

Krzysztof Ozga*
Agnieszka Ozga**

Perswazja w dyskursie gerontologicznym – przeszkody i strategie w komunikacji z pacjentem geriatrycznym

*Czerwone, pełne pelargonie –
Mogłeś do woli je oglądać na balkonie;
Potem, by podejść do pięknych pelargonii
Konieczny był balkonik –
Też nie na długo, czas pomyka
I nie starczyło już oparcia balonika
I czterech jego metalowych nóżek –
Musiałeś przesiąść się na wózek...
A z wózka – niewielka to niedogodność dla dziadka
–
Ostatnia będzie już przesiadka,
I podczas krótkiej ceremonii
Znów znajdziesz się w pobliżu
Pięknych, czerwonych pelargonii.*

Zdzisław Muskat, *Czerwone pelargonie*, 30.06.2004
(tomik: *Znaki pamięci*, Kraków 2005)

* Dr, Instytut Filologii Wschodniosłowiańskiej, Uniwersytet Jagielloński, e-mail: kozga.uj@gmail.com.

** Lek. med., specjalista chorób wewnętrznych, specjalista geriatra, Szpital Zakonu Bonifratrów w Krakowie, ul. Trynitaraska 11, 31-061 Kraków; ZOL Serdeczna Troska, ul. Rzepakowa 5a, 31-989 Kraków, e-mail: agnieszka.ozga75@gmail.com.

Dyskurs gerontologiczny – wprowadzenie do zagadnienia

W ostatnich latach osoby starsze stoją w centrum uwagi różnych nauk – medycyny, socjologii, antropologii, pedagogiki czy psychologii. W zależności od tego, która z dziedzin studiuje życie seniorów, różnie określana jest jej subdyscyplina. Całościowym spojrzeniem na osobę starszą zajmuje się **gerontologia**¹, będąca interdyscyplinarną nauką o procesach starzenia się. **Gerontologia kliniczna** „zajmuje się człowiekiem starzejącym się jako jednostką, dokonując jego kompleksowej oceny”². Z kolei jej subdyscyplina – **geriatria** – to nauka, której przedmiot stanowi osoba starsza z perspektywy prewencji, leczenia, rehabilitacji, dyspanseuryzacji itd.³ Bardzo ważnym jej działem z perspektywy niniejszego artykułu jest **psychogeriatrya**, czyli psychiatria geriatryczna⁴, bowiem zaburzenia psychiczne, zaburzenia pamięci i funkcji poznawczych w istotny sposób determinują komunikację z osobami starszymi, które z ich powodu cierpią.

W nieco innym świetle bada seniora pedagogika. Jej specjalnym działem jest **geragogika (gerontogogika)**, która analizuje osobę starszą ze względu na jej potrzeby w zakresie edukacji, wychowania, doradztwa oraz opieki⁵. W centrum **geragogiki społecznej**, będącej jednym z ważnych działów pracy socjalnej, stoi wzrost i osobisty rozwój osób starszych w aspekcie socjalizacji oraz czynników społecznych, które wobec tożsamości w trzecim wieku spełniają funkcje wspomagające⁶.

Niezależnie od dywersyfikacji punktów widzenia obecnych w wymienionych dziedzinach naukowych, z naszej perspektywy istotne jest to, co je łączy, a mianowicie przedmiot badania. Każda z owych dziedzin pokazuje seniora w innym świetle, każda z nich pozwala zauważyć inne czynniki istotne w kontakcie z oso-

1 W ramach gerontologii istnieje wiele dziedzin, które zajmują się różnymi aspektami funkcjonowania seniorów, zarówno w teorii, jak i w praktyce, np. tzw. gerontologia kreatywna, badająca terapeutyczny wymiar aktywności twórczej osób starszych (A. Stefańska, M. Szabelska-Holeksa, *Gerontologia kreatywna – terapeutyczny wymiar aktywności twórczej w kolejnej fazie ludzkiego życia*, [w:] *Indywidualne aspekty starzenia się. Między możliwościami a ograniczeniami*, red. A. Stogowski, S. Dzięgielewska-Gęsiak, Poznań 2013, s. 155–165). Więcej na temat zadań gerontologii w: K. Sygit, M. Sygit, *Gerontologia jako nauka*, [w:] *Zarys gerontologii*, red. K. Sygit, Szczecin 2008, s. 9–15.

2 E. Kucharska, I. Kamanová, *Senior – gerontologia i praca socjalna*, Kraków 2015, s. 49.

3 Tamże.

4 T. Sobów, *Praktyczna psychogeriatrya. Rozpoznawanie i postępowanie w zaburzeniach psychicznych u chorych w wieku podeszłym*, Wrocław 2010.

5 M. Dzięgielewska, *O pojęciu „całkowitej pedagogiki osób starszych”*, [w:] *Zostawić ślad na ziemi*, red. M. Halicka, J. Halicki, Białystok 2006, s. 200–201.

6 L. Veelken, *Neues Lernen im Alter: Bildungs- und Kulturarbeit mit „Jungen Alten”*, Heidelberg 1990, s. 48–49.

bą starszą: leczenie, opiekę, edukację, wychowanie, terapię czy socjalizację, które determinują przestrzeń, w jakiej porusza się senior obcujący z otoczeniem (nie tylko najbliższą rodziną, ale także lekarzami, rehabilitantami, pracownikami socjalnymi itd.) i borykający się z przeszkodami w codziennym funkcjonowaniu (schorzeniami, zaburzeniami pamięci i funkcji poznawczych, samotnością itp.). Wszystkie te czynniki warunkują dyskurs, w którym osoby starsze uczestniczą. **Dyskurs gerontologiczny** będziemy zatem rozumieli jako całokształt wypowiedzi osób starszych oraz wypowiedzi kierowanych do osób starszych wraz z sytuacją komunikacyjną, w której są one wypowiedzane, oraz czynnikami, które determinują ich zakres tematyczny.

W niniejszym artykule przedstawiamy analizę jednego z aspektów owego dyskursu, wynikającego z kontaktów osób starszych z lekarzem geriatrą. Ramą/skryptem⁷ jest struktura wizyty geriatrycznej, podczas której oprócz badania, lekarz przeprowadza szczegółowy wywiad z pacjentem oraz dokonuje oceny stanu zdrowia, stanu czynnościowego i psychicznego pacjenta, uwzględniając warunki socjalno-środowiskowe. Nie opisujemy tej struktury w całości, lecz koncentrujemy się na wybranych fasetach dyskursu dyktowanych ową ramą. Materiałem badawczym są wypowiedzi lekarza kierowane do osoby starszej podczas wizyty używane w trakcie praktyki własnej. Reakcje werbalne pacjentów nie stanowią przedmiotu opisu, przy czym skuteczność perswazyjna wypowiedzi lekarza mierzona jest przewidywanym na podstawie doświadczenia zawodowego efektem perlokucyjnym zarówno w zakresie wydobywania informacji od pacjenta, jak i skłonienia go do podjęcia odpowiedniego leczenia/postępowania. Dodatkowo przeanalizujemy z perspektywy perswazji koncepcję *spaced retrieval*, której zastosowanie warunkowane jest sytuacją opieki nad pacjentem w dłuższym czasie – może być ona stosowana przez personel medyczny na oddziale geriatrycznym, oddziale opieki długoterminowej czy w domu przez rodzinę seniora.

W literaturze przedmiotu – zarówno medycznej, jak i pedagogicznej czy z zakresu pracy socjalnej – dyskusja na temat realnej komunikacji z osobą starszą jest śladowa. O ile w przypadku prac z zakresu medycyny jest to zrozumiałe, bowiem stawiają sobie one z założenia inne cele, o tyle od autorów monografii i artykułów z zakresu pracy socjalnej i pedagogiki czytelnik oczekiwałby czy instruktażu, czy analizy komunikacji z osobą starszą, bowiem opieka, wychowanie i edukacja dokonują się przede wszystkim poprzez język⁸. Na gruncie polskim wartościowe

7 Koncepcje Marvinina Minsky'ego oraz Rogera Shanka i Roberta Abelsona. Por. M. Minsky, *A Framework for Representing Knowledge*, [w:] *Readings in Knowledge Representation*, red. R.J. Brachman, H.J. Levesque, San Mateo, CA 1985, s. 211-277; R. Schank, R. Abelson, *Scripts, Plans, Goals and Understanding. An Inquiry into Human Knowledge Structures*, Hillsdale, NJ 1977.

8 Wśród prac z zakresu pracy socjalnej można sporadycznie znaleźć badania ankietowe, które w formie bardzo ograniczonej analizują wypowiedzi osób starszych, np. A. Kieszkowska

z naszej perspektywy są dwie prace zwarte. Pierwsza z nich to monografia Ewy Kucharskiej i Ireny Kamanovej *Senior – gerontologia i praca socjalna*, zawierająca podrozdział o komunikacji z pacjentem chorym na Alzheimera w formie instruktażu. Nie znajdujemy w niej co prawda analizy komunikacji z pacjentem, niemniej jednak autorki pracy wskazują na przeszkody w komunikacji związane z chorobą Alzheimera oraz fazy komunikacji w postępowaniu tej choroby⁹, a także opisują typy zachowań komunikacyjnych zalecanych w kontakcie z pacjentami demen-tywnymi. Drugą pozycją jest, napisana w formie popularnonaukowej, książka Tomasza Sobierajskiego *33 czytanki o komunikacji, czyli jak być dobrym lekarzem i nie zwariować*. Nie traktuje ona o komunikacji z pacjentem geriatrycznym, zawiera jednakże opis skutecznych zachowań werbalnych w komunikacji lekarza z pacjentem i odwołuje się do metody porozumienia w oparciu o wzajemny szacunek i empatię, które stanowią jedne z fundamentalnych zasad w komunikacji z osobą starszą nie tylko w gabinecie lekarskim.

Charakterystyka pacjenta geriatrycznego

Aby określić precyzyjnie zakres dyskursu gerontologicznego, należy wskazać na kryteria kwalifikacji osoby do grupy osób starszych. W medycynie przyjęta jest zasada, że do poradni geriatrycznej może zarejestrować się osoba w wieku minimum 60 lat¹⁰. Zarówno w źródłach medycznych, jak i w pedagogice „trzeciego wieku” najczęściej spotykamy się z klasyfikacją osób starszych na trzy grupy według wieku kalendarzowego: 60–74 lat – *young old* (wczesna starość), 75–89 lat – *old old* (późna starość) oraz powyżej 90 lat – *longlife* (sędziwi)¹¹, zatem widzimy, że samo pojęcie starości jest dość szerokie. Specjaliści w zakresie psychologii i geragogi-

zestawia wybrane odpowiedzi na pytania kierowane do seniorów za pośrednictwem ankiety (typu: „Jakie rady mógłby Pan (Pani) przekazać ludziom wstępującym w ten okres życia?”) – A. Kieszowska, *Potrzeby ludzi starzejących się i starych na przykładzie Uniwersytetu Trzeciego Wieku, Domów Rodzinnych i Państwowego Domu Pomocy Społecznej w Kielcach*, [w:] „Trzeci wiek”. Szanse – możliwości – ograniczenia, red. A.M. de Tchorzewski, A. Chrapkowska-Zielińska, Bydgoszcz 2000, s. 132–141.

⁹ Autorki korzystają z artykułu Huuba Buijssena, który wyróżnia fazę nadzoru (senior zaczyna używać tzw. pustych słów, np. *ktos, coś, tak, oni, to*), fazę potrzeby opieki (senior przestaje rozumieć konkretne pojęcia typu *krzesło, prysznic, łóżko*) oraz fazę opieki pielęgniarzkiej (senior reaguje już tylko na impulsy fizyczne); H. Buijssen, *Aktivizácia ako forma prevencie deprivácie seniorov*, [w:] *Sociálna a ekonomická integrácia a dezintegrácia v bezpečnosti jedinca a spoločnosti*, red. M. Tokovská, Bratislava 2011, s. 293–296.

¹⁰ Według WHO (World Health Organization).

¹¹ W. Pędich, *Ludzie starzy*, Warszawa 1996, s. 5–6. Por. klasyfikacja K. Sygit i M. Sygita: wiek podeszły (60–75 lat), wiek starczy (75–90 lat), wiek sędziwy (powyżej 90 lat) – K. Sygit, M. Sygit, dz. cyt., s. 11.

ki wprowadzają dodatkowo typologie postaw wobec starości i przystosowania do niej, wyróżniając pięć typów:

- 1) postawa **konstruktywna** – przyjaźnie nastawiony do innych, akceptujący siebie i w miarę możliwości aktywny;
- 2) postawa **zależności** – czuje się dobrze głównie w środowisku rodzinnym;
- 3) postawa aktywna, lecz **obronna** – nie lubi bezczynności, koniec życia „zagłusza” aktywnościami;
- 4) postawa **wrogości** – niezadowolony ze swych kontaktów z innymi (np. nie chce rezygnować z pracy), w starości dostrzega głównie klęskę;
- 5) postawa **pasywności** – w stosunku do życia, siebie; brak optymizmu i chęci do życia, traktuje śmierć jako wyzwolenie samego siebie od cierpienia¹².

W kontekście tych postaw Stanisław Kawula wypracował pięć strategii pedagogicznych, jakimi jego zdaniem mogą kierować się osoby starsze:

- 1) **Dodaje życia do lat**, ale zgodnie z przynależnymi mu lub przyjętymi w danym kręgu kulturowym rolami. Może np. zaplanować podróż do Nowej Zelandii, opłacać dwa języki obce, Internet czy komputer, założyć zakochanie się, poszerzenie grona wnucząt (*sic!*). Natomiast ograniczyć jedzenie na rzecz ruchu, a funkcje i stanowiska na rzecz młodych.
- 2) **Zręczliwy starzec**, pouczający innych, bo jest mądry, doświadczony. Głosi katastroficzne przepowiednie, opowiada przebrzmiałe dowcipy, np. o seksie.
- 3) Osobnik o **niespełnionych planach i aspiracjach**, obwinia innych lub okoliczności za swoje niepowodzenia. Stosuje ogląd „od tyłu”; pisze pamiętniki, podkreśla swe zasługi; kolekcjonuje odznaczenia.
- 4) **Hipochondryk**, niemal zawsze opowiada o przebytych chorobach i dramatycznych przeżyciach (także domniemanych). Oczekuje współczucia od innych.
- 5) Styl życia oparty na **regresywnie** pojętych rolach społecznych – typ „fircyka”¹³.

W naszym odczuciu typologia owych strategii nacechowana jest aksjologicznie i naznaczona sporą dozą potoczności. Co prawda, w praktyce komunikacji ludzie przejawiają tendencje do subiektywnego oceniania swoich interlokutorów i wchodzenia w odmienną ścieżkę dyskursu na podstawie owych odczuć, jednak w typie dyskursu gerontologicznego należy podchodzić do tej cechy torowania komunikacji bardzo ostrożnie. Ocena seniora-interlokutora w odniesieniu do cytowanego

¹² D.B. Bromley, *Psychologia starzenia*, przeł. Z. Zakrzewska, Warszawa 1969, s. 132, cyt. za: S. Kawula, *Dodawanie życia do lat jako strategia pedagogiki „trzeciego wieku”*, [w:] „Trzeci wiek”. Szanse – możliwości – ograniczenia, s. 34. Por. K. Sygit, M. Sygit, dz. cyt., s. 13.

¹³ S. Kawula, dz. cyt., s. 34.

powyżej kryterium może być bardzo niesprawiedliwa i nieuzasadniona, bowiem zachowanie zarówno werbalne, jak i niewerbalne osób starszych może być niejednokrotnie determinowane zmianami organicznymi w mózgu. Osoby ze zmianami zwyrodnieniowymi w zakresie płata czołowego będą ujawniały zaburzenia zachowania typu: nieprzestrzeganie norm społecznych (związane z utratą umiejętności hamowania swoich zachowań) bez możliwości wglądu. Zatem na pewne zachowania osoby starsze mogą nie mieć wpływu lub wpływ ten jest bardzo znikomy¹⁴.

W ocenie seniora zdecydowanie bardziej pożądane są klasyfikacje medyczne, których dokonuje się w oparciu o tzw. wiek biologiczny (umożliwia porównanie zaawansowania starości osobniczej na podstawie parametrów biologicznych, które nie podlegają istotnym zmianom pod wpływem treningów i ćwiczeń rehabilitacyjnych) i wiek czynnościowy (sprawnościowy – dokonywany w oparciu o porównanie między sobą poszczególnych osób i „norm fizjologicznych” ujętych w odpowiednich tabelach)¹⁵. Stan psychofizyczny seniora określany jest za pomocą skal geriatrycznych i testów, m.in. ADL – Skala Oceny Podstawowych Czynności Życia Codziennego (*Activities of Daily Living*, Katz), IADL – Skala Oceny Złożonych Czynności Życia Codziennego (*Instrumental Activities Of Daily Living*, Lawton), Mini Mental – Krótka Skala Oceny Stanu Psychicznego (*Mini-Mental State Examination*), test MoCA – Montrealski Test do Oceny Funkcji Poznawczych (*Montreal Cognitive Assessment*), test zegara (do oceny sprawności poznawczej), Geriatryczna Skala Oceny Depresji¹⁶. Pozwalają one w sposób bardziej wiarygodny ocenić stan pacjenta geriatrycznego, zrozumieć jego potrzeby i zgodnie z tym wyprofilować dyskurs, w którym porusza się senior.

W większości przypadków także miejsce kontaktu z pacjentem – poradnia geriatryczna lub oddział opieki długoterminowej (ZOP, ZOL) – determinują naszą ocenę seniora, gdyż niejednokrotnie w pierwszym przypadku będziemy mieli do czynienia z pacjentem w lepszym kontakcie logiczno-słownym, a w drugim – z pacjentem w gorszym kontakcie werbalnym lub bez kontaktu werbalnego.

Przeszkody w komunikacji z osobą starszą

Praktyka pokazuje, że do zakłóceń w komunikacji z seniorem najczęściej dochodzi w wyniku czynników, do których należą:

- 1) niezrozumienie zachowań seniorów, naiwny obraz typów osobowości osoby starszej (*vide* wyżej omówione typologie i strategie);

¹⁴ A. Wysokiński, W. Gruszczyński, *Współczesne koncepcje diagnostyczne, kliniczne i terapeutyczne otępienia czołowo-skroniowego*, „Psychiatria Polska” 2008, t. 42, nr 3, s. 365–376.

¹⁵ J. Kocemba, *Starzenie się człowieka*, [w:] *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej*, red. T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska, Gdańsk 2006, s. 7.

¹⁶ M. Fedyk-Łukasik, *Całościowa Ocena Geriatryczna w codziennej praktyce geriatrycznej i opiekuńczej*, „Geriatrya i Opieka Długoterminowa” 2015, nr 1, s. 1–5.

- 2) stereotypy – Ilona Grzeszek zwraca uwagę na negatywne skutki stereotypowego postrzegania starości:

Spółeczny stereotyp człowieka starego jest jedną z przyczyn traktowania starzenia się społeczeństwa jako klęski. Zgodnie z nim człowiek stary jest istotą schorowaną i niedołączoną, niemogącą pracować, często niemającą środków do utrzymania, wymagającą więc stałej pomocy, opieki i pielęgnacji, jednocześnie zaś – jednostką społecznie izolowaną i izolującą się od życia społecznego i społeczeństwa w ogóle. O ludziach starych zwykło się mówić jako o uciążliwym balaście, często ze współczuciem, jako o istotach niezdolnych do prowadzenia samodzielnego i sensownego życia¹⁷;

- 3) znikoma ilość literatury przedmiotu w zakresie instruktażu komunikacyjnego dla osób pracujących z seniorami – geriatrów, pracowników socjalnych itd.;
- 4) kwestie prawne – w określonych sytuacjach, kiedy osoba starsza jest ubezwłasnowolniona lub częściowo ubezwłasnowolniona, lekarz w komunikacji z pacjentem musi uwzględnić opiekuna prawnego seniora¹⁸;
- 5) konieczność komunikacji przy pomocy osób trzecich: w relacji pacjent geriatryczny – lekarz bardzo ważną rolę odgrywa rodzina lub inne osoby z najbliższego otoczenia pacjenta. W wielu przypadkach wczesnych etapów choroby Alzheimera pacjent zaneguje problemy z pamięcią bądź je pomniejszy. Dopiero po wywiadzie z członkami rodziny możemy uzyskać pełniejszy obraz zaburzeń poznawczych i ich wpływ na codzienne funkcjonowanie pacjenta;

¹⁷ I. Grzeszek, *Stereotyp starości*, [w:] *Zdrowie człowieka i jego edukacja gerontologiczna*, red. M. Kuchcińska, Bydgoszcz 2004, s. 118. Wielu innych badaczy podkreśla negatywne skutki takiego spojrzenia na starość. J.B. Hałaj zwraca uwagę na fakt, że nawet w obrębie samej gerontologii tworzone są stereotypy: „Jednym z zadań psychologii gerontologicznej, zajmującej się problemami wieku starczego, jest walka ze stereotypowym postrzeganiem ludzi późnej dorosłości. Najczęstsze opinie na temat stereotypów późnej dorosłości utożsamiają starość z utratą wielu wartościowych aspektów życia oraz z nieuniknionym zniedołężnieniem czy demencją. Ostatnio w fachowych środowiskach podnoszą się głosy, że sama gerontologia również tworzy pewne stereotypy. Na przykład przez szereg lat akcentowano intensywność i rozmiary szoku związanego z porzuceniem życia zawodowego i przejściem na emeryturę” (J.B. Hałaj, *Przeciwko stereotypowemu postrzeganiu ludzi późnej dorosłości*, [w:] *Dorosłość wobec starości. Oczekiwania – radości – dylematy*, red. R. Konieczna-Woźniak, Poznań 2008, s. 131).

¹⁸ Zob. Kodeks Cywilny art. 13 oraz Kodeks Rodzinny i Opiekuńczy Dział II, art. 175–177, Dział I art. 145 i nast.

6) przyczyny medyczne:

- zmiany otępienne,
- zaburzenia zdolności poznawczych,
- wolne tempo ruchu,
- wielochorobowość (szczególnie ból),
- zaburzenia widzenia i słuchu,
- repetytywność (powtarzanie się).

Dodatkowo, komunikacji lekarza z pacjentem towarzyszą także dodatkowe czynniki, które mogą pejoratywnie determinować dyskurs:

- 7) emocje towarzyszące rozmowie z lekarzem (wstyd, strach – szczególnie w sferze pamięciowej, gdy pacjent obawia się diagnozy stanu pamięci);
- 8) komunikacja *non-bona fide* (pacjent świadomie zataja informację przed lekarzem bądź udziela nieprawdziwej odpowiedzi na pytanie lekarza w wywiadzie);
- 9) obciążenie/stan emocjonalny lekarza – słusznie zauważa Tomasz Sobierajski:

[...] w relacji lekarz – pacjent **to nie tylko pacjent jest człowiekiem. Człowiekiem jest również lekarz.** On także ma swoje ułomności, przyzwyczajenia czy nastroje. I on również w tej relacji zasługuje na uwagę. Relacja ta ma charakter dwustronny i obie strony są w niej podmiotami. Obie też pracują na ten sam sukces. [...] lekarze podobnie jak pacjenci – mają swoje dobre i złe dni. Im również chorują bliscy, martwią się o codzienny byt, biorą ślub czy się rozwodzą, rodzą się im dzieci, cierpią, mają załamania, depresje i chwile słabości¹⁹.

Oczywiście, ostatni punkt nie oznacza, że lekarz powinien pozwolić, by życie osobiste wpływało negatywnie na jego profesję. Chcemy wszakże zwrócić uwagę na fakt, że nie jest on robotem, który potrafi w kontakcie z pacjentem wyłączyć swoje wewnętrzne przeżycia, przemyślenia i emocje.

Strategie perswazyjne w dyskursie geriatrycznym

W tej sekcji skoncentrujemy się głównie na perswazyjnych strategiach werbalnych w dyskursie geriatrycznym. Chcielibyśmy jednak zaznaczyć wagę niewerbalnych i wielokodowych aspektów komunikacji z seniorem.

¹⁹ T. Sobierajski, 33 *czytanki o komunikacji, czyli jak być dobrym lekarzem i nie zwariować*, Kraków 2015, s. 21–22.

1. Strategie pozawerbalne²⁰

Niejednokrotnie bywa tak, że wizyta geriatryczna jest jednym z niewielu wyjść pacjenta z domu. To moment wyczekiwany przez pacjenta, który rodzi z jego strony pewne oczekiwania. Dlatego bardzo ważne jest stworzenie odpowiedniej przestrzeni interakcyjnej, sprzyjającej otwartości pacjenta poprzez zapewnienie mu komfortu oraz niewerbalne składniki komunikacji²¹: gesty, mimikę, uśmiech, dotyk (podanie ręki, przyzwolenie na uścisk/objęcie²²).

Dla lekarza z kolei ciało pacjenta jest źródłem informacji – semiotyka zmian zaobserwowanych w trakcie badania fizykalnego pacjenta wpływa na komunikację werbalną – bardzo często to, co pokazuje badanie, dyktuje dyskurs, wypełnia strukturę ramy wizyty geriatrycznej w aspekcie komunikacyjnym. Przykładowo, stwierdzenie obrzęku kończyn dolnych ukierunkuje rozmowę z pacjentem w stronę poszukiwania przyczyn tego objawu.

2. Strategie multimodalne

W przypadku zaburzeń pamięci lub afazji stosuje się w terapii osób starszych ćwiczenia, które wspomagają pamięć bądź mowę obrazami. Pomagają one pacjentowi lokalizować w pamięci leksemy oraz pojęcia poprzez odniesienie do semiosfery²³.

20 W kontekście komunikacji niewerbalnej warto wspomnieć o próbach stosowania w pracy terapeutycznej z seniorami tzw. geloterapii (terapii śmiechem). Metoda ta jest szeroko rozpowszechniona w pracy z chorymi oraz niepełnosprawnymi dziećmi, jednak w ostatnim czasie Fundacja „Dr Clown” uruchomiła program także dla osób starszych pod hasłem: *Seniorze – uśmiech leczy!*, <http://www.drclown.pl/ogloszenia-3/krakow-5/481-seniorze-lecz-usmiechem> [dostęp: 16.04.2017].

21 Więcej na ten temat pisze D. Kubicz, *Komunikowanie się z pacjentem w opiece długoterminowej – dlaczego po rozmowie z nami pacjent niekiedy wie, że nic nie wie, choć nie mieliśmy zamiaru obudzić w nim Sokratesa*, „Geriatryka i Opieka Długoterminowa” 2015, nr 1, s. 6.

22 W swojej praktyce nieraz spotykam się z chęcią okazania wdzięczności ze strony (przede wszystkim) pacjentek, które podchodzą i próbują mnie objąć. Wówczas przyzwalam na to, oddając im uścisk. Nie powoduje to przełamania odpowiedniego dystansu pomiędzy mną a pacjentem, a ułatwia kontakt podczas kolejnych wizyt, budując zaufanie pacjentek i wspomagając ich otwartość (uwagi moje – A.O.).

23 Semiosferę rozumiemy jako przestrzeń, w której mieszczą się znaki z różnych sfer semiotycznych – znaki językowe, obrazy, dźwięki itd. Por. K. Ozga, *Demotivators as Deprecating and Phatic Multimodal Communicative Acts*, [w:] *Multimodal Epistemologies. Towards an Integrated Framework*, red. A. Maiorani, Ch. Christie, New York–London 2014, s. 28–49. Na granicy semiosfery znajdują się komunikaty globalne wynikające z *communication design* (por. M. Fleischer, *Communication design, czyli projektowanie komunikacji (lub odwrotnie)*, Łódź 2010) w postaci produktów przeznaczonych dla seniorów, np. telefony komórkowe dla seniora (z pokaznymi przyciskami i wyraźnymi, dużymi literami/cyframi).

Jako przykład podajemy ćwiczenie, które ma na celu poprawę pamięci świeżej oraz zdolności nazywania przedmiotów. Składa się ono z kilku poleceń. Najpierw pacjent otrzymuje sześć podpisanych obrazków (klucze, parasol, okulary, kapelusz, łyżka, skarpetki), na kolejnej stronie te same obrazki bez podpisów – jego zadaniem jest nazwanie lub podpisanie obrazków, kolejny etap to nazwanie owych sześciu przedmiotów na podstawie prostych definicji (np. ‘chroni przed deszczem’ –), etap czwarty polega na podaniu nazw tych przedmiotów w izolacji, a etap ostatni to wymienienie co najmniej sześciu innych przedmiotów codziennego użytku²⁴. Wartość perswazyjną komunikacji multimodalnej stanowi nakłanianie do myślenia i reakcji werbalnych poprzez stymulowanie pamięci i funkcji językowych.

3. Strategie werbalne

Perswazyjne strategie werbalne w dyskursie gerontologicznym są wielopoziomowe. Profilowanie komunikacji z pacjentem może dokonywać się na co najmniej kilku płaszczyznach – na płaszczyźnie sytuacji komunikacyjnej, na poziomie organizacji tekstu/dyskursu, na poziomie leksyki, gramatyki i składni oraz na płaszczyźnie układu interakcyjnego (pragmatyka aktów mowy). Poniższą analizę przeprowadzamy tematycznie (częściowo w odniesieniu do wymienionych przeszkód w komunikacji z osobą w podeszłym wieku) na podstawie przypadków – badamy wypowiedzi lekarza, pokazując wartość perswazyjną zastosowanych w nich strategii językowych.

3.1. Wolne tempo pacjenta

W przypadku, gdy pacjent przejawia trudności z poruszaniem, ważne jest stworzenie dla niego przestrzeni komfortu, czyli zastosowanie wymienionych wyżej taktyk niewerbalnych. Na poziomie komunikacji słownej informujemy o procedurze:

- (1) *Będę spisywała dane z wywiadu, proszę w międzyczasie zdjąć ubranie.*

Jeżeli pacjent ma trudności z samodzielnym zdjęciem ubrania, a podczas wizyty nieobecni są członkowie rodziny/opiekunowie, lekarz winien pomóc pacjentowi w myśl zasady subsydiarności, a werbalnie okazać empatię poprzez nazwanie

²⁴ A. Klich-Rączka, K. Piotrowicz, E. Staszczak, A. Klich, *Ćwiczenia pamięci i innych funkcji poznawczych*, <https://www.lundbeck.com/upload/pl/files/pdf/Poradniki/cwiczeniapamieci-Klich.pdf>, s. 39–42 [dostęp: 20.04.2017].

trudności w myśl zasad tzw. ‘komunikacji bez przemocy’, zakładającej współlistnienie czterech elementów: spostrzeżenia, uczuć, potrzeb i prośby²⁵:

(2) *Proszę pozwolić, pomogę Panu, z pewnością trudno jest unieść rękę tak wysoko.*

Nazywając trudności pacjenta, lekarz świadomie wchodzi w przestrzeń komunikacji o dyskursie, a konkretnie o jednym z jego komponentów – sytuacji komunikacyjnej, wynikającej z jednej z wymienionych wcześniej przeszkód w komunikacji z pacjentem geriatrycznym.

3.2. Zaburzenia wzroku i słuchu

Gdy lekarz geriatra stwierdzi, że konieczne są badania okulistyczne i/lub laryngologiczne, a wyczuwa blokadę pacjenta w zakresie podejmowania dalszych szczegółowych kroków diagnostycznych, może zastosować metaforę jako strategię perswazyjną, np.:

(3) *Oczy i uszy to **okna** człowieka, przez które przechodzą bodźce.*

Uświadamia przez to pacjentowi, ile ten traci, nie korzystając z możliwości poprawienia jakości życia.

Jeżeli pacjent zgłasza obawy przed korzystaniem z aparatu słuchowego, lekarz może użyć trybu warunkowego oraz aktu mowy przestrogi. Np. w komunikacji skierowanym do siedemdziesięciokilkulatki:

(4) *Jest Pani **na tyle młoda, że jest pani w stanie** nauczyć się chodzić z aparatem słuchowym. Za 10–15 lat **trudniej będzie** przyzwycząić się do aparatu słuchowego.*

lub

(5) *Jest Pani **na tyle sprawna, by nauczyć się** korzystać z aparatu słuchowego.*

Rozmawiając na temat poprawy jakości słuchu, lekarz może zastosować strategię, którą nazywamy metodą małych kroków (omawiamy ją szerzej w sekcji 3.6) i wyraźnie określić czas i otoczenie, w którym pacjent uczy się korzystać z aparatu słu-

²⁵ M.B. Rosenberg, *Porozumienie bez przemocy. O języku życia*, wyd. 3 rozszerz., przeł. M. Markocka-Pepol, M. Kłobuchowski, Warszawa 2016, s. 23. Na gruncie polskim przyjęto się tłumaczenie terminu *non-violent communication* jako ‘porozumienie bez przemocy’, jednak w moim odczuciu termin ‘komunikacja bez przemocy’ jest bardziej trafny, bowiem nie zawiera presupozycji o braku porozumienia/konflikcie (przypis mój, K.O.).

chowego, używając jednocześnie strategii odniesienia do standardu („to, że musisz się nauczyć jest zrozumiałe, normalne”) poprzez użycie zdania współrzędnie złożonego wynikowego (w ten sposób pomagamy pacjentowi zrozumieć przyczynę antycypowanych trudności/oporów):

(6) *Trzeba pamiętać, że aparat słuchowy jest tylko urządzeniem i nie jest tak doskonały jak nasze ucho, dlatego musimy nauczyć się słyszeć z jego pomocą. Proszę zakładać aparat na początku na krótko, np. dwie-trzy godziny w obecności jednej lub dwóch osób i w miejscach, gdzie nie ma dużego hałasu.*

W myśl koncepcji komunikacji bez przemocy, a także pedagogicznej koncepcji Adele Faber i Elaine Mazlish²⁶, dla każdego człowieka istotna jest akceptacja jego uczuć²⁷. Dokonujemy tego przez nazywanie ich w postaci wykładników predykatów, np. ‘krępować się’ (nazywanie uczucia wstydu). Stanowi to doskonałą bazę warunkującą skuteczność następującego po tym dyrektywnego aktu mowy:

(7) *Rozumiem, że krępuje się Pani poprosić kilka razy o regulację aparatu.*

+ dyrektywny akt zachęty/prośby:

(8) *Proszę nie bać się wyregulowania aparatu. Może Pani podejść do pracowni audiologicznej kilka razy. Ważne, żeby **aparat** dobrze pracował.*

Wypowiedź (8) zawiera presupozycję: „niewyregulowany aparat źle pracuje, nie spełnia swojego zadania”. Strategię wzmacniającą stanowi profilowanie²⁸: przeniesienie uwagi z pacjentki na sprzęt (pacjentka nie musi się obawiać, że to ona „nie działa”).

²⁶ K. Ozga, *Koncepcja modelu interakcji werbalnej A. Faber i E. Mazlish w świetle analizy komunikacyjnej*, [w:] *Komunikatywizm – przyszłość nauki XXI wieku*, red. G. Habrajska (seria Nauka o Komunikowaniu), Łódź 2016, s. 394–396. Koncepcja Faber i Mazlish nakierowana jest przede wszystkim na pracę z dziećmi, ale z powodzeniem można ją stosować w innych typach dyskursu. Naszym zdaniem sprawdza się ona w komunikacji z seniorem.

²⁷ Na istotność akceptacji uczuć pacjenta zwraca uwagę Kubicz: „W trakcie rozmowy z pacjentem powinno się również delikatnie wyrażać współczucie, gdy mówi on o szczególnie przykrych przeżyciach (bardzo pomocne są np. stwierdzenia typu: „wyobrażam sobie, że czuł się pan okropnie”, „to musiało bardzo boleć” i podobne)” (Kubicz, dz. cyt., s. 12).

²⁸ Pojęcie profilowania rozumiane w kategoriach gramatyki kognitywnej, por. R. Langacker, *Concept, Image, and Symbol. The Cognitive Basis of Grammar*, Berlin–New York 1991, s. 5–7.

3.3. Repetytywność i tendencja do odbiegania od tematu rozmowy

W przypadku, gdy pacjent powtarza się (opowiada tę samą historię kilka razy) lub gdy w inny sposób odchodzi od wątku rozmowy, można zastosować funkcję fatyczną w połączeniu z wykładnikiem demarkacji dyskursu (endofora):

(9) *Dobrze, mhm. Wróćmy do kłopotów z zasypianiem.*

Po czym powtarzamy pytanie, na które pacjent nie udzielił odpowiedzi (10) lub zadajemy kolejne (11):

(10) *Czy często zdarza się Pani położyć w ciągu dnia?*

(11) *Jakie leki przyjmuje Pani przed snem?*

3.4. Ból

Jednym z zasadniczych problemów pacjenta geriatrycznego jest ból, a co za tym idzie – kwestia radzenia sobie z nim. Najczęściej stanowi on wynik zmian zwyrodnieniowych, których nie da się cofnąć. Uciskanie, przewlekłe stany zapalne dają o sobie znać przy ruchu, wysiłku. Wymaga to dużej delikatności i wrażliwości ze strony lekarza, by pomóc pacjentowi zaakceptować to, czego w organizmie nie da się już zmienić oraz fakt, że leki przeciwbólowe stosowane są jedynie w celu leczenia objawowego. Skoro nie da się usunąć przyczyny, rolą lekarza jest zmotywowanie pacjenta do ćwiczeń jako środka, który może pomóc zmniejszyć dolegliwości bólowe (codzienne ćwiczenia wzmacniają mięśnie, które odciążają stawy, kręgosłup). W tej sytuacji możemy skierować do seniora następujący komunikat:

(12) *Chce Pan, żeby mniej bolało? Co możemy zrobić? Musimy trochę poćwiczyć. Wzmocnić mięśnie podtrzymujące kręgosłup...*

Strategie językowe zastosowane w komunikacji polegają na użyciu:

1. Predykatu wolitywnego ('chce') – pacjent sam musi znaleźć w sobie wolę działania.
2. *Intensivum* ('mniej') – pokazanie, że da się chociaż zmniejszyć, jeśli nie zlikwidować.
3. Pierwszej osoby liczby mnogiej ('możemy', 'musimy') – towarzyszę ci w tym wysiłku (empatia).
4. Partykuły 'trochę' – metoda małych kroków, przedstawienie procesu jako osiągalnego.

3.5. Komunikacja *non-bona fide*

Zasada „ograniczonego zaufania” prowadzi do założenia, że pacjenci mogą nie stosować się do zaleceń i niejednokrotnie nie kwapią się, by się do tego przyznać²⁹. Jak wówczas wydobyć od nich informacje na temat ich rzeczywistego postępowania (np. przestrzegania diety, przyjmowania leków itp.)? W przypadku wywiadu dotyczącego diety cukrzycowej może nie sprawdzić się pytanie bezpośrednie o wysokim stopniu ogólności, bowiem możemy otrzymać nieprawdziwą odpowiedź afirmatywną:

(13)

L: *Czy stosuje Pani dietę?*

P: *Ależ oczywiście, Pani Doktor.*

Można w tej sytuacji zastosować sekwencję dwóch strategii. Pierwsza z nich (14) polega na użyciu wykładnika modalności epistemicznej (‘pewnie’), przez co lekarz okazuje akceptację/zrozumienie tego, że pacjent założonych reguł nie stosuje. Stwarza dla niego tym samym strefę komfortu, bowiem pacjent otrzymuje przyzwolenie, by się przyznać do niestosowania się do zaleceń diabetologa. W drugim etapie, w celu zbadania skali problemu, lekarz stosuje strategię odwrócenia uwagi poprzez operację na strukturze tematyczno-rematycznej – wyprowadzenie na pozycję tematyczną pory dnia (15):

(14) **Pewnie** zdarza się Pani zjeść coś słodkiego.

(15) **W jakiej porze dnia** je Pani coś słodkiego?

Strategię uszczegółowienia (‘paczkę, dwie czy trzy’) w połączeniu z presupozycją (pytanie presuponuje, że pacjent pali) można zastosować w pytaniu o palenie lub spożycie alkoholu, np.:

(16) *Czy pali Pan paczkę, dwie czy trzy?*

(zamiast: *Czy pali Pan? Ile Pan pali?*)

W przypadku palaczy³⁰, którzy żyją w przekonaniu, że palenie jest nieszkodliwe, można spróbować skorzystać ze strategii łączącej metonimię z wykładnikami

²⁹ Nie zakładamy, rzecz jasna, że pacjenci nigdy nie mówią prawdy. Jednak podczas wywiadu lekarz jest w stanie bez trudu zorientować się, czy pacjent z nim współpracuje, czy konieczne będzie zastosowanie omawianych strategii perswazyjnych.

³⁰ Należy, rzecz jasna, dostroić komunikat do kondycji intelektualnej i nastroju pacjenta. W przypadku niektórych pacjentów skuteczniejsze może okazać się ostrzeżenie nasycone terminologią.

pragmatycznymi w formie ukrytego aktu mowy³¹ o zabarwieniu potocznym. Towarzyszy temu odpowiednia intonacja aksjologiczna:

(17) *No, słyhać te papierosy, niestety, w tych płucach!*

Co przez to zyskujemy? Po pierwsze, ujęcie metonimiczne przenosi środek ciężkości z osoby na organizm, automatycznie kierując uwagę pacjenta na jego własny narząd. W efekcie pokazujemy pacjentowi perspektywę spojrzenia na swój organizm z pozycji „zewnątrznej” – zobiektywizowanej. Towarzyszą temu wykładniki pragmatyczne: ‘no’, ‘te’, ‘tych’ oraz modalizator ‘niestety’ (‘no’ – partykuła przygany i jednocześnie wykładnik *intensivum* – „aż tak, że stetoskop drży mi na uszach”, ‘te’, ‘tych’ – wykładniki referencji: „te’ wszystkie wypalone”, ‘tych’ – dotyczą ciebie, a nie całego palącego świata, ‘niestety’ – funkcja podwójna: negatywna ocena sytuacji oraz demaskacja ukrytego problemu – pacjent może udawać, że problemu nie ma, ale płuca niestety pokazują prawdziwy stan rzeczy).

3.6. Zasada małych kroków

W wielu sytuacjach, np. takich jak wprowadzanie/odstawianie leków, wprowadzanie diety, motywowanie do ruchu itp., należy przystosować pacjenta do możliwości zmiany. W przypadku zastosowania określonej diety zaczynamy od wprowadzenia jednej zasady, np. spożycie kolacji przed godziną 19.00, a na kolejnych wizytach stawiamy następne wymagania. Perswazja polega na stawianiu osiągalnych celów. Strategię ową nazywamy w rozmowie z pacjentem wprost:

(18) *Idziemy małymi krokami.*

Oto konkretny przykład z zakresu zachęcania seniora do ruchu:

(19) *Czy wychodzi Pan na spacer raz w tygodniu czy częściej?*

[...] *Rozumiem. Do tej pory wychodził Pan tylko w niedzielę. Dokładamy jeden dodatkowy spacer w tygodniu, choćby do sklepu. W którym jeszcze dniu chciałby Pan pospacerować?*

Obok strategii obserwowanych w opisanych wcześniej kazusach (strategia uszczegółowienia – por. sekcja 3.5., przykład 16), wprowadzamy następujące sposoby wpływania na odbiorcę komunikatu, które składają się na cały **scenariusz** metody małych kroków:

31 Por. G. Yule, *Pragmatics*, Oxford 1996, s. 54–56.

1. Wykładnik kategorii czasu: ‘**wychodził**’ – ogniwo t_{-1} .
2. Formalizacja punktu przejściowego scenariusza t_0 (moment tranzycji) – ‘**do tej pory**’ (czas przeszły w kombinacji z tym elementem komunikatu daje w rezultacie znaczenie angielskiego *used to* – „tak było do tej pory, teraz czas na zmianę”).
3. ‘**Jeden dodatkowy**’ – formalizacja metody małych kroków.
4. ‘**Choćby tylko do sklepu**’ – odpowiedź realizacji zadania, gdzie operator interakcyjny ‘**tylko**’ wprowadza skalowanie wysiłku.
5. Zastosowanie modalnego wykładnika wolitywności: ‘**chciałby Pan**’ jako strategia pozostawienia wyboru.

Perswazyjne strategie werbalne w zakresie IADL

Wizyta geriatryczna zawiera pewne konieczne elementy. Po wzajemnym przedstawieniu się lekarz przeprowadza wywiad, wychwytuje, czy pacjent mówi spójnie, całymi zdaniami, ocenia jego stan fizyczny i psychiczny, w tym zaburzenia pamięci, nastroju, funkcjonowanie pacjenta w codzienności, uwzględniając warunki socjalno-środowiskowe. Zatem przystępując do przeprowadzenia testów służących do Całościowej Oceny Geriatrycznej, lekarz **posiada podstawową wiedzę o pacjencie, co pozwala mu dostosować formę przeprowadzania wybranych testów do stanu pacjenta.**

W niniejszej sekcji chcielibyśmy zaproponować alternatywną metodę przeprowadzania skali IADL (*Instrumental Activities of Daily Living*). W naszym przekonaniu pozwala ona zbudować z pacjentem odpowiedni kontakt oraz stworzyć przestrzeń dyskursu, która spowoduje, iż pacjent będzie mógł udzielić na zawarte w teście pytania takich odpowiedzi, które umożliwią dokonanie wiarygodnej oceny złożonych czynności życia codziennego. Za odpowiedź na każde z pytań w teście przydziela się pacjentowi odpowiednią liczbę punktów skalującą zdolności w zakresie wykonywania czynności życia codziennego: 1 – bez pomocy, 2 – z niewielką pomocą, 3 – zupełnie nie jest w stanie. Oto nasza propozycja modyfikacji pytań:

Pytanie 1: *Czy potrafisz korzystać z telefonu?*

To pytanie zamknięte, na które odpowiedź jest jednoznaczna: tak/nie. W myśl zasady „ograniczonego zaufania” modyfikujemy pytanie poprzez wprowadzenie realnej sytuacji komunikacyjnej. W ten sposób personalizujemy pytanie, określając realny problem antycypowany przez pacjenta:

(20) *Proszę sobie wyobrazić: Jest Pan sam w domu, coś się Panu stało, czy ma Pan telefon i byłby Pan w stanie zadzwonić do kogoś po pomoc?*

Można również postawić pytanie dodatkowe obok pytania zasadniczego:

(21) *Czy jest Pan w stanie skorzystać z telefonu? Czy widzi Pan te małe cyferki na telefonie?*

Pytanie uzupełniające funkcjonuje jako odwołanie do normy z presuponowanym od niej odejściem oraz budowanie pomostu interakcyjnego ze wskazaniem, że moje podejście, przeszkody są jednakowe – pacjent czuje się swobodnie, nie wstydzi się ('małe', poprzedzone operatorem interakcyjnym 'te' = 'za małe i ja również je tak postrzegam').

Pytanie 2: *Czy jesteś w stanie dotrzeć do miejsc poza odległością spaceru, np. komunikacją miejską?*

Proponujemy modyfikację tego pytania poprzez wprowadzenie zdania warunkowego:

(22) *Czy gdyby miał Pan dojechać ze szpitala/poradni do domu, to wiedziałby pan, jakim autobusem, o jakim numerze?*

Kiedy widać zawahanie pacjenta, możemy zbudować pomost interakcyjny w postaci komentarza:

(23) *No bo Kraków tak się zmienił, rozrósł się tak bardzo...*

Pytanie 3: *Czy wychodzisz na zakupy po artykuły spożywcze?*

Proponowana modyfikacja (24 i 25 jako *continuum*):

(24) *Czy wychodzi Pan na zakupy? Czy żona wychodzi? (któresz z dzieci?)/Czy razem Państwo wychodzą?*

Następuje wprowadzenie dodatkowej osoby na podstawie wiedzy o pacjencie z wywiadu. Jakie ma to znaczenie komunikacyjne? Otóż najpierw przedstawiana jest sytuacja w świetle zasady pomocniczości (czyli korzystania z pomocy innych/rodziny), a potem na tle tej sytuacji wprowadzany jest kontrast – samodzielność (25). Dodatkowo pytanie zadawane jest w sposób noszący znamiona potoczności ('tak sobie tylko'), by skategoryzować czynność jako prostą, podstawową. Warto również zastosować w tym miejscu strategię uszczegółowienia ('chleb i mleko'):

(25) *A gdyby miał Pan **tak sobie tylko** wyjść kupić **chleb i mleko**?*

Pytanie 4: *Czy możesz samodzielnie przygotować sobie posiłki?*

Modyfikacja tego pytania bazuje na stereotypach. Poza tym sformułowanie 'czy możesz' jest ambiwalentne, ponieważ w kontekście osób starszych, które często podlegają opiece, może wskazywać na przyzwolenie (opiekuna na przygotowanie posiłku).

Oto propozycja pytania kierowanego do kobiety:

(26) *Czy sama Pani gotuje?*

Jeżeli np. (obecna przy badaniu) córka gotuje, wówczas pytamy:

(27) *Czy gdyby córki nie było w domu, to byłaby Pani w stanie samodzielnie przygotować **zupę** i **drugie danie**?*

Istotna jest w tym pytaniu zmiana poziomu uszczegółowienia. Związane jest to z rozumieniem/konceptualizacją pojęcia ‘posiłek’, które pacjenci często traktują jako tzw. suchy i wcale nie gotują.

W przypadku mężczyzny przyjmujemy założenie, że żona/córka/opiekunka gotuje³²:

(28) *Czy w domu gotuje żona?*

Wprowadzenie **stereotypu** prowokuje i często wyzwała zaprzeczenie, chwalenie się:

(28a) *Ale ja sam gotuję. Bardzo lubię gotować...*

W przypadku odpowiedzi negatywnej, stosujemy pytanie dodatkowe z trybem warunkowym, wprowadzające inny skrypt przygotowywania posiłków:

(29) *Jeżeli żony/córki nie byłoby w domu, to byłby Pan w stanie coś sobie ugotować?*

Nieraz pada odpowiedź:

(29a) *Tak, jajecznicę to przecież sobie zrobię...*

Wielu mężczyzn podważa stereotypowe założenie, że w domu gotuje kobieta. Zarwanie owego założenia w pytaniu doskonale funkcjonuje jako prowokacja – chwyt perswazyjny, wyzwalający zaprzeczenie i zachęcający do pochwalenia się umiejętnościami i samodzielnością.

Pytanie 5: *Czy możesz samodzielnie wykonywać prace domowe (np. sprzątanie)?*

Proponowana modyfikacja:

(30) *Porozmawiajmy o pracach domowych. **Rozumiem, że** mycie podłóg czy mycie okien **może sprawić trudność**, a jak z czynnościami typu: zamiecenie podłogi, umycie garnka, starcie kurzu?*

³² Wynika z wywiadu. Oczywiście, w przypadku mężczyzny mieszkającego samotnie pytanie sformułowane jest inaczej, np. *Czy sam Pan w domu gotuje czy gdzieś się Pan stołuje?*

Adaptacja pytania polega na zastosowaniu strategii **klaryfikacji** ('rozumiem, że...'), **skalowaniu** trudności ('może sprawić trudność') i uszczegółowienia ('zamiecenie podłogi, umycie garnka' itd.).

Pytanie 6: Czy możesz samodzielnie majsterkować/wyprać swoje rzeczy?

Podobnie jak w pytaniu 4, proponujemy zakotwiczenie pytań w stereotypach – *mężczyzna majsterkuje, kobieta pierze*. Tak jak w pozostałych pytaniach, warto zastosować tu strategię uszczegółowienia, np. do mężczyzny:

(31) *Czy wymieni Pan sobie żarówkę w domu, gdy się przepali?*

Pytanie o **konkretną czynność** otwiera **pole semantyczne czynności zbliżonych**. Pacjenci niejednokrotnie rozwijają temat, skłania on ich do rozmowy na temat zainteresowań, dawnej pracy zawodowej (np. zegarmistrz, złota rączka, pisze ikony).

Pytanie 7: Czy samodzielnie przygotowujesz i przyjmujesz leki?

Pytanie modyfikujemy poprzez **uwypuklenie ogniw scenariusza** przyjmowania leków. Każde kolejne pytanie z poniższej sekwencji zadawane jest, rzecz jasna, po otrzymaniu odpowiedzi od pacjenta na pytanie poprzednie:

(32) *Czy sam Pan sobie kupuje leki? Czy przygotowuje je sobie Pan wcześniej do pojemniczków? Czy zdarza się, że zapomni Pan przyjąć leki?*

Ostatnie z pytań w sekwencji, profilujące jedno z ogniw scenariusza, służy jednocześnie jako weryfikacja stosowania się do zaleceń.

Pytanie 8: Czy samodzielnie gospodarujesz pieniędzmi?

Warto zastanowić się nad konsekwencjami zadania tego pytania w formie wyjściowej. Jest to pytanie osobiste, związane z kwestiami sytuacji prawnej (*vide* ubezwłasnowolnienie). Niekoniecznie zweryfikuje ono umiejętności pacjenta, a może go rozgniewać jako implikatura zakładająca, że ktoś inny (np. rodzina) gospodaruje jego pieniędzmi. Alternatywą może być w tym miejscu uszczegółowienie:

(33) *A jak z rachunkami, czy płaci Pani sama?*

Koncept płacenia rachunków stanowi punkt dostępu do szerszego scenariusza gospodarowania pieniędzmi, zatem łatwo z tej perspektywy ukierunkować konwersację w ten sposób, by zorientować się w samodzielności pacjenta w tym zakresie i właściwie go ocenić.

Perswazja w komunikacji z pacjentem zaburzeniami pamięci i funkcji poznawczych

Jak już wcześniej wspominaliśmy, geriatra w swojej pracy spotyka się z pacjentami o bardzo zróżnicowanej kondycji umysłowej. Badając komunikację z seniorem z perspektywy pragmatyki, można zadać sobie pytanie, czy perswazja w ogóle jest możliwa, kiedy zachodzą zmiany otępienne. Współczesne badania neuropsychologiczne pokazują, że werbalne działania nakłaniające są możliwe, lecz wymagają zupełnie innych procedur, odwołujących się do pamięci niedeklaratywnej. Materiał, który przeanalizujemy z perspektywy perswazji przedstawiony został na warsztatach psychogeriatrycznych w Łodzi przez Monikę Stroińską, założycielkę Centrum Montessori Senior jako metoda rehabilitacji poznawczej³³. Na opis tej metody spojrzemy w odniesieniu do gramatyki komunikacyjnej³⁴.

W gramatyce komunikacyjnej jednymi z podstawowych jednostek analizy komunikatu są tzw. **standardy semantyczne**. Aleksy Awdiejew definiuje je jako konfiguracje treści (jednostki wiedzy o świecie) zmagazynowane w **pamięci głębokiej** człowieka jako szablony lub wzorce potrzebne do uchwycenia zjawisk otaczającej rzeczywistości oraz do segmentacji interpretowanych ciągów informacyjnych występujących w dyskursach³⁵. Kiedy tworzymy teksty, także perswazyjne, dokonujemy amalgamacji różnych standardów semantycznych, tworząc treści nietrywialne³⁶, które następnie odbiorca dekoduje i rozumie, bowiem w jego pamięci zmagazynowane są takie same standardowe konfiguracje treści. Powstaje pytanie: co robić, kiedy ów element zaczyna zawodzić? Spróbujemy na to pytanie odpowiedzieć w odniesieniu do metody rehabilitacji poznawczej *spaced retrieval*³⁷.

W neuropsychologii wyróżniamy dwa zasadnicze typy pamięci długotrwałej: **pamięć deklaratywna (jawna)** i **pamięć niedeklaratywna (utajona)**³⁸. Rodzaje pamięci deklaratywnej to pamięć **semantyczna** – nazywanie przedmiotów, osób (w lingwistyce odpowiadałaby ona za funkcje związane z referencją i nominali-

33 M. Stroińska, *Metoda Montessori dla seniorów z zaburzeniami poznawczymi – inna wizja opieki*, warsztat przeprowadzony w ramach XVI Łódzkich Warsztatów Psychogeriatrycznych, Łódź 3–4 marca 2017 r.

34 A. Awdiejew, G. Habrajska, *Wprowadzenie do gramatyki komunikacyjnej*, t. 1, 2, Łask 2004–2006.

35 A. Awdiejew, *Standardy semantyczne a znaczenie leksykalne*, [w:] „Język a Kultura” 1998, t. 12: *Stereotyp jako przedmiot lingwistyki: Teoria, metodologia, analizy empiryczne*, red. J. Anusiewicz, J. Bartmiński, s. 53–54.

36 Por. K. Ozga, *Komunikacyjny efekt trywializmów*, [w:] *Język w komunikacji*, red. G. Habrajska, t. 1, Łódź 2001, s. 46–52.

37 C.J. Camp, *Origins of Montessori Programming for Dementia*, „Non-Pharmacological Therapies in Dementia” 2012, no. 1(2), s. 163–174. Dr Cameron Camp jest pionierem w zakresie stosowania metody *spaced retrieval* w rehabilitacji poznawczej osób cierpiących na demencję.

38 A. Herzyk, *Wprowadzenie do neuropsychologii klinicznej*, Warszawa 2009, s. 242.

zają) oraz **epizodyczna** – pamiętanie o wydarzeniach (w lingwistyce kojarzylibyśmy ją z pojęciami dyskursu i scenariusza). Zaburzenia pamięci semantycznej powodują zapomnianie nazw przedmiotów, osób (zarówno nazw własnych, jak i rzeczowników pospolitych), natomiast zaburzenia pamięci epizodycznej powodują zapomnianie o wydarzeniu, w rezultacie czego senior gubi rzeczy, nie pamięta, że ktoś go odwiedził, zapomina o spotkaniu, gubi się w otoczeniu. Pamięć niedeklaratywna obejmuje cztery typy: pamięć **proceduralną**, **warunkowanie**, **torowanie** (tzw. *priming*) oraz **habituację nieasocjacyjną**³⁹. Pamięć proceduralna polega na zapamiętywaniu poprzez powtarzanie wykonywania określonej czynności. Warunkowanie polega na tym, że dany bodziec wyzwała pojawienie się określonych myśli, np. zapach oliwki BambinoTM przywodzi na myśl dziecko oraz jego pielęgnację i wyzwała pozytywne emocje. Torowanie działa w ten sposób, że efektywność przetwarzania bodźca zwiększa się na skutek ponownej ekspozycji na ów bodziec lub bodziec o podobnych cechach, np. mogą nieświadomie patrzeć na czyjąś twarz w autobusie, a gdy ponownie ją zobaczę, wydaje mi się, że jest znajoma. Habituacja nieasocjacyjna polega na tym, że długotrwałe wystawienie na jakiś bodziec powoduje przyzwyczajenie się do niego (rutyna, nawyki). Owe procesy zachodzące w pamięci niejawniej moglibyśmy nazwać pewnego rodzaju odpowiednikami tego, co zachodzi w semantyce skryptów i ram⁴⁰ na płaszczyźnie świadomości. Poprzez ekspozycję na pewną procedurę określonego scenariusza, np. skrypt restauracji, człowiek zapamiętuje sposoby zarówno werbalnego, jak i niewerbalnego zachowania w owym skrypcie, na który składa się określony układ standardów semantycznych, co ulega zautomatyzowaniu poprzez rutynę. Spójrzmy zatem, jak przebiega procedura *spaced retrieval* i na czym polegają jej wartości perswazyjne.

W przypadku uszkodzenia części mózgu odpowiedzialnej za pamięć informacje nie „kotwiczą się” w mózgu. Na przykład, jeżeli pacjent z zaburzeniami pamięci, poruszający się samodzielnie, przebywający na oddziale opieki długoterminowej, chce trafić do swojego pokoju, zada pytanie: „Gdzie jest mój pokój?” i otrzyma odpowiedź: „Pana pokój to pokój 14”, jego mózg nie przyswoi tej odpowiedzi, bowiem odwołanie się do pamięci deklaratywnej nie przyniesie efektu. W jaki sposób zatem zadziałać perswazyjnie, by taki pacjent „zarejestrował” odpowiedź i udał się we wskazane miejsce? Badania neuropsychologiczne dowodzą, że osoby z deficytami pamięci nadal mają zdolność nabywania nowych informacji, dzięki pamięci niedeklaratywnej. Technika wykorzystująca te umiejętności jest metoda rehabilitacji poznawczej *spaced retrieval*. Polega ona na prawidłowym przypominaniu informacji w coraz dłuższych odstępach czasu, aż do wytworzenia **śladu pamięciowego**

39 P. Jaśkowski, *Neuronauka poznawcza: jak mózg tworzy umysł*, Warszawa 2009, s. 192.

40 Por. M. Minsky, dz. cyt.; R. Schank, R. Abelson, dz. cyt.

w pamięci długotrwałej („nie wiem skąd, ale to wiem”). Metoda ta przypomina budowanie siatki standardów semantycznych u osób bez zaburzeń pamięci w procesie uczenia się i akwizycji. Opiera się ona na wielokrotnym powtarzaniu.

Treningi odbywają się w cyklach zakończonych powtórką. Istotnym elementem jest czas trwania przerw między kolejnymi cyklami: jeżeli odpowiedź była nieprawidłowa, kolejny cykl wprowadzony jest natychmiast, jeżeli materiał został opanowany prawidłowo, wówczas przerwy wydłużają się⁴¹.

Jak zatem komunikować się z pacjentem, by osiągnąć skutek perlokucyjny? Procedura jest następująca.

Na pytanie: *Gdzie jest mój pokój?* odpowiadamy:

(34) *Pana pokój to pokój 14 w korytarzu po lewej stronie.*

Po interwale (ustalonym indywidualnie, np. 10 sekund, który jest następnie sukcesywnie wydłużany – 20, potem 30 sekund) pytamy pacjenta:

(34a) *Panie Józefie, który pokój jest pana?*

Jeśli senior waha się lub podaje złą odpowiedź, od razu podajemy ponownie prawidłową informację i każemy ją powtórzyć. Następnie zaprowadzamy seniora do pokoju (oprócz podania instrukcji, pomagamy w jej wykonaniu). Zatem dla osiągnięcia efektu komunikacyjnego potrzebne jest odniesienie do całego dyskursu. Nasz komunikat, oprócz odniesienia do struktury pojęciowej, wymaga referencji – zaprowadzenia seniora do jego pokoju. Działamy w ten sposób poprzez stymulowanie różnych rodzajów pamięci niedeklaratywnej: warunkowanie klasyczne (pytanie jako bodziec, odpowiedź jako reakcja), torowanie (informacja jest przypominana przez pacjenta, a nie tylko powtarzana pasywnie), pamięć proceduralna – pamięć wykonywanych czynności (np. przejście do swojego pokoju), uczenie się bez błędu (nie powtarzamy błędnego komunikatu pacjenta, gdyż zostanie on w ten sposób zapamiętany). Oto dwa inne kazusy omawiane przez Stroińską⁴²:

(35) „Co zrobić, żeby bezpiecznie wstać?”, „Co zrobić, żeby chodzić?”

Etap 1)

Pani Edyto, co musi pani zrobić, by bezpiecznie wstać?

Instrukcja: *Oprzeć ręce na podłokietniku (balkonika).*

41 H. Pietraszek-Kusik, *Demencja. Metody oddziaływań pozafarmakologicznych*, „Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu” 2015, nr 1(42), s. 31.

42 M. Stroińska, dz. cyt.

Następnie pacjentka musi powtórzyć instrukcję:
Oprzeć ręce na podłokietniku i dopiero wtedy wstaje.

Etap 2)

Co musi Pani zrobić, żeby chodzić?

Instrukcja: *Chwycić balkonik i przesuwać się, trzymając balonik.*

Następnie pacjentka musi powtórzyć instrukcję:

Chwycić balkonik i przesuwać się trzymając balonik

i dopiero wówczas zaczyna chodzić.

(36) Działanie prewencyjne, by uniknąć sytuacji, kiedy senior wychodzi z domu i gubi się.

Etap 1)

Co musisz zrobić, by zadzwonić ze swojego telefonu?

Instrukcja: *Sprawdzić cyfrę na karteczce z tyłu telefonu i przycisnąć cyfrę na telefonie.*

Senior powtarza instrukcję.

Po interwale jeszcze raz powtarza instrukcję, a potem wykonuje zadanie.

Etap 2)

Co musisz zrobić, gdy zgubisz się „na mieście”?

Instrukcja: *Biorę telefon i dzwonię do ciebie (żony).*

Pacjent powtarza instrukcję.

Po interwale jeszcze raz powtarza instrukcję, a potem wykonuje zadanie.

Bodziec jest wzmacniany przez żonę przed każdym wyjściem męża z domu.

Podsumowanie

Artykuł pokazuje, że dyskurs gerontologiczny jest przestrzenią wielopłaszczyznową, determinowaną różnymi czynnikami. Przedstawiliśmy jedynie wybrane aspekty perswazyjnego komponentu owej przestrzeni w komunikacji lekarza geriatry z pacjentem oraz perswazję w dyskursie z seniorem z zaburzeniami pamięci i funkcji poznawczych. Do podstawowych strategii językowych dających efekt perswazyjny, które wyłaniają się z naszej analizy, należą:

1. **Na poziomie sytuacji komunikacyjnej:** stworzenie strefy komfortu – okazanie akceptacji uczuć, empatii poprzez: klaryfikację, wykładniki modalności epistemicznej, predykaty wolitywne, zastosowanie pierwszej osoby liczby mnogiej, skracanie dystansu przez personalizację komunikacji, metodę małych kroków.

2. **Na poziomie organizacji tekstu/dyskursu:** dyskursywne zabiegi demarkacyjne (endofora), informacja o procedurze (jasny, klarowny komunikat), odwołanie do scenariusza, zmiana poziomu uszczegółowienia, odniesienie do normy, profilowanie w obrębie struktury tematyczno-rematycznej, presupozycja.

3. **Strategie w obrębie słownictwa, gramatyki i składni:** metafora, metonimia, tryb warunkowy, pytania proste otwarte, użycie zdań wynikowych.

4. **Na poziomie układu interakcyjnego:** funkcja fatyczna, ukryte akty mowy, akt mowy przestrogi, dyrektywny akt prośby w kontekście tzw. porozumienia bez przemocy, operatory pragmatyczne w dyskursie potocznym, budowanie pomostu interakcyjnego, odwołanie do stereotypu.

Strategie owe nie zdają egzaminu w komunikacji z pacjentem z otępieniem – w tym przypadku wartość perswazyjną w komunikowaniu można osiągnąć poprzez trening pamięci niedeklaratywnej.

Chcielibyśmy podkreślić, że nie upatrujemy w analizowanych strategiach recepty na komunikację z seniorem. Pokazujemy jedynie pewne kierunki, które warto wziąć pod uwagę w pracy z osobą starszą i przedstawiamy analizę lingwistyczną, wynikającą z obserwacji naszej praktyki pracy z seniorem. Najważniejszymi zasadami w komunikacji z „dorosłymi trzeciego wieku” są, w naszym przekonaniu, empatia oraz świadomość komunikacyjna. Bez nich trudno skutecznie objąć seniora właściwą opieką medyczną, socjalną czy psychologiczną, bowiem każda z tych sfer w znacznym stopniu determinowana jest komunikacją.

Bibliografia

- Awdiejew A., *Standardy semantyczne a znaczenie leksykalne*, [w:] „Język a Kultura” 1988, t. 12: *Stereotyp jako przedmiot lingwistyki: Teoria, metodologia, analizy empiryczne*, red. J. Anusiewicz, J. Bartmiński, s. 53–62.
- Awdiejew A., Habrajska G., *Wprowadzenie do gramatyki komunikacyjnej*, t. 1, Łask 2004.
- Awdiejew A., Habrajska G., *Wprowadzenie do gramatyki komunikacyjnej*, t. 2, Łask 2006.
- Bromley D.B., *Psychologia starzenia*, przeł. Z. Zakrzewska, Warszawa 1969.
- Buijssen H., *Aktivizácia ako forma prevencie deprivácie seniorov*, [w:] *Sociálna a ekonomická integrácia a dezintegrácia v bezpečnosti jedinca a spoločnosti*, red. M. Tokovská, Bratislava 2011, s. 293–296.
- Camp C.J., *Origins of Montessori Programming for Dementia*, „Non-Pharmacological Therapies in Dementia” 2012, no. 1(2), s. 163–174.
- Dzięgielewska M., *O pojęciu „całkowitej pedagogiki osób starszych”*, [w:] *Zostawić ślad na ziemi*, red. M. Halicka, J. Halicki, Białystok 2006, s. 199–209.
- Fedyk-Łukasik M., *Całościowa Ocena Geriatryczna w codziennej praktyce geriatrycznej i opiekuńczej*, „Geriatry i Opieka Długoterminowa” 2015, nr 1, s. 1–5.

- Fleischer M., *Communication design, czyli projektowanie komunikacji (lub odwrotnie)*, Łódź 2010.
- Grzeszek I., *Stereotyp starości*, [w:] *Zdrowie człowieka i jego edukacja gerontologiczna*, red. M. Kuchcińska, Bydgoszcz 2004, s. 117–124.
- Hałaj J.B., *Przeciwko stereotypowemu postrzeganiu ludzi późnej dorosłości*, [w:] *Dorośłość wobec starości. Oczekiwania – radości – dylematy*, red. R. Konieczna-Woźniak, Poznań 2008, s. 131–137.
- Herzyk A., *Wprowadzenie do neuropsychologii klinicznej*, Warszawa 2009.
- Jaśkowski P., *Neuronauka poznawcza: jak mózg tworzy umysł*, Warszawa 2009.
- Kawula S., *Dodawanie życia do lat jako strategia pedagogiki „trzeciego wieku”*, [w:] *„Trzeci wiek”. Szanse – możliwości – ograniczenia*, red. A.M. de Tchorzewski, A. Chrapkowska-Zielińska, Bydgoszcz 2000, s. 30–43.
- Kieszkowska A., *Potrzeby ludzi starzejących się i starych na przykładzie Uniwersytetu Trzeciego Wieku, Domów Rodzinnych i Państwowego Domu Pomocy Społecznej w Kielcach*, [w:] *„Trzeci wiek”. Szanse – możliwości – ograniczenia*, red. A.M. de Tchorzewski, A. Chrapkowska-Zielińska, Bydgoszcz 2000, s. 132–141.
- Klich-Rączka A., Piotrowicz K., Staszczak E., Klich A., *Ćwiczenia pamięci i innych funkcji poznawczych*, <https://www.lundbeck.com/upload/pl/files/pdf/Poradniki/cwiczeniapamieciKlich.pdf> [dostęp: 20.04.2017].
- Kocemba J., *Starzenie się człowieka*, [w:] *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej*, red. T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska, Gdańsk 2006, s. 6–12.
- Kubicz D., *Komunikowanie się z pacjentem w opiece długoterminowej – dlaczego po rozmowie z nami pacjent niekiedy wie, że nic nie wie, choć nie mieliśmy zamiaru obudzić w nim Sokratesa*, „Geriatrya i Opieka Długoterminowa” 2015, nr 1, s. 5–6, 12.
- Kucharska E., Kamanová I., *Senior – Gerontologia i praca socjalna*, Kraków 2015.
- Langacker R., *Concept, Image, and Symbol. The Cognitive Basis of Grammar*, Berlin–New York 1991.
- Minsky M., *A Framework for Representing Knowledge*, [w:] *Readings in Knowledge Representation*, red. R.J. Brachman, H.J. Levesque, San Mateo, CA 1985, s. 211–277.
- Ozga K., *Demotivators as Deprecating and Phatic Multimodal Communicative Acts*, [w:] *Multimodal Epistemologies. Towards an Integrated Framework*, red. A. Maiorani, Ch. Christie, New York–London 2014, s. 28–49.
- Ozga K., *Komunikacyjny efekt trywializmów*, [w:] *Język w komunikacji*, t. 1, red. G. Habrajska, Łódź 2001, s. 46–52.
- Ozga K., *Koncepcja modelu interakcji werbalnej A. Faber i E. Mazlish w świetle analizy komunikacyjnej*, [w:] *Komunikatywizm – przyszłość nauki XXI wieku*, red. G. Habrajska (seria Nauka o Komunikowaniu), Łódź 2016, s. 394–419.
- Pędich W., *Ludzie starzy*, Warszawa 1996.
- Pietraszek-Kusik H., *Demencja. Metody oddziaływań pozafarmakologicznych*, „Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu” 2015, nr 1(42), s. 28–35.

- Rosenberg M.B., *Porozumienie bez przemocy. O języku życia*, przeł. M. Markocka-Pepoń, M. Kłobuchowski, wyd. 3 rozszerz, Warszawa 2016.
- Schank R., Abelson R., *Scripts, Plans, Goals and Understanding. An Inquiry into Human Knowledge Structures*, Hillsdale, NJ 1977.
- Sobierajski T., *33 czytanki o komunikacji, czyli jak być dobrym lekarzem i nie zwariować*, Kraków 2015.
- Sobów T., *Praktyczna psychogeriatrya. Rozpoznawanie i postępowanie w zaburzeniach psychicznych u chorych w wieku podeszłym*, Wrocław 2010.
- Stefańska A., Szabelska-Holeksa M., *Gerontologia kreatywna – terapeutyczny wymiar aktywności twórczej w kolejnej fazie ludzkiego życia*, [w:] *Indywidualne aspekty starzenia się. Między możliwościami a ograniczeniami*, red. A. Stogowski, S. Dziegielewska-Gęsiak, Poznań 2013, s. 155–165.
- Stroińska M., *Metoda Montessori dla seniorów z zaburzeniami poznawczymi – inna wizja opieki*, warsztat przeprowadzony w ramach XVI Łódzkich Warsztatów Psychogeriatrycznych, Łódź 3–4 marca 2017 r.
- Sygit K., Sygit M., *Gerontologia jako nauka*, [w:] *Zarys gerontologii*, red. K. Sygit, Szczecin 2008, s. 9–15.
- Veelken L., *Neues Lernen im Alter: Bildungs- und Kulturarbeit mit „Jungen Alten“*, Heidelberg 1990.
- Wysokiński A., Gruszczyński W., *Współczesne koncepcje diagnostyczne, kliniczne i terapeutyczne otępienia czołowo-skroniowego*, „Psychiatria Polska” 2008, t. 42, nr 3, s. 365–376.
- Yule G., *Pragmatics*, Oxford 1996.

Krzysztof Ozga, Agnieszka Ozga

Perswazja w dyskursie gerontologicznym – przeszkody i strategie w komunikacji z pacjentem geriatrycznym

Streszczenie

Prezentowany artykuł stanowi analizę przeszkód i strategii w dyskursie gerontologicznym. Autorzy dokonują krótkiego przeglądu spojrzenia na osobę starszą w świetle różnych dziedzin nauki i na tym tle proponują własną definicję dyskursu gerontologicznego jako całokształtu wypowiedzi osób starszych oraz wypowiedzi kierowanych do osób starszych wraz z sytuacją komunikacyjną, w której są one

wypowiadane, oraz czynnikami determinującymi ich zakres tematyczny. Następnie przedstawione są podstawowe przeszkody w komunikacji z osobą starszą oraz strategie niewerbalne i multimodalne w komunikacji z seniorem. Zasadniczą część artykułu stanowią perswazyjne strategie werbalne w komunikacji: lekarz geriatra – pacjent, które omawiane są w porządku tematycznym w odniesieniu do ramy wizyty geriatrycznej – wolne tempo pacjenta, zaburzenia wzroku i słuchu, repetytywność i tendencja do odbiegania od tematu rozmowy, ból, komunikacja *non-bona fide* oraz zasada małych kroków. W tej części artykułu autorzy proponują także modyfikację skali IADL z perspektywy jej wartości perswazyjnej. Ostatnia sekcja artykułu poświęcona jest zagadnieniu perswazji w komunikacji z pacjentem z zaburzeniami pamięci i funkcji poznawczych, omawiana w świetle metody rehabilitacji poznawczej *spaced retrieval*. Analiza pokazuje, że perswazyjna wartość dyskursu gerontologicznego uzyskiwana jest dzięki strategiom wyodrębnionym na następujących jego poziomach: na poziomie sytuacji komunikacyjnej, na poziomie organizacji tekstu/dyskursu, w obrębie słownictwa, gramatyki i składni oraz na poziomie układu interakcyjnego.

Słowa kluczowe: dyskurs, dyskurs gerontologiczny, medycyna, geriatria, gerontologia, językoznawstwo, pragmatyka, perswazja, *spaced retrieval*

Persuasion in Gerontological Discourse – Obstacles and Strategies in Communication with Geriatric Patients

Summary

The article analyses obstacles and strategies in gerontological discourse. The authors provide a brief account of the ways in which various academic fields look at the elderly and propose their own definition of gerontological discourse against this background, defining it as the set of utterances issued by the elderly and to the elderly together with the communicative situation in which they are uttered and the factors that determine their thematic range. Subsequently, basic impediments in communication with senior citizens are presented, followed by a short discussion of non-verbal and multimodal communicative strategies in gerontological discourse. The core of the article is the analysis of verbal persuasive strategies in communication *geriatrician – patient*. It is presented with reference to the frame of appointment with a geriatrician in the following thematic order: slowness of mo-

vement, sight and hearing disorders, repetitiveness and a tendency to depart from the subject of the conversation, pain, non-bona fide communication and the principle of small steps. In this part of the article the authors also put forward a modification of the IADL scale from the perspective of its persuasive value. The last section of the article is devoted to the issue of persuasion in communication with patients suffering from memory and cognitive impairment – discussed in terms of *spaced retrieval*. The analysis shows that the persuasive value of gerontological discourse is gained through strategies defined at the following levels: communicative situation, text/discourse organization, vocabulary, grammar and syntax, and interactional arrangement.

Keywords: discourse, gerontological discourse, medicine, geriatrics, gerontology, linguistics, pragmatics, persuasion, *spaced retrieval*

Krzysztof Ozga – doktor nauk humanistycznych w zakresie językoznawstwa, specjalności: językoznawstwo ogólne, lingwistyka matematyczna, filologia rosyjska, filologia angielska. Adiunkt w Zakładzie Językoznawstwa Rosyjskiego w Instytucie Filologii Wschodniosłowiańskiej UJ. Jego zainteresowania naukowe, zorientowane na zagadnienia językoznawstwa współczesnego zarówno w aspekcie teoretycznym, jak i praktycznym, koncentrują się wokół problemów z zakresu składni semantycznej, semantyki i pragmatyki, gramatyki komunikacyjnej, językoznawstwa kognitywnego, teorii tekstu i dyskursu, lingwistycznych teorii przekładu oraz komunikacji interpersonalnej. Autor książki *On Isomorphism and Non-Isomorphism in Language*, Łódź 2011. Współredaktor serii „Język i metoda. Język rosyjski w badaniach lingwistycznych XXI wieku”. Mediator stały wpisany na listę Prezesa Sądu Okręgowego w Krakowie.

Agnieszka Ozga – lekarz medycyny, specjalista chorób wewnętrznych, specjalista geriatra. Posiada długoletnią praktykę pracy z osobami starszymi zarówno na oddziałach opieki długoterminowej, jak i w poradniach geriatrycznych oraz na oddziale szpitalnym. Zainteresowania: psychiatria wieku podeszłego, holistyczne podejście do pacjenta geriatrycznego.