



Agnieszka Ogonowska

## WSPIERANIE SPRAWNOŚCI JĘZYKOWEJ I KOMUNIKACYJNEJ SENIORÓW (W PERSPEKTYWIE LOGOPEDII GERONTOLOGICZNEJ)

### Streszczenie

Artykuł wpisuje się w problematykę refleksji i badań gerontologopedycznych zogniskowanych na zagadnieniu wspierania sprawności językowej i komunikacyjnej seniorów starzejących się fizjologicznie (optymalnie) lub z niewielką deteriozującą poznawczą. Przedstawione w nim rozważania rozpoczyna wątek poświęcony nowym wyzwaniom, jakie stoją przed logopedią w XXI wieku, głównie w odniesieniu do tzw. krajów rozwijających się. W ostatniej części artykułu zostały opisane wskazania dla działań służących wspieraniu sprawności językowej i komunikacyjnej seniorów, które bazują na doświadczeniach terapeutycznych autorki. Osobne miejsce poświęcono charakterystyce wybranych aspektów starzenia się oraz wpływowi czynników socjokulturowych na poznawcze funkcjonowanie seniorów.

**Słowa kluczowe:** seniorzy, gerontologopedia, sprawności językowe, sprawności komunikacyjne, starzenie się fizjologiczne, procesy neurodegeneracyjne

### Supporting language and communication skills of seniors (in the perspective of gerontological speech therapy)

#### Summary

The article is situated in the field of reflection and gerontologopedic research focused on the issue of supporting language and communication skills of aging seniors physiologically (optimally) or with little cognitive deterioration. The considerations presented in it begin the thread dedicated to the new challenges that speech therapy is facing in the 21<sup>st</sup> century, mainly in relation to the so-called developing countries. In the last part of the article, some recommendations for actions to support the linguistic and communication skills of seniors, which are based on the author's therapeutic experience, have been described. A separate place has been devoted to the characteristics of selected aspects of aging and the influence of socio-cultural factors on the cognitive functioning of seniors.

**Keywords:** seniors, gerontological speech therapy, language skills, communication skills, physiological aging, neurodegenerative processes

## Wstęp

Dynamiczny rozwój medycyny, farmacji, genetyki, robotyki, automatyki, transplantologii oraz badań z obszaru neuronauki i sztucznej inteligencji przyczyniły się do wydłużenia ludzkiego życia oraz podniesienia jego jakości. To sprawia, że wiele osób, które formalnie (z uwagi na swój wiek biologiczny) należą do pokolenia emerytów i seniorów, wciąż są lub mogą być aktywne społecznie i zawodowo, często przy niewielkim wsparciu zewnętrznym (np. programy unijne aktywizujące osoby 60+). Problem polega na tym, iż sztucznie, instytucjonalnie, „dekretowo” wypracowane formy aktywizacji seniorów nie są nigdy tak efektywne, jak „ruchy oddolne”, bazujące na autentycznych, bezinteresownych, empatycznych relacjach międzypokoleniowych. W tym ostatnim przypadku bowiem osoby w wieku senioralnym są spontanicznie włączone w życie swojej mikrospołeczności, a w związku z tym interakcja i komunikacja między „młodymi i starymi” przybiera formę codziennej aktywności, nie zaś zaplanowanej profilaktyki czy terapii.

We współczesnych, silnie technologiczowanych społeczeństwach kapitalistycznych w dużym stopniu zakres aktywności osób w wieku senioralnym wyznaczany jest również przez społeczne oczekiwania. Określają one tzw. wiek społeczny człowieka. W znaczący sposób społeczne oczekiwania wpływają na sposób postrzegania przez seniorów własnego miejsca w strukturze społecznej, nowego statusu związanego z wiekiem i pełnionymi funkcjami społecznymi, na indywidualną konceptualizację starości i procesu starzenia się.

Seniorzy zamieszkujący dany krąg kulturowo-geograficzny mają także tendencję do dokonywania porównań społecznych w ramach własnego kręgu odniesienia i poza nim. Czynią tak także na podstawie wzorców/reprezentacji medialnych własnej grupy społecznej w dostępnych im środkach przekazu, np. książkach, telewizji, filmach, gazetach, czasopismach czy internecie. Efekty tych porównań mogą wpływać na subiektywne poczucie szczęścia i spełnienia życiowego. Są to kategorie istotne dla bilansu życiowego, o jakim (niezależnie od siebie) wspominają badacze zajmujący się psychologią rozwoju człowieka dorosłego. Ten nurt badań został zapoczątkowany przez Carla Gustava Junga, Erika Eriksona czy Charlotte Bühler. W Polsce perspektywę tę podejmują m.in. Piotr Oleś, Maria Straś-Romanowska, Janusz Trempała i inni.

Jednostka planuje swój czas także w odniesieniu do tego, jak sama postrzega użyteczność społeczną własnych zasobów: wiedzy, umiejętności, doświadczenia, sprawności fizycznej itd. Istotne jest również to, jak ocenia aktualną jakość swojego życia w różnych wymiarach: zdrowia fizycznego i psychicznego,

relacji społecznych, poziomu zasobności materialnej, perspektyw życiowych. Jak pokazują wyniki badań psychologicznych, istotne jest właśnie to, jak ludzie w tym wieku bilansują własne życie (czy mają poczucie jego sensowności, dobrego wykorzystania pojawiających się możliwości i posiadanych zasobów) (Zimbardo, Boyd 2015; Susułowska 1989).

Starość jako kategoria badawcza, która odnosi się do finalnego etapu życia, jest konstruktem społecznym i wynalazkiem XVII wieku. Wcześniej nie poddawano tego etapu żadnym gruntownym analizom, gdyż problem starości w skali społecznej nie istniał z uwagi na dużą śmiertelność w obrębie populacji (powodowaną wojnami, głodem, niskim poziomem wiedzy medycznej, chorobami, epidemiami).

Gerontologia przeżyła swój rozkwit dopiero w 2. połowie XX wieku, choć pierwszy instytut powołany dla badania procesów starzenia się powstał w 1928 roku w Uniwersytecie Stanforda, a wcześniej (na początku XX wieku) podejmowano badania porównawcze nad młodymi i starszymi zwierzętami w kontekście efektywności uczenia się nowych zachowań (Iwan Pawłow) (Susułowska 1989: 11). Nikt jednak wcześniej na taką skalę jak obecnie nie dostrzegał możliwości i potencjału, jaki wiąże się z wiekiem formalnie zaliczanym do etapu inwolucji w rozwoju ontogenetycznym człowieka (i innych organizmów żywych).

W obrębie kategorii „starość” próbuje się ująć różne fenomeny: biologiczne, psychologiczne, medyczne, kulturowe, etyczne, religijne, związane ze schyłkowym okresem egzystencji. Interdyscyplinarne podejście ma za zadanie opisać i zbadać specyfikę tego okresu, np. na tle pozostałych etapów rozwoju (w koncepcji *life span psychology* – psychologii biegu ludzkiego życia) lub w perspektywie porównawczej, tj. historycznej i międzykulturowej. W odniesieniu do tej ostatniej można mówić np. o archetypie starca (Skoczek 2014), wedle którego osądza się i ocenia seniorów oraz narzuca się im określone role społeczne czy wzorce zachowań w danym kręgu kulturowym/konkretnej społeczności.

Z jednej strony „starzec” może być więc konceptualizowany jako mędrzec i członek rady starszych, służący radą w sytuacji kryzysowej (tak było i jest w niektórych społecznościach plemiennych), z drugiej – osoba wymagająca opieki i wsparcia ze strony najbliższych i instytucji do tego celu powołanych (model zachodnioeuropejski). Także osoby w wieku senioralnym przystosowują się w swoich zachowaniach do określonego modelu starości i starzenia się (socjalizacja do starości).

O ile trwają dyskusje nad kwestią precyzyjnego określenia cezur czasowych poszczególnych etapów życia człowieka: dzieciństwa, młodości, wieku doj-

rzalego, wieku senioralnego, o tyle bezsporne jest to, że człowiek zmienia się podczas trwania własnej egzystencji, a zmiany te wynikają z czynników biologicznych, fizjologicznych, psychologicznych, społecznych, kulturowych i środowiskowych. Proporcja między nimi, jako czynnikami wpływu, jest trudna do precyzyjnego określenia, zwłaszcza w perspektywie nomotetycznej. Jest to zadanie łatwiejsze do wykonania w kontekście idiograficznym (prawidłowości jednostkowych), gdyż zmiany te podlegają – w pewnym zakresie – łatwiejszej, bardziej precyzyjnej ocenie i pomiarowi.

Przy pomocy wskaźników medycznych, neurobiologicznych, badań (neuro) logopedycznych czy testów psychologicznych można obiektywnie określić zakres i poziom zmian degeneracyjnych, które wynikają z przewagi procesów katabolicznych (rozpadu) nad anabolicznymi (procesy budowy). W ujęciu biologicznym mówi się w tym kontekście o postępującej mniej więcej od wieku średniego (40–45 lat) inwolucji ludzkiego organizmu, w tym także jego funkcji psychicznych. Ten ostatni proces wynika m.in. ze „znacznego zmniejszania się liczby komórek nerwowych. Neuronów nieustannie ubywa przez całe życie. Według niektórych ocen dzienny ich ubytek od chwili urodzenia wynosi ok. 10 000. Oznacza to, że po 75 latach strata wynosi 2,75 miliarda neuronów, tj. 20% pierwotnej liczby 13–14 miliardów. Drugą przyczyną tej inwolucji są pogarszające się warunki ukrwienia mózgu wskutek miażdżycy naczyń mózgowych. Jednakże nierzadko ludzie zajmujący się intensywną pracą umysłową znacznie dłużej zachowują sprawność psychiczną, niżby to wynikało z ich wieku kalendarzowego” (Sadowski, Chmurzyński 1989: 479). W wielu opracowaniach z zakresu neurobiologii, psychologii rozwojowej i gerontologii podkreśla się rolę czynników środowiskowych i psychologicznych w zapobieganiu, minimalizowaniu skutków inwolucji, m.in. chodzi o styl życia, sposób odżywiania się, typ aktywności zawodowej, sytuację rodzinną, jakość środowiska naturalnego.

Efekty procesów starzenia są jednak najbardziej widoczne w ostatnim etapie egzystencji, gdyż wcześniej może zadziałać szereg mechanizmów adaptacyjnych<sup>1</sup> i maskujących<sup>2</sup>. Przejściowo utrudniają one osobom z najbliższego otoczenia ocenę rzeczywistego: biologicznego, medycznego, społecznego i psychologicznego poziomu funkcjonowania człowieka. Mechanizmy te nie są już tak skuteczne w tzw. okresie senioralnym, który w wielu modelach me-

<sup>1</sup> Przykładem adaptacji może być świadome ograniczanie zakresu obowiązków lub stopniowe obniżanie trudności wykonywanych zadań.

<sup>2</sup> Przykładem maskowania może być poddawanie się zabiegom medycznym, których celem jest upiększanie lub odmładzanie ciała.

dycznych, socjologicznych, psychologicznych i gerontologicznych rozpoczyna się po 65. roku życia.

W niektórych typologiach wyróżnia się: młodych starych (60–69 lat); starych w średnim wieku (70–79 lat); starych starych (80–89 lat) oraz sędziwych starych (90+) (Stuart-Hamilton 2006: 20). W tym okresie, z uwagi na ogólny spadek sił witalnych i możliwości psychomotorycznych człowieka, obniża się także subiektywnie odczuwana przez nich jakość życia.

Ocena własnego dobrostanu psychofizycznego w dużym stopniu jest uzależniona od cech najbliższego otoczenia, w tym głównie relacji z rodziną, przyjaciółmi i znajomymi, a więc od poczucia bycia potrzebnym i użytecznym. To poczucie z kolei zależy, jak wskazano wcześniej, od kulturowo-społecznych nastawień wobec seniorów i samych procesów starzenia się, które panują w określonym środowisku, rodzinie, kręgu kulturowym itd. (Pinker 2016). Procesy starzenia się wpływają na funkcjonowanie centralnego i obwodowego układu nerwowego, mózgu, zmysłów oraz wszystkich receptorów. Choć wpływ ten jest specyficzny (w odniesieniu do konkretnej osoby jako przedstawiciela określonej grupy wiekowej) oraz zróżnicowany (poszczególne grupy wiekowe funkcjonują na różnym poziomie poznawczym, emocjonalnym i społecznym), to generalnie notuje się postępujący z wiekiem spadek sprawności umysłowej i fizycznej seniorów. Mózg podlega zmianom anatomicznym, morfologicznym i funkcjonalnym. „Starzenie się mózgu może mieć charakter:

- optymalny – bez żadnych objawów pogorszenia funkcji kognitywnych;
- z niewielką deterioracją funkcji poznawczych (np. pamięci operacyjnej czy szybkości przetwarzania informacji);
- z łagodnymi zaburzeniami poznawczymi (MCI – *mild cognitive impairment*) nieupośledzającymi w istotny sposób codziennego funkcjonowania (np. łagodne zaburzenia pamięci, z którymi starsza osoba radzi sobie za pomocą notatek, ustawienia przypomnień w telefonie, listy zakupów itp.);
- z otępieniem” (Dudek 2017: 21).

Współcześnie w literaturze przedmiotu pojawiają się badania i metaanalizy wyników, które są reprezentatywne dla trzech głównych koncepcji poznawczego funkcjonowania seniorów starzejących się typowo<sup>3</sup> w odniesieniu do starzenia się mózgu. Ich syntetyczne przywołanie (por. tab. 1) ma na celu zwrócenie uwagi na typ występujących deficytów poznawczych, które należy wziąć pod uwagę przy planowaniu działań wspomagających funkcjonowanie języ-

<sup>3</sup> Starzenie się może mieć charakter optymalny, typowy lub patologiczny.

kowo-komunikacyjne, poznawcze i społeczne seniorów. Część z nich stosuje, zwykle intuicyjnie, własne sposoby kompensacji tych braków i dysfunkcji; w wielu przypadkach jednak ich właściwe rozpoznanie może w znaczący sposób wpłynąć na funkcjonowanie, także społeczne i motoryczne, osób w wieku senioralnym. Ponadto kompleksowe, a zarazem analityczne rozpoznanie tych strategii umożliwia opracowanie adekwatnego i skutecznego planu terapii bezpośredniej, tzn. nakierowanej na bezpośrednią pracę z pacjentem, lub pośredniej, służącej przyuczeniu do aktywności osoby z jego najbliższego otoczenia.

Kontakt bezpośredni z konkretnym seniorem pozwala również stopniowo opracować skuteczne treningi poszczególnych funkcji poznawczych, na tej podstawie dokonywać transferu zdobytych lub usprawnionych umiejętności i kompetencji na inne sfery (według metafory: „od wysepek do łądu”).

Tab. 1. Neuropsychologiczne teorie na temat poznawczego funkcjonowania seniorów starzejących się typowo w odniesieniu do starzenia się mózgu

Teoria i najczęstsze objawy	Syntetyczny opis (podstawowe założenia)
<p>Koncepcja szybszego starzenia się korowo-podkorowych obszarów mózgu:</p> <p>Objawy: spowolnienie psychoruchowe; trudności w wykonywaniu zadań wielomodalnych wymagających kontroli zachowania; problemy w zakresie uczenia się, uwagi i przeszukiwania wzrokowego, z pamięcią operacyjną, motoryką, planowaniem ruchów i działań; przewidywaniem konsekwencji zachowań, językiem (ośrodek Broki)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ deficyty poznawcze seniorów są podobne do tych, które spotyka się u osób po uszkodzeniach przednich okolic mózgu;</li> <li>▪ fizjologiczne procesy starzenia się najbardziej dotyczą korowo-podkorowe struktury mózgu;</li> <li>▪ z wiekiem najwięcej masy tracą płaty kory czołowej</li> </ul>
<p>Koncepcja neurozwyrodnieniowa starzenia się mózgu:</p> <p>Objawy: osłabienie różnych rodzajów pamięci, uwagi, funkcji wzrokowo-przestrzennych, myślenia abstrakcyjnego, korzystania z zasobów pojęciowych i semantycznych</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ proces fizjologicznego starzenia się mózgu przebiega analogicznie do choroby Alzheimera; wskazuje się również na podobne uwarunkowania genetyczne;</li> <li>▪ w mózgach seniorów pojawiają się złogi białkowe i obserwuje się znaczne zmniejszenie objętości kory (płatów skroniowych i ciemieniowych, hipokampa i kory entorinalnej)</li> </ul>
<p>Koncepcja szybszego starzenia się prawej półkuli mózgu</p> <p>Objawy: deficyty uwagi, procesów wzrokowo-przestrzennych; problemy z zapamiętywaniem i odtwarzaniem wg strategii, perseweraacje, trudności z abstrahowaniem i rozumieniem przenośni, właściwe funkcje werbalne</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ podobieństwa w zakresie funkcjonowania poznawczego między seniorami a osobami z uszkodzeniem prawej półkuli mózgu;</li> <li>▪ odwołuje się do zjawiska asymetrii funkcjonalnej mózgu;</li> <li>▪ wraz z wiekiem słabną funkcje poznawcze uwarunkowane prawopółkulowo oraz zwiększa się czynnościowa asymetria półkulowa płatów czołowych;</li> <li>▪ prawa półkula mózgu starzeje się szybciej, czego dowodzą badania nad systemem dopaminowym w mózgu</li> </ul>

Źródło: Gawron, Łojek 2014, s. 15–38

Każda z przywołanych teorii ma swoich rzeczników i przeciwników, dyskusja na ten temat jest wciąż żywa (Gawron, Łojek 2014). Jak wspomniano wcześniej, wykorzystanie prawidłowości związanych z każdą z teorii w sposób efektywny wymaga bezpośredniego kontaktu z seniorem oraz zapoznania się z jego aktualnym stanem zdrowia i kontekstem życia (zarówno bieżącym, jak i doświadczeniami autobiograficznymi). W związku z tym arbitralne sądy, że ustalenia wynikające z trzeciej teorii są najbardziej optymalne dla usprawniania funkcji językowo-komunikacyjnych nie są uprawnione z dwóch powodów. Po pierwsze, nie wiadomo „apriori”, która z teorii ma zastosowanie do analizy konkretnego przypadku, po wtóre – kompetencje językowo-komunikacyjne wymagają dobrej pracy całego mózgu, choć oczywiście fakt, że mechanizmy lewopółkulowe działają sprawnie, jest w odniesieniu do tzw. specjalizacji półkul mózgowych czynnikiem bardzo pozytywnym.

Przy opracowaniu działań wspomagających komunikację seniora trzeba wziąć pod uwagę jeszcze wiele innych dodatkowych okoliczności. Dla przykładu u osób w późnym wieku senioralnym (80+) lub młodszych (65+), ale doświadczających przewlekłych chorób somatycznych i psychicznych czy skutków uszkodzeń organicznych i mechanicznych mózgu, obserwuje się również zawężenie spektrum doświadczanych emocji i uczuć (Pąchalska 2014). Koncentrują się one na odczuciach cielesnych oraz dotyczą najświeższych relacji z osobami sprawującymi opiekę i wybranych zdarzeń autobiograficznych z poprzednich faz życia (np. z dzieciństwa lub młodości). Na funkcjonowanie seniorów wpływają także choroby i zaburzenia, które ujawniły się na wcześniejszych etapach egzystencji, co powoduje, iż obraz kliniczny i rokowania w tej grupie wiekowej są bardzo zróżnicowane. Spadek sprawności funkcji kognitywnych (głównie pamięci i myślenia) wpływa na zakres, głębokość i poziom interpretacji i rozumienia bieżących doświadczeń sensomotorycznych (Engle i in. 2006; Gawron, Rojek 2014). W skrajnych przypadkach osoba jest skoncentrowana wyłącznie na sobie, swoich doświadczeniach psychosomatycznych oraz nie ma motywacji do tworzenia i dzielenia pola uwagi z innymi osobami. Utrata zainteresowania światem społecznym, która wynika z przyczyn psychologicznych/psychiatrycznych (np. zaburzeń depresyjnych), może być stopniowo przywracana m.in. poprzez oddziaływania terapeutyczne oraz terapie farmakologiczne. Inaczej jest w przypadku mechanicznych uszkodzeń o.u.n., a zwłaszcza zaawansowanych faz chorób neurodegeneracyjnych (np. choroby Alzheimera).

Istotny jest także aspekt psychologiczny, ujmowany najczęściej w badaniach z zakresu psychologii rozwojowej oraz psychologii egzystencjalnej



i narracyjnej. Starzenie się jest nierzadko postrzegane społecznie i doświadczane przez samych seniorów negatywnie oraz łączone ze sferą doświadczeń cielesnych (chorobą, cierpieniem, bólem, spadkiem atrakcyjności fizycznej) i społecznych (samotnością, porzuceniem przez najbliższych, brakiem znajomych rówieśników, którzy odeszli, spadkiem atrakcyjności interpersonalnej). W koncepcji rozwoju psychospołecznego Erika Eriksona ten etap życia łączy się częstokroć z poczuciem rozpaczy wynikającym z negatywnego bilansu życiowego (Erikson 2002; Erikson 2004).

Doświadczana na co dzień niezaradność, niesamodzielność jest źródłem negatywnych emocji oraz agresji, zarówno biernej, jak i bezpośredniej, oraz autoagresji (np. lekomanii, alkoholizmu, prób samobójczych) (Cybulski, Krajewska-Kułak, Waszkiewicz, Kędziora-Kornatowska 2017)<sup>4</sup>. Wpływają na to procesy neurodegeneracyjne, choroby somatyczne, psychiczne, psychosomatyczne, somatopsychiczne oraz aktualne doświadczenia życiowe (np. hospitalizacja, pobyt w domu spokojnej starości).

Istotnym czynnikiem jest również bieżący kontekst życia seniora (materiałne warunki egzystencji, kontakt z rodziną, aktywność społeczna i fizyczna) oraz – poza instytucjami opieki<sup>5</sup> – jego status społeczny (wykonywany wcześniej zawód oraz powiązany z tym stosunek otoczenia).

Ogromną rolę odgrywa także kontekst ogólnospołeczny związany właśnie ze statusem osoby starszej w danej rodzinie, grupie społecznej czy kulturze (Pinker 2015). Osoba w późnym wieku senioralnym (80–90 lat) jest emerytem/tką przynajmniej 15–20 lat, w związku z czym na jej bieżącą sytuację życiową istotny wpływ wywierają także doświadczenia następujące po zakończeniu kariery zawodowej. Dla przykładu, aktywni emeryci bardzo szybko znajdują dla siebie nowe grupy społecznego wsparcia: w miastach – oferta dzielnicowych Klubów Seniora czy Uniwersytetów Trzeciego Wieku (Steuden, Marczuk 2006), na wsiach i w małych miasteczkach – relacje ze środowiskiem sąsiedzkiem i rodziną są bardziej rozbudowane, co daje seniorom okazję do większej ogólnej aktywności oraz wpływa na ich ogólne samopoczucie i nastawienie do życia. Renciści, którzy weszli w wiek senioralny, to grupa o wiele bardziej zróżnicowana pod względem obecności lub braku kariery zawodowej

<sup>4</sup> Por. także w tym opracowaniu: J. Pełko-Wysiecka, *Uzależnienie od alkoholu wśród osób starszych* (rozdział 10); M. Kwiatkowski, N. Wygnał, K. Simonienko, K. Wilczyńska, A. Szulc, N. Waszkiewicz, *Uzależnienie od leków w populacji osób starszych* (rozdział 11).

<sup>5</sup> W instytucjach powołanych do opieki nad seniorem, np. w szpitalach oraz domach spokojnej starości, status seniora jest unifikowany; personel często zwraca się do pensjonariuszy po imieniu, co w istotny sposób wpływa w wielu przypadkach negatywnie na ich poczucie godności, wartości oraz tożsamość.



i określonych doświadczeń życiowych, związanych głównie z pracą i rolami rodzinnymi. Niemniej jednak seniorzy, którzy mają cele życiowe oraz czują się potrzebni w swoim środowisku, o wiele lepiej znoszą niedogodności związane z wiekiem oraz aktywniej i efektywniej przystosowują się do tego etapu życia. Chętniej także korzystają z pomocy zewnętrznej, która nakierowana jest na podniesienie jakości ich życia.

Podstawą aktywności umysłowej osób w późnym wielu senioralnym jest kontakt bezpośredni z drugim człowiekiem (Tłokiński 1994; Tłokiński, Olszewski 2014). Rolę terapeutyczną odgrywa zarówno komunikacja z członkami rodziny, osobami niespokrewnionymi z lokalnego środowiska, jak i komunikacja z psychologiem (psychogeriatrą), logopedą, terapeutą zajęciowym czy pracownikiem socjalnym. O jakości tego kontaktu decyduje stopień zaangażowania interlokutorów oraz sprawność umysłowa i fizyczna seniorów. W wielu, o ile nie w większości, domach spokojnej starości w Polsce nie włącza się terapeutów komunikacji do pracy z osobami starszymi, ograniczając właściwie opiekę nad nimi do zapewnienia podstawowej higieny, zaopatrzenia w leki, karmienia oraz nadzoru służby medycznej. Starsi ludzie nie tylko nie potrafią się sami sobą zajmować, lecz także nie mogą pobudzać się wzajemnie do aktywności umysłowej i fizycznej. Brak systematycznej stymulacji przyspiesza jedynie procesy neurodegeneracyjne, a w konsekwencji śmierć społeczną i fizyczną osoby.

Brak możliwości samodzielnego czytania, koncentracji na dłuższych przekazach literackich, prasowych czy filmowych oraz zapamiętywania informacji – potęguje dodatkowo ich frustrację i wyzwala negatywne emocje. Zwiększa także skalę zjawiska, jakim jest wykluczenie społeczne. W przypadku tej grupy wiekowej zjawisko to posiada także wymiar psychologiczny i poznawczy, senior bowiem „lokuje się” często mentalnie poza bieżącymi wydarzeniami ze świata zewnętrznego, żyje w „bezczasie”, a jego wspomnienia z bieżących aktywności mają charakter izolowany i pozbawione są ciągłości, spójności. Brak możliwości scalenia tych doświadczeń poprzez język i w toku komunikacji z drugim człowiekiem potęguje wrażenie dezintegracji oraz bezradności i zagubienia. Język mówiony – w tym ujęciu – służy nie tylko werbalizacji, ale także strukturalizacji wspomnień, przeżyć, emocji oraz ukonstytuowaniu się obrazu własnego „ja”. Brak możliwości efektywnej komunikacji społecznej upośledza również komunikację intrapsychiczną. Ta ostatnia odpowiedzialna jest między innymi za wewnętrzne rozumienie i interpretowanie doświadczeń i bodźców, także tych natury somatycznej i somatopsychicznej.

Nie ulega wątpliwości, iż niektórzy seniorzy mogą samodzielnie korzystać z mediów tradycyjnych i (audio)wizualnych, ale najlepiej, gdy towarzyszą im

w tej aktywności inne osoby, które sterują ich uwagą, motywują „na bieżąco” do analizy, interpretacji i rozumienia takich komunikatów i ich fragmentów, lub też – w przypadku książki, czasopism lub gazet – czytają na głos elementy opowieści, używając odpowiedniej intonacji lub odgrywając fragmenty narracji (gesty, pantomima, krótkie formy teatralne). Ważne jest jednak, by osoby należące do tej grupy wiekowej nie funkcjonowały w roli pasywnych „odbiorców” treści medialnych, gdyż mechaniczna ekspozycja na media elektroniczne nie przyczynia się do ich aktywności poznawczej, a jedynie tworzy pozory aktywnego spędzania czasu<sup>6</sup>.

## Wspomaganie komunikacji

Obniżenie ogólnej sprawności ruchowej wpływa zawsze, choć w różnym stopniu, na ograniczenie kontaktów społecznych, co z kolei rzutuje na procesy językowej i komunikacyjnej sprawności oraz gotowości do dalszej aktywności społecznej (Tłokiński 1999). Brak możliwości ćwiczenia i rozwijania związanych z tymi procesami kompetencji stopniowo wyłącza jednostkę z aktywnego życia umysłowego, a powrót do podstawowych sprawności językowych lub komunikacyjnych wymaga ogromnego zaangażowania rodziny, terapeutów czy osób sprawujących opiekę nad seniorem. W wielu przypadkach jest on niemożliwy, gdyż neuroplastyczność mózgu jest w tym wieku niewielka, a zatem nacisk powinien być położony bardziej na podtrzymywanie istniejących sprawności, aniżeli na ich radykalne odbudowanie. Osoby wyraźnie aktywne poznawczo w dzieciństwie, młodości, w wieku średnim, jak wynika z badań neurobiologicznych (Spitzer 2007), gromadzą większy „kapitał biologiczny”, „neurologiczny” do walki z procesami starzenia się mózgu. Istotną rolę odgrywają w tym przypadku również uwarunkowania genetyczne (np. obecność chorób neurodegeneracyjnych w najbliższej rodzinie) oraz mechaniczne urazy mózgu, zatrucia toksyczne czy niektóre choroby wirusowe niebezpieczne dla o.u.n.

W procesach bezpośredniej komunikacji społecznej uczestniczą wszystkie zmysły, choć główny nacisk położony jest na wzrok, słuch, ewentualnie dotyk. W ramach późnego wieku senioralnego występują dwa okresy: wiek starczy oraz długowieczność. Większość osób niedowidzi lub niedosłyszy; w skrajnych przypadkach, które nie należą do rzadkości, nie widzi i nie słyszy oraz

<sup>6</sup> Stąd np. tzw. świetlice w szpitalach, domach opieki itd., w których umieszcza się seniorów przed ekranem telewizora, wpływają negatywnie na ich rehabilitację.

należy do grupy chorych leżących. Zakres ich doświadczeń sensomotorycznych jest ograniczony do minimum, co wpływa na przyspieszenie procesów neurodegeneracyjnych, ze śmiercią biologiczną włącznie.

Skazywanie mózgu na tego typu deprywację, także informacyjną, obniża aktywność biologiczną i psychologiczną organizmu i stanowi jedną z najbardziej okrutnych form (ukrytej) przemocy instytucjonalnej. Jak zauważył Antoni Kępiński, opisując zjawisko metabolizmu informacyjnego:

Przepływ informacji jest równie konieczny dla ustroju jak przepływ energii i przerwanie go grozi dezintegracją struktur czynnościowych, a w dalszej kolejności – struktur morfologicznych. Natężenie przepływu informacji stale oscyluje. (...) Nawet w czasie snu przepływ informacji istnieje w formie śladowej, mimo że dopływ informacji ze świata zewnętrznego zredukowany jest do minimum, za to bogatszy jest wówczas strumień informacji pochodzących z wnętrza ciała. Do stworzenia porządku czasowego, przestrzennego i przyczynowego konieczny jest kontakt z otaczającym światem. Porządek ten tworzy się we wspólnej przestrzeni. Nie jest to porządek wyłącznie jednostkowy, ale wytworzony wspólnym ludzkim wysiłkiem. Tworzy się on ze starcia własnych struktur czynnościowych ze strukturami innych ludzi. Tutaj można doszukać się zasadniczej różnicy między metabolizmem energetycznym a informacyjnym. Struktury czynnościowe metabolizmu energetycznego są wyłącznie własne, wprowadzenie obcej struktury wywołuje gwałtowną i nieraz śmiertelną reakcję (szok anafilaktyczny). Natomiast struktury czynnościowe metabolizmu informacyjnego są wspólne, gdyż maksymalne ich natężenie występuje we wspólnej przestrzeni (Kępiński 1977: 26).

Interakcja i komunikacja międzyludzka są więc zagadnieniem priorytetowym, także w procesie konstruowania wewnętrznego umiejscowienia siebie w czasie, przestrzeni, w kontekście, a w rezultacie budowania, konstruowania własnej tożsamości, ciągłości poczucia „ja”. Osoby w wieku senioralnym cierpią z powodu deficytów utrudniających tworzenie i odbiór komunikatów. Nierzadko rozpadowi, wskutek zmian organicznych, chorób psychicznych, neurologicznych i neurodegeneracyjnych (np. demencja starcza, afazja, schizofazja), ulega system językowy na podstawowym poziomie, co wymaga zintensyfikowanej pracy/terapii logopedycznej oraz konsultacji psychologicznej. Jak pisze Stanisław Grabias: „Procedurą logopedyczną [w tym przypadku – A.O.] jest stabilizowanie rozpadu, a niekiedy odbudowa wszystkich typów kompetencji i usprawnianie realizacji” (Grabias 2014: 56). Przy wyborze materiału do ćwiczenia należy wziąć pod uwagę przede wszystkim możliwości

i potrzeby seniorów. Dla przykładu, jeśli chodzi o tematykę (obszar wykorzystywanych w ćwiczeniach pól semantycznych), to należy ograniczyć się do tych, które obejmują „świat życia” seniora (fizyczny, społeczny, emocjonalny, imaginatywny). Jeśli chodzi natomiast o możliwości, to obok dysfunkcji i zaburzeń poznawczych należy wziąć pod uwagę kompetencje kulturowe seniora, poziom jego kompetencji komunikacyjnych, które wyrażają się m.in. w umiejętności odczytywania kierowanych do niego sygnałów niewerbalnych.

Przy tworzeniu projektów ćwiczeń wspomagających komunikację należy wziąć pod uwagę czas wystąpienia dysfunkcji słuchowej lub/i wzrokowej, miejsce i stopień uszkodzenia receptora oraz obserwowane strategie kompensacyjne. Istotne są także dane z wywiadu z członkami rodziny lub osobami sprawującymi opiekę, które mają na co dzień kontakt z seniorem. Informacje te odgrywają kluczową rolę podczas projektowania, zakotwiczenia w czasie i wdrażania określonych aktywności z obszaru komunikacji niewerbalnej.

W okresie senioralnym w istotnym stopniu spada sprawność psychomotoryczna człowieka, w tym sprawność ruchowa, sprawność w codziennym życiu (samoobsługa oraz wykonywanie prac we własnym gospodarstwie domowym) oraz sprawność w zakresie komunikowania się z otoczeniem. Ta ostatnia w dużym stopniu jest powiązana z obniżeniem jakości funkcjonowania narządów zmysłu oraz efektywności, wydolności innych procesów poznawczych. Należą do nich: pamięć, myślenie, percepcja bodźców (wzrokowych, słuchowych, smakowych, taktylnych, węchowych). To z kolei pozbawia mózg możliwości pełnego doświadczania świata, w tym kontaktów społecznych.

Jak pokazują badania, blisko 1/3 osób powyżej 65. roku życia cierpi na zaburzenia wzroku, do których należą: obniżenie zdolności akomodacji, utrata ostrości i w efekcie – niedowidzenie starcze; podnosi się u nich próg widzenia oraz słabnie metabolizm w komórkach receptorowych; zmniejsza się szybkość przystosowania do słabego światła oraz odzyskiwania widzenia po oślepiającym świetle, zmniejsza się zdolność identyfikacji kolorów nienależących do żółtego krańca widma, wydłuża czas przetwarzania i identyfikacji bodźców wzrokowych, z kolei rozmiar pola widzenia (w tym widzenia peryferycznego) zmniejsza się. Do utraty widzenia przyczyniają się także takie choroby, jak: jaskra, katarakta, zwyrodnienie płamki żółtej, retinopatia cukrzycowa (Stuart-Hamilton 2006). Poważnym problemem w komunikacji z otoczeniem są także deficyty słuchu, choć nadal nie wiadomo, który z czynników – wiek chronologiczny czy środowisko życia – odgrywa w tym przypadku rolę decydującą. Niezależnie jednak od rozstrzygnięcia tej kwestii u seniorów obserwujemy: zmiany w uchu środkowym (np. sztywnienie młoteczka, kowadełka i strzemiączka);

zmiany w uchu wewnętrznym (utrata komórek w receptorach odpowiedzialnych za dźwięki o wysokiej częstotliwości), spadek wydolności nerwu słuchowego, który łączy ucho wewnętrzne z mózgiem. Osoby starsze często cierpią na niedosłyszenie starcze, efekty zjawiska podkręcenia głośności, szum w uszach. W kontekście procesów komunikacji z otoczeniem szczególnie uprzykrzające jest pierwsze z wymienionych. Jak pisze I. Stuart-Hamilton: „Niedosłyszenie starcze stanowi poważny problem niezależnie od tego, co jest jego faktyczną przyczyną. Na przykład zdolność zlokalizowania źródła dźwięku (...) jest osłabiona. Podobnie utrata zdolności słyszenia wysokich dźwięków tłumi odbiór świata, co oczywiście prowadzi do poważnych konsekwencji. Dźwięki mowy składają się z wysokich i niskich częstotliwości, ale zwykle za sprawą wysokich częstotliwości odróżniamy je od siebie (ta reguła szczególnie odnosi się do identyfikacji samogłosek). Tym samym niedosłyszenie starcze utrudnia rozumienie mowy” (2006: 30–31).

Współpraca receptorów słuchu i wzroku oraz powiązanych z nimi dróg neuronalnych i korowych ośrodków przetwarzania informacji wpływa m.in. na: (a) umiejętność lokalizowania bodźców oraz ich różnicowania, w tym także identyfikowania ich statusu<sup>7</sup>; (b) określanie położenia obiektów w przestrzeni oraz odległości między nimi a oceniającym podmiotem; (c) tworzenie poznawczych reprezentacji map przestrzeni; (d) rozpoznawanie zależności czasoprzestrzennych na podstawie analizowania atrybutów otoczenia; (e) rozumienie intencji interlokutorów na podstawie sygnałów fonicznych (w tym komunikatów parajęzykowych) i sygnałów wizualnych (np. pozawerbalnych elementów komunikacji związanych z motoryką ciała i mimiką twarzy).

Z drugiej strony wiadomo, że komunikacja jest podstawowym fundamentem życia społecznego i osobistego, zarówno w formie inter-, jak i intrapersonalnej. Obniżenie sprawności funkcjonowania receptorów wzroku i słuchu w wydatny sposób potęguje izolację jednostki oraz dalszą degenerację jej potencjału psychofizycznego. Stan ten wpływa również na komunikację intrapersonalną, odpowiedzialną m.in. za: (a) poczucie tożsamości i ciągłości w czasie; (b) czasoprzestrzenne planowanie bieżących działań i ich realizacja w odniesieniu do sfery potrzeb; (c) nazywanie i rozumienie własnych emocji, postaw i zachowań w różnych kontekstach sytuacyjnych; (d) porządkowanie, nadawanie spójności uprzednim doświadczeniom życiowym w kontekście bieżących przeżyć i doświadczeń oraz tworzenie autonarracji; (e) rozumienie zachowań innych osób jako działań istot intencjonalnych itd.

<sup>7</sup> Przykładowo: bodźce z otoczenia są inaczej identyfikowane niż te pochodzące z mediów audiowizualnych (np. w odniesieniu do dźwięków).

Jedną z głównych koncepcji we współczesnej psychologii, która podejmuje zagadnienie komunikacji intrapersonalnej, jest teoria dialogowego Ja Huberta Hermansa. Odwołuje się ona do społecznego konstrukttywizmu Petera Bergera i Thomasa Luckmanna, założenia o wtórności myślenia wobec działania, mówienia i działania społecznego Lwa Wygotskiego oraz podziału na podmiot poznający i poznawany Williama Jamesa. W teorii Hermansa akcentuje się polifoniczny charakter struktury Ja, nad którym panuje Ja podmiotowe. Rozdziela ono poszczególne pozycje podmiotowe prawo do zabierania „głosu” w różnych sytuacjach społecznych i z uwagi na ich hierarchię. Polifoniczność i polipsychizm struktury Ja oddają procesy wewnętrznej dynamiki psychicznej możliwej do całościowego objęcia przez podmiot niejako „z góry”, z perspektywy metapozycji. Złożoność struktury Ja oraz jej polifoniczny charakter jest wynikiem procesów socjalizacji, w ich wyniku jednostka niejako „uwewnętrznia” logikę procesów komunikacji interpersonalnej, która jest obecna w koalicjach, konfliktach, negocjacjach czy mediacjach.

Brak komunikacji społecznej upośledza również działanie mechanizmów adaptacyjnych i kompensacyjnych, które odgrywają szczególną rolę w okresie senioralnym, w tzw. praktykach życia codziennego. Zachowania językowo-komunikacyjne w sposób zasadniczy powiązane są również z innymi procesami poznawczymi, jak pamięć i zapamiętywanie, myślenie, podejmowanie decyzji. Obniżenie sprawności działania tych procesów oraz powiązanych z nimi struktur o.u.n. rzutuje na jakość wspomnianych zachowań. Przedmiotem zainteresowania gerontologopedii są nie tylko kwestie związane ze wspomaganiem sprawności językowych i komunikacyjnych seniorów. Obejmuje ona także tematykę rozwijania związanych z tym kompetencji u ich opiekunów oraz profesjonalnych terapeutów.

Współcześnie zadaniem gerontologopedii jest zarówno diagnozowanie, opracowanie i wdrażanie skutecznych metod postępowania terapeutycznego, jak i edukowanie w tym zakresie innych. Działania edukacyjne o takiej tematyce dzielą się na dwa podstawowe typy: (a) edukacja szerokiego spektrum oraz (b) edukacja sprofilowana do potrzeb konkretnego odbiorcy. W pierwszym przypadku chodzi o opracowanie ogólnego programu edukacji prosenioralnej, w którym specjalne miejsce zajmowałaby logopedia gerontologiczna. Mówimy tutaj o edukacji szerokiego spektrum, gdyż działania takie powinny być adresowane do zróżnicowanego (pod względem statusu, płci, wykształcenia itd.) kręgu społecznego. Problem starości i starzenia się organizmu dotyczy wszak każdego człowieka i jego bliskich. Tworzenie zaś fundamentu dla efektywnej komunikacji międzygeneracyjnej jest warunkiem integracji i wrażliwości spo-



łecznej oraz budowania społeczeństwa obywatelskiego bazującego na humanistycznych wartościach, w tym poszanowaniu godności człowieka.

Edukacja prosenioralna jest ponadto wpisana w dwie idee: „edukowania do starości” oraz „edukowania dla starości”. Pierwsza z tych idei zakłada formę działań profilaktycznych o charakterze uniwersalnym. Chodzi o edukację społeczną odnoszącą się do mechanizmów procesu starzenia się organizmu oraz jego wpływu na sprawności językowe i komunikacyjne oraz społeczne. Celem takich działań jest nauczenie ludzi w różnym wieku, jak mogą sami, niejako na własny użytek, niwelować negatywne skutki procesów inwolucji, które obserwują w swoim organizmie. „Edukowanie dla starości” koncentruje się z kolei na budowaniu dialogu międzygeneracyjnego, który bazuje na konkretnej wiedzy, kompetencjach i umiejętnościach wspierania ludzi starszych w procesach komunikacji społecznej. Ten rodzaj działalności prawdopodobnie sprzyja również ograniczeniu jawnych i ukrytych form przemocy wobec seniorów. Niektóre z nich wynikają bowiem z bezsilności opiekunów, którzy, nie wiedząc jak efektywnie pracować z podopiecznym, doświadczają depresji, poczucia frustracji, a w przypadku pracowników wielu instytucji – wypalenia zawodowego. W tym przypadku edukacja prowadzona przez gerontologopedów może przyjmować także formę aktywności docelowych, przeznaczonych dla opiekunów osób starszych w środowisku domowym oraz pracowników takich instytucji jak szpitale czy domy opieki. Brak wiedzy i kompetencji opiekunów w tym zakresie sprawia, iż bagatelizują oni rolę języka i komunikacji w podtrzymywaniu dobrostanu psychofizycznego seniorów. A w związku z tym nie dostrzegają związków między sprawnością poznawczą czy ruchową a sprawnościami językowymi i komunikacyjnymi u swoich podopiecznych.

W przypadku tzw. pierwotnego procesu starzenia się wdrażane jest odpowiednie postępowanie logopedyczne względem osób starzejących się stopniowo i naturalnie. Chodzi tu głównie o długie zachowanie możliwości efektywnego komunikowania się z otoczeniem. W tzw. wtórnym procesie starzenia się na poziom owych sprawności wpływają dodatkowo inne czynniki (poza wiekiem), które przyśpieszają inwolucje w tym zakresie. Należą do nich głównie choroby, urazy mechaniczne oraz bardzo niekorzystne warunki życia (w sensie ekonomicznym i społecznym).

Z przeprowadzonych w tym kontekście analiz własnych wynika, że działania służące wspomaganie sprawności językowych i komunikacyjnych powinny mieć charakter spersonalizowany i zindywidualizowany, tzn. dostosowany do potrzeb konkretnego człowieka oraz prowadzony w diadzie terapeuta–pacjent. Z uwagi na obniżającą się sprawność procesów kognitywnych, głównie możli-



wości koncentracji na zadaniu oraz pamięci operacyjnej, ważne jest, aby wyeliminować w trakcie wszelkie dystraktory. Dlatego też nie można takich ćwiczeń prowadzić w grupie osób starszych, nawet w sytuacji, gdy wszystkie te osoby zalicza się formalnie do grupy seniorów starzejących się fizjologicznie. Trzeba również pamiętać, że wiek biologiczny nie odpowiada często wiekowi rozwojowemu, a w związku z tym nie można automatycznie, bez wstępnej diagnozy, przystępować do wdrażania a priori określonych metod terapii.

Ważnym argumentem w dyskusji: terapia indywidualna/terapia grupowa jest również – znane w psychologii społecznej – zjawisko próżniactwa w grupie. Polega ono na tym, iż niektóre osoby właśnie w grupie nie pracują tak efektywnie, jak by teoretycznie mogły, dlatego że „ukrywają” się za plecami tzw. liderów, czyli seniorów, którzy przyjmują w trakcie takiej terapii rolę dominującą lub celowo zachowują się tak, by pozostawać nieustannie w polu uwagi terapeuty.

Opracowanie planu terapii powinna każdorazowo poprzedzać wnikliwa analiza kompetencji językowych i komunikacyjnych seniora. Warto w tym kontekście zwrócić uwagę na:

- a) w odniesieniu do dialogu:
  - umiejętność wchodzenia w dialog z terapeutą, który jest inicjowany przez tego ostatniego;
  - aktywne inicjowanie konwersacji oraz jej podtrzymywanie;
  - umiejętność uwzględniania w pytaniach i wypowiedziach perspektywy interlokutora; oddzielanie tych dwóch perspektyw oglądu zjawisk będących przedmiotem rozmowy: perspektywy własnej i cudzej – samodzielnie, z pomocą terapeuty;
  - proporcja dialogów realnych, które służą rzeczywistej wymianie informacji na określony temat, do dialogów pozornych, które polegają (po stronie seniora) na wypowiedaniu zdań „obok” toczącej się rozmowy.
- b) w odniesieniu do bardziej złożonych narracji na zadany przez terapeutę temat:
  - czy senior „trzyma się” zadanego tematu; czy narracja jest spójna, przejrzysta, zakotwiczona w określonym czasie i przestrzeni?; czy dotyczy rzeczywistości zewnętrznej, czy relacji ze światem odczuć wewnętrznych?; czy fakty, które się w niej pojawiają, są zgodne z rzeczywistością?; czy pojawiają się w tych opowieściach osoby trzecie i czy ich tożsamość jest stała i wyraźnie określona, czy też zmienia się w trakcie konstruowania opowieści?;
  - czy w trakcie tworzenia narracji występuje spójność między fazą planowania wypowiedzi a jej realizacją?; czy pojawiają się metakomentarze

dotyczące własnych wypowiedzi, które wskazują na obszary deficytów językowych?; czy senior podejmuje w takim przypadku próbę autokorekty własnej wypowiedzi?; czy jest ona skuteczna?; czy w kolejnych wypowiedziach powiela te same błędy (błędy odnoszące się systematycznie do określonego podsystemu języka i inne, np. błędy rzeczowe)?;

- czy w narracji dają się zauważyć deficyty w poszczególnych podsystemach językowych (fonologicznym, morfologicznym, składniowym, leksykalno-semantycznym)?;
  - czy zauważa się umiejętność wykorzystywania mediów zewnętrznych (fotografii, prasy, literatury, filmów) jako elementów wspomagających budowanie narracji w trójkącie odniesieniowym: senior – terapeuta – przekaz?; czy senior wiąże własne doświadczenie z wybranym przekazem zastanym w przestrzeni kultury?; czy związki te postrzega adekwatnie (np. analogie między swoim życiem a losem fikcyjnego bohatera)?;
  - czy samodzielnie rozumie odczytywane, słuchane lub oglądane narracje (np. artykuły prasowe, audycje radiowe, filmy, programy telewizyjne)?; czy potrafi dokonywać ich syntezy, streszczenia?; czy umie odpowiedzieć na pytania szczegółowe, analityczne, dotyczące ich treści?
- c) komunikacji niewerbalnej:
- umiejętność dekodowania i wykorzystywania elementów komunikacji niewerbalnej;
  - sprawność w zakresie uczenia się odczytywania wspomagających form komunikacji bazujących na kodach pozajęzykowych (np. gestach, pantomimie);
  - umiejętność odczytywania komunikatów niewerbalnych u bohaterów przekazów medialnych.

Ważnym obszarem diagnozy jest także poziom funkcjonowania percepcyjnego (głównie wzrokowego i słuchowego) oraz ruchowego. W tym kontekście istotna jest dywersyfikacja źródeł informacji; pochodzą one zarówno z wywiadu, jak i obserwacji zachowań seniora w różnych kontekstach społecznych. Do tego celu można wykorzystać również istniejącą dokumentację medyczną oraz opinie specjalistów zajmujących się opieką senioralną, mając jednak na uwadze, że poziom funkcjonowania seniorów ulega nieustannej zmianie (czasem o charakterze ciągłym, czasem skokowym w zakresie różnych umiejętności i funkcji) oraz to, że metody wykorzystywane w diagnozie wpływają na rodzaj uzyskanych wyników. Z tym ostatnim spostrzeżeniem wiąże się również to, że każdy specjalista jest skoncentrowany na swojej domenie, dlatego sztuką diagnostyczną jest nie tylko powiązanie tych różnych cząstkowych opinii, ale

także stworzenie na ich podstawie możliwie kompleksowego obrazu sytuacji zdrowotnej pacjenta.

W odniesieniu do funkcji percepcyjnych przedmiotem są:

- ostrość i rozległość pola widzenia;
- dostrzeganie przedmiotów i osób oraz ich prawidłowa identyfikacja;
- reakcje orientacyjne na ruch oraz zmianę umiejscowienia obiektu w przestrzeni;
- szybkość reakcji na dwa pojawiające się po sobie bodźce wizualne oraz umiejętność przełączania uwagi między nimi według wskazań terapeuty;
- umiejętność klasyfikacji materiału tematycznego i atematycznego według instrukcji terapeuty; klasyfikacja według jednego kryterium, a w razie powodzenia – dwóch, trzech, które trzeba wziąć jednocześnie pod uwagę;
- wyszukiwanie detali różniących rysunki o tej samej treści;
- dostrzeganie zmian w mimice twarzy oraz gestykulacji i wtórne łączenie ich z przekazem określonych informacji;
- analiza i identyfikacja elementów na ekranach statycznych (np. zdjęcie w czasopiśmie, reklama w gazecie codziennej, plakat) oraz ekranach dynamicznych (np. fragment narracji filmowej, telewizyjnej);
- synteza obrazów tematycznych i atematycznych o różnym stopniu złożoności (obrazy rozcięte, układanki nie-puzzlowe o tematyce zgodnej z zainteresowaniami seniora).

W odniesieniu do funkcji audialnych istotnymi aspektami są:

- identyfikacja i lokalizacja dźwięków werbalnych i niewerbalnych w przestrzeni;
- odbiór i powtarzanie dźwięku niewerbalnego i „materiału” werbalnego;
- identyfikowanie i rozumienie materiału werbalnego z mediów (np. radia, telewizji);
- sprawność językowo-komunikacyjna w prowadzeniu konwersacji telefonicznej – zainicjowanej samodzielnie lub w odpowiedzi na inicjatywę osób trzecich;
- „krytyczne” słyszenie siebie oraz odnoszenie się do własnych błędów w poszczególnych subsystemach języka, ewentualnie umiejętność ich samokorygowania;
- umiejętność powtórzenia skorygowanego przez terapeutę: sylaby, wyrazu, zdania oraz przechowania prawidłowego wzorca fonetycznego w pamięci.

Niezwykle istotne jest również sprawdzenie, w jakim stopniu pomyślnie wypada koordynacja między systemem percepcji wzrokowej i słuchowej. W odniesieniu do tego zagadnienia proponuję, aby np. poprosić seniora o wskazanie lub podanie określonej rzeczy oraz napisanie ze słuchu listy wyrazów (np. przy tworzeniu listy zakupów). W odniesieniu do seniorów starzejących się fizjologicznie sugeruje się, aby wszelkie formy wspomagania sprawności językowych i komunikacyjnych przyjmowały formę „naturalnej” aktywności, wpisanej w kontekst codziennego życia.

W odniesieniu do sprawności fizycznej trzeba zwrócić uwagę na:

- poziom ogólnej samodzielności motorycznej seniora;
- umiejętność planowania i realizowania ruchu w przestrzeni (duża i mała motoryka);
- umiejętność chwytania, trzymania w ręku różnych przedmiotów;
- sprawność w zakresie wykonywania czynności precyzyjnych (cięcie, szycie, dopasowanie elementów o różnych gabarytach);
- celowe sięganie po przedmiot;
- naśladowanie gestów, innych elementów kinestetycznych interlokutora/ów.

Istotnym aspektem jest również diagnoza orientacji w czasie i przestrzeni, a więc w odniesieniu do dwóch podstawowych wymiarów, które organizują funkcjonowanie każdego człowieka. W odniesieniu do tego zagadnienia chodzi głównie o zbadanie umiejętności:

- określenia aktualnego czasu (dzień tygodnia, data dzienna, godzina) oraz swojego umiejscowienia (dom, adres);
- lokalizacji najważniejszych dla codziennego życia obiektów w przestrzeni (sklep, przychodnia, przystanek tramwajowy);
- planowania własnych działań w perspektywie bliższej i dalszej przyszłości;
- lokalizowania określonych wydarzeń (autobiograficznych, historycznych) w perspektywie bliższej i dalszej przeszłości;
- planowania trasy do pieszego przejścia z podaniem obiektów charakterystycznych mijanych po drodze;
- planowania trasy do pokonania z wykorzystaniem transportu publicznego z podaniem obiektów charakterystycznych mijanych po drodze;
- wykorzystania mediów zewnętrznych do wytyczania trasy (mapa, zdjęcia obiektów).

Wstępna diagnoza ulegać powinna pogłębieniu w trakcie pracy z seniorem. W stosowanych formach terapii należy wziąć pod uwagę zainteresowania osoby starszej, jej cechy osobowości oraz aktualny stan psychofizyczny i nastrój. Nie można tworzyć atmosfery przymusu, ale umiejętnie motywować seniora

do regularnych ćwiczeń, wykorzystując język korzyści, nie strat, oraz – w niektórych przypadkach – elementy tzw. dialogu motywującego.

Wskazane jest również, o ile pozwala na to sprawność motoryczna osoby starszej, prowadzenie terapii także poza codzienną przestrzenią jej życia. Pokonywaniu problemów językowo-komunikacyjnych, a więc rozszerzaniu się „przestrzeni kognitywnych” możliwości powinno towarzyszyć również realne rozszerzanie się rzeczywistej przestrzeni życia. Jest to także doskonała okazja do zauważenia przez seniora nowych zjawisk w otoczeniu, które mogą zmotywować go do refleksji i włączenia w codzienny dyskurs.

## Bibliografia

- Adams C. 1991, *Qualitative age differences in memory for text: a life span developmental perspective*, „Psychology and Aging”, 6(3), s. 323–336.
- Atchley R.C. 1989, *A continuity theory of normal aging*, „Gerontologist”, 29, s. 183–190.
- Ball K., Berch D.B., Helmers K.F. i in. 2002, *Effects of Cognitive Training Interventions With Older Adults: A Randomized Controlled Trial*, „The Journal of American Medical Association”, 288(18), s. 2271–2281.
- Ball K., Edwards J.D. Ross L.A. 2007, *The Impact of Speed of Processing Training on Cognitive and Everyday Functions*, „Journals of Gerontology. Series B: Psychological Sciences and Social Sciences”, 62, s. 19–31.
- Barański J. 2012, *Komunikowanie się z pacjentem w podeszłym wieku, zagadnienia*, [w:] *Porozumiewanie się lekarza z pacjentem i jego rodziną*, red. A. Steciwko, J. Barański, Wrocław, s. 94–103.
- Barsalou L. 1999, *Perceptual Symbol Systems*, „Behavioral nad Brain Sciences”, 22, s. 577–660.
- Barsalou L. 2009, *Simulation. Situated Conceptualization and Predictions*, „Philosophical Transactions of Royal Society B”, 364, s. 1281–1289.
- Bauer J. 2008, *Empatia. Co potrafią neurony lustrzane?*, Warszawa.
- Chabior A. 2000, *Rola aktywności kulturalno-społecznej w adaptacji do starości*, Kielce–Radom.
- Cichocka M. 1993, *Psychologiczne problemy starzenia się i starości*, [w:] *Zaburzenia psychiczne wieku podeszłego*, red. S. Krzemiński, Warszawa.
- Cybulski M. Krajewska-Kułak E., Waszkiewicz N., Kędziora-Kornatowska K. (red.) 2017, *Psychogeriatrya*, Warszawa.
- Czerniawska O. 2010, *Nowe drogi w andragogice i gerontologii*, Łódź.
- Daniluk B., Szepietowska E.M. 2005, *Ograniczenia i możliwości komunikacji językowej w demencji*, [w:] *Neurologopedia*, red. Z. Tarkowski, Lublin, s. 61–79.
- Dubas E. 2013, *Starość znana i nieznaną – wybrane refleksje nad współczesną starością*, „Rocznik Andragogiczny”, 20, s. 135–151.
- Dudek D. 2017, *Starzenie się mózgu i procesy neurodegeneracyjne. Zaburzenia psychoorganiczne*, [w:] *Psychogeriatrya*, red. M. Cybulski, E. Krajewska-Kułak, N. Waszkiewicz, K. Kędziora-Kornatowska, Warszawa, s. 17–30.

- Dzięgielewska M. 2006, *O pojęciu „całościowej pedagogiki osób starszych”*, [w:] *Zostawić ślad na ziemi*, red. M. Halicka, J. Halicki, Białystok, s. 199–209.
- Engle R.W., Sędek, G. von Hecker U., McIntosh D.N. (red.) 2006, *Ograniczenia poznawcze. Starzenie się i psychopatologia*, Warszawa.
- Erikson E.H. 2002, *Dopełniony cykl życia*, Poznań.
- Erikson E.H. 2004, *Tożsamość a cykl życia*, Poznań.
- Gawron N., Łojek E. 2014, *Różne oblicza starości. Badania neuropsychologiczne*, Warszawa, s. 15–38.
- Goffman E. 1983, *Człowiek w teatrze życia codziennego*, Warszawa.
- Gostyński M. 2010, *Epidemiologia otępienia, depresji, upadków oraz niedokrwienego udaru mózgu u osób w podeszłym wieku*, Kraków.
- Grabias S. 2014, *Teoria zaburzeń mowy. Perspektywy badań, typologie zaburzeń, procedury postępowania logopedycznego*, [w:] *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, red. S. Grabias, M. Kurkowski, Lublin, s. 15–71.
- Grabias S. 1994, *Język w zachowaniach społecznych*, Lublin.
- Hohol M., Wołoszyn-Hohol K. 2017, *Umysł ucieleśniony. Czyli jak?*, Dodatek „Wielkie Pytania #4: Umysł i ciało”, „Tygodnik Powszechny”, 7.
- Kuchcińska M. (red.) 2008, *Edukacja do i w starości*, Bydgoszcz.
- Malec M. (red.) 2011, *Edukacyjne, kulturowe i społeczne konteksty starości*, Wrocław.
- Kamiński A. 1978, *Wychowanie do starości jako czynnik adaptacji ludzi starszych do nowoczesnego społeczeństwa*, [w:] *Studia i szkice pedagogiczne*, red. A. Kamiński, Warszawa, s. 34–46.
- Kawula S. 2004, *Pedagogika społeczna wobec problemów człowieka starego*, [w:] *Pedagogika społeczna. Dokonania – aktualność – perspektywy*, red. S. Kawula, Toruń, s. 551–563.
- Keith R.W. 2004, *Zaburzenia procesów przetwarzania słuchowego*, „Otorinolaryngologia”, 3, s. 7–14.
- Keyers Ch. 2011, *Empatia. Jak odkrycie neuronów lustrzanych zmienia nasze rozumienie ludzkiej natury*, Kraków.
- Kępiński A. 1977, *Lęk*, Warszawa.
- Kielar-Turska M., Byczewska-Konieczny K. 2014, *Specyficzne właściwości posługiwania się językiem przez osoby w wieku senioralnym*, [w:] *Biomedyczne podstawy logopedii*, red. S. Milewski, J. Kuczowski, K. Kaczorowska-Bray, Gdańsk, s. 429–443.
- Krajewska M. 2014, *Neurologopedyczna diagnoza i terapia zaburzeń mowy w demencji*, „Nowa Logopedia”, 5, s. 189–206.
- Krajewska M. 2012, *Ograniczenia i możliwości językowe osób z demencją a osób starzejących się fizjologicznie – analiza porównawcza*, „Nowa Logopedia”, s. 469–484.
- Kurkowski Z.M. 2012, *Zaburzenia przetwarzania słuchowego*, [w:] *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, red. S. Grabias, Z.M. Kurkowski, Lublin, s. 117–128.
- Lisowska-Magdziarz M. 2012, *Feniksy, łabędzie, motyle. Media i kultura transformacji*, Kraków.
- Maciejewska A. 2015, *Stabilizowanie normy interakcyjnej u osób w podeszłym wieku*, [w:] *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*, red. S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak, Lublin, s. 1109–1124.
- Marchewka A. Dąbrowski Z., Żołądź J. 2012, *Fizjologia starzenia się. Profilaktyka i rehabilitacja*, Warszawa.

- Milewski S., Kaczorowska-Bray K. 2014, *Czy jest potrzebna „gerontologopedia”?*, „Nowa Logopedia”, 5, s. 13–26.
- Milewski S., Kaczorowska-Bray K. 2015, *Późna dorosłość jako przedmiot zainteresowania współczesnej logopedii – perspektywy badawcze*, [w:] *Metodologia badań logopedycznych z perspektywy teorii i praktyki*, red. S. Milewski, K. Kaczorowska-Bray, Gdańsk, s. 153–170.
- Minois G. 1995, *Historia starości. Od antyku do renesansu*, Warszawa.
- Mosakowska M., Więcek A., Błędowski P. (red.) 2012, *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, Poznań.
- Nelson T.D. (red.) 2004, *Ageism. Stereotyping and prejudice against older persons*, Cambridge.
- Niewiadomska G. 2006, *Starzenie się układu nerwowego*, [w:] *Mózg a zachowanie*, red. T. Górka, A. Grabowska, J. Zagrodzka, Warszawa, s. 544–566.
- Oleś P. Puchalska-Wasył M. (red.) 2011, *Dialog z samym sobą*, Warszawa.
- Pąchalska M. 1999, *Afajzjologia*, Warszawa.
- Pąchalska M. 2014, *Neuropsychologia kliniczna. Urazy mózgu. Procesy komunikacyjne i powrót do społeczeństwa*, Warszawa.
- Pinker S. 2016, *Efekt wioski. Jak kontakty twarzą w twarz mogą uczynić nas zdrowszymi, szczęśliwymi, mądrzejszymi*, Kraków.
- Polska Akademia Nauk, Komitet Prognoz „Polska 2000 Plus”. 2008, *Polska w obliczu starzenia się społeczeństwa. Diagnoza i program działania*, Warszawa.
- Rembowski J. 1984, *Psychologiczne problemy starzenia się człowieka*, Warszawa–Poznań.
- Sadowski B., Chmurzyński J.W. 1989, *Biologiczne mechanizmy zachowań*, Warszawa.
- Shusterman R. 2010, *Świadomość ciała. Dociekania z zakresu somaestetyki*, Kraków.
- Skoczek A. 2014, *Stary mędrzec na wygnaniu... – mowa osób dotkniętych chorobą Alzheimera*, „Nowa Logopedia”, 5, s. 207–224.
- Spitzer M. 2007, *Jak uczy się mózg*, Warszawa.
- Studen S., Marczuk M. 2006, *Starzenie się a satysfakcja z życia*, Lublin.
- Straś-Romanowska M. 2011, *Późna dorosłość*, [w:] *Psychologia rozwoju człowieka. Podręcznik akademicki*, red. J. Trempała, Warszawa, s. 326–350.
- Stuart Hamilton I. 2006, *Psychologia starzenia się*, Poznań.
- Susułowska M. 1989, *Psychologia starzenia się i starości*, Warszawa.
- Śniatkowski S. 2014, *Przetwarzanie semantyczne a zaburzenia komunikacji językowej u osób starszych*, „Nowa Logopedia”, 5, s. 67–76.
- Świątek A. 2007, *Specyficzne zjawiska komunikacyjne w wieku senioralnym*, „Sztuka Leczenia”, nr 1–2, s. 69–78.
- Szarota Z. (red.) 2011, *Aktywizacja, rozwój, integracja: ku niezależnej starości*, Kraków.
- Thokiński W. 1990, *Mowa ludzi u schyłku życia*, Warszawa.
- Thokiński W., Olszewski H. 2014, *Zaburzenia mowy związane z wiekiem*, [w:] *Biomedyczne podstawy logopedii*, red. S. Milewski, J. Kuczkowski, K. Kaczorowska-Bray, Gdańsk, s. 410–428.
- Tomasello M. 2002, *Kulturowe źródła ludzkiego poznawania*, Warszawa.
- Tomik J. 2014, *Fizjologia narządu słuchu u osób w wieku podeszłym*, „Nowa Logopedia”, 5, s. 97–106.
- Turner V. 2005, *Gry społeczne, pola i metafory. Symboliczne działanie w społeczeństwie*, Kraków.



Wilson M. 2002, *Six views of embodied cognition*, „Psychonomic Bulletin & Review”, 9(4), s. 625–639.

Wiśniewska H. 2005, *Sprawność językowa i komunikacyjna w historii dydaktyki polonistycznej (1950–2000)*, [w:] *Kształcenie sprawności językowej i komunikacyjnej*, red. Z. Uryga, M. Sienko, Kraków, s. 46–57.

Zajac-Lamparska L. 2011, *Wspomaganie funkcjonowania ludzi starzejących się*, [w:] *Psychologia rozwoju człowieka. Podręcznik akademicki*, red. J. Trempała, Warszawa, s. 419–431.

Zimbardo Ph., Boyd J. 2015, *Paradoks czasu*, Warszawa.

Zych A.A. 2007, *Leksykon gerontologii*, Kraków.

- Agnieszka Ogonowska  
Katedra Mediów i Badań Kulturowych IFP  
Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie