

Az afázia funkcionális pragmatikai megközelítése

1. Bevezetés

Az afáziás betegek nyelvi képességeinek, percepciójának és produkciójának vizsgálatával az ember alapvető kognitív működését ismerhetjük meg úgy, ahogyan azt a normál nyelvtan vizsgálatán keresztül nem láthatnánk. A különböző neurolingvisztikai elméletek az aktuális nyelvészeti elméletekkel párhuzamosan alakulnak. Az utóbbi évtizedekben a generatív megközelítés és a kognitív neuropszichológiából kiinduló funkcionális pragmatikai nézőpont terjedt el a kutatásban. Az afázia pragmatikai szempontú vizsgálata és diagnosztikája a '70-es évek óta van jelen a tudományban (Ahlsén 2006; Becker 2001; Carlomagno 1994; Cummings 2008; Cutica et al. 2006; Davis–Wilcox 1985; Feyereisen–Seron 1982; Goodglass–Kaplan 1983; Holland 1980; Huber et al. 2006; Joannette 1989; Klatt 1978; Lutz 2004; Mildner 2008; Müller 2000; Paradis 1998; Perkins 2005; Pulvermüller 2002; Sarno 1998; Seron 1979; Tesak 2006; Worrall–Frattali 2000), bár hazánkban a neurolingvisztikai kutatások jórészt modularista keretben folynak. A generatív elmélet célja annak meghatározása, hogy a sérülés következtében a mentális nyelvtan mely részrendszerei, elvei, elemei és szerkezet-építő műveletei korlátozódtak (vö. Bánréti 1991: 19).

Az agy működésével kapcsolatos legújabb kutatások kimutatták, hogy – a korábban is ismert „nyelvi” központok mellett – a beszéd létrehozása és feldolgozása az agyi neurális hálózatok végtelen számú idegsejtjének „csapatmunkája” (Lutz 2004: 16). A hálózatok és a beszédzónák, valamint a nyelvi tevékenységhez szükséges más kérgi területek (például a látó- vagy hallókéreg) a nyelv produkciójában és percepciójában különböző feladatokat látnak el, együtt pedig egy jól működő funkcionális rendszert alkotnak (vö. Osmanné 1997: 26). Az a megfigyelés, hogy hiába tudjuk, az információ-feldolgozás mely részrendszereiben van zavar, mégsem tudjuk pontosan meghatározni ezen zavar elhárításának módját (Hegyi 1995: 47), arra utal, hogy nem elegendő modulokban gondolkodnunk.

Az afáziás betegek egyik fő nyelvi problémája, hogy a funkciók és a formák közötti kapcsolat sérül, ezért a kimondani szándékozott gondolathoz/megnyilatkozáshoz tartozó elemek és/vagy az „összeillesztéshez” szükséges információk nem elérhetők. Abban a modularista elmélet követői is egyetértenek, hogy az eléréshez szükséges út sérült. Ha feltételezzük, hogy egy elemhez egyetlen elérési út rendelhető, nehezen magyarázható egy, az afáziás betegeknél gyakran megfigyelhető jelenség: a beteg nem tudja kimondani egy kérdésre adott válaszként például a *kutya* szót, de másfél perccel később egy egészen másik kontextusban hibátlanul produkálja. Ha feltételeznénk, hogy a *kutya* lexikai elemhez vezető egyetlen elérési út sérült, akkor e jelenségre más magyarázatot kellene találnunk.

A modularista afáziakutatással szemben, amelyben a szintaxis mintázatainak sérülésére és ezen sérülések leírására és magyarázatára helyeződik a hangsúly, a holista afáziológia fő feladatának az afáziások megmaradó kommunikatív képességeinek feltérképezését és a terápiában való alkalmazását tekinti (Carlomagno 1994: 27). Alaptétele, hogy a nyelvi zavar mérése nem abszolút, vagyis nem lehet a beteg nyelvi sérülését pusztán statisztikai adatokkal leírni. Ehelyett a megmaradt kognitív képességek segítségével építi fel a „hibás” területek terápiáját. A kognitív nyelvi képességek ugyanis jóval többet jelentenek, mint egyszerű fonológiai, szintaktikai vagy lexikális képességet (Carlomagno 1994: 8). Emellett nem zárhatjuk ki az olyan nem nyelvi tényezőket sem, mint a memória kapacitása, a figyelem vagy az emóciók kifejezésére való képesség (Ahlsén 2006: 102).¹

¹ A memóriakapacitás korlátozottsága generatív keretben is rendkívül hangsúlyos tényező. Ám fontos megjegyezni, hogy funkcionális keretben a kommunikációs szituáció vagy a feladat bonyolultságából, esetleg a beteg gátlásai miatt létrejövő, a nyelvi kifejezésben megnyilvánuló zavarokat nem vagy nem elsősorban a memória korlátozottságának tekintjük.

A funkcionális szemléletű diagnosztika és terápia segítségével a betegeket spontán társalgásban, mindennapi, gyakorlatias szituációkon keresztül vizsgáljuk. Egy egészséges ember számára sem mindegy, hogy vizsgaszituációban kell számot adnia a második világháború összes csatájáról, vagy egy érdeklődő barátjával folytat izgalmas beszélgetést a témáról. Nincs ezzel másként az afáziás beteg sem. Klinikai vizsgálatok bizonyítják, hogy az afáziások sokkal jobban teljesítenek a hétköznapi szituációkban, mint „vizsgahelyzetben” (Carlomagno 1994: 26; Schnelle 2001). A generatív szemléletű vizsgálat során a beteget bizonyos szintaktikai jelenségeket tartalmazó mondatok segítségével tesztelik, így azonban nem elsősorban az afáziás tényleges képességeiről szereznek információkat, hanem arról, hogy hogyan teljesít ebben az adott helyzetben a beszédprodukcijában és -percepciójában amúgy is korlátozott és ezért számos gátlással küzdő beteg. A pragmatikai szempontú diagnosztika éppen a kommunikációnak és a nyelvhasználatnak a modularisták által figyelmen kívül hagyott tényezőit vonja be és alkalmazza a vizsgálat során.

2. Afázia és nyelv(használat)

Az afáziát a szakirodalom nagy része szerzett nyelvi zavarként definiálja. Ez a meghatározás azonban önmagában leegyszerűsítő, hiszen nem csupán a nyelv zavaráról vagy korlátozottságáról van szó. Az afáziás beteg rendszerint számos egyéb, a kommunikációt és a mindennapi életet megnehezítő problémával küzd.² Az afázia egyszerre érinti a produkció, valamint az észlelés és a megértés működését is. Mivel ezek a folyamatok rejtetten és igen magas automatizáltsági szinten működnek, ezért a kutatóknak csak az outputok elemzésével van lehetősége a beszéd folyamatokról információt gyűjteni. Az afáziás nyelvi zavar a nyelvi elemek és elvek célzott előhívását és a beteg szándéka szerinti kommunikációs eszközként való felhasználását akadályozza (Hegyi 1995: 53). De a nyelvnek mint kognitív képességnek a viszonylagos épségét mutatja, hogy a legtöbb afáziás képes az agyban egységként tárolt spontán konvencionális kifejezések produkciójára.³

Az alapvető afáziatípusok klasszifikációját több elmélet is elvégezte. Ezek a típusbesorolások szükségszerűen pontatlanok, hiszen nincsen két egyforma agyi lézió. Általánosan a motoros-szenzoros és az ezzel összefüggő nonfluens-fluens dichotómiák mentén szokás meghatározni a különféle afáziákat. A Magyarországon is sztenderdizált és általánosan elfogadott Western Aphasia Battery (WAB) felosztása szerint ezt egy sematikus ábrán így szemléltethetjük:

Afáziatípusok							
Folyamatos (Fluens) beszéd (Szenzoros afáziák)				Nem folyamatos (Nonfluens) beszéd (Motoros afáziák)			
Ép értés		Zavart értés		Ép értés		Zavart értés	
Ép ismétlés	Zavart ismétlés	Ép ismétlés	Zavart ismétlés	Ép ismétlés	Zavart ismétlés	Ép ismétlés	Zavart ismétlés
Amnesztikus afázia	Vezetékes afázia	Transzkortikális szenzoros afázia	Wernicke afázia	Transzkortikális motoros afázia	Broca afázia	Izolációs afázia	Globális afázia

² Ezek egy része látható, észlelhető, más részét azonban a kívülálló személy nem észleli. Látható például a gyakori féloldali végtagbénulás, de nem látható a szintén féloldali látótérkiesés. Ugyanígy egy kívülálló személy általában nem észleli az afáziás személy hétköznapi problémáit, például a készpénzzel való fizetés vagy egy rántotta megsütésének nehézségeit. Ilyen típusú nehézségekkel általában még a nyelvi szinten teljesen gyógyultnak tekinthető afáziás személyek is küzdenek.

³ Gyakori jelenség, hogy az afáziás spontán beszéde jelentősen agrammatikus, de hibátlanul be tud fejezni egy másik ember által elkezdett közmondást.

Az afáziás általában (a) képes logikus gondolkodásra; (b) megérti és alkalmazni tudja a jeleket, a mimikát, a gesztusokat; (c) emlékszik a korábbi élményeire és foglalkozásbeli tanult ismereteire; (d) felismeri a mindennapi élet szituációit; (e) az egészségesekhez hasonlóan tartja a szociális kapcsolatokat (Huber et al. 2006: 19). Mivel kognitív képességeink analóg módon működnek az elmében, feltételezhetjük, hogy ezeknek a nem nyelvi elemeknek a mentális reprezentációi összefüggésben vannak a nyelvi reprezentációkkal. A funkcionális vizsgálat keretében feltétlenül releváns továbbá az alábbi szempont figyelembevétele és a gyakorlatba való beépítése is: „Egy pszichés funkció zavaránál a károsodás nem egyszerűen az adott agyi terület működésének kiesését tükrözi, hanem azt, hogy az agy egésze hogyan funkcionál az adott terület működészavara esetén, és azt hogyan kompenzálja” (Osmanné 1997: 26).

Az afáziával foglalkozó szakemberek egy része úgy véli, hogy „az afázia abból a kudarcból ered, hogy a beteg nem tudja használni a nyelvet, nem pedig abból, hogy a nyelvről való tudása elveszett volna” (Hegyí 1995: 35). Az afáziában a mentális reprezentációkhoz és/vagy a nyelv használatának szabályaihoz vezető út sérül, „szakad el”. Az afáziások gyakran úgy határozzák meg saját korlátozottságukat, hogy túl hosszúnak érzik az utat a gondolatától a kimondott szöveg, és „útközben” túl sok minden történik, amire még mind figyelniük kellene.

3. Afáziadiagnosztika és -terápia funkcionális alapokon

Funkcionális pragmatikai keretben az elemzés nemcsak az afáziás szigorúan vett nyelvi produkciójára fókuszál, hanem figyelembe veszi a kontextuális, szemantikai és nyelvhasználati tényezőket is, és számol a beteg más kognitív képességeinek (memória, koncentráció, figyelemirányítás, térbeli tájékozódás, koordináció) korlátozottságával is. Ha ezeket a tényezőket kizárjuk a vizsgálatból, féltő, hogy az afáziás beteg kognitív és pszichés nehézségeivel összekapcsolódott nyelvi nehézségeket véljük tisztán nyelvi korlátozottságnak. A nyelvi rehabilitáció gyakorlata azt mutatja, hogy a betegben rejlő meglévő kognitív képességek és ezek működése jelentősen befolyásolja a beszéd visszaállíthatóságának a mértékét (Hegyí 1995: 57). Verseghe szerint olyan rehabilitációs módszerre lenne szükség, amely figyelembe veszi, hogy az afázia lingvisztikai, kognitív és kommunikációs zavar egyszerre (Verseghe 1997: 88). A célzott nyelvi terápia csak a beteg állapotának ismeretében kezdődhet. A logopédiai terápiaiban a pontos diagnózis felállításához az alábbi tényezőket kell megvizsgálni (Osmanné 1997: 76):

- spontán beszéd,
- utánmondás, ismétlés,
- hallott beszéd megértése,
- szótalálás,
- olvasás,
- írás.

Mivel ezen képességek sérülése minden afáziásnál egyéni mintázatot mutat, ezért nincsen olyan terápia, amely minden betegre alkalmazható. A betegre szabott terápia felépítéséhez szükség van a beteg kommunikációs képességeinek, nyelvi sérülésmintázatának lehetőség szerinti alapos felmérésére. A neurolingvisztikai és a logopédiai vizsgálatok megfelelő együttműködéssel mind a beteg, mind a szakemberek számára jó eredményt hozhatnak. Egy pragmatikai keretben történő neurolingvisztikai felmérés során – a fentiek mellett – a beteg kommunikatív kompetenciájának felmérése, valamint kompenzációs stratégiáinak leírása is szükséges. Ahlsén és Allwood fejlesztette ki az aktivi-

tásalapú kommunikációanalízis módszerét, amelynek segítségével az afáziadiagnosztika új szempontok szerint szerveződhet (Ahlsén 2006: 105).⁴

A pragmatikai alapú terápia fő elve a beteg megmaradt kommunikációs képességeinek segítségével javítani a sérült vagy alig működő képességeket és nyelvi hátrányokat. A terápia során eredményesen alkalmazható kompenzációs stratégiák elsajátításához segítik a páciens. Cél, hogy képes legyen a mindennapi információcserében aktív résztvevőként: beszélőként és hallgatóként egyaránt részt venni. Kiemelt szerepe van ezért a csoportterápiának, hiszen a személyközi kommunikáció, a mindennapi szituációk tervezett vagy spontán létrehozása és a világról való tudás releváns részeinek az adott kontextusban való felidézése társaságban könnyebben megy. A betegek emellett hasonló helyzetükből adódóan egyrészt jobb produkcióra képesek, másrészt pedig a közös élethelyzetük miatt az egymás közötti beszélgetés során lehetőségük van a természetes redundancia csökkentésére. Így pedig korlátozott figyelmükből többet fordíthatnak grammatikailag helyes és az adott kontextusban releváns megnyilatkozások létrehozására, illetve megértésére. A társalgást segítő kooperatív stratégiák elsajátítása szintén csak csoportban képzelhető el, ezek pedig a mindennapi kommunikáció szerves részei.

A pragmatikai terápiákban a szintaktikailag helyes kérdés-válasz vagy ismétlésstruktúra helyett az információátadás eredményességére helyezik a hangsúlyt (Carlomagno 1994; Huber et al. 2006; Lutz 2004). Itt rendkívül nagy szerepe van a kontextusnak, amelynek felmérése és tudása az afáziás számára kapaszkodót jelent. Ezért nagyobb figyelmet kell szentelni a kulturális és szociolingvisztikai tényezőknek is. Figyelembe kell venni, hogy a betegek különböző szociális és kulturális háttérrel érkezők, így a világról való tudásuk is eltérő lehet. Az orvosi tényezőkn túl egy beteg annál könnyebben gyógyítható, minél jobb szociális háttérből érkezik, és minél több „mankóval” (mint a nyelvtudás, intelligencia vagy az olvasottság) rendelkezik. Ezért különösen szükséges a megfelelő elméleti alapok mentén az egyénre szabott terápia. Eredményes információcsere páciens és terapeuta vagy páciens és hozzátartozók viszonyában akkor jöhet létre, ha a beteggel társalgó személy tisztában van az afáziás tágan értett hátterével.

4. Nyelvi tevékenység afáziában

Carlomagno könyvét az alábbi, az afáziások kommunikációját rendkívül találóan jellemző megnyilatkozásrészlettel kezdi. Páciensének föltett kérdésére a beteg így válaszolt: „Oui... mais... je parle pas... je communique...”⁵ (Carlomagno 1994: 2). Abban a legtöb, módszereiben pragmatikai szempontokat érvényesítő kutató egyetért, hogy az afáziások általában jobban kommunikálnak, mint amennyire beszélni tudnak. Ahhoz ugyanis, hogy korlátozott beszédképességükkel mégis meg tudják értetni magukat a mindennapokban, a kommunikáció minden csatornájának felhasználására szükségük van.

⁴ Számos pragmatikai módszertannal dolgozó sztenderdizált afáziaterápia létezik, ezek közül a legfontosabbak: Davis–Wilcox 1985. *Adult Aphasia Rehabilitation: Applied Pragmatics*. Windsor, NFER-Nelson; Edelman, G. 1987. *PACE: Promoting Aphasic's Communicative Effectiveness*. London, Winslow Press; Frattali–Thompson–Holland–Ferketic–Wohl 1995. *Functional Assessment of Communication Skills for Adults*. (ASHA FACS) Rockville, American Speech-Language-Hearing Association; Gerber–Gurland 1989. *Assessment Protocol of Pragmatic-Linguistic Skills (APPLS)*; Whitworth–Perkins–Lesser 1997. *Conversation Analysis Profile for People with Aphasia (CAPPA)*; Whitworth, A. 2005. *A Cognitive Neuropsychological Approach to Assessment and Intervention in Aphasia*. Psychology Press. Hazánkban a felsorolt terápiák nem érhetőek el.

⁵ „Igen... de... én nem beszélek... én kommunikálok...”

a) Pragmatikai képességek és kontextusérzékenység

Az, hogy a grammatikai képességek és a pragmatikai kompetencia nem feltételezik szükségszerűen egymást, illetve nem járnak feltétlenül együtt, jól mutatja a nyelviileg korlátozott emberek produkciója (Perkins 2005: 1). Az afáziások pragmatikai képességei⁶ gyakran megtartottak. A nonverbális csatornák egy részét kiválóan alkalmazzák a beszédsérülés kompenzációjára, más részei azonban hasonló nehézséget jelentenek, mint a verbális kommunikáció. Ez a jelenség azzal magyarázható, hogy ezek a képességek nem csupán a bal félteke, hanem – elsősorban – a jobb félteke tulajdonságai. Általában azoknál a betegeknél sérül ez a pragmatikáinak nevezett képesség, akik valamilyen jobbfélteke-sérüléssel is küzdenek (Cutica et al. 2006: 12).⁷ Jobbfélteke-sérültek vizsgálata során kiderült, hogy ők ezt a hiányt a verbális elemek erősítésével igyekeznek kompenzálni, míg az afáziások éppen ellenkezőleg: verbális korlátozottságuk kiegyenlítésére megmaradt pragmatikai képességeiket használják (Feyereisen–Seron 1982). Mindezek ellenére azonban a nonverbális kommunikációban használt nyelvi megnyilvánulásokkal kapcsolatos elemek egy része csak a bal félteke léziója esetén is lehet sérült.

Az afázia tehát nem egyszerűen a nyelvnek, hanem magának a kommunikációs képességnek a zavarát jelenti (Carlomagno 1994:19). Ennek mértéke és formája az adott afázia típus, de leginkább az adott afázias beteg sajátja. A nyelvi tevékenység interszónális folyamata az afáziások számára számos nehézséget rejt. Egy társalgásban egyszerre van szükség a megfelelő percepcióra és a mások számára is érthető produkcióra. Ezt a folyamatot fel kell építeni, és a sikeres kommunikáció érdekében koordinálni kell (Ahlsén 2006: 99). Nem elegendő megfelelő fonológiai, morfológiai és szintaktikai formákat produkálni és ezeket megérteni, de érteni kell az emóciókat, attitűdöket, a nonverbális jeleket, a nem szó szerinti jelentéseket is: mindezt párhuzamos feldolgozás mellett. Ahlsén megfogalmazása szerint a diskurzusdeficit abból adódik, hogy a komplex kommunikációs szituációk közben tartása és követése nagy nehézséget okoz a betegeknél, mivel nem minden esetben képesek megérteni a beszélői intenciókat (Ahlsén 2006: 103). A kommunikatív eredményesség mérése az afázia diagnosztika egyik neuralgikus pontja, hiszen a nyelvi és kommunikációs zavart nem lehet objektíven mérni. A kommunikáció deskriptív elemeinek elemzése még nem ad teljes képet az afázias képességeiről, ezért szükséges a pragmatikai, funkcionális tényezők felmérése is, amelyek számos aspektusa statisztikailag nem vagy csak részben mérhető.

Becker szerint az itt pragmatikáinak nevezett képességet négy tényező felmérésével kell meghatározni, úgymint a fonetikai-fonológiai, a morfológiai-szintaktikai, a szemantikai-lexikai és a kommunikatív-pragmatikai (Becker 2001: 20). Holland terápiás módszerében a terapeuta külön följegyzi, ha a beteg spontán kérdezett valamit, kijavított valakit/valamit, spontán kommentált valamilyen megnyilatkozást, fölvetve és továbbvitte a társalgás fonalát, megértett egy metaforát, esetleg viccelt (Holland 1980). Ezen tényezők megléte mind arra utal, hogy az agrammatikus beszéd mellett viszonylag ép pragmatikai működéssel számolhatunk. Ha nem vesszük figyelembe a spontán vagy nonverbális megnyilatkozásokat, hanem a betegnek csak az irányított kérdésekre adott válaszait elemezzük, nehezen kapunk valós képet a beteg valódi nyelvi és kommunikációs állapotáról, hiszen a legtöbb afázias számos nem nyelvi konverzációs elemet alkalmaz szóbeli megnyilatkozásai mellett.

Külön kutatásban vizsgálom az afáziások pragmatikai képességének változását a kontextus függvényében a nonverbális kifejezőeszközökre, azon belül is a gesztusokra koncentrálni (Svindt 2011). Az afázias betegek ugyanis mind a percepció, mind a produkció szempontjából rendkívül

⁶ Pragmatikai képesség alatt a kontextusba helyezett megnyilatkozások nyelvi és nem nyelvi eszközökkel történő adekvát produkciójára, és a beszélő által szándékolt jelentés megértésére való képességet értem.

⁷ A humor, a metafora, a vicc, a szarkazmus és az ironia, valamint az indirekt beszédaktusok működését vizsgálták jobbfélteke-sérülteknél.

érzékenyek a kontextusra. Ami egy ismert kontextusban nem okoz nehézséget számukra, azt egy ismeretlen, kevésbé begyakorlott vagy kevésbé konvencionális jelentéssel/kontextusban nehezen vagy egyáltalán nem képesek megérteni vagy produkálni. Ezért különösen fontos, hogy minél természetesebb környezetben, minél több zavaró tényezőt kizárva próbáljuk a vizsgálatokat és a terápiát folytatni.

b) A kontextus szerepe

Mivel a megértés nem egyszerűen a szintaktikai vagy lexikai információk feldolgozásából áll, hanem valójában kontextualizációt jelent, ezért az afáziások kontextusérzékenységére fokozott figyelmet kell fordítani. Az afáziás betegek nyelvi tevékenységre való képességét nagyban befolyásolja az adott kontextus (a ko-textus és a szituációs kontextus is) és az általuk abból levonható következtetések relevanciája (vö. Carlomagno 1994: 7). A spontán hétköznapi kommunikáció erősen kontextusfüggő, és a körülmények viszonylatában állandóan változik, ez pedig az afáziások számára problémáforrást jelent. A nyelv alapvető tulajdonsága, hogy adott szavak adott kontextusokban más-más jelentéssel bírnak. A kontextus ismeretében a megfelelő jelentés előhívása a nyelviileg egészséges beszélő számára automatikusan zajló folyamat, bár még az egészséges ember számára sem irreleváns tényező a társalgás témája. A kontextus megléte vagy hiánya még jobban befolyásolja az afáziás beszélő megértését, mivel a betegek igyekeznek a narratívákat koherens egységként kezelni. Ez a magyarázata annak a jelenségnek is, hogy a hosszabb egységeket könnyebben megértjük, mint egy-egy önmagában álló megnyilatkozást (Ahlsén 2006: 98). Kognitív pszichológiai kutatások kimutatták, hogy a verbális és nonverbális információk feldolgozásának sikeressége a kommunikációban az adott kontextus függvénye: bizonyos információk bizonyos kontextusokban könnyen, másokban azonban nehezen vagy félreérthetően interpretálhatók csak (Carlomagno 1994: 4).

Afáziások vizsgálatát célszerű a mindennapi szituációkból merített társalgásokkal végezni. Figyelembe kell azonban venni, hogy a hétköznapi kommunikáció több csatornán zajlik. Ezeket a csatornákat a betegek eltérő sikerességgel alkalmazzák. A face-to-face társalgásokban érik el a legjobb eredményeket, a telefonos vagy számítógépes kommunikációval gyakran akad problémájuk. Carlomagno kutatásai szerint a szemtől szembeni kommunikációs helyzetekben a betegek jobban teljesítenek, mint ami az állapotukból következne (Carlomagno 1994: 10). A szóbeli dialogikus társalgások kontextusa jelentős könnyebbség, hiszen a verbális kontextust a nonverbális jelek egészítik ki vagy magyarázzák. A gesztusoknak – amely az afáziások egyik fő kompenzációs stratégiája is egyben – csak az adott kontextusban van referenciájuk. A hétköznapi társalgások szituációs kontextusa, begyakorlottsága szintén a produkció eredményesebb voltát segíti elő. Ezért az afáziaterápia során fokozottan kell figyelni a társalgás kontextusfüggő aspektusaira.

További, a produkciót és percepciót jelentősen befolyásoló tényező az afáziás betegnek a beszélgetőpartneréhez való viszonya. Közeli hozzátartozókkal, barátokkal, más afáziásokkal mérhetően könnyebben kommunikálnak, mint például a terápiát végző szakemberrel vagy egy idegennel. Akkor tudnak hatékonyan részt venni a társalgásban, ha a szerepüket, helyzetüket biztosnak érzik, és tudják, hogy a társalgásban részt vevő személyek elfogadják őket. A közelebb álló emberekkel azért is könnyebb számukra a kommunikáció, mert számos olyan információ van, amelyet kevésbé kell kifejteni: ha egy volt kollégájáról beszél például a beteg, akkor azt egy hozzátartozónak elegendő úgy meghatározni, hogy „Béla”, míg a terapeutának ki kell fejteni, hogy „Béla, aki a munkatársam volt az irodában”. Az azonosításhoz elegendő legkevesebb információ természetesen kevesebb erőfeszítésbe kerül, mint annak explicit kifejtése.

Számos olyan megnyilatkozást hozunk létre a hétköznapi kommunikáció során, amelyekben a hozzájuk tartozó kontextus nélkül a szó szerinti jelentést interpretáljuk, és csak a kontextus ismeretében fedezzük fel a benne rejlő nem szó szerinti jelentést. Az afáziások számára ráadásul az is

nehézséget jelent, ha egy szöveg túl sok, a kontextusból megérthető, de számukra ismeretlen információkat tartalmaz. Ilyenkor általában az elsődleges, legfontosabb információk feldolgozása sikerül, de a másodlagos vagy harmadlagos információkat figyelmen kívül hagyják (Carlo-magno 1994: 11). Amikor egy-egy új információt hallunk, azt a környező kontextus referenciáiból igyekszünk megérteni (Coulson, 2006: 255). Ha azonban több új információ van, mint amennyit a meglévő referenciák segítségével ki tudunk egészíteni, akkor a megértés is kudarcba fulladhat. Könnyedséget jelent ezért az afáziások számára az interpretáció folyamatában a szövegben található minél több explicit információ is.

c) Kooperáció és koordináció

A társalgásban minden résztvevőnek bizonyos társalgási elvek figyelembevételével kell nyelvi tevékenységét koordinálnia ahhoz, hogy megnyilatkozásai adekvátak legyenek. Ezek kognitív és etikai megfontolások mentén szerveződnek (Ahlsén 2006: 98). A nyelvhasználók nyelvi tevékenységüket rendszerint úgy alakítják, hogy az releváns legyen.⁸ Megfigyelésem szerint az afáziások gyakran nem képesek a relevancia elvének alkalmazására, és nem értik az ehhez szorosan kapcsolódó ironikus vagy gúnyos megnyilatkozásokat. A betegek rendszerint nem tudnak rugalmasan alkalmazkodni egy-egy új helyzethez, minden bizonnyal ebből is adódik a relevancia elvének az adott kontextusbeli használati képtelensége. A relevancia és Grice és/vagy Leech maximáinak alkalmazása a kommunikáció hatékonyságát és gazdaságosságát szolgálják. Bár a generatív és a funkcionális gazdaságosságfogalom nem fedi egymást, az mindkét elmélet szerint megállapítható, hogy az afáziások „pazarolnak”, mert nem képesek ezeket a gazdaságossági elveket alkalmazni (vö. Bánréti 2003). Az adott kontextusban létrehozott releváns megnyilatkozás egyúttal ugyanis azt a célt is szolgálja, hogy a kommunikációs aktus a lehető legkevesebb – de releváns – szót tartalmazza (Carlo-magno 1994: 41). Mivel azonban az erre való törekvés afáziában sérült, éppen a beszédprodukciónak amúgy is korlátozott lehetőségei romlanak tovább, hiszen minél rövidebb a szándékozott megnyilatkozás, annál könnyebb a produkció, annál kevesebb dolog „jöhet közbe” a tervezéstől a megvalósításig. A relevancia elvének, valamint a társalgási maximáknak az afáziadiagnosztikában és -terápiában való felhasználására több kutatás és tanulmány is készült (Penn 1985; Prutting és Kirchner 1987; Perkins és Lesser 1993).

Az afáziások pragmatikai képességeinek vizsgálatakor nem hagyhatjuk figyelmen kívül a kooperációra és a nyelvi tevékenység koordinációjára való képességüket sem. A társalgásban részt vevő személyeknek minden diskurzusból kooperálniuk kell egymással a diskurzus menetét, felépítését és kidolgozottságát, a modalitást illetően (Ahlsén 2006). Ez természetesen többnyire konvencionálizált és nem explicit formában történik, ezért szükséges a résztvevők megfelelő képességeinek hiánytalan megléte. Az afáziás betegeknek a kooperációra való képesség – illetve annak bizonyos részei – gyakran sérülnek. Afáziások beszélgetéseit megfigyelve ennek egyik érdekes megnyilvánulási formája, az udvariasság használata érdekes képet mutat. Az udvariasság eszközeinek alkalmazása a releváns megnyilatkozás egyik fontos, a kommunikációnak pedig alapvető tényezője. Ahogyan arról fentebb már szó esett, az afáziások számára az implicit jelentés szinte minden formája nehézséget okoz, így nem meglepő, hogy az udvariasság elvét is sokszor megszegik. Megfigyeléseim során úgy tapasztaltam, hogy ez gyakran vezet félreértéshez vagy a társalgás megakadályozásához, mert habár magát az elvet figyelmen kívül hagyják, a sértő megnyilatkozásokat nagyon is jól értik. Ez elsősorban afáziás és afáziás kommunikációjában jelent nagy nehézséget.

⁸ A relevancia fogalma alatt a Sperber és Wilson-féle relevanciaelmélet meghatározását értem (l. bővebben Sperber–Wilson 1995).

A minden tekintetben releváns nyelvi tevékenység koordinációjával, amely a kooperáció interperszonális voltával ellentétben a beszélő személyétől függ, egy külön vizsgálatban foglalkozom. Mivel nincs két egyforma kondíciókkal rendelkező afáziás, ezért a koordináció kérdésében hiba lenne néhány általánosság megfogalmazása. Az elme működésének megértéséhez is közelebb kerülhetünk egy olyan vizsgálat segítségével, amely az afáziások általános téri, gondolkodásbeli, logikai és nyelvi koordinációs képességeit állítja párhuzamba. Ha ugyanis feltételezzük, hogy a kognitív rendszer részrendszerei analóg módon működnek, akkor azt is feltételezhetjük, hogy e képességek sérülésmintázatai között is találunk összefüggéseket.

5. Az implicit jelentés afáziában

Az egészséges beszélők a világról való tudásuk segítségével képesek az implicit jelentéstartalmak megfelelő feldolgozására.⁹ Implicit jelentés kifejezésére a nyelvi tevékenység során sokféle lehetőségünk van: a szintaxis, a konvencionálizáltság, a kontextualizáció vagy a nyelv para- és nonverbális tényezőinek felhasználásával. A sérült nyelvtan szintaxisának elemzésére fókuszáló vizsgálatok a nyelv ezen – a hétköznapiakban oly gyakori – jelenségével nem foglalkoznak, hiszen a szó szerinti jelentéstartalmak szempontjából a nem szó szerinti és implicit jelentések nem releváns tényezők. Így azonban az afáziások erre vonatkozó és a megértést rendkívül befolyásoló perciepciói sérüléseire sem derül fény. Fontos megjegyezni, hogy a betegek e zavarai súlyos szociális hátrányt is jelentenek, hiszen a tágran értett kontextushoz alkalmazkodó kreatív nyelvhasználat elengedhetetlen a sikeres információcseréhez.

a) Nem szó szerinti jelentés¹⁰ és konvencionálizáltság

Az afáziások számára a megértéshez rendkívül fontos az üzenetek explicit adekvátsága (Carlo-magno 1994: 51). Ebből következően általában nehezen vagy egyáltalán nem képesek például az irónia vagy a metafora jelenségeinek feldolgozására, de gyakran a konvencionálizált udvariassági gesztusok, kérdések vagy kérések megértésével is problémájuk van. Carlomagno megállapításai szerint az afáziások perciepciója ezekben az esetekben gyakran kimerül a szó szerinti jelentés feldolgozásában (Carlo-magno 1994: 10). A beszélők információfeldolgozó központja a leggazdaságosabb, vagyis a legkönnyebben engedélyezhető referenciális elem felé hajlik (Carlo-magno 1994: 43). Vannak azonban olyan szituációk, ahol a leggazdaságosabb – egyúttal releváns – forma nem a szó szerinti, hanem éppen az indirekt vagy nem szó szerinti értelmezés. Ennek ellenére az afáziások ezekben az esetekben sokszor nem ezt az utat választják, hanem a nehezebbnek tűnő szó szerinti értelmezés felé hajlanak. A téves értelmezések azonban nagyban függenek a megnyilatkozás adott kontextusban releváns jelentésének begyakorlottságától. Bánréti az ellipsis működéséről szóló generatív szemléletű vizsgálatai azt mutatják, hogy az afáziások a „kényszerű pazarlás” útját választják. Az alábbi megállapítás holista keretben is releváns lehet: „A gazdaságos és nem gazdaságos válaszok disszociációja mutatja: a gazdaságossági elvek kihasználhatósága azon múlik, hogy rendelkezésre állnak-e az elégséges komputációs erőforrások vagy sem” (Bánréti 2003). Eszerint a komplex szerkezetek nagyobb erőfeszítést igényelnek az afáziástól, emiatt a gazdaságossági elvek

⁹ Az, hogy ez még egészséges beszélő esetében sem mindig sikerül, azt a nem konvencionális megnyilatkozások (például a humor vagy az irónia) félreértése mutatja.

¹⁰ Tanulmányomban a szó szerinti és a nem szó szerinti jelentés elkülönítése nem éles szembenállásként értelmezendő, e fogalmak sokkal inkább egy skála mentén mozognak a tágran értett kontextus, a konvencionálizáltság és az egyéni begyakorlottság függvényében.

érvényesülésére már nem marad energia. Az implicit jelentést hordozó és ezért összetett feldolgozást kívánó megnyilatkozások feldolgozása is többek között ezért lehet nehéz a betegek számára.

Társalgásainkban azonban a nem szó szerinti jelentések igen jelentős szerepet töltenek be. „Amit mondunk, az nem az, mint amit közölni szándékozunk” (Van Lancker 2006: 214). Ez a megállapítás arra hívja fel a figyelmet, hogy a kommunikáció nagy része nem a kimondott, szó szerinti jelentések interpretációján múlik. Ha azonban ezek a jelenségek mind egyéntől és a kreatív elme megnyilvánulásaitól függenének, akkor a kommunikáció minden formája nagy erőfeszítést igényelne a résztvevőktől. A nem szó szerinti jelentések nagy része többé-kevésbé konvencionizált. Beszédünkben számos „holt metaforát” alkalmazunk, amelyeknek metafora voltára föl sem figyelünk. Hasonlóan a „Be tudod csukni az ablakot?”, „Eléred a sót?” típusú megnyilatkozások nem szó szerinti voltát sem érzékeljük, hiszen az ezekre válaszként adott cselekvések az alapvető konvencionális aktusok közé tartoznak. A metafora, az irónia, a humor és a konvencionizált diskurzusformulák megértése az afáziások számára gyakran okoz problémát, de a szintén a nem szó szerinti jelentés körébe tartozó közmondásokat többnyire könnyedén produkálják, és általában értelmezni is tudják. Különösen akkor, ha a terapeuta vagy a társalgásban részt vevő személy elkezd az adott közmondást.¹¹ Mindez minden bizonnyal azzal magyarázható, hogy a szólások és közmondások mint idiómák, az agyban egyetlen egységben vannak tárolva, így az előhívásuk is így, egységként történik. Az irónia, a humor és a metafora ezzel szemben váratlan, nem begyakorlott, és a megértéséhez nem elegendő sem a közmondások értéséhez szükséges „kollektív tudás”, sem a jó szintaktikai feldolgozóképeség. A társalgási formulák feldolgozásának nehézsége pedig abból adódik, hogy – hiába konvencionizált aktusokról van szó – megértésükhöz szükség van a kooperáció, valamint a koordináció megfelelő működésére, amelyek azonban afáziában általában sérülnek. A nehézséget tehát a mondott és a szándékolt jelentés közötti összeférhetetlenség jelenti. Cutica és munkatársai erre a jelenségre a sztenderd és nem sztenderd jelzőket alkalmazzák. Sztenderd a kommunikáció akkor, ha a kimondott és a kifejezett jelentés között nincs összeférhetetlenség, és nem sztenderd akkor, ha a beszélő mást akar kifejezni, mint a kimondott szó szerinti megnyilatkozás (Cutica et al. 2006: 14).

A megértési folyamatban egyszerre vannak jelen alacsonyabb és magasabb szintű jelentés-elemek is, amelyek együttes feldolgozása segíti hozzá a társalgás résztvevőit a helyes interpretációhoz (Coulson 2006: 255). Az, hogy az afáziás betegek mely jelentésfeldolgozó szinten „vesztik el a fonalat”, erősen egyénspecifikus, bár bizonyos komplexitás fölött minden afáziás rossz megértési eredményeket produkál. Ahlsén szerint az afáziásoknál az úgynevezett high-level nyelv sérül, amely a logikogrammatikai struktúrákért, a metaforamegértésért és a nem szó szerinti folyamatokért felelős (Ahlsén 2006: 102).

b) Nonverbális tényezők a kommunikációban

A kommunikáció nonverbális csatornáinál nélkül az egészséges beszélő percepciója és produkciója is zavart lenne, hiszen ezen csatornák teszik ki az emberi kommunikáció nagy részét. Ide tartoznak az extra- és paraverbális, valamint a kinetikus tényezők (Becker 2001: 39). Ezek segítségével egyértelművé tehetjük a beszélői intenciót, és megkönnyíthetjük a hallgatói interpretációt. Az érzelmek kifejezésében, a referenciális viszonyok pontosításában, a nem szó szerinti jelentések megértésében a nonverbális jeleknek rendkívül fontos szerepük van. Carlomagno megállapítása szerint minden pragmatikai megalapozottságú terápiának alapja kell, hogy legyen a nonverbális kommunikáció meglétének feltételezése afáziában (Carlomagno 1994: 20).

¹¹ Ezen megállapítás elsősorban a motoros afáziákban szenvedőkre igaz, szenzoros afáziában gyakran nem segít a megnyilatkozás- vagy szókezdés.

Az emocionális információk verbális produkciója a legtöbb afáziás számára nehéz feladat, miközben a megértésben gyakran könnyebbséget jelent nekik az emocionális tartalom. Ők ezeket a jelentéstartalmakat nonverbális jelekkel, a prozódia, a mimika vagy a gesztusok segítségével igyekeznek kifejezni. A nyelvi produkciójukban sérült betegek, akiknek az implicit jelentések problémát jelentenek, szinte kivétel nélkül helyesen használják a nonverbális kommunikációs aktusokat. A beszédhelyzet verbális elemeinek feldolgozásán túl tehát a nonverbális elemeket is figyelembe kell venni a kommunikatív aktusok dekódolási folyamatának vizsgálatakor. Egy-egy megnyilatkozás megértésének folyamata mind a hallgató, mind a beszélő kognitív képességein múlik (Carlomagno 1994: 50).

Az extranyelvi tényezők közé tartozik a mimika és a gesztusok alkalmazása, amelyben az afáziás betegek rendszerint jól teljesítenek. A gesztusok segítségével könnyebb bizonyos tárgyak identifikációja vagy a koreferenciális viszonyok megértése és produkciója. Gesztikulálva a szavak megformálása és kimondása is könnyebb. Herrmann a gesztusokat hat csoportba sorolja aszerint, hogy mire használhatóak, illetve milyen jelentés fejeződhet ki velük. Az első, legegyszerűbb szinten találjuk az automatikus gesztusokat, amelyeket rendszerint észre sem veszünk; a második szinten a beszédet kísérő gesztikuláció, a harmadikon az emocionális expresszív gesztusok (például az idegességtől az asztalon kopácsolás) vannak. A negyedik és az ötödik szinten található az a gesztusok, amelyek függetlenek a beszélőtől, és önmagukban is jelentéssel bírnak. Ezek többnyire konvencionizált gesztusok. A legmagasabb szinten pedig az igen komplex pantomim áll (Herrmann 1991: 364–7). Az afáziásoknak a beszélőfüggetlen gesztusokkal van csak problémájuk, hiszen a hétköznapi kommunikációban használatos gesztusokat kiválóan alkalmazzák. Carlomagno szerint az afáziások gesztikulációra való képességét a gyógyítás szolgálatába kell állítani: a nonverbális kommunikáció erősítésére pantomimjátékot javasol a terápiájában (Carlomagno 1994: 26).

Az implicit jelentés kifejeződhet a paraverbális faktorok által, amelyek elsősorban a szuprazegmentális tényezők jelentésteremtő alkalmazását jelentik. Az intonáció, a beszédtempó, a beszédsszünet vagy a hangszín változtatása alkalmas a jelentés megváltoztatására, befolyásolására. Ezek nagyrészt szintén a jobb félteke képességei. Az afáziás számára az intonáció többek között arra is alkalmas, hogy kompenzálja például a kérdő vagy a felszólító mondatok nem megfelelő szintaxisát (Carlomagno 1994: 20). Meg kell azonban jegyezni, hogy élénk prozódiaival csak a szenzoros afáziások rendelkeznek, motoros afáziákban az intonáció rendszerint sérül, és a beszéd monoton hangzású lesz. Érdekes megfigyelni, hogy bár bizonyos afáziások nem képesek intonálni, mégis jobban megértik az intonáció által kifejezett emocionális tartalmú megnyilatkozásokat. Ahogy azonban a prozódia segítségére siethet az erre képes betegeknek, úgy a beszédsszünet éppen hogy hátráltatja őket. Hiszen míg az egészséges beszélő többnyire kommunikatív céllal, figyelemfelkeltő szándékkal él a szünetekkel, addig egy nonfluens afáziás számára a beszédsszünet a nyelvi korlátozottságból adódó kellemetlen tényező.

Az implicit jelentések megértését és a feldolgozó folyamatokat érdemes kiváltott agyipotenciál-mérésekkel kutatni, hiszen az ERP- (EKP, eseményhez kötött agyi potenciál) vizsgálatok során a szenzoros, motoros és kognitív folyamatokról is információkat kaphatunk. Érdekes és az afázia-kutatás számára hasznos kérdés, hogy a figuratív nyelv hogyan jön létre az agyi funkciók által a gondolkodásból, és milyen szerepe van az azzal összefüggő komplex kognitív aktivitásban (bővebben l. Coulson 2006). Hazánkban a nyelvi tevékenységre vonatkozó ERP-vizsgálatokat még kevesen végeznek, pedig az agyi aktivitás kimutathatósága a produkció-percepció folyamatáról számos fontos információval szolgál, amelynek segítségével nemcsak a nyelv és nyelvhasználat működését térképezhetjük fel, de az afáziadiagnosztikában is felhasználhatjuk.

8. Összefoglalás

Dolgozatomban a külföldön már jelentős terápiás iskolákkal rendelkező funkcionális pragmatikai megalapozottságú afázológia elméletét és módszereit igyekeztem bemutatni. Míg a moduláris neurolingvisztika a szintaxis sérüléseire fókuszál, addig a holista módszer a nyelvhasználat visszaállítását támogatja a megmaradt kognitív képességek segítségével akár azon az áron is, hogy a beteg produkciója nem lesz teljesen grammatikus. A jobb félteke képességei közül a nonverbális kommunikációra való készségnek a terápiában való felhasználását mutattam be. Jelen tanulmányban nem tértem ki a sérülést kompenzáló stratégiák működési mechanizmusaira. Nem ejtettem szót a deixisnek, a nézőpontviszonyoknak vagy az előfeltevéseknek az afáziában való működéséről sem, mert ezek specifikus kérdések, amelyek további alapos empirikus kutatásokat igényelnek.

SZAKIRODALOM

- Ahlsén, Elizabeth 2006. *Introduction to Neurolinguistics*. John Benjamins, Amsterdam.
- Angeleri, R. et al. 2008. Communicative impairment in traumatic brain injury. A complete pragmatic assessment. *Brain and Language* 107/3: 229–45.
- Bánréti Zoltán 1997. Megjegyzések a neurolingvisztikáról. In: Bánréti Zoltán (szerk.): *Nyelvi struktúrák és az agy. Neurolingvisztikai tanulmányok*. Corvina, Budapest.
- Bánréti Zoltán 2003. *Kényszerű pazarlás a sérült nyelvtanban. A nyelvtan gazdaságossági elvei agrammatikus afáziában*. Kézirat.
- Becker, Anne 2001. *Pragmatik und Aphasie. Konversationsanalytische Verfahren in der Aphasiediagnostik*. Peter Lang.
- Carlomagno, S. 1994. *Pragmatic approaches to aphasia*. Singular, London.
- Coulson, Seana 2006. Constructing Meaning. *Metaphor and Symbol* 21: 245–66.
- Cummings, L. 2008. *Clinical Linguistics*. Edinburgh University Press, Edinburgh.
- Cutica, I. – Bucciarelli, M. – Bara, B. G. 2006. Neuropragmatics: Extralinguistic pragmatic ability is better preserved in left-hemisphere-damaged patients than in right-hemisphere-damaged patients. *Brain and Language* 98: 12–25.
- Davis, G. – Wilcox, M. 1985. *Adult Aphasia Rehabilitation: Applied Pragmatics*. NFER Nelson, Windsor.
- Feyereisen, P. – Seron, X. 1982. Nonverbal communication and aphasia. A review. *Brain and Language* 16: 191–212.
- Goodglass, H. – Kaplan, E. (eds.) 1983. *Assessment of aphasia and related disorders*. Lea and Febiger, Philadelphia.
- Hegyi Ágnes 1995. *Afáziaaterápiák. Javaslat az afázia kognitív nyelvi terápiájára*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest.
- Herrmann, M. 1991. Nonverbale Kommunikation bei Aphasie. In: Blanken, G. (Hrsg.): *Einführung in die linguistische Aphasologie: Theorie und Praxis*. Hochschulverlag, Freiburg, 349–80.
- Holland, A. 1980. *Communicative abilities in daily living*. University Park Press, Baltimore.
- Huber, W. – Springer, L. – Poeck, K. 2006. *Klinik und Rehabilitation der Aphasie*. Georg Thieme, Stuttgart.
- Joanette, Y. et al. 1989. *Right hemisphere and verbal communication*. Springer, Berlin.
- Kelter, Stephanie 1994. Kognitive Semantik und Aphasieforschung. Zur Unterscheidung zwischen Bedeutungen und Konzepten. In: Schwarz, Monika (Hrsg.): *Kognitive Semantik. Ergebnisse, Probleme, Perspektiven*. Günter Narr, Tübingen, 81–98.
- Kertesz, A. – Shewan, C. 1980. Reliability and validity characteristics of the Western Aphasia Battery. *Journal of Speech and Hearing Disorders* 45: 308–24.
- Klatt, Heinz-Joachim 1978. *Psycholinguistik der Aphasie*. Lang, Frankfurt am Main.
- Langacker, Ronald W. 2008. *Cognitive grammar*. Oxford University Press, Oxford–New York.
- Lutz, Luise 2004. *Das Schweigen verstehen. Über Aphasie*. Springer, Berlin.
- Müller, Nicole (ed.) 2000. *Pragmatics in speech and language pathology. Studies in clinical applications*. John Benjamins, Amsterdam.

- Mildner, Vesna 2008. *The communicative neuroscience of human communication*. Lawrence Erlbaum, New York.
- Osmanné Sági Judit 1997. *Az afáziák neurolingvisztikai alapjai*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest.
- Paradis, M. (ed.) 1998. *Pragmatics in neurogenic communication disorders*. Pergamon, Oxford.
- Penn, C. 1985. A profile of communicative appropriateness. A clinical tool for the assessment of aphasia. *The South African Journal of Communication Disorders* 32: 18–23.
- Perkins, L. – Lesser, R. 1993. Pragmatics applied to aphasia rehabilitation. In: Paradis, M. (ed.): *Foundations of Aphasia Rehabilitation*. Pergamon, Oxford, 211–46.
- Perkins, M. 2005. Clinical pragmatics. An emergentist perspective. *Clinical Linguistics and Phonetics* 19: 363–6.
- Pulvermüller, F. 2002. *The neuroscience of language. On brain circuits of words and serial order*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Prutting, C. – Kirchner, D. 1987. A clinical appraisal of the pragmatic aspects of language. *Journal of Speech and Hearing Disorders* 52: 105–19.
- Sarno, M. 1998. *Acquired aphasia*. Academic Press, San Diego.
- Schnelle, P. 2001. *Zurück zur Sprache – Zurück ins Leben. Bilder und Kommunikation und Sprachtherapie bei Aphasie*. Urban and Fischer.
- Sperber, Dan – Wilson, Deirdre 1995. Kölcsönös tudás és relevancia a megértés elméletében. In: Síklaki István (szerk.): *A szóbeli befolyásolás alapjai. I–II*. Budapest, I. 195–218.
- Stringaris, Argyris K. 2007. Deriving meaning: Distinct neural mechanisms for metaphoric, literal, and non-meaningful sentences. *Brain and Language* 100/2: 150–62.
- Svindt Veronika 2011. A gesztikuláció szerepe és működése afáziás betegeknél. In: Parapatics Andrea (szerk.): *Féltűn 6. A hatodik Féltűn konferencia kiadványa*. <http://linguistics.elte.hu/studies/fuk/fuk10/>
- Tesak, Jürgen 2006. *Einführung in die Aphasologie*. Georg Thieme Verlag.
- Van Lancker, Sidtis, D. 2006. Where in the Brain is Nonliteral Language? *Metaphor and Symbol* 21/4: 213–44.
- Verseghy Anna 1997. Az afázia rehabilitációjának módszerei. In: Osmanné Sági Judit (szerk.): *Az afáziák neurolingvisztikai alapjai*. Budapest, Nemzeti Tankönyvkiadó, 87–92.
- Worral, L. – Frattali, C. (eds.) 2000. *Neurogenic communication disorders. A functional approach*. Georg Thieme, New York.

Svindt Veronika

doktorandusz

ELTE BTK Mai Magyar Nyelvi Tanszék

SUMMARY

Svindt, Veronika

A functional pragmatic approach to aphasia

This paper is an overview of the theory and methods of a functional pragmatic approach to aphasiology and aphasia therapy. Functional neurolinguistics is based on direct interpersonal interaction and the study of spontaneous speech, as well as on detecting the patient's remaining linguistic and non-linguistic abilities and their use for the purposes of therapy. In an aphasic patient's speech production and perception, the current context (in a broad sense) has an eminent role to play. The paper also discusses ways of processing implicit meanings that are of prime importance in everyday communication, as well as compensatory strategies occurring in aphasic patients' speech production, with special regard to their use of nonverbal signals.

Keywords: functional aphasiology, pragmatic skills, implicit meaning, compensatory strategies