

MESEFELDOLGOZÁS – NEUROPSZICHOLÓGIAI INTERVENCIÓS LEHETŐSÉGEK

PATAKY ILONA

Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet, Agyérbetegségek Országos Központja
E-mail: patakyl@opni.hu

A klinikai neuropszichológus számára kínál gyakorlati tapasztalatokat a cikk. A terápiás szemléletű neuropszichológiai vizsgálat az organikus agysérült betegek komplex pszichológiai kezelésének alapját képezi, amely irányultságában inkább a pszichoterápia és nem a hagyományos orvoslás nyomdokain próbál haladni. Közismert, gazdagon illusztrált meséket használtunk 9 jobbkezes afáziás stroke betegnél (6 férfi – 3 nő, 7 fluens és 2 nonfluens) a beszédtevékenység aktivizálására. A mesefeldolgozást minden betegnél öt ülésben végeztük. Az afázia klasszifikációját a Western afáziaeszt alapján végeztük. A történet elmondását, a beszédet magnetofonon rögzítettük és elemeztük. A terápiás helyzet lehetőséget nyújtott a betegeknek megfelelően szelektálni a rendelkezésre álló információból, a neuropszichológusnak pedig megfigyelni azt, hogy milyen megküzdési stratégiákat alkalmaz/részesít előnyben a beteg.

Kulcsszavak: kognitív térképezés, -terápia, -stílus, -rehabilitáció, serkentés, gátlás, transzfer, segítő technikák, megküzdési stratégiák

BEVEZETŐ

Napjainkban egyre több közleményben tűnik fel a neuropszichológia, főként az idegtudományok területén működő, a differenciáldiagnosztikai törekvéseket hordozó munkacsoportok tollából, a korábbi diagnosztikai kategóriákat alapjaiban megváltoztató munkák (FREUND, 1999; KÉRI, JANKA, 1999). Másik fontos területe a modern neuropszichológiának a gyógyszergyárak által finanszírozott, főként

Ezúton szeretném kifejezni köszönetem dr. É. Kiss Katalin nyelvész segítségéért, aki a pályázatot vezette, s a táblázatokban szereplő Western afáziaeszt főlételét, kiértékelését végezte. A kutatás a Soros Alapítvány támogatásával folyt.

számítógépes vizsgálati battériák (PUHR, 1999) szerkesztése, alkalmazása, amelyek feladata a célfunkció precíz vizsgálatán túl az állapotváltozások regisztrálása a vegyület hatékonyságának bizonyítása érdekében. Harmadik, egyre népszerűbb téma a különböző etiológiájú demenciák neuropszichológiai differenciáldiagnózisa (WESNES, HILDEBRAND, MOHR, 1999). Épp így népszerűek a számítógépes rehabilitációs programok (PUHR, 1999), amelyek a sérült kognitív funkciók reorganizációját célzottan választott számítógépes feladatsorok igénybevételével gyakorol(tat)ják be. Sorolhatnánk tovább azokat az argumentumokat, amelyek a klinikai neuropszichológia népszerűségi hullámának növekedésével együtt azt is jelzik, hogy – mint oly sokszor a pszichológia történetében – azzal a jelenséggel állunk szemben, hogy a kognitívizmus jegyében mindent erre a divatos kaptafára kívánunk húzni. Eközben a klinikai neuropszichológiát a pszichometria szintjére degradáljuk, olyan eszközök birtokába kívánunk jutni, amelyekkel különösebb értelmi erőfeszítés nélkül számszerűsíthető eredmények halmazához juthatunk, amelyekből spekulációval kívánunk a háttérben zajló idegrendszeri történések mélyére látni. Különösen igaz ez, ha a neuroradiológus vagy ultrahangos munkacsoport tagjaival együttműködve hipotézisünkhöz meggyőző érveket találunk.

Az ilyen törekvések nyomán persze korszakalkotó eredmények születtek: ma az afázia klasszifikációja új alapokon nyugszik, s néhány gyors, egyszerű feladat nyomán maga a neurológus képes eldönteni az afázia típusát, s összhangba hozni azt a sérülés lokalizációjával. A szkizofrénia kutatásában is a műszeres és a neuropszichológiai vizsgálatok együttese mérföldkövet jelentett a kognitív funkciók alakulásának idegrendszeri hátterére vonatkozóan (KÉRI, JANKA, 1999). Mi dolga marad akkor ebben a bonyolult kutatási folyamatban a logopédusnak, nyelvésznek, netán a klinikai neuropszichológusnak?

Mintha újra élnénk a lokalizációs tanok korszakát, amikor azt keresték a neurológusok, neuropatológusok, hogy az adott neurológiai tünetegyüttes hátterében milyen idegsejtek pusztulása húzódik meg. Mintegy 100 évvel később a funkcionális térképet szeretnénk megrajzolni egy-egy pszichés működés megvalósítására vonatkozóan. A gondolatmenet azonban ugyanaz. A pszichológiai jelenségeket a létrejöttükhöz elengedhetetlen idegi működésszerveződésben kívánjuk megragadni. Ebben a filozófiai aspektust félretéve az a kiinduló hipotézis érhető tetten az egyes egyéneknél, hogy azonos módon alakulnak ki – járatódnak be – az egyes pszichés funkciók fejlődése során az idegpályák, hogy ugyanazon sejtláncolat aktivitása révén valósul meg például a beszéd, olvasás, írás stb. Az ettől való eltérés már deviáns pszichés fejlődést alapol meg, a különböző lelki eredetű megbetegedések forrása lehet. Akkor hogyan érthető, hogy míg egyesek a dallamok memorizálásában erőfeszítés nélkül érnek el eredményt, mások a téri viszonyok reprodukálásában élveznek összehasonlíthatatlan előnyt, s vannak, akik számára a számok megjegyzése nem jelent egyáltalán semmilyen problémát stb.?

A nemzetközi szakirodalmat áttekintve sok kifejezetten jó, a kognitív funkciók térképezésére alkalmas battéria áll rendelkezésre, hogy az egyes funkciódeficitek körvonalazását szolgáló eljárások gazdagságáról már ne is tegyünk említést

(LEZAK, 1995). Ma már nem csak a minőségelemzés követelményeinek tesznek ezek a feladatsorok eleget, de alkalmasak arra is, hogy mennyiségi mutatókban fejezzék ki a neuropszichológiai szempontból értékelhető változásokat. A képalakító eljárások modernizálódásával egyre nagyobb számban készülnek olyan vizsgálatok, amelyekben az agyi vérátáramlás változását különböző kognitív tesztek végzése közben követik. Számítógép-vezérelt programcsomagok kerültek bevezetésre nemcsak a neuropszichológiai diagnosztikában, de a terápiában is. Mindezek a megközelítések inkább a medicinális szemléletmódot tükrözik: a tüneteket keresik, megvizsgálják, mi a baj – diagnózist állítanak föl –, és a gyógyítás során alkalmaznak a konszenzus alapján kidolgozott eljárások közül a megfelelőt. Anélkül, hogy a fenti terápiás gyakorlat érvényességét és eredményességét kétségbe kívánánk vonni, óhatatlanul fölmerül a kérdés, amikor a megismerőtevékenységgel – annak zavarai – foglalkozunk: vajon ez minden, amit tehetünk? Elég-e, hogy gyakorlatokat adunk a betegnek, amelyekkel a sérült funkciók a tudományos közleményekben leírt sémák szerint rehabilitálhatók?

Jelen kutatás indíttatását éppen ezek a gondolatok adták. Olyan eszköz ki-munkálása volt a cél, amely a súlyos kognitív deficittel – aktuálisan afáziával – küszködő beteg számára a saját adekvát aktivitásnöveléséhez nyújt kereteket, és ezzel a rehabilitáció esélyét általában javítja (PATAKY, 1998). Másképp fogalmazva, a beteg saját megküzdő stratégiáit (*coping strategy*) mozgósítja az exponált problémahelyzetben. Olyan meglévő vagy korábban megvolt munkamódokat hoz felszínre, amelyek a deficit kezelésében hatékonyak lehetnek. Elengedhetetlen ebben a tevékenységben, hogy a beteg képes legyen szembenézni a központi idegrendszer károsodása következtében föllépő kognitív deficitjeivel, s azokat a maguk valóságában észlelje (betegségbelátás, betegségtudat problémája). Meggyőzően demonstrálni kell, hogy azok az erőfeszítések, amelyeket tesz, a kívánt cél irányában mozdítják el produkcióját. A klinikai neuropszichológia viszonylag rövid történetében a megjelölt kritériumoknak megfelelő feladatra nem sikerült bukkanni (BACH, RITA, 1990; CHRISTENSEN, ÜZZEL, 1994; GUMMOW, GREGORY, MACNAMARA, 1990; KAPUR, 1991; MARTIN, ALBERDI, SACHO REIGER, 1993; NEWCOMBE, 1985; WAHRBORG, 1988). Pontosabban mondva nem annyira az eszköz hiányáról kell beszélni – hiszen közismert mesék földolgozásáról jelentek meg tanulmányok –, hanem ezek felhasználás módjának újszerűségéről.

A mesefeldolgozás a maga komplexitásában azzal a reménnyel is kecsegtetett, hogy nemcsak terápiás célokra ideális, de diagnosztikus vonatkozásban is nyújt adatokat. Felnőtt korban, az idegrendszer érésének befejeződésével, a pályák kialakulásával egy történet földidézése, elmondása a megfelelő kérgi központok együttműködése révén valósul meg. Ehhez képest jóval nagyobb és egészen más, korábban aktív központi idegrendszeri területek mozgósítódnak a – gyermekkorban megismert – mesék földidéz(őd)ése során (LURIJA, 1975). Az afáziás betegek számára olyan eszközt kerestünk, amely működésbe hozza a mesehallgatás-elmondásban hajdanvolt aktív idegrendszeri területeket, mindezt a beteg saját aktivitása révén.

MÓDSZER

A *közismert mesék* közül választottuk ki a módszer segédanyagát. Szín- és formagazdag, jellegzetes ábrák illusztrálták az idegen nyelven – angolul – rövid szövegrészt tartalmazó meséket. A szövegben latin eredetű, de magyar nyelven ismert fragmentumok is segíthették a földolgozást. Tartalmazott például versikét a mese, amelyre az angol szöveg jól elkülönülő utalást is tett. Olyan eszközt igyekeztünk tehát találni, amely alkalmat kínál a képi, a formai, a szövegbeli információ fölhasználására, s a választást a betegre bízta. Ez a választási szabadság lehetővé teszi, hogy az idegen nyelvű szövegben fölfedezzen nemzetközi kifejezéseket anélkül, hogy kényszerülne végigolvasni az egész mesét. Magyar nyelvű szövegnél az eszköznek eme implicit üzenete – más utak keresése – elveszne, s mi sem különböztetné meg a szokvány színes képeskönyvek olvasásának feladatától. Feltételezésünk szerint ez a módszer a fázis zavarokban nem érintett területek mobilizálásával, indirekt módon, a beteg spontán tevékenységének aktivizálása révén hat, s így a feladatban mutatkozó teljesítmény alakulása prognosztikai értékű lehet a beszédzavarok kezelésében. Másrészről a feladat komplexitása azt is megengedi, hogy az információfeldolgozás különböző jellegű zavara esetén mintául szolgáljon a fölhasználható csatornák kompenzáló aktivitásának kibontakoztatására. Másképpen fogalmazva – az ebben a feladatban mutatkozó teljesítmény a beteg spontán kereső-aktivitását tükrözi, és így nemcsak a fázis zavarok, de általában a kognitív rehabilitáció prognózisában is értékes adatokkal szolgálhat.

A következő meséket alkalmaztuk: *Pinocchio*, *Hamupipóke*, *Hófehérke*, *Gulliver Lilliputban*, *Hetet egy csapásra*, *Arasznyi emberkék*, *A kis hableány*, *Aladdin és a csodalámpás*, *Ali baba és a negyven rabló*, *Heidi*, *Szamárfülű Midas király*, *Az erdőszéli házikó*, *A kis ólomkatona*.

Komplex afázia-kezelés keretében összesen 9 afázis beteggel készítettük el magnófelvétel fölhasználásával a szövegfeldolgozás jegyzőkönyvét. Minden beteggel öt alkalommal, kórházon kívül történtek az egyenként 60 perces foglalkozások, s mindenki öt mesét dolgozott fel.

A komplex terápiás munka első szakaszában zajlott le a szövegfeldolgozás.

Időt szakítottunk annak megbeszélésére, hogy az idegen nyelv ismerete nem szükséges a feladatban való részvételhez. Alkalma volt meggyőződni a betegnek arról, hogy konstruálható történet pusztán a színes illusztrációk fölhasználásával, de – ahogy együtt átlapoztuk a mesét – egy-egy idegen szónál maga a beteg is jelezte, hogy ismeri. A családdal való előzetes megbeszélés nyomán választottuk ki az adott betegnél exponált meséket, hogy biztosan ismerősek legyenek. A beteg tetszőleges ideig tanulmányozhatta a rendelkezésre álló információt, maga jelezte a vizsgálat vezetőjének, hogy elkészült a földolgozással; átlagban 10-15 percet szántak erre – főként a képek áttekintésére – a betegek. Az egyes üléseken kérdésekkel lendítettük tovább a történet folyamatosságát, arra törekedtünk, hogy a beteg a figyelmét, aktivitását a mese által kínált keretek között tartsa, s a kétségeinek elosztatásához a rendelkezésre álló információk közül válasszon támpontot. Törekedtünk a célravezető segítő stratégiákat tetten érni és megerősíteni. Az elbe-

szélés végén visszatértünk a kritikus pontokra, kiegészítve a hiányzó láncszemeket, illetve az elmondás folyamatában fölbukkanó szavakat, kifejezéseket megkíséreltük újból, szándékosan előhívni. Ehhez a mese végén található színes illusztrációkat használtuk föl, amelyek a főbb szereplőket, a fontos, jelentőséggel bíró tárgyakat emelték ki (megnevezési feladat). Ez a helyzet egyben alkalmat adott arra is, hogy ellenőrizzük, vajon az indirekt eszközökkel előhívott szavak direkt módszerrel könnyebben aktiválhatóakká váltak-e, illetve van-e különbség a fluens és non-fluens betegek teljesítményében.

A magnófelvételre a történeten kívül az első és utolsó alkalommal a vizsgálatvezetővel folytatott hétköznapi témát érintő *dialógus* is fölkerült. Az afázia-diagnózisokat a WAB-eredmények alapján állítottuk föl. Az állapotváltozás indikátorként épp így az első és utolsó alkalommal fölvevők a H-T-P tesztet is. A betegek adatait az 1. táblázat mutatja.

1. táblázat. A vizsgálatban részt vevő betegek adatai

	Név	Életkor	Végzettség	Afázia típusa	WAB AQ
1.	S. F.	77 év	egyetem	vezetési	84,6
2.	N. B.	70 év	érettségi	Wernicke	55,8
3.	H. M.	44 év	8 általános + ip.	transzkort. motoros	66
4.	K. B.	60 év	8 általános + ip.	Wernicke	59
5.	R. O-né	71 év	8 általános	Wernicke	40,6
6.	T. M.	67 év	8 általános + ip.	vezetési	76
7.	D. I-né	68 év	főiskola	Wernicke	36,6
8.	Sz. V.	42 év	egyetem	Broca	44
9.	B. G-né	63 év	érettségi	vezetési	78

EREDMÉNYEK

A 9 főből az első alkalommal mindegyik azzal a meggyőződéssel kezdett az elmondáshoz, hogy nem fog tudni eleget tenni a feladatnak. A betegek fölvételei arról tanúskodnak, hogy valamennyiük számára az a saját aktivitás, amelyet az 5 alkalommal önállóan összeállított mese megkonstruálása jelentett, a beszédfunkciókban – a zavar jellegétől függetlenül – javulást eredményezett. Kereső stratégiákat mozgósított, a rendelkezésre álló, változó eredetű információ földolgozásának különböző eszközeit kínálta, s ezek azonnal kontrollálhatóak is voltak. Az afázia-típusoknak megfelelően különbözött egymástól a mesefeldolgozások alakulása. Az igazán fontos információ azonban inkább az volt, hogy a betegek a feladat nyújtotta lehetőségekkel viszonylag hamar és könnyen éltek, a beszédprodukciónak javulása a gyakorló logopédusok számára is meglepően gyors volt.

A három *vezetési afáziás* beteg kezdeti magnófelvételei arról tanúskodnak, hogy jelentős időt fordítanak a helyes szó megtalálására, újból és újból nekifutnak, érzékelvén, hogy még mindig nem sikerült jól kimondaniuk, amit szerettek volna. Sok üresjárat, ismételtetés, elakadás, illetve a keresés föladása található az első, történetté nem igazán szerveződő mesékben. A záró felvételeken pedig már észlelhető, hogy nem ragadnak le egy-egy szó helyes kimondásánál, az egyeztetési problémáknál, hanem a mese egészét törekednek visszaadni, mondanivalójuk jelentésére koncentrálnak, s ezzel az adekvát szóhasználat és mondat szerkezet fölbukkanásának esélye is nagyobb.

Négy betegnél *Wernicke afázia* volt diagnosztizálható a Western szerint. A bőven folyó, inadekvát beszédben a mese megszabta keretek növelték az odaillő szavak fölbukkanási esélyét. Lehetett ez „kicsi ember” – törpe helyett, vagy „kislány” – Hófehérke helyett, illetve a „gonosz” – a mostoha helyett. Az alma, amelynek a *Hófehérke* történetében különös jelentősége van, vagy az elvesztett cipő *Hamupipőke* meséjében az emléktárból szinte mindenkinél leíhívható volt, s akár gesztus, akár a jelzői szerkezet révén ki is mondták. A szándékok, az indítékok helytálló megnevezése jóval korábban fölbukkant s mintegy ellátta történetükben a nominatív funkciókat. Jellemző volt még, hogy a már egyszer helyesen kimondott név a lexikai tárból jóval könnyebben volt ismételtelen előhívható a történet folyamatában, s később is. Direkt rákérdezésre azonban a név fölbukkanási esélye az ismétléskor csökkent! (Például: Tehát ki is ez a kislány? – kérdésre nincs válasz, miközben tisztán, többször is az adott kontextusban kimondja, hogy Hamupipőke lábáról leesett a cipő.) Egyetlen betegnél (D. I-né) és éppen az utolsó ülésnél olyan mese került exponálásra, amelyet korábban nem ismert. Történet helyett képleírásokat adott, nem állt össze az események láncolata egységes egészzé. A képek szereplőit ezzel együtt is a korábbinál adekvátábban nevezte meg.

A *transzkortikális motoros afázias* beteg első magnófelvétele hosszú szünetekkel tarkított, s minduntalan kifejezést adott annak a meggyőződésének, hogy ez nem fog neki menni. Elégedetlen volt önmagával, nem találta odaillőnek a mobilizált szavakat, helyesbíteni igyekezett, s ez még inkább széttördelte a beszédet. Fokozatosan egyre több mesefordulat „csúszott ki automatikusan” a száján, s igen komoly előkészítő munkát végzett, mielőtt belefogott a történet elmesélésébe. Az utolsó két fölvételen határozottan kimutatható, hogy a történet szöveg vége felé mobilizálódnak nagyobb számban a mese elemei, folyamatosabb a beszéd. A többször visszatérő elemek pedig a nominatív funkciókban voltak komoly javulást maguk után.

A *Broca afázias* beteg első fölvételei rendkívül töredékesek, a mese tölteléksszavai viszont szinte azonnal fölbukkannak. Hic et nunc – jelenetszerűen, érzékletesen mutatja be a képre támaszkodva a szereplők szavait, szinte minimális verbális produkcióval. Durva megtapadások gátolják a történet továbbgördítését, sztereotíp szófordulatok tarkítják beszédét. Ahogyan maga a régen ismert közeg elkezdi munkálni benne, fokozatosan egyre bővül az adott mese mobilizált elemeinek száma, tér át az elbeszélő stílusra, s nem csak a töltelékek, de a funkcióval rendelkező szavak is adekvátan aktivizálódnak.

A *spontán beszéd* változása a magnófelvételek tanúsága szerint párhuzamosnak volt mondható a mesefeldolgozás adataival.

A betegek rajzát elemezve – H-T-P – valamennyi a kezdeti egysíkú, egyszerű, bizonytalan vonalakkal jellemzett rajzhoz képest az ötödik alkalommal biztosabb vonalvezetésű, részletgazdagabb, kidolgozottabb figurákat készített. Érvényes ez akkor is, ha bal kézzel készültek a rajzok.

Összességében tehát az a tapasztalat, amelyet a szövegfeldolgozás révén a beszédfunkciók alakulásában a neuropszichológus vezetésével a beteg megszerez, elsősorban azokat a működő információfeldolgozási csatornákat mobilizálja és erősíti meg, amelyeket maga a beteg képes igénybe venni a saját produkciójának értékelése következtében.

Az indirekt eszközökkel elért javuláshoz képest a direkt feladatokban eltérően viselkedtek a fluens és nonfluens betegek. Amíg a fluensek számára az alapos előkészítés, a többszörös használat a megnevezést megkönnyítette, a nonfluens betegeknél maga a megnevezés változatlanul nehezített maradt.

IRODALOM

- BACH-Y-RITA P. (1988) Brain plasticity. In Goodgold, J. (ed.) *Rehabilitation medicine*. 113–118. Mostby, St. Luis
- BACH-Y-RITA, P. (1990) Brain plasticity as a basis for recovery of functions in humans. *Neuropsychologia*, 6.
- CHRISTENSEN, A-L., UZZELL, B. P. (1994) *Brain Injury and Neuropsychological Rehabilitation*, L. Erlbaum Ass. Hillsdale
- FREUND T. (1999) Magatartás- és memóriazavarokkal kapcsolatos idegrendszeri szerkezetek. *Ideggyógyászati Szemle*, 5–6, 208–214.
- GUMMOW, L. J., GREGORY, V. R., MACNAMARA, S. E. (1990) Factors Influencing Utilization of Postdischarge Cognitive Rehabilitation Programs. *Health Services Research*, 1.
- KAPUR, N. (1991) *Managing your memory*. Memory Aids Unit Wessex Neurol Centre, Southampton
- KÉRI SZ., JANKA Z. (1999) A szkizofrénia neurokognitív modellje. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 4, 591–608.
- KERTESZ, A. (1992) Discussion: Treatment of Specific Deficits. In von Steinbüchel, N., von Cramon, D. Y., Pöppel E. (eds) *Neuropsychological Rehabilitation*. 256–260. Springer Verlag, Berlin–Heidelberg–Budapest
- LEZAK, M. D. (1995) *Neuropsychological Assessment*. 3. ed. Oxford University Press, New York
- LURIJA, A. R. (1975) A neuropszichológia jelentősége a pszichológia és a klinikum számára. In Lurija, A. R. *Válogatott tanulmányok*. 75–92. Gondolat Könyvkiadó, Budapest
- MARTIN, R., ALBERDI, M., SACHO REIGER, J. (1993) Treatment of Vascular Dementia. In Culebras, A., Matias Guiu, J., Román, G. (eds) *New Concepts in Vasc. Dementia*. 123–130. Prous, Barcelona
- MCGLYNN, S. (1990) Behavioral Approaches to Neuropsychological Rehabilitation. *Psychological Bulletin*, 3.

- NEWCOMBE, F. (1985) Rehabilitation in clinical neurology: neuropsychological aspects. In Vinken, P. J., Bruyn, G. W., Klawans, H. L. (eds) *Handbook of clinical neurology 46. Neurobehavioral disorders*. 609–642. Elsevier, Amsterdam
- PATAKY I. (1998) Neuropszichológiai rehabilitáció a pszichiátriában – kognitív rehabilitáció. In Füredi J. (szerk.) *A pszichiátria magyar kézikönyve*. 661–668. Medicina Könyvkiadó, Budapest
- PUHR, U. (1999) *Theoretical background and effectiveness of RehaCom – a computer-aided cognitive rehabilitation package*. Abstract in Conference of the Central and Easter European Stroke Society, Budapest
- The road ahead* (1992) – A Stroke Recovery Guide Nat. Stroke Association, 2. ed.
- WAHRBORG, P. (1988) *After stroke*. University of Göteborg, Göteborg
- WESNES, K. A., HILDEBRAND, K., MOHR, E. (1999) Computerised cognitive assessment. In Wilcock, G. W., Bucks, R. S., Rockwood, K. (eds) *Diagnosis and management of dementia. A manual for memory disorders teams*. 124–136. Oxford University Press, Oxford

STORY TELLING – A POSSIBLE NEW NEUROPSYCHOLOGICAL INTERVENTION

PATAKY, ILONA

The study presents a practical guide for clinical neuropsychologists working at neurological units. The neuropsychological assessment of cognitive functions of organic brain damaged patients has a therapeutic point of view for the medical and the psychological, psychoterapeutical tradition, as well. We presented well-known tales on colorful pictures to activate verbal processes of 9 right handed post-stroke aphasic patients (6 males, 3 females – 7 fluents and 2 nonfluents). Each patients took part on 5 sessions of story telling. The aphasia classification was made by the Hungarian Version of the Western Aphasia Battery. The patients' verbal performances were tape-recorded, later transcribed and analyzed. The therapeutic situation gave the opportunity for aphasics to select among the different types of information and for the neuropsychologist to detect what kind of coping strategies were used or preferred by the patients.

Key words: *cognitive mapping, -therapy, -style, -rehabilitation, releasing, inhibiting, transfer, skills-technics, coping strategy*