

- Sözel çağrış. 1. Sesli okuma,
2. Kopyalama.
- Sembol çağrış. 3. Okunan
öğeyi anlama

IV. Duyma

1. Konuşmayı tekrar etme,
2. yazma,
3. oral kavrayış (doğrudan),
4. oral kavrayış (dolaylı),
5. yazının kavranışı.

Bunlar, sembolik çağrışımlar artık mümkün değil iken sözel çağrışımların hâlen mümkün olduğu vakalardır. Görülebileceęi üzere çağrışımlar olarak konuşma işlevlerinin pek çoğu farklı alanlardaki lezyonlarca kötü yönde etkilenebilirler.

Afazi semptomlarının **linik önemi** hızlıca tanımlanır. Biçimi ne olursa olsun afazi, sol hemisfer korteksinde bir kusur belirtisidir. Bu ifade yalnızca birkaç çekince gerektirir. Korteks altı lezyonlarının afazi ile sonuçlanmadığı söylenebilir. Bununla birlikte böylesi bir lezyon doku bütünlüğü ve işlevi etkileyecek denli yakın olabilir. Böylesi bir durumda, afazi, etki doğrudan olsaydı aynı yönde bir sonuç verecek olan dolaylı bir etkinin sonucudur. Bunun yegâne istisnası BROCA bölgesi altındaki bir korteks altı lezyondur. Bu bölgedeki bir rahatsızlık disartrik bozuklukları ortaya çıkarır ve anartri belirtilerinin afaziye eşlik ettiği bir durumda söz konusu bozukluğun korteksten meduller maddeye dek uzandığı sonucuna varmak mümkündür. İkinci istisna lezyon ile ilgilidir. Vakaların büyük bir çoğunluğunda afazi sol hemisferdeki bir bozukluk ile ilişkilendirilir. Bununla birlikte, solak kimselerde aynı belirtilerin sağ hemisferde bulunabileceğine hazırlıklı olmak gerekir. Yani, daha doğru bir şekilde ifade etmek gerekir ise afazi bir korteks ve baskın hemisferin sınır meduller maddesinde bir kusur belirtisidir.

Aynı şekilde, korteksin hastalıklarından kaynaklanan motor ve duyuşal felçler, kol ve bacaklar ile ilgili felçler, hemianopi vb. ile tam olarak aynı klinik öneme sahiptir. Yegâne fark afazi kati surette bir korteks belirtisidir ve bu aksi söz konusu olsaydı sadece topik olarak belirsiz bir felç kompleksi olduğu anlamına gelir.

Afazi bir hastalığın gidişatını tanılamak hususunda bilhassa önemli değildir. Mevcut bilgilerimiz afazinin klinik oluşumunun kendisi onun vasküler bozukluktan, damar tıkanıklığından, kanamadan, trombozdan, bir tümörden, akut bir iltihaplanmadan yahut bir benzerinden kaynaklanıp kaynaklanmadığı hususunda karar vermemize müsaade etmez. Afazi,

baskın hemisferin konuşma alanının bölgesel bir belirtisi olarak kalır ve bir vakanın klinik önemi değerlendirilirken şayet başka bir bölgede bulunsaydı mevcut lezyonun motor yahut duyuşsal bir felç üreteceği varsayılmalıdır. Dolayısıyla, diğer hususlar için lütfen felcin tanısal değerlendirmesine başvurunuz (aşağıya bakınız).

Konuşma alanı neredeyse silviyan atardamarınca desteklenen bölge içerisinde kaldığından bu durum bu atardamarı ilgilendiren amboli ve frengili arterit gibi hastalıklarda afazinin sıklığını açıklar. Kısmi afazik bozuklukların en iyi tanımı, bu atardamarların muhtelif dallarının tıkanmasıdır.

Açıkça belirtilmelidir ki serebral korteksteki konuşma alanının edinilmiş bozukluklarından kaynaklanmayan kimi konuşma bozukluklarının (aşağıya bakınız) burada ele alınmadığı açıkça belirtilmelidir.

Almancadan İngilizceye çeviren: David Marinelli

Derleyen: Richard G. Klein

İngilizceden Türkçeye çeviren ve Almanca aslı ile karşılaştıran: İbrahim Şahin Ateş