

# Adam A. Zych

---

## Język, mowa i komunikacja – ważną przestrzenią geragogiki specjalnej

---

Labor et Educatio 3, 397-409

---

2015

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej [bazhum.muzhp.pl](http://bazhum.muzhp.pl), gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

**INNOWACJE**

Adam A. Zych

Dolnośląska Szkoła Wyższa we Wrocławiu

---

**Język, mowa i komunikacja –  
ważną przestrzenią geragogiki specjalnej**

**Speech, Language and Communication:  
An Important Space of Special Geragogics**

*Chodzi mi o to, aby język giętki  
Powiedział wszystko, co pomyśli głowa:  
A czasem był jak piorun jasny, prędko,  
[...] A czasem piękny jak aniołów mowa...*  
Juliusz Słowacki (1809–1849)

**Wstęp**

Przedmiot tego eseju to język, mowa i komunikacja osób przekraczających *smugę cienia*, nieuchronnie zmierzających do starości, naznaczonej czasami chorobą i/lub niepełnosprawnością. W kameralnej sztuce Deiride Kinahan *Błogie dni* (2012) stary aktor mieszkający w dublińskim domu opieki powiada: „Ze starością pamięć gaśnie, słowa zatrzymują się, one się zacierają, zciemniają...”. Społeczeństwo europejskie gwałtownie starzeje się demograficznie – prognozuje się, że za 35 lat 30% ludności Unii Europejskiej, czyli 135 mln osób, osiągnie wiek 65 lat i powyżej – trzydzieści lat temu nasz kontynent nazwano

podstarzałą Europą, a dzisiaj powiada się, że Europa jest starcem świata. Należy dodać, że Polacy należą do najszybciej starzejących się społeczeństw w Europie... Kolejna kwestia – demograficzna, medyczna i społeczna zarazem – to kondycja zdrowotna odchodzącej generacji.

W *Białej Księdze: Zdrowe starzenie się* Grzegorz Opala i Danuta Ryglewicz piszą: „Choroby mózgu, przede wszystkim choroby neurodegeneracyjne oraz naczyniowe, stanowią największe zagrożenie dla godnego, spokojnego i niezależnego życia osób starszych [...]. W Polsce doznaje udaru mózgu 70 tys. osób rocznie. Z powodu otępienia cierpi około 400 tys. osób. Najczęstszą przyczyną otępienia w wieku podeszłym jest choroba Alzheimera, na którą w Polsce choruje 250 tys. osób. Przewiduje się, że tylko w Polsce do 2020 r. choroba ta stanie się udziałem około 1 mln osób”<sup>1</sup>.

W tym miejscu konieczne jest odwołanie się do ostatniego raportu Światowej Organizacji Zdrowia pod znamienym tytułem: *Otępienie: Priorytet zdrowia publicznego*, gdzie czytamy: „Liczebność osób z otępieniem w skali świata w 2010 roku została oszacowana na 35,6 mln i prognozuję się, że co 20 lat będzie się podwajać, osiągając 65,7 mln w 2030 r. i 115,4 mln w 2050 r. Ogólna liczba nowych przypadków demencji w skali świata wynosi około 7,7 mln każdego roku”<sup>2</sup>. W Polsce co 10. osoba po 65. roku życia, czyli około 500 tys. osób, choruje na różne formy otępienia; większość (około 50–60%, czyli 250 do 300 tys. osób) cierpi na chorobę Alzheimera, 20–25% na demencję typu miażdżycowego (otępienie wielozawałowe), a 18% na otępienie „mieszane” (np. choroba Alzheimera z otępieniem naczyniopochodnym). Z kolei zapadalność na chorobę Parkinsona wynosi w Polsce 10–20 przypadków na 100 tys. ludności, co oznacza, że rocznie przybywa 4–7,5 tys. chorych i obecnie cierpi na tę chorobę około 80 tys. ludzi, głównie po 50. roku życia<sup>3</sup>. Wyniki badań PolSenior wskazują na występowanie otępienia u ok. 10% subpopulacji geriatrycznej, a prawidłowe funkcje poznawcze stwierdzono jedynie u co trzeciej osoby badanej – u 33,2% mężczyzn i 29,9% kobiet<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> G. Opala, D. Ryglewicz, *Zapobieganie chorobom mózgu i chorobom neurodegeneracyjnym, w tym chorobie Alzheimera*, [w:] *Zdrowe starzenie się: Biała Księga*, red. B. Samoliński, F. Raciborski, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2013, s. 61.

<sup>2</sup> *Dementia: A public health priority*. WHO, Geneva 2012 s. 2.

<sup>3</sup> Zob. J. Siuda i współprac., *Rozpowszechnienie wybranych chorób neurologicznych w wieku podeszłym*, [w:] *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, red. M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski, Termedia. Wydawnictwo Medyczne, Poznań 2012.

<sup>4</sup> Zob. A. Klich-Rączka i współprac., *Zaburzenia funkcji poznawczych u osób w starszym wieku*, [w:] *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne...*, dz. cyt., s. 112.

W tychże badaniach PolSenior wyróżniono trzy grupy chorób neurologicznych, występujących w podeszłym wieku. Są to:

- „choroby neurologiczne, dla których wiek jest podstawowym czynnikiem ryzyka – należą tu choroby neurozwyrodnieniowe, przede wszystkim otępienia i choroby układu pozapiramidowego, oraz choroby naczyniowe, przede wszystkim udar mózgu;
- choroby neurologiczne, które występują w każdym wieku, ale w wieku podeszłym ich częstość ponownie wzrasta, charakteryzują się one również inną symptomatologią oraz często wymagają innego leczenia; [...]
- choroby neurologiczne typowe dla wieku młodzieńczego, które w wieku podeszłym zazwyczaj mają inne, często objawowe podłoże [...].

Obecnie już ponad 60% pacjentów zgłaszających się do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej to osoby cierpiące z powodu chorób neurologicznych wieku podeszłego, a ponad połowa wymagających stałej opieki pielęgniarzkiej to chorzy po udarze mózgu lub osoby z zaawansowanym otępieniem czy chorobą Alzheimera<sup>5</sup>.

Wyłania się zatem kolejny, poważny problem medyczny, społeczny i ekonomiczny, jakim są stany po udarze mózgu, którego ryzyko wzrasta z wiekiem – od rocznej zapadalności na poziomie jednego udaru na 30 tys. osób w czwartej dekadzie ich życia do jednego udaru rocznie na 30 osób po 80. roku życia<sup>6</sup>. Jak piszą Joanna Pniewska i współpracownicy: „W Polsce liczba osób dotkniętych udarem mózgu wynosi 60 000–70 000 rocznie. Zapadalność na udar wzrasta wykładniczo wraz z wiekiem. [...] Objawy udaru mózgu zależne są od typu udaru, jego rozległości i lokalizacji ogniska udarowego. Do częstych objawów zalicza się: zaburzenia ruchowe pod postacią niedowładów lub porażań kończyn (70%–85%), zaburzenia czucia (ponad 50% chorych), **zaburzenia afatyczne mowy** (21%–38%), zaburzenia widzenia czy dysfagia<sup>7</sup>, zatem co piąta, a nawet co trzecia osoba, która przeżyła udar mózgowy ma problemy z mową i/lub komunikacją interpersonalną. Zagadnienia te omówię w dalszej części tego eseju.

<sup>5</sup> J. Siuda i współprac., *Rozpowszechnienie wybranych chorób neurologicznych...*, dz. cyt., s. 137–138.

<sup>6</sup> Zob. A. A. Zych, *Leksykon gerontologii*, wyd. II, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2010, s. 193.

<sup>7</sup> J. Pniewska i współprac., *Ocena zapotrzebowania na opiekę pielęgniarzką nad osobami starszymi w ostrej fazie udaru mózgu za pomocą Northwick Park Dependency Score*, [w:] *Wyzwania współczesnej gerontologii*, red. P. Błędowski, A. Stogowski, K. Wieczorowska-Tobis, Wydawnictwo Naukowe WSNHiD, Poznań 2013, s. 128.

## Mowa starcza a „mowa do starca”

Rozpocznę od autentycznych anegdot:

Wnuk zwraca się do dziadka, z następującym pytaniem:

– Powiedz mi, dziadku, dlaczego mówią do Ciebie „stary dziadu”?

– Jak będziesz w moim wieku, i będziesz miał taką dziadowską emeryturę, to będą do Ciebie mówić jeszcze gorzej – odpowiedział dziadek.

I osobiste zdarzenie sprzed paru miesięcy:

Pewnego dnia, zmierzając na wykłady, nieopatrznie wszedłem na ścieżkę rowerową i zaraz usłyszałem za sobą głos kobiety dojrzałej, jeszcze atrakcyjnej:

– Uważaj staruszk, bo cię przejadę!

Zszedłem na bok, powstrzymując się od ciętej riposty:

– Uważaj babciu, bo cię przelece!

Anegdoty te świadczą nie tylko o naszej kulturze, ale i o przemianach dokonujących się w zakresie języka.

Ostatnie dziesięciolecia przyniosły nową kategorię gerontologiczną i lingwistyczną zarazem, jaką jest *elderspeak*, czyli mowa starcza, która „wyraża specyficzny międzypokoleniowy styl komunikacji, a właściwie sposób, w jaki ludzie młodzi – nie zawsze, lecz bardzo często – zwracają się do ludzi starych”<sup>8</sup>.

Zdaniem Anny Jaroszewskiej: „Mowa starcza przejawia się bowiem w tym, że komunikaty kierowane do osoby starszej werbalizowane są przesadnie głośno i w wolniejszym tempie, są przy tym krótkie, syntaktycznie mniej złożone, sformułowane możliwie prostym językiem, a więc z wykorzystaniem słownika podstawowego, bez użycia słownictwa specjalistycznego. Nadawca komunikatu często wykorzystuje w swojej wypowiedzi deminutywy i hipokorystyki, czyli używa zdrobnień i spieszczeń, które odnoszą się zarówno do otoczenia i znajdujących się w nim przedmiotów, jak i bezpośrednio do rozmówcy (np. *Kochanieńka, usiądź przy stoliczku, zaraz przyniosę zupkę. Słonko, gdzie są Twoje kapciuszki? Elżuniu, masz dziś bardzo ładny sweterek. Skarbie, badanie krwi robimy na czczo, a nie po jedzeniu!*), a ponadto powtarza swoje wypowiedzi i zadaje pytania wymuszające na rozmówcy potwierdzenie, że zrozumiał skierowany do niego komunikat (np. *Pracownia RTG znajduje się na pierwszym piętrze. Słyszysz pani? – na pierwszym piętrze! Czy mamusia wzięła leki? Czy tatko rozumie, co do niego mówię?*)”<sup>9</sup>.

<sup>8</sup> A. Jaroszevska, *Mowa starcza*, [w:] *Encyklopedia starzenia się i starości*, red. A. A. Zych, Wydawnictwo Naukowe „Śląsk”, Katowice 2016 [w druku].

<sup>9</sup> Tamże.

Wprost narzuca się w tym miejscu znamienny dialog z filmu *Pora umierać* z Danutą Szaflarską w roli głównej, która na polecenie lekarki: - *Niech się rozbierze i położy*, przez chwilę milczy i w końcu odpowiada: - *Niech się pocałuje w dupę*. I wychodzi trzaskając drzwiami<sup>10</sup>.

## Zaburzenia afatyczne mowy w chorobach neurodegeneracyjnych i naczyniowych

W schorzeniach neurodegeneracyjnych i naczyniowych, jak również w stanach poudarowych, pojawiają się **cztery A**, typowe dla zespołów otępiennych, w tym dla choroby Alzheimera czy atrofii Picka: **A**mnestia, określana również jako niepamięć bądź utrata pamięci, jest objawem zaburzeń pamięci polegającym na niemożności przypominania sobie minionych zdarzeń lub okresów własnego życia, czyli jest stanem, w którym pojawia się luka pamięciowa, a pacjent nie może sobie przypomnieć określonego przedziału czasu ze swojego życia albo pewnych wydarzeń; z kolei **A**gnozja jest utratą zdolności spostrzegania i/lub rozpoznawania przedmiotów lub symboli za pomocą jednego ze zmysłów, czyli jest to osłabienie zdolności postrzegania, rozpoznawania i/lub identyfikacji znanych przedmiotów, miejsc, sytuacji czy nawet najbliższych osób, w konsekwencji agnozja powoduje wyraźne zagubienie pacjenta w codzienności. **A**praksja natomiast, nazywana czasem nieporęcznością, to brak precyzji ruchów, gestów i czynności celowych, może pojawiać się w postaci np. apraksji chodu, apraksji czuciowej, motorycznej, oralnej czy apraksji ubierania się, utrata tych zdolności w chorobie Alzheimera czy w zespole Parkinsona może znacznie upośledzać wykonywanie przez osobę chorą podstawowych, zwykłych czynności życia codziennego (ADL), takich jak np. wstawanie z łóżka, ubieranie się i pielęgnacja ciała, toaleta i kąpiel, przygotowanie posiłków i odżywianie się bądź też typowych zajęć domowych (prowadzenie i sprzątanie domu). Wreszcie **A**fazja to zaburzenie mowy, które polega na częściowej lub całkowitej utracie zdolności mówienia, pisania, czytania i rozumienia mowy (głosowej i pisanej) z powodu uszkodzenia ośrodków mowy w korze mózgowej, co może mieć i często ma miejsce właśnie w otępieniu typu alzheimerowskiego, w innych otępieniach czy w stanie po udarze mózgu. W sposób oczywisty afazja utrudnia konwersację, a zarazem upośledza komunikację interpersonalną, jednak pacjent poszukuje porozumienia, całym ciałem sygnalizując pragnienie,

<sup>10</sup> Zob. filmografia: *Pora umierać*, 2007.

wyrażone w tytule pięknej książki Dietmara Zöllera: *Gdybym mógł z wami rozmawiać...*<sup>11</sup> Afatyczne osoby *późno dojrzałe* niekiedy tylko spojrzeniem wyrażają to, co chcą powiedzieć: **nie mówię, ale mam własne zdanie...**

Wymiana myśli wyrażonych słowem, rozmowa, dialog, konwersacja czy szerzej komunikacja z osobą dotkniętą chorobą Alzheimera bądź udarem mózgu nie jest ani prosta, ani łatwa, czasem może przypominać fragmenty *Odczytu o niczym* Johna Cage'a: „Każda chwila / jest absolutna, / żywa / i znacząca. / Kosy / sfruwają z pola, / wydając / dźwięki / wspaniałe / całkiem / nieporównywalne”<sup>12</sup> [przekład Michała Bristigera]. Był to zaskakujący odczyt po raz pierwszy wygłoszony przez autora w Nowym Jorku w 1960 roku, a jego istotą była „rytmiczna lektura” i zastosowanie *rubato*, jak w mowie codziennej. A oto przykład nie artystyczny, lecz życiowy: – *Jak się dziś czujesz, mamo?* i odpowiedź osoby cierpiącej na chorobę Alzheimera: – *Zobacz, spadł pierwszy śnieg*. Następuje utrata kompetencji pragmatycznej i zostają złamane wszystkie podstawowe maksymy konwersacyjne, ale o tym szerzej będzie później...

Wspomniałem wcześniej o trudnościach w konwersacji i komunikacji z osobami, które doznały udaru mózgu czy też z pacjentami cierpiącymi na zespoły otępienne, w tym na chorobę Alzheimera – czas to rozwinąć. Niestety, ciężar komunikacji trzeba wziąć na siebie, czyli „dialogować na głosy” z samym sobą w obecności pacjenta, oczekując jego reakcji (sprzeciwu, zaprzeczenia i/lub potwierdzenia) mową ciała – uśmiechem, skrzywieniem się, grymasem ust, potakiwaniem głową czy jakimkolwiek innym gestem. A gdy dojdzie do afazji, można też próbować tworzyć alternatywny, własny czy rodzinny kod komunikacyjny w postaci pisma, rysunku, znaku, ilustracji, by porozumieć się z chorym, któremu zwykle tak trudno przychodzi dokończyć zdanie, lub ciągle powtarza to samo wpadając w iterację, jednak pozwólmy mu dokończyć to zdanie, choć z góry wiemy, co chce powiedzieć. Josefa Schiefele, Ilse Staudt i M. Margaret Dach słusznie piszą: „Jeżeli komunikacja słowna staje się utrudniona, wskazane jest prowadzenie **komunikacji niewerbalnej** oraz zintensyfikowanie **kontaktów dotykowych**”<sup>13</sup>. Zatem bezwzględnie potrzebne

---

<sup>11</sup> Zob. D. Zöller, *Gdybym mógł z wami rozmawiać...* – *autystyczny chłopiec szuka porozumienia*. Wydawnictwo Fundacja SYNAPIS, Warszawa 1994.

<sup>12</sup> J. Cage, *Odczyt o niczym*, „Res Facta” [Teksty o Muzyce Współczesnej] 1967, t. 1, s. 94 i 98.

<sup>13</sup> J. Schiefele, I. Staudt, M. M. Dach, *Pielęgniarstwo geriatryczne*, Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 1998, s. 28–29.



są pozawerbalne sposoby komunikacji, a nade wszystko komunikacja wspomagająca i alternatywna<sup>14</sup>

Paul Grice sformułował przed laty, klasyczne już dzisiaj, zasady kooperacyjnej konwersacji oraz maksymy komunikacyjne i/lub konwersacyjne, które obejmują<sup>15</sup>:

- **ilość przekazywanych informacji** – im bardziej zaawansowana choroba Alzheimera, Picka, czy Parkinsona, i im bardziej poważny stan poudarowy, tym bardziej powinna być skromna informacja, czyli komunikat maksymalnie prosty, spójny i krótki, rozmowa bardzo realna, trzymająca się „tu i teraz”, bez metafor i przenośni, zatem mów na temat, zrozumiale, unikaj niejasności i wieloznaczności, mów zwięźle i w sposób uporządkowany, powoli i konkretnie z użyciem najmniejszej liczby słów, np. „idź umyj ręce”, gdyż osoby dotknięte schorzeniem neurodegeneracyjnym czy chorobą naczyniową dosłownie rozumieją polecenia, i nie wolno do nich powiedzieć np. „skocz po chleb”, bo mogą wyskoczyć oknem... Dotykam tutaj ogromnie ważnego problemu zapewnienia bezpieczeństwa choremu i sobie, czyli należy widzieć, reagować i **przewidywać**, zupełnie jak w klasycznym – oglądanym prze łzy – melodramacie: *Casablanca*, gdy w jednej z końcowych scen filmu Ilsa Lund zwraca się do Ricka Blaine’a: – *To ty musisz za nas oboje myśleć, za nas wszystkich...*, a Rick odpowiada: – *Powiedziałas, że mam myśleć za nas oboje. Więc dużo myślałem...*<sup>16</sup>,
- **jakość informacji**, czyli ważność bądź znaczenie komunikatu – postęp choroby zmusza nas do ograniczenia komunikatu do spraw najważniejszych, podstawowych, koniecznych,
- **odniesienie**, czyli stosunek do osoby chorej, nacechowany poszanowaniem jej godności, taktem i aprobatą, zgodą na komunikację i chęcią współpracy czy kooperacji, sympatią i skromnością; w przypadku osób

---

<sup>14</sup> Zob. J. J. Błęszyński (red.), *Alternatywne i wspomagające metody komunikacji*, wydanie II, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2008; J. J. Błęszyński, *Mowa i myślenie osób z otępieniem typu alzheimera. Alternatywne sposoby zachowania współudziału w społeczeństwie*, [w:] *Człowiek z chorobą Alzheimera w rodzinie i środowisku lokalnym*, red. A. Nowicka, W. Baziuk, Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego, Zielona Góra 2011, s. 51–56; B. B. Kaczmarek, A. Wojciechowska, *Autyzm i AAC. Alternatywne i wspomagające sposoby porozumiewania się osób z autyzmem*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2015.

<sup>15</sup> P. Grice, *Aspects of reason*. Clarendon Press / Oxford University Press, Oxford–New York 2001; zob. także P. Grice, *Logika i konwersacja*, „Przegląd Humanistyczny” 1977, z. 6.

<sup>16</sup> Zob. filmografia: *Casablanca*, 1942.



z chorobą Alzheimera czy w stanie poudarowym komunikat z oczywistych przyczyn może być niespójny, chaotyczny, nielogiczny, zaskakujący, co wcale nie wyklucza możliwości porozumienia, ale konieczna jest chęć komunikacji z obydwu stron.

Goeffrey Neil Leech odkrył jeszcze inny, banalny, jak może pozornie się wydawać, aspekt komunikacji, jakim jest uprzejmość, formułując zarazem ważną maksymę komunikacyjną, określaną jako maksyma grzeczności: „Twoja wypowiedź ma dać maksymalne korzyści dla rozmówcy, przy maksymalnych Twoich kosztach”<sup>17</sup>.

**„Mówił dziad do obrazu, [a] obraz do niego ani razu”** – powiada staropolskie przysłowie; parafrazując je, zastanówmy się nad tym, **jak obraz mówi[!] do dziada...?**

Paul A. Bell i współpracownicy<sup>18</sup>, analizując przestrzeń architektoniczną oddziałów alzheimerowskich, zwrócili uwagę na – mówiąc staroświeckim językiem – „wabiki wzrokowe”, czyli na piktogramy, ilustracje, kody i znaki informacyjne, pisząc: „Cechy środowiska (tychże oddziałów – przyp. A. A. Z.) obejmują matowe podłogi (odbłask może utrudniać orientację), dodatkowe wskazówki orientacyjne (takie jak obrazki wskazujące na umiejscowienie toalet, nazwiska mieszkańców wypisane dużymi literami na drzwiach pokoi), obrazki przymocowane na stałe do ścian (dzięki czemu nie spadną, kiedy ktoś ich z ciekawości dotknie), brak nadmiaru dekoracji (które mogłyby zwiększać dezorientację) i hol z holenderskimi drzwiami”. Podobnie można zaprojektować przestrzeń domu rodzinnego, by stała się bezpieczna, przyjazna, znana i bliska podopiecznemu.

## Gerontologopedia ważną przestrzenią geragogiki specjalnej

Konieczne staje się tworzenie w najbliższych latach – w obrębie geragogiki specjalnej – nowej dziedziny logopedii, jaką będzie gerontologopedia, do której podstawowych zadań należeć mogą:

- diagnoza i terapia afazji u osób z chorobami neurodegeneracyjnymi i otępieniami, zwłaszcza z chorobami Alzheimera, Parkinsona, Picka, po udarach mózgu, a także u osób z zaburzeniami neurologicznymi

<sup>17</sup> G. N. Leech, *Principles of pragmatics*, Longman, London 1983.

<sup>18</sup> P. A. Bell i współprac., *Psychologia środowiskowa*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004, s. 529–530.

- w starszym wieku, a zwłaszcza indywidualny dobór metod i form komunikacji oraz ćwiczeń logopedycznych do konkretnego pacjenta,
- budowanie dobrych relacji z pacjentem i/lub opiekunem, a także przygotowanie opiekuna do porozumiewania z podopiecznym – osobą cierpiącą na zaburzenia mowy lub wymowy, w tym do komunikacji wspomagającej i alternatywnej (AAC), gdyż oto tradycyjna logopedia swoją uwagę kieruje głównie na zaburzenia mowy i/lub wymowy u dzieci i młodzieży, a tymczasem można spróbować pracy z afatycznymi osobami w okresie późnej dorosłości i/lub starości,
  - tworzenie indywidualnych strategii postępowania w przypadku afatycznych zaburzeń mowy i wymowy u osób starszych, w zależności od typu afazji i rodzaju choroby neurodegeneracyjnej, naczyniowej bądź onkologicznej, np. w przypadku nowotworu krtani,
  - poznanie i przekazanie zasad budowania dobrej relacji opiekuna z pacjentem, oraz angażowania najbliższych (rodziny czy przyjaciół) do systematycznej pracy logoterapeutycznej z pacjentem,
  - opracowanie metod i form komunikacji wspomagającej, alternatywnej, z zastosowaniem robotów osobistych i/lub multimedialnej z osobami cierpiącymi na różne odmiany afazji oraz z zaburzeniami mowy bądź wymowy, jak również poznanie możliwości modyfikowania i dostosowania metod pracy logopedycznej nie tylko do potrzeb, ale i ograniczeń percepcyjnych, werbalnych, intelektualnych lub motorycznych konkretnego pacjenta.

Pierwszymi zwiastunami nowego myślenia o logopedii odnoszonej do osób starzejących się i starych są pojawiające się na rynku wydawniczym ważne publikacje z tego zakresu, takie jak np. *Czy jest potrzebna „gerontologopedia”?*, pióra Stanisława Milewskiego i Katarzyny Kaczorowskiej-Bray<sup>19</sup>, monografia Anety Domagały<sup>20</sup> pt. *Narracja i jej zaburzenia w otępieniu alzheimerowskim* oraz ważny artykuł Ewy Wolańskiej<sup>21</sup> pt. *Zaburzenia funkcji językowych w chorobach i zespołach otępiennych. Rola i cele logopedii wieku podeszłego, a nade wszystko*

---

<sup>19</sup> S. Milewski, K. Kaczorowska-Bray, *Czy potrzebna jest „gerontologopedia”?* Późna dorosłość z perspektywy logopedycznej, [w:] *Diagnoza i terapia osób dorosłych i starszych*, red. M. Michalik, Collegium Columbinum, Kraków 2014.

<sup>20</sup> A. Domagała, *Narracja i jej zaburzenia w otępieniu alzheimerowskim*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2015.

<sup>21</sup> E. Wolańska, *Zaburzenia funkcji językowych w chorobach i zespołach otępiennych. Rola i cele logopedii wieku podeszłego*, „Poradnik Językowy” 2015, nr 5.

tworzenie w polskich uczelniach podyplomowych studiów w zakresie gerontologopedii, które – jak czytamy w zapowiedziach rekrutacyjnych – „są przeznaczone dla logopedów pragnących specjalizować się w zakresie profilaktyki, diagnozy i terapii zaburzeń mowy i języka, występujących u osób w okresie starości, przede wszystkim zaś starości patologicznej z szybko postępującym upośledzeniem wielu funkcji życiowych, w tym zaburzeniami komunikowania się w schorzeniach neurodegeneracyjnych. Studia te umożliwią zdobycie odpowiedniej wiedzy teoretycznej i umiejętności praktycznych, pozwalających na udzielenie pomocy logopedycznej osobom w wieku senioralnym” oraz „pogłębienie wiedzy i umiejętności logopedycznej diagnozy i terapii osób starszych z zaburzeniami mowy o różnej etiologii: neurologicznej, psychiatrycznej, onkologicznej, psychologicznej i społecznej”<sup>22</sup>. Podyplomowe Studia Gerontologopedyczne (PSG) prowadzone są już w Uniwersytecie Gdańskim i w Uniwersytecie Śląskim w Katowicach. Jest zatem nadzieja, że w najbliższym czasie gerontologopedia, tj. logopedia wieku podeszłego, nabierze realnego kształtu, stając się ważną dziedziną praktyki z pogranicza geragogiki specjalnej i logopedii.

---

<sup>22</sup> Zob. [http://fil.ug.edu.pl/wydzial/instituty\\_i\\_katedry/katedra\\_logopedii/studia\\_podyplomowe/podyplomowe\\_studia\\_gerontologopedyczne/podyplomowe\\_studia\\_gerontologopedyczne\\_-\\_informacje](http://fil.ug.edu.pl/wydzial/instituty_i_katedry/katedra_logopedii/studia_podyplomowe/podyplomowe_studia_gerontologopedyczne/podyplomowe_studia_gerontologopedyczne_-_informacje) [dostęp: 26.09.2015] oraz <http://kandydat.us.edu.pl/studia-podyplomowe-gerontologopedii> [dostęp: 26.09.2015].

**Streszczenie:** Przedmiotem tego artykułu jest mowa, język i komunikacja z osobami starszymi, którzy są niekiedy naznaczeni chorobą i/lub niepełnosprawnością. Europejskie społeczeństwo gwałtownie się starzeje. Trzydzieści lat temu Europę nazwano „podstarzałą Europą”, a dzisiaj powiada się, że Europa jest „starcem świata”... Dziś ludność Polski to „najszybciej starzejące się społeczeństwo w Europie...”. W artykule przedstawiono aktualne demograficzne, medyczne i społeczne problemy związane z starzejącym się społeczeństwem. Ostatnie dziesięciolecia przyniosły nową kategorię gerontologiczną i lingwistyczną zarazem, jaką jest *elderspeak*, czyli mowa starcza. W schorzeniach neurodegeneracyjnych i naczyniowych występują cztery „A” się: Amnezja, Agnozja, Apraksja i Afazja. Afazja powoduje trudności w konwersacji i komunikacji interpersonalnej. Paul Grice sformułował wiele lat temu klasyczne zasady kooperacyjnej konwersacji oraz maksymy komunikacyjne i/lub konwersacyjne, które obejmują: a) ilość przekazywanych informacji, b) jakość informacji, czyli ważność bądź znaczenie komunikatu, oraz c) odniesienie, czyli stosunek do osoby chorej. Artykuł zamyka konkluzja, że konieczne staje się tworzenie w najbliższych latach – w obrębie geragogiki specjalnej – nowej dziedziny logopedii, jaką będzie gerontologopedia, a przede wszystkim istnieje potrzeba stworzenia na polskich uczelniach nowego kierunku studiów podyplomowych z zakresu gerontologopedii.

**Słowa kluczowe:** afazja, agnozja, amnezja, apraksja, choroba Alzheimera, geragogika specjalna, gerontologopedia, język, komunikacja interpersonalna, otępienie, mowa

**Abstract:** The subject of this paper is speech, language and communication of elderly people, which is sometimes marked by disease and/or by disability. European society is rapidly ageing. Thirty years ago Europe was named “oldish Europe”, today is “an old man of the world.” The Polish population today is “the most quickly ageing society in Europe...”. The paper presents real demographic, medical, and social problems – i.e. the health condition of the oldest generation. The last decades have brought a new gerontological and linguistic category called *elderspeak*. In vascular and neurodegenerational illnesses we have four “A”: Amnesia, Agnosia, Apraxia, and Aphasia. Aphasia makes difficult conversation and interpersonal communication. Paul Grice formulated many years ago the classic principles of cooperative conversation and communication: – the quantity of information, – the quality of information, that is the validity or the meaning of messages, and – reference, that is relation to a sick person. The paper ends with the conclusion that in the future it is necessary to create – on the ground of special geragogics – a new field of logopaedics – gerontologopaedics, and above all to create at Polish universities postgraduate studies in gerontologopaedics.

**Keywords:** Alzheimer’s disease, amnesia, aphasia, dementia, gerontologopaedics, interpersonal communication, language, special geragogics, speech

## Literatura przedmiotu

- Bell P. A. i współprac., *Psychologia środowiskowa*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004.
- Bleszyński J. J. (red.), *Alternatywne i wspomagające metody komunikacji*, wyd. II, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2008.
- Bleszyński J. J., *Mowa i myślenie osób z otępieniem typu alzheimera. Alternatywne sposoby zachowania współdziałania w społeczeństwie*, [w:] *Człowiek z chorobą Alzheimera w rodzinie i środowisku lokalnym*, red. A. Nowicka, W. Baziuk, Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego, Zielona Góra 2011.
- Cage J., *Odczyt o niczym*, „Res Facta” [Teksty o Muzyce Współczesnej] 1967, t. 1. *Casablanca* (tyt. oryginalny: *Casablanca*). Film fabularny. Reżyseria: Michael Kurtiz. Dystrybutor: Warner Bros. Stany Zjednoczone, 1942
- Dementia: A public health priority*. WHO, Geneva 2012.
- Domagała A., *Narracja i jej zaburzenia w otępieniu alzheimerowskim*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2015.
- Grice P., *Logika i konwersacja*. „Przegląd Humanistyczny” 1977, z. 6.
- Grice P., *Aspects of reason*. Clarendon Press / Oxford University Press, Oxford–New York 2001.
- [http://fil.ug.edu.pl/wydzial/instituty\\_i\\_katedry/katedra\\_logopedii/studia\\_podyplomowe/podyplomowe\\_studia\\_gerontologopedyczne/podyplomowe\\_studia\\_gerontologopedyczne\\_-\\_informacje](http://fil.ug.edu.pl/wydzial/instituty_i_katedry/katedra_logopedii/studia_podyplomowe/podyplomowe_studia_gerontologopedyczne/podyplomowe_studia_gerontologopedyczne_-_informacje) [dostęp: 26.09.2015].
- <http://kandydat.us.edu.pl/studia-podyplomowe-gerontologopedii> [dostęp: 26.09.2015].
- Jaroszewska A., *Mowa starcza*, [w:] *Encyklopedia starzenia się i starości*, red. A. A. Zych, Wydawnictwo Naukowe „Śląsk”, Katowice 2016 [w druku].
- Kaczmarek B. B., Wojciechowska A., *Autyzm i AAC. Alternatywne i wspomagające sposoby porozumiewania się osób z autyzmem*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2015.
- Klich-Rączka A. i współprac., *Zaburzenia funkcji poznawczych u osób w starszym wieku*, [w:] *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, red. M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błądowski, Termedia. Wydawnictwo Medyczne, Poznań 2012.
- Leech G. N., *Principles of pragmatics*. Longman, London 1983.
- Milewski S., Kaczorowska-Bray K., *Czy potrzebna jest „gerontologopedia”? Późna dorosłość z perspektywy logopedycznej*, [w:] *Diagnoza i terapia osób dorosłych i starszych*, red. M. Michalik Collegium Columbinum, Kraków 2014.
- Opala G., Ryglewicz D., *Zapobieganie chorobom mózgu i chorobom neurodegeneracyjnym, w tym chorobie Alzheimera*, [w:] *Zdrowe starzenie się: Biała Księga*, red. B. Samoliński, F. Raciborski, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2013.
- Pniewska J. i współprac., *Ocena zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską nad osobami starszymi w ostrej fazie udaru mózgu za pomocą Northwick Park Depen-*

- dency Score*, [w:] *Wyzwania współczesnej Gerontologii*, red. P. Błędowski, A. Stogowski, K. Wieczorowska-Tobis, Wydawnictwo Naukowe WSNHiD, Poznań 2013.
- Pora umierać*. Film fabularny. Reżyseria: Dorota Kędzierzawska. Dystrybutor: Best Film. Polska, 2007.
- Schiefele J., Staudt I., Dach M. M., *Pielęgniarstwo geriatryczne*. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 1998, dodr. 2008.
- Siuda J. i współprac., *Rozpowszechnienie wybranych chorób neurologicznych w wieku podeszłym*, [w:] *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, red. M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski, Termedia, Wydawnictwo Medyczne, Poznań 2012.
- Wolańska E., *Zaburzenia funkcji językowych w chorobach i zespołach otępiennych. Rola i cele logopedii wieku podeszłego*, „Poradnik Językowy” 2015, nr 5.
- Zöller D., *Gdybym mógł z wami rozmawiać... – autystyczny chłopiec szuka porozumienia*, Wydawnictwo Fundacja SYNAPIS, Warszawa 1994.
- Zych A. A., *Leksykon gerontologii*, wyd. II, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2010.