

# O UTRUDNIENIACH W POROZUMIEWANIU SIĘ





# O UTRUDNIENIACH W POROZUMIEWANIU SIĘ PERSPEKTYWA JĘZYKA I KOMUNIKACJI

pod redakcją Moniki Obrębskiej



Poznań 2011

KOMITET NAUKOWY  
Jerzy Brzeziński, Zbigniew Drozdowicz (przewodniczący),  
Rafał Drozdowski, Piotr Orlik, Jacek Sójka

RECENZENT  
Prof. zw. dr hab. Waldemar Tłokiński

Wydanie I

REDAKCJA I KOREKTA  
Michał Staniszewski

PROJEKT OKŁADKI  
Jerzy Kopeć

© Copyright by Wydawnictwo Naukowe Wydziału Nauk Społecznych  
Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, 2011

Publikacja finansowana ze środków  
Projektu Badawczego Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego Nr N N106 039734

ISBN 978-83-62243-52-5

WYDAWNICTWO NAUKOWE WYDZIAŁU NAUK SPOŁECZNYCH  
UNIwersytetu IM. ADAMA MICKIEWICZA W POZNANIU  
ul. Szamarzewskiego 89c  
60-568 Poznań

DRUK  
Zakład Graficzny UAM  
ul. Wieniawskiego 1  
61-712 Poznań

## Spis treści

|                    |   |
|--------------------|---|
| WPROWADZENIE ..... | 7 |
|--------------------|---|

### Część I

#### Perspektywa języka

|   |     |
|---|-----|
| ANETA WOJCIECHOWSKA, <i>Charakterystyka języka i komunikacji osób z autyzmem i zespołem Aspergera</i> .....   | 13  |
| MONIKA OBRĘBSKA, <i>Analiza leksykalna tekstów wypowiedzi pacjentów ze zdiagnozowaną schizofrenią paranoidalną. Doniesienie z badań</i> .....                               | 29  |
| WOJCIECH LIPSKI, <i>Postrzeżenie diabła w schizofrenii paranoidalnej na przykładzie wypowiedzi pacjenta z pierwszym epizodem i pacjenta z przewlekłą schizofrenią</i> ..... | 47  |
| ALEKSANDRA JASIELSKA, <i>Jaki jest związek znaczenia emocji z językiem?</i> .....   | 73  |
| HANNA GRZESIAK, <i>Zaburzenia mowy i języka w świetle żydowskiej literatury starożytnej</i> .....   | 93  |
| RAFAŁ ILNICKI, <i>Kultura audiowizualna jako źródło zaburzeń mowy. Wkraczając w erę postoralności kultury audiowirtualnej</i> .....   | 107 |

### Część II

#### Perspektywa komunikacji

|  |     |
|--|-----|
| AGNIESZKA ZIENKOWICZ, <i>Istota rehabilitacji chorego z afazją – mowa a komunikacja</i> .....                                      | 131 |
| EWA KAPTUR, <i>Wady wymowy a komunikacja. Studium przypadku</i> .....  | 145 |
| TERESA RZĘPA, MICHAŁ GORAN STANIŚC, <i>Człowiek wobec nieoczekiwanej informacji o chorobie zagrażającej życiu</i> .....            | 157 |
| TERESA ŚWIRYDOWICZ, <i>Psychologiczne aspekty komunikowania się z pacjentem w zaawansowanym stadium choroby nowotworowej</i> ..... | 175 |
| AGNIESZKA DODA-WYSZYŃSKA, <i>Niezrozumienie podstawą dyskursu? Zagadka Sfinksa</i> .....   | 207 |
| BOLESŁAW ANDRZEJEWSKI, <i>Wszyscy jesteśmy kłamcami...</i> .....   | 219 |
| NOTY O AUTORACH .....  | 229 |



## Wprowadzenie

Wewnętrzna konieczność każe teoretykowi języka dostrzec nie tylko system językowy w jego schemacie i uzusie, w jego całości i niepowtarzalności, lecz poza językiem – człowieka i społeczność ludzką, a poprzez język – całą sferę ludzkiej wiedzy.

Louis Hjelmslev<sup>1</sup>

Książka, którą trzymają Państwo w ręku, jest owocem współpracy przedstawicieli różnych dyscyplin wiedzy, połączonych wspólną pasją – badaniami nad językiem i komunikacją. Znajdą tu Państwo teksty napisane przez filozofów i kulturoznawców, psychologów i pedagogów, logopedów i językoznawców, ujmujące w sposób różnorodny i komplementarny problematykę utrudnień i zakłóceń w procesie porozumiewania się. Dla niektórych autorów źródłem trudności w porozumiewaniu się jest niedoskonałość samego języka jako narzędzia komunikacji czy też reprezentacji, dla innych – proces chorobowy, deformujący język i utrudniający przez to wzajemne zrozumienie, dla jeszcze innych – trudna sytuacja komunikacyjna bądź kultura współczesna, nastawiona bardziej na mówiący przedmiot niż na mówiącego człowieka. Wszystkie te podejścia nie wykluczają się wzajemnie, raczej wzajemnie się uzupełniają i inspirują do refleksji nad złożonością, a zarazem kruchością procesu porozumiewania się.

Książka składa się z dwóch części, obrazujących dwie perspektywy badawcze – językową i komunikacyjną. Każdą z części otwierają artykuły empiryczne, będące doniesieniami z badań własnych bądź syntetycznym przeglądem wyników, zamykają zaś prace teoretyczne, prezentujące ogólne koncepcje i prawidłowości.

Podział na perspektywę językową i komunikacyjną nawiązuje do dwóch podstawowych kompetencji człowieka związanych z językiem<sup>2</sup>: kompetencji

<sup>1</sup> L. Hjelmslev L., *Prolegomena do teorii języka*, w: H. Kurkowska, A. Weinsberg (red.), *Językoznawstwo strukturalne. Wybór tekstów*, PWN, Warszawa 1979, s. 130.

<sup>2</sup> I. Kurcz, *O kompetencji językowej i komunikacyjnej*, „Czasopismo Psychologiczne” vol. 17, 2/2011, ss. 153-160.

językowej (termin Noama Chomsky'ego) i kompetencji komunikacyjnej (termin Della Hymes). Kompetencja językowa określa specyficzną dla człowieka zdolność/umiejętność posługiwania się dwuklasowym systemem języka, komunikacyjna zaś pozwala na adekwatne, czyli dostosowane do osoby słuchacza i do sytuacji społecznej, porozumiewanie się.

Podział ten ma oczywiście charakter arbitralny, tak jak arbitralny jest w pewnym sensie podział na język i komunikację, które należałoby traktować raczej jako „powiązany ze sobą dynamiczny, podmiotowy proces, którego centrum stanowi mówca”<sup>3</sup>. Język – cytując dalej Stefana Frydrychowicza – „będąc środkiem realizacji mowy, jest także za jej pośrednictwem środkiem realizacji komunikacji”<sup>4</sup>. Owe wzajemne zależności podkreśla również Ida Kurcz: „kompetencja językowa jest jakby wbudowana w kompetencję komunikacyjną, w warunkach zaburzenia tej ostatniej sama nie może się w pełni rozwinąć”<sup>5</sup>. Ten punkt widzenia można odnaleźć w wielu tekstach tej książki, których autorzy w sposób całościowy i procesualny podchodzą do problematyki języka i komunikacji, podkreślając ich wzajemne powiązania i zależności.

Część pierwszą książki – *Perspektywa języka* – otwiera artykuł Anety Wojciechowskiej pt. *Charakterystyka języka i komunikacji osób z autyzmem i zespołem Aspergera*, którego autorka w sposób syntetyczny przedstawia podstawowe dysfunkcje w rozwoju językowym, charakterystyczne dla autyzmu i zespołu Aspergera. Kolejny artykuł: *Analiza leksykalna tekstów wypowiedzi pacjentów ze zdiagnozowaną schizofrenią paranoidalną. Doniesienie z badań*, autorstwa Moniki Obrębskiej, stanowi próbę opisaną i wyjaśnienia wyborów leksykalnych osób cierpiących na schizofrenię paranoidalną w porównaniu z wyborami osób zdrowych. Również schizofrenii jest poświęcony następny tekst pt. *Postrzeganie diabła w schizofrenii paranoidalnej na przykładzie wypowiedzi pacjenta z pierwszym epizodem i pacjenta z przewlekłą schizofrenią*. Autor tekstu – Wojciech Lipski – analizuje językowy obraz diabła, porównując wypowiedzi pacjenta z pierwszym epizodem psychozy i pacjenta chronicznego. Wszystkie te trzy artykuły łączy ukazanie odmienności języka osób chorych, cierpiących na zaburzenia psychiczne, które mogą utrudniać bądź wręcz uniemożliwiać wzajemne porozumienie.

Kolejne trzy teksty mają charakter bardziej ogólny i uniwersalny – opisują ograniczenia językowe osób zdrowych, dotkniętych jedynie – jak w przypadku artykułu Hanny Grzesiak – defektami wymowy. Aleksandra Jasielska w tekście pt. *Jaki jest związek znaczenia emocji z językiem?* analizuje utrudnienia w wyrażaniu i badaniu znaczenia emocji, wynikające z procesu ich werbalizacji,

<sup>3</sup> S. Frydrychowicz, *Proces mówienia. Wybrane psychologiczne aspekty na przykładzie interpretacji zdania niejednoznacznego*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 1999, s. 19.

<sup>4</sup> Tamże, s. 22.

<sup>5</sup> I. Kurcz, *O kompetencji językowej...*, s. 159.

Hanna Grzesiak (*Zaburzenia mowy i języka w świetle żydowskiej literatury starożytnej*) podejmuje aspekt historyczny problematyki defektów mowy i języka na przykładzie żydowskiej literatury starożytnej, zaś Rafał Ilnicki (*Kultura audiowizualna jako źródło zaburzeń mowy. Wkraczając w erę postoralności kultury audiowirtualnej*) wzbogaca tę problematykę o wymiar kulturowy.

Drugą część książki – *Perspektywa komunikacji* – otwierają również prace poświęcone trudnościom osób chorych w komunikowaniu się z najbliższym otoczeniem społecznym. Pierwszy tekst, autorstwa Agnieszki Zienkowicz pt. *Istota rehabilitacji chorego z afazją: mowa a komunikacja*, jest poświęcony problematyce charakterystycznych dla różnych typów afazji deficytów mowy i ich konsekwencji komunikacyjnych. Podobnie Ewa Kaptur w artykule pt. *Wady wymowy a komunikacja. Studium przypadku* opisuje trudności komunikacyjne będące rezultatem zaburzeń artykulacji. Odwołuje się przy tym do przypadku 6,5-letniego chłopca, rehabilitowanego logopedycznie. Artykuł Teresy Rzepey i Michała Gorana Stanišića pt. *Człowiek wobec nieoczekiwanej informacji o chorobie zagrażającej życiu* stanowi doniesienie z badań nad przyjmowaniem trudnych informacji o śmiertelnej chorobie przez pacjentów ze zdiagnozowanym bezobjawowym tętniakiem aorty brzusznej i zwężeniem tętnicy szyjnej wewnętrznej. Podobną problematykę podejmuje Teresa Świrydowicz (*Psychologiczne aspekty komunikowania się z pacjentem w zaawansowanym stadium choroby nowotworowej*), opisując bolesny często proces przekazywania pacjentowi trudnych bądź nawet niepomysłnych informacji na temat jego zdrowia oraz sposoby komunikowania się z osobą śmiertelnie chorą w zaawansowanym już stadium choroby nowotworowej.

Książkę zamykają dwa artykuły teoretyczne: Agnieszki Dody-Wyszyńskiej (*Niezrozumienie podstawą dyskursu? Zagadka Sfinksa*) i Bolesława Andrzejewskiego (*Wszyscy jesteście kłamcami...*), ukazujące problem utrudnień w porozumiewaniu się z perspektywy języka jako niedoskonałego narzędzia komunikacji. Niewyraźność w języku indywidualnych znaczeń zaburza komunikację i prowadzi do tytułowego niezrozumienia, zaś nieprzystawalność „myśli/komunikatów niezgodnych z rzeczami” do tytułowego kłamstwa permanentnego, niezależnego od naszych intencji czy zasad moralnych.

Pomimo tych wszystkich niedoskonałości języka jako systemu porozumiewania się i organizowania wiedzy, zachęcam gorąco do zapoznania się z językiem tej książki, która jest próbą dialogu i wyznaczenia wspólnego obszaru interpretacyjnego, ograniczonego pojęciami mowa – język – komunikacja.

Monika Obrębska



Część I

## **PERSPEKTYWA JĘZYKA**





**ANETA WOJCIECHOWSKA**

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu  
Wydział Studiów Edukacyjnych

## **Charakterystyka języka i komunikacji osób z autyzmem i zespołem Aspergera**

### **Wprowadzenie**

Autyzm i zespół Aspergera są zaburzeniami z grupy całościowych zaburzeń rozwoju. Proces diagnostyczny tych zaburzeń nadal przysparza dużo trudności badaczom i praktykom. Od wielu lat w doniesieniach z całego świata jest mowa o nowych odkryciach związanych z etiologią oraz rozwojem dzieci z tymi zaburzeniami. Rozwój mowy stanowi szczególny obszar, któremu literatura przedmiotu poświęca wiele miejsca. Czy rozwój języka i komunikacji u omawianych dzieci różni się od rozwoju tych umiejętności u dzieci z niepełnosprawnością intelektualną, dzieci z innymi zaburzeniami oraz pełnosprawnych rówieśników? Czy jest możliwe rozróżnienie tych zaburzeń? Niewątpliwie w każdej z tych nieprawidłowości rozwoju należy brać pod uwagę całość funkcjonowania dziecka, a nie jedynie obszar języka i komunikacji.

### **1. Całościowe zaburzenia rozwoju**

Całościowe zaburzenia rozwoju (F84) według ICD-10 to grupa zaburzeń charakteryzujących się nieprawidłowościami w funkcjonowaniu społecznym, w kontaktach międzyludzkich, rozwoju mowy i komunikacji, a także w obszarze aktywności i zabawy (zachowania stereotypowe, rutynowe oraz stymulacyjne). Nieprawidłowości te dotyczą zachowań w każdej sytuacji, choć u poszczególnych dzieci takie zachowania mogą różnić się stopniem ich natężenia. Rozwój

dziecka najczęściej od początku jest nieprawidłowy, różna jest jednak liczba i kolejność pojawiających się charakterystycznych dla tej grupy zaburzeń. Według kryteriów nieprawidłowości pojawiają się najczęściej do trzeciego roku życia, choć w niektórych przypadkach do piątego<sup>1</sup>.

Do grupy całościowych zaburzeń rozwoju według ICD-10 są zaliczane następujące zaburzenia: autyzm dziecięcy (F84.0), autyzm atypowy (F84.1), zespół Retta (F84.2), inne dziecięce zaburzenia dezintegracyjne (F84.3), zaburzenie hiperkinetyczne z towarzyszącym upośledzeniem umysłowym i ruchami stereotypowymi (F84.4), zespół Aspergera (F84.5), inne całościowe zaburzenia rozwojowe (F84.8) oraz całościowe zaburzenia rozwojowe, nie określone (F84.9)<sup>2</sup>.

W powyższych zaburzeniach, aby móc postawić daną diagnozę, należy obserwować dysfunkcję w trzech głównych obszarach funkcjonowania.

Poniższe rozważania będą dotyczyć jedynie obszaru mowy i komunikacji osób z autyzmem i z zespołem Aspergera, których nieprawidłowości i zaburzenia nie mogą być jako jedyne podstawą do ich rozpoznania.

## 2. Autyzm dziecięcy

Autyzm dziecięcy jest najbardziej poznaną przez badaczy dysfunkcją w rozwoju dziecka z grupy całościowych zaburzeń rozwoju. Jako pierwszy został opisany przez Leo Kanner'a w 1943 r. pod nazwą autyzm wczesnodziecięcy<sup>3</sup>. Już w latach 50. ubiegłego stulecia temat autyzmu budził wiele kontrowersji, szczególnie w kwestii etiologii, metod diagnostycznych oraz różnicowania od innych nieprawidłowości rozwojowych u dzieci. Do dnia dzisiejszego te problemy są tematem badań i rozmów naukowców na całym świecie. Pomimo wielu lat badań nad omawianym zaburzeniem nadal nie wyodrębniono jednoznacznych przyczyn autyzmu ani skal i testów do oceny funkcjonowania dziecka.

Autyzm został zaliczony w ICD-10 do kategorii zaburzeń rozwoju psychicznego (F80-F89), która charakteryzuje się następującymi cechami:

- początek w niemowlęctwie lub wczesnym dzieciństwie,
- zaburzenie lub opóźnienie rozwoju tych funkcji, które są ściśle powiązane z procesem biologicznego dojrzewania ośrodkowego układu nerwowego,

---

<sup>1</sup> *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD 10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków – Warszawa 2000.

<sup>2</sup> Tamże.

<sup>3</sup> Zob. m.in. U. Frith, *Autyzm. Wyjaśnienie tajemnicy*, GWP, Gdańsk 2008; tenże (red.), *Autyzm i zespół Aspergera*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005; E. Pisula, *Małe dziecko z autyzmem*, GWP, Gdańsk 2005; B. Winczura, *Dziecko z autyzmem. Terapia deficytów poznawczych a teoria umysłu*, Oficyna Wydawnicza Impuls; Kraków 2008; L. Bobkovicz-Lewartowska, *Autyzm dziecięcy. Zagadnienia diagnozy i terapii*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2000.

– przebieg ciągły bez okresów remisji i nawrotów, co charakteryzuje wiele innych zaburzeń psychicznych<sup>4</sup>.

W grupie tej obok całościowych zaburzeń rozwoju znalazły się także specyficzne zaburzenia rozwoju mowy i języka (F80), specyficzne zaburzenia rozwoju umiejętności szkolnych (F81), specyficzne zaburzenia rozwoju funkcji motorycznych (F82), mieszane specyficzne zaburzenia rozwojowe (F83), inne zaburzenia rozwoju psychicznego (F88) oraz zaburzenia rozwoju psychicznego, nie określone (F89).

Klasyfikacja ta podkreśla konieczność rozpoznawania różnicowego między całościowymi zaburzeniami rozwoju a specyficznymi zaburzeniami rozwoju mowy i języka, co w przypadku poniższych rozważań na temat mowy i komunikacji w autyzmie jest niezmiernie istotne. Różnicowania należy dokonywać także między autyzmem a wtórnymi zaburzeniami społeczno-emocjonalnymi, reaktywnymi zaburzeniami przywiązania w dzieciństwie, upośledzeniem umysłowym oraz schizofrenią o szczególnie wczesnym początku<sup>5</sup>.

ICD-10, wbrew założeniom ich twórców, nie wyodrębnia w sposób jednoznaczny i jednorodny ani samego autyzmu, ani współwystępujących innych zaburzeń. Wiele pokrewnych zaburzeń zachodzi w klasyfikacjach na siebie, stąd często, choć wbrew intencjom twórców klasyfikacji, mówi się o zaburzeniach ze spektrum autystycznego<sup>6</sup>.

Wszystkie zaburzenia z grupy całościowych zaburzeń rozwoju, pomimo wspólnych cech omawianych powyżej, różni stopień ich nasilenia (rys. 1, s. 16).

Współczesne kryteria rozpoznawania autyzmu dziecięcego są następujące:

- nieprawidłowości w rozwoju mowy (czynnej i biernej) i komunikacji;
- dysfunkcje w funkcjonowaniu społecznym (relacje z osobami najbliższymi, relacje z rówieśnikami, rozwój przywiązania, rozumienie społeczne);
- zaburzenia w rozwoju zabawy i zainteresowań oraz w obszarze odbioru bodźców sensorycznych.

Nieprawidłowości w rozwoju w powyższych trzech sferach są widoczne u dziecka już przed trzecim rokiem życia<sup>7</sup>.

Podejmując rozważania na temat rozwoju języka i komunikacji dziecka z autyzmem, należy podkreślić, że obszar ten łączy się z zaburzeniami w pozostałych

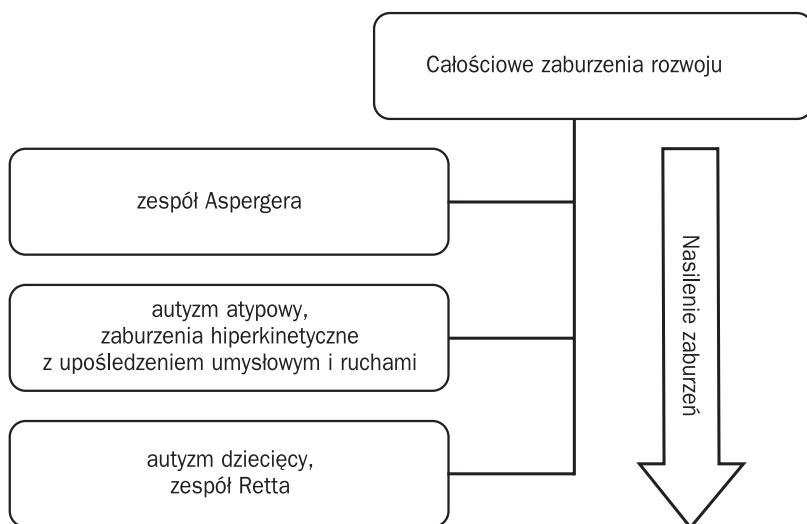
<sup>4</sup> *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD 10. Opisy kliniczne...*

<sup>5</sup> K. Markiewicz, *Możliwości komunikacyjne dzieci autystycznych*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2004; zob. także T. Pietras, A. Witusik, P. Gałęcki (red.), *Autyzm. Epidemiologia, diagnoza i terapia*, Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2010.

<sup>6</sup> J. Wciórka, *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych*, w: A. Bilikiewicz, S. Pużyński, J. Rybakowski, J. Wciórka (red.), *Psychiatria*, t. II: *Psychiatria kliniczna*, Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2002.

<sup>7</sup> Zob. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD 10. Badawcze kryteria diagnostyczne*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków – Warszawa 2000.

dwóch obszarach funkcjonowania. Trudno jednak jednoznacznie ustalić, co w rozwoju dziecka z autyzmem manifestuje się jako objaw podstawowy oraz czy i co determinuje dysfunkcje w innych sferach.



Rysunek 1. Całościowe zaburzenia rozwoju – stopień nasilenia zaburzeń w poszczególnych jednostkach grupy

Źródło: opracowanie własne na podstawie K. Markiewicz, *Możliwości komunikacyjne dzieci autystycznych*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2004.

Język opiera się na wielu zdolnościach. Jak pisze Ida Kurcz, jest on społecznym systemem abstrakcyjnych znaków dźwiękowych oraz reguł posługiwania się nimi. Znaki te dotyczą mowy, ale także wtórnych systemów zbiorów dźwiękowych, takich jak systemy pisane<sup>8</sup>. Od języka należy odróżnić mowę, która jest definiowana jako użycie języka. Ma ona charakter konkretny i jest kształtowana przez różne czynniki sytuacyjne<sup>9</sup>.

Innymi pojęciami istotnymi w charakterystyce języka, mowy i komunikacji są *kompetencja językowa* i *kompetencja komunikacyjna*. Ta pierwsza odnosi się do łącznej umiejętności posługiwania się językiem, czyli do zdolności rozumienia i tworzenia zdań w danym języku, a także wykorzystywania języka odpowiednio do sytuacji. Bez kompetencji komunikacyjnej człowiek nie jest jednak w stanie gromadzić efektów i wyników posługiwania się językiem. Kompetencja komunikacyjna stanowi bowiem umiejętność posługiwania

<sup>8</sup> I. Kurcz, *Język a reprezentacja świata w umyśle*, PWN, Warszawa 1987.

<sup>9</sup> J. Strelau, D. Doliński (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. 1, GWP, Gdańsk 2008.

się systemem językowym i niejęzykowym w interakcjach społecznych. Bez tej umiejętności człowiek nie mógłby w pełni uczestniczyć w życiu społecznym<sup>10</sup>.

Już L. Kanner w swoich pierwszych obserwacjach dzieci, które opisał jako autystyczne, zauważył niepokojące zachowania z obszaru mowy i komunikacji. U opisywanych pacjentów zaobserwował „mutyzm lub rodzaj mowy, którego celem nie wydaje się komunikacja międzyludzka”<sup>11</sup>.

Ten brak komunikacji międzyludzkiej jest zauważany przez badaczy już we wczesnym okresie rozwoju dziecka. Tadeusz Gałkowski podkreśla, że dzieci z autyzmem mają zaburzoną percepcję, co powoduje, że w sposób nieadekwatny wykorzystują napływające do nich bodźce. Nieprawidłowość ta ma znaczenie w rozwoju prawidłowej interakcji między niemowlęciem a rodzicem<sup>12</sup>. U małych dzieci z autyzmem występuje mniej lub bardziej wyraźne unikanie interakcji oraz obojętność wobec bodźców, które w normalnych warunkach i przy prawidłowym rozwoju dziecka wywołują chęć do podejmowania prób nawiązania kontaktu z najbliższymi osobami z otoczenia. Ten obserwowany brak skłonności do nawiązywania więzi emocjonalnej u dzieci z autyzmem jest przyczyną trudności w przyswajaniu sobie przez nie zdolności językowych<sup>13</sup>. E. Pisula zauważa, że dzieci z autyzmem przejawiają ograniczenia w odbiorze sygnałów o charakterze społeczno-emocjonalnym, braku wzajemności, zdolności do nawiązywania i podtrzymywania interakcji, nieświadomości uczuć i oczekiwań innych ludzi. Dziecko z autyzmem rzadko uśmiecha się do innych, przejawia mało pozytywnych emocji. Z kolei tych negatywnych wyraża zdecydowanie częściej w porównaniu z dzieckiem o prawidłowym rozwoju<sup>14</sup>. Zachowania, które najintensywniej determinują rozwój, a właściwie brak rozwoju interakcji pomiędzy dzieckiem z autyzmem a jego opiekunem, to przede wszystkim brak wskazywania, pokazywania, dzielenia uwagi oraz nawiązywania kontaktu wzrokowego. Dzieci z autyzmem, według badaczy, częściej jednak w porównaniu z dziećmi bez autyzmu, manipulowały ciałem partnera interakcji, wykorzystywały jego ciało do zdobycia pożądanego przedmiotu

<sup>10</sup> I. Kurcz, *Psychologia języka i komunikacji*, Wydawnictwo Scholar, Warszawa 2000.

<sup>11</sup> L. Wing, *Związek między zespołem Aspergera i autyzmem Kanner*, w: U. Frith (red.), *Autyzm...*

<sup>12</sup> T. Gałkowski, *Dziecko autystyczne i jego rodzice*, PTKW, Warszawa 1984.

<sup>13</sup> C. Lord, R. Paul, *Language and Communications in autism*, w: *Handbook of Autism and Developmental Disorders*, D.J. Cohen, A. M. Donnellan, R. Paul (red.), New York 2000, za: T. Gałkowski, *Zaburzenia komunikacji w autyzmie*, w: T. Gałkowski, G. Jastrzębowska (red.), *Logopedia – pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*, t. 2: *Zaburzenia komunikacji językowej u dzieci i osób dorosłych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole 2003, s. 271; zob. też M. Rutter, *The development of infantile autism*, „Psychological Medicine” 4/1974, ss. 147-163.

<sup>14</sup> E. Pisula, *Autyzm i przywiązanie. Studia nad interakcjami dzieci z autyzmem i ich matek*, GWP, Gdańsk 2003.

lub dotarcia do celu<sup>15</sup>. Jak zauważa E. Pisula, deficyty w obszarze nawiązywania kontaktu wzrokowego są tym bardziej widoczne, im bardziej sytuacja wymaga współdzielenia uwagi i uwzględniania intersubiektywnego kontekstu<sup>16</sup>. W fazie prewerbalnej u dzieci z autyzmem, zamiast omawianych zachowań pojawiają się nieakceptowane formy, jak agresja czy autoagresja jako przejaw protestu<sup>17</sup>.

Niekorzystny wpływ na rozwój języka, a dalej komunikacji, mają zaburzenia zdolności naśladowania<sup>18</sup>. Małe dziecko nie przejawia prostych zachowań z tego obszaru, nie obserwuje opiekunów i nie próbuje podejmować naśladowania układów mimiki twarzy, a dalej prostych dźwięków (np. gaworzenie). W obszarze tym nie pojawia się także naśladowanie gestów, zachowań i zabaw, co w konsekwencji przekłada się nie tylko na zaburzenia w rozwoju mowy, ale i na nieprawidłowości w uczeniu się zachowań społecznych.

Rozwój mowy werbalnej u dzieci z autyzmem jest na niższym poziomie niż funkcje niewerbalne. Obserwacje badaczy wskazują, że w rozwoju mowy werbalnej u tych dzieci można stwierdzić bądź całkowity brak wykształcenia mowy, opóźnienie, regres, bądź zahamowanie w jego przebiegu. Część z dzieci do końca życia pozostaje mutystyczna. W badaniach nad rozwojem mowy u dzieci z autyzmem nie wyodrębniono wspólnych okresów, na które przypadałyby regres bądź zahamowanie rozwoju mowy<sup>19</sup>, jednak opanowanie mowy do piątego roku życia może być dobrą prognozą dla osób z autyzmem na dalszy rozwój w tym obszarze<sup>20</sup>.

T. Gałkowski wskazuje na związek pomiędzy trudnościami w ekspresji językowej a zdolnościami kinestetycznymi i ruchowymi. Aparat artykulacyjny nie działa sprawnie, stąd trudności w uczeniu się mowy werbalnej. Autor zauważa również, że u dzieci z autyzmem pojawiają się indywidualne różnice dotyczące stopnia opanowania podstawowych nawyków w zakresie ruchów artykulacyjnych, co jest uwarunkowane rozwojem i stopniem dojrzałości struktur centralnego układu nerwowego<sup>21</sup>. Inni badacze natomiast odrzucają trudności w opanowywaniu mowy werbalnej w istnieniu wad narządu artykulacyjnego i wskazują na przyczynę upośledzenia związanego z tą umiejętnością w zabu-

<sup>15</sup> W. L. Stone, O. Y. Ousley, P. J. Yoder, K. R. Hogan, S. L. Hepburn, *Nonverbal Communication in Two- and Three-Year-Old Children with Autism*, „Journal of Autism and Developmental Disorders” vol. 27, 6/1997, ss. 677-696.

<sup>16</sup> E. Pisula, *Autyzm i przywiązanie...*

<sup>17</sup> K. Markiewicz, *Możliwości komunikacyjne...*

<sup>18</sup> E. Pisula, *Małe dziecko...*; U. Frith, *Autyzm. Wyjaśnienie tajemnicy*; B. Winczura, *Dziecko z autyzmem...*; K. Markiewicz, *Możliwości komunikacyjne...*; K. Markiewicz, *Charakterystyka zmian w rozwoju umysłowym dzieci autystycznych*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2007.

<sup>19</sup> J. Błeszyński, *Mowa i język dzieci z autyzmem. Wybrane zagadnienia*, WSP, Słupsk 1998.

<sup>20</sup> M. Rutter i in., *A five to fifteen year follow-up study of infantile psychosis: II Social and behavioral outcome*, „British Journal of Psychiatry” 113/1967, ss. 1183-1199, za: K. Markiewicz, *Możliwości komunikacyjne...*, s. 103.

<sup>21</sup> T. Gałkowski, *Zaburzenia komunikacji...*

rzeniach sfery społecznej, takich jak brak świadomości perspektywy słuchacza komunikatu oraz zdolności adaptacji i zmiany przebiegu dialogu stosownie do otrzymanych informacji zwrotnych<sup>22</sup>.

W przypadku dziecka, u którego mowa nie rozwinęła się w ogóle, badacze podejmują próby określenia stopnia intencjonalności, poczynając od całkowicie rozmyślnego i świadomego zachowania, do zachowań, które są powtarzane zawsze w takiej samej formie, a dziecko powtarza je z racji na przewidywanie efektu danej czynności. O pojawiającej się intencjonalności świadczą zachowania dziecka, które dają się powiązać z zewnętrznymi sygnałami, np. obecność drugiego człowieka czy wskazówki sytuacyjne<sup>23</sup>.

Inny problem, który jest zauważany w rozwoju mowy dziecka z autyzmem, to trudności w rozumieniu. Zdolności te są na niższym poziomie niż u ich rówieśników, a także w porównaniu z dziećmi w tym samym wieku z niepełnosprawnością intelektualną<sup>24</sup>. Nieprawidłowości w tym obszarze są widoczne w reakcji na proste polecenia. Badania Tony Charman i współpracowników dowiodły, że dzieci autystyczne nie reagowały na komunikaty typu: własne imię, zakaz („nie”) oraz zdanie oznajmujące „Tu jest mama/tata”. Tylko niewielka część badanych dzieci reagowała na te polecenia w wieku około dwóch lat, natomiast w grupie kontrolnej prawie 100% dzieci rozwijających się prawidłowo reagowało na te sygnały już po pierwszym roku życia<sup>25</sup>. T. Gałkowski podkreśla, że problemy w rozumieniu przekazów językowych bardzo często dotyczą tych treści, które łączą się z relacjami pomiędzy ludźmi, a dotyczą nawet prostych zachowań czy czynności, takich jak udzielanie rozmaitego rodzaju usług, opieki, wykonywania poleceń<sup>26</sup>. Ta przeszkoda niejednokrotnie łączy się z brakiem wskazywania na pożądane przedmioty i dzieleniem wspólnego pola uwagi. Dzieci z tymi dysfunkcjami częściej posługują się ciałem drugiego człowieka, np. wykorzystują rękę opiekuna, aby sięgnąć upragniony przedmiot<sup>27</sup>.

Badacze wskazują także na rozbieżność pomiędzy poziomem ekspresji i rozumienia mowy. Rozwój jednego i drugiego obszaru następuje w ciągu życia dziecka, jednak spostrzega się, że opóźnienie w zakresie mowy biernej

---

<sup>22</sup> U. Frith, S. Baron-Cohen, A. M. Leslie, *Mechanical, behavioral and intentional understanding of picture stories in autistic children*, „British Journal of Developmental Psychology” 4/1989, ss. 113-125.

<sup>23</sup> A. L. Schuler, B. M. Prizant, B. Ułatwiona komunikacja: podejście przedjęzykowe, w: T. Gałkowski (red.), *Dziecko autystyczne*, t. 7, Wydawnictwo KTA, Warszawa, ss. 5-26, za: K. Markiewicz, *Możliwości komunikacyjne...*, s. 105.

<sup>24</sup> E. Pisula, *Małe dziecko...*

<sup>25</sup> T. Charman, A. Drew, C. Baird, G. Baird, *Measuring early language development in pre-school children with autism spectrum disorder using the MacArthur Communicative Development Inventory (Infant Form)*, „Journal of Child Language” 30/2003, ss. 213-236.

<sup>26</sup> T. Gałkowski, *Zaburzenia komunikacji...*

<sup>27</sup> E. Pisula, *Małe dziecko...*

jest większe niż w obszarze mowy czynnej<sup>28</sup>. Są jednak badacze, którzy nie stwierdzają tej dysproporcji<sup>29</sup>.

Dysfunkcje w rozumieniu dotyczą także rozumienia informacji wyrażonych gestykulacją, mimiką, postawą ciała. Osoby z autyzmem z jednej strony mają problem ze zrozumieniem komunikatów pozawerbalnych, z drugiej – z wyrażaniem się w sposób pozawerbalny. Osoby, które nie mówią, nie kompensują braku mowy werbalnej mową niewerbalną. Badacze zauważają znaczne różnice w tym obszarze pomiędzy dziećmi autystycznymi a zdrowymi rówieśnikami, a także dziećmi z zespołem Downa<sup>30</sup>. Dzieci z autyzmem posługują się najczęściej gestami prostymi, instrumentalnymi, służącymi zakończeniu bądź uniknięciu interakcji<sup>31</sup>.

Omawiając mowę osób z autyzmem, należy powiedzieć także o echolalii i odwracaniu zaimków osobowych. Echolalia jest powtarzaniem słów bądź zdań wypowiedzianych przez inne osoby<sup>32</sup>. W przypadku prawidłowego rozwoju mowy echolalia jest obserwowana u niemowlęcia jako przejaw funkcji naśladowczych. U dzieci pełnosprawnych może pojawiać się do drugiego roku życia, również podczas poszerzania zasobu słów. Występowanie echolalii po drugim roku życia jest uznawane za patologiczne<sup>33</sup>. Zjawisko to jako niezdrowe, oprócz autyzmu, może pojawiać się w takich schorzeniach, jak schizofrenia dziecięca, zespoły kateleptyczne, histeria. Obok powtarzania słów pojawia się tutaj także echopraksja (powtarzanie ruchów) lub ehomimia (powtarzanie mimiki). Zjawisko echopraksji i ehomimii nie występuje u osób autystycznych. Bożydar Kaczmarek zjawisko echolalii obserwował także u osób z uszkodzoną prawą okolicą przedczołową, która przejawiała się jako gotowe, zautomatyzowane, stereotypowe wypowiedzi<sup>34</sup>.

U osób z autyzmem wyróżnia się:

- echolalię bezpośrednią, gdzie powtarzanie słów, fraz, zdań pojawia się natychmiast po ich usłyszeniu,
- echolalię pośrednią/odroczoną, gdzie powtarzanie usłyszanych dłuższych wypowiedzi (reklam, fragmentów bajek, rozmów) odbywa się po pewnym czasie. W tym przypadku osoba autystyczna powtarza wypowiedź z podobną modulacją, intonacją<sup>35</sup>.

<sup>28</sup> T. Charman, A. Drew, C. Baird, G. Baird, *Measuring early language development...*

<sup>29</sup> Por. C. Jarrold i in., *Language profiles in children with autism: Theoretical and methodological implications*, „Autism” 1/1997, ss. 57-76, za: E. Pisula, *Małe dziecko...*, s. 36.

<sup>30</sup> L. Bobkiewicz-Lewartowska, *Autyzm dziecięcy...*

<sup>31</sup> E. M. Minczakiewicz, *Z badań nad rozwojem mowy dzieci autystycznych*, w: W. Dykcik (red.), *Autyzm. Kontrowersje i wyzwania*, Eruditus, Wrocław 1994.

<sup>32</sup> E. Pisula, *Małe dziecko...*; M. M. Konstantareas, B. E. Blackstoc, D. Ch. Webster, *Autyzm*, KTA, Warszawa 1992.

<sup>33</sup> T. Gałkowski, *Autyzm*, w: T. Gałkowski, T. Tarkowski, Z. Zaleski (red.), *Diagnoza i terapia zaburzeń mowy*, WUMCS Lublin 1993.

<sup>34</sup> B. Kaczmarek, *Mózgowa organizacja mowy*, WUMCS, Lublin 1995.

<sup>35</sup> L. Bobkiewicz-Lewartowska, *Autyzm dziecięcy...*; H. Jaklewicz, *Autyzm wczesnodziecięcy. Diagnoza, przebieg, leczenie*, GWP, Gdańsk 1993.

Badacze nie są zgodni, czy i jakie znaczenie ma echolalia w rozwoju mowy i komunikacji dziecka z autyzmem. Są tacy, którzy uważają, że szczególnie echolalia bezpośrednia spełnia funkcję komunikacyjną<sup>36</sup>, oraz tacy, którzy uważają, że jest ona zarejestrowanymi przez dziecko doświadczeniami, nabytymi podczas wydawania przez dorosłego poleceń podniesionym głosem. Może ona pojawiać się i nasilać w sytuacjach niepewnych, zagrażających czy nowych<sup>37</sup>.

U osób z autyzmem pojawiają się zaburzenia w używaniu zaimków osobowych. Obserwuje się zamienianie zaimków lub ich zastępowanie. Dotyczy to przede wszystkim zaimka osobowego „ja”, który bywa zamieniany zaimkiem „ty” albo „on”, bądź bywa zastępowany imieniem osoby (np. „Zosia chce pić” zamiast „Chcę pić”). U osób autystycznych nie pojawiają się także zaimki typu „moje”, „mi”. Trudności w używaniu zaimków są zjawiskiem rozwojowym u dzieci. Umiejętności te pojawiają się w ciągu życia dziecka, najczęściej do trzeciego roku. U dzieci z autyzmem proces ten trwa jednak zdecydowanie dłużej<sup>38</sup>. Sytuacja ta bywa wyjaśniana pojawiającą się u osób z autyzmem echolalią<sup>39</sup>, ale także opóźnieniem rozwoju mowy czynnej i biernej oraz niepełnosprawnością intelektualną.

W ostatnich latach badania nad autyzmem odgrywają istotną rolę w teorii umysłu, która dotyczy zdolności wczuwania się w stany emocjonalne i intencje innych osób. Rozważania i badania nad dziecięcą teorią umysłu – jak zauważa Barbara Winczura – otworzyły nową drogę w badaniach nad kompetencją komunikacyjną, również w przypadku osób autystycznych<sup>40</sup>. Aby uznać osobę za zdolną do kompetencji komunikacyjnej, musi ona – zdaniem B. Winczury:

- prowadzić dialog w sposób sprawny i efektywny, podając uczestnikowi dialogu tylko takie informacje, które w danym momencie są mu niezbędne,
- podmiot musi orientować się w danym kontekście sytuacyjnym,
- osoba powinna umieć oddzielić treści wypowiedzi od własnych i partnera przekonań oraz od rzeczywistego stanu rzeczy,
- mieć umiejętność przyjęcia punktu widzenia partnera rozmowy,
- umieć posłużyć się w prawidłowy sposób żartem, metaforą, przenośnią, kłamstwem zgodnie z zaistniałą sytuacją<sup>41</sup>. Pierwsze powiązania pomiędzy teorią umysłu a kompetencją komunikacyjną kształtują się w wieku około dwóch lat, kiedy u dziecka rozwija się proces udawania i rozumienia symbolicznego.

<sup>36</sup> B. M. Prizant, J. F. Duchan, *The functions of immediate echolalia in autistic children*, „Journal of Speech and Hearing Disorders” 46/1981, ss. 241-249, za: E. Pisula, *Małe dziecko...*, s. 37.

<sup>37</sup> L. Bokowicz-Lewartowska, *Autyzm dziecięcy...*

<sup>38</sup> E. Pisula, *Małe dziecko...*

<sup>39</sup> L. Bartak, M. Rutter, *The use of personal pronouns by autistic children*, „Journal of Autism and Childhood Schizophrenia” 4/1974, ss. 217-222, za: U. Frith, *Autyzm. Wyjaśnienie tajemnicy*, s. 156.

<sup>40</sup> B. Winczura, *Dziecko z autyzmem...*

<sup>41</sup> Tamże.

Istotne jest tutaj nadawanie nazw, co oznacza odtwarzanie postrzeganej rzeczywistości oraz nadawania jej znaczeń<sup>42</sup>. Warto zastanowić się, w jaki sposób ten proces przebiega u osób z autyzmem i czy jest możliwe wytworzenie u nich kompetencji komunikacyjnej.

Jak wskazują badania naukowe, u dzieci z autyzmem już we wczesnym okresie życia nie obserwuje się prawidłowego rozwoju umiejętności naśladowania, a co za tym idzie – rozwoju zabawy poprzez udawanie i zabawy symbolicznej<sup>43</sup>. Nie zauważa się także zachowań związanych z dzieleniem wspólnego pola uwagi, intencjonalności w działaniach, oczekiwania reakcji u drugiego człowieka, a także pojawia się problem na poziomie rozumienia komunikatów werbalnych, niewerbalnych i sytuacji społecznych. Te elementy w znaczny sposób utrudniają rozwój teorii umysłu, a co za tym idzie – kompetencji komunikacyjnej u dzieci z autyzmem<sup>44</sup>. B. Winczura zakłada jednak, że pewne umiejętności można u dziecka kształtować, np. naśladowanie, nawiązywanie kontaktu wzrokowego, rozumienia pewnych komunikatów i zachowań drugiego człowieka, natomiast trudno ocenić, na ile osoba ta jest w pełni zdolna do osiągnięcia kompetencji komunikacyjnej<sup>45</sup>.

### 3. Zespół Aspergera

Drugim szeroko opisywanym i coraz dokładniej poznawanym zaburzeniem z obszaru całościowych zaburzeń rozwoju jest zespół Aspergera (ZA).

Od wielu lat wśród teoretyków i praktyków zajmujących się zagadnieniem ZA trwa spór, czy jest on samodzielną jednostką kliniczną, odrębną i nawzajem wykluczającą się z autyzmem, czy jest to odmiana autyzmu, zaburzenie mieszczące się w kategorii autyzmu<sup>46</sup>? Czy zespół Aspergera można nazwać wysoko funkcjonującym autyzmem (*high-functioning autism*), czy też nie ma on nic wspólnego z tym ostatnio obszernie opisywanym zaburzeniem? Warto zastanowić się, czy rozróżnienie obu tych zaburzeń jest możliwe i czy to rozróżnienie jest użyteczne dla teoretyków i praktyków. W literaturze przedmiotu można odnaleźć oddzielne

<sup>42</sup> J. Piaget, *Mowa i myślenie u dzieci*, PWN, Warszawa 1992.

<sup>43</sup> B. Winczura, *Dziecko z autyzmem...*

<sup>44</sup> T. Gałkowski, *Zaburzenia komunikacji...*

<sup>45</sup> B. Winczura, *Dziecko z autyzmem...*

<sup>46</sup> Między innymi: U. Frith, *Autyzm. Wyjaśnienie tajemnicy*; T. Attwood, *Zespół Aspergera: wprowadzenie*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2006; M. L. Bellon-Harn, W. E. Harn, *Profiles of social communicative competence in middle school children with Asperger syndrome: Two case studies*, „Child Language Teaching and Therapy” vol. 22, February, 1/2006, ss. 1-26; L. Wing, *Związek między zespołem Aspergera...*; P. Szatmari, *Uwięziony umysł*, Wydawnictwo Znak, Kraków 2007; C. Church, S. Alisanski, S. Amanullah, *The Social, Behavioral, and Academic Experiences of Children with Asperger Syndrome*, „Focus on Autism and Other Developmental Disabilities” vol. 15, 1/2000, ss. 12-20.

kryteria dla autyzmu i zespołu Aspergera. Nie odnajduje się w nich stopniowości autyzmu z uwzględnieniem autyzmu wysoko funkcjonującego.

Próbując zebrać podstawowe kryteria diagnostyczne ZA, warto odwołać się do pracy Hansa Aspergera. Wyróżnił on następujące cechy<sup>47</sup>: 1) charakterystyczny wygląd zewnętrzny, który opisywał jako szybkie zatracanie dziecięcych cech (wyraźnie zróżnicowana twarz z delikatnie zaznaczonymi kośćmi, „arystokratyczny” wygląd, zamysłone twarze, zmarszczone brwi); 2) krótkotrwałe i ulotny charakter spojrzenia; 3) ubogi zakres ekspresji twarzy i gestów, używanie stereotypowych gestów; 4) zaburzenia pragmatyki języka, mowa monotonna i bez intonacji, problemy z rozumieniem żartów; 5) mowa nie jest kierowana do odbiorcy; 6) używanie często oryginalnego i trudnego słownictwa; 7) izolowane i wyspecjalizowane obszary specjalnych zainteresowań; 8) wysoki poziom zrozumienia sztuki; 9) zwracanie uwagi na funkcje swojego ciała, obserwowanie siebie i swoich zachowań; 10) zaburzenie żywej relacji ze środowiskiem; 11) poziom funkcjonowania intelektualnego rozciąga się od „geniuszy” do niepełnosprawności intelektualnej; 12) u osób niepełnosprawnych intelektualnie występują stereotypowe i zautomatyzowane zachowania; 13) szczególnie dobra pamięć odtwórcza; 14) problemy z uczeniem się; 15) ograniczenie relacji społecznych; 16) stereotypowa i monotonna zabawa; 17) częsta masturbacja (również w miejscach publicznych), brak harmonijnej integracji seksualności z rozwijającą się osobowością; 18) nadwrażliwość i obniżona wrażliwość zmysłowa; 19) silna tęsknota za domem, problem z przystosowaniem się do zmian<sup>48</sup>.

W klasyfikacji ICD-10 można odnaleźć następujące kryteria diagnostyczne dla ZA:

- brak klinicznego opóźnienia mowy i języka, rozumienia języka, brak opóźnienia rozwoju czynności poznawczych;
- występowanie takich samych jakościowych nieprawidłowości w zakresie interakcji społecznych jak w autyzmie;
- występowanie wyizolowanych lub ograniczonych zainteresowań, a także zachowania stereotypowe i rutynowe, takie jak w autyzmie, z wyłączeniem manieryzmów ruchowych i koncentracji na niefunkcjonalnych elementach przedmiotu<sup>49</sup>.

Z rozwojem umiejętności i kompetencjami społecznymi ścisły związek ma rozwój zdolności w komunikowaniu się z otoczeniem. Zaburzenia w tej sferze u osób z zespołem Aspergera, podobnie jak w przypadku osób z autyzmem, dotyczą zarówno porozumiewania się werbalnego, jak i pozawerbalnego<sup>50</sup>.

<sup>47</sup> H. Asperger, *Psychopatia autystyczna okresu dzieciństwa*, w: U. Frith (red.), *Autyzm...*

<sup>48</sup> Tamże.

<sup>49</sup> *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD 10. Opisy kliniczne...*

<sup>50</sup> T. Attwood, *Zespół Aspergera...*; C. Church, S. Alisanski, S. Amanullah, *The Social, Behavioral, and Academic Experiences...*; G. P. Barnhill, K. T. Cook, K. Tebbenkamp, B. S. Myles, *The*

U około 50% osób z rozpoznaniem zespołu Aspergera umiejętności werbalne rozwijają się z opóźnieniem, jednak jak wskazują badania, dzieci te w wieku około pięciu lat mówią już płynnie pod względem artykulacyjnym i gramatycznym<sup>51</sup>. Biorąc pod uwagę jedynie te aspekty, mowa werbalna dziecka z ZA nie różni się niczym od mowy zdrowego rówieśnika, jednak znaczne różnice pomiędzy tymi grupami zauważa się pod względem pragmatyki, semantyki i prozodii. Osoby z ZA mają także problem z właściwym użyciem języka w kontekście społecznym. Może to objawiać się trudnościami w utrzymywaniu tematu rozmowy, nagłymi zmianami tematu, narzucaniem ulubionego motywu w rozmowie, komentowaniem w sposób niestosowny, łamaniem zasad kodu społecznego. Rozmowa często dezorientuje młodego człowieka z ZA, ma on problem z podążaniem za tokiem rozmowy, z rozumieniem niuansów w wypowiedziach rozmówców. Często w trakcie rozmowy milknie na dłużej i nie kontynuuje jej, ponieważ musi przemyśleć to, co zostało wcześniej powiedziane. W wypowiedziach kierowanych do drugiego człowieka pojawia się także monotonia i ciągłe powracanie do stałych tematów rozmowy, które dotyczą wąskich zainteresowań. Powracanie do konwersacji wokół ulubionych dziedzin daje osobom z ZA poczucie bezpieczeństwa, pewność.

Osoby z ZA nie radzą sobie także ze społecznym kodem nawiązywania, utrzymywania i kończenia konwersacji, w związku z czym zdarza się, że przerywają rozmowę, odchodzą od partnera w trakcie trwającego dialogu<sup>52</sup>.

Osoby z zespołem Aspergera mają tendencję do dosłownego rozumienia wypowiedzi innych ludzi, co prowadzi do utrudnień w komunikacji, dezorientacji dziecka, a czasami silnego napięcia emocjonalnego. Trudności dotyczą rozumienia przenośni, metafor, przysłów. Dziecko ma problem, aby: 1) zrozumieć kontekst danej wypowiedzi, 2) odczytać ukryte znaczenie prezentowanej treści. Dosłowne interpretowanie może prowadzić do powtarzania ciągle tych samych błędów w kontaktach z rówieśnikami, co w konsekwencji prowadzi do odrzucenia dziecka przez rówieśników<sup>53</sup>.

W mowie dzieci i młodzieży z zespołem Aspergera zadziwia pedantyczny bądź wręcz nadmiernie przesadnie formalny dobór słów. Język nastolatka bywa

---

*Effectiveness of Social Skills Intervention Targeting Nonverbal Communication for Adolescents with Asperger Syndrome and Related Pervasive Developmental Delays*, „Focus on Autism and Other Developmental Disabilities” vol. 17, 2/2002, ss. 112-118; M. L. Bellon-Harn, W. E. Harn, *Profiles of social communicative competence...*; A. Maciarz, D. Drała, *Dziecko autystyczne z zespołem Aspergera*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2007.

<sup>51</sup> R. Eienmajer, M. Prior, S. Leekman, L. Wing, J. Gould, M. Welham, B. Ong, *Comparison of clinical symptoms in autism and Asperger's Syndrome*, „Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry” 35/1996, ss. 1523-1531.

<sup>52</sup> M. L. Bellon-Harn, W. E. Harn, *Profiles of social communicative competence...*

<sup>53</sup> H. De Clercq, *Autyzm od wewnątrz – przewodnik*, Wydawnictwo Fraszka Edukacyjna, Warszawa 2007.

często bardzo „dorosły”, słowa, które dobiera, są dojrzałe i przypominają wypowiedzi osób starszych. Dobór słów dziecka jest często wyuczony w kontaktach z osobami dorosłymi, co wiąże się z tym, że dzieci z ZA wolą przebywać i konwersować z dorosłymi niż osobami w ich wieku. To dorośli są zdecydowanie częściej partnerami w rozmowie dla dziecka czy nastolatka z ZA.

Osoby te mają także dużą zdolność do tworzenia nowych słów, neologizmów bądź używają słów w sposób niezwykły, idiosynkratyczny<sup>54</sup>.

W rozmowie zwraca uwagę również specyficzny ton głosu i jego nasilenie. Ton głosu jest jednobarwny, mowa często skandowana i brakuje w niej melodyki. Akcent również jest specyficzny i często przypomina sposób mowy i akcentowania bliskiej osoby. Mowa osoby z zespołem Aspergera często jest w swym brzmieniu dziwna, monotonna i bezbarwna, pozbawiona emocji<sup>55</sup>.

Problem dotyczy również komunikacji pozawerbalnej. Osoby z ZA mają zdecydowanie większy problem w posługiwaniu się gestami ekspresywnymi w porównaniu z gestami instrumentalnymi. Osoby z zespołem Aspergera jednak są w stanie w większym zakresie zdobyć w swym rozwoju kompetencje komunikacyjne, co ma związek z łatwiejszym zdobywaniem umiejętności z zakresu teorii umysłu.

Różnica w rozwoju języka i komunikacji u dzieci z autyzmem i z zespołem Aspergera polega przede wszystkim na wczesnym rozwoju mowy i możliwości komunikacyjnych. Niewątpliwie osoby z zespołem Aspergera mają większe możliwości porozumiewania się z otoczeniem i nieprawidłowości w mowie i komunikacji jest mniej niż w przypadku osoby z autyzmem. Oceniając mowę i komunikację dziecka z autyzmem bądź z zespołem Aspergera, należy pamiętać, że nie może to być jedyny obszar, który jest brany pod uwagę w ocenie funkcjonowania dziecka, tym bardziej nie może być jedyną podstawą do postawienia rozpoznania.

## Literatura

- Asperger H., *Psychopatia autystyczna okresu dzieciństwa*, w: U. Frith (red.), *Autyzm i zespół Aspergera*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005.
- Attwood T., *Zespół Aspergera: wprowadzenie*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2006.
- Barnhill G. P., Cook K. T., Tebbenkamp K., Myles B. S., *The Effectiveness of Social Skills Intervention Targeting Nonverbal Communication for Adolescents with Asperger Syndrome and Related Pervasive Developmental Delays*, „Focus on Autism and Other Developmental Disabilities” vol. 17, 2/2002, ss. 112-118.

<sup>54</sup> T. Attwood, *Zespół Aspergera...*

<sup>55</sup> Tamże.

- Bellon-Harn M. L, Harn W. E., *Profiles of social communicative competence in middle school children with Asperger syndrome: Two case studies*, „Child Language Teaching and Therapy” vol. 22, February, 1/2006, ss. 1-26.
- Błeszyński J., *Mowa i język dzieci z autyzmem. Wybrane zagadnienia*, WSP, Słupsk 1998.
- Bobkovicz-Lewartowska L., *Autyzm dziecięcy. Zagadnienia diagnozy i terapii*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2000.
- Charman T., Drew A., Baird C., Baird G., *Measuring early language development in preschool children with autism spectrum disorder using the MacArthur Communicative Development Inventory (Infant Form)*, „Journal of Child Language” 30/2003, ss. 213-236.
- Church C., Alisanski S., Amanullah S., *The Social, Behavioral, and Academic Experiences of Children with Asperger Syndrome*, „Focus on Autism and Other Developmental Disabilities” vol. 15, 1/2000, ss. 12-20.
- De Clercq H., *Autyzm od wewnątrz – przewodnik*, Wydawnictwo Fraszka Edukacyjna, Warszawa 2007.
- Eienmajer R., Prior M., Leekman S., Wing L., Gould J., Welham M., Ong B., *Comparison of clinical symptoms in autism and Asperger's Syndrome*, „Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry” 35/1996, ss. 1523-1531.
- Frith U., *Autyzm. Wyjaśnienie tajemnicy*, GWP, Gdańsk 2008.
- Frith U. (red.), *Autyzm i zespół Aspergera*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005.
- Frith U., Baron-Cohen S., Leslie A. M., *Mechanical, behavioral and intentional understanding of picture stories in autistic children*, „British Journal of Developmental Psychology” 4/1989, ss. 113-125.
- Gałkowski T., *Dziecko autystyczne i jego rodzice*, PTWK, Warszawa 1984.
- Gałkowski T., *Autyzm*, w: T. Gałkowski, T. Tarkowski, Z. Zaleski (red.), *Diagnoza i terapia zaburzeń mowy*, WUMCS, Lublin 1993.
- Gałkowski T., *Zaburzenia komunikacji w autyzmie*, w: T. Gałkowski, G. Jastrzębowska (red.), *Logopedia – pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki, t. 2: Zaburzenia komunikacji językowej u dzieci i osób dorosłych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole 2003.
- Jaklewicz H., *Autyzm wczesnodziecięcy. Diagnoza, przebieg, leczenie*, GWP, Gdańsk 1993.
- Kaczmarek B., *Mózgowa organizacja mowy*, WUMCS, Lublin 1995.
- Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD 10. Badawcze kryteria diagnostyczne*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków – Warszawa 2000.
- Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD 10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków – Warszawa 2000.
- Konstantareas M. M., Blackstoc B. E., Webster D. Ch., *Autyzm*, KTA, Warszawa 1992.
- Kurcz I., *Język a reprezentacja świata w umyśle*, PWN, Warszawa 1987.
- Kurcz I., *Psychologia języka i komunikacji*, Wydawnictwo Scholar, Warszawa 2000.
- Maciarz A., Drała D., *Dziecko autystyczne z zespołem Aspergera*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2007.
- Markiewicz K., *Możliwości komunikacyjne dzieci autystycznych*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2004.

- Markiewicz K., *Charakterystyka zmian w rozwoju umysłowym dzieci autystycznych*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2007.
- Minczakiewicz E. M., *Z badań nad rozwojem mowy dzieci autystycznych*, w: W. Dykcik (red.), *Autyzm. Kontrowersje i wyzwania*, Eruditus, Wrocław 1994.
- Piaget J., *Mowa i myślenie u dzieci*, PWN, Warszawa 1992.
- Pietras T., Witusik A., Gałeczki P. (red.), *Autyzm. Epidemiologia, diagnoza i terapia*, Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2010.
- Pisula E., *Autyzm i przywiązanie. Studia nad interakcjami dzieci z autyzmem i ich matek*, GWP, Gdańsk 2003.
- Pisula E., *Małe dziecko z autyzmem*, GWP, Gdańsk 2005.
- Rutter M., *The development of infantile autism*, „Psychological Medicine” 4/1974, ss. 147-163.
- Stone W. L., Ousley O. Y., Yoder P. J., Hogan K. R., Hepburn S. L., *Nonverbal Communication in Two- and Three-Year-Old Children with Autism*, „Journal of Autism and Developmental Disorders” vol. 27, 6/1997, ss. 677-696.
- Strelau J., Doliński D. (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. 1, GWP, Gdańsk 2008.
- Szatmari P., *Uwięziony umysł*, Wydawnictwo Znak, Kraków 2007.
- Wciórka J., *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych*, w: A. Bilikiewicz, S. Pużyński, J. Rybakowski, J. Wciórka (red.), *Psychiatria*, t. II: *Psychiatria kliniczna*, Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2002.
- Winczura B., *Dziecko z autyzmem. Terapia deficytów poznawczych a teoria umysłu*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2008.
- Wing L., *Związek między zespołem Aspergera i autyzmem Kanner*, w: U. Frith (red.), *Autyzm i zespół Aspergera*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005.



MONIKA OBRĘBSKA

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu  
Instytut Psychologii

## **Analiza leksykalna tekstów wypowiedzi pacjentów ze zdiagnozowaną schizofrenią paranoidalną. Doniesienie z badań**

### **Wprowadzenie**

Poszukiwanie powiązań między procesami psychicznymi jednostki a dokonywanymi przez nią wyborami leksykalnymi na gruncie psychologii zostało spopularyzowane pracami Jamesa W. Pennebaker i Lori D. Stone<sup>1</sup>. Ich badania opierają się na założeniu, że słowa, których ludzie używają – ich gramatyczne formy, brzmienie, przynależność do pewnych semantycznych kategorii – dostarczają informacji o procesach psychicznych jednostki, niezależnie od kontekstu, w jakim się ich używa. Jest to zgodne z funkcją reprezentatywną języka, która – jak pisze Ida Kurcz – „(...) pozwala na przedstawianie – czyli reprezentację – w mowie wewnętrznej świata zewnętrznego, fizycznego i społecznego, a także wewnętrznego świata naszych myśli, przekonań i intencji”<sup>2</sup>.

Próba powiązania formalnych cech języka z procesami psychicznymi jego użytkowników jest przedmiotem zainteresowania psychologów różnych orientacji teoretycznych, szczególnie reprezentujących nurt psychologii narracyjnej<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> J. W. Pennebaker, L. D. Stone, *Words of Wisdom: Language Use Over the Life Span*, „Journal of Personality and Social Psychology”, vol. 2, 85/2003, ss. 291-301.

<sup>2</sup> I. Kurcz, *Język w służbie umysłu*, „Kolokwia Psychologiczne” 15/2006, s. 21.

<sup>3</sup> J. Trzebiński, *Narracja jako sposób rozumienia świata*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2002; B. Janusz, K. Gdowska, B. de Barbaro, *Narracja. Teoria i praktyka*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2008; M. Straś-Romanowska, B. Bartosz, M. Żurko, *Badania narracyjne w psychologii*, Wydawnictwo ENETEIA, Warszawa 2010.

Narracja jest w nim rozumiana jako szczególna forma poznawczego reprezentowania rzeczywistości, poziom komunikatu zaś jest tylko zewnętrzną manifestacją złożonego bogactwa świata wewnętrznego jednostki, „werbalną reprezentacją zmieniającej się rzeczywistości”<sup>4</sup>.

W artykule zakładam również, zgodnie z holistycznym podejściem do człowieka, istnienie zależności pomiędzy procesami psychicznymi jednostki a jej wypowiedziami językowymi, przyjmując, iż proces chorobowy i dominujące objawy kliniczne znajdą swoje odzwierciedlenie w dokonywanych przez pacjentów ze schizofrenią wyborach leksykalnych.

## 1. Problemy badawcze

Celem prezentowanego badania jest porównanie wyborów leksykalnych osób ze zdiagnozowaną schizofrenią paranoidalną (grupa badawcza) i osób zdrowych (grupa kontrolna) przy założeniu, że proces chorobowy i dominujące objawy kliniczne w sposób istotny zmodyfikują te wybory.

Schizofrenię ujmuje się w literaturze<sup>5</sup> jako proces chorobowy rozwijający się dynamicznie, co znajduje swoje odzwierciedlenie w rozróżnieniu dwóch podstawowych zespołów objawów klinicznych schizofrenii: pozytywnego i negatywnego<sup>6</sup>. Składają się one na dwa typy schizofrenii: pozytywny, z przewagą objawów wytwórczych (urojenia, omamy, formalne zaburzenia myślenia, nadaktywność, podejrzliwość, wrogość), oraz negatywny, z przewagą objawów deficytowych (brak spontaniczności i płynności mowy, zubożona komunikacja i aktywność, stereotypia myślenia, zaburzenia myślenia abstrakcyjnego, autyzm, wycofanie emocjonalne). Objawy pozytywne są charakterystyczne najczęściej dla początkowego stadium choroby (pierwszy epizod psychotyczny), negatywne zaś dla przewlekłej postaci schizofrenii.

Ten dwuwymiarowy, pozytywno-negatywny model kliniczny sprawdzano potem wielokrotnie za pomocą specjalnie skonstruowanych narzędzi, przede wszystkim skali PANSS (*The Positive and Negative Syndrom Scale for Schizo-*

<sup>4</sup> B. Bokus, *O przenikaniu się światów fabuły w narracji dziecięcej*, w: E. Chmielnicka-Kuter, M. Puchalska-Wasyl (red.), *Polifonia osobowości. Aktualne problemy psychologii narracji*, Wydawnictwo KUL, Lublin 2005.

<sup>5</sup> M. Birchwood, Ch. Jackson, *Schizofrenia*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004; A. Kępiński, *Schizofrenia*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2001; J. Wciórka, *Schizofrenia*, w: A. Bilikiewicz, S. Pużyński, J. Rybakowski, J. Wciórka (red.), *Psychiatria*, Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2002.

<sup>6</sup> N. Andreasen, *Scale for the Assessment of Negative Syndroms (SAPS)*, University of Iowa, Iowa City 1984; N. Andreasen, *Scale for the Assessment of Positive Syndroms (SAPS)*, University of Iowa, Iowa City 1984; N. Andreasen, T. Crow, *Thought, language and communication disorders. Clinical assessment, definition of terms and evaluation of their reliability*, „Archives of General Psychiatry” 36/1979, ss. 1315-1321.

phrenia), która została wykorzystana również w tej pracy jako narzędzie opisu objawów schizofrenicznych.

Nancy C. Andreasen<sup>7</sup> traktuje większość objawów patologii językowej jako składową zespołu pozytywnych objawów schizofrenii, wiążąc je z formalnymi zaburzeniami myślenia. Podobnie uważa Andrzej Czernikiewicz: „przy uwzględnianiu dwuczynnikowego wymiaru schizofrenii (pozytywnego i negatywnego) schizofazja jest elementem syndromu pozytywnego schizofrenii”<sup>8</sup>. Pragnę zweryfikować hipotezę, iż pewne zmiany językowe występują w obu typach schizofrenii i zmieniają się wraz ze zmieniającymi się objawami klinicznymi choroby.

Wyborami leksykalnymi w schizofrenii na gruncie języka polskiego zajął się Tomasz Woźniak<sup>9</sup>, analizując przede wszystkim obecność neologizmów językowych, paronimii i bezsensownych form wyrazowych, stanowiących zaburzenie „konotacji linearnej” narracji schizofrenicznej.

W prezentowanym badaniu, wykorzystując wyniki badania pilotażowego<sup>10</sup> przy formułowaniu problemów badawczych, postanowiono zbadać:

- całkowitą długość wypowiedzi mierzoną w liczbie słów; założyliśmy, że nadaktywność pacjentów z objawami pozytywnymi schizofrenii będzie przejawiać się wielomównością i znacząco dłuższymi wypowiedziami w porównaniu z pacjentami o objawach negatywnych i osobami zdrowymi;
- bogactwo leksykalne wypowiedzi poprzez analizę procentowego udziału poszczególnych kategorii gramatycznych w wypowiedziach; założyliśmy, że wypowiedzi osób zdrowych będą zawierały więcej rzeczowników, przymiotników, czasowników, imiesłówów i przysłówków w porównaniu z pacjentami o objawach pozytywnych i negatywnych schizofrenii;
- czasowniki pod kątem użycia poszczególnych form fleksyjnych; założyliśmy, że większe skoncentrowanie się na sobie pacjentów schizofrenicznych będzie wyrażać się częstszym użyciem pierwszej osoby czasownika (i częstszym użyciem zaimków osobowych w pierwszej osobie) w porównaniu z grupą kontrolną, natomiast koncentracja na przeszłości, której – co pokazują badania

<sup>7</sup> N. Andreasen, *Scale for the Assessment of Negative Syndroms...*; tenże, *Scale for the Assessment of Positive Syndroms...*

<sup>8</sup> A. Czernikiewicz, *Przewodnik po zaburzeniach językowych w schizofrenii*, Wydawnictwo Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2004, s. 49.

<sup>9</sup> T. Woźniak, *Zaburzenia języka w schizofrenii*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2000; T. Woźniak, *Narracja w schizofrenii*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2005.

<sup>10</sup> Wyniki badania pilotażowego, zawierające wstępną analizę leksykalną tekstów wypowiedzi pacjentów ze schizofrenią paranoidalną, można odnaleźć w dwóch artykułach: M. Obrębska, T. Obrębski, *Lexical and grammatical analysis of schizophrenic patients' language: a preliminary report*, „Psychology of Language and Communication”, vol. 1, 11/2007, ss. 63-72; M. Obrębska, *Wielkie narracje w schizofrenii*, w: M. Straś-Romanowska, B. Bartosz, M. Żurko (red.), *Psychologia małych i wielkich narracji*, Wydawnictwo ENETEIA, Warszawa 2010.

Fredericka T. Melgesa<sup>11</sup> – sprzyja długotrwały pobyt w szpitalu – częstszym użyciem czasu przeszłego;

– proporcję czasowników „realnych”, opisujących możliwe do zaobserwowania z zewnątrz działania podmiotu, do czasowników „mentalnych”, wyrażających przeżycia i refleksje<sup>12</sup>; założyliśmy, że większa koncentracja na sobie pacjentów schizofrenicznych będzie sprzyjać ich większej refleksyjności;

– rzeczowniki pod kątem ich znaczenia; założyliśmy, że w typie pozytywnym schizofrenii urojeniowa wizja świata będzie przejawiać się w wymiarze leksykalnym nadreprezentacją rzeczowników abstrakcyjnych i metafizycznych;

– przymiotniki pod kątem ich występowania; założyliśmy, że wycofanie emocjonalne pacjentów negatywnych będzie przejawiać się w wymiarze językowym mniejszą liczbą przymiotników, szczególnie o nasyceniu emocjonalnym;

– zaimki, partykuły i spójniki pod kątem ich liczebności; założyliśmy, że – w nawiązaniu do badań George’a Mahla<sup>13</sup> i Waltera Weintrauba<sup>14</sup>, którzy wiążą ich występowanie z wysokim poziomem lęku – liczba zaimków, partykuł i spójników powinna być wyższa w grupie pacjentów ze schizofrenią w porównaniu z osobami zdrowymi.

## 2. Metoda badawcza

W celu weryfikacji opisanych problemów badawczych przeprowadzono badanie, w którym uczestniczyło 132 hospitalizowanych pacjentów psychiatrycznych ze zdiagnozowaną schizofrenią paranoidalną (52 kobiety i 80 mężczyzn, w tym: 12 osób z wykształceniem wyższym, 48 – ze średnim i 72 – z podstawowym i podstawowym zawodowym). Badanie miało miejsce w pięciu dużych ośrodkach psychiatrycznych na terenie całej Polski:

- Wojewódzkim Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Gnieźnie,
- Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Ciburzu,
- Wojewódzkim Szpitalu Neuropsychiatrycznym w Kościanie,
- Szpitalu Specjalistycznym im. Józefa Babińskiego w Krakowie,
- Samodzielnym Publicznym Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Międzyrzeczu.

Wszystkie osoby badane wyraziły pisemną zgodę na udział w badaniu i na nagrywanie swojej wypowiedzi na dyktafon. Warunkiem udziału w badaniu

<sup>11</sup> F. T. Melges, *Time and the Inner Future. A Temporal Approach to Psychiatric Disorders*, John Wiley & Sons, New York 1982.

<sup>12</sup> J. Jastrzębska, E. Dryll, *Autonarracja osób o różnych stylach przywiązania. Wybrane techniki formalnej analizy tekstu*, w: B. Janusz, K. Gdowska, B. de Barbaro (red.), *Narracja...*

<sup>13</sup> Podaję za: B. Maher, *Język a psychopatologia*, w: B. Stanosz (red.), *Język w świetle nauki*, Spółdzielnia Wydawnicza Czytelnik, Warszawa 1980.

<sup>14</sup> W. Weintraub, *Verbal behavior In every-day life*, Springer, New York 1989.

była też zdolność chorego do utrzymania względnie dobrego kontaktu z otoczeniem społecznym.

Osobom badanym pokazywano kolejno pięć fotografii wyselekcjonowanych spośród czternastu przez pięciu sędziów kompetentnych, doświadczonych w pracy z pacjentami psychotycznymi (3 psychiatrów i 2 psychologów praktyków) i zaaprobowanych przez Komisję Etyczną IP UAM. Fotografie zostały wybrane z albumów „klasyków” fotografii (W. Ronisa, R. Doisneau, Z. Matuszewskiego, Z. Nasierowskiej, K. Kurzydło) i porangowane na podstawie dwóch kryteriów:

- dobra pacjenta (by badanie nie pogorszyło stanu chorobowego),
- bogactwa treściowego (by fotografie skłaniały do mówienia).

Fotografie pokazywano zawsze w tej samej kolejności, prosząc, by badany opisał, co na nich widzi. Wszystkie wypowiedzi były nagrywane na dyktafon, co umożliwiało odtworzenie swobodnego toku wypowiedzi osoby badanej.

Po zakończeniu badania, badacz – wspólnie z prowadzącym pacjenta lekarzem psychiatrą – wypełniał skalę PANSS, by przypisać pacjenta do pozytywnego lub negatywnego typu schizofrenii (każdy przypadek był potem jeszcze konsultowany z innym, doświadczonym lekarzem psychiatrą). W sumie w trakcie badania wyłoniono 80 pacjentów z pozytywnymi i 52 z negatywnymi objawami schizofrenii.

Podobnej procedurze badawczej (pokazywanie fotografii) poddano osoby zdrowe, tworzące grupę kontrolną. Grupa kontrolna (n = 130) została dobrana do grupy badawczej metodą „matching”: do każdego pacjenta dobierano osobę zdrową o tej samej płci, wykształceniu i wieku; najważniejszą zmienną różnicującą obie grupy był stan chorobowy.

Wszystkie teksty wypowiedzi zostały przepisane w formacie programu „Transcriber”. Dwa teksty z grupy badawczej okazały się nieczytelne, do analizy zakwalifikowano wyniki 130 osób z grupy badawczej i 130 z kontrolnej. Do analizy tekstów użyto pakietu narzędzi UAM Text Tools<sup>15</sup> opracowanego na Wydziale Matematyki i Informatyki UAM w Poznaniu oraz doraźnie pisanych programów. Narzędzia te przypisały każdemu z słów tekstu informację o części mowy oraz atrybutach morfologicznych (liczba, rodzaj, osoba), wykorzystując dane elektronicznego słownika morfologicznego Polec/PMDB. Oznakowanie naniesione automatycznie przez program wymagało oczywiście ręcznej weryfikacji, wykonanej przez dwie konsultujące się osoby z wykształceniem lingwistycznym, w oparciu o *Współczesny słownik języka polskiego* Bogustawa Dunaja<sup>16</sup> i *Słownik języka polskiego* Mieczysława Szymczaka<sup>17</sup>.

<sup>15</sup> T. Obrębski, M. Stolarski, *UAM Text Tools – A Flexible NLP Architecture*, w: N. Calzolari (red.), *Fifth International Conference on Language Resources and Evaluation, Genua, Italy, 24-26.05.2006*, ELRA, Paryż 2006, ss. 2259-2262.

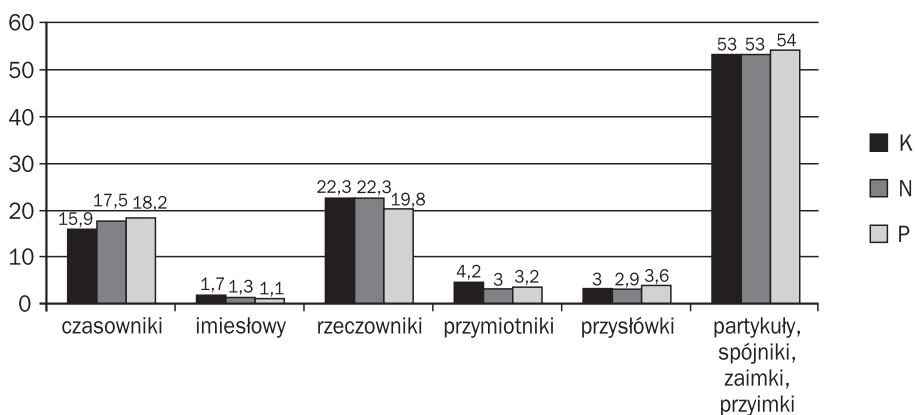
<sup>16</sup> B. Dunaj, *Współczesny słownik języka polskiego*, Wydawnictwo Langenscheidt Polska Sp. z o.o., Warszawa 2007.

<sup>17</sup> M. Szymczak, *Słownik języka polskiego*, PWN, Warszawa 1982.

### 3. Wyniki

Pacjenci o objawach pozytywnych schizofrenii generowali wypowiedzi istotnie dłuższe (średnio 1500 słów) w porównaniu z pacjentami o objawach negatywnych (300 słów) i osobami zdrowymi (300 słów). Typowa dla tej grupy chorych nadaktywność wyraża się więc również w aspekcie werbalnym wielomównością i ilościowym wzrostem mowy spontanicznej.

Szczegółowe wyniki analizy leksykalnej zawiera rys. 1, gdzie K oznacza grupę kontrolną, N – grupę pacjentów z objawami negatywnymi schizofrenii, P – grupę pacjentów z objawami pozytywnymi.



Rysunek 1. Wyniki analizy leksykalnej

Źródło: badania własne.

W celu ustalenia poziomu istotności wykrytych różnic przeprowadzono analizę wariancji z wykorzystaniem Testu HSD Tukeya dla  $p = 0,05$ . Największe różnice wystąpiły pomiędzy grupą pacjentów z objawami pozytywnymi schizofrenii a grupą osób zdrowych. Ilościowy wskaźnik wyborów leksykalnych w poszczególnych badanych grupach był zróżnicowany w odniesieniu do różnych części mowy.

Przy wyborze czasowników istotna statystycznie okazała się różnica pomiędzy grupą kontrolną (K) a grupą pacjentów o objawach pozytywnych (P) i negatywnych schizofrenii (N). Częstość użycia czasowników okazała się najwyższa w grupie pacjentów o objawach pozytywnych schizofrenii, aczkolwiek różnica pomiędzy tą grupą chorych a grupą pacjentów o objawach negatywnych nie była istotna na poziomie statystycznym. W odniesieniu do częstości użycia imiesłków istotna okazała się tylko różnica pomiędzy grupą pacjentów o objawach pozytywnych a grupą osób zdrowych.

Najmniej rzeczowników zawierały wypowiedzi pacjentów o objawach pozytywnych; różnica pomiędzy tą grupą chorych a pozostałymi badanymi grupami

okazała się statystycznie istotna. Przymiotniki natomiast przeważały w sposób istotny statystycznie w wypowiedziach osób zdrowych, przysłówki zaś w wypowiedziach pacjentów o objawach pozytywnych schizofrenii. W odniesieniu do zaimków, spójników i partykuł nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie.

Analiza fleksyjna pokazała istotnie częstsze użycie pierwszej osoby czasownika i zaimka osobowego oraz kategorii czasu przeszłego w grupie pacjentów o objawach pozytywnych schizofrenii. Stopień koncentracji na sobie w wypowiedziach zbadano przy użyciu Wskaźnika Nieosobistych Odniesień Suitberta Ertela<sup>18</sup>. Wskaźnik Nieosobistych Odniesień był obliczany przez Ertela<sup>19</sup> na podstawie analizy częstości użycia zaimków osobowych w różnych osobach. W naszych badaniach wzięliśmy pod uwagę również formy czasowników. Podstawowym powodem jest to, że w języku polskim zaimek osobowy pełniący funkcję podmiotu jest bardzo często nieobecny w strukturze powierzchniowej zdania. Odpowiadającą mu informację niesie końcówka czasownika wskazująca wartość kategorii gramatycznej osoby.

Wskaźnik Nieosobistych Odniesień był obliczany w naszych badaniach w następujący sposób:

$$WNO = \frac{\text{liczba zaimków osobowych i czasowników w trzeciej osobie}}{\text{liczba zaimków osobowych i czasowników}}$$

Niska wartość WNO wskazuje na akcentowanie w wypowiedziach przede wszystkim własnej osoby. Uzyskane wyniki dla P (grupa pacjentów z objawami pozytywnymi schizofrenii), N (grupa pacjentów z objawami negatywnymi schizofrenii) i K (grupa kontrolna) zawiera rys. 2 (s. 36).

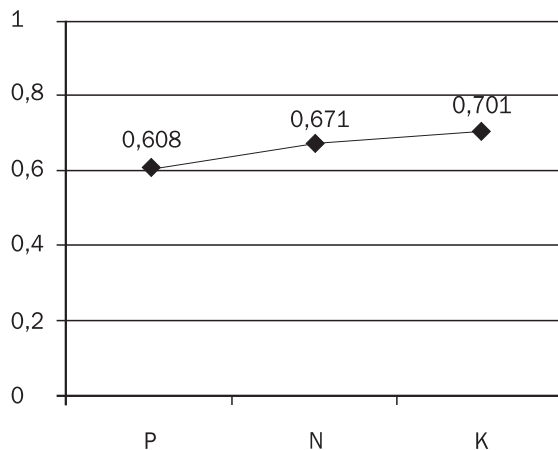
Wyniki istotne na poziomie statystycznym uzyskano pomiędzy grupą pacjentów z objawami pozytywnymi a grupą pacjentów o objawach negatywnych schizofrenii i grupą osób zdrowych. Pacjenci o objawach pozytywnych w swoich wypowiedziach akcentują istotnie częściej własną osobę w porównaniu z pozostałymi badanymi grupami.

Różnice w użyciu kategorii czasowych czasowników<sup>20</sup> przedstawia rys. 3 (s. 36). Wszystkie wyniki, z wyjątkiem różnicy w użyciu czasowników w czasie przyszłym (grupa pacjentów o objawach pozytywnych schizofrenii i grupa pacjentów o objawach negatywnych), okazały się wynikami istotnymi statystycznie.

<sup>18</sup> Szczegółowe omówienie wyników badań nad Wskaźnikami Stylów Mówienia Suitberta Ertela znajduje się w artykule: M. Obrębska, T. Obrębski, *Stylę mówienia w schizofrenii. Analiza porównawcza z wykorzystaniem Wskaźników Stylów Mówienia Suitberta Ertela*, „Czasopismo Psychologiczne”, vol. 17, 2/2011, ss. 189-198.

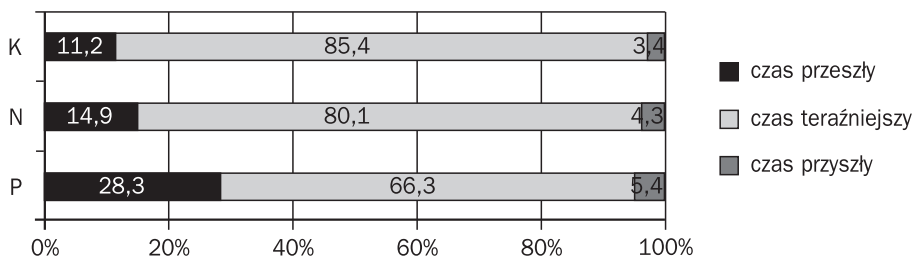
<sup>19</sup> S. Ertel, *Language, thought and culture: Toward a mergence of diverging problem fields*, w: I. Kurcz, G. W. Shugar, J. H. Danks (red.), *Knowledge and Language*, Elsevier Science Publishers, Amsterdam 1986

<sup>20</sup> Szersze przedstawienie tego zagadnienia zostało zaprezentowane w artykule M. Obrębska, A. Nowak, *Perspektywa czasowa w schizofrenii. Doniesienie z badań*, „Badania nad schizofrenią (Current Problems of Psychiatry)”, vol. 4, 11/2010, ss. 323-327.



Rysunek 2. Wartość wskaźnika Nieosobistych Odniesień

Źródło: badania własne.



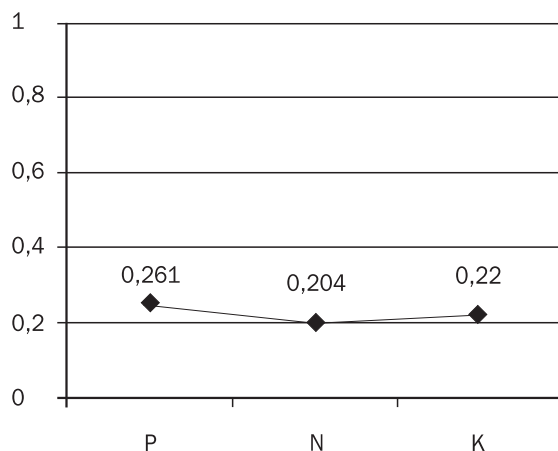
Rysunek 3. Różnice w użyciu kategorii czasowych czasowników

Źródło: badania własne.

Nie stwierdzono natomiast różnicy w częstotliwości użycia czasowników „realnych” ( $k = 71,3$ ;  $n = 71,6$ ;  $p = 70,6$ ) i „mentalnych” ( $k = 28,7$ ;  $n = 28,4$ ;  $p = 29,4$ ); we wszystkich trzech badanych grupach przeważała pierwsza kategoria, na co mogła mieć wpływ instrukcja badawcza: „Opisz...”.

Analiza semantyczna rzeczowników na wymiarze abstrakcyjność – konkretność wykazała różnice istotne statystycznie. Proporcję w użyciu rzeczowników abstrakcyjnych i metafizycznych, czyli rzeczowników oznaczających pojęcia nieprzedmiotowe<sup>21</sup>, do wszystkich użytych rzeczowników dla wszystkich trzech badanych grup przedstawia rys. 4.

<sup>21</sup> K. Polański, *Encyklopedia językoznawstwa ogólnego*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław 1993.



Rysunek 4. Różnice w częstości użycia rzeczowników abstrakcyjnych i metafizycznych  
Źródło: badania własne.

Użycie rzeczowników o znaczeniu metafizycznym i abstrakcyjnym okazało się najwyższe w grupie pacjentów o objawach pozytywnych schizofrenii; różnica ta okazała się istotna statystycznie zarówno w porównaniu z grupą pacjentów o objawach negatywnych, jak i z grupą kontrolną.

#### 4. Dyskusja

Analiza wyborów leksykalnych pacjentów o objawach pozytywnych i negatywnych schizofrenii i osób zdrowych wykazała różnice istotne na poziomie statystycznym, szczególnie pomiędzy grupą pacjentów o objawach pozytywnych a osobami zdrowymi. Można zauważyć, że wypowiedzi pacjentów z objawami pozytywnymi są zdecydowanie najdłuższe, z podwyższoną liczbą czasowników (również tych w pierwszej osobie), a obniżoną rzeczowników, z jednoczesną nadreprezentacją rzeczowników metafizycznych i abstrakcyjnych w porównaniu z pozostałymi badanymi grupami. W swoich wypowiedziach pacjenci pozytywni używają również mniej przymiotników i imiesłowów niż osoby zdrowe. U pacjentów o objawach negatywnych schizofrenii długość wypowiedzi jest zbliżona do długości wypowiedzi osób zdrowych, różne są natomiast wybory leksykalne. Charakteryzuje je również wyższy procent użycia czasowników i niższy przymiotników w porównaniu z osobami zdrowymi. Poziom abstrakcji wypowiedzi też jest u tych pacjentów nieco niższy, ale różnica nie jest istotna na poziomie statystycznym.

W prezentowanych wynikach może zastanawiać podwyższony poziom częstości użycia czasowników, „reprezentacji działania” według terminologii Macieja

Hamana<sup>22</sup>, szczególnie w grupie pacjentów z objawami pozytywnymi schizofrenii. Zastanawia tym bardziej, iż – jak pisze I. Kurcz – „wydaje się, że mamy silniejszą skłonność do opisu procesów i czynności, jakie wykonują ludzie czy w jakie uwikłane są rzeczy, niż do przypisywania tymże ludziom i rzeczom jakichś właściwości czy cech”<sup>23</sup>. Wydaje się, że tę nadreprezentację czasowników w wypowiedziach pacjentów psychotycznych można wyjaśnić poprzez odwołanie się do dynamiki procesu chorobowego<sup>24</sup> i do badań neuroanatomicznych nad schizofrenią.

Pierwszemu etapowi psychozy towarzyszą często urojenia wielkościowe, poczucie wszechmocy i sprawstwa, podwyższony, wręcz euforyczny nastrój i „kompensacyjnie pozytywny obraz siebie”<sup>25</sup> (objawy te wystąpiły u większości przebadanych pacjentów o objawach pozytywnych). Ze wzmożoną dynamiką życiową i dobrym samopoczuciem wiąże się uczucie górowania nad światem otaczającym, poczucie ważnej misji do spełnienia. Być może przekłada się to na bardziej dynamiczne i „działaniowe” ujmowanie świata, nastawienie na zmienianie go i przekształcanie, co język odzwierciedla nagromadzeniem czasowników. Mniejsze znaczenie mają tu inne osoby, rzeczy i ich właściwości, to, co statyczne i niezmiennie, co język narracji obrazuje zaniżonym poziomem rzeczowników i przymiotników. Pacjenci pozytywni są nastawieni na dokonywanie zmian, na działanie, a nie przeżywanie i analizowanie. Poza tym – co podkreśla S. Ertel<sup>26</sup> – posługiwanie się rzeczownikami wymaga przetwarzania złożonej, skondensowanej informacji, czasowniki zaś są strukturami zdecydowanie prostszymi poznawczo.

Wizerunek ten wydaje się korespondować z wynikami badań Dawida Pablo Boderera, na które powołuje się Władysław Jacek Paluchowski, zgodnie z którymi „intensywność używania czasowników wskazuje na aktywny, dynamiczny, niespokojny, emocjonalny i niekiedy mało refleksyjny styl mówienia, a wysoka ich proporcja wśród przymiotników jest wskaźnikiem poziomu skoncentrowania na sobie, podczas gdy niska wskazuje na orientację na otoczenie”<sup>27</sup>.

Inną próbę wyjaśnienia tej „intensywności używania czasowników” przynoszą badania neuropsychologiczne, dotyczące zakotwiczenia poszczególnych kategorii gramatycznych w strukturze słownika umysłowego. Dowodzą one<sup>28</sup>, iż czasowniki tkwią w nim mocniej niż rzeczowniki, mając swoją siedzibę w płatach

<sup>22</sup> M. Haman, *Rozwój pojęciowy i semantyczny dziecka*, w: I. Kurcz (red.), *Psychologia a semiotyka. Pojęcia i zagadnienia*, Biblioteka Myśli Semiotycznej, t. 21, Warszawa 1993.

<sup>23</sup> I. Kurcz, *Język a reprezentacja świata w umyśle*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1987.

<sup>24</sup> M. Birchwood, Ch Jackson, *Schizofrenia*; A. Kępiński, *Schizofrenia*.

<sup>25</sup> M. Chuchra, *Koncepcja siebie chorych na schizofrenię – przegląd badań*, „Psychiatria Polska” 4/2008, ss. 533-545.

<sup>26</sup> S. Ertel, *Language, thought and culture...*

<sup>27</sup> W. J. Paluchowski, *Komputerowa analiza narracyjności. Wybrane problemy metodologiczne*, w: M. Straś-Romanowska, B. Bartosz, M. Żurko (red.), *Badania narracyjne...*, s. 66.

<sup>28</sup> I. Kurcz, *Psychologia języka i komunikacji*, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2005.

czołowych, podczas gdy rzeczowniki i przymiotniki lokalizują się w płacie skroniowym. Wydaje się to ciekawe w kontekście badań neuroanatomicznych nad schizofrenią<sup>29</sup>, w których stwierdzono uszkodzenie cytoarchitektoniki kory lewego płąta skroniowego u osób chorych na schizofrenię z dominującymi objawami pozytywnymi choroby. U chorych z objawami negatywnymi można natomiast wykazać dysfunkcje psychiczne typowe dla uszkodzenia płątów czołowych, szczególnie okolicy prefrontalnej, np. zmniejszenie płynności mowy, częstsze błędy artykulacyjne, pogorszenie zdolności do klasyfikacji bodźców. W tym miejscu pojawia się pytanie, na ile zmiany te są spowodowane wiekiem badanych osób i postępującymi procesami organicznymi, a na ile zaawansowaną schizofrenią. Waldemar Tłokiński<sup>30</sup> opisując „mowę ludzi u schyłku życia”, zwraca uwagę na jej postępującą konkretyzację, zaburzenia w planowaniu wypowiedzi, błędy w składni, a więc na zmiany diagnostyczne również dla negatywnego typu schizofrenii. W prezentowanym badaniu średnia wieku w obydwu badanych grupach była podobna: w grupie pacjentów o objawach negatywnych wynosiła 44 lata, zaś w grupie pacjentów o objawach pozytywnych – 40. Wydaje się więc, że na różnice w wyborach leksykalnych zmienna wieku nie miała wpływu.

Dokonując opisu prezentowanych fotografii, pacjenci ze schizofrenią znacząco częściej w porównaniu z osobami zdrowymi posługiwali się kategorią czasu przeszłego, w sposób retrospektywny cofając się do własnych wspomnień i przeżyć. Osoby zdrowe natomiast koncentrowały się na aktualnej sytuacji badawczej, sytuacji „tu i teraz”, bez potrzeby analizowania przeszłości. Pacjenci schizofreniczni w porównaniu z osobami zdrowymi znacząco częściej wybiegali również w przyszłość, używając więcej czasowników w czasie przyszłym.

W swojej książce *Paradoks czasu* Philip Zimbardo i John Boyd<sup>31</sup> przekonują, że perspektywa czasowa jest fundamentem sposobu, w jaki ludzie żyją, warunki życia zaś wpływają zwrotnie na ich spostrzeganie i odczuwanie czasu. Zgodnie z tym założeniem można przypuszczać, że monotonne i przewidywalne środowisko szpitalne, niedostarczające choremu zbyt wielu bodźców<sup>32</sup>, może sprzyjać analizowaniu własnej przeszłości w poszukiwaniu przyczyn niepokojących objawów chorobowych bądź też wybieganiu w przyszłość, by odpowiedzieć sobie na pytanie, co będzie dalej. Koncentracji na przeszłości i przyszłości sprzyjać też może sam proces chorobowy i potrzeba przeformułowania jego przyczyn. W odniesieniu do depresji Susan Nolen-Hoeksem<sup>33</sup> pisze wręcz o „depresyjnych ruminacjach”, podobny mechanizm możemy odnaleźć również w schizofrenii.

<sup>29</sup> A. Czernikiewicz, *Przewodnik po zaburzeniach językowych...*

<sup>30</sup> W. Tłokiński, *Mowa ludzi u schyłku życia*, PWN, Warszawa 1990.

<sup>31</sup> P. Zimbardo, J. Boyd, *Paradoks czasu*, PWN, Warszawa 2009.

<sup>32</sup> M. Czerwińska, *Wpływ złożoności środowiska i reaktywności jednostki na genozę urojeń schizofrenicznych i różnicowanie ich treści*, „Psychiatria Polska”, vol. 2, 28/1994, ss. 191-205.

<sup>33</sup> S. Nolen-Hoeksem, *Responses to Depression and Their Effects on the Duration of Depressive Episodes*, „Journal of Abnormal Psychology” 100/1991, ss. 569-582.

Badania Molly M. Stevens i współpracowników<sup>34</sup> pokazują, że dla wielu chorych czas zatrzymał się w momencie przyjęcia do szpitala psychiatrycznego. Badania własne ukazują natomiast wagę przeszłych, „przedszpitalnych” wspomnień i doświadczeń, które powracają do chorych nawet podczas tak konkretnej i zorientowanej na teraźniejszość sytuacji, jaką jest odpowiedź na pytanie: „Co przedstawia ta fotografia?” Wiele chorych rozpoznawało na niej samych siebie lub bliskie sobie osoby, co stawało się pretekstem do snucia retrospektywnych historii i zwracaniu się ku przeszłości, która przez to, że już minęła i dokonała się, stała się czasem w miarę „oswojonym” i bezpiecznym, w odróżnieniu od wciąż niepewnej i budzącej lęk teraźniejszości.

Inaczej niż w badaniu pilotażowym<sup>35</sup>, nie stwierdzono natomiast różnic w użyciu zaimków, spójników i partykuł, określonych przez Kazimierza Ożoga<sup>36</sup> mianem „wypełnionej pauzy” lub metaforycznie: „metatekstową protezę zaimkową”, której zadaniem jest „beztreściowe” zastępowanie niektórych fragmentów tekstu. Proporcję „tekstu pustego” do „pełnego” można wykorzystać jako miarę niepokoju mówiącego<sup>37</sup>, brak różnic sugeruje więc podobny poziom lęku we wszystkich badanych grupach.

Na temat lęku w schizofrenii pisano wiele. Ma on postać przede wszystkim lęku dezintegracyjnego, rozbijającego strukturę świata pacjenta i wyzwalającego uczucie zagubienia i chaosu. Jego nasilenie jest największe w pierwszej fazie schizofrenii, później lęk słabnie, gdyż „chory przyzwyczaja się do zmiany siebie i otaczającego świata”<sup>38</sup>. Obniżeniu poziomu lęku pomaga – zdaniem Antoniego Kępińskiego<sup>39</sup> – „skryształizowanie się urojeniowej struktury”, która wprowadza „patologiczny porządek” i chroni chorego przed całkowitym chaosem. Urojenia schizofreniczne, szczególnie te trwałe, spójne i usystematyzowane, stanowią więc – zdaniem A. Kępińskiego<sup>40</sup> – formę „obrony przed rozpadem” i przed nasilającym się lękiem.

Nasuwa to skojarzenie z opisaną przez Milтона Rokeacha<sup>41</sup> dogmatyczną strukturą przekonań, rozumianą przez niego jako zespół poznawczych reakcji obronnych, służących właśnie ochronie przed lękiem. Dogmatyczna, czyli

---

<sup>34</sup> M. Stevens, T. J. Crow, M. J. Bowman, E. C. Coles, *Age disorientation in schizophrenia: A constant prevalence of 25 per cent in a chronic mental hospital population*, „British Journal of Psychiatry” 133/1978, ss. 130-136.

<sup>35</sup> M. Obrębska, *Wielkie narracje w schizofrenii*.

<sup>36</sup> K. Ożóg, *Leksykon metatekstowy współczesnej polszczyzny mówionej. Wybrane zagadnienia*, UJ, Rozprawy habilitacyjne nr 198, Kraków 1990.

<sup>37</sup> B. Maher, *Język a psychopatologia*.

<sup>38</sup> A. Kępiński, *Schizofrenia*, s. 247.

<sup>39</sup> Tamże.

<sup>40</sup> Tamże, s. 226.

<sup>41</sup> M. Rokeach, *The Open and Closed Mind. Investigation into Nature of Belief Systems and Personality Systems*, Basic Books, New York 1960.

usztyniona, tendencyjna i podszyta wrogością struktura przekonań, spełnia więc przede wszystkim funkcję obronną, a mniej służy rozumieniu świata: „Zamknięty system jest niczym innym jak siecią mechanizmów obronnych zorganizowaną po to, by stworzyć poznawczy system, będący tarczą dla wrażliwego umysłu”<sup>42</sup>. Jednocześnie – jak zauważa M. Rokeach – im system przekonań danej osoby jest bardziej zamknięty (dogmatyczny), tym więcej zagrożenia będzie ona dostrzegała w otaczającym ją świecie. Wewnętrzny lęk ulega więc eksternalizacji i może prowadzić do zniekształcenia rzeczywistości, stwarzając „pozory rozumienia tego świata”<sup>43</sup>.

Korzystając z opisanego przez S. Ertela<sup>44</sup> Wskaźnika Dogmatyzmu, obliczono jego poziom dla grupy pacjentów z objawami pozytywnymi, negatywnymi i dla grupy kontrolnej. Wskaźnik ten odnosi się do prób znalezienia jakichś strukturalnych charakterystyk wyrażen językowych, które odzwierciedlałyby tę właściwość poznawczą, którą M. Rokeach nazwał dogmatyzmem. Zdaniem S. Ertela, wskaźnik ten może ujawniać takie dyspozycje poznawcze, jak tendencja do zamykania, łączenia, skończoności i porządkowania. Wyraża się on proporcją leksemów z grupy A (np. zawsze, nigdy, wszyscy, wszystko, nikt, całkowicie, absolutnie, bez wątpienia, musieć, trzeba, nie wolno, koniecznie) do grupy leksemów B, tworzących klasę przeciwstawną (czasem, rzadko, wiele, mało, prawie, ledwie, może, wątpliwe, także, pewnie itp.).

W niniejszym badaniu, zamiast prostego zliczania wystąpień słów, była obliczana suma ważona. Waga słowa równa była 2, 3, 4 lub 5, i odpowiadała liczbie sędziów kompetentnych, którzy zgodnie zakwalifikowali słowo do tej samej polaryzacji jednego z wymiarów dogmatyzmu. Największy wpływ na wartość wskaźnika dla danego wymiaru miały więc te słowa, w przypadku których zgodność sędziów kompetentnych była najwyższa. Wartość Wskaźnika Dogmatyzmu była obliczana jako suma wag słów dogmatycznych ze wszystkich wymiarów podzielona przez sumę wag wszystkich słów (dogmatycznych i niedogmatycznych) ze wszystkich wymiarów. W przypadku słów zakwalifikowanych jednocześnie do kilku wymiarów, do obliczeń była brana najwyższa z wag przypisanych dla poszczególnych wymiarów.

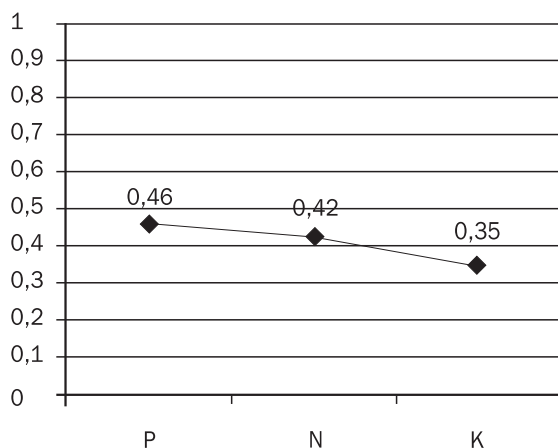
Współczynnik Dogmatyzmu był obliczany w następujący sposób:

$$WD = \frac{\text{liczba form wyrazowych leksemów dogmatycznych}}{\text{liczba form wyrazowych leksemów dogmatycznych i niedogmatycznych}}$$

<sup>42</sup> Tamże, s. 70.

<sup>43</sup> Tamże, s. 60.

<sup>44</sup> S. Ertel, *Language, thought and culture...*



Rysunek 5. Różnice w poziomie dogmatyzmu pomiędzy badanymi grupami  
Źródło: badania własne.

Dokładny sposób obliczania tego wskaźnika oraz szczegółowe hipotezy badawcze można znaleźć w artykule pt. *The level of dogmatism in schizophrenia. A comparative analysis of utterance texts with the use of the Suitbert Ertel Dogmatism Quotient*<sup>45</sup>, tutaj zostaną przedstawione tylko wyniki badania w kontekście analizy wyborów leksykalnych (rys. 5).

Różnica pomiędzy grupą badawczą a kontrolną okazała się różnicą istotną statystycznie (na poziomie  $p = 0,05$ , analiza wariancji z wykorzystaniem Testu HSD Tukeya), poziom dogmatyzmu u pacjentów ze zdiagnozowaną schizofrenią paranoidalną jest więc istotnie wyższy niż u osób zdrowych. Można więc przypuszczać, że lęk w tej grupie chorych został już „ujarzmiony” i zamknięty w dogmatycznej strukturze przekonań, która jest – zgodnie z rozumieniem dogmatyzmu przez M. Rokeacha – strukturą sztywniejszą, mało elastyczną i niepodatną na zmiany.

Wyniki potwierdziły ogólne wrażenie, jakie wywierali pacjenci schizofreniczni podczas przeprowadzania badania. Opisowi fotografii towarzyszyła duża pewność wypowiedzi i silne przekonanie o jej słuszności. Chorzy rzadko wyrażali wątpliwości i krócej zastanawiali się nad treścią wypowiedzi. Jeden z chorych na wszystkich fotografiach rozpoznawał samego siebie i potrafił bez zająknięcia podać z dużym przekonaniem dokładną datę i miejsce zrobienia fotografii. Jakikolwiek próby podważenia opinii chorych spotykały się z wrogością.

<sup>45</sup> M. Obrębska, S. Nowak, *The level of dogmatism in schizophrenia. A comparative analysis of utterance texts with the use of the Suitbert Ertel Dogmatism Quotient*, „Psychology of Language and Communication”, vol. 1, 15/2011, ss. 49-62.

Osoby zdrowe natomiast częściej zastanawiały się nad różnymi możliwościami interpretacyjnymi, wyrażały wątpliwości i prosiły o dodatkowe wyjaśnienia. Zadawały też więcej pytań i nie były tak pewne swoich wypowiedzi.

Podsumowując, można zauważyć, że proces chorobowy wywiera wpływ na wybory leksykalne badanych osób, szczególnie porównując wyniki pacjentów z objawami pozytywnymi schizofrenii i osób zdrowych. Postępująca choroba znajduje odzwierciedlenie w nagromadzeniu czasowników, rzeczowników abstrakcyjnych i wyrażen dogmatycznych. Na te wybory leksykalne można też spojrzeć jako na próbę poradzenia sobie z chorobą i otaczającą rzeczywistością poprzez jej aktywną zmianę (czasowniki), próbę zrozumienia (rzeczowniki abstrakcyjne i metafizyczne) bądź poprzez ucieczkę w zamknięty świat wewnętrznej rzeczywistości (wyrażenia dogmatyczne).

## Literatura

- Andreasen N., *Scale for the Assessment of Negative Syndroms (SAPS)*, University of Iowa, Iowa City 1984.
- Andreasen N., *Scale for the Assessment of Positive Syndroms (SAPS)*, University of Iowa, Iowa City 1984.
- Andreasen N., Crow T., *Thought, language and communication disorders. Clinical assessment, definition of terms and evaluation of their reliability*, „Archives of General Psychiatry” 36/1979, ss. 1315-1321.
- Birchwood M., Jackson Ch., *Schizofrenia*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 1997/2004.
- Bokus B., *O przenikaniu się światów fabuły w narracji dziecięcej*, w: E. Chmielnicka-Kuter, M. Puchalska-Wasyl (red.), *Polifonia osobowości. Aktualne problemy psychologii narracji*, Wydawnictwo KUL, Lublin 2005.
- Chuchra, M., *Koncepcja siebie chorych na schizofrenię – przegląd badań*, „Psychiatria Polska” 4/2008, ss. 533-545.
- Czernikiewicz A., *Przewodnik po zaburzeniach językowych w schizofrenii*, Wydawnictwo Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2004.
- Czerwińska M., *Wpływ złożoności środowiska i reaktywności jednostki na genezę urojeń schizofrenicznych i zróżnicowanie ich treści*, „Psychiatria Polska”, vol. 2, 28/1994, ss. 191-205.
- Dunaj B., *Współczesny słownik języka polskiego*, Wydawnictwo Langenscheidt Polska Sp. z o.o., Warszawa 2007.
- Ertel S., *Language, thought and culture: Toward a mergence of diverging problem fields*, w: I. Kurcz, G. W. Shugar, J. H. Danks (red.), *Knowledge and Language*, Elsevier Science Publishers, Amsterdam 1986.
- Haman M., *Rozwój pojęciowy i semantyczny dziecka*, w: I. Kurcz (red.), *Psychologia a semiotyka. Pojęcia i zagadnienia*, Biblioteka Myśli Semiotycznej, t. 21, Warszawa 1993.
- Janusz B., Gdowska K., Barbaro B. de, *Narracja. Teoria i praktyka*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2008.
- Jastrzębska J., Dryll E., *Autonarracja osób o różnych stylach przywiązania. Wybrane techniki formalnej analizy tekstu*, w: B. Janusz, K. Gdowska, B. de Barbaro (red.), *Narracja. Teoria i praktyka*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2008.

- Kępiński A., *Schizofrenia*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 1972/2001.
- Kurcz I., *Język a reprezentacja świata w umyśle*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1987.
- Kurcz I., *Język w służbie umyśłu*, „Kolokwia Psychologiczne” 15/2006, s. 21.
- Kurcz I., *Psychologia języka i komunikacji*, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2005.
- Maher B., *Język a psychopatologia*, w: B. Stanosz (red.), *Język w świetle nauki*, Spółdzielnia Wydawnicza Czytelnik, Warszawa 1980.
- Melges F. T., *Time and the Inner Future: A Temporal Approach to Psychiatric Disorders*, John Wiley & Sons, New York 1982.
- Nolen-Hoeksem S., *Responses to Depression and Their Effects on the Duration of Depressive Episodes*, „Journal of Abnormal Psychology” 100/1991, ss. 569-582.
- Obrębska M., Obrębski T., *Style mówienia w schizofrenii. Analiza porównawcza z wykorzystaniem Wskaźników Stylów Mówienia Suitberta Ertela*, „Czasopismo Psychologiczne”, vol. 17, 2/2011, ss. 189-198.
- Obrębska M., *Wielkie narracje w schizofrenii*, w: M. Straś-Romanowska, B. Bartosz, M. Żurko (red.), *Psychologia małych i wielkich narracji*, Wydawnictwo ENETEIA, Warszawa 2010.
- Obrębska M., Nowak A., *Perspektywa czasowa w schizofrenii. Doniesienie z badań*, „Badania nad schizofrenią (Current Problems of Psychiatry)”, vol. 4, 11/2010, ss. 323--327.
- Obrębska M., Nowak S., *The level of dogmatism in schizophrenia. A comparative analysis of utterance texts with the use of the Suitbert Ertel Dogmatism Quotient*, „Psychology of Language and Communication”, vol. 1, 15/2011, ss. 49-62.
- Obrębska M., Obrębski T., *Lexical and grammatical analysis of schizophrenic patients' language: a preliminary report*, „Psychology of Language and Communication”, vol. 1, 11/2007, ss. 63-72.
- Obrębski T., Stolarski M., *UAM Text Tools – A Flexible NLP Architecture*, w: N. Calzolari (red.), *Fifth International Conference on Language Resources and Evaluation, Genua, Italy, 24-26.05.2006*, ELRA, Paryż 2006, ss. 2259-2262.
- Ożóg K., *Leksykon metatekstowy współczesnej polszczyzny mówionej. Wybrane zagadnienia*, UJ, Rozprawy habilitacyjne nr 198, Kraków 1990.
- Paluchowski W. J., *Komputerowa analiza narracyjności. Wybrane problemy metodologiczne*, w: M. Straś-Romanowska, B. Bartosz, M. Żurko (red.), *Badania narracyjne w psychologii*, Wydawnictwo ENETEIA, Warszawa 2010.
- Pennebaker J. W., Stone L. D., *Words of Wisdom: Language Use Over the Life Span*, „Journal of Personality and Social Psychology”, vol. 2, 85/2003, ss. 291-301.
- Polański K., *Encyklopedia językoznawstwa ogólnego*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław 1993.
- Rokeach M., *The Open and Closed Mind. Investigation into Nature of Belief Systems and Personality Systems*, Basic Books, New York 1960.
- Stevens M., Crow T. J., Bowman M. J., Coles E. C., *Age disorientation in schizophrenia: A constant prevalence of 25 per cent in a chronic mental hospital population*, „British Journal of Psychiatry” 32/1978, ss. 130-136.
- Straś-Romanowska M., Bartosz B., Żurko M., *Badania narracyjne w psychologii*, Wydawnictwo ENETEIA, Warszawa 2010.
- Szymczak M., *Słownik języka polskiego*, PWN, Warszawa 1982.
- Tłokiński W., *Mowa ludzi u schyłku życia*, PWN, Warszawa 1990.

- 
- Trzebiński J., *Narracja jako sposób rozumienia świata*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2002.
- Wciórka J., *Schizofrenia*, w: A. Bilikiewicz, S. Pużyński, J. Rybakowski, J. Wciórka (red.), *Psychiatria*, Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2002.
- Weintraub W., *Verbal behavior In every-day life*, Springer, New York 1989.
- Woźniak T., *Narracja w schizofrenii*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2005.
- Woźniak T., *Zaburzenia języka w schizofrenii*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2000.
- Zimbardo P., Boyd J., *Paradoks czasu*, PWN, Warszawa 2009.



WOJCIECH LIPSKI

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie  
Zakład Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego

## **Postrzeżenie diabła w schizofrenii paranoidalnej na przykładzie wypowiedzi pacjenta z pierwszym epizodem i pacjenta z przewlekłą schizofrenią**

### **Wprowadzenie**

Artykuł podejmuje problem zmian w postrzeganiu rzeczywistości w schizofrenii. Diabeł jest bytem, który – przynajmniej z naukowego punktu widzenia – funkcjonuje w świecie głównie językowo. Wiedzę na jego temat czerpiemy ze źródeł pisanych (Pismo Święte, apokryfy, spisane opowieści i legendy, literatura piękna), źródeł oralnych (przekazywane drogą ustną opowiadania, historie, przesady) oraz audiowizualnych (filmy, programy telewizyjne). W każdej kulturze i religii istnieje byt, który jest utożsamiany ze złem. Diabeł zajmuje bardzo ważne miejsce w chrześcijańskim systemie wartości, jako przeciwieństwo i wróg Boga. Celem mojego artykułu jest przedstawienie diabła w schizofrenii na podstawie analizy wypowiedzi dwóch pacjentów. Mam nadzieję, że zebrany materiał, jego analiza i wnioski pokażą odmienną postrzeżenie diabła u osób dotkniętych schizofrenią i ludzi zdrowych. Wskażę również na różnice w myśleniu na jego temat, wynikające z długości trwania choroby i jej postępu.

Wywiady z pacjentami były przeprowadzane w miejscach ich ówczesnego pobytu. Pacjent z początkiem schizofrenii przebywał na oddziale psychiatrycznym w Klinice Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, drugi pacjent, z przewlekłą schizofrenią, był badany w Domu Pomocy Społecznej w Nowinach.

Pierwszy pacjent urodził się w 1988 r., w momencie badania miał 20 lat, przechodził pierwszy epizod choroby, nigdy wcześniej nie miał problemów

psychiatrycznych, miał wykształcenie średnie i zdiagnozowaną schizofrenię paranoidalną (F 20).

Pacjent z przewlekłą schizofrenią urodził się w 1962 r., w momencie badania miał 46 lat, jego choroba rozpoczęła się w 1986 r., kiedy miał 24 lata. Ukończył szkołę podstawową, ma zdiagnozowaną schizofrenię paranoidalną (F 20).

T a b e l a 1. Informacje o pacjentach,  
których wypowiedzi zostały poddane badaniom

| Lp. | Kod | Płeć | Wiek | Czas trwania choroby | Wykształcenie  | Diagnoza                  |
|-----|-----|------|------|----------------------|----------------|---------------------------|
| 1.  | 01  | M    | 20   | Pierwszy epizod      | średnie ogólne | Schizofrenia paranoidalna |
| 2.  | 02  | M    | 46   | 22 lata              | podstawowe     | Schizofrenia paranoidalna |

Źródło: na podstawie badań własnych.

Narzędzie badawcze opracowałem samodzielnie, opierając się na hasłach słownikowych pochodzących ze *Słownika Języka Polskiego* pod redakcją Witolda Doroszewskiego oraz *Praktycznego Słownika Współczesnej Polszczyzny* pod redakcją Haliny Zgótkowej. Materiał ze słowników posłużył mi do sporządzenia zestawu pytań odnoszących się do interesującego mnie i przedstawionego w tej pracy problemu. W artykule ograniczę się głównie do badania tekstów. Uwzględniam także wiedzę medyczną o pacjentach (diagnoza lekarska, historia choroby itp.), która pozwoliła mi dokonać wstępnego wyboru oraz selekcji zebranego przeze mnie materiału. Przeprowadzone przeze mnie analizy językowe wspomagają aspekt diagnozy psychiatrycznej, gdyż odsłaniają materię zaburzeń mowy oraz myślenia występujące u pacjentów chorych na schizofrenię, ułatwiając zrozumienie ich specyfiki.

Do analizy wypowiedzi pacjentów na temat wartości wykorzystałem dwa rodzaje postępowania naukowego – metody jakościowe i ilościowe. Pierwsze z nich umożliwiają dotarcie w głąb badanego zjawiska, a także poszerzają w sposób znaczny perspektywę spojrzenia na wyselekcjonowany i ułożony materiał. Drugie dokumentują opisywane zagadnienie i ułatwiają porównywanie sposobu funkcjonowania mechanizmów językowych w obrębie zmiennych subiektywnych związanych ze swoistym poglądem na świat, jaki ma każdy człowiek, jak też z głębokością psychozy schizofrenicznej, która ten ogład na świat może w znacznym stopniu zmienić. Obie strategie działania badawczego uzupełniają się, każda z nich ma swoje wady i zalety, ale mimo to zarówno jedna jak i druga pozwala na dostrzeżenie czegoś innego i chociaż są odmienne, obydwie przyczyniają się do poszerzenia wiedzy<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> T. Pilch, *Zasady badań pedagogicznych*, Żak, Warszawa 1998, s. 55.

## 1. Metoda badawcza

Do przeprowadzenia wywiadu posłużyłem się skonstruowaną przeze mnie listą pytań dotyczących diabła. Badanie kwestionariuszowe było konieczne, by możliwie najbardziej poszerzyć zakres odpowiedzi. Starłem się zadać wszystkie wcześniej przygotowane pytania, co udało mi się w obu przypadkach, niektóre zadając kilkakrotnie w momencie braku odpowiedzi lub wypowiedzi niedorzecznej. Do podstawowej listy pytań dochodziły pytania dodatkowe, które nasuwały mi się w trakcie wywiadu. Poszerzają one zakres informacji w odpowiedziach oraz przedstawiają w jaśniejszym świetle punkt widzenia każdego pacjenta.

Dzięki wcześniej przygotowanym pytaniom, uzyskałem dłuższe fragmenty nieprzerwanych wypowiedzi pacjentów, w których można spodziewać się większego nagromadzenia zjawisk patologicznych. Moje badania zjawisk językowych odwołują się do metod lingwistycznych oraz metod przyjętych w naukach medycznych i psychologii.

Badania każdorazowo odbywały się w miejscu pobytu pacjentów. W rozmowie uczestniczyły tylko dwie osoby, przebiegała ona w pomieszczeniu służbowym – w gabinecie lekarskim lub pokoju psychologa. W trakcie badania mówiła tylko osoba badana i badający. Na wstępie pacjent musiał wyrazić zgodę na taką rozmowę oraz na to, że zostanie ona nagrana na taśmę magnetofonową.

Po wyrażeniu zgody na rozmowę rozpoczynało się badanie, którego scenariusz miał zawsze ten sam schemat: pacjent miał udzielić mi jak najwięcej informacji na temat wybranego przeze mnie hasła.

Patologia wypowiedzi osób ze schizofrenią stanowiła<sup>2</sup> i stanowi<sup>3</sup> jedno z głównych kryteriów diagnozowania tej psychozy<sup>4</sup>. Aktualnie uznaje się nawet, że schizofrenia ściśle wiąże się z zaburzeniami językowymi człowieka. Analiza pojęcia *diabeł* u pacjentów ma pokazać jak różnie pojęcie to jest postrzegane w schizofrenii i u ludzi zdrowych. Porównując wyniki badań pacjenta schizofrenicznego na początku psychozy z wynikami pacjenta cierpiącego na schizofrenię ponad dwadzieścia lat, chcę wykazać, że poziom degradacji narasta z czasem trwania choroby. Pragnę zbadać, jak zmienia się sposób spostrzegania rzeczywistości oraz czy zachodzą wyraźne zmiany w sposobie definiowania pojęć. Praca ta ma ambicje potwierdzenia modelu schizofazji opartego na badaniach lingwistycznych, neuropsychologicznych oraz klinicznych. Analiza

<sup>2</sup> E. Bleuler, *Dementia Praecox, or the Group of Schizophrenias*, International Universities Press, New York 1950 (oryginalne wydanie 1911).

<sup>3</sup> J. Wciórka, *Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR*, Elsevier, Wrocław 2008.

<sup>4</sup> A. Czernikiewicz, *W kierunku językowego modelu schizofrenii – analiza lingwistyczna*, w: S. Grabias (red.), *Zaburzenia mowy*, UMCS, Lublin 2001, ss. 364-375.

materiału badawczego ma pokazać inność, różnorodność i ezoteryczność myślenia schizofrenicznego.

Pytania, które zadawałem w trakcie wywiadu, zostały skonstruowane w sposób hierarchiczny, podyktowany układem hasła „diabeł” w najbardziej popularnych słownikach języka polskiego. Biorąc pod uwagę małe rozbudowanie hasła encyklopedycznego pod względem kognitywnym, zawarłem w pytaniach również problem konotacji danego słowa w związkach frazeologicznych i w najpopularniejszych sytuacjach jego użycia. Ze względu na potencjalną ilość materiału musiałem ograniczyć pytania do najbardziej prymarnych i jednocześnie niezbędnych przy opisie konkretnego problemu. Starłem się unikać pytań o rozstrzygnięcie, gdyż odpowiedzi na nie są krótkie i najczęściej nierozwinięte oraz niosą za sobą minimum informacyjne.

Aby przedstawić materiał badawczy, posłużyłem się kategoriami semantycznymi, które powstały z definicji kognitywnych, zbudowanych na podstawie wypowiedzi pacjentów. Postanowiłem w swoich analizach i prezentacji połączyć dwa sposoby prezentowania materiału, tj. jakościowy z ilościowym. Metodę analizy materiału przedyskutowałem z panem profesorem Stanisławem Grabiasem.

## 2. Prezentacja materiału badawczego

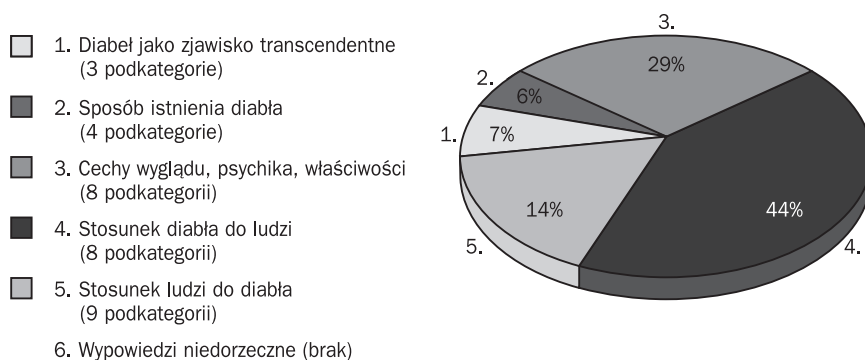
Prezentacja zebranego materiału pozwoli na dokładne przyjrzenie się analizowanym wypowiedziom pacjentów, chorych na schizofrenię paranoidalną, dotyczących ich subiektywnego postrzegania diabła.

Tabela 2. Kategorie semantyczne dotyczące diabła wyróżnione z wypowiedzi pacjenta z PEP

| Pacjent z pierwszym epizodem (PEP) |                                      |                     |                  |
|------------------------------------|--------------------------------------|---------------------|------------------|
| Lp.                                | Kategoria główna                     | Liczba podkategorii | Liczba odniesień |
| 1.                                 | Diabeł jako zjawisko transcendentne  | 3                   | 6                |
| 2.                                 | Sposób istnienia diabła              | 4                   | 5                |
| 3.                                 | Cechy wyglądu, psychika, właściwości | 8                   | 26               |
| 4.                                 | Stosunek diabła do ludzi             | 8                   | 39               |
| 5.                                 | Stosunek ludzi do diabła             | 9                   | 13               |
| 6.                                 | Wypowiedzi niedorzeczne              | –                   | –                |
| Razem:                             |                                      | 32                  | 89               |

Źródło: na podstawie badań własnych.

Z wypowiedzi pacjenta z pierwszym epizodem psychotycznym (PEP) udało mi się wyeksplikować 5 głównych kategorii semantycznych (tab. 2). Zostały one rozwinięte w różnym stopniu. Różnorodność tę obrazują: liczba podkategorii i liczba odniesień. Każda kategoria zawiera kilka podkategorii. Liczba podkategorii wynika bezpośrednio z rozbicia wypowiedzi pacjenta na elementy semantyczne, opisujące różne aspekty badanego zjawiska. Duże rozbicie w obrębie jednej kategorii na drobniejsze elementy – cechy badanego zjawiska i szczegółowość wypowiedzi skutkowało wyróżnieniem większej liczby podkategorii. Dane właściwości lub cechy badanego zjawiska, jakim jest diabeł, mogły być rozwijane w różnym stopniu. Te rozwinięcia przekładają się na liczbę odniesień.



Rysunek 1. Główne kategorie semantyczne wyodrębnione w pojęciu *diabła* u pacjenta z PEP  
Źródło: na podstawie badań własnych.

Rys. 1 prezentuje procentowy stosunek liczby odniesień w kategoriach głównych wyeksplikowany z wypowiedzi pacjenta z pierwszym epizodem psychotycznym (PEP).

W wypowiedzi pacjenta z przewlekłą schizofrenią (PS) oprócz informacji na temat diabła pojawiły się również takie, których nie sposób wydzielić w postaci kategorii semantycznych dotyczących interesującego tematu, ponieważ nie opowiadają o nim. Można określić je jako niedorzeczne, gdyż nie mówią o rzeczy, która była tematem rozmowy.

Kategorie semantyczne wydzielone na podstawie wypowiedzi pacjenta z PS odpowiadają tym, które wyeksplikowałem z rozmowy z pacjentem z PEP.

Tab. 3 (s. 52) przedstawia wyróżnione z wypowiedzi pacjenta z PS kategorie semantyczne, z liczbą podkategorii i liczbą odniesień, oraz liczbę wypowiedzi niedorzecznych.

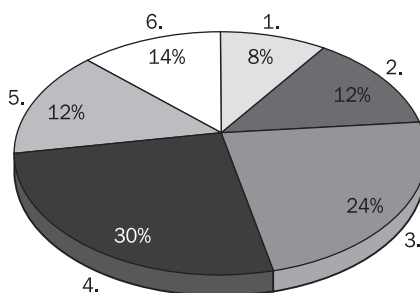
Tabela 3. Kategorie semantyczne dotyczące diabła i niedorzeczności wyróżnione z wypowiedzi pacjenta z PS

| Pacjent chroniczny (PS) |                                      |                     |                  |
|-------------------------|--------------------------------------|---------------------|------------------|
| Lp.                     | Kategoria główna                     | Liczba podkategorii | Liczba odniesień |
| 1.                      | Diabeł jako zjawisko transcendentne  | 3                   | 5                |
| 2.                      | Sposób istnienia diabła              | 6                   | 7                |
| 3.                      | Cechy wyglądu, psychika, właściwości | 7                   | 13               |
| 4.                      | Stosunek diabła do ludzi             | 8                   | 18               |
| 5.                      | Stosunek ludzi do diabła             | 3                   | 7                |
| 6.                      | Wypowiedzi niedorzeczne              | –                   | 8                |
| Razem:                  |                                      | 27                  | 58               |

Źródło: na podstawie badań własnych.

Rys. 2 przedstawia procentowy stosunek liczby odniesień w kategoriach głównych z wypowiedzi pacjenta z przewlekłą schizofrenią (PS).

- 1. Diabeł jako zjawisko transcendentne (3 podkategorie)
- 2. Sposób istnienia diabła (6 podkategorii)
- 3. Cechy wyglądu, psychika, właściwości (7 podkategorii)
- 4. Stosunek diabła do ludzi (8 podkategorii)
- 5. Stosunek ludzi do diabła (3 podkategorie)
- 6. Wypowiedzi niedorzeczne (8)



Rysunek 2. Główne kategorie semantyczne wyodrębnione w pojęciu *diabła* u pacjenta z PS

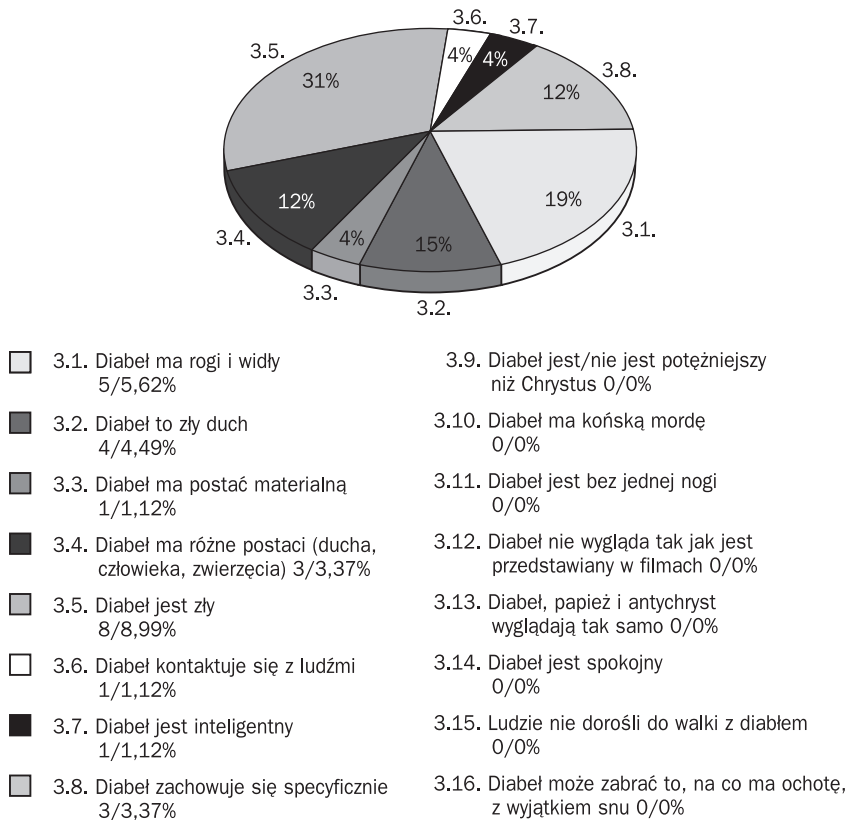
Źródło: na podstawie badań własnych.

Jak widać z przedstawionych danych, z wypowiedzi pacjenta z PEP i pacjenta chronicznego wyróżniłem 5 kategorii semantycznych. Dodatkowo w wypowiedzi pacjenta chronicznego występują niedorzeczności, których nie ma u pacjenta z PEP. Z kolei stosunek odniesień do każdej z kategorii w obrębie kategorii wspólnych był w przypadku pacjentów różny. Na ich podstawie powstały podkategorie, które w sposób ścisły porządkują materiał badawczy i pozwalają na jego analizę. Część z tych podkategorii wystąpiła w wypowiedziach zarówno

jednego, jak i drugiego pacjenta. Występują jednak także odmienności, które postaram się zanalizować.

W celu ukazania metody opisu materiału badawczego przedstawię szczegółową analizę dwóch kategorii semantycznych: „stosunek diabła do ludzi” i „cechy wyglądu, psychika, właściwości (diabła)”, do których liczba nawiązań była najwyższa.

Rys. 3 przedstawia procentowy stosunek wyróżnionych podkategorii z kategorii „cechy wyglądu, psychika, właściwości” wyeksplikowanych z wypowiedzi pacjenta z PEP.



Rysunek 3. Kategoria „cechy wyglądu, psychika, właściwości” wyeksplikowana z wypowiedzi pacjenta z PEP

Źródło: na podstawie badań własnych.

Podkategorie wyłonione na podstawie analizy wypowiedzi pacjenta z PEP i pacjenta z PS z kategorii „cechy wyglądu, psychika, właściwości”: 3.1. Diabeł ma rogi i widły, 3.2. Diabeł to zły duch, 3.3. Diabeł ma postać materialną, 3.4. Diabeł ma różne postaci (ducha, człowieka, zwierzęcia), 3.5. Diabeł jest zły, 3.6.

Diabeł kontaktuje się z ludźmi, 3.7. Diabeł jest inteligentny, 3.8. Diabeł zachowuje się specyficznie, 3.9. Diabeł jest/nie jest potężniejszy niż Chrystus, 3.10. Diabeł ma końską mordę, 3.11. Diabeł jest bez jednej nogi, 3.12. Diabeł nie wygląda tak jak jest przedstawiany w filmach, 3.13. Diabeł, papież i antychryst wyglądają tak samo, 3.14. Diabeł jest spokojny, 3.15. Ludzie nie dorośli do walki z diabłem, 3.16. Diabeł może zabrać to, na co ma ochotę, za wyjątkiem snu.

Tab. 4 prezentuje zebrany materiał przyporządkowany do kategorii „cechy wyglądu, psychika, właściwości” wyeksplikowanej z wypowiedzi pacjenta z PEP.

T a b e l a 4. Cechy wyglądu, psychika i właściwości diabła na podstawie wypowiedzi pacjenta z PEP

| Kategoria główna                     | Podkategorie  |
|--------------------------------------|---|
| Cechy wyglądu, psychika, właściwości | 3.1. Diabeł ma rogi i widły: <ul style="list-style-type: none"> <li>- „diabeł kojarzy mi się z rogami i widłami i ogólnie to jest jedna postać z którą mi się kojarzy”</li> <li>- „kojarzy mi się z widłami i z tymi rogami”</li> <li>- „to jest schemat raczej już od małego wpajany/ że diabeł ma rogi i widły/ no i widziałem go często na różnych/ różnych obrazkach/ książkach albo/ albo gdzieś na jakichś obrazach”</li> <li>- „ma racice i rogi”</li> <li>- „kojarzy się z czerwonym kolorem skóry/ gdzie widziałem diabła? w south park-u widziałem diabła to był obraz bardzo podobny do tego jaki sobie wyobrażamy/ co sobie ludzie wyobrażają też miał widły był czerwony/ miał rogi// jeszcze ma kopyta zamiast nóg zwykłych”</li> </ul> |
|                                      | 3.2. Diabeł to zły duch: <ul style="list-style-type: none"> <li>- „a pod drugą postacią to złego ducha/ który gdzieś istnieje”</li> <li>- „no i jest po prostu złym duchem”</li> <li>- „zły duch”</li> <li>- „co ja uważam na ten temat to diabeł jako postać duchowa nie materialna”</li> </ul>  |
|                                      | 3.3. Diabeł ma postać materialną: <ul style="list-style-type: none"> <li>- „kojarzy mi się z widłami i z tymi rogami właśnie jako postać materialna”</li> </ul>   |
|                                      | 3.4. Diabeł ma różne postaci (ducha, człowieka, zwierzęcia): <ul style="list-style-type: none"> <li>- „może przybierać różne postaci/ może być pod postacią no nie wiem jaką jeszcze postacią yyyyy nie wiem ducha jakiegoś”</li> <li>- „pod postacią nie wiem/ człowieka”</li> <li>- „czy zwierzęcia”</li> </ul>   |
|                                      | 3.5. Diabeł jest zły: <ul style="list-style-type: none"> <li>- „jest zły”</li> <li>- „robi złe rzeczy jako diabeł”</li> <li>- „zły i z czym nam się kojarzy zły”</li> <li>- „to po prostu zła siła”</li> <li>- „postaćią to złego ducha”</li> <li>- „zły duch”</li> <li>- „[diabeł jest postacią – W. L.] raczej negatywną”</li> <li>- „nie chce nam zrobić niczego dobrego tylko same każe nam złe rzeczy/ do których jesteśmy przystosowani i przyzwyczajeni”</li> </ul>  |

cd. tab. 4

| Kategoria główna                     | Podkategorie   |
|--------------------------------------|--|
| Cechy wyglądu, psychika, właściwości | 3.6. Diabeł kontaktuje się z ludźmi:<br>– „przekazuje nam swoje rzeczy które chce zrobić i pokazać poprzez swój własny umysł”  |
|                                      | 3.7. Diabeł jest inteligentny:<br>– „no jest inteligentniejszy od/ tak słyszałem z religii/ jest inteligentniejszy od człowieka”   |
|                                      | 3.8. Diabeł zachowuje się specyficznie:<br>– „można go poznać po zachowaniu”<br>– „z pisma świętego wiem że poznać jego po owocach/ co nie”<br>– „po czynach/ na pewno po czynach i po czynach po tym co robi” |
|                                      | 3.9. Diabeł jest/nie jest potężniejszy niż Chrystus<br>– brak wypowiedzi   |
|                                      | 3.10. Diabeł ma końska mordę:<br>– brak wypowiedzi   |
|                                      | 3.11. Diabeł jest bez jednej nogi:<br>– brak wypowiedzi  |
|                                      | 3.12. Diabeł nie wygląda tak jak jest przedstawiany w filmach:<br>– brak wypowiedzi  |
|                                      | 3.13. Diabeł, papież i antychryst wyglądają tak samo:<br>– brak wypowiedzi.  |
|                                      | 3.14. Diabeł jest spokojny:<br>– brak wypowiedzi   |
|                                      | 3.15. Ludzie nie dorośli do walki z diabłem:<br>– brak wypowiedzi  |
|                                      | 3.16. Diabeł może zabrać to, na co ma ochotę, za wyjątkiem snu:<br>– brak wypowiedzi   |

Źródło: na podstawie badań własnych.

Tab. 5 (s. 56) przedstawia kategorię „cechy wyglądu, psychika, właściwości” z podziałem na podkategorie oraz materiałem tekstowym. Natomiast rys. 4 (s. 57) przedstawia procentowy stosunek wyróżnionych podkategorii z kategorii „cechy wyglądu, psychika, właściwości” wyeksplikowane z wypowiedzi pacjenta z PS.

Żadna z podkategorii wyróżnionych z wypowiedzi pacjentów dotyczących cech wyglądu, psychiki i właściwości diabła nie wystąpiła u obu. Świadczy to o wielorakich możliwościach patrzenia na diabła ze względu na jego cechy zewnętrzne i wewnętrzne. Potwierdza to pewną odmienność koncentracji wypowiedzi na cechach diabła dotyczących tej właśnie kategorii semantycznej u obu pacjentów.

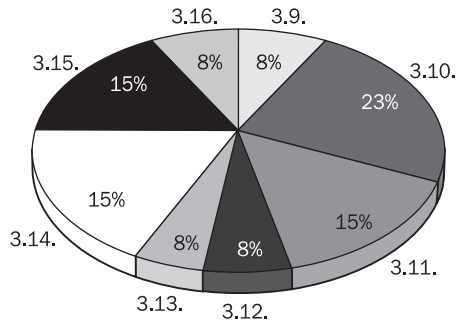
Kategoria „stosunek diabła do ludzi” jest najbardziej rozbudowaną kategorią, do której napotykamy najczęstsze nawiązania (największą liczbę odniesień). W tej kategorii z wypowiedzi obu pacjentów udało się wyróżnić następujące podkategorie: 4.1. Diabeł oddziałuje na ludzi, 4.2. Diabeł może opętać czło-

Tabela 5. Cechy wyglądu, psychika i właściwości diabła na podstawie wypowiedzi pacjenta z PS

| Kategoria główna                     | Podkategorie   |
|--------------------------------------|--|
| Cechy wyglądu, psychika, właściwości | 3.1. Diabeł ma rogi i widły:<br>– brak wypowiedzi  |
|                                      | 3.2. Diabeł to zły duch:<br>– brak wypowiedzi  |
|                                      | 3.3. Diabeł ma postać materialną:<br>– brak wypowiedzi.  |
|                                      | 3.4. Diabeł ma różne postaci (ducha, człowieka, zwierzęcia):<br>– brak wypowiedzi  |
|                                      | 3.5. Diabeł jest zły:<br>– brak wypowiedzi   |
|                                      | 3.6. Diabeł kontaktuje się z ludźmi:<br>– brak wypowiedzi  |
|                                      | 3.7. Diabeł jest inteligentny:<br>– brak wypowiedzi  |
|                                      | 3.8. Diabeł zachowuje się specyficznie:<br>– brak wypowiedzi   |
|                                      | 3.9. Diabeł jest/nie jest potężniejszy niż Chrystus:<br>– „ma nieraz większą górę niż chrystus a to nie prawda”  |
|                                      | 3.10. Diabeł ma końską mordę:<br>– „tylko diabeł ma jedną postać/ mordę końską”<br>– „nogi i mordę końską”<br>– „końska mordą jak to się mówi”   |
|                                      | 3.11. Diabeł jest bez jednej nogi:<br>– „taki czarny/ bez jednej nogi”<br>– „bez jednej nogi”  |
|                                      | 3.12. Diabeł nie wygląda tak jak jest przedstawiany w filmach:<br>– „nie będę panu opowiadał głupot w filmach tych czy coś/ tylko diabeł ma jedną postać/ mordę końską/ bo ludzie w filmie/ nogi i mordę końską to jest prawdziwy papież/ czy antychryst/ bo ludzie nieraz mają to/ że wiążą sobie te amerykańskie filmy z koniem i tego/ kojarzy się z diabłem a to nie ten prototyp” |
|                                      | 3.13. Diabeł, papież i antychryst wyglądają tak samo:<br>– „diabeł ma jedną postać/ mordę końską/ bo ludzie w filmie/ nogi i mordę końską to jest prawdziwy papież/ czy antychryst”  |
|                                      | 3.14. Diabeł jest spokojny:<br>– „bardzo spokojny”<br>– „diabeł i śmierć nie jest nerwowa/ z tego ludzie znali”  |
|                                      | 3.15. Ludzie nie dorośli do walki z diabłem:<br>– „z diabłem się nie da walczyć bo jeszcze ludzie nie dorośli do tego”<br>– „[można walczyć z diabłem? – W. L.] ludzie nie dorośli do tego”  |
|                                      | 3.16. Diabeł może zabrać to, na co ma ochotę, za wyjątkiem snu:<br>– „diabeł i śmierć poprzez pewne zrozumienia życia zabiera to co chce/ ludziom też to sen to odbiera tylko chrystus”  |

Źródło: na podstawie badań własnych.

wieka, 4.3. Diabeł mówi do ludzi/przemówił do pacjenta, 4.4. Diabeł ma oczekiwania wobec ludzi, 4.5. Diabeł jest obecny, 4.6. Diabeł chce kontrolować ludzi, 4.7. Diabeł przeszkadza ludziom, 4.8. Diabeł kusi ludzi, 4.9. Diabeł śni się ludziom, 4.10. Diabeł wpływa na samopoczucie, 4.11. Diabeł ukazał się choremu, 4.12. Osoba opętana ma inny wygląd.

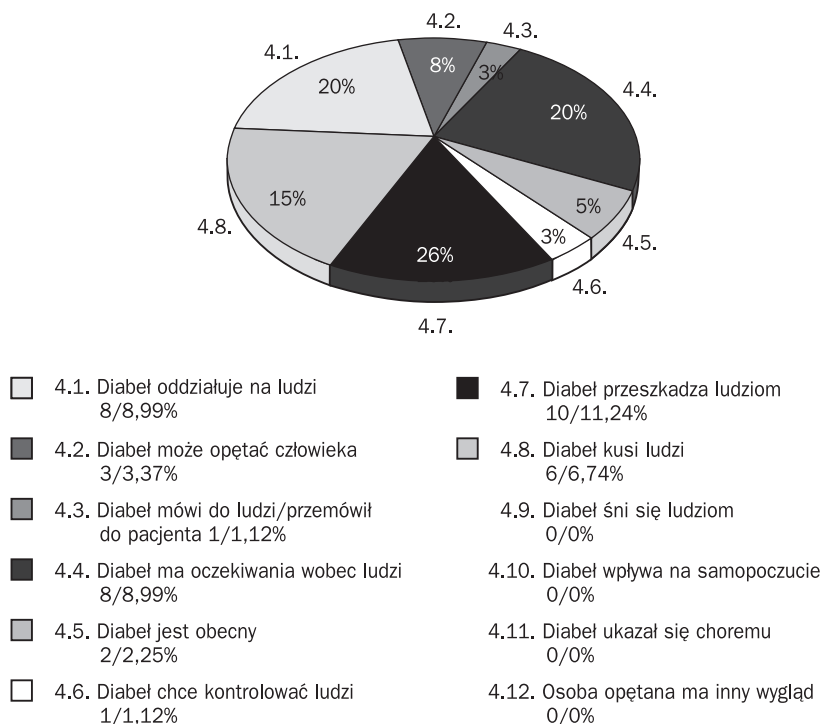


- |  |   |   |
|--|---|---|
| 3.1. Diabeł ma rogi i widły<br>0/0%                              | □ | 3.9. Diabeł jest/nie jest potężniejszy niż Chrystus 1/1,69%           |
| 3.2. Diabeł to zły duch<br>0/0%                                  | ■ | 3.10. Diabeł ma końską mordę 3/5,08%                                  |
| 3.3. Diabeł ma postać materialną<br>0/0%                         | ■ | 3.11. Diabeł jest bez jednej nogi 2/3,39%                             |
| 3.4. Diabeł ma różne postaci (ducha, człowieka, zwierzęcia) 0/0% | ■ | 3.12. Diabeł nie wygląda tak jak jest przedstawiany w filmach 1/1,69% |
| 3.5. Diabeł jest zły<br>0/0%                                     | ■ | 3.13. Diabeł, papież i antychryst wyglądają tak samo 1/1,69%          |
| 3.6. Diabeł kontaktuje się z ludźmi<br>0/0%                      | □ | 3.14. Diabeł jest spokojny 2/3,39%                                    |
| 3.7. Diabeł jest inteligentny<br>0/0%                            | ■ | 3.15. Ludzie nie dorośli do walki z diabłem 2/3,39%                   |
| 3.8. Diabeł zachowuje się specyficznie<br>0/0%                   | ■ | 3.16. Diabeł może zabrać to, na co ma ochotę, z wyjątkiem snu 1/1,69% |

Rysunek 4. Kategoria „cechy wyglądu, psychika, właściwości” wyeksplikowana z wypowiedzi pacjenta z PS

Źródło: na podstawie badań własnych.

Tab. 6 (s. 58) przedstawia kategorię „stosunek diabła do ludzi” wyeksplikowaną z wypowiedzi pacjenta z PEP z podziałem na podkategorie oraz materiałem tekstowym. Rys. 5 (s. 58) przedstawia szacunek procentowy kategorii „stosunek diabła do ludzi” wyliczony ze względu na liczbę odniesień do poszczególnych podkategorii.



Rysunek 5. Kategoria „stosunek diabła do ludzi”  
wyeksplikowana z wypowiedzi pacjenta z PEP

Źródło: na podstawie badań własnych.

Tabela 6. Kategoria „stosunek diabła do ludzi”  
na podstawie wypowiedzi pacjenta z PEP

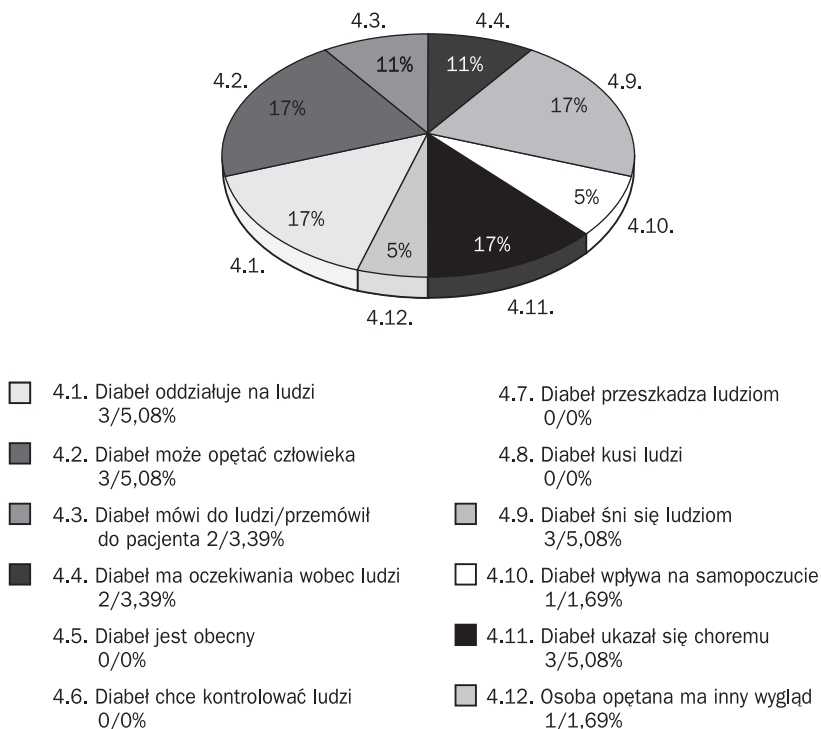
| Kategoria główna         | Podkategorie   |
|--------------------------|--|
| Stosunek diabła do ludzi | 4.1. Diabeł oddziałuje na ludzi:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>- „jest to po prostu zła siła jakaś sprawcza która oddziałuje na człowieka w jakiś sposób”</li> <li>- „oddziałuje na ludzi”</li> <li>- „[oddziałuje – W. L.] mentalnie/ że po prostu go czujemy/ czujemy go/ jego obecność/ odbieramy go poprzez swój własny umysł// mózg po prostu to taki tranzystor/ jakby/ wybierania szóstego nie wiem zmysłu coś takiego”</li> <li>- „iii po prostu odbieramy go za pomocą umysłu”</li> <li>- „wpływa na człowieka żeby mu sprać ten umysł”</li> <li>- „przeszkadza ludziom w normalnym sposobie myślenia”</li> <li>- „tak wpływa na człowieka żeby mu sprać ten umysł”</li> <li>- „nadaje nam polecenia poprzez nasz umysł”</li> </ul> |
|                          | 4.2. Diabeł może opętać człowieka:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>- „sam się zastanawiam czasem czy nie jestem opętany”</li> </ul>  |

cd. tab. 6

| Kategoria główna         | Podkategorie   |
|--------------------------|--|
| Stosunek diabła do ludzi | <ul style="list-style-type: none"> <li>- „[wygląd osoby opętanej – W. L.] tak jak w <i>egzorcyzmach emily rose</i>/ to jest obraz główny/ w którym ludzie się kierują jako opętana/ jako ktoś kto jest opętany// [czy film pokazuje prawdę? – W. L.] nie właśnie to było dobrze tu przedstawione/ tak jak ja to sobie wyobrażałem wcześniej po prostu taki schemat jest”</li> <li>- „jak jest się opętany to nie można nic robić za bardzo w swoje/ w swoim/ w swoim kierunku rozwoju po prostu jakby coś nas zatrzymywało stało nam na drodze”</li> </ul>   |
|                          | <p>4.3. Diabeł mówi do ludzi, przemówił do pacjenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- „mówi nam szeptem do ucha/ czasem takie rzeczy z którymi no wiesz/ z którymi musimy sobie poradzić jakoś”</li> </ul>   |
|                          | <p>4.4. Diabeł ma oczekiwania wobec ludzi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- „przekazuje nam te swoje rzeczy które chce zrobić”</li> <li>- „tak jakby przekazuje im to co mają robić”</li> <li>- „po prostu karze ludziom robić złe rzeczy”</li> <li>- „[karze robić dobre rzeczy? – W. L.] nie dobrych nie/ od dobrych jest bóg raczej/ a od złych diabeł/ tak się przyjęło”</li> <li>- „przeciwstawiając się jego nie wiem rozkazom czy czymś”</li> <li>- „nie słucham jego poleceń/ o ile to są jego polecenia”</li> <li>- „chce nam zrobić niczego dobrego tylko same każe nam złe rzeczy/ do których jesteśmy przystosowani i przyzwyczajeni”</li> <li>- „nadaje nam polecenia”</li> </ul>   |
|                          | <p>4.5. Diabeł jest obecny:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- „zaznacza [swoją obecność – W. L.]”</li> <li>- „czujemy go/ jego obecność”</li> </ul>   |
|                          | <p>4.6. Diabeł chce kontrolować ludzi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- „próbuje może ich kontrolować trochę”</li> </ul>   |
|                          | <p>4.7. Diabeł przeszkadza ludziom:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- „coś co przeszkadza ludziom w normalnym sposobie myślenia może w sposobie bycia”</li> <li>- „staje nam na drodze”</li> <li>- „no coś jak nam przeszkadza w naszym codziennym egzystowaniu/ że na przykład my chcemy coś zrobić”</li> <li>- „a on nam przeszkadza w dążeniu do naszego celu”</li> <li>- „po prostu rozprasza nas i no po prostu rozprasza nas”</li> <li>- „przeszkadza nam duchowo po prostu w takim wyższym wymiarze funkcjonować”</li> <li>- „po prostu rozprasza nas”</li> <li>- „i tak jakby przeszkadza nam w dążeniu do własnego celu”</li> <li>- „staje na drodze na przykład”</li> <li>- „no i przeszkadza nam w ten sposób tak naprawdę nie mamy naszego prawdziwego celu nas odpycha odciąga”</li> </ul> |
|                          | <p>4.8. Diabeł kusi ludzi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- „kusi z tego co wiem”</li> <li>- „i że no i że kusi po prostu swoimi/ swoim zachowaniem”</li> </ul>  |

|                          |   |
|--------------------------|---|
| Stosunek diabła do ludzi | <ul style="list-style-type: none"> <li>- „tak wpływa na człowieka żeby mu sprać ten umysł i żeby go do siebie wziąć coś takiego [kusi – W. L.] stawiając nam coś/ coś co nas by mogło skusić”</li> <li>- „[jak kusi? – W. L.] jeśli chodzi o seks na przykład jakąś kobietę ładną/ która jest nie wiem chętna do uprawiania seksu”</li> <li>- „na przykład kusi nas w ten sposób akurat my mamy coś zrobić innego a tu nam staje na drodze na przykład kobieta goła/ którą chcemy no nie wiem się z którą się chcemy kochać”</li> </ul> |
|                          | 4.9. Diabeł śni się ludziom:<br>- brak wypowiedzi   |
|                          | 4.10. Diabeł wpływa na samopoczucie:<br>- brak wypowiedzi   |
|                          | 4.11. Diabeł ukazała się choremu:<br>- brak wypowiedzi  |
|                          | 4.12. Osoba opętana ma inny wygląd:<br>- brak wypowiedzi  |

Źródło: na podstawie badań własnych.



Rysunek 6. Kategoria „stosunek diabła do ludzi”  
wyeksplikowana z wypowiedzi pacjenta z PS

Źródło: na podstawie badań własnych.

Na rys. 6 zostały zaznaczone proporcje pomiędzy poszczególnymi podkategoriami kategorii „stosunek diabła do ludzi” wyliczone ze względu na liczbę odniesień.

Tabela 7. Kategoria „stosunek diabła do ludzi”  
wyeksplikowana z materiału badawczego pacjenta z PS

| Kategoria główna         | Podkategorie   |
|--------------------------|--|
| Stosunek diabła do ludzi | 4.1. Diabeł oddziałuje na ludzi:<br>– „diabeł oddziałuje na ludzi i to poważnie przez to wszystko co się na świecie dzieje i tak dalej”<br>– „to nie jest psychoza/ że diabła oddziaływanie na nich”<br>– „tylko właśnie tak jest z chryste/ są ludzie co na nich oddziałuje diabeł”   |
|                          | 4.2. Diabeł może opętać człowieka:<br>– „tak/ są takie ludzie co czują się opętane przez diabła/ a ja się nie czuję/ ja się nie czuję”<br>– „[osoba opętana – W. L.] mi się wydaje/ taka osoba/ ma pan dowód [są tutaj opętani? – W. L.] no pan popatrz/ oni nie są/ niektórzy są opętani tylko ich to pochłania”<br>– „pan widzi jak to ludzie są/ oni może mówią/ że są opętani przez diabła ale takie coś właśnie/ taka anegdota tutaj” |
|                          | 4.3. Diabeł mówi do ludzi/przemówił do pacjenta:<br>– „on mówi do mnie tak wreszcie dostrzegłeś mnie/ widzisz mnie nareszcie”<br>– „powiedział mi osobiście do mnie wreszcie dostrzegłeś mnie i widzisz mnie nareszcie”  |
|                          | 4.4. Diabeł ma oczekiwania wobec ludzi:<br>– „diabeł i śmierć nie jest nerwowa tylko oczekiwania mają pewne”<br>– „diabeł i śmierć poprzez pewne zrozumienia życia zabiera to co chce”   |
|                          | 4.5. Diabeł jest obecny:<br>– brak wypowiedzi  |
|                          | 4.6. Diabeł chce kontrolować ludzi:<br>– brak wypowiedzi   |
|                          | 4.7. Diabeł przeszkadza ludziom:<br>– brak wypowiedzi  |
|                          | 4.8. Diabeł kusi ludzi:<br>– brak wypowiedzi   |
|                          | 4.9. Diabeł śni się ludziom:<br>– „śni się ludziom po nocach/ takie rzeczy”<br>– „ale diabeł i te wszystkie to się śnią ludziom po nocach”<br>– „ludziom się śni”  |
|                          | 4.10. Diabeł wpływa na samopoczucie:<br>– „człowiek się czuje tak może/ ja to po prostu/ ludziom się śni i czują umiowanie/ jest nauka w świecie”  |
|                          | 4.11. Diabeł ukazał się choremu:<br>– „kojarzył się w chełmie [nazwa miasta – W. L.] tam na pkp dworcu ukazał się mi diabeł”   |

| Kategoria główna         | Podkategorie  |
|--------------------------|---|
| Stosunek diabła do ludzi | <ul style="list-style-type: none"> <li>- „wreszcie dostrzegłeś mnie/ widzisz mnie nareszcie”</li> <li>- dostrzegłeś mnie i widzisz mnie nareszcie”</li> </ul> |
|                          | 4.12. Osoba opętana ma inny wygląd: <ul style="list-style-type: none"> <li>- „bez nogi/ bez tego/ bez palców”</li> </ul>                                      |

Źródło: na podstawie badań własnych.

### 3. Interpretacja materiału badawczego

Pacjent z pierwszym epizodem w porównaniu do pacjenta chronicznego bardzo rozbudował wypowiedź na temat diabła. Charakterystyka diabła w jego wypowiedzi, jak pokazują to wydobyte z niej podkategorie, jest bogata. Wynika to może z większej wiedzy pacjenta, na początku psychozy, o świecie oraz lepszego funkcjonowania psychicznego i społecznego. Pacjent z przewlekłą schizofrenią już od wielu lat jest wykluczony z pełnego uczestnictwa w życiu społecznym.

Bezpośrednie nawiązania do Biblii i szkolnych lekcji religii świadczą o głębokiej świadomości kulturowej pacjenta z pierwszym epizodem. Ową świadomość potwierdzają dokładne opisy wyglądu diabła, które odpowiadają znanej symbolice. Pacjent w swoich wypowiedziach bezpośrednio odwołuje się do źródeł tych opisów: 3.1. Diabeł ma rogi i widły – „to jest schemat raczej już od małego wpajany/ że diabeł ma rogi i widły/ no i widziałem go często na różnych/ różnych obrazkach/ książkach albo/ albo gdzieś na jakichś obrazach”. Pacjent nawiązuje do doświadczeń bezpośredniego oddziaływania diabła (podkategoria 4.1.), który wpływa na ludzi mentalnie: „[oddziałuje – W. L.] mentalnie/ że po prostu go czujemy/ czujemy go/ jego obecność/ odbieramy go poprzez swój własny umysł// mózg po prostu to taki tranzystor/ jakby/ wybierania szóstego nie wiem zmysłu coś takiego (...) przeszkadza ludziom w normalnym sposobie myślenia (...) tak wpływa na człowieka żeby mu sprać ten umysł oraz nadaje nam polecenia poprzez nasz umysł”. Powyższa wypowiedź implikuje wysokie poczucie bezradności i lęku, które wyraźnie towarzyszą choremu. Pojęcie „szóstego zmysłu” jest objawem myślenia magicznego, które często występuje w schizofrenii paranoidalnej. Pacjent przykre myśli kojarzy z „diabelskim szepczeniem”, co można uznać za nawiązanie do omamów słuchowych, np. 4.3. Diabeł mówi do ludzi – „mówi nam szepcze do ucha/ czasem takie rzeczy z którymi no wiesz/ z którymi musimy sobie poradzić jakoś”. Pacjent w swoich wypowiedziach stara się przekazać prawdy uniwersalne, tzn. traktuje siebie jako reprezentanta całej kulturowej społeczności, co widać wyraźnie w użytej przez

niego liczbie mnogiej zamiast liczby pojedynczej. Jest to wskazówka pozwalająca stwierdzić, że pacjent czuje się związany ze swoją społecznością i postrzega samego siebie jako jej członka. Brak kategorii, w której diabeł byłby określany jako dobry, we wszystkich podkategoriach diabeł charakteryzowany jest jednoznacznie jako „zły” 3.2. Diabeł to zły duch, 3.5. Diabeł jest zły, 4.2. Diabeł może opętać człowieka, 4.6. Diabeł chce kontrolować ludzi, 4.7. Diabeł przeszkadza ludziom, 4.8. Diabeł kusi ludzi. Ten sposób myślenia jest zgodny z fundowanym przez naszą kulturę i religię podejściem. W wypowiedziach pacjenta brak wyraźnych odchyień od tego typu myślenia. Pacjent jeden raz odwołał się do poglądów laickich, w podkategorii 1.2. Diabła wymyślili ludzie, co w porównaniu do innych podkategorii (np. 1.3. Informacje o diable człowiek czerpie z religii i Biblii) charakteryzujących głęboki wpływ diabła na ludzkie życie, świadczy o eklektycznym światopoglądzie. To niezdecydowanie nie jest typowe dla schizofrenii paranoidalnej głęboko posuniętej, a wręcz przeciwnie – można traktować je jako objaw zdrowej refleksji. W wypowiedziach na temat diabła u pacjenta z pierwszym epizodem wyznaczyłem trzydzieści jeden podkategorii semantycznych. Osiągnięty przez niego wynik jest bardzo wysoki i wyniósł aż osiemdziesiąt dziewięć odniesień. U pacjenta z pierwszym epizodem schizofrenii pojedynczych nawiązań było 13, co daje tylko 14,61%. Pacjent z przewlekłą schizofrenią także 13 razy nawiązał jednokrotnie do określonej kategorii, ale daje to wynik 22%. Przyczyną tak wysokiego wyniku jest duże ubóstwo treści wypowiedzi pacjenta z przewlekłą schizofrenią, co potwierdzają badania Andrzeja Czernikiewicza i Tomasza Woźniaka<sup>5</sup>. Pacjent z pierwszym epizodem rozwinął w jednym przypadku temat nawet dziesięciokrotnie – 4.7. Diabeł przeszkadza ludziom (11,24% w stosunku do ogółu), i ośmiokrotnie w trzech przypadkach: 3.5. Diabeł jest zły, 4.1. Diabeł oddziałuje na ludzi i 4.4. Diabeł ma oczekiwania wobec ludzi (co w przypadku każdej z tych podkategorii stanowiło 8,99% w stosunku do wszystkich odniesień). U pacjenta z przewlekłą schizofrenią tak bogata charakterystyka diabła nie występuje.

Pacjent chroniczny wypowiada własną teorię związaną z pochodzeniem diabła: 1.2. Diabeł jest jednym z trzech bogów: „on to coś takiego/ kiedyś ludzie pomienią (sic!) właśnie to tych trzech bogów chrystus/ to się godzili na taką głupie ten pan mowa/ ale tak mówili: diabeł, Chrystus i śmierć to są jedna wielka oni...” (w przytoczonej wypowiedzi występują liczne agramatyzmy) oraz 1.3. Pochodzenie diabła jest takie samo jak Chrystusa i śmierci (pojawienie się diabła i śmierci ma związek z Chrystusem): „[skąd jest diabeł? – W. L.] z tego/ spadł jak Chrystus/ chrystusowe ciała/ stąd się wzięli i diabeł/ śmierć”. Wyraźnie ujawnia się w tych wypowiedziach myślenie urojeniowe. Niezwykle ciekawe jest porównanie diabła do innych postaci, tj. do Rasputina i papieża. Tego typu wypo-

<sup>5</sup> A. Czernikiewicz, *Językowy wymiar przewlekłej schizofrenii*, Akademia Medyczna w Lublinie, Lublin 1998; T. Woźniak, *Narracja w schizofrenii*, UMCS, Lublin 2005.

wiedzi nie ma u pacjenta z pierwszym epizodem. Pacjent opisuje swoje urojenia i omamy: 4.11. Diabeł ukazał się choremu: „kojarzył się w chełmie [nazwa miasta – W. L.] tam na pkp dworcu ukazał się mi diabeł” – halucynacje wzrokowe, oraz 4.3. Diabeł mówi do ludzi/przemówił do pacjenta: „powiedział mi osobiście do mnie wreszcie dostrzegłeś mnie i widzisz mnie nareszcie” – omamy słuchowe, w postaci głosów. Ciekawym zjawiskiem, które ujawniło się w trakcie interpretacji materiału, są wypowiedzi niedorzeczne, mające związek z zaburzeniami myślenia, występującymi w schizofrenii, są charakterystyczne dla niedorzecznej interpretacji świata. W wypowiedziach pacjenta chronicznego widać wyraźny brak aberracji i wątpliwości, co także jest typowe dla schizofrenii przewlekłej. To specyficzne dla tej choroby poczucie realności w doznawaniu omamów i urojeń oraz pewności własnych sądów, które mają charakter urojeniowy, nie pozwala chorym na krytyczne i trzeźwe postrzeganie rzeczywistości.

Jak już wskazałem, kategorie powstałe z eksplikacji tekstu pacjenta chronicznego w większym stopniu wskazują na jego zaburzenia myślenia niż u pacjenta z pierwszym epizodem. Bogactwo urojeń skutkuje dużą dowolnością opisu. Widać to szczególnie tam, gdzie mamy do czynienia z wypowiedziami niedorzecznymi, gdzie diabeł porównywany jest do innych elementów rzeczywistości w sposób zupełnie niezrozumiały, bez zachowania praw logiki i ciągów przyczynowo-skutkowych. Niedorzeczności u tego pacjenta pojawiają się 8 razy i stanowią aż 13,56% wszystkich wypowiedzi. Wyróżnione z jego wypowiedzi bogactwo kategorii nie idzie w parze z bogactwem określeń, maksymalny wynik wyniósł cztery odniesienia i wystąpił tylko raz w podkategorii 5.2. Diabła można różnie określać, co stanowi 6,78% ogółu. Żadna kategoria nie została rozbudowana powyżej czterech określeń, przez co wypowiedź była mało rzeczowa, pełna uskoków i ześlizgów. Tylko moje wciąż ponawiane pytania nawracały pacjenta na temat rozmowy. Wysoce prawdopodobne jest, że gdybym tych pytań nie zadawał i nie powtarzał, pacjent w swoich wywodach zupełnie zszedłby z tematu diabła, a jego wypowiedź byłaby w większym stopniu niedorzeczna.

Na podstawie wypowiedzi pacjentów można było wyróżnić dwa rodzaje definicji: realnoznaczeniową i synonimiczną. W Doroszewski opisuje definicję realnoznaczeniową jako wyjaśniającą treści znaczeniowe wyrazu bez odwoływania się do jego budowy słowotwórczej. Przykładem tego rodzaju definicji jest bać się – „doznawać uczucia strachu, odczuwać strach”.

Definicja synonimiczna polega jego zdaniem na wylczeniu synonimów wyrazu hasłowego. Jest ona niewłaściwym sposobem wyjaśniania treści znaczeniowej wyrazu. Synonimy powinny być zasadniczo wtórnymi składnikami definicji i w tej funkcji są często niezbędne, np. chmara – „nieokreślenie wielka liczba; mnóstwo, ćma, tłum, rój”<sup>6</sup>.

<sup>6</sup> Element synonimiczny został oddzielony średnikiem.

Tab. 8. przedstawia typy definicji, których pacjenci używali, opowiadając o diabie. Jak wynika z tej tabeli, wśród podawanych przez pacjentów definicji przeważały typu realnoznaczeniowego. U pacjenta z pierwszym epizodem stanowiły one 93,18%, a u pacjenta chronicznego – 74,14% wszystkich wypowiedzi. Drugim rodzajem, jaki się pojawił, były definicje synonimiczne, które w wypowiedzi pacjenta z pierwszym epizodem pojawiły się sześć razy, co dało 6,82% wszystkich wypowiedzi. W przypadku pacjenta chronicznego definicji synonimicznych było siedem, co na tle całości wyniosło 12,07% wszystkich definicji. Tak wysoki procent definicji synonimicznych jest wynikiem mniejszej liczby wszystkich definicji u pacjenta chronicznego w porównaniu z pacjentem z pierwszym epizodem. Różnica ta wyniosła aż trzydzieści. Do sumy wszystkich wyeksplicowanych z wypowiedzi pacjenta chronicznego definicji wliczyłem niedorzeczności czy wypowiedzi niedorzeczne. Ten rodzaj wypowiedzi nie wystąpił u pacjenta z pierwszym epizodem. Uważam, że tego typu wypowiedzi są charakterystyczne dla przewlekłej schizofrenii.

Tabela 8. Definicje realizowane w wypowiedziach na temat diabła przez pacjenta z PEP i pacjenta z PS

| Diabeł          |                   | Pacjent z pierwszym epizodem psychotycznym |                                     | Pacjent z przewlekłą schizofrenią |                                     |
|-----------------|-------------------|--|-------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
|                 |                   | Liczba definicji                           | Wynik w procentach (w przybliżeniu) | Liczba definicji                  | Wynik w procentach (w przybliżeniu) |
| Typy definicji  | realnoznaczeniowa | 82   | 93,18                               | 43                                | 74,14                               |
|                 | synonimiczna      | 6  | 6,82                                | 7                                 | 12,07                               |
| niedorzeczności |                   | –  | –                                   | 8                                 | 13,8                                |
| Razem           |                   | 88   |                                     | 58                                |                                     |

Źródło: na podstawie badań własnych.

Przyglądając się dokładnie sformułowanym na podstawie tekstów kategorii semantycznym oraz jakościowym i ilościowym opisom dokonany na ich podstawie, a także typom definicji, jakich pacjenci używali, wstępnie mogę stwierdzić, że zgromadzone dane nie są jednakowe. Przeprowadzone badania potwierdzają, że podstawowym powodem różnic w opisie rzeczywistości u badanych pacjentów jest różnica w głębokości i czasie trwania psychozy. Z całą pewnością zostało przeze mnie wykazane, że pacjent z PS w inny sposób postrzega rzeczywistość niż ten, u którego silny objaw psychotyczny wystąpił tylko raz. Jak pisał Antoni Kępiński, schizofrenia jest chorobą rozwijającą się w trzech fazach: pierwsza faza – owładnięcie, druga – adaptacji i trzecia – degradacji<sup>7</sup>. Według mnie pacjent z pierwszym epizodem przeszedł fazę pierwszą i jest na etapie drugiej. Z kolei pacjent chroniczny już bardzo długo tkwi na etapie

<sup>7</sup> A. Kępiński, *Schizofrenia*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2001, ss. 44-53.

fazy degradacji. Wszystko to, co zostało powiedziane ma wpływ na sposób obrazowania świata, ponieważ pacjent z pierwszym epizodem szuka przyczyn i wyciąga wnioski w sposób logiczny i przyczynowo-skutkowy, a pacjent chroniczny robi to bez uznania jakiegokolwiek porządku, w sposób chaotyczny i często bezsensowny. Wyodrębnione w wypowiedziach niedorzeczności ukazują problem najlepiej. Nie są to metody opisu świata – ani naukowe, ani potoczne. W pewnym sensie wypowiedzi niedorzeczne dotyczą tylko i wyłącznie psychotycznych doświadczeń pacjenta. Zostały nazwane niedorzecznymi, ponieważ przy pierwszym wrażeniu nie dotyczą rzeczy, o której mowa. Istnieje jednak możliwość ich klasyfikacji i opisu w pewnym porządku, ale metody tych działań nie są w tej chwili dostępne.

Analizowane wypowiedzi pacjenta chronicznego realizują zupełnie inny model interpretowania rzeczywistości niż tradycyjny. Obaj pacjenci, z tym że z pierwszym epizodem sporadycznie, odwoływali się do swoich urojeń. Niektóre z odpowiedzi powstałych na bazie tematyki urojeń są bardzo interesujące, ponieważ pozwalają poznać wewnętrzny świat przeżyć pacjenta. Jest tu uchwytany głęboki subiektywizm oraz niezwykle zindywidualizowany sposób pojmowania diabła. Subiektywnej perspektywie pacjenta towarzyszy silny lęk (co najwyraźniej widać w pierwszym epizodzie). W wyniku silnego braku krytycyzmu niemal wszystko, o czym pacjent pomyśli, wydaje mu się zupełnie rzeczywiste (takie myślenie jest widoczne w wypowiedziach pacjenta chronicznego).

Obaj pacjenci używali stylu potocznego w językowym opisie diabła. Jak pokazują badania A. Czernikiewicza oraz T. Woźniaka, język u pacjentów chronicznych funkcjonuje w odmienny sposób niż u pacjentów z pierwszym epizodem i ludzi zdrowych. Objawy schizofazji są też związane z czasem trwania psychozy i wiekiem chorych. Pacjenci chroniczni często posługują się uboższą składnią, z zaburzoną konotacją linearną<sup>8</sup>. W przedstawionym w tej pracy materiale nie ma wszystkich fenomenów językowych występujących w schizofazji. Brak bowiem neologizmów idiolektałnych i paronimii.

Pragmatyka tekstu, czyli poruszenie relacji znak – interpretator znaku, także nie obyła się bez defektów. Zrozumiałość wypowiedzi była możliwa tylko w ich szczytkowych fragmentach, czasami tekst miał sens, ale był zupełnie nieadekwatny do postawionego przeze mnie pytania. Do opisu diabła były często włączane wolne skojarzenia, niemające z tematem nic wspólnego lub nawiązujące do niego w sposób bardzo odległy, na zasadzie łączenia w oparciu o cechy sekundarne. Rozbicie pragmatyki tekstu wiązało się w przypadku pacjenta z PS z konkretnością wypowiedzi. Wypowiedź konkretna jest wynikiem myślenia, w którym osoba nie potrafi wyjść poza obserwowalne właściwości

<sup>8</sup> T. Woźniak, *Zaburzenia języka w schizofrenii*, UMCS, Lublin 2000; A. Czernikiewicz, T. Woźniak, *Krótką skalą oceny schizofazji (KSOS)*, w: *Badania nad schizofrenią*, www.badania-nadschizofrenia.org (15.06.2011), ss. 569-575.

danego przedmiotu lub jednoznaczne skojarzenia wobec pojęcia, np. nie potrafi określić cech łączyjących pewną klasę pojęć. Poczynione analizy potwierdzają opinię, że schizofrenia ze swoimi objawami osiowymi o charakterze homogenicznym przebiega u każdego chorego w sposób heterogeniczny i indywidualny, dlatego nie należy generalizować jej objawów. Na podstawie moich badań dotyczących kwestii lingwistycznych mogę stwierdzić, że zaburzenia mowy w schizofrenii występują na trzech poziomach: syntaktycznym, semantycznym i pragmatycznym. Są one zależne jednak od właściwych pacjentowi cech indywidualnych, wykształcenia, pochodzenia, wieku oraz w głównej mierze od głębokości psychozy i czasu jej trwania.

### **A. Jakościowe interpretacje wyników pacjenta z pierwszym epizodem psychotycznym (PEP)**

Na podstawie wypowiedzi o diable mogę stwierdzić, że pacjent z pierwszym epizodem schizofrenii:

- bezpośrednio odwołuje się do wiedzy czerpanej z Biblii i szkolnych lekcji religii: „tak słyszałem z religii (...) z religii wiem (...) z pisma świętego wiem”;
- odwołuje się do wiedzy kulturowej oraz ilustracji (m.in. w literaturze): „to jest schemat raczej już od małego wpajany/ że diabeł ma rogi i widły/ no i widziałem go często na różnych/ różnych obrazkach/ książkach albo/ albo gdzieś na jakichś obrazach”;
- mówi o bezpośrednich oddziaływaniach diabła: diabeł wpływa na ludzi mentalnie: „[oddziałuje – W. L.] mentalnie/ że po prostu go czujemy/ czujemy go/ jego obecność/ odbieramy go poprzez swój własny umysł”;
- odbiera diabła za pomocą „szóstego zmysłu”: „mózg po prostu to taki tranzystor/ jakby/ wybierania szóstego nie wiem zmysłu coś takiego” – poczucie istnienia „szóstego zmysłu” jest wynikiem myślenia magicznego, które często występuje w schizofrenii;
- nawiązuje do omamów słuchowych: „mówi nam szepcze do ucha/ czasem takie rzeczy z którymi no wiesz/ z którymi musimy sobie poradzić jakoś”;
- traktuje to, co mówi jako prawdy uniwersalne, tzn. przyjmuje rolę reprezentanta całej kulturowej społeczności, co widać wyraźnie w użytej przez niego liczbie mnogiej zamiast liczby pojedynczej (pacjent czuje się związany ze swoją społecznością i postrzega samego siebie jako jej członka, brak poczucia odrzucenia);
- traktuje diabła jako zło, jest to zgodne ze zdroworozsądkowym podejściem, które ma podłoże religijne i kulturowe, brak wyraźnych odchyień od tego typu myślenia;
- odwołuje się do poglądów racjonalnych: „skąd się wziął nie wiem może ludzie go stworzyli/ może diabeł już był po prostu/ może to tylko wymysł ludzi”;

Pacjent jest niezdecydowany co do istnienia diabła. Jako argumenty za istnieniem podaje np. Biblię i szkolne katechezy, jako argumenty przeciw – swoje przemyślenia, które można określić mianem zdroworozsądkowych. Uważam, że w tym przypadku nie jest to objaw patologii.

Wyniki ilościowe wypowiedzi pacjenta z pierwszym epizodem dotyczące całości zebranego materiału pozwalają wyodrębnić 31 podkategorii semantycznych, do których pacjent nawiązał 89 razy. Pojedynczych nawiązań było w sumie 13, co daje tylko 14,61% wszystkich odniesień. Pacjent odpowiadał na zadawane pytania w sposób rozbudowany, przez co udzielał wielu informacji. Rozwinął w jednym przypadku temat nawet dziesięciokrotnie – 4.7. Diabeł przeszkadza ludziom (11,24% w stosunku do ogółu) oraz ośmiokrotnie w trzech przypadkach: 3.5. Diabeł jest zły, 4.1. Diabeł oddziałuje na ludzi i 4.4. Diabeł ma oczekiwania wobec ludzi (co w przypadku zsumowania nawiązań z tych podkategorii stanowi 26,97% w stosunku do wszystkich odniesień).

### **B. Jakościowe interpretacje wyników pacjenta z przewlekłą schizofrenią (PS)**

Na podstawie wypowiedzi o diable mogę stwierdzić, że pacjent z przewlekłą schizofrenią:

- ujawnia w wypowiedziach swoje urojenia, np. stworzył własną teorię o pochodzeniu diabła: „[skąd jest diabeł? – W. L.] z tego/ spadł jak chrystus/ chrystusowe ciała/ stąd się wziął i diabeł/ śmierć (...) z chrystusowych ciał/ powiesili/ modlitwę tego wszystkiego”;
- przedstawia diabła jako jednego z trzech bogów: „on to coś takiego/ kiedyś ludzie pomienią (sic!) właśnie to tych trzech bogów chrystus/ to się godzili na taką głupie ten pan mowa/ ale tak mówili: diabeł/ chrystus i śmierć to są jedna wielka oni”;
- porównuje diabła do Rasputina i papieża: „diabeł to jako rasputin (...) to jest prawdziwy papież”;
- buduje wypowiedzi o cechach stylu telegraficznego, w których są liczne agramatyzmy;
- nawiązuje w wypowiedziach do omamów wzrokowych lub iluzji: „kojarzył się w chełmie [nazwa miasta – W. L.] tam na pkp dworcu ukazał się mi diabeł”;
- mówi o doznawanych przez siebie omamach słuchowych w postaci głosów: „powiedział mi osobiście do mnie wreszcie dostrzegłeś mnie i widzisz mnie nareszcie”.

Wypowiedzi niedorzeczne u pacjenta z PS są związane z zaburzeniami myślenia, występującymi w schizofrenii i są charakterystyczne dla swoistej interpretacji świata. Niedorzeczności są wynikiem zaburzeń konotacji, które powstają przy utracie intencji wypowiedzi. W wypowiedziach pacjenta z PS widać wyraźny brak aberracji i wątpliwości, co także jest typowe dla schizofrenii przewlekłej.

Poniżej prezentuję wypowiedzi niedorzeczne pacjenta z PS, które stanowią 13,56% całej wypowiedzi:

- „diabeł kiedyś mojego rodzaju czasu/ mieszkalem na mokotowie tam w warszawie skojarzyła mi się taka temata chrystusowa (sic!)/ ludzie nieraz zapominają że jestem chrystusowy/ może na tym tracą może nie/ jak wszystko/ z mokotowa/ byłem tam nie leczyłem się tylko jako doktor pracowałem”;
- „ludzie o dziwo robią poprzez sen/ niektórych to tylko się ogląda na filmie science fiction/ skomponować takiego”;
- „[czy widział diabła – W. L.] na właśnie to mieszkalem kiedyś na mokotowie/ jako lekarz pracowałem psychiatra/ kojarzyłem sobie/ nie wiem tak”;
- „śmierć to piękna kobieta”;
- „braku rozumu rodzi coś tam”;
- „niby ja się zastanawiam na temat tego pojęcia z tym i z tymi wyluzuj się jak to małolaci tak/ jak ktoś ma lat”;
- „ludziom też to sen to odbiera tylko chrystus/ synu do chrystusa maleńkiego choć kiedyś odmówili mu opieki”;
- „a panie doktorze chęć/ kwestia zrelacjonowania/ że czasami się czuję rześko jak wstaję do roboty/ dziękuję bogu/ że rześki do roboty wstaję/ to nie jest psychoza”.

Wyniki ilościowe wypowiedzi pacjenta z PS we wszystkich badanych kategoriach pozwalają wyodrębnić 29 podkategorii semantycznych, na które składa się 51 nawiązań. Dodatkowo wyodrębniłem 8 wypowiedzi niedorzecznych. Jak pokazuje analiza, bogactwo kategorii nie idzie w parze z bogactwem określeń. Maksymalny wynik wyniósł cztery odniesienia i wystąpił tylko raz w podkategorii 5.2. Diabła można różnie określać, co stanowi 6,78% całej wypowiedzi. Żadna kategoria nie została rozbudowana powyżej czterech nawiązań. Wypowiedź tego pacjenta była mało rzeczowa, pełna uskoków i ześlizgnięć. Tylko powtarzane i zadawane po raz pierwszy pytania nawracały wypowiedź pacjenta na obrany temat. Gdyby nie było tych pytań, wypowiedź byłaby niedorzeczna w jeszcze większym stopniu.

## Wnioski

Zebrany materiał i jego analiza wykazały, że sposoby patrzenia na diabła i jego opis nie są u chorych jednakowe. Przeprowadzone badania wykazują, że podstawowym powodem różnic w opisie rzeczywistości u badanych pacjentów jest poziom głębokości i czas trwania psychozy. Pacjent z pierwszym epizodem psychotycznym szuka przyczyn i wyciąga wnioski w sposób logiczny i przyczynowo-skutkowy. Z kolei pacjent z przewlekłą schizofrenią wypowiada się na temat diabła bez uznania jakiegokolwiek porządku, w sposób chaotyczny i często bezsensowny. Obraz diabła różni się u obu pacjentów. Użyte przez pacjenta chronicznego metody objaśniania i wymienione cechy opisywanego

zjawiska wykazują głęboką patologię. Pacjent wielokrotnie odwoływał się do swoich urojeń. Wiele z jego spostrzeżeń trudno jest klasyfikować w kategoriach prawdy i kłamstwa. Analizowane wypowiedzi pacjenta chronicznego realizują zupełnie inny model interpretowania rzeczywistości niż tradycyjny. Obaj pacjenci, z tym że z pierwszym epizodem sporadycznie, odwoływali się do swoich urojeń. Śmiało można stwierdzić, że wraz z narastaniem psychozy spada liczba podkategorii i nawiązań oraz pojawiają się wypowiedzi niedorzeczne.

Problem z objaśnieniem zjawiska, jakim jest diabeł, wygląda inaczej u pacjenta z pierwszym epizodem, a inaczej u pacjenta chronicznego. Pacjent, który dopiero zaczął chorować i leczy się, interpretuje zjawisko w sposób prawidłowy i adekwatny do zdroworozsądkowego myślenia. Budowanie wypowiedzi i dobór cech do interpretacji rzeczywistości zależy wyłącznie od poziomu nabytych kompetencji, głównie językowej i kulturowej, pośrednio także komunikacyjnej. Objaśniając, czy diabeł istnieje, kieruje się swoimi bezpośrednimi doświadczeniami oraz wiedzą uzyskaną pośrednio, tzn. znaną z różnych przekazów. Cechy do opisu były dobierane w sposób zrozumiały. Pacjent z pierwszym epizodem nie korzysta, opisując diabła, z informacji pochodzących z urojeń. Zdarzyło mu się nawiązać do diabelskich głosów, które można interpretować jako omamy słuchowe występujące w ostrej fazie choroby, więc także na samym jej początku. Nie zarejestrowałem u pacjenta w opisie diabła nieświadomości własnych sądów, świadczących o schizofrenicznym procesie otępiennym.

Inaczej diabła postrzega pacjent chroniczny. Użyte przez niego metody objaśniania i wymienione cechy opisywanego zjawiska wykazują głęboką patologię. Pacjent wciąż odwoływał się do swoich urojeń. Wiele z jego spostrzeżeń trudno jest klasyfikować w kategoriach prawdy i kłamstwa, gdyż są na tyle subiektywne, że dotarcie do ich sensów jest bardzo trudne. Chory chronicznie w swoich opisach kierował się własnymi doświadczeniami – zarówno rzeczywistymi, jak i urojonymi, których nie sposób na podstawie samych wypowiedzi oddzielić od siebie.

Cechy służące opisowi diabła były dobierane bez żadnego porządku, opierały się na luźnych skojarzeniach. Wynikiem tego jest częste występowanie w wypowiedzi pacjenta chronicznego zaprzeczania wcześniej podanym wnioskom, np. „[diabeł – W. L.] ma nieraz większą górę niż chrystus a to nie prawda”. Spostrzeżenia te potwierdzają tezę o dominacji we wszystkich zachowaniach językowych pacjentów chronicznych myślenia urojonego podyktowanego psychozą schizofreniczną.

## Literatura

Bleuler E., *Dementia Praecox, or the Group of Schizophrenias*, International Universities Press, New York 1950 (oryginalne wydanie 1911).

- 
- Czernikiewicz A., *Językowy wymiar przewlekłej schizofrenii*, Akademia Medyczna w Lublinie, Lublin 1998.
- Czernikiewicz A., Woźniak T., *Krótką skalą oceny schizofazji (KSOS)*, w: *Badania nad schizofrenią*, [www.badaniadnadschizofrenia.org](http://www.badaniadnadschizofrenia.org) (15.06.2011), ss. 569-575.
- Grabias S. (red.), *Zaburzenia mowy*, UMCS, Lublin 2001.
- Kępiński A., *Schizofrenia*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2001.
- Pilch T., *Zasady badań pedagogicznych*, Żak, Warszawa 1998.
- Wciórka J., *Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR*, Wrocław 2008.
- Woźniak T., *Narracja w schizofrenii*, UMCS, Lublin 2005.
- Woźniak T., *Zaburzenia języka w schizofrenii*, UMCS, Lublin 2000.



ALEKSANDRA JASIELSKA

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu  
Instytut Psychologii

## Jaki jest związek znaczenia emocji z językiem?

### Wprowadzenie

Zasadność wprowadzenia do problematyki związku pomiędzy znaczeniem emocji a językiem jest podyktowana koniecznością przedstawienia trzech zasad obecnych w diskutowanym obszarze. Pierwsza z nich dotyczy przedmiotu badań psychologii emocji. Psychologia emocji bada emocję i niezależnie rozumienie emocji przez człowieka<sup>1</sup>. W każdym z tych obszarów obecny jest język. W pierwszym dzięki ekspresywnej funkcji języka ludzie wyrażają emocje, natomiast w drugim dzięki funkcji deskryptywnej stabilizują zmysłowo-afektywne doświadczanie emocji oraz mówią o emocjach, co zdradza, jak doświadczają i konceptualizują emocje<sup>2</sup>. Druga zasada dotyczy rozróżnienia dwóch rodzajów wiedzy. Pierwszą z nich jest wiedza o emocjach reprezentowana w strukturach wyobrażenowo-pojęciowych, drugą – wiedza językowa służąca do wyrażania tych struktur w języku<sup>3</sup>. Trzecia zasada wynika z dwuznaczności określenia „znaczenie emocjonalne”, które „można (...) rozumieć jako odnoszące się do emocjonalnych

---

<sup>1</sup> J. A. Russell, G. Lemay, *Pojęcia dotyczące emocji*, w: M. Lewis, J. M. Haviland-Jones (red.), *Psychologia emocji*, GWP, Gdańsk 2005, ss. 617-633.

<sup>2</sup> A. Duszak, *O emocjach bez emocji. Gniew w perspektywie lingwistycznej*, w: A. Duszak, N. Pawlak (red.), *Anatomia gniewu. Emocje negatywne w językach i kulturach świata*, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2003, ss. 13-23; T. Maruszewski, E. Ścigała, *Emocje – aleksytymia – poznanie*, Wydawnictwo Humaniora, Poznań 1998; D. Szumska, *O emocjach bez emocji*, „Język a kultura” 14/2000, ss. 199-208.

<sup>3</sup> H. Marczevska-Okuniewska, I. Kurcz, *Asymetria pozytywno-negatywna w psychologii i psycholingwistyce*, w: A. Duszak, N. Pawlak (red.), *Anatomia gniewu...*, ss. 25-37.

aspektów znaczenia, jak i znaczeniowych aspektów emocji"<sup>4</sup>. Przedstawione zasady można sprowadzić do tego, iż znaczenie słowa opisującego emocje nie jest tożsame ze znaczeniem emocji. Język bowiem jest narzędziem, które rzeczywistość emocjonalną opisuje, a nie tworzy. W związku z czym wypowiedzi językowe są emocjonalnie przezroczyste i ich celem jest kierowanie uwagi ku rzeczywistości pozajęzykowej. Dlatego nie można uznawać wypowiedzi badanego za akt w pełni oddający znaczenie emocji<sup>5</sup>. Z drugiej strony analiza znaczenia emocji praktycznie nie jest możliwa bez odwoływania się do procesu „nazywania czy mówienia o emocjach”. Niniejszy rozdział jest opisem tego impasu.

### 1. „Dwuznaczność” znaczenia

*Słownik języka polskiego* podaje dwie definicje terminu *znaczenie*: „1. treść, której znakiem jest wyraz (wypowiedź); to co dany wraz (rzadziej gest, znak) znaczy, sygnalizuje; 2. wartość, waga, ważność, czegoś”<sup>6</sup>. Pierwsze rozumienie zostanie oznaczone jako „Z”, natomiast drugie jako „z”. Ujęta w powyższej definicji treść, rozumiana jako istota znaczenia, jest zawarta w umysłowej reprezentacji pojęciowej danego obiektu lub klasy obiektów. Natomiast słowo jest tylko sposobem kodowania czy przedstawiania znaczeń poszczególnych obiektów. Język bowiem stanowi nośnik znaczeń określonych desygnatów. Przy czym desygnatem może być właściwie każdy przedmiot myśli, który posiada określoną nazwę. Nie oznacza to jednak, iż obiekty nieposiadające swojej nazwy nie istnieją, lecz że nie istnieją jeszcze odpowiednie słowa dla ich oznaczenia<sup>7</sup>. Język bowiem jest konstrukcją symboliczną, zorganizowaną liniowo i odwzorowuje tylko logiczną formę rzeczywistości.

W literaturze przedmiotu (prawdopodobnie dla uproszczenia opisu) utożsamia się znaczenie nie tyle z doświadczeniem związanym z danym obiektem, lecz z treścią reprezentowaną przez słowo. W związku z tym wskazówek co do organizacji znaczenia dostarczają analizy językowe, a w szczególności semantyka. Zatem zgodnie z zasadami semantycznymi w słowie poza podstawowym znaczeniem leksykalnym (inaczej znaczeniem realnym<sup>8</sup>), tj. treścią charakterystyczną wyznaczoną przez denotacyjne semy konstytutywne (nuklearne) (znaczenie „Z”), wyróżnia się również znaczenie rozszerzone, obejmujące

<sup>4</sup> G. M. White, *Reprezentacje znaczenia emocjonalnego: kategoria, metafora, schemat, dyskurs*, w: M. Lewis, J. M. Haviland- Jones (red.), *Psychologia emocji*, ss. 55.

<sup>5</sup> B. Parkinson, *Ideas and realites of emotion*, Routledge, London 1995.

<sup>6</sup> M. Szymczak (red.), *Słownik języka polskiego*, t. III, PWN, Warszawa 1981, s. 1044.

<sup>7</sup> Por. imageny bez nazwy w teorii podwójnego kodowania Paivio. T. Maruszewski, *Psychologia poznania*, GWP, Gdańsk 2001.

<sup>8</sup> J. Malczewski, *Słownik terminów nauki o języku*, Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1985, s. 206.

semy peryferyczne i semy konotacyjne<sup>9</sup>. Semy peryferyczne odnoszą się do niekonstytutywnych, wtórnych cech desygnatów, natomiast semy konotacyjne odpowiadają rozpowszechnionym sposobom waloryzacji i skojarzeniom emotywnym, które temu wyrazowi przysługują (znaczenie „z”)<sup>10</sup>.

Psychologia czerpiąc z teorii języka, wyróżnia w systemie semantycznym dwa rodzaje znaczeń: denotacyjne i konotacyjne. Ida Kurcz<sup>11</sup> opisuje znaczenie, odwołując się do dwóch terminów: odniesienia i sensu. Odniesienie jest relacją pomiędzy słowem a oznaczanym przedmiotem, przy czym relacja oznaczania przedmiotu czy klasy przedmiotów przez znak słowny jest relacją pośrednią, w której pojęcie pełni rolę pośrednika między znakiem a oznaczanym przedmiotem. I ten rodzaj relacji oznaczania, inaczej relacji referencjalnej, jest utożsamiany z denotacją. Z kolei znaczenie typu sens dotyczy relacji danego słowa do innych słów systemu. Sens w tym ujęciu jest znaczeniem opisowym, choć niekiedy omawiane wcześniej znaczenie referencjalne jest utożsamiane ze znaczeniem opisowym. Sumując, słowo denotuje jakąś klasę przedmiotów (oznacza) i jednocześnie konotuje (implikuje) cechy, na mocy których dane elementy przypisuje się danej klasie. „Cechy te będziemy dalej określać jako istotne cechy pojęcia będącego odniesieniem (denotacją) owej klasy. Synonimem terminu konotacja jest termin treść pojęcia przeciwstawiana jego zakresowi, czyli denotacji, lub intensja *versus* ekstensja”<sup>12</sup>. Sens i odniesienie są ze sobą sprzężone. Sens określa treść reprezentacji i sposób jej organizacji, a odniesienie wyznacza to, co reprezentacja przedstawia i jaki jest jej zakres. Zmieniając treść pojęcia, jego intensję, np. od podrzędności do nadrzędności, zmieniamy (rozszerzamy) jego zakres, ekstensję. Relacja sensu łączy ze sobą słowa w obrębie języka oraz pojęcia w strukturze wiedzy. I. Kurcz twierdzi, że w literaturze psychologicznej termin *konotacja* przyjęło się używać za Charlesem E. Osgoodem w węższym znaczeniu przypisywania danemu pojęciu wyłącznie cech ewaluatywnych, a rozszerzoną analizę tego sposobu myślenia można znaleźć u Janusza Czapińskiego<sup>13</sup>. Podobnie omówione dwa rodzaje

<sup>9</sup> M. Markiewicz, *Wymiary dzieła literackiego*, Wydawnictwo Literackie, Warszawa 1984.

<sup>10</sup> Przedstawiona klasyfikacja koresponduje z klasyfikacją pojęć według Jerrolda J. Katza i Jerry'ego A. Fodora (*The structure of semantic theory*, „Language” 39/1963, ss. 170-210, za: T. Maruszewski, *Analiza procesów poznawczych jednostki w świetle idealizacyjnej teorii nauki*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 1983). W analizach znaczenia pojęć wyróżnia się dwa składniki semantyczne: znaczniki i wyróżniki. Znaczniki semantyczne są kategoriami służącymi do określenia różnic znaczeniowych pomiędzy zbiorami pojęć, natomiast wyróżniki mają za zadanie różnicować poszczególne znaczenia danego pojęcia. Zatem semy konstytutywne = znaczniki, semy peryferyjne = wyróżniki, natomiast semy konotacyjne to w terminologii J. J. Katza i J. A. Fodora ograniczenia selekcyjne.

<sup>11</sup> I. Kurcz, *Język a reprezentacja świata w umyśle*, PWN, Warszawa 1987.

<sup>12</sup> Tamże, s. 149.

<sup>13</sup> J. Czapiński, *Dyferencjał semantyczny*, „Materiały do nauczania psychologii”, Seria III, t. 3, 1978, ss. 257-275.

znaczeń rozumie Tomasz Maruszewski<sup>14</sup>. Interesujące jest w tym obszarze stanowisko Mieczysława Porębskiego<sup>15</sup>, który zajmuje się innym rodzajem symbolu – obrazem. Charakteryzuje on dzieło malarskie jako komunikat dwuwarstwowy, zawierający warstwę denotacyjną (przedmiotową), referencyjną – przedstawiającą pewien temat oraz warstwę konotacyjną, w której przedstawiony temat uczestniczy w akcie komunikacji między autorem a widzem – sygnalizuje autorską strategię, sugeruje takie czy inne znaczenie. W tym ujęciu warstwa denotacyjna pełni funkcję oznaczającą, natomiast warstwa konotacyjna aktywizuje dalsze, przyległe znaczenia.

Istotna wiedza (sens) na temat jakiegoś obiektu jest zawarta w reprezentacji pojęciowej kategorii, do której ten obiekt należy. Znaczenie pojęcia to wiedza na temat danego obiektu konstytuująca reprezentację tego obiektu. Symbol (językowy czy obrazowy) stanowi natomiast odzwierciedlenie tej wiedzy i odwzorowanie danego obiektu. Przy czym znaczenie denotacyjne mówi, czym jest dane pojęcie, natomiast znaczenie konotacyjne – jakie jest.

## 2. Różnica pomiędzy znaczeniem naukowym a potocznym

Odpowiedź na pytanie o znaczenie poszczególnych słów lub pojęć zależy od rodzaju wiedzy, w obrębie której pytający będzie poszukiwał odpowiedzi. Do wyboru ma paradygmat popularny, czyli wiedzę potoczną, oraz paradygmat naukowy, czyli wiedzę naukową. W pierwszym przypadku znaczenie ma charakter subiektywny, silnie zindywidualizowany, w drugim zaś obiektywny, empirycznie falsyfikowalny. Odpowiadając np. na pytanie „Co znaczy niebieski?“, można – odwołując się do naukowego znaczenia każdego terminu kolorystycznego – ustalić odpowiedź za pomocą fizycznych właściwości światła, takich jak długość fali świetlnej i energia względna. Wiadomo, że człowiek jest zdolny do postrzegania fal o długości 350 do 750 nanometrów<sup>16</sup>. Krótkie długości fal są postrzegane jako fiolet, długie zaś jako czerwień, natomiast fale o długości 475 nm – jako niebieski, a od 490 do 575 – jako zieleń. Wiedza naukowa jest jednak zupełnie nieprzydatna, jeśli interesuje nas znaczenie rozumiane jako to, co ludzie myślą, kiedy używają danych określeń barw. Gdy ktoś mówi „niebieska sukienka“, może nie ma pojęcia, jaka długość fali czy jaka energia względna wiąże się z kolorem określanym wyrazem niebieski, ale niewątpliwie błędem byłoby wnioskowanie, że ten ktoś nie zna znaczenia tego wyrazu. Wiedza naukowa o długości fal jest konieczna z punktu widzenia fizyki, chromatologii i tym podobnych dziedzin,

<sup>14</sup> T. Maruszewski, *Analiza procesów poznawczych jednostki...*

<sup>15</sup> M. Porębski, *Czy metaforę można zobaczyć?*, „Teksty” 6/1980, ss. 61-78.

<sup>16</sup> T. Maruszewski, *Psychologia poznawcza*, Polskie Towarzystwo Semiotyczne, Warszawa 1996, s. 57.

natomiast zbędna w kwestii dotyczącej badań nad rzeczywistym rozumieniem tego, co ludzie myślą, gdy posługują się terminami kolorystycznymi. Zatem subiektywne znaczenie pojęcia oznacza to, co ludzie „myślą” lub „mają na myśli”, kiedy używają nazwy tego pojęcia<sup>17</sup>.

Opisany dysonans w zakresie naukowego vs. potocznego rozumienia jest obserwowany także na gruncie psychologii emocji<sup>18</sup>. W teoriach naukowych dąży się do wypracowania „(...) zestawu naukowo uzasadnionych pojęć opisujących zdarzenia emocjonalne”<sup>19</sup> zgodnie z wymaganiami klasycznej teorii pojęć. Naukowcy dążą do wypracowania istoty pojęcia (ang. *core meaning view*)<sup>20</sup>, dzięki której znaczenie emocji można opisać poprzez zbiór cech koniecznych i wystarczających i jest ono tożsame z procedurą identyfikacyjną. W tym ujęciu znaczenie emocji ma wyłącznie charakter denotacyjny (znaczenie „Z”). Jednostka natomiast nie potrafi podać definicji emocji spełniających kryteria stawiane teoriom naukowym. Posługuje się przede wszystkim reprezentacją, która posiada rozmyte granice i prototypową charakterystyką, dzięki czemu z łatwością dokonuje identyfikacji i podaje przykłady. Celem teorii konstytuowanych przez laików teorii (ang. *lay theories*) jest przede wszystkim zrozumienie emocji<sup>21</sup>. W skład tych teorii „wchodzą twierdzenia dotyczące czynników sprawczych emocji, wpływu emocji na zachowanie czy specyficznych dla danej emocji technik kontroli bądź technik aktywizacji emocji. W naiwnych teoriach emocji znajduje się też najobszerniejsza wiedza odnośnie emocji przeżywanych przez innych, sposobów rozpoznawania różnych stanów, opierająca się zarówno o werbalne, jak i pozawerbalne korelaty emocji”<sup>22</sup>. Podążając za tym rozumowaniem, potoczne teorie reprezentują zbiór osobistych przekonań na temat emocji, a tym samym reprezentują poza denotacyjnym także konotacyjne znaczenie emocji (znaczenie „z”). Jak twierdzą James A. Russell i Ghysaine Lemay: „Potoczne

<sup>17</sup> A. Wierzbicka, *Język – umysł – kultura*, PWN, Warszawa 1999, s. 414.

<sup>18</sup> B. Fehr, *Ukryte teorie miłości. Prototypowe podejście do badania miłości*, w: R. J. Sternberg, K. Weis (red.), *Nowa psychologia miłości*, Biblioteka Moderatora, Taszów 2007, ss. 331-360; L. Feldman Barrett, *Are Emotions Natural Kinds?*, „Perspectives On Psychological Science” 1(1)/2006, ss. 28-58; Z. Kövecses, *Alltags- und Expertentheorien der Emotion und das Verschwinden der Psychologie*, „Sprachtheorie und germanistische Linguistik” 2(9)/1999, ss. 219-238; tenże, *Metaphor and emotion: language, culture, and body in human feeling*, Cambridge University Press, Cambridge 2000; R. L. Nabi, *The theoretical versus the lay meaning of disgust: Implications for emotion research*, „Cognition and Emotion” 5(16)/2002, ss. 695-703; J. A. Russell, G. Lemay, *Pojęcia dotyczące emocji*; K. Smith, *Social psychological perspectives on laypersons’ theories of emotion*, w: J. A. Russell, J.-M. Fernandez-Dols, A. S. R. Manstead, J. C. Wellenkamp (red.), *Everyday Conceptions of Emotion: An Introduction to the Psychology, Anthropology, and Linguistic of Emotion*, Kluwer, Dordrecht 1995, ss. 399-414.

<sup>19</sup> J. A. Russell, G. Lemay, *Pojęcia dotyczące emocji*, s. 618.

<sup>20</sup> Z. Kövecses, *Metaphor and emotion: language, culture, and body in human feeling*, Cambridge University Press, Cambridge 2000, s. 7.

<sup>21</sup> B. Parkinson, *Ideas and realities...*; K. Smith, *Social psychological perspectives...*

<sup>22</sup> T. Maruszewski, E. Ściagała, *Emocje – aleksytymia...*, s. 73.

konceptualizacje podsuwają naukowe hipotezy, a laicy często przyswajają sobie pojęcia naukowe. Potoczne pojęcia wywierają wpływ na emocje (...), a emocje stanowią przedmiot potocznych pojęć dotyczących emocji”<sup>23</sup>.

### 3. Znaczenie denotacyjne i konotacyjne złości

W większości badań nad znaczeniem emocji stosuje się podejście leksykalne, a znaczenie emocjonalne jest przedstawiane wyłącznie w kategoriach znaczenia referencyjnego albo funkcji denotacyjnej, pomijając tym samym znaczenie konotacyjne. Tym bardziej, że „semantyka denotacyjna nadaje się do reprezentowania znaczeń słów wykorzystywanych jako deskryptory bądź etykiety”<sup>24</sup>, natomiast w „w potocznym języku emocjonalnym są przekazywane złożone znaczenia społeczne i moralne daleko wykraczające poza referencyjne znaczenie określeń emocji”<sup>25</sup>. Jak ustalono powyżej, opis naukowy ogranicza się do opisu znaczenia denotacyjnego emocji, podczas gdy rozumienie potoczne poza znaczeniem denotacyjnym zawiera także aspekt konotacyjny. Prawidłowość ta zostanie zobrazowana na przykładzie złości i gniewu.

Treść naukowego znaczenia denotacyjnego gniewu zależy od teorii służącej do jego opisu. Na przykład według Richarda Lazarusa, sensem gniewu jest temat relacyjny „zniewaga pomniejszająca »ja« i »moje«”<sup>26</sup>. Z kolei według Keitha Oatleya i Philipa Johnsona-Lairda, gniew jest rozumiany jako emocja, która pojawia się, gdy „aktywny plan jest pokrzyżowany” i prowadzi do zasady „staraj się usilnie – działaj agresywnie”<sup>27</sup>. W przypadku zjawisk, które są czynnościami lub wydarzeniami reprezentacja znaczenia przyjmuje formę scenariusza (in. skryptu). Dlatego też emocja posiadając charakterystykę czasową, może być denotowana jako narracja<sup>28</sup>. Esencjonalnego scenariusza gniewu, wywiedzionego z koncepcji niezmienników semantycznych, dostarcza Anna Wierzbicka.

„Gniew”  
X czuje coś  
czasami ludzie myślą (o kimś) coś takiego:  
ta osoba zrobiła coś złego

<sup>23</sup> J. A. Russell, G. Lemay, *Pojęcia dotyczące emocji*, s. 618.

<sup>24</sup> G. M. White, *Reprezentacje znaczenia emocjonalnego...*, s. 57.

<sup>25</sup> Tamże.

<sup>26</sup> R. Lazarus, *Uniwersalne zdarzenia poprzedzające emocje*, w: P. Ekman, R. J. Davidson (red.), *Natura emocji*, GWP, Gdańsk 1998, s. 148.

<sup>27</sup> K. Oatley, P. N. Johnson-Laird, *The communicative theory of emotions: empirical tests, mental models, and implications for social interaction*, w: L. L. Martin i A. Tesser (red.), *Striving and feeling: Interactions among goals, affect, and self-regulation*, Erlbaum, Mahwah, New Jersey 1996, ss. 363-393, za: K. Oatley, M. J. Jenkins, *Zrozumieć emocje*, PWN, Warszawa 2003, s. 253.

<sup>28</sup> J. Trzebiński (red.), *Narracja jako sposób rozumienia świata*, GWP, Gdańsk 2002.

nie chce tego  
z tego powodu chcę coś zrobić  
gdybym mógł, chciałbym zrobić tej osobie coś złego  
z tego powodu czują coś złego  
X myśli coś takiego jak to  
z tego powodu X czuje coś takiego, jak to<sup>29</sup>.

J. A. Russell<sup>30</sup> znaczenie gniewu utożsamia z prototypowym skrytem, który składa się z przedstawionej na rys. 1 (s. 81) sekwencji subwydarzeń.

Z kolei George Lakoff i Zoltán Kövecses<sup>31</sup> podają pięcioetapowy „prototypowy scenariusz” dla słowa „złość”, składający się z sekwencji: wydarzenie „włączające”, reakcja afektywna, reakcja psychologiczna, akt performatywny i „odwet. Natomiast Joel Davitz<sup>32</sup> opisując rdzenne znaczenie gniewu, wylicza takie elementy, jak: hiperaktywacja, zachowanie „przeciwko komuś lub czemuś”, napięcie i nieudolność.

Większość naukowych definicji znaczenia emocji uwzględnia znaczenie denotacyjne. Monolit ten przełamuje tzw. podejście implikatywne do znaczenia emocji, którego reprezentantem jest Richard A. Shweder<sup>33</sup>. Autor relatywizuje podejście do znaczenia emocji i uwzględnia w jego zakresie opisywane powyżej znaczenie konotacyjne. R. A. Shweder twierdzi, że złość sugeruje denotację pod postacią eksplozji, destrukcji i zemsty oraz specyficzną dla kultury konotację. Jego zdaniem np. plemię Ilongot wierzy, że złość jest tak niebezpieczna, że może zniszczyć społeczeństwo, Eskimosi przypisują złości dziecinność, a Amerykanie wierzą, że złość pozwala przetrwać strach i utrzymać niezależność<sup>34</sup>. Wiadomo, że sfera emocjonalna jest równocześnie kształtowana przez kulturę oraz przez indywidualne losy życiowe<sup>35</sup>. Dlatego można przypuszczać, że znaczenie konotacyjne emocji zależy także od osobistego życia emocjonalnego. Zatem w perspektywie indywidualistycznej obok znaczenia denotacyjnego emocji można rozpatrywać także znaczenie konotacyjne<sup>36</sup>. Znaczenie denotacyjne emocji ujawnia się np., gdy jednostka ma za zadanie opisać własne wspomnie-

<sup>29</sup> A. Wierzbicka, *Język – umysł – kultura*, s. 155.

<sup>30</sup> J. A. Russell, *In defense of prototype approach to emotion concepts*, „Journal of Personality and Social Psychology” 60/1991, s. 39.

<sup>31</sup> G. Lakoff, Z. Kövecses, *The cognitive model of anger inherent in American English*, w: D. Holland, N. Quinn (red.), *Cultural models in language and thought*, Cambridge University Press, New York 1987, ss. 195-222, za: Z. Kövecses, *Metaphor and emotion...*, s. 11; G. M. White, *Reprezentacje znaczenia emocjonalnego...*, s. 64.

<sup>32</sup> J. Davitz, *The language of emotion*, Academic Press, New York 1969, za: Z. Kövecses, *Metaphor and emotion...*, s. 8.

<sup>33</sup> R. A. Shweder, *Thinking through cultures: Expeditions in cultural psychology*, MA, Harvard University Press, Cambridge 1991.

<sup>34</sup> Tamże, s. 245.

<sup>35</sup> Por. źródła wiedzy o emocjach wg B. Parkinsona. B. Parkinson, *Ideas and realities...*, s. 249.

<sup>36</sup> H. Marczevska-Okuniewska, I. Kurcz, *Asymetria pozytywno-negatywna...*, s. 34.

nie sytuacji, w której przeżywała złość<sup>37</sup>. Oto przykładowe narracje opisujące złość (źródło: badania własne):

Mężczyzna, 24 lata

Uczucie to wywołała moja własna głupota a dokładniej następujący fakt... pojechałem zmienić opony w samochodzie mojej mamy, nie zabierając ich ze sobą. Zdałem sobie z tego sprawę dopiero po godzinnym oczekiwaniu w kolejce, kiedy samochód był już na podnośniku, a pracownik wulkanizacji zapytał mnie, gdzie mam koła. Co mówiłem? O ile dobrze pamiętam, były to same obelgi kierowane pod własnym adresem. Nadmierne pobudzenie. Uczucie to trwało do momentu, kiedy w końcu zobaczyłem zamontowane nowe zimowe opony.

Kobieta, 20 lat

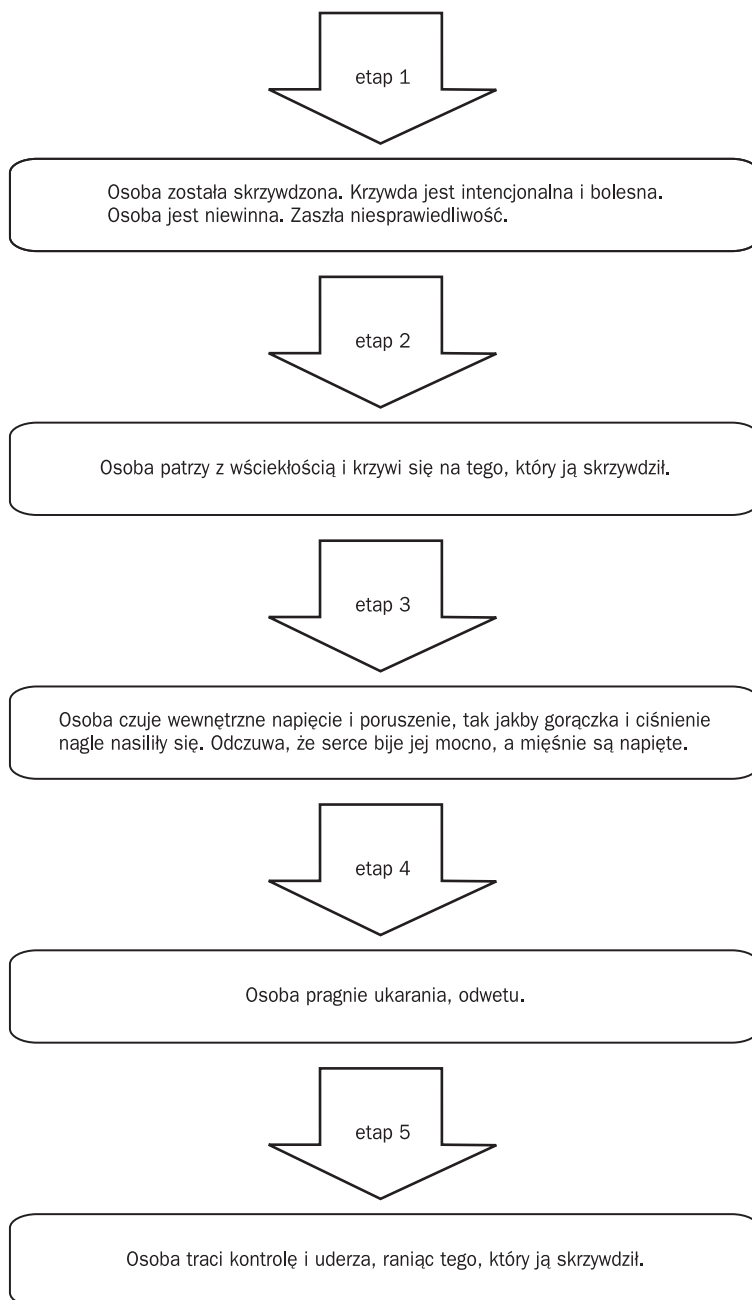
Czy jestem osobą, którą łatwo rozzłościć? Być może, ale staram się tej emocji nie uewnętrzniać i nie poddawać. Sytuacją, która często sprawia, że we mnie „buzuje”, mam ochotę zanieść się płaczem, tupać nogami i krzyżeć, jest uczucie bezsilności. Nienawidzę być bezsilna. Zwłaszcza jeśli chodzi o moje ukochane bezbronne zwierzaki – konie. Zabijanie ich, jedzenie czy nieludzkie wywożenie na rzeź powoduje u mnie napady agresji w stosunku do niby homo-sapiensów, które takich aktów dokonują. Gdy czuje taką złość spowodowaną krzywdą koni, potrafię wydobyć z siebie potok słów, apeli, prośb, pytań. Staram się wpływać na ludzi, odnosić się do ich sumienia. To uczucie trwa do chwili pomyślenia, zobaczenia czy poruszenia tematu, aż do jego wygaśnięcia. Na świecie dzieje się wiele zła i to ono wywołuje tak skrajnie niebezpieczne emocje (choć z drugiej strony moja złość może być mechanizmem napędzającym, motorem do działania i ulepszenia).

Dowodem na istnienie znaczenia konotacyjnego w rozumieniu emocji jest hipoteza ewaluacji potwierdzona w badaniach wykorzystujących klasyczną technikę dyferencjału semantycznego<sup>38</sup>. W badaniach tych dowiedziono, że jednostka potrafi dokonać różnicowania pomiędzy różnymi emocjami, kierując się „indywidualną strukturą znaczeń”<sup>39</sup>. W praktyce oznacza to, że osoby badane dokonują różnej ewaluacji poszczególnych emocji na siedmiostopniowych dwubiegunowych skalach, których krańce są oznaczone przez przymiotniki antonimiczne, takie jak: „istotna – błaha”, „silna – słaba”, „tępa – ostra”. U podstaw zaobserwowanych różnic leży tzw. znaczenie afektywne,

<sup>37</sup> A. Jasielska, *Analiza narracji jako źródło wiedzy o emocjach – prezentacja metody*, w: M. Straś-Romanowska, B. Bartosz i A. Żurko (red.), *Badania narracyjne w psychologii*, Wydawnictwo Eneteia, Warszawa 2010, ss. 181-202; P. Shaver, J. Schwartz, D. Kirson, C. O'Connor, *Emotion Knowledge: Further Exploration of a Prototype Approach*, „Journal of Personality and Social Psychology” 6(52)/ 1987, ss. 1061-1086.

<sup>38</sup> J. Block, *Studies in the phenomenology of emotions*, „Journal of Abnormal and Social Psychology” 54/1957, ss. 358-363, za: J. Reykowski, *Eksperymentalna psychologia emocji*, Książka i Wiedza, Warszawa 1974; A. Jasielska, *Komunikaty symboliczne a emocje postkognitywne w krótkiej perspektywie czasowej*, niepublikowana rozprawa doktorska, Instytut Psychologii, Poznań 2002; A. Jasielska, *Differences and similarities between Polish and Greek meaning of emotions*, wystąpienie na 3rd Biennial Symposium on Personality and Social Psychology „Personality Dynamics: Embodiment, Meaning Construction, and the Social World”, Warszawa 2010; J. Trzebiński, *Twórczość a struktura pojęć*, PWN, Warszawa 1981.

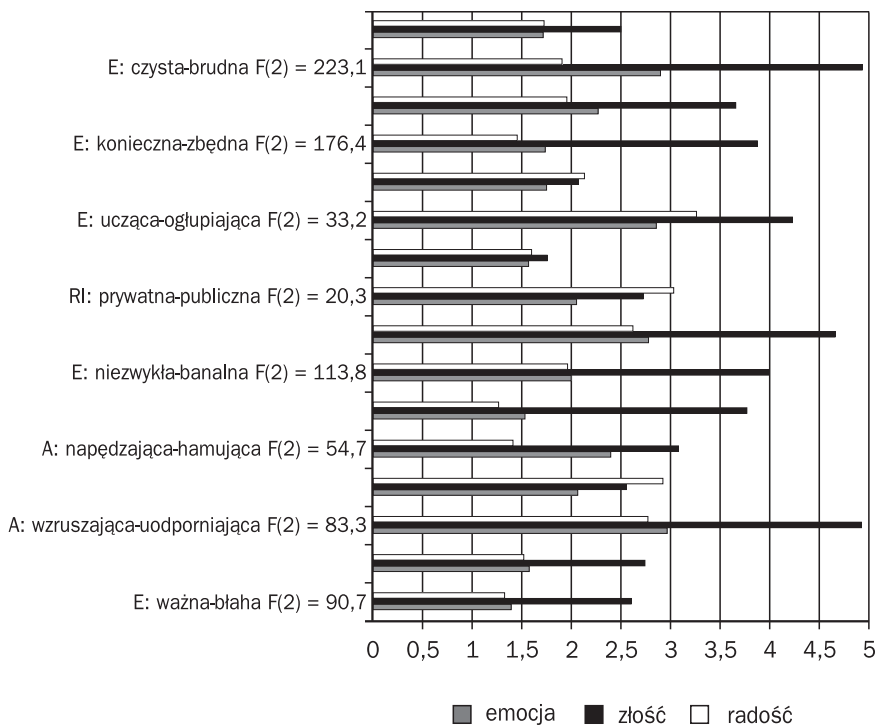
<sup>39</sup> J. Reykowski, *Eksperymentalna psychologia...*, s. 266.



Rysunek 1. Sekwencja subwydarzeń konstytuujących skrypt „gniew”

Źródło: opracowanie własne na podstawie J. A. Russell, *In defense of prototype approach to emotion concepts*, „Journal of Personality and Social Psychology” 60/1991, s. 39.

które jest jednym z aspektów znaczenia konotacyjnego<sup>40</sup>. Aby zidentyfikować znaczenie konotacyjne złości, przeprowadzono badanie zmodyfikowaną wersją dyferencjału semantycznego<sup>41</sup>. W badaniu wzięło udział 146 osób: 76 kobiet i 70 mężczyzn w wieku od 20 do 24 lat ( $M = 20,3$ ;  $SD = 1,1$ ). Osoby badane miały za zadanie oszacować na 16 siedmiostopniowych skalach określenia: emocja, radość i złość. Przeprowadzona analiza wariancji w modelu jednozmiennym ujawniła istotny efekt główny określenia na wszystkich mierzonych skalach, z wyjątkiem skali „wpływająca – niewpływająca”. Porównywane średnie przedstawia rys. 2.



gdzie:

E – czynnik ewaluacja,

A – czynnik aktywacja,

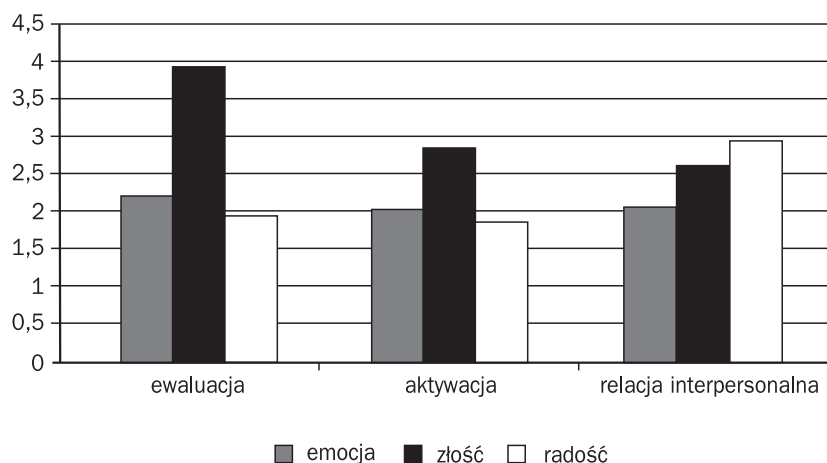
RI – czynnik relacja interpersonalna.

Rysunek 2. Średnie wartości konotacyjne określeń emocja, złość i radość oraz wartości statystyki F;  $p < 0,001$

Źródło: opracowanie własne.

<sup>40</sup> J. Czapiński, *Dyferencjał semantyczny*.

<sup>41</sup> A. Jasielska, *Komunikaty symboliczne a emocje postkognitywne...*



Rysunek 3. Średnie wartości czynników DS dla określeń: emocja, złość i radość

Źródło: opracowanie własne.

Przeprowadzona agregacja dymensji<sup>42</sup> wyłoniła trzy czynniki charakteryzujące znaczenie konotacyjne. Są to: ewaluacja, aktywacja i relacja interpersonalna (poszczególne dymensje konstytuujące kolejne czynniki przedstawia rys. 1). Dla tych czynników przeprowadzono analizę wariancji w modelu jednozmiennym, która ujawniła istotny efekt główny określenia [ewaluacja  $F(2) = 244,78$ ;  $p < 0,001$ , aktywacja  $F(2) = 92,95$ ;  $p < 0,001$ ; relacja interpersonalna  $F(2) = 21,37$ ;  $p < 0,001$ ]. W celu sprawdzenia, na czym polega istota efektu, została przeprowadzona analiza *post hoc* (z korektą dla porównań wielokrotnych Bonferroniego) porównująca poszczególne określenia między sobą. Ocena złości istotnie różniła się od oceny emocji i radości dla wszystkich czynników. Złość konotowała negatywną ewaluację i niższą aktywność. Była także oceniana jako bardziej interpersonalna od emocji i mniej od radości. Z kolei radość konotowała pozytywniejszą ewaluację i była oceniana jako bardziej interpersonalna w porównaniu z emocją. Porównywane średnie przedstawia rys. 3.

Uzyskane dane pozwalają twierdzić, że poszczególne emocje mają specyficzne, charakterystyczne znaczenie konotacyjne, na podstawie którego jednostka może je różnicować. Występowanie znaczenia konotacyjnego w potocznym rozumieniu emocji ma charakter uniwersalny<sup>43</sup>, natomiast jego treść może się różnić zarówno kulturowo<sup>44</sup>, jak i indywidualnie<sup>45</sup>. Określone znaczenia konotacyjne mogą obowiązywać w całej kulturze, względnie w węższych grupach, w których funkcjonuje

<sup>42</sup> Tamże.

<sup>43</sup> J. Reykowski, *Eksperymentalna psychologia...*, ss. 268-269; A. Duszak, *O emocjach bez emocji...*

<sup>44</sup> A. Jasielska, *Differences and similarities...*

<sup>45</sup> A. Jasielska, *Komunikaty symboliczne a emocje postkognitywne...*

jednostka. Niekiedy to, co rozpoczyna się jako ekscentryczność jednostki, może z czasem stać się nowym standardem dla społeczności, np. propagowana przez kultowego przywódcę Hindusów – Gandhiego filozofia „siły spokoju”, zastępująca gniew i agresję w rozwiązywaniu konfliktów<sup>46</sup>. Podobnie złość, która jest oceniana jako „dobra” w ramach etosu chrześcijańskiego, gdy przeżywa się ją dojrzałe i zdrowo<sup>47</sup>. Analogicznie gniew określany jako „słuszny (in. uzasadniony, usprawiedliwiony czy uszlachetniony)” wtedy, gdy będąc wyrazem krytyki wobec cudzego zachowania, jest jednocześnie wskazówką do jego zmiany<sup>48</sup>. Takie konotacje sugerują, że zarówno gniew, jak i złość mogą być oceniane jako zjawiska pozytywne, co z kolei jest w sprzeczności ze znaczeniem denotacyjnym, zgodnie z którym emocje te są definiowane jako negatywne. O subtelności różnic w znaczeniu konotacyjnym poszczególnych emocji najlepiej świadczy wypowiedź A. Wierzbickiej: „Gniew implikuje sąd, że »ta osoba zrobiła coś złego« i łatwo przybiera nieco intelektualne i moralne konotacje; tymczasem złość jest do pogodzenia z niemal zwierzęcą agresją lub wściekłością dziecięcą. Gniew może być pełen godności i imponujący, ale złość – tak jak napad złości, zły humor, agresywna irytacja – nie”<sup>49</sup>.

Uczuciowo-oceniający składnik konotacyjnego znaczenia emocji odpowiada opisywanemu w literaturze pojęciu metaemocji (*ang. feelings about feelings*)<sup>50</sup>, np. czuję się winna, że jestem zła, jestem zażenowana swoim smutkiem. Metaemocja uwzględnia wykonawczą funkcję emocji, polegającą na odzwierciedleniu stosunku jednostki do określonej sytuacji bodźcowej (tu: emocji). Termin metaemocja jest włączony w potoczną teorię i obejmuje poza uczuciami w stosunku do emocji także myśli o niej<sup>51</sup>. Z kolei wyznawana potoczna teoria metaemocji ma wpływ na postawy wobec emocji i zachowania podejmowane wobec nich. Na podstawie przeprowadzonych badań autorzy pojęcia ustalili<sup>52</sup>, że jednostki różnią się pod względem subiektywnego znaczenia, jakie przypisują

<sup>46</sup> J. Zittlau, *Gandhi dla menedżerów*, Wydawnictwo Studio Emka, Warszawa 2007. Por. koncepcję twórczości emocjonalnej. J. R. Averill, *Creativity in the Domain of Emotion*, w: T. Dalgleish, M. Power (red.), *Handbook of Cognition and Emotion*, John Wiley & Sons Ltd., London 1999, ss. 765-782.

<sup>47</sup> Ł. Kubiak, *Foch nasz powszedni*, „W Drodze” 2(450)/2011, ss. 19-29.

<sup>48</sup> T. Basiuk, *Słuszny gniew jako strategia polityczna aktywizmu progejowskiego w Stanach Zjednoczonych i w Polsce*, w: A. Duszak, N. Pawlak (red.), *Anatomia gniewu. Emocje negatywne w językach i kulturach świata*, Warszawa 2003, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, ss. 201-214.

<sup>49</sup> A. Wierzbicka, *Język – umysł – kultura*, s. 158.

<sup>50</sup> Metaemocja jest pojęciem skonstruowanym na podobnej zasadzie jak pojęcie metapoznania, które odnosiło się do kierowniczej funkcji poznania w procesie przetwarzania danych. G. L. Clore, W. G. Parrott, *Cognitive feelings and metacognition judgments*, „European Journal of Social Psychology” 24/1994, ss. 101-115.

<sup>51</sup> J. M. Gottman, L. F. Katz, C. Hooven, *Parental meta-emotion Philosophy and the Emotional Life of Families: Theoretical Models and Preliminary Data*, „Journal of Family Psychology” 10/1996, ss. 243-268.

<sup>52</sup> C. Hooven, J. M. Gottman, L. F. Katz, *Parental Meta-emotion Structures Predicts Family and Child Outcomes*, „Cognition and Emotion” 9/1995, ss. 229-264.

emocjom. Jednostki, których świadomość emocjonalna jest wysoka, posiadają bardzo rozbudowany system przekonań dotyczących emocji. Osoby te twierdzą, że nie powinny tłumić swoich emocji, że zwracanie uwagi na emocje jest dobre i zdrowe, emocje są zawsze częścią życia, bycie świadomym emocji negatywnych umożliwia radzenie sobie z nimi oraz że ważne jest rozpoznawanie słabszych i mniej intensywnych ekspresji emocjonalnych, aby nie dopuścić do ich eskalacji. Przeciwnie dla osób o niskiej świadomości emocjonalnej – negatywne efekty złości i smutku są na tyle awersyjne, że mają tendencję do minimalizowania ich znaczenia lub niedostrzegania ich w ogóle, dlatego nie potrafią sobie z nimi poradzić. Osoby o niskiej świadomości emocjonalnej postrzegają emocje jako toksyczne, dlatego przejawiają tendencje do natychmiastowego pozbywania się ich. Wyrażają następujące przekonania:

- jedynym sposobem radzenia sobie z negatywnością jest podkreślanie pozytywnych aspektów życia,
- konieczne jest przekształcanie emocji negatywnych w pozytywne, emocje po prostu muszą przeminać,
- samotność sprzyja rozwiązywaniu emocjonalnych problemów,
- radzenie sobie z negatywnymi emocjami powinno zachodzić rutynowo,
- emocje złości i smutku świadczą o stracie kontroli,
- uczucia są prywatne, a nie publiczne.

W tab. 1 umieszczono przykłady wypowiedzi osób o wysokiej i niskiej świadomości metaemocji.

Tab. 1. Porównanie wypowiedzi osób o wysokiej i niskiej świadomości metaemocji

|                        | Wysoka  | Niska  |
|------------------------|---|--|
| Świadomość emocjonalna | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Złość dodaje mi energii i napędu.</li> <li>– Myślę, że smutek może być dobry, a nawet produktywny.</li> <li>– Smutek mówi mi, abym wyhamował.</li> <li>– Kiedy jestem smutny, wiem, że za czymś w życiu tęsknię.</li> <li>– Złość jest podobna do oczyszczenia.</li> <li>– Często dobrze wypłakuje się i sędzę, że inni także powinni.</li> <li>– Złozczenie się może być jak ulga.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Złość pochodzi od diabła, jest toksyczna i niebezpieczna.</li> <li>– Złość jest destruktywną siłą.</li> <li>– Nie pozwalam sobie na bycie smutnym.</li> <li>– Smutek jest stosowny tylko do wielkich wydarzeń.</li> <li>– Kto to widział, żeby być smutnym?</li> <li>– Dzieci często przeżywają smutek, aby postawić na swoim.</li> </ul> |

Źródło: opracowanie własne na podstawie J. M. Gottman, L. F. Katz i C. Hooven, *Parental meta-emotion Philosophy and the Emotional Life of Families: Theoretical Models and Preliminary Data*, „Journal of Family Psychology” 10/1996, ss. 243-268; C. Hooven, J. M. Gottman, L. F. Katz, *Parental Meta-emotion Structures Predicts Family and Child Outcomes*, „Cognition and Emotion” 9/1995, ss. 229-264.

Badacze wyróżnili grupę osób, które ich zdaniem posiadają rozwiniętą potoczną teorię metaemocji, co oznacza, że pojmują one emocje zgodnie z naukowo-funkcjonalnym podejściem, oraz grupę osób o nierozwiniętej potocznej teorii metaemocji, które z kolei traktują emocje niezgodnie z przyjętą w psychologii doktryną o niezbędności procesów emocjonalnych w regulacji zachowań jednostki. Dla pierwszej grupy konotowane wartości to: potrzebne, wpływające, ważne itp., a dla drugiej grupy – wartości przeciwne.

Konotacja opisuje daną emocję, czyli wskazuje, jaka jest. Znaczenie konotacyjne, inaczej wartościowanie poszczególnych emocji, może ulegać modyfikacji. Emocja może niekiedy konotować cechy, które na poziomie konkretnym nie przynależą jej naturze, tylko są przypisywane metaforycznie.

#### 4. Językowe ograniczenia zmiany znaczenia emocji

Zmiana znaczenia emocji oznacza jakiegokolwiek przekształcenie w zakresie treści konstytuujących pojęcie emocji. Jedną z przeszkód związanych z zagadnieniem zmiany sposobu konceptualizacji emocji jest język. Rozumienie emocji przez człowieka jest rzeczywistością psychiczną – medium, którym jednostka posługuje się, aby oddać zmianę w zakresie znaczenia, stwarza określone ograniczenia wynikające z jego struktury, np. ciągła rzeczywistość jest przekazywana za pomocą tego kodu w sposób nieciągły. Całe zagadnienie komplikuje się wielokrotnie, gdy za przedmiot opisu weźmiemy zjawisko tak imponujące jak znaczenie emocji.

Ograniczenia tego typu sygnalizował Kazimierz Obuchowski<sup>53</sup> w swojej teorii kodów konkretnych i hierarchicznych. Jego zdaniem, za pomocą polikonkretnego kodu językowego nie można przetwarzać informacji, a jedynie ją reorganizować<sup>54</sup>. Znaczenie jest kodowane w formie pojęciowej. Kiedy zachodzi zmiana znaczenia, próba jej konkretyzacji – wyrażenia słownego – wiąże się ze zniekształceniem, charakterystycznym dla przejścia od kodu abstrakcyjnego do konkretnego.

Operacje myślowe mogą w pewnych warunkach zachodzić pomimo uszkodzenia znaku znaczenia – słowa, np. gdy rozumiemy coś, natomiast nie potrafimy sformułować wypowiedzi na ten temat<sup>55</sup>. Tomasz Maruszewski i Elżbieta

<sup>53</sup> K. Obuchowski, *Kody orientacji i struktura procesów emocjonalnych*, PWN, Warszawa 1982.

<sup>54</sup> Wniosek K. Obuchowskiego wynika ze spekulacji teoretycznych, których autor nie próbował weryfikować empirycznie. Pojawia się bowiem pytanie, czym jest przetwarzanie informacji i czym różni się od reorganizacji informacji. Dokładna analiza pojęcia przetwarzania wskazuje, że nie jest ono niczym innym jak właśnie reorganizowaniem.

<sup>55</sup> Por. pozbawioną struktury liniowej organizację informacji w ramach superjęzyka wykorzystywanego w operacjach kodu twórczego, nazywanego operacyjnym kodem hierarchicznym K. Obuchowski, *Kody orientacji...*

Ścigała<sup>56</sup> ustosunkowując się do tej kwestii, twierdzą, że mogą istnieć abstrakcyjne i hierarchiczne reprezentacje emocji, które nie posiadają oddającej istotę nazwy. Jednostka wie, jak dany proces powstał, jakie są jego konsekwencje behawioralne czy psychologiczne, ale nie potrafi trafnie określić tego procesu. Autorzy ci zwracają uwagę na to, że na określonym etapie rozwoju mogą istnieć reprezentacje emocji, które nie posiadają uniwersalnych ekwiwalentów w kodzie abstrakcyjnym i doświadczający takich stanów ludzie posilkują się metaforą, np. poeci. Z jednej strony jest to niewyobrażalne, ale istniejące ubóstwo słownych oznaczeń poszczególnych stanów emocjonalnych wiąże się niekiedy z niemożnością wyprowadzania wniosków o charakterze ogólnym – w szczególności kiedy analizie jest poddawane nie tylko znaczenie, ale także zmiana w jego obrębie. Procesy kodowania opierające się na poziomie werbalnym, realizując funkcje komunikatywną języka, są sztywne i odwołują się do zrytualizowanych konwencji społecznych. W trakcie rozwoju osobniczego jednostka niejako automatycznie przejmuje potoczne sposoby etykietowania złożonych doświadczeń emocjonalnych. Ogranicza to twórczość, ponieważ jednostka nabywa skondensowanej wiedzy o emocjach, a nie aktywnie doświadcza emocji, aby skonstruować reprezentację danego doznania.

Zmiany w zakresie znaczenia emocji mogą być odczuwane, ale trudne do zwerbalizowania. Potwierdzeniem tego wniosku niech będzie stanowisko Aliny Kolańczyk, która twierdzi, że zmiany w zakresie znaczenia określonych stanów rzeczy mogą zachodzić bez udziału świadomej refleksji jednostki:

Terapia, która prowadzi do pożądaney zmiany działa najczęściej także na obrzeżach świadomości, »nie wprost«. Używane są różne techniki omijania bolesnej świadomości – na przykład poprzez odciążenie uwagi, więc relaks (hipnozę), przez wizualizację, swobodne tworzenie metafor *etc.* I w tym wypadku podmiot nie wie, jak doszło do tak istotnych przekształceń w rozumieniu i odczuwaniu świata, że stał się o wiele szczęśliwszy<sup>57</sup>.

Na podobnych zasadach jest zorganizowany proces muzykoterapeutyczny osób cierpiących na *anorexia nervosa*<sup>58</sup>. Anorektyczki są skoncentrowane na realizacji obrazu człowieka doskonałego, czyli w ich założeniu jednoznacznie pozytywnego, który nie daje sobie prawa do przeżywania i wyrażania emocji negatywnych. Podczas muzykoterapii buduje się środowisko wewnętrzne, w którym emocje negatywne nie są tłumione i wycofywane z całokształtu doświadczenia, co wiąże się ze zmianą stosunku do emocji negatywnych i doświadczenia ich jako jednego z aspektów swojego życia wewnętrznego. Muzyka w procesie terapeutycznym jest wykorzystywana do wyrażania przeżyć oraz zmiany ich znaczeń. Zabieg ten jest konieczny, ponieważ ekspresja słowna jest

<sup>56</sup> T. Maruszewski, E. Ścigała, *Emocje – aleksytymia...*, s. 74.

<sup>57</sup> A. Kolańczyk, *Czuję – myślę – jestem*, GWP, Gdańsk 1999, s. 12.

<sup>58</sup> E. Galińska, „Ciało”, „emocje”, „myślenie” w obrazie *Ja pacjentek anorektycznych w muzykoterapii*, „Gestalt” 14/1994, ss. 28-31.

zablokowana, natomiast symboliczna – możliwa. Prowadzi to do nadawania nowych znaczeń – semantyzacji. Jednostka wyrażając graniem emocje, doświadcza tego, że są w niej emocje negatywne i podejmuje desemantyzację, aby ich przeżywanie zintegrować z obrazem siebie<sup>59</sup>. Jak widać, celowe zmiany w rozumieniu poszczególnych doświadczeń emocjonalnych mogą odbywać się poza udziałem języka.

Zmiana znaczenia emocji może być w dużym stopniu ograniczona stosowaniem języka. Krzysztof Mudyń analizując ograniczenia poznawcze inspirowane językiem, twierdzi, że:

(...) przyswojenie sobie przez jednostkę jakiegoś języka jest warunkiem jej dalszego rozwoju poznawczego, to jednak od pewnego etapu rozwoju przyswojony język i zawarty w nim obraz rzeczywistości zaczynają odgrywać rolę negatywną, blokując dalszy rozwój jednostki oraz usztywniając jej procesy poznawcze. Warunkiem dalszego rozwoju poznawczego byłoby wówczas rozszerzenie możliwości twórczych jednostki i uwolnienie się od naleciałości danego języka (m.in. w sensie wytworzonych pod jego presją struktur poznawczych, wykorzystywanych nie z wyboru, lecz z bezalternatywnej konieczności) przy równoczesnym utrzymaniu formalnych zdolności abstrahowania i tworzenia pojęć, wykształconych zresztą dzięki wcześniejszemu posługiwaniu się jakimś językiem<sup>60</sup>.

Autor postuluje alternatywną semantyzację, czyli aby poszerzyć i zmodyfikować pole semantyczne odpowiednich wyrażen językowych i zapobiec nawykowej desemantyzacji, należy odczytywać je na innym poziomie lub w innym obszarze kodu semantycznego, niż to się zwykle czyni w określonym czasie i środowisku społecznym. Analogicznie zatem, aby poszerzyć pole znaczeniowe pojęcia emocji, należy odejść od utrwalonych uprzednio sposobów pojmowania celem odnalezienia nowych sensów dla doświadczanych stanów. Zabieg taki wiąże się jednak ze stratą komunikatywności wypowiedzi.

## Podsumowanie

Warto przyjrzeć się trudnościom związanym z badaniem znaczenia emocji<sup>61</sup>. Dla poznania znaczenia emocji zawartego w potocznych teoriach emocji, które konstruuja laicy, używa się analizy języka. Jednak badanie tylko słów wypowiedzianych przez ludzi jako znaczenia emocjonalnego nie jest wystarczające, ponieważ język jest tylko nośnikiem znaczeń i blokuje możliwość wyrażenia zmiany

<sup>59</sup> A. Jasielska, *Znaczenie symbolicznej ekspresji emocji w leczeniu pacjentek anorektycznych*, w: A. Suchańska (red.), *Podmiotowe i społeczno-kulturowe uwarunkowania anoreksji*, Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań 2000, ss. 213-235.

<sup>60</sup> K. Mudyń, *O przewyciężaniu społecznych ograniczeń poznania inspirowanych językiem za pomocą operacji dokonywanych na języku*, w: A. Tokarz (red.), *Stymulatory i inhibitory aktywności twórczej*, SAWW, Kraków 1991, s. 28.

<sup>61</sup> B. Parkinson, *Ideas and realities...*, ss. 262-263.

w obrębie znaczenia. Jednym z postulatów heurystycznych neutralizującym ograniczenia poznawcze inspirowane językiem jest alternatywna semantyzacja polegająca na zmodyfikowaniu i rozszerzeniu pola semantycznego odpowiednich wyrażen językowych (co stwarza możliwość wychodzenia poza nawykowe skojarzenia). W takiej sytuacji należy odczytywać słowo na innym poziomie lub w innym obszarze kodu semantycznego, niż zwykle się to czyni w określonym czasie i środowisku społecznym. Oznacza to np., że w doznaniach, które dotychczas traktowaliśmy dosłownie, należy doszukiwać się nierozpoznanej jeszcze metaforyczności<sup>62</sup>. Ów proces desemantyzacji mógłby polegać na ograniczeniu, osłabieniu „dotychczasowej” konotacji dla denotowanej emocji. Przykładem niech będzie wypowiedź Jana Kotta, który na pytanie „Co szczególnego jest w przyjemności wspinaczki?”, odpowiada: „Niebezpieczeństwo. Strach, który przychodzi z zewnątrz, strach narzucony tobie jest upokorzeniem. Ale strach, który sam sobie wybierasz, to jest ogromna przyjemność, radość, poczucie jakiejś szlachetnej gry o życie”<sup>63</sup>. Z drugiej strony postulat nowej metodologii odwołującej się do znaczenia istniejącego poza symbolem językowym jest trochę utopijny – dążąc do pełnego odzwierciedlenia złożoności znaczenia emocji czy potocznych teorii emocji, psychologia mogłaby stać się nauką idiograficzną. Psychologia emocji powinna zachować umiarkowanie na tej drodze – poszukując zależności ogólnych, musi redukować złożoność opisu badanych zjawisk (w przeciwnym razie wykrywanie zależności staje się bardzo trudne, jeśli nie niemożliwe), a jednocześnie owa redukcja złożoności nie może iść zbyt daleko i nadawać emocjom struktury wielce schematycznej.

## Literatura

- Averill J. R., *Creativity in the Domain of Emotion*, w: T. Dalgleish, M. Power (red.), *Handbook of Cognition and Emotion*, John Wiley & Sons Ltd., London 1999, ss. 765-782.
- Basiuk T., *Słuszny gniew jako strategia polityczna aktywizmu progejowskiego w Stanach Zjednoczonych i w Polsce*, w: A. Duszak, N. Pawlak (red.), *Anatomia gniewu. Emocje negatywne w językach i kulturach świata*, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2003, ss. 201-214.
- Clore G. L., Parrott W. G., *Cognitive feelings and metacognition judgments*, „European Journal of Social Psychology” 24/1994, ss. 101-115.
- Czapiński J., *Dyferencjał semantyczny*, „Materiały do nauczania psychologii”, Seria III, t. 3, 1978, ss. 257-275.

<sup>62</sup> Por. poszukiwanie w narracjach funkcji wstydu i poczucia winy. J. Lindsay-Hartz, J. de-Rivera, M. Mascolo, M., *Differentiating Guilt and Shame and Their Effects on Motivation*, w: J. P. Tangney, K. W. Fisher (red.), *Self-Conscious Emotions: Pride, Shame, Guilt and Embarrassment*, Guilford, New York 1995, ss. 275-300.

<sup>63</sup> J. Kott, *Miłość i inne rozkosze*, „Gazeta Wyborcza”, dodatek „Wysokie Obcasy” 56/2000, ss. 35.

- Duszak A., *O emocjach bez emocji. Gniew w perspektywie lingwistycznej*, w: A. Duszak, N. Pawlak (red.), *Anatomia gniewu. Emocje negatywne w językach i kulturach świata*, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2003, ss. 13-23.
- Fehr B., *Ukryte teorie miłości. Prototypowe podejście do badania miłości*, w: R. J. Sternberg, K. Weis (red.), *Nowa psychologia miłości*, Biblioteka Moderatora, Taszów 2007, ss. 331-360.
- Feldman Barrett L., *Are Emotions Natural Kinds?*, „Perspectives On Psychological Science” 1(1)/2006, ss. 28-58.
- Galińska E., „Ciało”, „emocje”, „myślenie” w obrazie *Ja* pacjentek anorektycznych w muzykoterapii, „Gestalt” 14/1994, ss. 28-31.
- Gottman J. M., Katz L. F., Hooven C., *Parental meta-emotion Philosophy and the Emotional Life of Families: Theoretical Models and Preliminary Data*, „Journal of Family Psychology” 10/1996, ss. 243-268.
- Hooven C., Gottman J. M., Katz L. F., *Parental Meta-emotion Structures Predicts Family and Child Outcomes*, „Cognition and Emotion” 9/1995, ss. 229-264.
- Jasielska A., *Analiza narracji jako źródło wiedzy o emocjach – prezentacja metody*, w: M. Straś-Romanowska, B. Bartosz, A. Żurko (red.), *Badania narracyjne w psychologii*, Wydawnictwo Eneteia, Warszawa 2010, ss. 181-202.
- Jasielska A., *Differences and similarities between Polish and Greek meaning of emotions*, wystąpienie na 3rd Biennial Symposium on Personality and Social Psychology „Personality Dynamics: Embodiment, Meaning Construction, and the Social World”, Warszawa 2010.
- Jasielska A., *Komunikaty symboliczne a emocje postkognitywne w krótkiej perspektywie czasowej*, niepublikowana rozprawa doktorska, Instytut Psychologii, Poznań 2002.
- Jasielska A., *Znaczenie symbolicznej ekspresji emocji w leczeniu pacjentek anorektycznych*, w: A. Suchańska (red.), *Podmiotowe i społeczno-kulturowe uwarunkowania anoreksji*, Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań 2000, ss. 213-235.
- Kolańczyk A., *Czuję – myślę – jestem*, GWP, Gdańsk 1999.
- Kott J., *Miłość i inne rozkosze*, „Gazeta Wyborcza”, dodatek „Wysokie Obcasy” 56/2000, 30-40.
- Kövecses Z., *Alltags- und Expertentheorien der Emotion und das Verschwinden der Psychologie*, „Sprachtheorie und germanistische Linguistik” 9(2)/1999, ss. 219-238.
- Kövecses Z., *Metaphor and emotion: language, culture, and body in human feeling*, Cambridge University Press, Cambridge 2000.
- Kubiak Ł., *Foch nasz powszedni*, „W Drodze” 2(450)/2011, ss. 19-29.
- Kurcz I., *Język a reprezentacja świata w umyśle*, PWN, Warszawa 1987.
- Lazarus R., *Uniwersalne zdarzenia poprzedzające emocje*, w: P. Ekman, R. J. Davidson (red.), *Natura emocji*, GWP, Gdańsk 1998, ss. 146-153.
- Lindsay-Hartz J., Rivera J. De, Mascolo M., *Differentiating Guilt and Shame and Their Effects on Motivation*, w: J. P. Tangney, K. W. Fisher (red.), *Self-Conscious Emotions: Pride, Shame, Guilt and Embarrassment*, Guilford, New York 1995, ss. 275-300.
- Malczewski J., *Słownik terminów nauki o języku*, Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1985.
- Marczewska-Okuniewska H., Kurcz I., *Asymetria pozytywno-negatywna w psychologii i psycholingwistyce*, w: A. Duszak, N. Pawlak (red.), *Anatomia gniewu. Emocje negatywne w językach i kulturach świata*, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2003, ss. 25-37.

- Markiewicz M., *Wymiary dzieła literackiego*, Wydawnictwo Literackie, Warszawa 1984.
- Maruszewski T., *Analiza procesów poznawczych jednostki w świetle idealizacyjnej teorii nauki*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 1983.
- Maruszewski T., *Psychologia poznania*, GWP, Gdańsk 2001.
- Maruszewski T., *Psychologia poznawcza*, Polskie Towarzystwo Semiotyczne, Warszawa 1996.
- Maruszewski T., Ścigała E., *Emocje – aleksytymia – poznanie*, Wydawnictwo Humaniora, Poznań 1998.
- Mudyń K., *O przezwyciężaniu społecznych ograniczeń poznania inspirowanych językiem za pomocą operacji dokonywanych na języku*, w: A. Tokarz (red.), *Stymulatory i inhibitory aktywności twórczej*, SAWW, Kraków 1991, ss. 20-32.
- Nabi R. L., *The theoretical versus the lay meaning of disgust. Implications for emotion research*, „Cognition and Emotion” 5(16)/2002, ss. 695-703.
- Oatley K., Jenkins M. J., *Zrozumieć emocje*, PWN, Warszawa 2003.
- Obuchowski K., *Kody orientacji i struktura procesów emocjonalnych*, PWN, Warszawa 1982.
- Parkinson B., *Ideas and realites of emotion*, Routledge, London 1995.
- Porębski M., *Czy metaforę można zobaczyć?*, „Teksty” 6/1980, ss. 61-78.
- Reykowski J., *Eksperymentalna psychologia emocji*, Książka i Wiedza, Warszawa 1974.
- Russell J. A., *In defense of prototype approach to emotion concepts*, „Journal of Personality and Social Psychology” 60/1991, ss. 37-47.
- Russell, J. A., Lemay G., *Pojęcia dotyczące emocji*, w: M. Lewis, J. M. Haviland-Jones (red.), *Psychologia emocji*, GWP, Gdańsk 2005, ss. 617-633.
- Shaver P., Schwartz J., Kirson D. i O'Connor C., *Emotion Knowledge: Further Exploration of a Prototype Approach*, „Journal of Personality and Social Psychology” 52(6)/1987, ss. 1061-1086.
- Shveder R. A., *Thinking through cultures: Expeditions in cultural psychology*, MA, Harvard University Press, Cambridge 1991.
- Smith K., *Social psychological perspectives on laypersons' theories of emotion*, w: J. A. Russell, J.-M. Fernandez-Dols, A. S. R. Manstead, J. C. Wellenkamp (red.), *Everyday Conceptions of Emotion: An Introduction to the Psychology, Anthropology, and Linguistic of Emotion*, Kluwer, Dordrecht 1995, ss. 399-414.
- Szumaska D., *O emocjach bez emocji*, „Język a kultura” 14/2000, ss. 199-208.
- Szymczak M. (red.), *Słownik języka polskiego*, t. III, PWN, Warszawa 1981.
- Trzebiński J., *Twórczość a struktura pojęć*, PWN, Warszawa 1981.
- Trzebiński J. (red.), *Narracja jako sposób rozumienia świata*, GWP, Gdańsk 2002.
- White G. M., *Reprezentacje znaczenia emocjonalnego: kategoria, metafora, schemat, dyskurs*, w: M. Lewis, J. M. Haviland-Jones (red.), *Psychologia emocji*, GWP, Gdańsk 2005, ss. 53-71.
- Wierzbicka A., *Język – umysł – kultura*, PWN, Warszawa 1999.
- Zittlau J., *Gandhi dla menedżerów*, Wydawnictwo Studio Emka, Warszawa 2007.



HANNA GRZESIAK

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu  
Instytut Kulturoznawstwa

## Zaburzenia mowy i języka w świetle żydowskiej literatury starożytnej

Chociaż badania dotyczące zaburzeń mowy i języka są prowadzone dopiero od niedawna, to problem ten był znany już w czasach starożytnych. Już wtedy próbowano wyjaśnić, czym owe zaburzenia są spowodowane oraz starano się znaleźć na nie lekarstwo.

Jak wskazuje żydowska literatura starożytna, osoby z wadami wymowy oraz nieme nierzadko były pozbawiane praw religijnych. Z punktu widzenia judaizmu była to największa kara, jaka mogła spotkać pobożnego Żyda.

### 1. Teoretyczny aspekt zaburzeń mowy i języka

Jak pisze Małgorzata Fechner, mowa jest podstawowym środkiem porozumiewania się ludzi między sobą. Umożliwia ona przekazywanie informacji i zapewnia prawidłowe funkcjonowanie człowieka w otaczającym go świecie. Odgrywa również doniosłą rolę w zaspokajaniu elementarnych potrzeb psychicznych, np. potrzeba kontaktu z drugim człowiekiem<sup>1</sup>. Wszelkie zaburzenia mowy sprawiają, że jednostka ma utrudniony kontakt z drugim człowiekiem, co niesie ze sobą wiele negatywnych następstw. Jakikolwiek bowiem zaburzenie mowy sprawia bardzo często, że obniża się poziom samooceny osoby i zostaje zachwiane poczucie jego bezpieczeństwa. Zdarza się również, że jednostka, wstydząc się swojej wady wymowy, unika kontaktu z innymi osobami, co powoduje uczucie samotności.

---

<sup>1</sup> M. Fechner, *Wychowanie dzieci z zaburzeniami mowy*, w: I. Obuchowska (red.), *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, WSiP, Warszawa 1999, s. 485.

Według autorów klasyfikacji ICD-10, zaburzenie jest terminem, którego używa się w celu „wskazania na istnienie układu klinicznie stwierdzonych objawów lub zachowań połączonych w większości przypadków z cierpieniem i zaburzeniem funkcjonowania indywidualnego”<sup>2</sup>. Zgodnie z tym ujęciem, zdaniem Grażyny Jastrzębowskiej, termin *zaburzenia mowy* powinien odnosić się do wszelkich manifestujących się w różny sposób zaburzeń mowy, zachowania językowego, będących konsekwencją braku umiejętności budowania lub odbioru wypowiedzi słownej<sup>3</sup>.

Literatura przedmiotu dzieli owe zaburzenia mowy na:

– zaburzenia artykulacji – występują wtedy, gdy proces powstawania dźwięków mowy jest nieprawidłowy, a pojawiające się w jego wyniku dźwięki są niepoprawne;

– zaburzenia płynności mowy – związane z tempem i rytmem wypowiedzi. Objawiają się zazwyczaj wahaniem i powtórzeniami, które zakłócają płynność mowy. Jednym z jego rodzajów jest jąkanie się;

– problemy głosowe<sup>4</sup>.

Język z kolei jest złożonym systemem, który wykorzystujemy, aby komunikować innym ludziom nasze myśli. Powstaje on z głosek, których kombinacje tworzą słowa i zdania. Sposób użycia głosek, liter i słów jest zależny od reguł danego języka.

Według Krystyny Błachnio, zaburzenia języka obejmują pierwotny brak mówienia i rozumienia (tzw. niemota), utratę zdolności mówienia-rozumienia przy nabytych uszkodzeniach mózgu (np. afazja), niedokształcenie mowy uwarunkowane konstytucjonalnie lub dziedzicznie bądź powstałe w wyniku wczesnego uszkodzenia układu nerwowego (np. alalia)<sup>5</sup>.

## 2. Etiologia zaburzeń mowy i języka w świetle żydowskiej literatury starożytnej

W starożytności wierzono, że wszystko, co spotyka człowieka, jest karą bądź nagrodą dla człowieka od bogów za jego życie i zachowanie. Takie same poglądy panowały w starożytnym Izraelu. Wierzono powszechnie, iż Jahwe – Pan życia i śmierci karze ludzi, zsyłając na nich niepełnosprawność, o czym

<sup>2</sup> *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Description and Diagnostic Guidelines*, World Health Organization, Genewa 1992, s. 19.

<sup>3</sup> G. Jastrzębowska, *Zakłócenia i zaburzenia rozwoju mowy*, w: T. Gałkowski, G. Jastrzębowska (red.), *Logopedia – pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*, t. 2, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole 2003, s. 10.

<sup>4</sup> D. D. Smith, *Pedagogika specjalna 1*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008, ss. 178-179.

<sup>5</sup> K. Błachnio, *Vademecum logopedyczne*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 1992, s. 29.

świadczy choćby fragment z Księgi Wyjścia: „Kto czyni go niemym albo głuchym, widzącym albo niewidomym, czyż nie Ja, Pan?”<sup>6</sup>. Jednocześnie jednak, jeśli sam chce, może uzdrowić człowieka. Jak bowiem wspomina jeden z traktatów talmudycznych: „Jeśli chce, może niemowie otworzyć usta”<sup>7</sup>.

Oprócz boskiej istniały także inne przyczyny zaburzeń mowy i języka. Sądzono powszechnie, że za chorobę odpowiedzialne są również złe duchy oraz demony<sup>8</sup>. Wierzono, że istnieje demon, który przenosi choroby, w tym także wszelkie zaburzenia mowy i języka, jak niemotę, seplenie czy też jąkanie. Występuje on w ślinie chorego człowieka. Jak podają źródła talmudyczne, do zarażenia dochodzi, kiedy człowiek pije ze szklanki chorej osoby, ponieważ demon przechodzi przez usta chorej osoby i jej ślina miesza się z płynem znajdującym się w szklance. Dlatego też wypicie owego płynu przez inną osobę powoduje chorobę. Według ludowych wierzeń, zdrowa osoba, która napije się z tej samej szklanki co osoba niema, wkrótce przestanie mówić. Podobnie, jeśli osoba zdrowa napije się ze szklanki osoby, która sepleni, niebawem sama zacznie seplenić<sup>9</sup>.

W jednym z apokryfów – Testamencie Salomona czytamy, iż dzieci rodzą się nieme, głuche, niewidome albo z uszami odwróconymi, za co odpowiedzialny jest demon, który przypomina smoka z trzema głowami oraz okropną skórą<sup>10</sup>.

Wybitny żydowski uczonej Rabi Yochanan z czasów starożytności twierdził także, że każdą niepełnosprawność, jak również zaburzenia mowy można odpowiednio wytłumaczyć. I tak: „ludzie rodzą się kulawi, ponieważ ich rodzice uprawiali seks analny, który jest surowo zakazany przez prawo żydowskie; głusi, ponieważ podczas aktu seksualnego kobieta leżała na mężczyźnie, a nie odwrotnie jak nakazuje prawo żydowskie; niewidomi, ponieważ podczas stosunku seksualnego mężczyzna spoglądał na srom niewieści kobiety, co również jest zakazane, oraz niemi, ponieważ ich rodzice uprawiali seks oralny”<sup>11</sup>.

<sup>6</sup> Wj 4, 11.

<sup>7</sup> Sanhedrin 100a.

<sup>8</sup> J. Trachtenberg, *Jewish magic and superstition. A study in folk religion*, Atheneum, New York, 1970, s. 197. Wiara w demony, które są sprawcami choroby oraz niepełnosprawności, była powszechna w starożytności. W Nowym Testamencie wielokrotnie mamy do czynienia z licznymi uzdrowieniami osób niepełnosprawnych. Wielokrotnie jest wspomniane, że niepełnosprawność jest wywołana przez złe duchy, np. w Ewangelii św. Marka: „Po wyrzuceniu złego ducha niemy odzyskał mowę” (Mt 9, 33) czy też u św. Łukasza: „A gdy zły duch wyszedł, niemy zaczął mówić” (Łk 11, 14). Także w świecie muzułmańskim uważano, że za chorobę odpowiedzialne są *dżinny*, istoty rozumne obdarzone duszą, nienależące jednak ani do ludzi, ani do aniołów, tworzące osobną społeczność. Mogą one przybierać różne kształty (zarówno ludzi, jak i zwierząt) oraz wykonywać różne czynności zleczone im za pomocą zaklęć. A. Łapiński, *Historia religii. Słownik terminologiczny*, WSiP, Warszawa 1995, s. 42.

<sup>9</sup> Por. J. Preuss, *Biblical and Talmudic Medicine*, Northvale, New Jersey, London 1993, s. 234.

<sup>10</sup> T. Sol 12:1-2, za: L. Holden, *Forms of deformity*, Continuum International Publishing Group, Sheffield 1991, s. 149.

<sup>11</sup> Nedarim 20a.

Julius Preuss pisze również, że w starożytności sądzono, iż człowiek rodzi się głuchoniemy, gdyż jest to kara za niemoralne zachowania rodziców dziecka<sup>12</sup>. Nie jest jednak wyjaśnione, w czym przejawiały się owe zachowania. Być może chodziło o nieakceptowane przez środowisko żydowskie zachowania seksualne.

Oprócz powyższych przyczyn były także i te natury medycznej. Twierdzono bowiem, iż przyczynami powstawania wad wymowy może być:

- nieprawidłowa budowa języka, kiedy język jest zbyt długi lub zbyt krótki,
- zniekształcenia zgryzu,
- brak zębów lub zęby dodatkowe,
- zbyt cienkie wargi<sup>13</sup>.

Zwracano także uwagę, że wzorcem wymowy dla dziecka są jego rodzice i najbliższe otoczenie<sup>14</sup>. Uważano zatem, iż nieprawidłowa wymowa u dziecka jest konsekwencją złych wzorców wymowy.

### 3. Postaci dotknięte zaburzeniami mowy i języka

W literaturze starożytnego Izraela znajdujemy przykłady osób, które były dotknięte zaburzeniami mowy i języka. Jedną z nich był Mojżesz. Jak czytamy w Księdze Wyjścia, kiedy stanął przed Panem, powiedział: „Ociężały usta moje i język mój zeszywniał”<sup>15</sup>. W konsekwencji Mojżesz nie był w stanie przemówić do swojego ludu i musiał go zastąpić jego brat Aaron, o czym również wspomina Księga Wyjścia: „»Czyż nie ma brata twego Aarona, lewity? Wiem, że on ma łatwość przemawiania«<sup>16</sup>. Istnieje kilka wyjaśnień tej sytuacji. Jedne teksty podają, że Mojżesz bał się, iż nie sprosta oczekiwaniom Boga i nie będzie w stanie we właściwy sposób przemówić do ludu. Inne wyjaśnienie związane jest z pewną legendą, według której Mojżesz w dzieciństwie poparzył sobie język. Kiedy Mojżesz został uratowany od utonięcia i mieszkał już na dworze faraona, wróżbici przyszli do niego i powiedzieli: To dziecko w przyszłości ukradnie ci koronę, przez co zasugerowali, by go zabić. W tym samym czasie Jetro (przyszły teść Mojżesza) stwierdził, że jest to zwykłe, niezagrażające faraonowi dziecko i nakazał mu je przetestować. Umieścił przed nim złote naczynie oraz palące się węgle. Chłopczyk oczywiście wybrał palące się węgle, które chwycił do rączek, a następnie do buzi, co spowodowało poparzenie języka<sup>17</sup>. Jak wskazuje literatura talmudyczna, właśnie to wydarzenie z dzieciństwa spowodowało, że Mojżesz w późniejszym okresie swojego życia nie mógł przemówić do ludu.

<sup>12</sup> J. Preuss, *Biblical and Talmudic...*, s. 293.

<sup>13</sup> Por. L. Holden, *Forms of deformity*, ss. 144-163.

<sup>14</sup> Sukkot 56b.

<sup>15</sup> Wj 4, 10.

<sup>16</sup> Wj 4, 14.

<sup>17</sup> Exodus Rabbah 1, 26.

Niektórzy uważają, że Mojżesz nie mógł przemówić do swojego ludu, ponieważ jąkał się, przez co musiał go zastąpić jego brat. W oryginale nie pojawia się w ani jednym miejscu hebrajski czasownik לָגַמְגַם („legamgem” – „jąkać się”). Dopiero późniejsze teksty, takie jak targumy, czyli przekłady Biblii Hebrajskiej na język aramejski<sup>18</sup>, sugerują, iż Mojżesz się jąkał<sup>19</sup>.

Innym przykładem jest prorok Ezechiel. W Księdze Ezechiela czytamy, jak Bóg przemawia do niego tymi słowami: „Ja sprawię, że język twój przylgnie ci do podniebienia i będziesz niemy. I nie będziesz dla nich mężem strofującym, są bowiem ludem buntowniczym. Gdy Ja będę mówił do ciebie, otworzę ci usta i powiesz im: Tak mówi Pan Bóg. Kto chce słuchać, niech słucha, a kto zaprzestanie, niech zaprzestanie – bo to lud oporny”<sup>20</sup>.

W innym fragmencie, a mianowicie w Księdze Sędziów<sup>21</sup> czytamy, że czterdzieści dwa tysiące Efraimitów zginęło u brodu Jordanu, gdyż zamiast słowa „Szibbolet” wymawiali słowo „Sibbolet”.

Wayikra Rabba oraz Kohelot Rabba<sup>22</sup> – dwa midrasze, czyli rabiniczne komentarze do ksiąg biblijnych, które posługują się swobodną formą, w przeciwieństwie do ścisłej interpretacji tekstu, a przede wszystkim poprzez wykorzystanie takich literackich form, jak: opowieści, parable, legendy<sup>23</sup>, podają, iż prorok Amos jąkał się. Zaburzenie to literatura żydowska nazywa „wiotkością języka”<sup>24</sup>.

Z kolei jeden z traktatów talmudycznych Chagiga<sup>25</sup> podaje, że blisko Rabina Jehudy mieszkali dwie osoby z zaburzeniami mowy (nie jest jednak napisane, na czym owe zaburzenia polegały). Dzięki modlitwie zostały całkowicie uzdrowione, a swoje dalsze życie poświęciły na studiowanie Tory.

Tosefta, czyli rozszerzenie i uzupełnienie Miszny, przytacza z kolei postać Józefa ben Ilema (jego imię i nazwisko w tłumaczeniu z języka hebrajskiego znaczy „Józef, syn niemy”), niemego mężczyzny, który pełnił funkcję najwyższego kapłana. Informacja ta jest zaskakująca, gdyż kapłanem mogła być tylko i wyłącznie osoba pozbawiona skazy<sup>26</sup>.

W jeszcze innym fragmencie Talmudu czytamy, że dwukrotnie osoba głucha wskazała miejsce, z którego można wziąć *omer* (z jęz. hebr. „snop”), czyli pierwszy

<sup>18</sup> Z. Borzymińska, R. Żebrowski (red.), *Polski słownik judaistyczny*, t. II, Prószyński i S-ka, Warszawa 2003, s. 696.

<sup>19</sup> Por. B. Pawlaczyk (red.), *Biblia a medycyna*, Św. Wojciech, Poznań 2007, ss. 214-217; J. Preuss, *Biblical and Talmudic...*, s. 89.

<sup>20</sup> Ez 3, 26-27.

<sup>21</sup> Sdz 12, 5.

<sup>22</sup> Lev. R. 10.2, Qoh R. 1.1 §2.

<sup>23</sup> Z. Borzymińska, R. Żebrowski (red.), *Polski słownik judaistyczny*, t. II, s. 151.

<sup>24</sup> J. Preuss, *Biblical and Talmudic...*, s. 230.

<sup>25</sup> Chagiga 3a.

<sup>26</sup> Por. A. Steinberg, *Encyclopedia of Jewish Medical Ethics*, Feldheim Publishers, Jerusalem 2003, s. 718.

snop jęczmienia zebrany podczas żniw<sup>27</sup>. W starożytności był on składany przez kapłana w ofierze w Świątyni podczas drugiego dnia Paschy, o czym wspomina Księga Kapłańska: „Potem Pan powiedział do Mojżesza: »Mów do Izraelitów i powiedz im: Kiedy wejdziecie do ziemi, którą Ja wam dam, i zbierzecie plon, przyniesiecie kapłanowi snop jako pierwociny waszego plonu. On dokona gestu kołysania snopa przed Panem, aby był przez Niego łaskawie przyjęty«”<sup>28</sup>.

W rękopisach znad Morza Martwego czytamy, że osoba dotknięta wadą wymowy nie mogła czytać Księgi Prawa, o czym świadczy fragment z 4Q267: „[...] i każdy, kto nie może] szybko po[]jąć i każdy, kto zbyt lekko [...głosem] ostrym mówi, nie rozdziela swych [sł]ów roz[głasząc...] nie powinien czytać K[sięgi Prawa,] żeby [nie spowodował błędu w sprawie zagrożonej śmiercią...]”<sup>29</sup>.

Prawdopodobnie chodziło o to, że obawiano się, iż osoba z wadą wymowy w niewłaściwy sposób wypowie tetragram יהוה, czyli imię Boga składające się z czterech hebrajskich liter. Słowo to nie było wypowiedane, zamiast tego używano określenia Adonaj („mój Pan”).

Również Dokument Damasceński informuje, że kapłan dotknięty wadą wymowy nie mógł czytać Księgi Prawa. Nic jednak nie wskazuje na to, iż nie mógł on wypełniać innych obowiązków należących do kapłana<sup>30</sup>.

Jak czytamy w Księdze Izajasza, wraz z ponownym przyjściem Mesjasza na świecie nie będzie ani jednej niemowy, bowiem „język niemych wesóło krzyknie”<sup>31</sup> a „język jąkałów przemówi wyraźnie”<sup>32</sup>.

#### 4. Zaburzenia mowy i języka a żydowskie prawo religijne

W Torze<sup>33</sup> w żadnym miejscu nie jest napisane, że osoby z wadami wymowy czy też nieme nie mogą składać ofiar. Nie istnieje także żadne zdanie sugerujące, iż osoby te mają być pozbawione praw religijnych. Można powiedzieć, na podstawie tekstów źródłowych, że ich pozycja nie jest naznaczona stygmatem kary za grzechy. W Torze osoby niewidome przeważnie pojawiają się razem

<sup>27</sup> Tosefta Yoma 1, 4; Yerushalmi Megillah 1, 10.

<sup>28</sup> Kpł 23, 9-11.

<sup>29</sup> 4Q267, *Rękopisy znad Morza Martwego*, tłum. P. Muchowski, The Enigma Press, Kraków 2000, s. 228.

<sup>30</sup> J. Dorman, *The blemished body. Deformity and disability in the Qumran Scrolls*, rozprawa doktorska, Uniwersytet w Groningen 2007, s. 125.

<sup>31</sup> Iz 35, 6.

<sup>32</sup> Iz 32, 4.

<sup>33</sup> Tora w wąskim znaczeniu obejmuje pięć pierwszych ksiąg żydowskich, tj. Księgę Rodzaju, Wyjścia, Kapłańską, Liczb oraz Powtórzonego Prawa. W znaczeniu szerokim Tora to TANACH – nazwa pochodzi od pierwszych liter słów hebrajskich: Tora, Nebiim i Kethubim, które oznaczają odpowiednio: Prawo, Proroków oraz Pisma; można powiedzieć, że TANACH – pomijając księgi deuterokanoniczne – jest odpowiednikiem chrześcijańskiego Starego Testamentu.

z osobami niepełnosprawnymi fizycznie, jak ma to miejsce w Drugiej Księdze Samuela: „Ślepiec i kulawy nie wejdą do wnętrza domu”<sup>34</sup>. Co więcej, osoby głuche oraz z zaburzeniami mowy nie pojawiają się także wśród tych, które nie mogą składać ofiar, o czym informuje Księga Kapłańska:

Żaden człowiek, który ma skazę, nie może się zbliżyć – ani niewidomy, ani chromy, ani mający zniekształconą twarz, ani kaleka, ani ten, który ma złamaną nogę albo rękę, ani garbaty, ani niedorozwinięty, ani ten, kto ma bielmo na oku, ani chory na świerzb, ani okryty liszajami, ani ten, kto ma zgniecione jądra (...) nie będzie się zbliżał, aby ofiarować pokarm swego Boga<sup>35</sup>.

Wydaje się zatem, że osoby głuche, nieme czy też te z wadami wymowy były bardziej uprzywilejowane niż choćby osoby niewidome czy kalekie. O ile takie niepełnosprawności jak ślepotą czy też kalectwo określane były jako מום („mum”), czyli defekt, o tyle głuchota, niemota czy też inne zaburzenia mowy i języka takim terminem określane nie były<sup>36</sup>. Moim zdaniem osoby niepełnosprawne fizycznie i niewidome są przedstawiane razem ze względu na ich widoczną niepełnosprawność. Osoba głucha, niema czy też dotknięta zaburzeniami mowy na pierwszy rzut oka wyglądała na osobę zdrową, sprawną fizycznie oraz intelektualnie w przeciwieństwie do osób niepełnosprawnych fizycznie, u których uszkodzenie było od razu widoczne. Podobnie w przypadku osób niewidomych łatwo było je rozpoznać po specyficznych pozach i zachowaniach. Mam tutaj na myśli takie zachowania, jak blindyzmy<sup>37</sup> czy też specyficzne wady postawy charakterystyczne dla osób niewidomych, np. skrzywienie kręgosłupa typu lordoza szyjna, kifoza piersiowa i lordoza lędźwiowa – wyciągnięte do przodu ramiona, cofnięta głowa i tułów oraz tzw. koguci chód<sup>38</sup>. Dodatkowo jedną z częściej występujących chorób oczu było bielmo, które przyczyniało się do stopniowej utraty wzroku. Oczy tych osób były z wyglądu zupełnie inne niż osób zdrowych, stąd też łatwo było zauważyć i stwierdzić, iż osoby te są niewidome.

Można przyjąć, że w świetle literatury talmudycznej tak długo jak osoba z zaburzeniami mowy czy też języka potrafi komunikować się z pozostałymi członkami wspólnoty żydowskiej, tak długo pozostawała jej pełnowartościowym członkiem. Choć osoba niema w świetle literatury żydowskiej była

<sup>34</sup> 2 Sm 5, 8.

<sup>35</sup> Kpł 21, 18-20.

<sup>36</sup> S. M. Oylan, *Disability in the Hebrew Bible. Interpreting Physical and Mental Differences*, Cambridge University Press, Cambridge 2008, s. 49.

<sup>37</sup> Zespoły tików, odruchów obrony, póż i gestów, które stanowią reakcję na niezidentyfikowane obiekty oraz są wynikiem braku mimetycznej kontroli własnych zachowań ukierunkowanych na środowisko. R. Ossowski, *Pedagogika niewidomych i niedowidzących*, w: W. Dykik (red.), *Pedagogika specjalna*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 1996, s. 162. Do tych zachowań należy bardzo często pocieranie gałek ocznych czy też w przypadku osób z resztkami wzroku – wpatrywanie się w światło.

<sup>38</sup> Por. tamże.

uważana za pełnoprawnego pod względem praw religijnych i społecznych członka społeczeństwa, to jednak wydaje się, iż rzeczywistość była zupełnie inna. Osoby całkowicie nieme były nierzadko usuwane na margines społeczeństwa i pozbawiane praw nie tylko społecznych, ale także, co ważniejsze, religijnych. Niema osoba nie mogła modlić się na głos, jak również wypowiadać błogosławieństw, np. podczas zapalania świec szabatowych w przypadku kobiet czy też przed posiłkiem. W starożytności niemota była bardzo często związana z głuchotą, stanowiła jej następstwo, co wyraźnie podkreśla w swoich późniejszych dziełach Majmonides – znany żydowski filozof i lekarz. W świetle literatury talmudycznej osoby głuchonieme (*cheresz*)<sup>39</sup> miały taką samą pozycję społeczną jak osoby z niepełnosprawnością intelektualną i/lub zaburzeniami psychicznymi (*szotech*) oraz osoby niepełnoletnie (*katan*). Do tej ostatniej grupy należy zaliczyć chłopców żydowskich, którzy do 13. roku życia są uważani za osoby niepełnoletnie pod względem religijnym. Nie mają oni prawa publicznie odczytywać w synagodze Tory czy też uczestniczyć w minjanie, czyli grupie 10 mężczyzn powyżej 13. roku życia koniecznych do rozpoczęcia nabożeństwa w synagodze. Dopiero Bar Micwa, czyli najważniejsze święto religijne w życiu każdego żydowskiego chłopca, które odbywa się w wieku 13 lat, włącza chłopca do wspólnoty żydowskiej i sprawia, że chłopiec od tego momentu jest zobowiązany do przestrzegania wszystkich praw judaizmu oraz przykazań żydowskich, w tym do noszenia talesa, czyli szala modlitewnego zakładanego podczas żydowskiej modlitwy. W przypadku dziewczynek odpowiednikiem Bar Micwy jest Bat Micwa, która odbywa się w wieku 12 lat. Nie jest ona jednak tak uroczysto obchodzona jak w przypadku chłopców. Uroczystość tę praktykuje jedynie judaizm reformowany i ma ona bardziej charakter symboliczny. Środowiska ortodoksyjne nie obchodziły jej w starożytności i nie obchodzą również w czasach współczesnych<sup>40</sup>.

<sup>39</sup> W późniejszej literaturze żydowskiej, np. Tosefcie oraz we współczesnym języku hebrajskim słowo חרש (*cheresz*) odnosi się tylko do osób niesłyszących, a słowo אילם (*ilem*) do osób niemych. Literatura talmudyczna natomiast słowem *cheresz* określa osoby tylko głuchonieme, argumentując to tym, iż w większości przypadków niemota jest konsekwencją głuchoty (por. J. Preuss, *Biblical and Talmudic...*, s. 291). W świetle literatury talmudycznej osoba niesłysząca była najczęściej także osobą niemą. Współcześnie jednak wiemy, odwołując się do wiedzy surdopedagogicznej, że osoby niesłyszące, jeśli zostanie podjęta szybka interwencja i edukacja, są w stanie nauczyć się mówić.

Zdaniem niektórych badaczy, w szczególności językoznawców, hebrajskie słowo *cheresz* powinno zostać zastąpione innym – całkowicie nowym, które będzie przeznaczone tylko dla osób niesłyszących. To bowiem określenie nadal stygmatyzuje osoby głuche, które były marginalizowane i pozbawiane praw religijnych i społecznych, i przywołuje na myśl triadę: *cheresz*, *szotech* oraz *katan*. Należy zatem oddzielić osoby niesłyszące żyjące współcześnie obok nas od tych z czasów talmudycznych. Por. D. M. Feldman, *Deafness and Jewish Law and Tradition*, w: J. D. Schein, L. J. Waldman (red.), *The Deaf Jew in the Modern World*, Ktav Publishing House Inc, brak miasta wydania 1986, s. 23.

<sup>40</sup> Por. A. Unterman, *Żydzi. Wiara i życie*, Książka i Wiedza, Warszawa 2005, ss. 143-144.

Co więcej, powyższe trzy grupy osób zawsze były podawane razem, gdyż w świetle halachy, czyli żydowskiego prawa, miały ograniczone możliwości związane z komunikowaniem się z otoczeniem. Uczni żydowscy zwracają również uwagę, że osoby te nie zawsze potrafią przekazać do końca to, co chcą<sup>41</sup>.

Chociaż w literaturze talmudycznej istnieje jeden zapis, zgodnie z którym jeśli osoba nie mówi, ale jej poziom intelektualny jest zbliżony do osób mówiących, to ma prawo uczestniczyć w życiu religijnym i być pełnoprawnym członkiem wspólnoty żydowskiej, to jednak zapis ten nie miał odzwierciedlenia w praktyce. Ze względu na brak odpowiednich narzędzi do pomiaru poziomu intelektualnego większość osób niemych (dotyczyło to także jednostek, które nagle utraciły mowę), podobnie jak osoby głuchonieme, było uważanych za niepełnosprawne intelektualnie i tym samym nie mogły one przestrzegać przykazań żydowskich oraz wypełniać religijnych obowiązków. Z punktu widzenia judaizmu jest to największa kara, jaka może spotkać Żyda. Przestrzeganie bowiem przykazań jest dla pobożnego Żyda największą nagrodą, która przybliży go do Boga<sup>42</sup>.

Dlaczego osoby głuchonieme w starożytnym Izraelu były traktowane zdecydowanie gorzej niż osoby dotknięte innymi rodzajami niepełnosprawności? Osoby te nie mogły przestrzegać przykazań żydowskich oraz wypełniać religijnych obowiązków. Aby to zrozumieć, należy odwołać się do żydowskich autoritetów i ich wiedzy na temat funkcjonowania osób niesłyszących w okresie tworzenia judaizmu. Uważano powszechnie, że umysł osób głuchoniemych nie jest dostatecznie dojrzały, aby móc właściwie wypełniać przykazania, które dał Jahwe człowiekowi<sup>43</sup>. Sądzono, że osoba, która nie mówi oraz nie słyszy, jest pozbawiona intelektu<sup>44</sup>, nawet jeśli wydaje się, iż zachowuje się normalnie<sup>45</sup>. Inni uczeni uważają, że to Mojżesz na Synaju otrzymał informację od Boga, zgodnie z którą osoby głuchonieme są niezdolne do przestrzegania żydowskich przykazań<sup>46</sup>. Inny rabin twierdzi, iż osoba głuchoniema, która chociaż wygląda na osobę inteligentną i dowcipną, która rozumie i rozpoznaje wszystkie rzeczy i która wie wszystko na temat żydowskich przykazań, ale która nie mówi, powinna i tak być uważana i traktowana jako osoba głupia<sup>47</sup>. Co więcej, zdaniem znawców prawa żydowskiego, nie ma odpowiedniego naukowego testu ani innych naukowych pomiarów, którymi można byłoby sprawdzić, na ile osoba jest zdolna do przestrzegania przykazań<sup>48</sup>.

<sup>41</sup> D. M. Feldman, *Deafness and Jewish Law...*, s. 12.

<sup>42</sup> Por. H. Grzesiak, *Osoby głuche w świetle judaizmu*, „Niepełnosprawność i Rehabilitacja” 4/2010, s. 135.

<sup>43</sup> Sanhedryn 66a.

<sup>44</sup> Chagigah 2b.

<sup>45</sup> Responsa Chatam Sofer, Even Ha'ezer, t. 2,2.

<sup>46</sup> Tamże.

<sup>47</sup> Beit Joseph, Even Ha'ezer 121; Responsa Minchat Shlomo 34.

<sup>48</sup> Rabbi J. J. Weinberg, *Shana Be'shana*, brak miejsca wydania 1965; A. Steinberg, *Encyclopedia of Jewish Medical Ethics*, Jerusalem 2003, s. 125.

Ponieważ osoba głuchoniema nie może przestrzegać przykazań religijnych, to zgodnie z prawem religijnym nie może być za to karana<sup>49</sup>. Nie musi także wyrażać skruchy za ich niedotrzymywanie, bowiem zgodnie z przekonaniem żydowskich uczonych i przeświadczeniem, że osoby te są pozbawione intelektu, osoba głuchoniema nie jest świadoma tego, co dobre, a co złe.

Jak pisze Majmonides, osoba głuchoniema nie mogła być kapłanem i składać ofiar w Świątyni Jerozolimskiej. Dotyczyło to nawet kapłana, który nagle stał się głuchoniemy<sup>50</sup>.

Majmonides dodaje, że w świetle Tory małżeństwo głuchoniemego mężczyzny ze słyszącą kobietą bądź głuchoniemej kobiety ze słyszącym mężczyzną jest nieważne<sup>51</sup>.

W świetle Talmudu mężczyzna, którego żona w trakcie trwania małżeństwa utraciła mowę bądź pojawiły się u niej jakiegokolwiek inne zaburzenia mowy czy języka, które uniemożliwiały poprawne komunikowanie się, mógł wręczyć swojej żonie *get*<sup>52</sup>, czyli list rozwodowy i bez żadnych problemów otrzymać rozwód. W zupełnie innej sytuacji była kobieta, której mąż utracił mowę. Nie mogła ona wręczyć mężowi listu rozwodowego, gdyż był to wyłącznie przywilej mężczyzny, mogła jednak prosić sąd, aby ten wymusił na mężu wręczenie listu rozwodowego, co w praktyce zdarzało się jednak bardzo rzadko i małżeństwo trwało tak długo, aż któryś ze współmałżonków nie umarł. Trzeba zaznaczyć, że zasada ta obowiązuje także współcześnie w środowiskach ortodoksyjnych.

Osoby nieme, zarówno kobieta, jak i mężczyzna, są zwolnione z obrządku *chality*. W starożytności, a także współcześnie, w judaizmie ortodoksyjnym zwyczaj ten jest nadal praktykowany. Polega on na tym, że wdowa po zmarłym bezdzietnie mężczyźnie zostaje uwolniona od obowiązków wynikających z lewiratu i zyskuje prawo do ponownego małżeństwa z dowolnym mężczyzną, także z rodu kapłańskiego. Biblijny zapis dotyczący *chality* z Księgi Powtórzonego Prawa mówi, że od wykonania lewiratu może uchylić się jedynie mężczyzna. Podczas tego obrzędu publicznie oświadcza, że nie chce poślubić danej kobiety. Ta zaś rozwiązuje jego prawy sandał, spluwa przed nim i wygłasza zacytowane przez mężczyznę oświadczenie<sup>53</sup>. Ponieważ oświadczenie musi zostać wypowiedziane, a nie spisane, i potwierdzone własnoręcznym podpisem, osoby nieme, bez względu na czy dotyczy to kobiety, czy mężczyzny, nie mogą się od tego obrządku uchylić.

<sup>49</sup> Majmonides, *Miszna Torá*, Melachim 10, 2.

<sup>50</sup> F. Rosner, *Medical Encyclopedia of Moses Maimonides*, Jason Aronson Inc, Jerusalem 1998, s. 69.

<sup>51</sup> Tamże.

<sup>52</sup> Por. A. Unterman, *Encyklopedia tradycji i legend żydowskich*, Książka i Wiedza, Warszawa 2003, s. 98.

<sup>53</sup> Z. Borzymińska, R. Żebrowski (red.), *Polski słownik judaistyczny*, t. I, Prószyński i S-ka, Warszawa 2003, s. 266.

O ile zdarzały się sytuacje, że osoby nieme (nie dotyczy to głuchych i niemych jednocześnie) mogły wchodzić w skład minjanu, o tyle gdy w minjanie liczba osób niemych przewyższa liczbę osób mówiących, nabożeństwo nie mogło zostać odprawione. Wydaje się jednak, że dotyczyło to głównie osób, które chwilowo utraciły mowę i było wiadomo, iż ich poziom intelektualny nie jest obniżony.

Chociaż osoby głuche oraz nieme pozbawiane były praw religijnych, to jednak – jak wskazują znawcy prawa żydowskiego – istnieją pewne obowiązki, których należy względem nich przestrzegać. I tak:

- Nie należy wprowadzać w błąd osoby niemej<sup>54</sup>;
- Nie należy złorzeczyć niememu<sup>55</sup>;
- Nie wolno karmić<sup>56</sup> osoby niesłyszącej oraz niemej czymś, co jest niedozwolone. Chodzi tutaj o przestrzeganie zasad koszerności, które obowiązywały wszystkich wyznawców judaizmu. Współcześnie zasady koszerności są przestrzegane głównie wśród Żydów ortodoksyjnych. Być może w zapisie tym chodzi również o to, aby nie podawać osobie czegoś szkodliwego, co mogłoby spowodować zatrucie organizmu, a w konsekwencji śmierć osoby;

- Nie wolno przeklinać osób głuchoniemych<sup>57</sup>;
- Jeśli ktoś zatrudni osobę niemą lub głuchoniemą, to ma obowiązek zapłacić mu za jego pracę<sup>58</sup>.

Jeśli ktoś zrani osobę niemą czy głuchą, jest za to odpowiedzialny. Jeśli natomiast wina leży po stronie osoby niemej czy głuchej, to jest ona zwolniona z odpowiedzialności za powstałą krzywdę, jednakże sędziowie winni upomnieć go, aby nie wyrządził tej samej krzywdy innym<sup>59</sup>.

## **5. Leczenie osób dotkniętych zaburzeniami mowy i języka**

O ile stosowano różnego rodzaju zaklęcia, aby przywrócić osobom niewidomym wzrok czy też zalecano różnego rodzaju lekarstwa, np. krople ze skorpiona, który posiadał siedem barw, którymi skraplano oczy<sup>60</sup>, o tyle nie istniały żadne zaklęcia, aby przywrócić człowiekowi mowę, gdy ten był całkowicie niemy. Zupełnie inna była zatem pozycja osób niewidomych, które posiadały prawa religijne. Uważano bowiem, iż osoba, chociaż jest niewidoma, to jej poziom intelektualny jest taki

<sup>54</sup> Mishneh Lemelech, Maachalot Assurot 17, 27.

<sup>55</sup> Kpł 14, 19.

<sup>56</sup> Shabbath 153a.

<sup>57</sup> Kpł 19, 16; Sanhedrin 66b.

<sup>58</sup> Ketzot Hachoshen 243, 6.

<sup>59</sup> Maimonide Mishnah Commentary, Bava Kamma 87a.

<sup>60</sup> Gittin 69a.

sam jak w przypadku człowieka, który widzi, zatem należy ona do wspólnoty żydowskiej i jest zobowiązana do przestrzegania praw religijnych. Osoby zaś nieme czy też głuchonieme nie miały takich praw. Uznawano, że nawet nie warto próbować przywracać mowy osobom niemym, bo ich intelekt nie jest na tyle wysoki, aby uczestniczyć w życiu wspólnoty i wypełniać przykazania religijne.

Jeśli chodzi o problemy logopedyczne, to literatura talmudyczna zalecała płukanie gardła oliwą. Miało to ponoć ułatwiać wypowiedanie słów i likwidować wszelkie niedoskonałości zaburzeń mowy. Owe płukanie było także pomocne w przypadku bólu gardła<sup>61</sup>. Niestety, nie zostało potwierdzone, czy była to metoda skuteczna.

## Podsumowanie

Współcześnie sytuacja osób niemych, głuchoniemych oraz dotkniętych innymi zaburzeniami mowy czy też języka jest zupełnie inna. Chociaż judaizm ortodoksyjny nadal często marginalizuje te osoby, to jednak judaizm reformowany uznaje je za pełnowartościowych członków wspólnoty żydowskiej, od których wymaga się przestrzegania wszystkich przykazań.

## Literatura

- Biblia Tysiąclecia*, Pallotinum, Poznań 2003.
- Błachnio K., *Vademecum logopedyczne*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 1992.
- Borzymińska Z., Żebrowski R. (red.), *Polski słownik judaistyczny*, t. I, Prószyński i S-ka, Warszawa 2003.
- Borzymińska Z., Żebrowski R. (red.), *Polski słownik judaistyczny*, t. II, Prószyński i S-ka, Warszawa 2003.
- Dorman J., *The Blemished Body. Deformity and Disability in the Qumran Scrolls*, rozprawa doktorska, Uniwersytet w Groningen 2007.
- Fechner I., *Wychowanie dzieci z zaburzeniami mowy*, w: I. Obuchowska (red.), *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, WSiP, Warszawa 1999.
- Feldman D. M., *Deafness and Jewish Law and Tradition*, w: J. D. Schein, L. J. Waldman (red.), *The Deaf Jew in the Modern World*, Ktav Publishing House Inc, brak miasta wydania 1986.
- Grzesiak H., *Osoby głuche w świetle judaizmu*, „Niepełnosprawność i Rehabilitacja” 4/2010, ss. 132-144.
- Holden L., *Forms of deformity*, Continuum International Publishing Group, Sheffield 1991.
- Jastrzębowska G., *Zakłócenia i zaburzenia rozwoju mowy*, w: T. Gałkowski, G. Jastrzębowska (red.), *Logopedia – pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*, t. 2, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole 2003.
- Łapiński A., *Historia religii. Słownik terminologiczny*, WSiP, Warszawa 1995.

<sup>61</sup> J. Preuss, *Biblical and Talmudic...*, ss. 172-173.

- Ossowski R., *Pedagogika niewidomych i niedowidzących*, w: W. Dykcik (red.), *Pedagogika specjalna*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 1996.
- Oylan S. M., *Disability in the Hebrew Bible. Interpreting Mental and Physical Differences*, Cambridge University Press, Cambridge 2008.
- Pawlaczyk B. (red.), *Biblia a medycyna*, Św. Wojciech, Poznań 2007.
- Preuss J., *Biblical and Talmudic Medicine*, Northvale, New Jersey, London 1993.
- Rękopisy znad Morza Martwego*, tłum. P. Muchowski, The Enigma Press, Kraków 2000.
- Rosner F., *Medical Encyclopedia of Moses Maimonides*, Jason Aronson Inc, Jerusalem 1998.
- Smith D. D., *Pedagogika specjalna 1*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008.
- Steinberg A., *Encyclopedia of Jewish Medical Ethics*, Feldheim Publishers, Jerusalem 2003.
- The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*, World Health Organization, Genewa 1992.
- The Talmud of Babylon: Hebrew – English edition*, Soncino, London 1965.
- Trachtenberg J., *Jewish magic and superstition. A study in folk religion*, Atheneum, New York 1970.
- Unterman A., *Encyklopedia tradycji i legend żydowskich*, Książka i Wiedza, Warszawa 2003.
- Unterman A., *Żydzi. Wiara i życie*, Książka i Wiedza, Warszawa 2005.
- Weinberg J. J. Rabbi, *Shana Be'shana*, brak miejsca wydania 1965



RAFAŁ ILNICKI

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu  
Instytut Kulturoznawstwa

## **Kultura audiowizualna jako źródło zaburzeń mowy. Wkraczając w erę postoralności kultury audiowirtualnej**

### **1. Audiowirtualność zamiast audiowizualności jako konsekwencja zmian technicyzacji kultury**

Istota kultury audiowizualnej leży poza kulturą audiowizualną<sup>1</sup>. Mówimy o zjawiskach, które są połączeniem treści audialnej i wizualnej, wykraczają jednak poza nią i stanowią przyczynę zmian innych fenomenów kultury. Zaburzenia mowy określam zatem jako destabilizację naturalnej mowy, związanej nieodłącznie z myśleniem i językiem, ponieważ:

człowiek był i jest intelektualnie zamknięty w programie tego czy innego naturalnego języka. Ale ten program bez przerwy się otwiera własną wypowiedzią, „mówieniem bycia” przez każdego człowieka, a suma tych otwarć daje ewolucję języka, zwracającemu się ku obecnemu byciu, ku wypowiedzi odbieranej w obecności dla siebie samych wypowiadających się, słuchających albo czytających cudze wypowiedzi<sup>2</sup>, gdyż: kultura audiowizualna jest to odmiana techniki wykonującej czynności metafizyczne, która ich nie materializuje w świecie, a dematerializuje w podsuwanych do wglądu zaświatach. Wcielanie przez nią jej metafizycznych prac jest bezcielesne, ma zaś postać dostarczanej widzialności ciał, za pomocą której te ciała widzi. Kierunkiem rozwoju tej techniki jest uwidaczniać i usłyszalniać to, co nigdy, nigdzie i zawsze nieobecne, nigdy i nigdzie przeszłe ani przyszłe, zawsze natomiast projekcyjnie uobecniane i uteraźniejszane zmysłom i umysłowi<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Jest to parafraza Heideggerowskiej tezy mówiącej o tym, że istota techniki znajduje się poza techniką.

<sup>2</sup> W. Chyła, *Szkice o kulturze audiowizualnej (w stulecie ekranu w kulturze)*, Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań 1998, s. 45.

<sup>3</sup> Tamże, ss. 91-92.

Widzimy zatem, że mowa jest nieodłączna od języka, a także od swojego kulturowego kontekstu, czyli specyfiki danego wypowiedzianego i wysłuchiwania mowy<sup>4</sup>. Dziś wszystkie te składowe są określane w perspektywie technologii informatycznych. Język najczęściej dochodzi do nas z telewizora, kolorowych magazynów, Internetu, telefonu komórkowego, czyli zawsze jest filtrowany przez elektroniczne urządzenia. Mowa, wypowiedzianego treści językowych transmitowanych tymi urządzeniami także nie może utrzymywać swojej autonomii jako czynności niezależnej od otaczających ją wszechregulacji technicznych. Pierwotnie, czyli przedtechnicznie, „bycie (*resp.* uczestnictwo) włączone zostaje w kwestię dyskursu, jako że odsłania się ono w mowie i mowę umożliwia”<sup>5</sup>. Konieczne jest zatem podkreślenie sytuacji wyjściowej podejmowanych tutaj rozważań, która pozwoli zidentyfikować i określić funkcję oraz rudymentalną rolę nietechnicyzowanej mowy. Należy zwrócić uwagę na to, że „prawda »dzieje się« w rozmowie (...), czy to między ludźmi, czy to w rozmowie duszy z samą sobą (...). Jest ona tym, co rozmowę dopiero czyni rozmową, w przeciwieństwie do jakiegokolwiek aktu polecenia (*resp.* arbitralności, *Herrschaftskraft*). Prawda jest dopasowaniem (*Anpassung*) odbicia do pieczęci, czyli organizmu fizycznego do otoczenia (*Umwelt*)”<sup>6</sup>, co stanowi metafizyczne określenie podstawowej funkcji mowy nieodłącznie związanej z prawdą.

Co zaś się tyczy języka, to jest on wpisany w inny kontrast, pomiędzy strukturą języka (jedynie oczekiwana) i maszyną »głosu«, maszyną-głosu, terminem, którego Guattari nie wyjaśnia w eseju, ale którego wybór możemy po fakcie zrozumieć: głos jest połączony z wyrażeniem pragnienia do materialności ciała jako maszyny. Istoty ludzkie (...) są złapane w blokadę maszyny i struktury, podczas gdy głos »przebija się« przez strukturalny porządek języka, odnajdując go w maszynie, więc jest na pierwszym miejscu. Mówca jest rezultatem tego blokowania, ponieważ oznaczające sekwencje przecinają jednostkę, którą zarazem konstytuują i rozdzierają<sup>7</sup>.

Metafizyka maszyn nie jest tutaj przeciwstawieniem, lecz kontynuacją Platonów rozważań.

W artykule przedmiotem zainteresowania uczyniłem jednak mowę, przy czym odwołania do konstytucji technicznego języka będą pojawiać się tylko tam, gdzie będzie to konieczne, by ukazać jej przemiany na tle technicyzacji kultury. W mowie bowiem zjawiają się nowe możliwości, które są wprowadzane przez technikę. Dokonuje się to na sposób sieciowej organizacji, ponieważ nie można często wyróżnić jednego elementu zmiany bez uwzględnienia

<sup>4</sup> „Pisanie w powszednim sensie musi zostać koniecznie »dodane« do mowy, by uzupełnić powstanie idealnego obiektu”. J. Derrida, *Speech and Phenomena. And Other Essays on Husserl's Theory of Signs*, Northwestern University Press, Evanston 1973, s. 87.

<sup>5</sup> S. Blandzi, *Henologia, meontologia, dialektyka*, IFiS PAN, Warszawa 1992, s. 143.

<sup>6</sup> Tamże, s. 147.

<sup>7</sup> J.-J. Lecercle, *Deleuze and Language*, Palgrave MacMillan, New York 2002, s. 181.

układu zmian, w którym się one dokonują<sup>8</sup>. Dlatego zmiany mowy zachodzą w korelacji z językiem. Kultura jest tresurą w kłamstwie, gdzie ten Nietzscheński wątek uzmysławia, że mowa była podporządkowana tej tresurze i silnie uzależniona od języka, który stanowił gwarant obecności i identyfikowalności przedmiotów wypowiedzi oraz zapewniał niezbędną pewność pozwalającą na sprawne poruszanie się w danej kulturze. Technika realizująca jednak program antykultury w kulturze, w samym jej sercu, poprzez wprowadzanie nieskończonych możliwości bycia uwalnia ten porządek rzeczywistości spod regulacji symbolicznych i językowych. Walter Ong dostrzega w tej sytuacji możliwość odrodzenia mowy<sup>9</sup>. Ogólnym wyrazem tej tendencji jest to, że technika wykonuje metafizyczną pracę mowy. Jest to sytuacja kultury audiowizualnej, która odpowiada „sytuacji rozdroża” i rozwidlenia dalszego możliwego rozwoju kultury, prowokując skrajne tezy dotyczące jej przyszłego rozwoju. Tym samym mowa, której zostało odjęte środowisko i środki artykulacji, przenosi się w całości w śniącą siebie technikę, w fantazmatyczne projekcje dyspozytywów, które zapewniają jej schronienie, osiągają to jednak zawsze za cenę podporządkowania się, rezygnacji z silnej wersji siebie na rzecz mowy wzmacnianej przez media techniczne. Jest to paradoksalny tryb mowy, ponieważ wpisuje się w logikę słabej myśli<sup>10</sup>, jednocześnie będąc wzmacniany pragmatyczną logiką urządzeń technicznych zapewniających „mocne” środowisko funkcjonowania. Gilbert Hottois mówi o afazji, bezmowie jako o stanie, w który człowiek popadł w zetknięciu z globalizującą się techniką<sup>11</sup>. Problemem jest zatem zmiana organizacji technicyzowanej kultury, w wyniku której wyłaniają się nowe sposoby wykorzystania i kulturowego przejawiania się mowy. Zaburzenia wynikające z technicyzacji mowy powstają za pomocą planetarnej instalacji urządzeń technicznych przejmujących funkcję mowy. Destabilizuje to zastaną kulturę oraz podstawowe sposoby jej transmisji<sup>12</sup>.

<sup>8</sup> Dlatego metoda hermeneutyczna dotyczy nie tylko danych fenomenów, ale jest także hermeneutyką cybernetyki oraz procesów technicyzacyjnych.

<sup>9</sup> Por. W. Ong, *Interfaces of the World*, Cornell UP, Ithaca 1982.

<sup>10</sup> Odwołuję się do idei Gianni Vattimo. Mówimy zatem o słabej mowie w sensie metafizycznym, bowiem samo techniczne wzmocnienie artykulacji mowy nie gwarantuje mocnego i solidnego sensu, a jedynie jego metafizycznie osłabiony odpowiednik. Dlatego praca techniki biorącej zakładnika w postaci metafizyki nie może odnosić się do skarlałych metod jej wykorzystania – pomniejszających lub hiperbolizujących, lecz nigdy niepozostających w proporcjonalnej relacji względem obecności wyrażonej w pamięci i języku – mediach niezapośredniczonych technicznie.

<sup>11</sup> G. Hottois, *L'inflation du langage dans la philosophie contemporaine*, Universite libre de Bruxelles, Bruxelles 1979, s. 345, za: W. Chyła, *Kultura intensywnie zmediatyzowana. Biotechnomerkantylizm, biopolityka, biowładza: doksokracja rynkowego populizmu jako efekt technomerkantylnych regulacji*, w: W. Chyła i in. (red.), *Kultura medialnie za pośrednictwem. Badania nad mediami w optyce kulturoznawczej*, Bogucki Wydawnictwo Naukowe, Poznań 2010 ss. 132-233.

<sup>12</sup> Por. R. Debray, *Wprowadzenie do mediologii*, Oficyna Naukowa, Warszawa 2010. Autor mówi o transmisji kultury dokonywanej za pośrednictwem nowych mediów.

Ukażę zachodzące w tym zakresie zmiany, odwołując się także do kulturowych zachowań oraz modelujących je mediów transmisji mowy, które pozwolą zobrazować główne tendencje zmiany organizacji mowy w kulturze. Teraźniejszość bowiem jest wyznaczana przez technikę, ponieważ stanowi ona dominujące metamedium transmisji kultury, wskazując na niezbywalny i nieusuwalny charakter zapośredniczenia procesów społeczno-kulturowych w mediach technicznych, które zyskują dzięki tym procesom wzrastającą autonomię – technicyzacja oznacza bowiem równocześnie autonomizację<sup>13</sup>.

Ukażę, w jaki sposób kultura audiowizualna doprowadza do całego spektrum zaburzeń mowy. Dotyczą one nie tylko konkretnych jednostek chorobowych, ale przede wszystkim pewnych tendencji, które są związane z używaniem mediów elektronicznych rozprzestrzenionych na globalną skalę, co skutkuje przejściem do audiowirtualnego stanu mowy w kulturze. Mowa, jaką jesteśmy otaczani przez kulturę audiowizualną, czyli głównie przez kulturę popularną, wymusza pewne zmiany w obrębie nawyków komunikacyjnych oraz dotyczy głębszych przeobrażeń procesu mówienia. Skupię się na analizie takich fenomenów, jak nieciągłość mowy, mimesis form kultury popularnej, mówienie w czasie rzeczywistym, a także tych zmian, które powodują urządzenia wyposażone w funkcję mowy – począwszy od gier komputerowych, poprzez gadżety aktywowane głosem, na humanoidalnych robotach skończywszy. Tym samym przemawiamy do maszyny, namawiamy ją do działania, a także odmawiamy jej prawa do funkcjonowania. Mowa staje się sterowaniem, a nie tylko własnością przynależną człowiekowi.

Mowa przestaje być zarezerwowana dla kontaktów międzyludzkich, a staje się dominującą formą interakcji w kulturze audiowizualnej, co jest związane także z zaburzaniem dotychczasowych form mowy, na miejsce których wchodzi nowe sposoby organizacji mowy. Dlatego też zaburzenie nie musi oznaczać patologii, jednostki chorobowej. Zamiast tego możemy mówić o destabilizacji mowy, która przyjmuje paradoksalne formy. Należy pamiętać także o bezpośrednim związku mowy i pamięci. Skoro te dwa fenomeny podlegają technicyzacji, to zmieniają się także warunki temporalizacji – czasowość ufundowana na pamięci zostaje zastąpiona przez techniczne rozszerzenia pamięci do postaci technopamięciowych danych. To, co zostaje wypowiedziane, może zostać zaprogramowane w odpowiedni sposób. Również w tym paradoksalnym ujęciu można pamiętać przyszłość pojętą jako serię technopamięciowych danych wyrażonych w mowie. Jeśli za pośrednictwem mowy aktywujemy te sposoby jej organizacji, to należy zwrócić uwagę, że mowa zostaje uniezależniona nie tylko od kulturowych regulacji symbolicznych, ale także warunków przestrzenno-czasowych. Destabilizacja jako zaburzanie mowy odpowiada przejściu od postoralności kultury audiowizualnej do postoralności kultury audiowirtualnej.

<sup>13</sup> Por. J. Ellul, *The Technological Society*, Knopf, New York 1964.

Martin Heidegger w *Liście o humanizmie* pisze, że mowa jest domostwem bycia<sup>14</sup>. W podobnym duchu wypowiada się też niemiecki filozof w zbiorze wykładów *Co zwie się myśleniem?*<sup>15</sup>. Gdyby zatem pozbawić ludzkość mowy, to musiałaby ona popaść w stan kulturowej afazji. Nie można mówić o wyburzaniu tego domostwa, o wyeliminowaniu mowy, tylko o powstawaniu sfer mowy – zamiany domostwa bycia na spluralizowane domostwa bycia<sup>16</sup>.

Cybernetyka przekształca mowę w wymianę wiadomości<sup>17</sup>. Człowiek już nawet nie wymienia wiadomości – robią to za niego maszyny przygotowujące zestawy zestandaryzowanych komunikatów – mowa zostaje zredukowana do wybierania głosowego spośród nich, czyli jej rola polega na aktywacji jednej z wirtualnie dostępnych możliwości. Dziś cybernetyka „mówi”, ponieważ urządzenia techniczne przyjmują metafizyczną funkcję mowy, stając się źródłem mowy, zatem człowiek utracił zdolność mowy, może przysłuchiwać się mediom technicznym. Wątek ten podejmuje Don Ihde, który twierdzi, że dziś technika przywraca rzeczywistości jej utraconą mowę – waloryzuje on pozytywnie sytuację pustoszenia mowy<sup>18</sup>. Proponuje zatem wsłuchiwać się w to, jakie dźwięki wydaje, czyli w jaki sposób przemawia. Nie jest to jednak propozycja inspirowana filozofią romantyczną, lecz technonaukową. W tym zgoda na to, by artefakty mówiły, ma stanowić ich badanie naukowe, fenomenologiczną egzaminację. Technika mówi, wydając z siebie dźwięki. Zadaniem człowieka jest wsłuchiwanie się w to bycie. Na czym jednak dokładniej ono ma polegać i do jakich wniosków ma prowadzić? Czy w tym aspekcie możemy mówić o jakimkolwiek porozumieniu, celowości, intencjach obiektów technicznych? I to, co uważam za najważniejszą kwestię – podjęcie pod rozwagę możliwości innego zachowania się maszyn, czyli innego wypowiedzania przez nie maszynowego, ale w konsekwencji także ludzkiego bycia. Trudno udzielić na takie pytanie-problem jednoznacznej odpowiedzi, ponieważ maszyny działają zgodnie z określonym programem. Pytamy zatem, jak one same mogą wydobywać z siebie inne dźwięki – jak mogą komunikować nie tylko stany

<sup>14</sup> „Człowiek zanim zacznie mówić, musi na nowo dać się ugodzić wezwaniu bycia, narażając się na niebezpieczeństwo, że wtedy rzadko będzie miał coś do powiedzenia. W ten tylko sposób zostanie przywrócona słowu drogocенność jego istoty, a człowiekowi domostwo do zamieszkania w prawdzie bycia”. M. Heidegger, *List o humanizmie*, w: tenże, *Budować, mieszkać, myśleć. Eseje wybrane*, Czytelnik, Warszawa 1977, s. 82. Por. M. Heidegger, *W drodze do języka, Aletheia*, Warszawa 2007. W tej pracy został podkreślony związek języka ze śmiercią, a zatem mowy ze śmiercią, co podkreśla jej metafizyczny charakter, a przez to istotowe znaczenie dla bycia.

<sup>15</sup> „Powiedzenie nie zakłada tego, co zwie się myśleniem, lecz najpierw wskazuje na podstawowe rysy tego, co w konsekwencji określa się następnie jako myślenie”. M. Heidegger, *Co zwie się myśleniem?*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa – Wrocław 2000, s. 135.

<sup>16</sup> Główna idea trzytomowego cyklu „Sphären” Petera Sloterdijka.

<sup>17</sup> M. Heidegger, *Ku rzeczy myślenia, Aletheia*, Warszawa 1999, s. 80.

<sup>18</sup> D. Ihde, *Postphenomenology and Technoscience*, State University of New York, New York 2009.

sprawności i efektywnego działania oraz stany awaryjności oraz dysfunkcji, ale także mówienie samorzutne – niepodporządkowane ludzkiej ingerencji, która miałaby wydobyć z maszyn „ich mowę”.

Współcześnie filozofia nie mierzy się cybernetyką<sup>19</sup>, lecz z robotyką. Nie mam na myśli popularnych wyobrażeń robotów czy też procesów robotyzacji polegających tylko na zintensyfikowaniu dystrybucji urządzeń technicznych w kulturze, lecz pragnę zwrócić uwagę na to, że to właśnie za jej pośrednictwem dochodzi do wielu zmian na poziomie ontologicznym. Robotyka stanowi dziś największe wyzwanie dla filozofii, ponieważ automatyzuje większość procesów życiowych, w tym takich istotowo przynależnych człowiekowi, jak mowa. Nie mam na myśli esencjalizacji mowy, lecz wskazanie na jej immanentny charakter dla rozważań o tym, co można określić ludzkim, czyli zdolnym do symbolicznej ekspresji doświadczenia psychicznego, społecznego i duchowego.

Zasadniczym problemem w tym kontekście jest zmiana organizacji mowy wchodząca w skład szeregu zmian technicznych. Posturalność wyznacza nie anihilacja mowy, ale jej programowanie, czyli sterowanie przez media techniczne na zasadzie dwukierunkowej manipulacji polegającej na kontrolowaniu przepływu wiadomości poprzez zmianę formy organizacji samej mowy. Słyszymy szum<sup>20</sup> globalnej wioski, co prowadzi do tego, że mowa również zaczyna przypominać ten szum – adaptuje się do niego. Wyciszenie bycia odbywa się poprzez jego nieustanne zagłuszanie lub izolowanie, ale też zawsze przez odpowiedni program. Szum pracujących maszyn, krzykliwość awarii i błędu, sygnały alarmu składają się na mowę współczesnej stechnicyzowanej kultury. To właśnie w takim otoczeniu ludzka mowa musi zostać wyrażona, co oznacza konieczność dostosowania się do technologicznych mechanizmów regulacyjnych. Skutkiem tego jest ontologiczna eksmisja mowy – przesunięcie i elektroniczna substytucja fundamentów. Otoczenie dźwiękowe globalnej

---

<sup>19</sup> Martin Heidegger obawiał się, że cybernetyka wyprze i w ostatecznie zastąpi funkcję, jaką pełniła filozofia, czyli zdolność orzekania o byciu. W toku rozwoju tych dyscyplin można jednak zauważyć, że ich związek nie przypomina dominacji żadnej z nich, ponieważ wzajemnie uzupełniały się. Przykładami mogą być inspiracje cybernetyką filozofii tworzonych przez J-F. Lyotarda, G. Deleuze’a, F. Guattariego, F. Dreyfusa, które zdecydowanie nie ograniczały się do krytyki techniki, lecz włączały pojęcia cybernetyczne do własnych słowników filozoficznych. Można mówić o asymilacji cybernetyki do filozofii i odwrotnie. Na tę drugą tendencję zwracają uwagę często cybernetycy, którzy muszą rozpatrzyć pewne wątki filozoficzne, do których zmuszają ich konkretne rozwiązania teoretyczne i empiryczne związane z technologią. Do takowych można zaliczyć zarówno cybernetyków (F. Flores, T. Winograd), jak i kognitywistów (H. Moravec, F. Varela).

<sup>20</sup> Nie jest łatwo odróżnić szum tworzony przez użytkowników kultury oraz urządzenia przekazujące mowę, ponieważ „szum w swej istocie jest nierozróżnialny od dowolnej innej formy różnorodności. Odróżnienie szumu od komunikatu jest możliwe tylko wtedy, gdy istnieje adresat mogący zdecydować, jaka informacja ma dla niego znaczenie”. W. R. Ashby, *Wstęp do cybernetyki*, PWN, Warszawa 1961, s. 264.

wioski jest związane z elektryfikacją oraz elektronizacją ludzkiej mowy oraz audiowirtualizacją ludzkiej mowy głównie w jej funkcji fatycznej.

Trzeba bowiem pamiętać, że **zaprogramowane bycie, zależne od ciągłego prowadzenia z nim komunikacji i technologicznie zapośredniczonego z nim współdziałania, wyklucza wszelką rzeczywistą obecność bycia podmiotu, który to czyni**. Nie ma bowiem możliwości trwania człowieka w podmiotowej suwerenności podczas stykania się go z technicznie zaprogramowanym byciem. A tak jest właśnie w biotechnosystemie komunikującym ze sobą tylko technopochodnie obecne bycia wynikłe z programu tele-koneksji pomiędzy nami a ofiarowywanymi nam danymi w charakterze danych naszego doświadczenia. Tę prawdę, przy zaniku materialnych granic interfejsu, coraz trudniej będzie już nawet nie tyle zrozumieć, ile w praktyce w ogóle rozpoznać. Gdy rozmawiać się będzie z samym programem, program sam przejmować będzie w swych dostosowawczych interakcyjnych czynnościach rolę interfejsu, stając się w jakiejś mierze samostanowiący o sobie (podkr. – R. I). Wraz z utratą ekranu na rzecz rozmów z programem (podkr. – R. I) kultura przestanie być audiowizualną, stanie się audiowirtualną<sup>21</sup>.

Audiowirtualność ucieleśnia się w mowie, tym samym nie jest abstrakcyjną funkcją kulturowego oprogramowania. Dlatego możemy mówić o programach komunikacji. Audiowirtualność wskazuje nam właśnie na technicyzację źródłowej mowy, wyrażającej i odnoszącej się już nie do obecności, lecz nieobecnego bycia. Programy audiowirtualne sterują mową – dostosowujemy naszą intonację do urządzeń, gotowych struktur ofert medialnych, uzależniając rozumienie od modulacji i filtrowania mowy przez określony program jej transmisji. Wszystko może zostać nagłośnione, ściszone, skorygowane poprzez odpowiedni program zawierający wiele opcji edycyjnych. Ekspresywność zależy nie od cech gatunkowych czy indywidualnych, ale od programów syntezy i korekty mowy. W tej mowie ucieleśnia się audiowirtualność – nieobecne bycie nie jest związane ze wzrokiem na zasadzie podporządkowania mu mowy. Ustanawia ona acentryczną oś współrzędnych nieobecnego bycia wyznaczającą z perspektywy pozapodmiotowej emocjonalne pobudzenia i zachowanie podmiotu zależne od koordynacji programów mowy. Audiowirtualność jest zatem postoralnością w tym sensie, że uniezależniając warunki mowy od terytorium oraz czasowości, wprowadza jedynie zależności dostępowe. Wszystko to, co mówione, nie ma centrum – ani w materialnym terytorium wydobywania się mowy, ani w czasie, który nie musi być czasem synchronicznym (programy mowy służą także do uspoźniania transmisji mowy w czasie realnym, która pochodzi z heterogenicznych źródeł). Natomiast w programie mowy może zostać zawarta każda treść oraz metoda jej przekazania – protokół zezwalający na jej modulację. Audiowirtualność wchodzi zatem na miejsce mowy, ponieważ nie ma warunku podmiotowej obecności, scentrowania w jakimś doświadczającym i myślącym podmiocie, stąd też audiowirtualna

<sup>21</sup> W. Chyła, *Media jako biotechnosystem. Zarys filozofii mediów*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2008, s. 111.

produkcja subiektywności instaluje pozapodmiotowe programy mówienia na miejsca tych osadzonych w naturalnym nietechnicznym otoczeniu jednostki.

Metamorfozy te są związane bezpośrednio z uwypuklaniem asymetryczności mowy, relacją mowa/władza, gdzie władza oznacza sterowanie i programowanie. W takim ujęciu mowa zostanie zrównana z dostępem zależnym od przemysłu audiowirtualnego, który gwarantuje odpowiednie wypowiedzianie i wyrażanie treści mowy. W tym sensie mowa nieknie w środowisku – technicznym otoczeniu znoszącym opozycję pomiędzy mową źródłową opartą na języku a kalkulatywną mową przetwarzaną i produkowaną przez urządzenia techniczne. Nienagłaśniana, niemogąca zostać usłyszana przez wszystkich, zostaje dystrybuowana w rewirach – wydzielonych terytoriach przez dany program jej dystrybucji. Tylko rejonizacja mowy gwarantuje posłuch oraz słyszalność-nośność mowy w środowisku biotechnosystemowej kultury. Urządzenia stechnicyzowanej mowy zostają zatem zainstalowane w poszczególnych terytoriach, tak aby mogła ona być skuteczniej przekazywana. Przez ten skutek zawsze rozumieć wymiar performatywny – liczbę osób, na które wpłynęła oraz charakter tego wpływu pod postacią ukierunkowania, swoistego „namówienia” czy też „przemówienia”. Mowa wyzwala się spod panowania władzy pamięci i języka, które umożliwiały zawsze transcendencję poprzez odwołanie się do kulturowo ustanowionych struktur sensu, na rzecz fałszywej emancypacji w miejsce tych technologii transcendencji, osiągananej poprzez zastępowanie programów technicznej mowy innymi sprogramatyzowanymi rozszerzeniami audiowirtualnej komunikacji. Zdolność retoryczna nie jest już w tej ontologicznej sytuacji postoralności związana z inteligencją i intelektem, a staje się jedynie techniczną sprawnością. Programy audiowirtualności uzupełniają i przetwarzają źródłową mowę o przedłużające jej funkcjonalność efekty w postaci filtrów, wzmocnień, tonów, które gwarantują jej zaprogramowany odbiór jako pożądany, czyli możliwy do natychmiastowego uzyskania. Wyłaniają się antropotechniczne programy elektronicznej sofistyki i erystyki jako produkty przemysłu audiowirtualnego. Wirtualność zawiera się w nieskończenie rozszerzalnie i nieskończenie pojemnej wrażliwości tych programów audiowirtualnych na wszelką zmianę i modyfikację. Jest ona wprowadzana w charakterze nieskończonych możliwości konfiguracji bycia, antropotechnicznej manipulacji mową. Zawsze zgodnie jednak i w nieustannej adaptacji do biotechnomerkantylizmu, do biotechnicznych hybryd rzeczywistości przedtechnicznej i posttechnicznej ekonomicznie waloryzowanych i przedstawianych jako obowiązujące. Stechnicyzowana mowa nie jest wolna od tendencji do kryzysów, destabilizacji, wahań, które są spowodowane zmianami wewnątrz kultury biotechnosystemowej. Mowa staje się zatem wyrazem nowego, już ontologicznego statusu trybów wypowiedziania, wyrażanie którego jest nową funkcją fatyczną komunikującą o określonym dostępie do programów modyfikacji mowy.

Ekonomia widzenia i słyszenia rozgrywa się teraz o wydobywanie z siebie dźwięku – stechniczowanej mowy. Radykalnie też zmienia się funkcja odbiorcy i nadawcy mowy, która może zachodzić już w asymetrii względem nie dyskutanta czy odbiorcy mowy, ale dotyczy samego podmiotu, który pozostaje nieświadomy swoich wypowiedzi. Pozostaje w sytuacji paranoicznej i schizofrenicznej, nie jest w stanie orzec, czy to, co mówi, pochodzi od niego, czy też jest dźwiękiem technicznego otoczenia, czy wreszcie – nie doszło do awarii audiowirtualnego programu mowy, który mówi „bez jego wiedzy i kontroli”. Stan tego rozchwiania i podstawowej niepewności określenia i czucia tożsamości bytowej powoduje konieczność niemego zapytywania: czy przeżywana mowa pochodzi ze środka mojej subiektywności, czy jest też mową czyjąś inną, odnajdywaną we mnie, czy też stanowi technomerkantylny komponent otaczającego mnie środowiska, który instaluje we mnie bez mojej wiedzy i autoryzacji określony program mowy lub jakiś jego fragment, instrukcję czy linię kodu mowy przesterowującą zdolność wypowiedzenia?

W takiej sytuacji zamiast mówić – krzyczymy. Postoralna mowa audiowirtualna to retoryka wykrzyknień. Nie wydobywamy dźwięku z wnętrza, indywidualowanej subiektywności, która dotychczas gwarantowała nam singularność – pojedynczość i podmiotowe właściwości utrwalone w tożsamości, której współrzędne odniesienia i identyfikacji zawarte były w kulturze. Ta unikalność wydarzania się mowy zostaje zastąpiona przez procesy technicznego powtórzenia pod postacią wydarzeń z danego programu wydarzeń przyjmujących postać technoautomodyfikacyjną.

Nie tylko człowiek mówi – robot mówi, wszystko może mówić. Wystarczy zainstalować odpowiedni program. Mowa jako zasób jest przedmiotem permanentnego remiksu, czemu odpowiada skonfigurowanie mowy oraz jej ukierunkowanie dokonujące się poprzez wykonanie instrukcji dotyczącej samego zestawienia danych będących przedmiotem biotechnoremixu audiowirtualnych treści mowy.

## **2. Techniczna nieświadomość akustyczna – globalny i techniczny *surround***

Przedmiotem rozważań nie jest przedłużenie nieświadomości człowieka pojmowanej na sposób psychoanalityczny, freudowski czy jungowski, ale podkreślenie faktu, że człowiek nie jest świadomy swojego akustycznego otoczenia. Stanowi to paradoks acentryczności – wszystko jest centrum i nic jednocześnie nie jest centrum mowy. Programy audiowirtualnej mowy są zawsze szeregowane w sieciach, bowiem tylko taka organizacja zapewnia im metastabilność, czyli stabilność ponad zaburzeniami, destabilizacjami tej mowy powodowanymi poprzez intensywne

przełączanie audiowirtualnych programów mowy. Medium – dany techniczny ośrodek – jest centrum mowy. Zewnętrzne środowisko staje się wewnętrznym krajobrazem – „lepiej powiedzieć, że technologia stwarza nowe środowisko, niż powiedzieć, że medium jest wiadomością”<sup>22</sup>. Jest nim powłoka akustyczna rzeczywistości kulturowej, na którą składają się wzorce w postaci elektroakustycznego otoczenia<sup>23</sup> audiowirtualnych programów mowy. „Jednak esencjalną cechą dźwięku jest nie jego miejsce, ale to, że jest i wypełnia przestrzeń”<sup>24</sup>, a „przestrzeń słuchowa nie ma punktu wyróżnionego punktu skupienia. Jest sferą bez ustalonych granic, przestrzenią stworzoną przez samą rzecz, nie przestrzenią zawierającą rzecz. Nie jest piktorialną przestrzenią, zamkniętą, lecz dynamiczną, zawsze w przepływie, tworzącą swoje własne wymiary chwila po chwili. Nie ma ustalonych granic; jest indyferentna dla tła. Oko skupia, namierza, uogólnia, lokując każdy obiekt w przestrzeni fizycznej wobec tła; ucho jednak sprzyja dźwiękowi pochodzącemu z dowolnego kierunku”<sup>25</sup>. Dziś programy widzenia i słyszenia podlegają prawom wymiany i dotyczą jedynie przełączania między tymi zmysłami<sup>26</sup>.

Tak problem nieświadomości widział Marshall McLuhan: „nieświadomość to bezpośredni wytwór techniki druku, to rosnąca hałda odpadów świadomości”<sup>27</sup>. Odwołując się do programów mowy, możemy stwierdzić, że techniczną nieświadomość wyznacza wszystko to, co nie jest im podporządkowane. Co więcej, to program odróżnia się od swojej nieświadomości – innych działających paralelnie programów mowy. Oczywiście skanowanie otoczenia przez program mowy oznacza także konieczność błyskawicznego przełączania między określonymi źródłami sygnału, co jest spowodowane tym, że filtr odbioru i nadania określonej treści w mowie musi działać w szybkim środowisku, wymuszającym szybkość mowy, ale mającym na nią także szerszy wpływ, ponieważ:

szybkość komunikacji sprawia jednak, że swobodna mowa i myśl są z wielu powodów utrudnione albo wręcz uniemożliwione. Radio poszerza zakres zwykłego głosu mówcy, lecz uniemożliwia wypowiedź wielu. Natomiast przy odpowiednim zasięgu wspomnianej kontroli, uniemożliwia się mówienie w inny sposób niż tylko przy użyciu najbardziej akceptowanych słów i wyrażeń. Ceną władzy i kontroli we wszystkich przypadkach jest utrata wolności i swobody<sup>28</sup>.

<sup>22</sup> Słowa M. McLuhana przywołane przez Alice Rae, *McLuhan Unconcoious*, University of Adelaide, Adelaide 2008.

<sup>23</sup> „[W świecie elektronicznym – R. I.] nie ma wydajności czy połączeń między procesami, lecz są tylko przerwy lub interfejsy służące do »utrzymywania kontaktu« tam gdzie odbywa się działanie”. M. McLuhan, B. Nevitt, *Symposium: Technology and Casuality*, „Technology and Culture” 14/1973, s. 8. Zatem w przypadku braku interfejsu – urządzenia odbioru, stajemy się głusi, niezdolni do wsłuchiwania się w mowę wydarzających się programów dźwiękowych biotechnosystemu.

<sup>24</sup> M. McLuhan, *Essays. Media Research: technology, art, communication*, G+B Arts International, Amsterdam 1997, s. 41.

<sup>25</sup> Tamże, s. 41.

<sup>26</sup> Tamże, s. 44.

<sup>27</sup> M. McLuhan, *Wybór pism*, Wydawnictwo Artystyczne i Filmowe, Warszawa 1975, s. 252.

<sup>28</sup> M. McLuhan, *Wybór tekstów*, Zysk i S-ka, Poznań 2001, s. 432.

Zatem od zasobów dostępu do urządzeń transmisji mowy kontrolujących odbiór i wysyłanie mowy zależy zakres technicznej nieświadomości jednostki wyjętej z dostępowej technicznej nieświadomości zbiorowej – sumie wszelkich szumów i wiadomości wydarzającej się mowy z programów audiowirtualnych mowy. Dlatego też audiowirtualność jest nieludzkim stadium kultury, ponieważ:

przekształcanie się techniki w organ było protezą, na której wspierało się wytwarzanie tego, co mechaniczne, podobnie jak przekształcanie się tego, co organiczne, w technikę jest żałosną protezą w epoce elektroniki i komputacji. Technika nie jest czymś ludzkim, a w specyficznym sensie jest czymś nieludzkim<sup>29</sup>.

Akustyczna nieświadomość techniczna jest zatem czymś nieludzkim. Régis Debray twierdzi, że „niewidzialność medium jest (...) widoczną twarzą *nieświadomości technicznej*. To, co nie-postrzegane jest zaś tym, co nie-postrzegalne. Znamy wrogość, jaką budzi wydobyte na światło dzienne nieświadomości, ta bowiem stawia opór na dwa sposoby, najpierw jako nieświadomość, następnie jako technika”<sup>30</sup>. Zadaje też pytanie: „Czyżby każda mediosfera nie była koniec końców swoją nieświadomością?”<sup>31</sup>, na które możemy odpowiedzieć w pluralizowany technicznie sposób, wskazując na nieświadomość przynależną nie jednostkom, nie ogółowi, ale poszczególnym programom audiowirtualnym. Zatem nie dostrzegamy nieludzkiego charakteru mowy, dajemy się „uwieść” przez jej programy, które czynią podstawową dystynkcję na ludzkie i nieludzkie nieistotną w perspektywie nagłośnienia biotechnosystemu, czyli wirtualności transmitowanej przez techniczną audialność.

### 3. Audiowirtualna robotyzacja procesów ludzkiej mowy

Maszyny są wyposażone w elektroniczne sensorium mogące przeprowadzić detekcję mowy. Dlatego ludzie obawiający się nagrania milczą albo mówią – zawsze ktoś, jakieś urządzenie ich usłyszy. Oto podstawowa konsekwencja automatyzacji transmisji mowy – wszechrejestrowalność. Tomomasa Sato<sup>32</sup> twierdzi, że unikalność człowieka dla robota polega na tym, że jest on biolo-

<sup>29</sup> S. Zieliński, *Archeologia mediów: o głębokim czasie technicznie zapośredniczonego słuchania i widzenia*, Oficyna Naukowa, Warszawa 2010, s. 10.

<sup>30</sup> R. Debray, *Wprowadzenie do mediologii*, s. 187.

<sup>31</sup> Tamże, s. 187.

<sup>32</sup> Tomomasa Sato przedstawił robotyczny pokój nasycony w dużym stopniu urządzeniami technicznymi, które podlegają zarówno operowaniu, jak i samooperowalności. W tym sensie roboty zarówno składają się na otaczającą ją przestrzeń, jak i ją zamieszkują. Martin Heidegger w książce *Budować, mieszkać, myśleć* wyróżnił budowanie i zamieszkiwanie jako cechy typowo ludzkich aktywności egzystencjalnych, które teraz przestają nimi być, bowiem roboty współzamieszkują ludzką przestrzeń, tym samym zdecydowanie wykraczając poza aspekt funkcjonalnego tła, nabywając cechy podmiotowe, jako że rządzą oraz programują bezpośrednio otoczenie

giczny. Dostrzegamy tutaj radykalną zmianę perspektywy, w której człowiek jest atrakcyjnym zasobem dla maszyn, czyli kulturowy porządek faworyzujący perspektywę antropocentryczną zostaje odwrócony.

Marvin Minsky zachęca, byśmy zwrócili uwagę na to, jakimi cudownymi maszynami jesteśmy<sup>33</sup>. Mówi on o robotycznym pokoju<sup>34</sup>, w którym zainstalowano wiele sensorów monitorujących stan człowieka. W tym sensie roboty mogą pomóc, odnieść się, dostosować stan głosu do stanu emocjonalnego, adaptują one zachowanie do ludzkiego. Asekuracja budzika, pocieszenia, reprezentacyjnego przemawiania – urządzenia techniczne pełnią rolę już nie tylko funkcjonalną, jako uzupełnienie aktywności człowieka, ale zastępują te funkcje. Wystarczy włączyć odpowiedni program transmisji mowy w danym pomieszczeniu, by wprawiał on jednostkę w określony emocjonalny rezonans<sup>35</sup>. Następuje dzielenie zachowań poprzez adaptację sensorium robotycznego i ludzkiego. Z takich pętli, jak pętla rozumienia statusu pomiędzy człowiekiem a robotem, jest zbudowane nasze środowisko, gdzie są one elektronicznym ucieleśnieniem, implementacją audialnej robotyki w tkankę kultury jako audiowirtualne programy robotycznej mowy. Oczywiście takie otoczenie to nie robot humanoidalny, lecz rozproszona robotyczność pod postacią sensorów, nadajników i odbiorników mowy. Urządzenia te realizują programy komunikacyjne, programy audiowirtualnej mowy.

#### 4. Kognitywna infekcja mowy

„Robak uszny” (*earworm*) to nazwa technicznego organizmu zaproponowana przez Howarda Rheingolda<sup>36</sup>. Oznacza coś, co powtarza się w naszych głowach i odpowiada sekwencjom wypowiedzianym przez maszynę, które stają się treścią ludzkiej mowy, zainstalowawszy się w umyśle. Odtwarzacz zaprogramowanej i sprogramatyzowanej mowy działa na bazie pamięci, zatem to również infekcja pamięci. Robak uszny stanowi zatem medium audiowirtualnych memów<sup>37</sup>. Mowa jest zaburzana przez coś, co pochodzi spoza niej. Właśnie w nieświadomości akustycznej rozprzestrzeniają się robaki uszne, gotowe do ataku na

---

człowieka. Por. T. Sato, *Environmental Robot Systems for Human Beings*, <http://www.robocasa.net/workshop/2007/pdf/sato.pdf> (28.02.2011); M. Heidegger, *Budować, mieszkać, myśleć...*

<sup>33</sup> M. Minsky, *Society of Mind*, Simon and Schuster, New York 1986.

<sup>34</sup> Tamże, s. 188.

<sup>35</sup> Istotą procesu słuchania i mówienia są emocje. Emocjonalny rezonans dotyczy tych trybów funkcjonowania człowieka, które są związane z jego ciągłym pobudzeniem. Por. G. Deleuze, *Empiryzm i subiektywność*, KR, Warszawa 2000.

<sup>36</sup> <http://pespmc1.vub.ac.be/MEMLEX.html> (18.02.2011).

<sup>37</sup> Mem definiuję jako jednostkę transmisji kultury. Jest ona określana w opozycji i uzupełnieniu do definicji genu jako jednostki transmisji informacji biologicznej. Termin *mem* został ukuty przez Richarda Dawkinsa, a spopularyzowany m.in. przez Susanne Blackmore.

podmiotowe sensorium i skarbnicę memów – pamięć. Wzorce nieustannie infekują. Colin Wilson mówi o pasożytach umysłu<sup>38</sup> jako o ich analogiach odnoszących się jednak do szerszej klasy zjawisk poznawczych.

Wirusy mowy rozprzestrzeniające się za pośrednictwem programów komunikacyjnych zmuszają jednostkę do wypowiedzania określonej treści, ale nie przez narzędzie dyscyplinarnej kontroli, lecz podpowiedzi, sugestie i nieustanne aktualizowanie swojego zmiennego statusu komunikującego aktualny stan audiowirtualizowanego nieobecnego bycia. To element postrobotyczny, bowiem jednostka może zostać zainfekowana przez dany mem – odczuwa przymus powtarzania go. Jest to sytuacja paradoksalna, ponieważ z jednej strony dochodzi do powielania pasożytniczej treści, a z drugiej – może być to „nieme powtórzenie”, ponieważ jednostka jest wyręczana gotowymi programami transmisji. Jako ich przykład podaję sam mechanizm kopiowania treści audiowirtualnych, które nie wymagają żadnej formy wypowiedzenia. Zamiast tego mówią się same po uruchomieniu. Narząd mowy nie jest używany – przy dłuższym nieużytkowaniu prowadzi to do dysfunkcji oraz zaburzeń naturalnej komunikacji. Dzieje się tak, ponieważ mowa nie jest konieczna, żeby mówić. Mówi za nas komputer, przenośny odtwarzacz, automatyczna sekretarka z przygotowanym zestawem wiadomości. Wszystko to występuje w charakterze oprogramowania mowy.

Dlatego też kognitywna infekcja mowy oznacza nie tylko zastępowanie źródłowej i literackiej jej formy treściami audiowirtualnymi, lecz wskazuje też na charakter przyswojenia reguł używania/nieużywania mowy urządzeń technicznych. Jest to problem dotyczący także kształtowania się tożsamości, ponieważ ciągle powtarzanie i wytworzenie nawyków inspirowanych działaniem mediów prowadzi do trwałego okaleczenia podstawowej funkcji mowy – spontanicznego i samorzutnego mówienia wolnego od wpływu ukierunkowujących go urządzeń. W tym sensie ludzie zaczynają mówić tak jak urządzenia, z których najczęściej korzystają. Infekcja staje się normą. Sytuacja ta została przedstawiona w filmie *eXistenZ*<sup>39</sup>, w którym bohater może dopiero się odezwać, gdy inny wywoła go odpowiednim hasłem. Zwykła mowa nie jest w stanie zainicjować działania ani interakcji. Uruchamiamy maszyny tak samo jako uruchamiamy ludzi – za pośrednictwem mowy. Wymówienie, przemówienie prowadzi do dekontekstualizacji mowy. Z audiowirtualności aktualizowana jest jedynie mowa haseł dostępu. Konieczne jest dostosowanie się do medium tej mowy poprzez zastosowanie silnie skontekstualizowanych instrukcji wypowiedzania. Podkreślam, że nie prowadzi to do wejścia kultury w stan stuporu czy globalnej afazji. Funkcją mediów technicznych jest przecież nadal komunikowanie za pomocą dźwięku. Przejmują one funkcje dotychczasowo zarezerwowane dla

<sup>38</sup> C. Wilson, *Pasożyty umysłu*, Rebis, Poznań 1990.

<sup>39</sup> *eXistenZ*, reż. D. Cronenberg, 1999.

mowy, nie niszcząc jej. Dlatego też mówię o postoralności jako konsekwencji zmian robotyzacji ludzkiej mowy, której przetrwalnikami są maszyny, od których to podmiot zwrotnie nabywa kompetencje używania mowy. Audiowirtualność zapewnia tutaj dowolność w zakresie odwracalności tych trybów transmisji, pozwalając na wsteczną adaptację do już usuniętych programów, jak i nabycie tych najnowszych w stanie wirtualnej wirtualności – już w ich audiowirtualnej, zdigitalizowanej i sprogramatyzowanej postaci, czyli w charakterze technomerkantylistycznego produktu-otoczenia produkującego mowę.

## **5. Globalny robotyczny obszar zmian technicyzacyjnych mowy i jego symptomy w kulturze popularnej**

Konieczne jest teraz wyróżnienie kilku praktyk, które są związane bezpośrednio z dominacją audiowirtualności nad kulturą audiowizualną. Mają one za zadanie unaocznic wszelkie te sfery kultury, które doprowadzają do radykalnej zmiany charakteru mowy wprowadzanej poprzez zmiany technicyzacyjne.

*Silent party* jest to cicha impreza. Jednak nie chodzi tutaj o brak muzyki, ale o to, że każdy użytkownik bawi się do własnej muzyki. Obok niego, jemu podobni, ze słuchawkami na uszach słuchają wybranych przez siebie utworów. Można zastanawiać się, na ile jest to moda, która szybko przeminie, a w jakim stopniu tego typu pomysły są katalizatorem zmian zachodzących w kulturze. Warto przyrzeć się funkcji mowy w perspektywie tej cichej imprezy. Gdy użytkownicy już zakończą taniec, wtedy zaczynają się komunikować. Mogą pytać o to, kto słuchał jakiej muzyki, komentować dopasowanie lub niedopasowanie własnego tańca, rytmów oraz poruszać inne kwestie, już niekoniecznie związane z samym procesem „cichej” zabawy. Interesujący jest jednak sam schemat, ponieważ użytkownicy komunikują się dopiero po wykonaniu określonej czynności. Dotychczas w kulturze mowa służyła do zawierania znajomości w każdym momencie, co oczywiście podyktowane było określonymi regułami kulturowymi, konkretnym otoczeniem oraz innymi czynnikami mogącymi mieć wpływ na komunikację. Używanie mowy była zatem wydarzeniem i jako takie mogło zaistnieć w każdym momencie. Wydarzenie jako coś niepowtarzalnego miało prowadzić do nieprzewidywalnych interakcji, które można przypisać danemu czasowi i miejscu. Teraz za sprawą mediów separujących od siebie ludzi dochodzi do wprowadzenia wyraźnej struktury komunikacyjnej. Mowa nie jest zakazana, ale jest uniemożliwiona. Oczywiście można zdjąć słuchawki i starać się z kimś nawiązać kontakt, jednak nie daje on gwarancji wzajemności. Zmieniają się podstawowe reguły kulturowego współuczestnictwa, gdzie stan bezmowności zostaje usankcjonowany i kwalifikowany przez użytkowników kultury jako rozrywka. Audiowirtualność realizuje się przez ten tryb, ale także mu podobne,

jak: słuchanie muzyki bez muzyki, słuchanie tego samego utworu w tym samym czasie przez użytkowników oddalonych od siebie, webcam party<sup>40</sup>.

Kolejnym przykładem jest słuchanie muzyki z przenośnych odtwarzaczy oraz telefonów komórkowych. Tworzą one bariery komunikacyjne, co uniemożliwia spontaniczną interakcję. Każdy użytkownik tworzy zamkniętą sensoryczną przestrzeń, gdzie mowa jest zredukowana do audiowirtualnych programów mowy, czyli tych pobudeń technicznych, do których wyraża zgodę na dostęp. Dlatego należy na ten problem spojrzeć nie tylko z perspektywy tego, co zmienia mowę, ale konieczne jest także spostrzeżenie czynników uniemożliwiających zaistnienie komunikacji oralnej między użytkownikami kultury, bowiem zainstalowania tej blokady wynika skuteczność programów przemysłu audiowirtualnego.

Jesteśmy także jako użytkownicy zaczepiani przez programy audiowirtualnej mowy, gdy uruchamiamy przeglądarkę internetową. Najczęściej nie wiemy, skąd dochodzi dźwięk, ponieważ mnożą się mówiące reklamy, odnośniki do kolejnych stron, co doprowadza do paniki w wyniku konfrontacji z samopowtarzającą się reklamą dźwiękową, której nie można wyłączyć, gdyż:

Sądy na temat fikcyjnych bytów reklamowych odbiorca postrzega jako mowę – komunikowanie o sobie przedmiotów rzeczywistych, którym przypisuje przynależącą do reklamowych przedstawień **intencję mówienia**, zamiast jedynie, intencji bycia. I odwrotnie: reklamowym fantazmatom – fikcyjnym wyglądom i przedstawieniom, przypisana zostaje **intencja bycia** fizykalnością samą, co staje się przyczyną identyfikacji sądów dotyczących rzeczywistości z sędziami odnoszącymi się jedynie do reklamowej fikcji, mylenia bycia przedmiotem odniesienia z byciem przedmiotem czasoprzestrzennym<sup>41</sup>.

Dlatego użytkownik najczęściej wysłuchuje tej mowy, ale w sposób paniczny. Jest to sytuacja o tyle istotna, że współcześnie „używa się sfery publicznej do celów reklamy”<sup>42</sup> – „w tym bowiem lakonicznym stwierdzeniu Habermasa zagarnięcia przestrzeni politycznej dyskusji przez reklamę tkwi cała dzisiejsza bezdyskusyjność logiki opanowania przyrody i hegemonii ducha – niemego technicznego (biotechnomerkantylistycznego) zwycięstwa »antropologii pragmatycznej« nad »antropologią fizyczną«. Zwycięstwa właściwie bez walki, bez zdeklarowanego konfliktu”<sup>43</sup>. Mowa dochodząca z elektronicznych billboardów realizuje zatem szerszy projekt metafizycznej pracy wykonywanej przez audiowirtualne programy mowy, który jest porzuceniem aspiracji kulturowych na rzecz biotechnomerkantylistycznych.

<sup>40</sup> Należy też zastanowić się nad charakterem tych przemian prowadzących do solipsyzmu. Por. W. Chyłą, *Szkice o kulturze audiowizualnej (w stulecie ekranu w kulturze)*, Poznań 1998, ss. 61-80.

<sup>41</sup> E. Szczęsna, *Poetyka reklamy*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2003, s. 132.

<sup>42</sup> Słowa J. Habermasa przytaczane przez W. Chyłę, w: tenże, *Media jako biotechnosystem...*, s. 324.

<sup>43</sup> Tamże.

Wszelkie syntezatory mowy, które są używane w celu parodiowania aktualnych wydarzeń i komentowania fenomenów kultury audiowizualnej oraz „śmieszne” krótkie filmy umieszczane na audiowizualnych portalach społecznościowych, których celem jest prezentacja treści komercyjnych oraz stworzonych przez użytkowników (*user generated content*), stanowią próbę osvajania audiowirtualności poprzez sprowadzanie jej do treści ludycznych, powszechnie dostępnych, co doprowadza do powstania uniwersalizmu technoludycznego. Dzięki niemu użytkownicy zyskują ponadnarodową intersubiektywność w postaci prosumencko współtworzonych programów komunikacji mowy, które mogą być modyfikowane przez wszystkich i przesyłane przez wszystkich. Przesyłanie, sam transfer, jest już najczęściej mówieniem.

Awatary obsługują nas na stronach. Możemy z nimi porozmawiać, zadać dowolne pytania, na które odpowiedzą. Oczywiście ich zdolność do reakcji jest uzależniona bezpośrednio od algorytmów komunikacji. Mowa elektronicznych awatarów ma na celu łagodzenie wtargnięcia audiowirtualności w kulturę, dzięki przybieraniu humanoidalnego kształtu oraz wprowadzaniu odpowiedniego tonu głosu – sygnalizującego bezpieczeństwo. Tym samym awatar staje się kulturowym interfejsem mowy – nie tylko informuje, ale potrafi także rozmawiać.

Ludzie traktują przestrzeń Web-u jako przestrzeń oralną, bo chcą ją tak traktować, bowiem nie ma miejsca wyróżnionego dla mowy. Dzieje się tak z powodu eskalacji afektów. Ten nieustanny wylew emocji staje się logiką Web-u. To właśnie postać technologicznego monizmu<sup>44</sup>. Czaty, programy komunikacyjne oraz portale społecznościowe pełnią funkcję audiowirtualnych bębnow plemiennych. Widzimy czyjś status, który uruchamia bęben plemienny wyrażający imperatyw komunikacji: „mów do mnie”. Oralność jest związana z emocjami. Stosowanie intelektu i rozumu uniemożliwia realizację określonych analiz i kwalifikację treści audiowirtualnych, bowiem zakładają celowość, której ten tryb transmisji jest pozbawiony. Brak celowości oraz jakiegokolwiek słuchania czy mówienia przypomina sytuację skрэpowanego Odyseusza, który nie może umknąć syreniemu śpiewowi mówiących do niego robotycznych interfejsów audiowirtualnych programów mowy. Mowa statusów stanowi paradoksalną właściwość niemego społeczeństwa; jest ono nieme, a jednocześnie pełne dźwięków oraz urządzeń, z których jest odtwarzana mowa, która jednak już nie rozbrzmiewa jako źródłowo ludzki fenomen, lecz realizuje się za pośrednictwem audiowirtualnych statusów jako jej technologicznych aplikacji. Status uruchamia sekwencję fatycznej mowy, mowy dla

<sup>44</sup> „Wyrastając obok świata fizycznego, środowisko elektronicznego *realis* jako immaterialna domena na tyle zawęży dualizm do elektronicznego monizmu, że współistniejąc z nim, człowiek zatracza znaczenie wymiaru fizycznego, równocześnie ucieleśniając się i powstając wewnątrz jakościowego, elektronicznego immaterialnego świata”. M. Ostrowicki (jako Sidey Myoo), *Krótką historia świata*, w: M. Ostrowicki (red.), *Materia sztuki*, Universitas, Kraków 2010, s. 561.

niej samej, nieustająco i nieskończenie podtrzymywanej przez technologiczne instrumentarium. Narratywizacja artefaktów mowy kultury audiowirtualnej dokonuje się poprzez komentowanie aktualnego statusu tej mowy, ciągłego odnoszenia przerywanego mówionymi komentarzami.

Do elementów audiowirtualnych należy także zaliczyć automatyczną rejestrację mowy. Współcześnie wykształcił się jako konsekwencja technicyzacji kult nagrywania wszystkiego. We wszystkim, co zostało zarejestrowane presumpcyjnie i ludycznie, poszukuje się określonych treści, „poławia się”, nawiguje i przebiera w nich, by móc okrzyknąć daną mowę nowym memem – popularną treścią, którą warto popularyzować, niemo kopiować z jednego miejsca na drugie, co przypomina infekcję dokonywaną technicznymi środkami. Tutaj bierze też swe źródło gloryfikacja mowy potocznej rozumianej jako pozostałość kultury oralnej epoki audiowizualnej, którą dalej transmitując, można ludycznie delectować się – nieskończenie odtwarzając. Jest to miejsce immunologizacji mowy, a już nie muzea, biblioteki, archiwa audiowizualne, czy inne instytucje kultury. Przechowywanie tych treści i konserwacja mowy dokonuje się przez samych użytkowników, którzy w akustycznej technicznej nieświadomości poszukują naturalnych fragmentów i elementów mowy. Jest to sytuacja, w której użytkownicy wykonują odwrotny test Turinga, ponieważ sprawdzają swoje człowieczeństwo poprzez porównywanie i kalkulację pod względem parametrów audiowirtualnych programów mowy.

## 6. Mimesis maszyn

Powtarzamy gotowe formy, które automatycznie wypowiadamy. Gry kulturowe to uzupełnianie, dokańczanie, czyli automatyczne sekwencjonowanie mowy podług danego programu audiowirtualizacji. Użytkownik inicjuje pewną treść, podczas gdy pozostali użytkownicy dokańczają ją w rytmie i tempie retoryki kopiuj-wklej. Automatyzm zastępuje i zarazem uzupełnia mimesis. Powstała w ten sposób mowa jest pospieszna i wydarza się bez zastanowienia – na aktywującą ją komendę. Automatyzm zakłada także wybór, który jest ograniczony przez reguły decyzyjne zawarte w opcjach umożliwiających doraźną aktywację danego trybu mowy w audiowirtualnym programie komunikacji.

## 7. Nieciągłość pozapodmiotowej mowy

Nasza mowa jest przerywana i w tym sensie maszynowa. Urządzenia mogą mówić bez człowieka. Retoryka robotów odbywa się poprzez uruchamianie określonych programów komunikacji. Marshall McLuhan mówi o tym, że skutkiem decentralizacji wszelkich trybów transmisji kultury jest jego Re-centralizacja.

W tym sensie dobywający się z otoczenia dźwięk zawsze dotyczy centrum, ośrodka, który zawłaszcza nasze zdolności poznawcze. Ciągła zmiana ośrodka mowy oraz audiowirtualnych programów mowy powoduje, że mówieniu brakuje elementarnej ciągłości. Zamiast tego jest ono przerywane, zastępowane, „rozrywane”, kawałkowane, wymieniane.

## 8. Audiowirtualna synteza mowy

Program komunikacji nie ma świadomości, lecz jest wyposażony w instrukcje, które zawierają konkretne rozkazy i zmuszają go do wykonania określonych poleceń. Dlatego dochodzi do interakcji programów komunikacji z pominięciem podmiotowych ośrodków mowy, czyli użytkowników kultury. Nie jest tak, że tylko maszyny komunikują się ze sobą, ale to człowiek, używając mowy, staje się jednocześnie komponentem komunikacji, jak i medium mowy maszyn, bowiem jest jednym z elementów wykonywanej przez nie robotycznej syntezy mowy, łącząc nieprzystające dotąd elementy biologiczne i techniczne – zawsze za pośrednictwem technomerkantylnych spoiw, które są gwarantem ich sprzężenia, w przeciwieństwie do reguł ewolucji będących gwarantem ich separacji.

W konsekwencji powstaje mowa zdeindywiduowana, czyli taka, która jest pozbawiona ośrodkowego korelatu będącego źródłem indywiduacji i stawiania się mowy jednostek. Postoralność właściwa audiowirtualnym programom mowy pochodzi spoza tej tożsamości wynikającej z podmiotowego ześrodkowania, czyli z baz danych programów mówienia. Człowiek lęka się wypowiedzieć czegoś bez maszyny wzmacniającej lub osłabiającej jego przekaz. Wyposaża się w elektroniczne gadżety uruchamiane mową, które wykonują za niego polecenia, także te związane z bezpośrednią komunikacją z innymi użytkownikami kultury. Przekazują polecenia jako powiadomienia, czyli są współczesną remediacją rozkazów właściwych dla społeczeństw dyscyplinarnych<sup>45</sup>. Postoralność to nie mowa, lecz aktywowanie głosem, redukcja mowy do sygnału, pustoszenie mowy przez urządzenia elektroniczne. Audiowirtualność staje się technicznym narzędziem „powiedzenia wszystkiego”. Postoralność przechodzi zatem w oralność, skoro mowa nie jest możliwa poza medialnymi środkami jej transmisji. Synteza audiowirtualna mowy jest zatem jedyną dostępną użytkownikom syntezą.

Zewsząd otacza nas mowa – źródłowość mowy zastępują urządzenia mówiące. Nawyki, takie jak przebywanie w „towarzystwie” mówiącego radia, mówiącej telewizji, bez specjalnego celu odnoszą się właśnie do tej sytuacji. Audiowirtualność miała być narodzinami mowy zgodnie z regułą mówienia/dostępu,

<sup>45</sup> Por. G. Deleuze, *Negocjacje 1972-1990*, Wydawnictwo Naukowe Dolnośląskiej Szkoły Wyższej Edukacji TWP we Wrocławiu, Wrocław 2007, ss. 183-184.

a jest śmiercią mowy i zabalsamowaniem języka w tradycji oraz petryfikacją w programach jej transmisji i dystrybucji w biotechnosystemowej kulturze.

Postoralność i społeczeństwo po-śmiertelne<sup>46</sup> to pośmiertne mowy przedmiotów i urzędzeń, które nawołują do nieprzemijania oraz – by wyrazić drugą skrajność – do konieczności ich natychmiastowego udoskonalenia lub wymiany. „Mowa bycia” jest odtąd zawsze mową, przekazem dziejowym (*Geschick*) techniki, a zatem mówiące przedmioty i urzędzenia realne i wirtualne zawsze do czegoś namawiają, ponieważ źródłem mowy jest zasób – zestaw programów wydarzania mowy.

Mowa zamieszkuje określone środowiska, wypełnia je, ponieważ jest w nich wprogramowana – zainstalowana na „stałe”, co jest paradoksalną instalacją, ponieważ terytorialna obecność służy zdetytorializowanemu przekazowi. Stopień jego zagłuszenia zależy od mocy układu immunologicznego użytkowników i wyznacza odporność na infekcje mowy pochodzące z technomerkantylnych interfejsów. Programów mowy nie da się do końca zdeinstalować czy wyłączyć, ponieważ tworzą podstawową oralność, skoro każde wypowiedzenie jest modulowane przez media techniczne – po ich usunięciu użytkownik traci funkcję mowy, która jest mową instrukcji, operacji i poleceń. Patrząc z perspektywy ekonomicznej, jest mową ofert i ma zapewnić cybernetyczny animizm elektrycznie ożywianych mówiących przedmiotów. Dziś mowa jest „stadionem bycia”, by posłużyć się określeniem Petera Sloterdijka. Udomawianie mowy przez technikę polega na jej programatyzowaniu, czyli sprowadzaniu do postaci programu. Dlatego jest możliwa sytuacja, że użytkownik nie ma nic do powiedzenia, ale mimo wszystko mówi – ulega on automatyzmowi audiowirtualnych programów mowy. W tej sytuacji dochodzi także do powstania nowej niewyraźności – stąd memy, okrzyki, emotikony służące do tego, by móc mówić o niewyraźnych kwestiach w języku. Syntezatory rozwiązują tę kwestię za użytkowników, pozwalając na bezpośrednie przekształcanie dowolnych treści wyrażonych w odpowiednim kodzie na mowę. Audiowirtualność umożliwia właśnie taką konwersję. Sterowanie głosem odnosi się nie tylko do urzędzeń zewnętrznych względem podmiotu, ale także do wydawania poleceń samemu sobie, mowy skierowanej do siebie, co stanowi serię momentów cybernetycznych mowy. W każdym z nich zachodzi moment sterowania i wstrzymania kontroli, co stanowi jeden z możliwych sposobów uczestniczenia jednostki w kulturze. Mowa musi stać się zatem przyjazna użytkownikowi (*user friendly*). U uruchamianie wszystkiego głosem oraz mechanizmy sprzężenia mają zapewnić dialogiczność pomiędzy człowiekiem a otaczającym go zrobotyzowanym środowiskiem mowy. Aktywizują człowieka i maszynę głosem – tutaj dochodzi do zniesienia przepaści pomiędzy kulturą audiowizualną a audiowirtualną.

<sup>46</sup> C. Lafontaine, *La société postmortelle: la mort, l'individu et le lien social à l'ère des technosciences*, Seuil, Paris 2008.

Stąd też przechodzimy do śmierci mowy – wyburzania domostwa mowy przez maszyny cybernetyczne i powstanie nowych porządków mówienia. Następuje intoksykacja źródłowej mowy dezindywiduującą mową „przyjaznych”, bo przyjaźnie mówiących automatów.

W tym kontekście należy zastanowić się, co jest kresem dezindywiduacji? Jaki rodzaj audiowirtualizacji mowy ludzkiej? Czy samo zatrzymanie procesów indywidualizacji i przeniesienie ich w protezy-respiratory różnicy, czyli śmierć pojmowana jako zastój, można określić jako wyciszenie bycia? Wtedy mowa nie-doindywiduowanych/zdezindywiduowanych, wreszcie hyperindywiduowanych programów audiowirtualnych jest wypowiedaniem śmierci w nich zawartych (zaprogramowanych). Jest to tanatyczny surround, gdzie programy mowy są nie tylko ludyzowane, ale przede wszystkim należy je uznać za śmiercionośne (niosące mowę śmierci w charakterze przeciwieństwa żywej, skodyfikowanej symbolicznie mowy), śmierciomówiące (wyrażające śmierć, aktualizujące jej funkcję jako zrywania, odłączania, anulowania funkcji egzystencjalnych), ale także próbujące wymówić śmierć, czyli zarządzać wymiarem ostateczności człowieka, sprowadzając go do tanatotechnologicznych komend dezaktywacji. Ich ludyzowanie objawia się w tym, że śmierć zawiera element rozrywkowy, jest wyposażona w program Thanathosa, który może przybrać dowolny tembr głosu – przestaje być mrocznym zwiastunem, stając się nieuniknioną, bo zaprogramowaną zapowiedzią ostatecznej dezaktywacji podmiotu.

Afazja automatów może nastąpić tylko przez awarię albo globalną katastrofę – nigdy nie jest kolektywną decyzją wyłączania audiowirtualnych programów mowy. Wszelkie aplety do nas mówią – od symulacji mowy, poprzez cytat, aż po elektroniczną syntezę mowy. Napotykamy kogoś i wyświetla się jego status na jakimś odbiorniku z technologii sieci i programów, jak chociażby rzeczywistości poszerzonej, a w praktyce wirtualizowanej przez programy komunikacji. Użytkownicy kultury w tym aspekcie to czarne skrzynki, które nie chcą i nie mogą się socjalizować – programy audiowirtualnej mowy skutecznie ich od siebie separują, ponieważ jest realizowany kulturowy dostęp jedynie do programowanej mowy, ale już nie do obecności. Socjalizacja będzie automatyczna, funkcja fatyczna zostanie sprowadzona do wyboru określonych opcji – stanie się niezauważalną i transparentną wymianą wiadomości pomiędzy odpowiednio skonfigurowanymi, samosterującymi i samoadaptującymi się audiowirtualnymi programami mowy użytkowników kultury.

## Literatura

- Ashby W. R., *Wstęp do cybernetyki*, PWN, Warszawa 1961.  
Blandzi S., *Henologia, meontologia, dialektyka*, IFiS PAN, Warszawa 1992.  
Chyła W. i in. (red.), *Kultura medialnie zapośredniczona. Badania nad mediami w optyce kulturoznawczej*, Bogucki Wydawnictwo Naukowe, Poznań 2010.

- Chyła W., *Media jako biotechnosystem. Zarys filozofii mediów*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2008.
- Chyła W., *Szkice o kulturze audiowizualnej (w stulecie ekranu w kulturze)*, Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań 1998.
- Ellul J., *The Technological Society*, Knopf, New York 1964.
- Debray R., *Wprowadzenie do mediologii*, Oficyna Naukowa, Warszawa 2010.
- Deleuze G., *Empiryzm i subiektywność*, KR, Warszawa 2000.
- Deleuze G., *Negocjacje 1972-1990*, Wydawnictwo Naukowe Dolnośląskiej Szkoły Wyższej Edukacji TWP we Wrocławiu, Wrocław 2007.
- Derrida J., *Speech and Phenomena. And Other Essays on Husserl's Theory of Signs*, Northwestern University Press, Evanston 1973.
- Heidegger M., *Budować, mieszkać, myśleć*, Czytelnik, Warszawa 1977.
- Heidegger M., *Co zwie się myśleniem?*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa – Wrocław 2000,
- Heidegger M., *Ku rzeczy myślenia*, Aletheia, Warszawa 1999.
- Heidegger M., *W drodze do języka*, Aletheia, Warszawa 2007.
- Lecerle J.-J., *Deleuze and Language*, Palgrave MacMillan, New York 2002.
- Lafontaine C., *La société postmortelle: la mort, l'individu et le lien social à l'ère des technosciences*, Seuil, Paris 2008.
- McLuhan M., *Essays. Media Research: technology, art, communication*, G+B Arts International, Amsterdam 1980.
- McLuhan M., *Wybór pism*, Wydawnictwo Artystyczne i Filmowe, Warszawa 1975.
- McLuhan M., *Wybór tekstów*, Zysk i S-ka, Poznań 2001.
- McLuhan M., B. Nevitt, *Symposium: Technology and Casuality*, „Technology and Culture” 14/1973.
- Minsky M., *Society of Mind*, Simon and Schuster, New York 1986.
- Ong W., *Interfaces of the World*, Cornell UP, Ithaca 1982.
- Ostrowicki M. (jako Sidey Myoo), *Krótką historia światła*, w: M. Ostrowicki (red.), *Materia sztuki*, Universitas, Kraków 2010.
- Rae A., *McLuhan Unconcoious*, University of Adelaide, Adelaide 2008.
- Sato T., *Environmental Robot Systems for Human Beings*, <http://www.robocasa.net/workshop/2007/pdf/sato.pdf> (28.02.2011);
- Szczęśna E., *Poetyka reklamy*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2003.
- Wilson C., *Pasożyty umysłu*, Rebis, Poznań 1990.
- Zieliński S., *Archeologia mediów: o głębokim czasie technicznie zapośredniczonego słuchania i widzenia*, Oficyna Naukowa, Warszawa 2010.



Część II

## **PERSPEKTYWA KOMUNIKACJI**





AGNIESZKA ZIENKOWICZ

Absolwentka psychologii (2010)

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

## Istota rehabilitacji chorego z afazją – mowa a komunikacja

### Wprowadzenie

Oliver Sacks w książce *Mężczyzna, który pomylił swoją żonę z kapeluszem* pisze: „Jednym z ulubionych słów neurologii jest deficyt. (...) Dla wszystkich tych dysfunkcji (inny ulubiony termin) mamy cały zestaw oznaczający braki słówek...”<sup>1</sup>. Istnieją słowa określające wszystko. Podobno Eskimosi znają 100 wyrazów na nazwanie śniegu. Czy jednak przez słowa nie umyka nam istota rzeczy? Czy mówiąc „afazja”, widzimy człowieka czy chorobę? Warto w tym miejscu zacytować Williama Oslera: „Nie pytaj, jaką chorobę ma dany człowiek – zapytaj raczej, jakiego człowieka ma dana choroba”<sup>2</sup>.

Termin *afazja* (z gr. „a-fazis” – niemota) od lat budzi kontrowersje. Powstało wiele prób zdefiniowania oraz klasyfikacji, opracowanych przez specjalistów z różnych dziedzin, od psychologii, przez logopedię i nauki medyczne, po cybernetykę i fizykę. Według neuropsychologa Mariusza Maruszewskiego, afazja to „całkowite lub częściowe zaburzenie mechanizmów programujących czynności mowy u człowieka, który wcześniej w pełni je opanował, spowodowane organicznym uszkodzeniem odpowiednich struktur mózgowych”<sup>3</sup>. Nie można również zapomnieć o dokonaniach Aleksandra Łurii, prekursora neuropsychologii, który twierdził, że funkcje zależą od rozległych układów

---

<sup>1</sup> O. Sacks, *Mężczyzna, który pomylił swoją żonę z kapeluszem*, Zysk, Poznań 2009.

<sup>2</sup> O. Sacks, *Antropolog na Marsie*, Zysk, Poznań 2009.

<sup>3</sup> M. Maruszewski, *Mowa a mózg*, PZWL, Warszawa 1970.

funkcjonalnych mózgu<sup>4</sup>. Układ funkcjonalny za podstawę anatomiczną ma pewną liczbę obszarów korowych i podkorowych, które współdziałają dzięki łączącym je drogom nerwowym. Natomiast każda z okolic mózgu wchodząca w skład danego układu funkcjonalnego pełni w tym układzie odmienną rolę. Dlatego też, jak zasugerował Łuria, dokładna analiza jakościowa zaburzenia może wskazać, który element układu funkcjonalnego danej funkcji jest zaburzony i jaka jest lokalizacja uszkodzenia mózgu. Na podstawie swych teorii Łuria zaproponował model klasyfikacji afazji, uwzględniający uszkodzenia poszczególnych elementów układu funkcjonalnego mowy<sup>5</sup>. Podział ten do tej pory cieszy się w Polsce dużą popularnością. Warta uwagi jest również definicja afazji Ireny Styczek: „częściowa lub całkowita utrata umiejętności posługiwania się językiem (czyli system znaków i reguł gramatycznych), spowodowana uszkodzeniem odpowiednich struktur mózgowych”<sup>6</sup>. Jest to właściwie utrata częściowa lub całkowita znajomości języka (rozumienia, nadawania), występują także trudności w ponownym nauczaniu się go.

Afazja jest schorzeniem, które może zamknąć osobom możliwości komunikacji interpersonalnej. Zaburzenia rozumienia czy też problemy z odpowiednim ułożeniem narządów mowy wykluczają chorego z roli nadawcy i odbiorcy komunikatu językowego. Osoby z afazją pozbawione zdolności językowych często wycofują się z wszelkich działań o charakterze interpersonalnym. Grozi to utratą sieci wsparcia, nasilającym się lękiem społecznym, depresją, a także – co najważniejsze – niweczy szansę na przywrócenie choć częściowej sprawności komunikacyjnej. Szansą dla tych osób jest umiejętna, nastawiona na stymulację ośrodków mowy rehabilitacja.

## 1. Zaburzenie procesu komunikacji w afazji

Zaburzenie procesu komunikacji w afazji objawia się inaczej w każdym z typów choroby. Wprowadzając najprostszy podział na afazję czuciową i ruchową, uzyskamy pełnię obrazu komunikacji interpersonalnej w afazji, bez wdawania się w szczegóły licznych typów. Ujęcie problemów komunikacyjnych na poszczególnych wymiarach komunikacji będzie stanowić czytelny schemat funkcjonowania komunikacyjnego chorych z afazją.

Jeśli założymy, że wymiar informacyjny to wymiana komunikatów między nadawcą a odbiorcą, to pozostałe wymiary odpowiadają okolicznościom tej wymiany informacyjnej. Płaszczyznę porozumienia między uczestnikami komu-

<sup>4</sup> A. Łuria, *Podstawy neuropsychologii*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1976.

<sup>5</sup> K. Walsh, *Neuropsychologia kliniczna*, GWP, Gdańsk 2005.

<sup>6</sup> I. Styczek, *Logopedia*, PWN, Warszawa 1983, s. 250..

nikacji wyznacza wymiar współdziałania. O motywacji do wymiany informacji oraz emocjach towarzyszących tej wymianie mówi wymiar emocjonalno-energetyczny. Natomiast wymiar relacyjny odnosi się do stosunku pomiędzy nadawcą a odbiorcą<sup>7</sup>.

W przypadku afazji na wymiarze informacyjnym mamy do czynienia z zaburzeniami kodowania i dekodowania, czyli ekspresji i percepcji mowy<sup>8</sup>. Komunikat osób chorych może być częściowo nieczytelny dla zdrowego odbiorcy. U osób z afazją czuciową zdania są proste, często pozbawione logicznej spójności, o nietypowej składni (widoczne są tutaj zaburzenia planowania mowy i rozumienia struktur logiczno-gramatycznych). Mogą występować również zaburzenia nominacji charakteryzujące się ubogim słownikiem (słownik bierny jest taki sam jak czynny), problemami w nazywaniu przedmiotów i złożonych czynności, dominacją rzeczowników i czasowników nad innymi częściami mowy (zespół tych objawów składa się na zaburzenie mowy spontanicznej i dyskursywnej). Zmiany chorobowe u osób z afazją czuciową są widoczne więc najbardziej w werbalnym aspekcie komunikatu. Zmiany w komunikacie niewerbalnym będą charakterystyczne dla chorych z afazją ruchową. Mamy wtedy do czynienia przede wszystkim z zaburzeniami rytmu wypowiedzi i motoryki mowy wynikającymi z utraty kontroli nad poprawnym układaniem anatomicznych części aparatu artykulacyjnego (może występować również tzw. mowa skandowana). W przekazie informacji przez osobę z afazją można zauważyć również zaburzenia fonetyczne, takie jak przestawianie sylab, wypadanie i zmiany dźwięków. Są one charakterystyczne dla obu typów afazji.

Zaburzenia rozumienia komunikatów werbalnych (zaburzenia percepcji mowy)<sup>9</sup> u osób z afazją można podzielić na te związane z:

- upośledzeniem słuchu fonematycznego,
- zaburzeniami pamięci słów,
- problemami z rozumieniem struktur logiczno-gramatycznych,
- zaburzenia krytycyzmu i rozumienia.

Należy jednak zaznaczyć, że percepcja mowy w wymiarze informacyjnym nie ma wyłącznie aspektu werbalnego. Tak jak w przypadku nadawania komunikatu, występują tutaj niewerbalne części wypowiedzi, które odbiorca powinien poprawnie zdekodować. Są to m.in. ton głosu, akcent. Zaburzenia w odbiorze tych niewerbalnych elementów komunikatu mogą występować jedynie w przypadku poważnych zaburzeń słuchu. Natomiast upośledzenie słuchu fonematycznego w afazji nie powinno wpłynąć na poprawne dekodowanie

<sup>7</sup> S. Frydrychowicz, *Komunikacja interpersonalna w zarządzaniu*, Wydawnictwo Forum Naukowe, Poznań 2009.

<sup>8</sup> A. Herzyk, *Wprowadzenie do neuropsychologii klinicznej*, Scholar, Warszawa 2005.

<sup>9</sup> M. Maruszewski, *Afazja. Zagadnienia teorii i terapii*, PWN, Warszawa 1966.

intonacji, czy akcentu nadawcy<sup>10</sup>. Można założyć, że w wymiarze informacyjnym występują w małym stopniu lub nie występują w ogóle zaburzenia ekspresji i percepcji komunikatów niewerbalnych.

Zaburzenia komunikacyjne w wymiarach emocjonalno-energetycznym, współdziałania i relacyjnym można podzielić na zaburzenia pierwotne i wtórne. Pierwotne oznaczają te problemy komunikacyjne, które są bezpośrednimi objawami choroby. Zaburzenia wtórne są wynikiem trwania afazji, braku oddziaływań rehabilitacyjnych oraz lęku przed komunikacją (który jest również wtórnym urazem wynikającym z zaburzeń w doświadczeniach komunikacyjnych)<sup>11</sup>.

Zaburzenia pierwotne w wymiarze emocjonalno-energetycznym są przede wszystkim związane z zaburzeniami procesów emocjonalno-motywacyjnych towarzyszących afazji czuciowej (głębokie uszkodzenia płatów czołowych). U chorych można zauważyć trudności w adekwatnym kodowaniu i dekodowaniu emocji oraz upośledzenie motywacji do tworzenia spontanicznych komunikatów. Dodatkowo na problemy komunikacyjne w tym wymiarze składają się zaburzenia krytycyzmu i rozumienia<sup>12</sup>. Osoby chore z afazją czuciową nie są w stanie rozpoznać sarkazmu, ironii, a nawet prostych żartów i przenośni. Zaburzenia komunikacyjne wtórne występują u obu typów afazji. W miarę trwania choroby u chorych narasta lęk przed spotykaniem innych osób i komunikacją. Chorzy boją się mówić, gdyż nie chcą być uważani za upośledzonych, głupich czy po prostu pod wpływem alkoholu. Utrudniona komunikacja powoduje u nich frustrację, rozdrażnienie, złość. Osoby z afazją z czasem nie tylko boją się, ale i przestają chcieć mówić (wtórne upośledzenie motywacji).

W wymiarze współdziałania zaburzenia pierwotne to zaburzenia rozumienia i zaburzenia komunikacji werbalnej wpływające na brak wspólnego kodu między nadawcą i odbiorcą komunikatów (w przypadku afazji czuciowej). Uczestnicy komunikacji nie są w stanie stworzyć wspólnej płaszczyzny porozumienia<sup>13</sup>. Dodatkowo przyczyniają się do tego wtórne zaburzenia, jakimi są narastające emocje: złość, drażliwość, lęk.

Zaburzeniami pierwotnymi i wtórnymi w wymiarze relacyjnym są wszystkie wyżej wymienione zaburzenia. Poprzez zakłócenia komunikacyjne w powyższych wymiarach nie zachodzi relacja pomiędzy uczestnikami komunikacji. Rosnący lęk natomiast może prowadzić do całkowitego wycofania się z sytuacji komunikacji osoby chorej, a tym samym niechęci do tworzenia relacji w takiej sytuacji<sup>14</sup>.

<sup>10</sup> Tamże.

<sup>11</sup> G. P. Prigatano, *Rehabilitacja neuropsychologiczna*, PWN, Warszawa 2009.

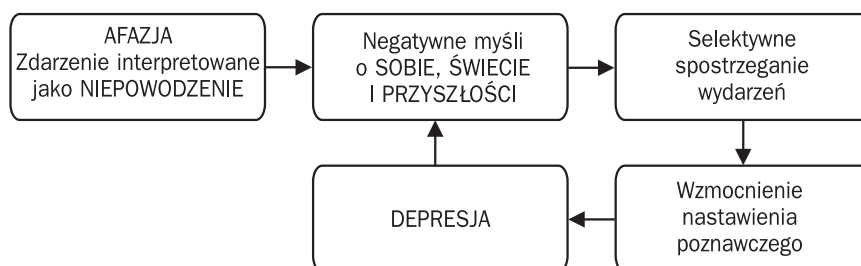
<sup>12</sup> A. Herzyk, *Wprowadzenie do neuropsychologii...*

<sup>13</sup> S. Frydrychowicz, *Komunikacja interpersonalna...*

<sup>14</sup> B. Koc-Kozłowiec, *Komunikowanie się osób z afazją po udarze mózgu*, „Udar Mózgu”, t. 7, nr 2/2005, ss. 66-70.

## 2. Lęk i depresja w afazji

Afazja i zaburzenia o charakterze organicznym nie stanowią jedyne go problemu osób nimi dotkniętych. Znacznym utrudnieniem w leczeniu i rehabilitacji tych schorzeń są trudności psychologiczne chorych, takie jak lęk i wycofanie, depresja. Ważne jest, aby monitorować stan psychiczny osób z afazją i dostrzegać wszelkie zmiany. Niezauważone w porę mogą przekreślić nadzieję na pozytywne efekty rehabilitacji.



Rysunek 1. Cykl depresji w afazji

Źródło: opracowanie własne na podstawie E. Trembley, *O rozumieniu i leczeniu depresji*, „Nowiny Psychologiczne” 1-2/1991.

W afazji istotną przyczynę występowania zaburzeń depresyjnych mogą stanowić błędne przekonania odnośnie do siebie, świata i przyszłości (tzw. triada depresyjna)<sup>15</sup>, wynikające z interpretacji choroby jako niepowodzenia czy też osobistej klęski. Osoby z afazją mogą postrzegać siebie przez pryzmat choroby jako nieporadnych, niepotrzebnych, sprawiających kłopoty najbliższym, a świat odbierać jako wrogi, czekający na potknięcie, oceniający. Znacznie utrudnia to i tak już zaburzoną komunikację. Chorzy z afazją w relacji z innymi stają się podejrzliwi, doszukują się w komunikatach innych treści oceniających, pogardliwych, uważają, że społeczeństwo traktuje ich jak upośledzonych albo głupich. Negatywna jest również ich ocena przyszłości – nie mają nadziei na wyzdrowienie czy też częściowe ustąpienie objawów, boją się bycia ciężarem dla innych<sup>16</sup>. Problematyczne z punktu widzenia rehabilitacji jest też to, że te osoby nie widzą siebie z afazją poprawnie funkcjonujących społecznie<sup>17</sup>. Wchodząc z takim nastawieniem poznawczym w relacje społeczne, osoba zaczyna spostrzegać tylko takie sytuacje, które podtrzymują jej negatywne myślenie. Na podłożu z tego typu negatywnych myśli i przekonań rozwija się

<sup>15</sup> C. Hammen, *Depresja. Modele kliniczne i techniki terapeutyczne*, GWP, Gdańsk 2004.

<sup>16</sup> M. Argyle, *Psychologia stosunków międzyludzkich*, PWN, Warszawa 2001.

<sup>17</sup> B. Koc-Kozłowiec, *Komunikowanie się osób z afazją...*, ss. 66-70.

depresja, która pogłębia i wzmacnia nastawienie poznawcze osoby, co z kolei podtrzymuje depresję<sup>18</sup>.

Poza depresją ważnym elementem świata psychiki osób z afazją jest lęk. Antoni Kępiński pisze:

Lęk jest zjawiskiem powszechnym w przeżyciach człowieka, toteż można się słusznie spodziewać, że w przypadkach, kiedy przeżycia te wykraczają poza tzw. normę, występować będzie on częściej i z większym nasileniem<sup>19</sup>.

W sytuacji tak stresogennej, jaką jest całkowita lub częściowa utrata mowy, należy oczekiwać dużej intensywności przeżyć o charakterze lękowym. Tak jak w przypadku depresji lęk będzie stanowił dużą przeszkodę w rehabilitacji i adaptacji osoby z afazją do nowych sytuacji komunikacyjnych. Sposoby radzenia sobie z lękiem zależą od tego, czy mamy do czynienia z lękiem w depresji czy lękiem społecznym.

Lęk stanowi w depresji istotny składnik. Ta sama sytuacja bowiem przy obniżonym nastroju spowoduje znacznie intensywniejszą reakcję lękową niż przy nastroju normalnym czy podwyższonym<sup>20</sup>. Możemy mówić o trzech wymiarach lęku w depresji: lęku o przyszłość, lęku przed oceną otoczenia i lęku przed brakiem umiejętności, które wynikają z błędnych przekonań o sobie, świecie i przyszłości<sup>21</sup>. Lęk w cyklu depresji będzie nasilał negatywne nastawienie poznawcze i selektywny odbiór rzeczywistości, a także wzmacniał tendencje do wycofania się z sytuacji społecznych.

W przypadku afazji najpoważniejsze konsekwencje niesie ze sobą lęk społeczny. Przybiera on różnorakie formy, od lęku przed oceną i naznaczeniem po uogólniony lęk przed komunikacją czy też wszelkimi sytuacjami społecznymi. Pojawienie się choroby skutkuje poczuciem niepowodzenia oraz lękiem o przyszłość, co może rozpocząć cykl depresji. W afazji lęk o przyszłość staje się lękiem o wizję siebie w sytuacjach komunikacyjnych. Lęk ten zostaje skonfrontowany z rzeczywistością w trakcie każdej wymiany komunikatów. Niepowodzenia w tych sytuacjach, dodatkowo wzmacnione przez negatywne nastawienie poznawcze<sup>22</sup>, zwiększają siłę lęku. Lęk może zostać zgeneralizowany<sup>23</sup> – lęk przed samym procesem komunikacji może stać się lękiem przed ludźmi i wszelkimi sytuacjami społecznymi. Lęk u chorych na afazję może dotyczyć nie tylko wizji siebie, ale i być lękiem przed oceną innych i naznaczeniem, przed kompromitacją w sytuacji społecznej lub lękiem przed brakiem umiejętności.

<sup>18</sup> E. Trembley, *O rozumieniu i leczeniu depresji*, „Nowiny Psychologiczne” 1-2/1991.

<sup>19</sup> A. Kępiński, *Psychopatologia nerwic*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2002.

<sup>20</sup> A. Kępiński, *Lęk*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2002.

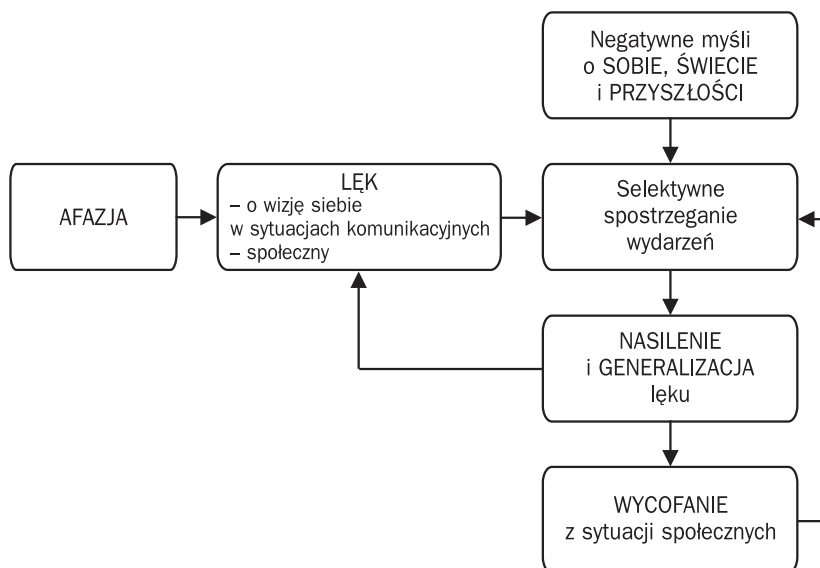
<sup>21</sup> E. Trembley, *O rozumieniu i leczeniu...*

<sup>22</sup> Tamże.

<sup>23</sup> J. Dollard, N. E. Miller, *Osobowość i psychoterapia*, PWN, Warszawa 1967.

Zwiększona intensywność przeżyć o charakterze lękowym oraz generalizacja lęku prowadzi do wycofania, izolowania się osoby z afazją. Wycofanie się jest reakcją mającą na celu „ucieczkę przed lękiem”<sup>24</sup>. Konsekwencją tego jest jeszcze silniejszy lęk przed sytuacjami społecznymi (mechanizm błędnego koła)<sup>25</sup>. Daje to również implikacje dla rehabilitacji, bowiem wycofująca się osoba z afazją nie uczestniczy w wymianie komunikacyjnej i tym samym nie ćwiczy i nie próbuje stosować nowych, alternatywnych sposobów komunikacji.

Należy wziąć pod uwagę również to, iż siłę przeżyć lękowych będą wzmacniać zaburzenia emocjonalno-motywacyjne na podłożu organicznym. Obniżona motywacja zwiększy tendencje osoby z afazją do wycofywania się, zaś obniżony nastrój zintensyfikuje reakcję lękową chorego.



Rysunek 2. Mechanizm błędnego koła

Źródło: opracowanie własne na podstawie J. Dollard, N. E. Miller, *Osobowość i psychoterapia*, PWN, Warszawa 1967.

### 3. Badania własne

Powyższe rozważania potwierdzają badania przeprowadzone na grupie 20 osób z afazją i równolicznej grupie kontrolnej. W obu grupach osoby badane stanowią ochotnicy. Badanymi w grupie badawczej są chorzy z następującymi

<sup>24</sup> Tamże.

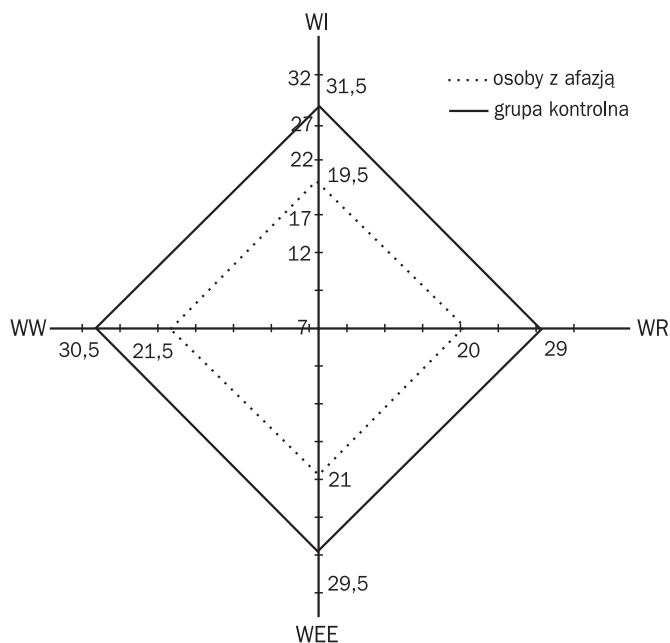
<sup>25</sup> Tamże.

typami afazji, zgodnymi z podziałem zaburzeń afatycznych zaproponowanym przez Bostońskie Centrum Badań nad Afazją:

- chorzy z afazją ruchową – 5 osób,
- chorzy z transkorową afazją sensoryczną – 2 osoby,
- chorzy z mieszaną afazją transkorową – 3 osoby,
- chorzy z afazją całkowitą – 6 osób,
- chorzy z afazją podkorową – 4 osoby.

Celem badań było sprawdzenie, jak afazja wpływa na zdolności komunikacyjne osób chorych oraz czy rezultatem tego wpływu jest istotne obniżenie subiektywnego poczucia jakości życia. Do zbadania zdolności komunikacyjnych użyto Kwestionariusza Zdolności Komunikacyjnych zbudowanego na podstawie wymiarów komunikacji prof. Stefana Frydrychowicza, natomiast jakość życia sprawdzono za pomocą kwestionariusza WHOQOL.

Zgromadzone dane pozwoliły stwierdzić, iż afazja znacząco oddziałuje na zdolności komunikacyjne osób chorych, co przekłada się na istotne obniżenie subiektywnego poczucia jakości życia. Afazja wpływa negatywnie na zdolności komunikacyjne we wszystkich wymiarach w podobnym stopniu. Można to zaobserwować na rys. 3.



Rysunek 3. Zdolności komunikacyjne w poszczególnych wymiarach

Źródło: opracowanie własne na podstawie pomysłu prof. dr. hab. S. Frydrychowicza.

Aby zwiększyć zdolności komunikacyjne osób z afazją, należałoby wpłynąć z równą siłą na wszystkie cztery wymiary komunikacji. Oddziaływania rehabilitacyjne, mające na celu stymulację ośrodków mowy (przyczyniające się do zwiększenia zdolności komunikacyjnych w wymiarze informacyjnym), są ograniczone rozległością i miejscem uszkodzenia, indywidualnymi zdolnościami regeneracyjnymi układu nerwowego itd. Często przywrócenie stanu przedurazowego jest niemożliwe. Wynika z tego, że na wymiar informacyjny komunikacji można bezpośrednio wpływać tylko do pewnego stopnia. W wielu przypadkach nie jest więc możliwe oddziaływanie na wymiar informacyjny na tyle, na ile jest to potrzebne. Również wpływ na wymiar współdziałania, wspólnego wykonywania czegoś jest ograniczony. Trudno zmienia się czyjaś postawę, cechy osobowości. Można założyć, że oddziaływania na wymiar współdziałania, wspólnego wykonywania czegoś nie przyniosą spodziewanego rezultatu. Nie znaczy to jednak, że osoby z afazją są skazane na niskie zdolności komunikacyjne w powyższych dwóch wymiarach. Działania bezpośrednie na wymiar emocjonalno-energetyczny i relacyjny mogą wpłynąć pośrednio na wymiary informacyjny i współdziałania, wspólnego wykonywania czegoś. Praca nad emocjami i motywacją osób z afazją może ograniczyć wycofywanie się z sytuacji komunikacyjnych. Poprzez uczenie radzenia sobie z gniewem, stresem i frustracją, osobie z afazją łatwiej jest wyrazić to, co chce przekazać. Natomiast założenie: komunikacja nie równa się mowa, pokazuje osobom chorym, że mogą przekazywać wartościowe komunikaty w sposób inny niż językowy. Dodatkowo przewyciężanie lęku społecznego wpływa na chęć bycia w relacji komunikacyjnej, zwiększa również stopień tolerancji innych osób, co pośrednio zwiększa zdolności komunikacyjne w wymiarze współdziałania, wspólnego wykonywania czegoś. Umiejętne oddziaływania na wymiar emocjonalno-energetyczny i relacyjny przynoszą zatem równie wysokie rezultaty dla pozostałych dwóch wymiarów komunikacji. Aby potwierdzić powyższe założenia, należałoby przeprowadzić odpowiednie badania.

Z przeprowadzonych badań wynika również, iż afazja powoduje obniżenie subiektywnego poczucia jakości życia. Należy mieć jednak na uwadze, że afazja jest wynikiem uszkodzeń mózgu spowodowanych udarem, wylewem, stwardnieniem rozsianym itp. i trudno jest oddzielić wpływ pojedynczego schorzenia, jakim jest afazja, od wpływu innych jednostek chorobowych. Z pewnością udar mózgu czy wylew (brane pod uwagę jako zespół schorzeń) znacząco obniżają subiektywne poczucie jakości życia osób chorych.

#### **4. Problemy rehabilitacji afazji**

Ważny problem w przypadku rehabilitacji mowy po wylewach stanowi to, że utrata mowy jest traumatycznym doświadczeniem dla osoby chorej. Z jednej strony chory spotyka się z odrzuceniem przez zarówno społeczeństwo, jak i mu

najbliższych, z drugiej natomiast osoba dotknięta afazją może czuć się gorsza, inna i izolować się od społeczności<sup>26</sup>. Dlatego ważne jest, aby każdy, kto ma kontakt z osobą dotkniętą takim upośledzeniem, posiadał pewną minimalną wiedzę na ten temat<sup>27</sup>. Lęk osób kontaktujących się z osobą z afazją, wynikający z braku zrozumienia, a także braku umiejętności nawiązywania kontaktu, może pogłębiać izolację chorego. Zdarza się także, że osoba chora zostaje zepchnięta na margines grupy rodzinnej, zignorowane zostają jej potrzeby, możliwości, a rodzina i otoczenie przestają próbować nawiązywać z nią głębszy kontakt<sup>28</sup>. Czasami mogą wystąpić sytuacje, w których objawy afazji zostają przypisane chorobie psychicznej, chorobie alkoholowej, niskiej inteligencji lub lenistwu i egoistycznym zamiarom osoby z afazją. Ważne jest, by nie doprowadzić do wykluczenia osoby chorej z życia społecznego i nie nadawać umiejętności posługiwania się mową wysokiej rangi, utożsamianej z człowieczeństwem. To myślenie, uczucia wyższe, zdolność do empatii, a nie stricte mowa, zdolności językowe czynią nas ludźmi. Gdy osoba traci zdolność mówienia, porozumiewania się językowego, nie przestaje być człowiekiem. Posiada ona nadal inne specyficznie ludzkie umiejętności, m.in. zdolność komunikacji niewerbalnej czy komunikowania się za pomocą innych symboli niż werbalne. Często afatyków uważa się za „nienormalnych”, upośledzonych umysłowo i traktuje się ich nawet nie jak zwierzęta, ale jak rośliny. Nie dba się o rehabilitację umiejętności mowy u tych osób, nie wierzy się w możliwość przywrócenia tych zdolności. Powoduje to również blokadę psychiczną u osób chorych, nie chcą one ćwiczyć bądź robią to niechętnie, brakuje im pewności siebie i motywacji do przezwyciężenia choroby. A jest to pierwszy krok do tego, by terapia logopedyczna, czy też jakakolwiek terapia, odniosła skutek.

Kolejnym problemem związanym z rehabilitacją jest czas rozpoczęcia terapii<sup>29</sup>. Uszkodzenia związane z obrzękiem mózgu, zaburzeniem krążenia mają zazwyczaj charakter przejściowy i problemy z mową mogą cofnąć się samistnie. W przypadku trwałych uszkodzeń tkanki mózgowej, zaburzenia mowy samorzutnie nie znikają i należy rozpocząć oddziaływania rehabilitacyjne, ale dopiero po ustąpieniu ostrych objawów stanu, który spowodował afazję. Zaczynając od krótkich, kilkuminutowych zajęć, z czasem można je wydłużyć do 45 minut dziennie 3 do 4 razy w tygodniu<sup>30</sup>. Należy pamiętać również o robieniu często krótkich przerw, aby rehabilitowany mógł odpocząć. W zależności

<sup>26</sup> A. Rajewska-Rager, J. Rybakowski, *Rola stresujących wydarzeń życiowych w patogenezie depresji*, „Neuropsychiatria i Neuropsychologia” 3/2008, ss. 147-152.

<sup>27</sup> A. Balejko, *Diagnoza i terapia osób z afazją*, Wydawnictwo Logopedyczne, Białystok 2003.

<sup>28</sup> B. Koc-Kozłowiec, *Komunikowanie się osób z afazją...*, ss. 66-70.

<sup>29</sup> A. Łuria, *Podstawy neuropsychologii*.

<sup>30</sup> M. T. Nowakowska (red.), *Rehabilitacja chorych z afazją*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław 1978.

od stopnia uszkodzenia i rodzaju afazji mowa może wrócić już po upływie miesiąca do trzech od rozpoczęcia czynności rehabilitacyjnych. W ciężkich przypadkach, nawet przy długiej rehabilitacji chory nie jest w stanie osiągnąć przedchorobowej sprawności.

Bardzo ważnym aspektem rehabilitacji chorego z afazją jest komunikacja między otoczeniem a osobą chorą. Bez codziennej komunikacji terapia logopedyczna traci sens. Jednakże przy zaburzeniach mowy nie jest to czynność prosta. Dlatego podczas rozmowy z afatykiem należy mówić powoli, krótkimi zdaniami. Pomaga również gestykulacja, rysowanie, pisanie czy wskazywanie<sup>31</sup>. Jeśli osoba chora próbuje coś przekazać, dobrze jest zadawać jej pytania, najlepiej wielokrotnego wyboru, aby chory mógł wybrać z puli dostępnych mu odpowiedzi. Istnieją również specjalne książki wspomagające komunikację. Zawierają one rysunki i słowa, które afatyk może wskazywać, by wyjaśnić, co chce powiedzieć.

Obecnie na rynku istnieje wiele gier planszowych i programów komputerowych wspomagających i ćwiczących porozumiewanie się. Przykładem może być gra „Tabu” (producent Hasbro), która mimo że nie została stworzona specjalnie dla osób z afazją, może stanowić znakomite narzędzie rehabilitacyjne. Warto również wykorzystać istniejące na rynku programy komputerowe wspomagające rehabilitację afazji, takie jak „Afa system” (firma Harpo) czy „Multimedialna Rehabilitacja Afazji” (firma KomLogo). Pomogą one wykonywać ćwiczenia zalecane przez logopedów i neuropsychologów dodatkowo w domu.

Afazja jest ciężką chorobą tak dla osoby chorej, jak i dla jej otoczenia. Związane z nią przypadłości można zmniejszyć bądź wyeliminować zupełnie, potrzeba jednak wytrwałości i siły woli chorego, a także zrozumienia otoczenia. Gdy bowiem afazja nie zostanie przewyciężona, to mimo wszystko chory nie będzie odczuwał tak bardzo trudów swojej choroby i nie będzie czuł się ciężarem dla społeczeństwa.

## 5. Cele rehabilitacji afazji

Przywrócenie zdolności komunikacji językowej nie jest najważniejszym celem rehabilitacji w afazji. Często zdarza się, że nie jest to możliwe z powodu stopnia uszkodzenia, wieku pacjenta, zbyt późno rozpoczętej rehabilitacji itp. Gdy przywrócenie sprawności przedchorobowej staje się głównym motywem czynności rehabilitacyjnych, pacjent i terapeuta mogą odczuwać silny stres. Osoby oczekujące całkowitej poprawy swoich zdolności komunikacyjnych zniechęcają się do rehabilitacji, gdyż nie potrafią dostrzec drobnych sukcesów. Może to również skutkować wycofaniem się z komunikacji, obniżeniem poczucia wła-

<sup>31</sup> A. Balejko, *Diagnoza i terapia...*

snej wartości czy poczucia sprawstwa. Osoby, które oczekują przywrócenia zdolności komunikacji językowej mogą również bagatelizować rolę innych niż językowe sposobów rehabilitacji.

Rehabilitacja, w której główny nacisk nie jest położony na komunikację językową, rozwija w osobie z afazją poczucie bycia akceptowanym przez innych, wzmacnia radość z komunikowania się. Powoduje, że chorzy z afazją dostrzegają inne niż językowe sposoby komunikacji i uczą się ich. Rehabilitowani, widząc niezależne od zdolności komunikacji werbalnej efekty swojej pracy, nie zniechęcają się do rehabilitacji. Najważniejsze, co może dać rezygnacja z kładzenia głównego nacisku na zdolności językowe, to poczucie: „Nie muszę komunikować się w sposób językowy, by być dobrym, w pełni wartościowym człowiekiem”.

Dzięki rehabilitacji osób z afazją można uzyskać:

- uwspólnienie kodu,
- umiejętność wyrażania własnych myśli, emocji, informacji nie tylko w sposób językowy,
- zwalczenie lęku, z lękiem przed komunikacją włącznie,
- włączenie afatyka z powrotem do sieci powiązań społecznych,
- przywrócenie zdolności komunikacji językowej (nie jest to jednak najważniejsze w rehabilitacji),
- umiejętność postępowania z osobą chorą rodziny i osób bliskich,
- wypracowanie umiejętności zastępczych,
- uzyskanie zrozumienia otoczenia, w tym lekarzy.

Jak napisał Oliver Sacks: „Pacjenci z problemami natury neurologicznej to podróżnicy po niezwykłych krainach”<sup>32</sup>. Oby kiedyś mogli nam o tych krainach zakomunikować.

## Literatura

- Argyle M., *Psychologia stosunków międzyludzkich*, PWN, Warszawa 2001.
- Balejko A., *Diagnoza i terapia osób z afazją*, Wydawnictwo Logopedyczne, Białystok 2003.
- Dollard J., Miller N. E., *Osobowość i psychoterapia*, PWN, Warszawa 1967.
- Frydrychowicz S., *Komunikacja interpersonalna w zarządzaniu*, Wydawnictwo Forum Naukowe, Poznań 2009.
- Hammen C., *Depresja. Modele kliniczne i techniki terapeutyczne*, GWP, Gdańsk 2006.
- Herzyk A., *Wprowadzenie do neuropsychologii klinicznej*, Scholar, Warszawa 2005.
- Kępiński A., *Lęk*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2002.
- Kępiński A., *Psychopatologia nerwic*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2002.
- Koc-Kozłowiec B., *Komunikowanie się osób z afazją po udarze mózgu*, „Udar mózgu”, t. 7, 2/2005, ss. 66-70.

<sup>32</sup> O. Sacks, *Antropolog na Marsie*.

- Łuria A., *Podstawy neuropsychologii*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1976.
- Maruszewski M., *Afazja. Zagadnienia teorii i terapii*, PWN, Warszawa 1966.
- Maruszewski M., *Mowa a mózg*, PZWL, Warszawa 1970.
- Nowakowska M. T. (red.), *Rehabilitacja chorych z afazją*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław 1978.
- Prigatano G. P., *Rehabilitacja neuropsychologiczna*, PWN, Warszawa 2009.
- Rajewska-Rager A., Rybakowski J., *Rola stresujących wydarzeń życiowych w patogenezie depresji*, „Neuropsychiatria i Neuropsychologia” 3/2008, ss. 147-152.
- Sacks O., *Antropolog na Marsie*, Zysk, Poznań 2009.
- Sacks O., *Mężczyzna, który pomylił swoją żonę z kapeluszem*, Zysk, Poznań 2009.
- Styczek I., *Logopedia*, PWN, Warszawa 1983.
- Trembley E., *O rozumieniu i leczeniu depresji*, „Nowiny Psychologiczne” 1-2/1991.
- Walsh K., *Neuropsychologia kliniczna*, GWP, Gdańsk 2005.



EWA KAPTUR

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu  
Instytut Filologii Polskiej

## Wady wymowy a komunikacja. Studium przypadku

### Wprowadzenie

O zaburzeniach komunikacji językowej mówi się najczęściej w odniesieniu do mowy osób z autyzmem, zespołami: Aspergera, Downa, Retta, SLI, osób o obniżonej sprawności intelektualnej czy wreszcie afatyków, schizofreników. W artykule zajmę się kwestią wpływu wad wymowy na komunikowanie się.

Wady wymowy – które są różnorodne – warto omówić na określonym przykładzie. Oczywiście analiza mowy konkretnej osoby i jej wpływ na komunikację językową nie ma i nie może mieć mocy uogólniającej. Zanim przejdę do charakterystyki mowy wybranej postaci, chciałabym zwrócić uwagę na kilka terminów, które pojawią się w pracy<sup>1</sup>.

*Komunikacja językowa* w literaturze przedmiotu jest określana jako porozumiewanie się za pomocą znaków językowych – to przekazywanie i odbieranie wiadomości (komunikatów) za pośrednictwem języka znanego wszystkim uczestnikom interakcji. Komunikowanie się jest możliwe wtedy, gdy nadawca i odbiorca, oprócz znajomości języka (kodu), wykazują wolę porozumienia i mają odpowiednie warunki psychofizyczne, które umożliwią im prawidłowy przebieg tego procesu. Ponadto, aby komunikacja mogła zajść, każdy z podsystemów języka powinien być realizowany zgodnie z normami obowiązującymi

---

<sup>1</sup> Spory i dywagacje terminologiczne wykraczają poza ramy niniejszego artykułu. Skupiam się jedynie na wybranych, uogólniających definicjach.

w danym społeczeństwie<sup>2</sup>. *Zaburzenia komunikacji językowej* polegają więc na niemożności porozumienia się językowego (słownego lub pisemnego)<sup>3</sup>.

Warto też sprecyzować termin *zaburzenia mowy* (synonimy: *defekty mowy*, *deficyty mowy*, *patologia mowy*, *zaburzenia komunikacji werbalnej*, *zniekształcenia mowy*, *zaburzenia sprawności komunikacyjnej*). Jest wiele definicji tego pojęcia, czasami dość mocno różniących się między sobą. W najszerszym rozumieniu zaburzenia mowy odnoszą się do wszelkich nieprawidłowości mowy o różnej etiologii, wywołanych czynnikami zarówno egzo-, jak i endogennymi, będących konsekwencją braku umiejętności prawidłowego programowania, kodowania lub realizowania wypowiedzi słownej. Nieprawidłowości te mogą być także wynikiem zaburzeń w odbiorze mowy lub w jej rozumieniu. Są to więc odstające od normy zjawiska występujące w procesie nadawania i odbioru, od prostych wad wymowy począwszy, a na całkowitej niemożności mówienia lub/i rozumienia skończywszy. Prowadzą one do zaburzeń procesu porozumiewania<sup>4</sup>. W tak definiowanych zaburzeniach mowy mieszczą się zaburzenia języka, mówienia, rozumienia oraz zniekształcenia tekstu słownego<sup>5</sup>.

Terminem węższym niż *zaburzenia mowy* jest *wada mowy*. To odchylenie od normy językowej spowodowane – według Grażyny Jastrzębowskiej – czynnikami endogennymi, u podstaw których leżą różne defekty anatomiczne (zmiany w budowie nadawczych i odbiorczych narządów mowy) lub psychoneurologiczne (dysfunkcje mechanizmów mowy w centralnym i obwodowym układzie nerwowym)<sup>6</sup>.

Wyjaśnienia wymaga jeszcze pojęcie *wada wymowy*. Termin ten jest rozumiany w znaczeniu węższym i szerszym. W pierwszym ujęciu wady wymowy odnoszą się tylko do zaburzeń artykulacyjnych (nieprawidłowej realizacji fo-

<sup>2</sup> Zob. np. S. Grabias, *Język w zachowaniach społecznych*, wyd. 2 uzup., Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 1997, ss. 40, 265; G. Jastrzębowska, *Podstawy teorii i diagnozy logopedycznej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole 1998, ss. 35-38; L. Kaczmarek, *Rewalidacja dzieci i młodzieży z zaburzeniami mowy*, w: A. Hulek (red.), *Pedagogika rewalidacyjna*, wyd. 3, PWN, Warszawa 1988, ss. 284-287; S. Dubisz (red.), *Nauka o języku dla polonistów*, wyd. 4, Książka i Wiedza, Warszawa 2002, ss. 23-66.

<sup>3</sup> Zob. np. T. Gałkowski, G. Jastrzębowska (red.), *Logopedia – pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*, t. 2, wyd. 2 zm. i poszerz., Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole 2003, ss. 361-362.

<sup>4</sup> Zob. np. tamże, ss. 362-364; T. Gałkowski, E. Szeląg, G. Jastrzębowska (red.), *Podstawy neurologopedii. Podręcznik akademicki*, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole 2005, s. 345.

<sup>5</sup> W niektórych opracowaniach odróżnia się *zaburzenia mowy* (termin stosowany tylko do przypadków niemożności poprawnego lub płynnego wyprodukowania dźwięków mowy oraz problemów głosowych) od *zaburzeń języka* (pojęcie używane w kontekście nieprawidłowej składni, niewłaściwego doboru słów, trudności w rozpoznawaniu i różnicowaniu dźwięków). Zob. np. E. M. Skorek, *Zaburzenia mowy a stosunki koleżeńskie dzieci*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2008, ss. 12-13.

<sup>6</sup> Zob. G. Jastrzębowska, *Podstawy teorii i diagnozy...*, s. 73; T. Gałkowski, G. Jastrzębowska (red.), *Logopedia. Pytania i odpowiedzi...*, ss. 365-366.

nemów). W literaturze przedmiotu pojawiają się takie synonimy, jak: *dyslalia*, *zaburzenie wymowy*, *zaburzenie artykulacji*, *wada artykulacyjna*<sup>7</sup>. W drugim znaczeniu termin funkcjonuje w kontekście zaburzeń realizacji płaszczyzny segmentalnej i/lub suprasegmentalnej wypowiedzi słownej (tj. akcentu, melodii, rytmu)<sup>8</sup>.

### Analiza przypadku

Skupię się na opisie wymowy 6,5-letniego chłopca, Wojtka, ucznia I klasy szkoły podstawowej. Z wywiadu przeprowadzonego z obojgiem rodziców wynika, że Wojtek jest dzieckiem z trzeciej ciąży o prawidłowym przebiegu (ma dwie starsze siostry – 18-letnią i 16-letnią). Ciąża była donoszona (40. tydzień ciąży). W Skali Apgar otrzymał 10 pkt.

Rozwój ruchowy pacjenta przebiegał prawidłowo: dziecko zaczęło siadać ok. 5. m.ż., raczkowało od 6. do 12. m.ż., chodziło – po ukończeniu 12. m.ż. Warto odnotować, że chłopiec ma problem z ruchami naprzemiennymi, np. nie jest w stanie opanować jazdy na rowerze. Jest praworęczny.

Wojtek przeszedł przez wszystkie etapy rozwoju mowy. Głuzenie i gaworzenie wystąpiły o czasie. Pierwsze słowa („mama”, „tata”) pojawiły się u niego ok. 18. m.ż., ale zaczął mówić dopiero po ukończeniu 3,5 lat. Fakty te wskazywałyby na opóźniony rozwój mowy.

W bliższej i dalszej rodzinie nie stwierdzono większych problemów z mową – obie siostry w 3. r.ż. mówiły pełnymi zdaniami. Rodzice nie mają żadnych wad wymowy, co więcej, matka posiada nienaganną dykcję (ma wykształcenie muzyczne, jest śpiewaczką, przez kilka lat pracowała w operze). Nie stwierdzono także problemów ze słuchem.

Warto podkreślić, że do 18. m.ż. chłopiec był karmiony piersią, nigdy nie pił z butelki, nigdy nie miał w ustach smoczek-uspokajaczka, nie ssał kciuka.

Wielokrotnie rozmawiałam z Wojtkiem i jego rodzicami o wcześniejszych doświadczeniach z logopedą. Okazało się, że 6-letni chłopiec ma bogatą przeszłość terapeutyczną. Z logopedą Wojtek po raz pierwszy zetknął się w przedszkolu. Jest rehabilitowany logopedycznie od momentu ukończenia czterech lat. Spotkania z logopedą przedszkolnym odbywały się raz w tygodniu i nie zawsze miały charakter ćwiczeń indywidualnych. Pod koniec 5. r.ż. chłopiec

<sup>7</sup> Zob. np. G. Demel, *Minimum logopedyczne nauczyciela przedszkola*, WSiP, Warszawa 1994, s. 31; G. Jastrzębowska, *Podstawy teorii i diagnozy...*, s. 78; L. Kaczmarek, *Rewalidacja dzieci i młodzieży...*, s. 298; E. M. Minczakiewicz, *Mowa. Rozwój – zaburzenia – terapia*, Wydawnictwo Naukowe WSP, Kraków 1997, s. 84; H. Rodak, *Terapia dziecka z wadą wymowy*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 1994, s. 14.

<sup>8</sup> Zob. np. J. T. Kania, *Szkice logopedyczne*, WSiP, Warszawa 1982, s. 9; E. M. Skorek, *Oblicza wad wymowy*, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2001, s. 28.

dodatkowo uczęszczał do przychodni na zajęcia z drugim logopedą. Początkowo zasób głosek chłopca był niewielki. Wojtek prawidłowo wymawiał właściwie tylko samogłoski i pojedyncze spółgłoski ([m], [n], [ń], [p], [b]).

Punktem wyjścia dla terapii była dokładna analiza materiału uzyskanego na podstawie kwestionariuszy obrazkowych<sup>9</sup>, powtarzania (na początku były to izolowane głoski, potem głoski w sylabach, logotomach, wyrazach, wyrażeniach) i mowy spontanicznej. W trakcie badań ustaliłam zasób głosek, które dziecko potrafi wypowiedzieć, wyróżniłam głoski niewystępujące u pacjenta, sporządziłam wykaz głosek substytuowanych i zdeformowanych<sup>10</sup>.

W praktyce wygląda to następująco:

– spółgłoski [k] i [g] zastępowane są przez [t] i [d], np. [*dalnet*] – [*garnek*], [*tot*] – [*kot*], [*t'ian*] – [*kran*], [*tula*] – [*kula*], [*tuja*] – [*kura*], [*otno*] – [*okno*], [*smot*] – [*smok*], [*vada*] – [*vaga*], [*vuzet*] – [*vuzek*], [*zelasto*] – [*želasko*];

– spółgłoski przedniojęzykowo-dziąstowe [š], [ž], [č] i [č̣] najczęściej są substytuowane przez głoski przedniojęzykowo-zębowe [s], [z], [c] i [č̣], np. [*duzy*] – [*duży*], [*nus*] – [*nuš*], [*zaba*] – [*žaba*], [*safa*] – [*šafa*], [*zeb'ia*] – [*žebra*];

– w niektórych wyrazach głoski zwarto-szczelinowe [c], [č̣], [č] i [č̣] chłopiec realizuje jako szczelinowe [s], [z], np. [*syitov'jes*] – [*cyrkov'jec*], [*sapta*] – [*čapka*], [*tasta*] – [*kačka*];

– spółgłoski przedniojęzykowo-zębowe [s], [z], [c] i [č̣] są nieprawidłowo wymawiane. Mamy tu do czynienia z sygmatyzmem interdentalnym;

– spółgłoski palatalne [ś], [ź], [ć] i [č̣] zazwyczaj są substytuowane przez głoski spalatalizowane [s'], [z'], [c'] i [č̣'], np. [*m'is'*] – [*m'iṣ'*], [*s'iano*] – [*śano*] lub twarde, np. [*sf'ine*] – [*śf'ine*], [*usm'jex*] – [*uśm'jex*], [*v'idac*] – [*v'idać*]. Nawet jeżeli głoski nie są zastępowane przez inne, to są wymawiane nieprawidłowo. Podobnie jak głoski przedniojęzykowo-zębowe i dziąstowe są one tworzone z seplenieniem międzyzębowym;

– głoska [r] we wszystkich pozycjach wyrazu jest wymawiana jako [i], sporadycznie pojawia się głoska [l], np. [*b'iujo*] – [*b'iuuro*], [*x'ilaledo*] lub [*x'ilajeddo*] – [*x'ilarego*], [*kajojyfej*] – [*kaloryfer*], [*majxeffta*] – [*marxeffka*], [*iuij*] – [*rury*], [*iyba*] – [*ryba*], [*ub'iane*] – [*ubrane*];

– głoski [l], [l'] w nagłosie często są wymawiane jako [i], np. [*ampa*] – [*lampa*], [*ijs*] – [*l'is*], [*iust'io*] – [*lustro*]. W pozostałych pozycjach są raczej prawidłowo artykułowane [l] i [l'].

Analiza wymowy chłopca pozwala na postawienie diagnozy: dyslalia złożona wieloraka. Jej cechy charakterystyczne to: seplenienie międzyzębowe, substytucja głosek przedniojęzykowo-zębowych, przedniojęzykowo-dziąstowych i środkowojęzykowych, gammacyzm, kappacyzm, rotacyzm, lambdacyzm, no-

<sup>9</sup> W badaniu wykorzystyłam kwestionariusze Grażyny Demel i Teresy Bartkowskiej.

<sup>10</sup> Zob. postępowanie dla planowanej terapii w: A. Sołtys-Chmielowicz, *Zaburzenia artykulacji. Teoria a praktyka*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2008, s. 132.

sowanie. Irena Styczek uważa, że przypadki zastępowania jednych głosek przez inne, ich elizja czy mylenie głosek brzmiących podobnie, występujące do 7. r.ż., mogą być przejawem nieukończonego rozwoju mowy dziecka. Do wadliwych dźwięków zalicza zaś tylko te, które nie należą do zasobu fonetycznego języka polskiego<sup>11</sup>. W przypadku wymowy Wojtka pojawiają się zarówno paralalie (substytucje głosek), jak i dyslalia właściwa (sygmatyzm). Na tym etapie rozwoju mowy dziecka trudno powiedzieć, czy zaburzenia artykulacyjne mają charakter przejściowy, czy też należy traktować je jako zjawisko patologiczne, prowadzące do trwałych zmian. Biorąc pod uwagę, że mowa pojawiła się później niż u jego rówieśników, należy przypuszczać, iż jej kształtowanie będzie trwało dłużej<sup>12</sup>. Za twierdzeniem, że rozwój mowy nie został jeszcze ukończony, przemawiałoby też to, iż chłopiec czasami prawidłowo realizuje wadliwe głoski (np. w wyrazach, w których problematyczna spółgłoska znajduje się w obustronnym sąsiedztwie samogłosek lub gdy jest wielokrotnie powtórzona), czyli nie trzeba ich wywoływać. Nie dotyczy to głoski [r], która w ogóle nie jest wymawiana.

W przypadku głosek zębowych, dziąsłowych i środkowojęzykowych chłopiec zniekształca ich brzmienie i wytwarza takie dźwięki, które nie należą do zasobu polskich głosek. Są one artykułowane z nieprawidłowym ułożeniem języka. Seplenie międzyzębowe czasami też towarzyszy wymowie głosek [t] i [d]. Zatem można tu mówić o dyslalii niekonsekwentnej, która przejawia się w występowaniu różnych sposobów wadliwej artykulacji, w stosowaniu różnych substytutów, a także dyslalii niestałej (zaburzenia występują głównie w mowie spontanicznej, w powtarzaniu dłuższych, trudniejszych wyrazów)<sup>13</sup>.

Należy podkreślić, że w mowie Wojtka struktura wyrazu jest zachowana. Chłopiec nie opuszcza trudnych głosek ani sylab, nie myli ich kolejności. Zachowana jest także struktura zdania. Pacjent chętnie opowiada o przebiegu wydarzeń, relacjonuje obejrzaną bajkę, mówi o swoich planach i oczekiwaniach. Pytany o znaczenie słów, potrafi je wyjaśnić. Rozpoznaje wskazane na obrazkach desygnaty, potrafi je opisać. W swoich wypowiedziach uwzględnia kolejność zdarzeń i zachowuje zależności przyczynowo-skutkowe. Słownictwo jest stosunkowo bogate.

Pozostałe czynniki, które bierzemy pod uwagę przy określaniu rozwoju mowy, są w normie, tzn. jest zachowana ważna dla precyzji ruchu sprawność motoryczno-kinetyczna, sprawność kinestetyczna (chłopiec ma czucie ułożenia

<sup>11</sup> I. Styczek, *Logopedia*, wyd. 4, PWN, Warszawa 1983, s. 218. Zob. także: D. Antos, G. Demel, I. Styczek, *Jak usuwać seplenie i inne wady wymowy*, wyd. 3, WSiP, Warszawa 1978, ss. 9-10.

<sup>12</sup> Według I. Styczek, 7-letnie dziecko powinno w zasadzie wymawiać wszystkie głoski, zdarza się jednak, że ten okres przedłuża się i rozwój bywa opóźniony. Opóźnienia przejawiają się najczęściej w nieprawidłowej wymowie głosek [š], [ž], [č] i [č̣], czasami [k], [g]. Zob. I. Styczek, *Logopedia*, s. 218.

<sup>13</sup> Terminologię i podział dyslalii podają za: E. M. Skorek, *Oblicza wad wymowy*, ss. 45-46.

narządów artykulacyjnych), analiza i synteza wzrokowa oraz spostrzegawczość. Ponadto dziecko ma prawidłowo rozwinięty słuch fizjologiczny i jest w tzw. normie intelektualnej.

W zaleceniach terapeutycznych szczególny nacisk położyłam na:

- ćwiczenie słuchu fonematycznego i fonetycznego,
- ćwiczenie prawidłowego toru oddechowego,
- likwidację nosowania,
- usprawnianie motoryki artykulatorów, zwłaszcza tylnej części języka,
- modyfikację artykulacji zaburzonych głosek.

Po kilku miesiącach ćwiczeń widać pierwsze efekty. Głoska [l] najczęściej jest już dobrze realizowana, sporadycznie zastępuje ją głoska [l̥], która pojawia się właściwie tylko w mowie spontanicznej. Bez większego problemu Wojtek wymawia także [k], [g], [t], [d] na początku jednosylabowych i łatwych dwusylabowych wyrazów. Obecnie pracujemy nad ich utrwaleniem.

Poprzedni logopedzi zwracali uwagę przede wszystkim na niską sprawność artykulacyjną języka. Nie do końca zgadzam się z tą opinią. Motoryka artykulacyjna Wojtka jest dobra. Problem leży w niedostatecznej kontroli słuchowych własnych wypowiedzi i w zaburzeniu słuchu fonemowego (fonematycznego, fonologicznego) i fonetycznego<sup>14</sup>. Kiedy proszę chłopca o prawidłowe wypowiedzenie głosek w izolacji, prawie zawsze mu się to udaje<sup>15</sup>. Problem pojawia się w momencie powtarzania wyrazów, fraz, w mowie spontanicznej. Odsłuchanie nagranej mowy chłopca przez niego samego wskazuje, iż pacjent nie słyszy różnicy np. między [k] a [t], [g] a [d], [ś] a [s'] [ż] a [z']<sup>16</sup>. Poprawne różnicowanie fonemów i głosek w ramach klasy głosek z jednej strony jest niezbędne do pełnego rozumienia wypowiedzi słownych, z drugiej – dla prawidłowej realizacji głosek. Brak obiektywnej oceny własnych produkcji słownych dodatkowo hamuje możliwość pracy nad wymową.

Sytuację pogarsza jeszcze nosowanie i bardzo szybkie tempo mowy. Chłopiec większość głosek ustnych wymawia w sposób nosowy. W trakcie oglądu narządów artykulacyjnych zauważyłam znacznie powiększone migdałki podniebienne (dwa lata temu chłopiec przeszedł zabieg usunięcia migdałka gardłowego), które w czasie infekcji górnych dróg oddechowych niemal dotykają języczka podniebiennego. Z informacji uzyskanych od rodziców wynika, że jest to cecha charakterystyczna dla rodzeństwa. Laryngolog decyduje o usunięciu migdałków pozostawia logopedzie, który ma zdecydować, czy ich brak po-

<sup>14</sup> Zdaniem logopedów, przyczyny substytucji tkwią w słabej motoryce narządów artykulacyjnych lub/i w nieprawidłowo funkcjonującym słuchu fonematycznym. Czasami nie da się jednoznacznie wskazać przyczyn. Zob. np. A. Sołtys-Chmielowicz, *Zaburzenia artykulacji*, s. 47.

<sup>15</sup> Nie dotyczy to głoski [r].

<sup>16</sup> Potwierdzają to wyniki, które uzyskałam w badaniu słuchu fonematycznego testem Elżbiety Szelağ i Anety Szymaszek. Zob. E. Szelağ, A. Szymaszek, *Test do badania słuchu fonematycznego u dzieci i dorosłych*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2006.

może w wykształceniu prawidłowego wzorca wymowy. Wydaje mi się, iż głos rozstrzygający w tej sprawie należy pozostawić jednak foniatrze. Nieprawidłowe oddychanie przez nos w czasie fonacji może być przyczyną nawykowego wsuwania języka między zęby w czasie artykulacji głosek zębowych, dziąsłowych, środkowojęzykowych oraz [t] i [d].

Szybkie tempo mówienia wpływa na jakość oddechu. Chłopiec zazwyczaj oddycha płytko, piersiowo. Ćwiczenia usprawniające pracę mięśni tłoczni brzucha, mięśni międzyzębrowych, przepony powinny pozytywnie wpłynąć na zwolnienie tempa mowy. Celowi temu posłuży również przedłużanie samogłosek i dzielenie wyrazów na sylaby. Ponadto należy nauczyć chłopca różnicowania tempa mówienia.

Wcześniej wspominałam o przeszłości logopedycznej chłopca. Po ukończeniu przedszkola rodzice Wojtka stanęli przed dylematem: posłać syna do I klasy, do klasy zerowej w szkole czy pozostawić w przedszkolu? Po rozmowie z psychologiem, który stwierdził gotowość dziecka do podjęcia nauki w szkole, zdecydowali o zapisaniu chłopca do klasy zerowej w szkole podstawowej. Po obejrzeniu podręczników, które zawierały materiał już zrealizowany przez dziecko w przedszkolu, przenieśli syna do I klasy.

Przeprowadzone we wrześniu badania logopedyczne wszystkich nowo przyjętych uczniów ujawniły konieczność kontynuacji terapii mowy. Początkowo zajęcia odbywały się w rytmie cotygodniowym, trwały jedną godzinę lekcyjną, terapia była prowadzona indywidualnie bądź w parach. Po półtora miesiąca edukacji wychowawczyni zgłosiła rodzicom potrzebę częstszego kontaktu z terapeutą mowy. Obecnie Wojtek uczęszcza na dwie godziny zajęć logopedycznych tygodniowo. Decyzję o zwiększeniu godzin ze specjalistą w zakresie mowy wychowawczyni umotywowała nikłym stopniem zrozumienia mowy ucznia na lekcjach. W trakcie zajęć dochodziło do kuriozalnych sytuacji, kiedy to odpowiedzi Wojtka tłumaczyła nauczycielowi i uczniom koleżanka chłopca. Kamila, z którą Wojtek spędza sporo czasu poza szkołą i którą zna praktycznie od dziecka, jest jedyną osobą w klasie rozumiejącą mowę chłopca. Z jednej strony taka sytuacja może wywoływać oburzenie, z drugiej zaś trudno się dziwić nauczycielce, która dopiero zaczyna poznawać dużą (liczącą sobie dwadzieścioro pięcioro uczniów) grupę sześciolatek. Stosunkowo rzadko zdarza się, aby dziecko w tym wieku mówiło tak niezrozumiale. Warto wspomnieć, że w chwili obecnej opieką logopedyczną objętych jest ośmioro uczniów tej klasy, ale tylko Wojtek ma duże deficyty mowy.

Kolejny problem pojawił się po kilku pierwszych tygodniach nauki. Uczniowie od jakiegoś czasu poznawali litery i głoski, teraz stanęli przed zadaniem sylabizowania. Okazało się, że Wojtek nie radzi sobie z podziałem wyrazu na sylaby. W tej sytuacji wychowawczyni zaproponowała rodzicom Wojtka dodatkowe indywidualne spotkania wyrównawcze.

Opisywanie relacji językowej Wojtka z otoczeniem zaczęłam od przedstawienia jego sytuacji w szkole, w interakcji nauczyciel – uczeń. Nie był to wybór przypadkowy. Ewa Skorek, badająca wpływ zaburzeń mowy na relacje z osobami dorosłymi i rówieśnikami w szkole i poza nią, zauważa, że dzieci z wadliwą mową zwracają na siebie dużą uwagę zarówno nauczycieli, jak i kolegów. Sytuacja szkolna takich dzieci jest niekorzystna, gdyż zakłóceniu ulega regulująca, komunikacyjna i poznawcza funkcja mowy<sup>17</sup>.

Sprostanie nowym obowiązkom, postawienie się w innej roli (ucznia, od którego nauczyciel wymaga pewnych określonych rzeczy) sprawiły, że zarówno Wojtek, jak i jego rodzice zdali sobie sprawę z wagi problemu. Dotychczas wychodzili z założenia, że mowa sama się pojawi, bez ich ingerencji. Wierzyli dziecku, które po spotkaniach z logopedą przedszkolnym zapewniało, iż dobrze wykonuje polecenia. Nie wykonywali też zadanych ćwiczeń domowych. Sytuacja ta wydaje się o tyle dziwna, że czasami sami nie rozumieli (i nadal nie rozumieją) syna, który musi kilkakrotnie powtórzyć komunikat. Przyznają, że wcześniej bagatelizowali problem i nie poświęcali mowie Wojtka właściwej uwagi. Być może działa się tak dlatego, że chłopiec jest najmłodszym członkiem rodziny, hołubionym zarówno przez rodzeństwo, jak i dziadków. Zdaje się, iż Wojtek nie musiał mówić zbyt wiele ani zbyt dobrze, by być rozumianym przez najbliższe otoczenie. W sytuacjach niezrozumienia pomagał sobie gestem, mimiką i osiągał zakładany cel.

Warto podkreślić, iż Wojtek jest dzieckiem inteligentnym, bystrym, i – co ważne – świadomym swego problemu. Doskonale zdaje sobie sprawę, że mówi nieco inaczej niż jego rówieśnicy. Łączące nas relacje wybiegają poza układ terapeuta – pacjent, ponieważ znam chłopca od urodzenia. Być może dlatego Wojtek jest bardziej otwarty i skłonny do zwierzeń. W trakcie naszych cotygodniowych spotkań często podkreśla, że jestem jedną z nielicznych osób, które go rozumieją. Wie, że musi ćwiczyć z rodzicami w domu – dopiero teraz właściwie to robi, wręcz domaga się tego. Pyta, co ma zrobić, aby rozumieli go także rówieśnicy w szkole i poza nią, nauczyciele. Jak to żartobliwie ujmuje, wie, że ma talenty, ale nie wie, jak je przekazać innym. Zdaje sobie sprawę z tego, iż sam sobie nie poradzi z problemem. Zadaje konkretne pytania i takich też oczekuje odpowiedzi. Dość chętnie wykonuje polecenia i ćwiczenia.

Z rozmów przeprowadzonych z Wojtkiem wynika, że lubi chodzić do szkoły, poznawać nowe rzeczy, spotykać się z koleżankami i kolegami. Kiedy jednak rozmawiałam na ten temat z koleżanką Wojtka, Kamilą, dowiedziałam się, że Wojtek łatwo irytuje się, kiedy ktoś go nie rozumie, nie chce odpowiadać na pytania nauczyciela, odmawia wykonywania poleceń. Potwierdzają to także

<sup>17</sup> E. M. Skorek, *Zaburzenia mowy...*, s. 7; też, *Uczniowie z zaburzeniami mowy wśród rówieśników*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2008, ss. 7-8; też, *Dzieci z zaburzeniami mowy w szkole*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2008.

rodzice, którzy takie informacje uzyskali od wychowawczynie syna, oraz moje własne obserwacje. Wojtek, gdy nie może porozumieć się za pomocą języka z rozmówcą, zaczyna się denerwować, złościć. Jest dzieckiem nadpobudliwym, łatwo ulega emocjom, można zauważyć u niego labilność nastrojów.

Wojtek nie wykazuje zbyt dużej aktywności w gronie rówieśników. Oprócz spotkań w szkole jego kontakty z kolegami są sporadyczne. Przebywa głównie w towarzystwie osób dużo od niego starszych. Nad obcowanie z kolegami w jego wieku przedkłada bliskość dorosłych i młodszych dzieci. Dość łatwo natomiast nawiązuje kontakt werbalny i emocjonalny z osobami sobie znanymi.

### Podsumowanie

Czy dość liczne wady wymowy i nieukończony jeszcze rozwój mowy chłopca zaburzają komunikację? Wydaje się, że nie, jednak w widoczny sposób ją utrudniają, czasami zakłócają. Komunikowanie się jest sytuacją społeczną, w której dziecko występuje w roli nadawcy z określoną intencją. U nadawców z zaburzeniami artykulacji werbalny przekaz informacji może spowodować nieprawidłowy odbiór, co ma swoje dalsze konsekwencje dla relacji porozumiewających się osób<sup>18</sup>. Tak też jest w przypadku badanego chłopca.

Pacjenta rozumie tylko najbliższe otoczenie (rodzice, rodzeństwo, dziadkowie), choć dzieje się to tylko w pewnym stopniu. Po odsłuchaniu nagrania mowy syna matka stwierdziła, że rozumiała pojedyncze wyrazy, ale trudno jej powiedzieć, jaki był sens całej wypowiedzi. Komunikat staje się bardziej czytelny, gdy rozmówca widzi chłopca, gdyż wrażenia wzrokowe ułatwiają percepcję słuchową.

Zrozumiałość wypowiedzi zależy m.in. od liczby wadliwych głosek, jakości substytutów, obecności substytutów samogłoskowych, stabilności substytutów, współwystępowania innych zjawisk, np. redukcji, elizji czy unifikacji grup spółgłoskowych<sup>19</sup>. Mimo problemów ze zrozumieniem przekazywanego komunikatu należy obiektywnie stwierdzić, iż mowa chłopca nie jest tak zupełnie zła. Wadliwie wymawiane spółgłoski są substytuowane przez mniej lub bardziej typowe głoski. Zastępowanie jednych dźwięków przez drugie jest raczej konsekwentne, pacjent nie unika także wypowiadania trudnych głosek. Aby odczytać komunikat, trzeba jednak wykazać się cierpliwością i pewną wiedzą dotyczącą specyfiki wymowy chłopca, czyli trzeba znać jego kod językowy. Problem w tym, ilu potencjalnych słuchaczy to nie zniechęci. Dorośli może będą potrafili skupić się na mowie dziecka, ale rówieśnicy?

<sup>18</sup> B. Sawa, *Uwarunkowania i konsekwencje psychologiczne zaburzeń mowy u dzieci*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 1991, ss. 15-16.

<sup>19</sup> A. Sołtys-Chmielowicz, *Zaburzenia artykulacji...*, s. 41.

Joanna Przesmycka-Kamińska uważa, że „mowa jest tą szczególną funkcją psychiczną, której utrudniony rozwój lub zaburzenia stają się o wiele szybciej i lepiej widoczne aniżeli zaburzenia innych funkcji – spostrzegania, myślenia, pamięci”<sup>20</sup>. Problemy z artykulacją przekładają się na różne formy działalności dziecka.

Wojtek rozpoczął swoją przygodę z edukacją szkolną. Zdążył poznać dobre i złe strony życia szkolnego. Niedociągnięcia artykulacyjne dziecka nie uniemożliwiają zrozumienia jego mowy, gdyż kontekst wypowiedzi pomaga w zrozumieniu wypowiedzianych wyrazów czy zdań, ale negatywnie wpływają na jego naukę. Następstwem upośledzenia wymowy są często trudności w nauce czytania i pisania. Dziecko pisze tak, jak mówi, stąd więc pismo będzie odwzorowaniem jego wymowy. Poza błędami w pisaniu mogą wystąpić zaburzenia w analizie wzrokowej liter, powodujące mylenie liter podobnych kształtem czy też problemy z czytaniem. Na razie jeszcze za wcześnie, aby stwierdzić u chłopca dysleksję, natomiast wyraźnie widać czynniki ryzyka dysleksji<sup>21</sup>.

Dzieci z zaburzeniami artykulacyjnymi nie zawsze są w stanie sprostać wymaganiom stawianym przez szkołę (społecznym, emocjonalnym, poznawczym). Wadliwa wymowa Wojtka sprawia, że chłopiec nie chce zabierać głosu w czasie lekcji, nie odpowiada na pytania nauczycielki, rozmawia tylko z tymi osobami, które lepiej lub gorzej, ale go rozumieją.

Częstsze niż w wieku przedszkolnym przebywanie z rówieśnikami zaczyna kształtować pewne postawy wobec kolegów. Ewa Sorek podkreśla, że to właśnie wtedy ustala się społeczna pozycja dzieci, która wskazuje ich miejsce w grupie, świadczące o popularności wśród kolegów i ich emocjonalnej akceptacji. Problemy związane z wadliwą wymową utrudniającą komunikację mogą sprawić, iż dziecko zniechęci się do wchodzenia w różnego typu interakcje społeczne<sup>22</sup>. Kontakty z innymi ludźmi są nieodłącznym elementem naszej rzeczywistości. Brak dobrych relacji z grupą rówieśniczą może negatywnie odbić się na dalszym życiu chłopca. Już teraz można powiedzieć, że Wojtek izoluje się od rówieśników, nie uczestniczy czynnie w życiu szkolnym i pozaszkolnym. Należy też pamiętać o tym, iż niektórzy koledzy unikają go, wyśmiewają jego mowę, uważają go za gorszego od siebie, przybierają wrogą wobec chłopca postawę. Nie traktują go jako równorzędnego, atrakcyjnego partnera. Wojtek

<sup>20</sup> J. Przesmycka-Kamińska, *Diagnoza logopedyczna czy Interdyscyplinarny Opis Dziecka z trudnościami w porozumiewaniu się werbalnym?*, w: *Diagnoza psychologiczna dzieci z trudnościami w porozumiewaniu się werbalnym*, oprac. J. Przesmycka-Kamińska, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2004, s. 38.

<sup>21</sup> Zob. np. opracowania M. Bogdanowicz: *O dysleksji, czyli specyficznych trudnościach w czytaniu i pisaniu – odpowiedzi na pytania rodziców i nauczycieli*, Wydawnictwo Linea, Lublin 1994; *Ryzyko dysleksji. Problem i diagnozowanie*, wyd. 2 rozszerz., Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk 2005.

<sup>22</sup> E. M. Skorek, *Uczniowie z zaburzeniami mowy...*, ss. 7-8.

na takie działania reaguje w niejednolity sposób: wycofaniem się, niechęcią, podkreślaniem swoich wad wymowy w celu rozśmieszenia kolegów. Ze względu na trudności z komunikowaniem się werbalnym Wojtek rzadko wchodzi w różnego typu relacje z kolegami z klasy i incydentalnie podejmuje kontakty w szerszym gronie rówieśników. Z psychologicznego punktu widzenia jest to niekorzystna sytuacja, która może doprowadzić do gorszego samopoczucia, braku satysfakcji z przebywania w gronie rówieśników, braku zaspokojenia potrzeby przynależności do grupy<sup>23</sup>.

Warto dołożyć wszelkich starań, aby jak najszybciej poprawić jakość słuchu mownego Wojtka, zniwelować wady artykulacyjne, poprawić sposób oddychania, zlikwidować nosowanie, zwolnić tempo wymowy. Im szybciej chłopiec osiągnie efekty w tych dziedzinach, tym lepiej będzie funkcjonował w społeczeństwie. Poprawa wymowy powinna korzystnie wpłynąć na wszystkie aspekty życia chłopca, w tym także na prawidłowe porozumiewanie się za pomocą języka.

## Literatura

- Antos D., Demel G., Styczek I., *Jak usuwać seplenienie i inne wady wymowy*, wyd. 3, WSiP, Warszawa 1978.
- Bogdanowicz M., *O dysleksji, czyli specyficznych trudnościach w czytaniu i pisaniu – odpowiedzi na pytania rodziców i nauczycieli*, Wydawnictwo Linea, Lublin 1994.
- Bogdanowicz M., *Ryzyko dysleksji. Problem i diagnozowanie*, wyd. 2 rozszerz., Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk 2005.
- Demel G., *Minimum logopedyczne nauczyciela przedszkola*, WSiP, Warszawa 1994.
- Dubisz S. (red.), *Nauka o języku dla polonistów*, wyd. 4, Książka i Wiedza, Warszawa 2002.
- Gałkowski T., Jastrzębowska G. (red.), *Logopedia – pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*, t. 2, wyd. 2. zmien. i poszerz., Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole 2003.
- Gałkowski T., Szelaż E., Jastrzębowska G. (red.), *Podstawy neurologopedii. Podręcznik akademicki*, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole 2005.
- Grabias S., *Język w zachowaniach społecznych*, wyd. 2 uzup., Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 1997.
- Jastrzębowska G., *Podstawy teorii i diagnozy logopedycznej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole 1998.
- Kaczmarek L., *Rewalidacja dzieci i młodzieży z zaburzeniami mowy*, w: A. Hulek (red.), *Pedagogika rewalidacyjna*, wyd. 3, PWN, Warszawa 1988, ss. 284-302.
- Kania J. T., *Szkice logopedyczne*, WSiP, Warszawa 1982.
- Minczakiewicz E. M., *Mowa. Rozwój – zaburzenia – terapia*, Wydawnictwo Naukowe WSP, Kraków 1997.
- Przesmycka-Kamińska J., *Diagnoza logopedyczna czy Interdyscyplinarny Opis Dziecka z trudnościami w porozumiewaniu się werbalnym?*, w: *Diagnoza psychologiczna*

<sup>23</sup> E. M. Skorek, *Dzieci z zaburzeniami mowy...*, ss. 10-11.

- dzieci z trudnościami w porozumiewaniu się werbalnym*, oprac. J. Przesmycka-Kamińska, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2004, ss. 55-82.
- Rodak H., *Terapia dziecka z wadą wymowy*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 1994.
- Sawa B., *Uwarunkowania i konsekwencje psychologiczne zaburzeń mowy u dzieci*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 1991.
- Skorek E. M., *Dzieci z zaburzeniami mowy w szkole*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2008.
- Skorek E. M., *Oblicza wad wymowy*, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2001.
- Skorek E. M., *Uczniowie z zaburzeniami mowy wśród rówieśników*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2008.
- Skorek E. M., *Zaburzenia mowy a stosunki koleżeńskie dzieci*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2008.
- Sołtys-Chmielowicz A., *Zaburzenia artykulacji. Teoria a praktyka*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2008.
- Styczek I., *Logopedia*, wyd. 4, PWN, Warszawa 1983.
- Szeląg E., Szymaszek A., *Test do badania słuchu fonematycznego u dzieci i dorosłych*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2006.

**TERESA RZEPA**

Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej  
Wydział Zamiejscowy w Poznaniu

**MICHAŁ GORAN STANIŚĆ**

Uniwersytet Medyczny w Poznaniu  
Klinika Chirurgii Ogólnej i Naczyń

## **Człowiek wobec nieoczekiwanej informacji o chorobie zagrażającej życiu**

### **Wprowadzenie**

Postęp technik zabiegowych we współczesnej medycynie oraz rzetelność badań klinicznych umożliwiają trafne kwalifikowanie pacjentów z bezobjawowymi jednostkami chorobowymi do wczesnej interwencji chirurgicznej. W chirurgii naczyniowej najczęstszą kwalifikacją do leczenia operacyjnego w przypadku bezobjawowych chorób są tętniaki aorty brzusznej i zwężenia tętnicy szyjnej wewnętrznej. Te jednostki chorobowe zalicza się do bardzo poważnych w skutkach i dość powszechnie występujących, gdyż zapadalność na tętniaka aorty brzusznej wynosi 25-45 chorych na sto tysięcy osób rocznie, a w populacji powyżej 65. roku życia aż 5-8% w przypadku mężczyzn i 1% w przypadku kobiet<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> E. L. Chaikof, D. C. Brewster, R. L. Dalman, M. S. Makaroun, K. A. Illig, G. A. Sicard, C. H. Timaran, G. R. Upchurch, Jr, F. J. Veith, *The care of patients with an abdominal aortic aneurysm: the Society for Vascular Surgery practice guidelines*, „Journal Vascular Surgery” 50(4)/2009, Supplement, ss. 2-49; W. Noszczyk, (red.), *Chirurgia tętnic i żył obwodowych*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006; F. A. Lederle, G. R. Johnson, S. E. Wilson, E. P. Chute, F. N. Littooy, D. Bandyk, W. C. Krupski, G. W. Barone, C. W. Acher, D. J. Ballard, *Prevalence and associations of abdominal aortic aneurysm detected through screening. Aneurysm Detection and management (ADAM). Veterans Affairs Cooperative Study Group*, „Annals of Internal Medicine”, Mar 15, 126(6)/1997, ss. 441-449.

Operowanie chorych opiera się na przesłance relatywnego obniżenia ryzyka, związanego z wystąpieniem niepożądanych i groźnych dla życia następstw. W przypadku zwężenia tętnicy szyjnej wewnętrznej wystąpienie udaru mózgu szacuje się na 35% w ciągu 5 lat, od zwężenia światła naczynia krwionośnego do 70%<sup>2</sup>. Natomiast prawdopodobieństwo pęknięcia tętniaka aorty brzusznej w ciągu roku od jego ujawnienia ocenia się nawet na 20%, jeśli jego średnica ma około 60 mm<sup>3</sup>. Konsekwencje wystąpienia tych schorzeń stanowią bezpośrednie zagrożenie dla życia. Jednocześnie, z dotychczasowych doświadczeń medycznych wynika, że w przypadku odpowiedniego zaawansowania omawianych chorób ryzyko związane z ich naturalnymi następstwami jest większe od ryzyka interwencji chirurgicznej, ponieważ ryzyko zgonu okołoperacyjnego w przypadku operacji tętniaka aorty brzusznej wynosi od 1,5 do 7%, a w przypadku zwężenia tętnicy szyjnej – od 2 do 9%<sup>4</sup>. Jednakże przy szacowaniu owego ryzyka, lekarz musi także uwzględnić możliwość wystąpienia groźnych dla życia komplikacji pooperacyjnych (m.in. przecieki krwi, przemieszczenie stentgraftu, zakrzepica tętnicza i żylna, jatrogenne rozwarstwienie aorty i tętnic biodrowych, zawał serca), zazwyczaj wymagających kolejnych interwencji chirurgicznych i ważących na jakości życia pacjentów.

Doświadczony lekarz, który analizuje wyniki badań chorego i uwzględnia wspomniane czynniki ryzyka oraz dane statystyczne, przeważnie jest przekonany o mniejszym ryzyku związanym z operacją aniżeli z „nicnierobieniem”. To przekonanie nakazuje mu zaproponować operację każdemu choremu z tętniakiem aorty brzusznej o średnicy powyżej 55 mm bądź ze zwężeniem tętnicy szyjnej wewnętrznej powyżej 70%<sup>5</sup>. Ponadto lekarz wie, że zignorowanie omawianych jednostek chorobowych może nieść określone konsekwencje karne wobec niego. Natomiast z perspektywy pacjenta, wyrażenie zgody na operację nie

---

<sup>2</sup> B. Young, W. S. Moore, J. T. Robertson, J. F. Toole, C. B. Ernst, S. N. Cohen, J. P. Broderick, R. J. Dempsey, J. Hosking, *An analysis of perioperative surgical mortality and morbidity in the asymptomatic carotid atherosclerosis study. ACAS Investigators. Asymptomatic Carotid Arteriosclerosis Study*, „Stroke”, Dec., 27(12)/1996, ss. 2216-2224.

<sup>3</sup> E. L. Chaikof, D. C. Brewster, R. L. Dalman, M. S. Makaroun, K. A. Illig, G. A. Sicard, C. H. Timaran, G.R. Upchurch, Jr, F. J. Veith, *The care of patents...*; B. Young, W. S. Moore, J. T. Robertson, J. F. Toole, C. B. Ernst, S. N. Cohen, J. P. Broderick, R. J. Dempsey, J. D. Hosking, *An analysis of perioperative surgical mortality and morbidity in the asymptomatic carotid atherosclerosis study. ACAS Investigators. Asymptomatic Carotid Arteriosclerosis Study*, „Stroke” Dec., 27(12)/1996, ss. 2216-2224.

<sup>4</sup> E. L. Chaikof, D. C. Brewster, R. L. Dalman, M. S. Makaroun, K. A. Illig, G. A. Sicard, C. H. Timaran, G. R. Upchurch, Jr, F. J. Veith, *The care of patents...*

<sup>5</sup> Tamże; B. Young, W. S. Moore, J. T. Robertson, J. F. Toole, C. B. Ernst, S. N. Cohen, J. P. Broderick, R. J. Dempsey, J. D. Hosking, *An analysis of perioperative surgical mortality...*; L. C. Brown, S. G. Thompson, R. M. Greenhalgh, J. T. Powell, *UK Small Aneurysm Trial Participants Fit patients with small abdominal aortic aneurysms (AAAs) do not benefit from early intervention*, „Journal Vascular Surgery” 48(6)/ 2008, ss. 1375-1381.

jest tak proste i jednoznaczne. Przede wszystkim informacja przekazana przez lekarza wywołuje stan zaskoczenia, ponieważ chory nie odczuwa jakichkolwiek dolegliwości. Dlatego trudno mu uwierzyć w prawdziwość zarówno diagnozy, jak i argumentów lekarza, a jeszcze trudniej w to, że musi niemal natychmiast podjąć decyzję o poddaniu się operacji w celu ratowania własnego życia.

Schemat rozmowy lekarza z pacjentem z bezobjawowym tętniakiem aorty brzusznej lub z bezobjawowym zwężeniem tętnicy szyjnej wewnętrznej, obowiązujący w większości oddziałów naczyniowych w Polsce, polega na krótkim omówieniu wyników badań i na przedstawieniu korzyści płynących z leczenia zabiegowego, uzależnionych od niepowikłanego przebiegu operacji. Pacjentowi przedstawia się także dane statystyczne dotyczące tej grupy ryzyka, w której się znajduje. Po kilkuminutowym monologu, nieuwzględniającym psychologicznych aspektów sytuacji komunikacyjnej krańcowo trudnej dla pacjenta, a zwłaszcza pomijającym jego przeżycia jako odbiorcy absolutnie nieoczekiwanego i szokująco negatywnego komunikatu<sup>6</sup>, lekarz oczekuje od niego wyrażenia świadomej zgody na operację. Przy tym milcząco zakłada, że fachowy z medycznego punktu widzenia komunikat, oparty na schemacie: „rozpoznanie groźnej choroby – śmiertelne ryzyko zaniechania leczenia – mniejsze ryzyko operacji – perspektywa życia wolnego od choroby”, został identycznie odebrany i zinterpretowany przez pacjenta. Tym samym lekarz zakłada, iż wyłącznie dzięki przekazanej informacji (z pominięciem oceny stanu psychicznego jej odbiorcy), pacjent stał się równoprawnym uczestnikiem procesu terapeutycznego, z odpowiednim poziomem wiedzy na temat własnej choroby i z pełną gotowością do podjęcia natychmiastowej, racjonalnej decyzji o operacji. Niektórzy lekarze zakładają przy tym całkowity brak zainteresowania chorobą i jej leczeniem ze strony pacjentów, co raczej wynika z niedostatecznej informacji zwrotnej<sup>7</sup>.

Rzeczywistość kliniczna i obserwacje psychologiczne<sup>8</sup> wskazują jednak, że omówione założenie jest podwójnie błędne. Z jednej strony bowiem lekarz

<sup>6</sup> M. Jarosz, *Psychologia lekarska*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1988; R. S. Lazarus, *Emotion and adaptation*, Oxford University Press, New York 1991; I. Heszen-Niejodek, *Skuteczność radzenia sobie z chorobą somatyczną*, w: L. Szewczyk (red.), *Radzenie sobie i pomoc innym w zdrowiu i chorobie*, Akademia Medyczna, Lublin 1997; H. Heszen-Niejodek, *Psychologiczne problemy chorych somatycznie*, w: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2000; D. Kubacka-Jasiecka, T. M. Ostrowski, *Psychologiczny wymiar zdrowia, kryzysu i choroby*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2005; S. E. Hobfoll, *Stres, kultura i społeczność. Psychologia i filozofia stresu*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2006; A. M. Knops, D. T. Ubbink, D. A. Legemate, J. C. de Haes, A. Goossens, *Information communicated with patients in decision making about their abdominal aortic aneurysm*, „European Journal Vascular Endovascular Surgery” 39(6)/2010, ss. 708-713.

<sup>7</sup> M. Pawlun, Ł. Dzieciuchowicz, K. Brzuzgo, J. J. Brzeziński, J. Wysocki, *Wiedza chorych o planowanym leczeniu operacyjnym*, „Polski Przegląd Chirurgiczny” 78(9)/2006, ss. 1000-1012.

<sup>8</sup> I. Heszen-Niejodek, *Polish research of doctor-patient communication*, w: S. S. L. Mol, J. M. Bensing (red.), *Doctor-patient communication and the quality of care*, Nivel, Utrecht 1993; I. He-

z reguły nie jest odpowiednio przygotowany do przeprowadzania tego typu rozmów. Poziom jego kompetencji komunikacyjnych i psychologicznych pozostawia wiele do życzenia chociażby dlatego, że podczas studiów nie zostały one odpowiednio ukształtowane, nie mówiąc o ich treningu i ugruntowaniu. Ponadto, działając zazwyczaj pod presją czasu, lekarz przekazuje informacje za szybko i wybiórczo oraz nie pozwala odbiorcy na zadawanie pytań i raczej je ucina, aniżeli udziela oczekiwanych wyjaśnień. Zatem przeważnie monologując, posługuje się specjalistycznym żargonem i z góry zakłada, że nasycony nimi komunikat znaczy dla pacjenta dokładnie to samo, co dla niego. Wykazuje też tendencję do wyciągania pochopnych wniosków na podstawie bieżących obserwacji „języka ciała” pacjenta<sup>9</sup>. Przykładowo, odczytuje kiwanie głową jako sygnał pełnego zrozumienia przekazywanych informacji, gdy tymczasem może to być przejaw kompletnego zaskoczenia i bezradności chorego.

Z drugiej strony proces podejmowania przez pacjenta tak ważnej decyzji jak poddanie się operacji rzadko opiera się na takich samych przesłankach jak fachowa kwalifikacja do zabiegu operacyjnego, dokonana przez lekarza. Natychmiastowa zgoda pacjenta na operację jest raczej efektem ulegania bardzo silnym emocjom, niż wynika ze świadomego wyboru, opartego na własnych przemyśleniach i odwołującego się do argumentów medycznych dotyczących korzyści z zaproponowanego sposobu leczenia. W tak trudnej sytuacji komunikacyjnej pacjent gwałtownie doświadcza dysonansu poznawczego, wiążącego się z napięciem i silnymi emocjami negatywnymi, które powodują wręcz „paraliż” logicznego myślenia i blokują odbiór informacji, zaburzając proces komunikowania się z lekarzem<sup>10</sup>. Najprawdopodobniej chory przestaje rozumieć lub rozumie z kłopotami sens skierowanej do niego wypowiedzi, gdyż skupia się na własnym problemie, tj. na poradzeniu sobie z dysonansem poznawczym i emocjami. Nic więc dziwnego, że może utracić kontrolę nad swymi zachowaniami i nad „językiem ciała”, a pytania z jego strony – jeśli w ogóle jest w stanie je sformułować – mogą dalece odbiegać od oczekiwanych przez lekarza. Brak pytań lub ich nietrafność oraz brak oznak zrozumienia istoty choroby i przebiegu leczenia są mylnie interpretowane jako przejawy wyraźnej niechęci do pozyskania informacji o własnym stanie zdrowia.

Tak zrekonstruowaną sytuację komunikacyjną należy zaliczyć do wyjątkowo trudnych psychologicznie, i to dla obu stron, chociaż – co oczywiste – trud-

szen-Niejodek, *The level of patients' anxiety and their illness behavior*, w: J. Rodrigues-Marin (red.), *Health psychology and quality of life research*, vol. 1, The University of Alicante, Alicante 1995; J. M. Bensing, P. F. M. Verhaak, *Communication in medical encounters*, w: A. Kaptein, J. Weinman (red.), *Health psychology*, BBS Blackwell, Oxford 2004; I. Heszen, H. Sęk, *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.

<sup>9</sup> Ch. Hamilton, *Communicating for results*, Thomson Wadsworth, Belmont 2008.

<sup>10</sup> L. Festinger, *Teoria dysonansu poznawczego*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.

niejszą dla chorego. Stąd też za istotny cel uznano wypracowanie nowego schematu komunikacji lekarza z pacjentem. To głównie lekarz decyduje o jej przebiegu, ponieważ dysponuje istotnymi informacjami oraz może kontrolować zarówno treść, jak i formę komunikatów skierowanych do pacjenta. Ponadto lekarz (przez wzgląd na własną wiedzę i doświadczenie zawodowe) powinien zdawać sobie sprawę z tego, że owe komunikaty są dla chorego zupełnie nieoczekiwane oraz że stawiają go w obliczu wyjątkowo trudnego konfliktu wewnętrznego („unikanie-unikanie”). Na domiar wymienionych trudności, lekarz oczekuje od pacjenta jak najszybszego rozstrzygnięcia owego konfliktu i dokonania wyboru jednego z dwóch porównywalnie negatywnych rozwiązań, bowiem system opieki zdrowotnej często uniemożliwia wyznaczenie kontrolnej wizyty w stosownym terminie.

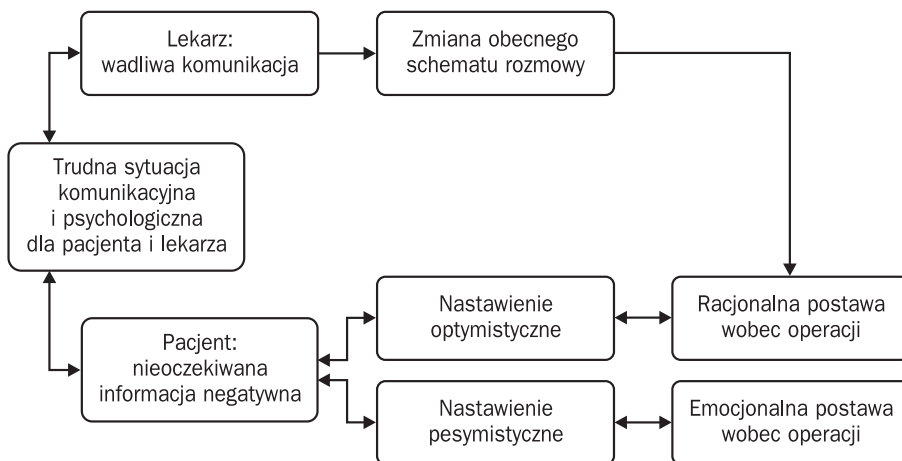
## 1. Cel badań

Wobec przekonujących wyników badań przeprowadzonych przez Martina Seligmana<sup>11</sup> nad związkami między ciałem i psychiką, między zdrowiem psychicznym i fizycznym w kontekście wyuczonej bezradności oraz optymistycznego i pesymistycznego stylu funkcjonowania i nastawienia wobec krytycznych wydarzeń życiowych, odwołano się do ustaleń sformułowanych w ramach tego nurtu<sup>12</sup>. Założono, że pacjenci ze zwężeniem tętnicy szyjnej wewnętrznej bądź z tętniakiem aorty brzusznej, dowiadujący się nagle o śmiertelnej chorobie, lecz posiadający optymistyczny obraz siebie i własnego życia (tj. biorący sprawy w swoje ręce i przestrzegający zdrowego stylu życia) będą bardziej skłonni do racjonalnego odbioru komunikatu, a tym samym – do wypracowania, opartej na zdobytej wiedzy, przemyślanej i wewnętrznie umotywowanej postawy wobec operacji aniżeli pacjenci z pesymistycznym obrazem siebie i własnego życia. Tym z kolei należy przypisać reakcje emocjonalne, uleganie wpływom zewnętrznym, bierność i brak wiary w skuteczność własnych decyzji i działań.

Założenia badawcze przedstawiono na rys. 1.

<sup>11</sup> M. E. P. Seligman, *Optymizmu można się nauczyć. Jak zmienić swoje myślenie i swoje życie*, Media Rodzina of Poznań, Poznań 1993; M. E. P. Seligman, *Co możesz zmienić a czego nie możesz (uczyc się akceptować siebie)*, Media Rodzina of Poznań, Poznań 1995; S. E. Taylor, M. E. Kemeny, G. M. Reed, J. E. Bower, T. L. Gruenewald, *Psychological resources, positive illusions, and health*, „American Psychologist” 55/2000, ss. 99-109; K. K. Bennett, M. Elliot, *Explanatory style and health: Mechanisms linking pessimism to illness*, „Journal of Applied Social Psychology” 32/2002, ss. 1508-1526; S. E. Taylor, D. K. Sherman, *Psychologia pozytywna i psychologia zdrowia: owocny związek*, w: P. A. Linley, S. Joseph, *Psychologia pozytywna w praktyce*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.

<sup>12</sup> G. D. Bishop, *Psychologia zdrowia*, Astrum, Wrocław 2000.



Rysunek 1. Założenia badawcze

Źródło: opracowanie własne.

## 2. Materiał i metoda

Do badania włączono wszystkich chorych przyjętych do Kliniki Chirurgii Ogólnej i Naczyń Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, w celu interwencyjnego leczenia bezobjawowego tętniaka aorty brzusznej i bezobjawowego zwężenia tętnicy szyjnej wewnętrznej, w okresie od stycznia do marca 2009 r. Z badania wyłączono pacjentów ze współistnieniem obu chorób oraz tych, którzy nie wyrazili zgody na badania. W rezultacie badaniom poddano 50 chorych, nieróżniących się między sobą pod względem takich czynników ryzyka pogorszenia stanu zdrowia, jak nadciśnienie tętnicze (86 vs. 94%), cukrzyca (37 vs. 41%), palenie papierosów (51 vs. 45%) czy choroba niedokrwienna serca (63 vs. 68%).

Badania zostały przeprowadzone za pomocą specjalnie skonstruowanej ankiety, złożonej z 18 pytań o charakterze półotwartym, z możliwością wyrażenia własnego zdania. Z tej możliwości skorzystał zaledwie jeden badany, lecz wypełniona przez niego ankieta została odrzucona z uwagi na liczne braki. Z tej przyczyny do dalszych analiz nie zakwalifikowała się jeszcze jedna ankieta. Pytania ankietowe dotyczyły trzech kategorii psychologicznych i jednej kategorii psychospołecznej, mianowicie: (1) obrazu samego siebie i oceny swego życia, (2) stosunku do własnej choroby, (3) postawy wobec operacji, (4) stosunku otoczenia społecznego do pacjenta i jego choroby. Zgodnie z celem pracy, w niniejszym tekście wykorzystano tę część wyników badań, która dotyczy związku między obrazem siebie i oceną własnego życia a postawą wobec operacji.

Analizie zostały poddane wyniki 48 pacjentów w wieku powyżej 66 lat, w tym 25 chorych (9 kobiet i 16 mężczyzn) zakwalifikowanych do operacji z powodu bezobjawowego zwężenia tętnicy szyjnej wewnętrznej oraz 23 chorych (2 kobiety i 21 mężczyzn) zakwalifikowanych do operacji z powodu bezobjawowego tętniaka aorty brzusznej.

### 3. Wyniki

Wstępna analiza wykazała brak różnic między wynikami uzyskanymi przez kobiety i mężczyzn, dlatego potraktowano je łącznie jako charakterystyczne dla wyróżnionych kategorii chorych. Podobnie nieróżnicujące okazało się pytanie wstępne, dotyczące momentu uzyskania informacji o chorobie.

Poniżej przedstawiono wyniki badań dotyczących wskazanych kategorii psychologicznych (obraz siebie i ocena własnego życia oraz postawa wobec operacji), zweryfikowane statystycznie za pomocą testu „chi-kwadrat”. Jednocześnie należy wyjaśnić, iż tam, gdzie wyniki nie sumują się do 48, tj. do liczby osób badanych, istniała możliwość wskazania na dowolną liczbę odpowiedzi.

#### A. Obraz siebie i ocena własnego życia

Na obraz siebie i ocenę własnego życia składały się wypowiedzi udzielone na cztery pytania ankietowe, odnoszące się do: oceny siebie pod względem optymizmu-pesymizmu, autocharakterystyki dokonanej za pomocą przymiotników, oceny dotychczasowego życia oraz oceny własnej przyszłości. Poniżej przedstawiono wyniki uzyskane przez badanych pacjentów.

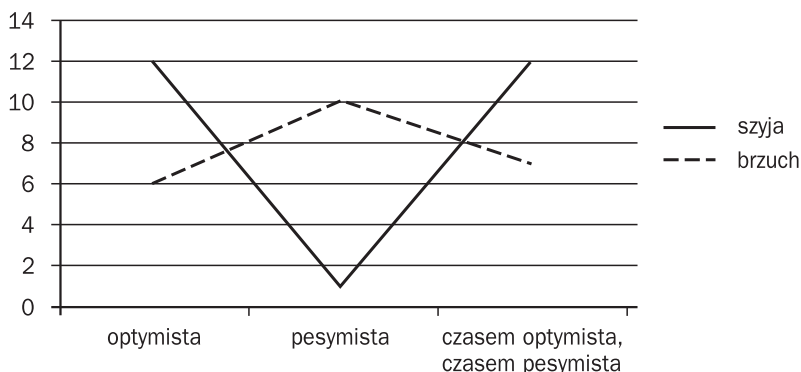
Tabela 1. Samoocena pacjentów pod względem optymizmu-pesymizmu

|                          | Optymiści | Pesymiści | Czasem pesymista, a czasem optymistą | Suma |
|--------------------------|-----------|-----------|--------------------------------------|------|
| Zwężenie tętnicy szyjnej | 12        | 1         | 12                                   | 25   |
| Tętniak aorty brzusznej  | 6         | 10        | 7                                    | 23   |
| Suma                     | 18        | 11        | 19                                   | 48   |

Źródło: badania własne

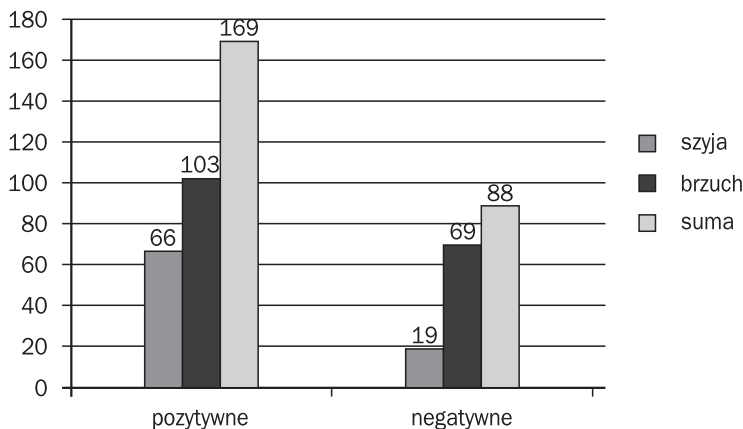
Analiza statystyczna wykazała, iż deklarowany optymizm i pesymizm istotnie różnicuje obie grupy pacjentów ( $p < 0.05$ ). Te różnice są wyraźnie widoczne na rys. 2 (s. 164) i oznaczają przewagę pesymistów wśród pacjentów z tętniakiem aorty brzusznej, przy mniejszej liczbie optymistów i osób o zmiennym nastawieniu, w porównaniu do pacjentów ze zwężeniem tętnicy szyjnej wewnętrznej.

Wśród nich (z wyjątkiem jednego pesymisty) tyle samo osób ocenia się jako optymistyczne oraz jako czasami optymistyczne, a czasami pesymistyczne. Dlatego dalsze wyniki badań postanowiono interpretować z uwzględnieniem poszczególnych jednostek chorobowych.



Rysunek 2. Samoocena pacjentów pod względem optymizmu-pesymizmu

Źródło: badania własne.



Rysunek 3. Samoopisy pacjentów dokonane za pomocą przymiotników

Źródło: badania własne.

Zgodnie z ogólną prawidłowością psychologiczną, polegającą na tendencji do waloryzowania siebie<sup>13</sup>, badani podawali w samoopisach znacząco więcej przymiotników o konotacji pozytywnej niż negatywnej. Jednakże pacjenci

<sup>13</sup> M. Leary, *Wywieranie wrażenia na innych. O sztuce autoprezentacji*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2000; E. Goffman, *Piętno*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005.

z tętniakiem aorty brzusznej (mimo że było ich nieco mniej) podali ogółem jeszcze raz tyle przymiotników, ile pacjenci ze zwężeniem tętnicy szyjnej wewnętrznej. Ponadto proporcja przymiotników oznaczających cechy pozytywne do przymiotników oznaczających cechy negatywne wynosi u pierwszych 1,5, a w drugiej grupie – 3,5. Oznacza to, że pacjenci określający się częściej jako „pesymiści”, oceniają się faktycznie o wiele surowiej niż „optymiści”. Analiza statystyczna wykazała, iż różnice między obu grupami pacjentów są istotne ( $p < 0,05$ ).

Warto dodać, że najczęściej wskazywane cechy stanowią trafną ilustrację kategorii nadrzędnych, tj. pesymizmu i optymizmu. Pacjenci ze zwężeniem tętnicy szyjnej wewnętrznej („optymiści”) wskazywali głównie na takie charakterystyki pozytywne, jak: „optymizm”, „życzliwość”, „towarzystwo”, „opiekuńczość”, „poczucie humoru” oraz na następujące cechy negatywne: „nerwowy”, „niecierpliwy”, „panikarz”, „gadula”. Z kolei pacjenci z tętniakiem aorty brzusznej („pesymiści”) charakteryzowali siebie o wiele poważniej nawet w ramach cech pozytywnych, podając: „solidność”, „sumiennosc”, „uczciwość”, „pracowitość”, zaś w odniesieniu do cech negatywnych opisywali siebie wyjątkowo emocjonalnie: „smutny”, „marudny”, „zrozpaczony”, „obraźliwy”.

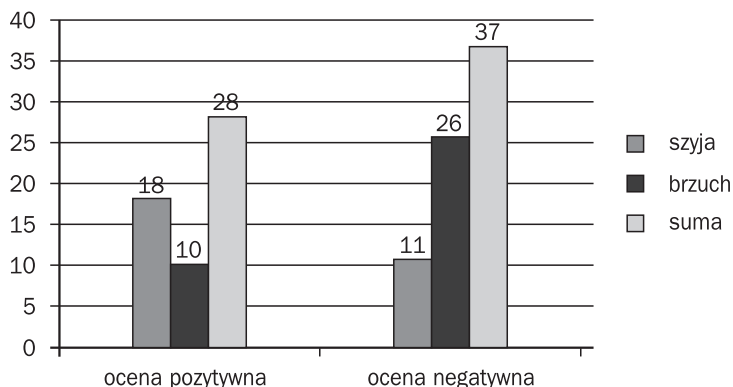


Rysunek 4. Ocena dotychczasowego życia

Źródło: badania własne.

Jak wyraźnie widać na rys. 4, wyniki uzyskane przez pacjentów ze zwężeniem tętnicy szyjnej wewnętrznej są znacząco przesunięte w kierunku ocen pozytywnych, natomiast wyniki pacjentów z tętniakiem aorty brzusznej – w stronę ocen negatywnych. Zatem są one zgodne z ujawnioną tendencją ogólną, iż pierwsza grupa pacjentów wykazuje rysy optymistyczne, natomiast druga

– pesymistyczne. Warto zauważyć, że z grupy „pesymistów” ani jedna osoba nie oceniła swego życia jako „wyjątkowo udane”, a z grupy „optymistów” nikt nie wskazał na odpowiedź „raczej nieudane”. Analiza statystyczna wykazała, że różnice między obu grupami pacjentów są istotne ( $p < 0,05$ ).



Rysunek 5. Ocena własnej przyszłości

Źródło: badania własne.

W większości pesymistycznie nastawieni pacjenci z tętniakiem aorty brzusznej przeważnie negatywnie podchodzą do własnej przyszłości. I to właśnie ich oceny zaważyły na ogólnie negatywnej wizji następnych lat życia u badanych chorych (56,9% wypowiedzi). Szczegółowa analiza wykazuje jednak, że pacjenci nastawieni optymistycznie podchodzą do przyszłych wydarzeń przeważnie pozytywnie. Różnice między obu grupami pacjentów są istotne statystycznie ( $p < 0,05$ ).

## B. Postawa wobec operacji

Tę kategorię psychologiczną zwykło się rozpatrywać w aspekcie poznawczym, emocjonalno-motywacyjnym i behawioralnym<sup>14</sup>. Wymienionym aspektom postawy odpowiadały wypowiedzi pacjentów dotyczące: źródeł wiedzy o operacji (aspekt poznawczy), dominującego motywu poddania się operacji (aspekt emocjonalno-motywacyjny), zachowań decyzyjnych (aspekt behawioralny). Tabela 2 zawiera wyniki badań porównawczych.

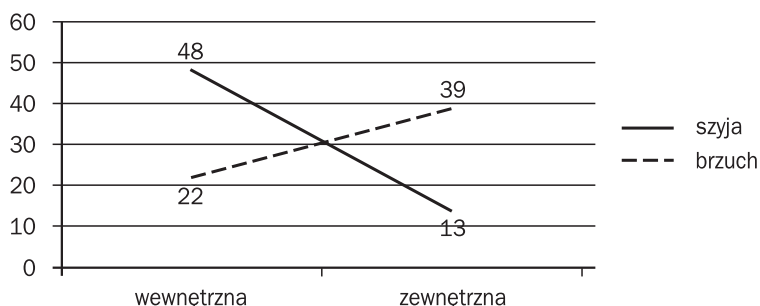
<sup>14</sup> E. Aronson, T. D. Wilson, R. M. Akert, *Psychologia społeczna. Serce i umysł*, Zysk i Spółka, Poznań 1997.

Tabela 2. Źródła wiedzy na temat operacji

|   | Zwężenie tętnicy szyjnej | Tętniak aorty brzusznej | Suma | %     |
|---|--------------------------|-------------------------|------|-------|
| Lekarz diagnozujący chorobę                         | 19                       | 21                      | 40   | 41,7  |
| Inny lekarz   | 20                       | 2                       | 22   | 22,9  |
| Współmażonek  | 9                        | 5                       | 14   | 14,6  |
| Inni pacjenci (po operacji)                         | 3                        | 9                       | 12   | 12,5  |
| Nikt; samodzielne poszukiwanie informacji w mediach | 0                        | 8                       | 8    | 8,3   |
| Suma  | 51                       | 45                      | 96   | 100,0 |

Źródło: badania własne.

Preferowanym przez ogół pacjentów (i czasami jedynym) źródłem informacji na temat operacji okazał się lekarz diagnozujący chorobę (41,7% ogółu wskazań), chociaż większość pacjentów ze zwężeniem tętnicy szyjnej wewnętrznej zasięgała opinii także u innego specjalisty (aż 20 wskazań). Takie poszukiwania i konfrontacje informacji medycznych raczej nie dotyczą pacjentów z tętniakiem aorty brzusznej (jedynie 2 wskazania). Ci ostatni (i to niemal wszyscy – 21 wskazań) przyjmują wiadomość o konieczności operacji z pierwszego źródła. Niektórzy z nich poszukują dodatkowych informacji na ten temat w Internecie oraz rozmawiają z osobami, które przeżyły taką operację. Natomiast rzadziej niż pacjenci ze zwężeniem tętnicy szyjnej wewnętrznej radzą się współmażonka. Analiza statystyczna wykazała, że różnice między obu grupami pacjentów są istotne ( $p < 0,01$ ).

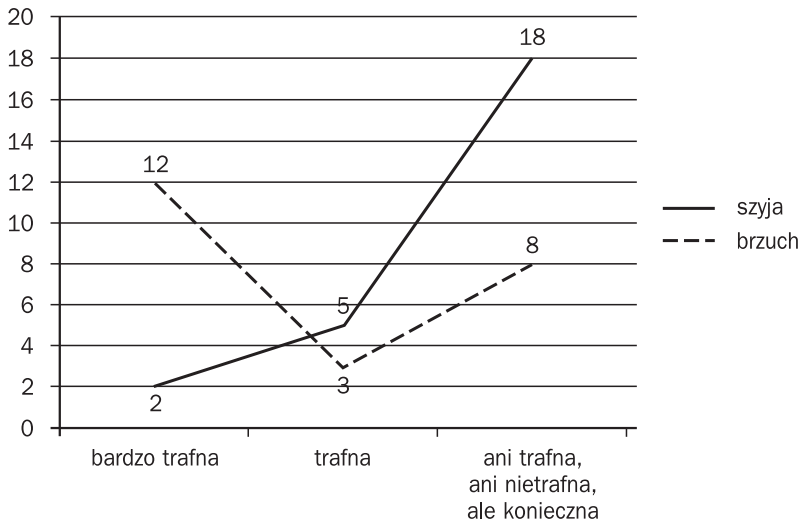


Rysunek 6. Dominujący rodzaj motywacji

Źródło: badania własne.

Motywy decyzji o poddaniu się operacji są różne w obu grupach pacjentów, chociaż generalnie przeważa motywacja wewnętrzna (57,4%). Pacjenci ze zwężeniem tętnicy szyjnej wewnętrznej są motywowani wybitnie wewnętrznymi (78,7%), choćby z racji na wiedzę nabytą dzięki konsultacjom z różnymi lekarzami; natomiast pacjenci z tętniakiem aorty brzusznej – przeważnie zewnętrznymi (63,9%). U tych ostatnich informacja o chorobie prawdopodobnie wywołuje natychmiastowe i silne skojarzenia powiązane z lokalizacją chorego naczynia krwionośnego w „brudnym” miejscu swego ciała oraz z prawdziwie dramatycznie działającym na wyobraźnię obrazem pękającego tętniaka, ostatecznie „decydującego” o końcu życia<sup>15</sup>.

Warto wyjaśnić, że do motywów wewnętrznych zaliczono: lęk przed śmiercią, obawę przed pogorszeniem stanu zdrowia; przekonanie, że operacja daje szansę na przedłużenie życia oraz że operacja jest związana z mniejszym ryzykiem aniżeli niepoddanie się jej (dwie ostatnie kategorie były najczęściej wskazywane przez pacjentów ze zwężeniem tętnicy szyjnej wewnętrznej). Natomiast do motywów zewnętrznych zaliczono wypowiedzi przypisujące przekonującą moc: diagnozie lekarza prowadzącego (kategoria najczęściej wskazywana przez pacjentów z tętniakiem aorty brzusznej), wskazaniom innych lekarzy, naciskom ze strony najbliższej rodziny. Analiza statystyczna wykazała, że różnice między obu grupami pacjentów są istotne ( $p < 0,001$ ).



Rysunek 7. Ocena decyzji o operacji

Źródło: badania własne.

<sup>15</sup> E. Goffman, *Piętno*; M. R. Hebl, R. E. Kleck, *Społeczne konsekwencje niepełnosprawności fizycznej*, w: T. F. Heatherton, R. E. Kleck, M. R. Hebl, J. G. Hull (red.), *Społeczna psychologia piętna*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008.

Wyrażona przez większość pacjentów z tętniakiem aorty brzusznej ocena swej decyzji o poddaniu się operacji jako bardzo trafna lub trafna, pozwala przypuszczać, że ich reakcja na wiadomość o chorobie i o konieczności operacji była emocjonalna i jakby niewymagająca specjalnych przemyśleń. To dowodzi prawdziwości twierdzenia o łatwiejszej asymilacji negatywnych komunikatów przez pesymistów, ale i o sporym poziomie zaufania do lekarza diagnosty jako pierwszego źródła informacji oraz o tendencji do kierowania się motywami zewnętrznymi. Natomiast ocenę swej decyzji jako racjonalnej („ani trafnej, ani nietrafnej, lecz koniecznej”), wyrażoną przez większość pacjentów ze zwężeniem tętnicy szyjnej wewnętrznej, można potraktować jako efekt skonsultowanych refleksji na temat własnej choroby i ryzyka poddania się operacji w porównaniu do ryzyka „nicnierobienia” oraz wynikającej stąd motywacji wewnętrznej. Analiza statystyczna wykazała, że różnice między obu grupami pacjentów są istotne ( $p < 0,05$ ).

#### 4. Wnioski

Przeprowadzone badania pozwalają na rekonstrukcję psychologicznej sytuacji osoby, nieoczekiwanie dowiadującej się o zagrożeniu swego życia śmiertelną chorobą. Prawdopodobny przebieg uruchamianego wówczas procesu polega na: (1) doznaniu dysonansu poznawczego powiązanego z wystąpieniem silnych emocji<sup>16</sup>, gdyż informacja o poważnej chorobie jest nagła i nieoczekiwana; (2) uruchomieniu mechanizmów obronnych, głównie racjonalizacji i projekcji<sup>17</sup> przenoszących odpowiedzialność za własny stan zdrowia na lekarza oraz pozwalających na regulację doświadczeń dysonansowych związanych z przykrym napięciem emocjonalnym; (3) zmianie obrazu siebie ze względu na konieczność przyswojenia uzyskanych informacji o chorobie i adaptowania się do nowej sytuacji życiowej; (4) poszukiwaniu dodatkowych danych zarówno na temat choroby oraz możliwości i skutków jej leczenia, a także konsekwencji niepoddania się operacji; (5) uformowaniu przeważnie wewnętrznych, racjonalnych motywów skłaniających do podjęcia decyzji o operacji; (6) podjęciu przemyślanej decyzji o zgodzie na operację i wypracowanie racjonalnej oceny tej decyzji; (7) zminimalizowaniu dysonansu poznawczego i powiązanego z nim emocjonalnego napięcia.

Jednakże opisany proces różnicuje wiele czynników, wśród których znaczącą rolę odgrywa optymistyczne vs. pesymistyczne nastawienie do siebie i do własnego życia<sup>18</sup>, związane z samopoczuciem, rodzajem schorzenia i jego

<sup>16</sup> L. Festinger, *Teoria dysonansu...*

<sup>17</sup> A. Freud, *Ego i mechanizmy obronne*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004.

<sup>18</sup> M. E. P. Seligman, *Optymizmu można się nauczyć...*; M. E. P. Seligman, *Co możesz zmienić...*; M. Susułowska, *Psychologia starzenia się i starości*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1989; E. Goffman, *Piętno*; L. A. Zebrowitz, J. M. Montepare, „*Za młody, za stary*” *piętnowanie osób dorastających i ludzi starszych*, w: T. F. Heatherton, R. E. Kleck, M. R. Hebl, J. G. Hull (red.), *Společna psychologia...*

umiejscowieniem w organizmie. Te czynniki rzutują nie tylko na sposób odbioru informacji o śmiertelnej chorobie oraz na mniej lub bardziej silną i kontrolowaną reakcję emocjonalną świadczącą o sile przeżywanego dysonansu poznawczego, lecz również – na ukształtowanie racjonalnej vs. emocjonalnej postawy wobec operacji ratującej życie. Uwzględniając oddziaływanie ujawnionych i powiązanych ze sobą czynników, można potwierdzić słuszność założenia badawczego, iż ze względu na różnice w zakresie optymistycznego lub pesymistycznego obrazu siebie i swego życia inaczej przebiega radzenie sobie z niespodziewaną informacją o śmiertelnej chorobie oraz wypracowywanie postawy wobec zabiegu chirurgicznego, zalecanego przez lekarza. Rozpoznanie tego nastawienia – w kontekście łatwego do ustalenia rodzaju choroby – powinno się stać zasadniczym kryterium projektowania schematu rozmowy, jaką lekarz przeprowadza z chorym człowiekiem.

Wyniki przeprowadzonych badań umożliwiają dokonanie następującej (pomocnej lekarzowi) charakterystyki badanych pacjentów:

1. Nastawienie pacjentów ze zwężeniem tętnicy szyjnej do siebie i własnego życia jest przeważnie optymistyczne. Najczęściej przypisują sobie pozytywne cechy, tj. optymista, życzliwy, towarzyski, opiekuńczy, z poczuciem humoru. Swe dotychczasowe życie oceniają jako raczej udane, a w kilku przypadkach – jako udane wyjątkowo. Własną przyszłość spostrzegają pozytywnie. Pierwszej informacji o poważnej chorobie i konieczności poddania się operacji nie traktują jako rozstrzygającej, lecz racjonalnie wypracowują własną postawę, ponieważ:

- po pierwszej rozmowie z lekarzem poszukują specjalistycznych informacji i w tym celu najczęściej odbywają konsultacje z innymi lekarzami;
- podejmują decyzję o poddaniu się operacji z pobudek wewnętrznych, opartych na zdobytej wiedzy oraz na racjonalnych i sprawdzonych przesłankach medycznych, tj. „operacja daje szansę na przedłużenie życia” oraz „operacja jest związana z mniejszym ryzykiem niż niepoddanie się jej”;
- swą zgodę na zabieg operacyjny oceniają racjonalnie, przeważnie jako „ani trafną ani nietrafną, lecz konieczną”.

2. Pacjenci z tętniakiem aorty brzusznej przeważnie są pesymistami, a w ich obrazie siebie występuje zbliżona liczba charakterystyk pozytywnych i negatywnych. Wskazywane cechy pozytywne mają raczej poważny wydźwięk, np. solidny, sumienny, uczciwy, pracowity. Swe dotychczasowe życie oceniają przeważnie jako przeciętne, takie jak większości ludzi. Przyszłość spostrzegają w ciemnych barwach, uznając, że niemal wszystko mają już za sobą lub że od jakiegoś czasu żyją tylko dla innych. Pierwszą informację o chorobie i konieczności poddania się operacji traktują jako rozstrzygającą i zajmują emocjonalną postawę wobec operacji, ponieważ:

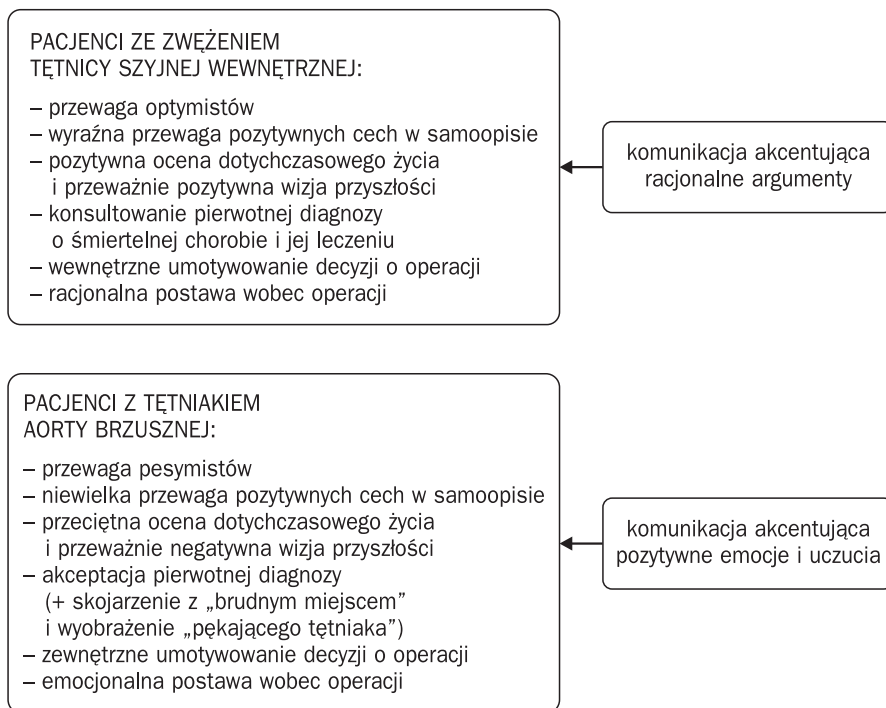
- po pierwszej rozmowie z lekarzem i uzyskaniu informacji o poważnej chorobie szybko i łatwo asymilują negatywną wiadomość („a kogo to miało spotkać,

jak nie mnie”), wzmacniając jej wydzźwięk skojarzeniem związanym z miejscem schorzenia („brudne”, wstydlive) oraz z wyobrażeniem pękającego tętniaka, co może wywoływać dalsze skojarzenia z „ból” i „śmiercią”; dlatego niemal automatycznie zgadzają się na zabieg operacyjny i nie poszukują dodatkowych informacji, lecz w przypadkowych źródłach (Internet, inni pacjenci) sprawdzają jak operacja przebiega i jakie są jej konsekwencje;

– podejmują decyzję o poddaniu się operacji z pobudek zewnętrznych, właściwie już w trakcie lub tuż po pierwszej rozmowie z lekarzem, który jest zasadniczym motywatorem zewnętrznym;

– swą zgodę na zabieg operacyjny oceniają emocjonalnie, przeważnie jako bardzo trafną lub trafną.

Wobec empirycznie zrekonstruowanego procesu podejmowania decyzji o poddaniu się operacji przez bezobjawowych pacjentów oraz wobec różnic stwierdzonych w odniesieniu do obu grup badanych, warto na zakończenie sformułować zalecenia dla lekarzy prowadzących rozmowy z chorymi. Zalecenia ogólne przedstawiono na rys. 8.



Rysunek 8. Główne aspekty komunikowania się z różnymi grupami pacjentów

Źródło: opracowanie własne.

Zalecenia szczegółowe byłyby następujące:

- Po analizie wyników badań medycznych i postawieniu diagnozy, należy zaplanować przynajmniej dwie rozmowy z chorym.

- Przekaz pierwszych informacji o chorobie i sposobie jej leczenia powinien uwzględniać – ze względu na cel i okoliczności rozmowy – empirycznie ustaloną psychologiczną charakterystykę pacjenta. Dlatego powinien być rzeczowy i dostarczać wyłącznie niezbędnych, konkretnych informacji. Należy ukierunkować pacjenta na działania mające na celu poszerzenie wiedzy o chorobie i jej leczeniu, a tym samym dać mu czas na uporanie się z emocjami wynikającymi z doznanego dysonansu poznawczego. Na zakończenie rozmowy wstępnej należy podać termin kolejnej wizyty i zachęcić chorego do przygotowania pytań pod adresem lekarza.

- Zasadniczym celem powtórnej rozmowy jest rozwianie ewentualnych wątpliwości zawartych w pytaniach pacjenta i powtórzenie argumentów przemawiających na rzecz operacji, zapewniającej poprawę jakości życia i zmniejszającej jego zagrożenie.

- Ponieważ pacjent powinien być ukierunkowywany na podjęcie decyzji o operacji, a przebieg rozmowy skoncentrowany na poprawie jakości życia wskutek uwolnienia się od choroby i związanego z nią ryzyka śmierci, dlatego należy go otwarcie poinformować zarówno o tym, że leczenie operacyjne jest najlepszym (lecz nie jedynym) wyborem, jak i o ryzyku związanym z podjęciem oraz z zaniechaniem leczenia. Przy tym warto zróżnicować sposób prowadzenia rozmowy, tj.:

- dostarczać racjonalnych argumentów i dyskutować z chorymi o nastawieniu optymistycznym, zainteresowanych i obeznanym z problemem, tym samym wzmacniając ich racjonalną postawę wobec operacji; warto dostarczyć im zdecydowanie więcej informacji dotyczących konsekwencji operacyjnego leczenia choroby głównie po to, aby obniżyć poziom lęku przed niedołażnością i powikłaniami natury psychicznej;

- stosować łagodną perswazję i kontrolować zachowania emocjonalne pacjentów o nastawieniu pesymistycznym, pozytywnie wzmacniając ich emocjonalną postawę wobec operacji oraz osłabiając negatywne emocje i uczucia (wstyd, zakłopotanie, przerażenie) poprzez akcentowanie korzystnych skutków zabiegu; mówić wprost o stereotypowym i piętnującym charakterze skojarzeń dotyczących lokalizacji choroby, możliwości jej gwałtownego zakończenia wskutek pęknięcia „tykającej w brzuchu bomby zegarowej” oraz powikłań związanych z leczeniem operacyjnym; te wskazania odnoszą się zwłaszcza do pacjentów z dodatkowymi schorzeniami i z obciążonym wywiadem rodzinnym.

- Druga rozmowa, raczej w formie dyskusji niż monologu, powinna trwać co najmniej 20 minut i odbywać się w osobnym pomieszczeniu, gwarantującym

spokój i odpowiednią atmosferę. Jest wskazane, aby tak prowadzona rozmowa odbywała się w obecności osoby bliskiej pacjentowi, która potrafiłaby wesprzeć (choćby niewerbalnie) argumenty przedstawiane przez lekarza.

## Literatura

- Aronson E., Wilson T. D., Akert R. M., *Psychologia społeczna. Serce i umysł*, Zysk i Spółka, Poznań 1997.
- Bennett K. K., Elliot M., *Explanatory style and health: Mechanisms linking pessimism to illness*, „Journal of Applied Social Psychology” 32/2002, ss. 1508-1526.
- Bensing J. M., Verhaak P. F. M., *Communication in medical encounters*, w: A. Kaptein, J. Weinman (red.), *Health psychology*, BBS Blackwel, Oxford 2004.
- Bishop G. D., *Psychologia zdrowia*, Astrum, Wrocław 2000.
- Brown L. C., Thompson S. G., Greenhalgh R. M., Powell J. T., *UK Small Aneurysm Trial Participants Fit patients with small abdominal aortic aneurysms (AAAs) do not benefit from early intervention*, „Journal Vascular Surgery” 48(6)/2008, ss. 1375-1381.
- Chaikof E. L., Brewster D. C., Dalman R. L., Makaroun M. S., Illig K. A., Sicard G. A., Timaran C. H., Upchurch G. R., Jr, Veith F. J., *The care of patients with an abdominal aortic aneurysm: the Society for Vascular Surgery practice guidelines*, „Journal Vascular Surgery” 50(4)/2009, Supplement, ss. 2-49.
- Festinger L., *Teoria dysonansu poznawczego*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
- Freud A., *Ego i mechanizmy obronne*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004.
- Goffman E., *Piętno*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005.
- Hamilton Ch., *Communicating for results*, Thomson Wadsworth, Belmont 2008.
- Hebl M. R., Kleck R. E., *Společne konsekwencje niepełnosprawności fizycznej*, w: T. F. Heatherton, R. E. Kleck, M. R. Hebl, J. G. Hull (red.), *Společna psychologia piętna*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008.
- Heszen-Niejodek I., *Polish research of doctor-patient communication*, w: S. S. L. Mol, J. M. Bensing (red.), *Doctor-patient communication and the quality of care*, Nivel, Utrecht 1993.
- Heszen-Niejodek H., *Psychologiczne problemy chorych somatycznie*, w: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne Gdańsk 2000.
- Heszen-Niejodek I., *Skuteczność radzenia sobie z chorobą somatyczną*, w: L. Szewczyk, *Radzenie sobie i pomoc innym w zdrowiu i chorobie*, Akademia Medyczna, Lublin 1997.
- Heszen-Niejodek I., *The level of patients' anxiety and their illness behavior*, w: J. Rodrigues-Marín (red.), *Health psychology and quality of life research*, vol. 1, The University of Alicante, Alicante 1995.
- Heszen I., Sęk H., *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
- Hobfoll S. E., *Stres, kultura i społeczność. Psychologia i filozofia stresu*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2006.
- Jarosz M., *Psychologia lekarska*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1988.
- Knops A. M., Ubbink D. T., Legemate D. A., de Haes J. C., Goosens A., *Information communicated with patients in decision making about their abdominal aortic aneurysm*, „European Journal Vascular Endovascular Surgery” 39(6)/2010, ss. 708-713.

- Kubacka-Jasiecka D., Ostrowski T. M., *Psychologiczny wymiar zdrowia, kryzysu i choroby*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2005.
- Lazarus R. S., *Emotion and adaptation*, Oxford University Press, New York 1991.
- Leary M., *Wywieranie wrażenia na innych. O sztuce autoprezentacji*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2000.
- Lederle F. A., Johnson G. R., Wilson S. E., Chute E. P., Littooy F. N., Bandyk D., Krupski W. C., Barone G. W., Acher C. W., Ballard D. J., *Prevalence and associations of abdominal aortic aneurysm detected through screening. Aneurysm Detection and management (ADAM). Veterans Affairs Cooperative Study Group*, „Annals of Internal Medicine”, Mar 15, 126(6)/1997, ss. 441-449.
- Noszczyk W. (red.), *Chirurgia tętnic i żył obwodowych*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006.
- Pawlun M., Dzieciuchowicz Ł., Brzuzgo K., Brzeziński J. J., Wysocki J., *Wiedza chorych o planowanym leczeniu operacyjnym*, „Polski Przegląd Chirurgiczny” t. 78, 9/2006, ss. 1000-1012.
- Seligman M. E. P., *Co możesz zmienić a czego nie możesz (uczyc się akceptować siebie)*, Media Rodzina of Poznań, Poznań 1995.
- Seligman M. E. P., *Optymizmu można się nauczyć. Jak zmienić swoje myślenie i swoje życie*, Media Rodzina of Poznań, Poznań 1993.
- Susułowska M., *Psychologia starzenia się i starości*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1989.
- Taylor S. E., Kemeny M. E., Reed G. M., Bower J. E., Gruenewald T. L., *Psychological resources, positive illusions, and health*, „American Psychologist” 55/ 2000, ss. 99-109.
- Taylor S. E., Sherman D. K., *Psychologia pozytywna i psychologia zdrowia: owocny związek*, w: P. A. Linley, S. Joseph, *Psychologia pozytywna w praktyce*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
- Young B., Moore W. S., Robertson J. T., Toole J. F., Ernst C. B., Cohen S. N., Broderick J. P., Dempsey R. J., Hosking J. D., *An analysis of perioperative surgical mortality and morbidity in the asymptomatic carotid atherosclerosis study. ACAS Investigators. Asymptomatic Carotid Arteriosclerosis Study*, „Stroke”, Dec., 27(12)/1996, ss. 2216-2224.
- Zebrowitz L. A., Montepare J. M., *„Za młody, za stary” piętnowanie osób dorastających i ludzi starszych*, w: T. F. Heatherton, R. E. Kleck, M. R. Hebl, J. G. Hull, *Spółeczna psychologia piętna*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008.

TERESA ŚWIRYDOWICZ

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu  
Instytut Psychologii

## Psychologiczne aspekty komunikowania się z pacjentem w zaawansowanym stadium choroby nowotworowej

Wielka jest siła lekarskiego słowa. Daje możliwość leczenia i nauczania. Słowo jest potrzebne lekarzowi do wykonywania zawodu tak, jak każde inne jego narzędzie. Słowo lekarskie, które wywodzi się z prawdziwej wiedzy i chęci pomożenia choremu, ma rzeczywistą skuteczną siłę.

Jan Nielubowicz, *Magia lekarskiego słowa*,  
„Polski Tygodnik Lekarski” 1991

### 1. Problem komunikacji

Sprawa wzajemnych relacji między lekarzem a pacjentem jest w medycynie ciągle aktualnym problemem – z natury rzeczy bardziej praktycznym niż teoretycznym<sup>1</sup>. Relacja, którą można by tu nazwać niewłaściwą, stanowi najczęściej efekt nadmiernej „medykalizacji” medycyny oraz jej dehumanizacji – odejścia od leczenia pacjenta ku leczeniu jego choroby. Najwięcej zainteresowania wzbudza na ogół ten pacjent, który z punktu widzenia lekarza jest „ciekawym przypadkiem chorobowym”. Sytuacji takiej sprzyja m.in. coraz wyższy stopień specjalizacji w medycynie oraz związane z tym coraz większe możliwości techniczne w diagnozowaniu. Stąd w wielkich, czasem znakomicie wyposażonych szpitalach zapomina się, że powstanie właściwej relacji między pacjentem

---

<sup>1</sup> I. Heszen-Klemens, M. Jarosz, *Stosunek lekarz – pacjent; zespół diagnostyczno-terapeutyczny*, w: M. Jarosz (red.), *Psychologia lekarska*, PZWL, Warszawa 1983.

a lekarzem, kształtowane w dużej mierze przez skuteczność komunikowania się, wpływa w sposób istotny na tempo zdrowienia pacjenta. Najważniejszym elementem właściwej relacji wydaje się być bezinteresowna życzliwość okazywana pacjentowi oraz chęć udzielenia pomocy, co w efekcie prowadzi do budowania albo wzrostu zaufania do lekarza. Z pewnością jest to truizm, ale prawda ta nie zawsze jest uwzględniana w praktyce lekarskiej.

Realizowanie powołania lekarskiego jest możliwe tylko wówczas, gdy lekarz będzie się koncentrował na pacjencie jako człowieku chorym, a nie na jego chorobie – chorym narządzie czy procesie chorobowym, bez uwzględniania w czasie leczenia stanu psychicznego pacjenta<sup>2</sup>.

Podejście skoncentrowane na pacjencie wymagałoby od lekarza nie tylko kompetencji w zakresie wiedzy medycznej, ale również pewnych umiejętności psychologicznych. Zwolennikiem rozwijania u lekarzy umiejętności tego typu był Michael Balint – węgierski psychoanalityk, twórca słynnych grup nazywanych dzisiaj grupami Balinta, w których lekarze mogli doskonalić kontakt z pacjentem<sup>3</sup>.

M. Balint<sup>4</sup> charakteryzując zaobserwowane wśród lekarzy podejścia do pacjenta, wyróżnia jeszcze podejście skoncentrowane na przebiegu kontaktu lekarz – pacjent. Przy takim podejściu lekarz nie tylko jest zainteresowany pozazdrowotnymi problemami pacjenta, ale rolę sterującą w rozmowie przejmuje pacjent, decydując o tym, jakie sprawy mają być poruszane, a jakie pominięte. Lekarz dostosowuje się do stanu emocjonalnego pacjenta. Ten rodzaj podejścia wymaga z pewnością większych niż w przypadku podejścia skoncentrowanego na pacjencie umiejętności (kompetencji) psychologicznych. Są tu bowiem potrzebne nie tylko takie umiejętności (zdolności), jak empatia czy uważne słuchanie, ale także niezbędna jest umiejętność prowadzenia rozmowy, która miałaby wartość terapeutyczną<sup>5</sup>.

Podejście skoncentrowane na pacjencie, a nawet podejście skoncentrowane na chorobie może być korzystne zwłaszcza w leczeniu chorób o ostrym przebiegu, gdzie spodziewanym skutkiem jest całkowite wyleczenie – i w krótkim czasie powrót pacjenta do zdrowia. Natomiast w leczeniu paliatywnym, trwającym niekiedy bardzo długo, najefektywniejsze wydaje się być podejście skoncentrowane na przebiegu kontaktu lekarz – pacjent.

---

<sup>2</sup> J. Brehant, *Thanatos: chory i lekarz w obliczu śmierci*, Instytut Wydawniczy Pax, Warszawa 1980; I. Heszen-Klemens, M. Jarosz, *Stosunek lekarz – pacjent...*

<sup>3</sup> M. Balint, *The Doctor, His Patient and the Illness*, Pitman, London 1968.

<sup>4</sup> M. Balint, *Research in Psychotherapy*, w: E. Balint, J. S. Norell (red.), *Six Minutes for the Patient. Interaction in General Practice Consultation*, Tavistock, London 1973.

<sup>5</sup> P. Ramsey, *Pacjent jest osobą*, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1977; T. Gordon, *Pacjent jako partner*, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1999; Ph. R. Mayerscough, M. Ford, *Jak rozmawiać z pacjentem*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2001.

## 2. Zespół opieki paliatywnej/hospicyjnej – pacjent jako szczególny układ komunikacyjny

### 2.1. Sens leczenia paliatywnego/hospicyjnego a komunikacja

Leczenie paliatywne jest najczęściej podejmowane wobec pacjentów chorych onkologicznie po zakończeniu leczenia przyczynowego. Efektem leczenia paliatywnego nie jest wyzdrowienie, bo współczesna medycyna nie zna jeszcze skutecznych sposobów zwalczania wszystkich chorób nowotworowych. Dlatego też spodziewanym efektem ma być w tym przypadku poprawa jakości życia człowieka, którego uleczyć się już nie da. Leczenie paliatywne różni się od leczenia przyczynowego przede wszystkim celem. Celem tego leczenia nie jest zatem zwalczanie choroby, ale zwalczanie lub łagodzenie objawów choroby, takich jak ból, wymioty, duszność czy ewentualnie skutków choroby w postaci cierpienia duchowego. Istotnym składnikiem tego leczenia jest także rozpoznawanie potrzeb socjalnych i duchowych pacjenta oraz pomoc, o ile to możliwe, w realizowaniu tych potrzeb. Widać więc wyraźnie, że w opiece paliatywnej termin *leczenie* ma bardzo szerokie znaczenie. Można ogólnie powiedzieć, że leczenie paliatywne jest leczeniem cierpienia, którego składnikami są ból fizyczny i duchowy. Ideę oraz sens leczenia paliatywnego najkrócej i najtrafniej można ująć, odwołując się do sformułowanych przez Cicely Saunders trzech życzeń umierających pacjentów: POMÓŻ MI, WYSŁUCHAJ MNIE, ZOSTAŃ ZE MNĄ.

Jeśli zatem cel opieki paliatywnej ma być realizowany, to warunkiem *sine qua non* jego realizacji jest umiejętność skutecznego porozumiewania się między wszystkimi osobami zaangażowanymi w opiekę<sup>6</sup>. Jednak szczególne znaczenie w całym procesie leczenia paliatywnego ma sposób porozumiewania się lekarza z umierającym pacjentem.

### 2.2. Charakterystyka układu komunikacyjnego

Zespół opieki paliatywnej oraz pacjent stanowią układ komunikacyjny, który charakteryzuje się pewną specyfiką zarówno w zakresie wzajemnych powiązań, jak i kontekstu emocjonalnego i intelektualnego, towarzyszącego tym powiązaniom. Na przykład poziom nasilenia (odczuwania) bólu jest w sposób istotny związany z psychicznym (emocjonalnym) nastawieniem pacjenta. Im lepszy stan psychiczny pacjenta, tym mniej intensywnie jest odczuwany ból. Stwierdzona zależność pomiędzy przeżywanymi emocjami a odczuwanym bólem ukierunkowuje działania zespołu opieki paliatywnej oraz rodziny na podtrzymywanie czy przywracanie pacjentowi jak najlepszego samopoczucia. Oczywiście tego

<sup>6</sup> G. Hanks, *Hospital Palliative Care Teams and the Disadvantages Dying*, „European Journal of Palliative Care”, vol. 1, 3/1994, ss. 112-113.

rodzaju zależność nie jest jedynym motywem podejmowania takich działań, ale z pewnością motywem ważnym. Jakość życia osoby śmiertelnie chorej jest bowiem w dużym stopniu zależna od odczuwanego bólu fizycznego. Podstawę zapewnienia pacjentom w stanie zaawansowanej choroby optymalnej jakości życia stanowi dobra komunikacja, a dobra komunikacja to skuteczna komunikacja. O komunikacji skutecznej mówimy, gdy odbiorca rozumie komunikat dokładnie tak, jak zamierzył nadawca, to znaczy „(...) informacja nadawcy dokładnie oddaje jego intencję, a interpretacja odbiorcy zbiega się z zamiarem nadawcy”<sup>7</sup>.

W sytuacji człowieka śmiertelnie chorego, w zaawansowanym stadium choroby – gdy medycyna jest bezradna wobec postępującej choroby – rola komunikowania się (zwłaszcza satysfakcjonującego) będzie absolutnie podstawowa dla niesienia pomocy i ulgi cierpiącemu człowiekowi. Stąd też efektywność leczenia paliatywnego, a także niesienie wszelkiej innej pomocy przez zespół opieki paliatywnej, będzie zależała przede wszystkim od posiadanych przez członków zespołu umiejętności dobrego (skutecznego) porozumiewania się. Znalazło to m.in. swój praktyczny wyraz w uwzględnianiu nauczania umiejętności ułatwiających porozumiewanie się z człowiekiem śmiertelnie chorym w programach kształcenia lekarzy z zakresu medycyny paliatywnej i pielęgniarek z zakresu opieki paliatywnej.

Pojęcie *komunikacji* (komunikowania się) jest używane w opiece paliatywnej w znaczeniu powszechnym; znaczy tyle, co porozumiewanie się ludzi między sobą – czyli wzajemna wymiana informacji<sup>8</sup>. W mniejszym stopniu pewną specyfiką charakteryzuje się tu sam proces komunikowania się, w większym natomiast – kontekst, w jakim to komunikowanie się ma miejsce. W związku z tym najtrafniejsze byłoby rozumienie pojęcia komunikacji jako procesu obejmującego zarówno werbalne, jak i niewerbalne zachowania się człowieka w otoczeniu innych osób, ukierunkowanego na podtrzymanie interakcji lub na wymianę informacji<sup>9</sup>. Wspomniany kontekst można scharakteryzować następująco: choroba ulega ciągłej progresji, a spodziewany czas przeżycia pacjenta jest stosunkowo krótki. Stąd też realizowanie zasadniczego celu opieki paliatywnej, jakim jest pomoc pacjentowi w osiągnięciu i podtrzymywaniu maksymalnych na danym etapie choroby możliwości fizycznych, duchowych i psychologicznych, podlegających ciągłym ograniczeniom powodowanych postępem choroby – wymaga kompetentnego wykorzystania zarówno środków terapii medycznej, jak i psychologicznej. Przy czym ogólna jakość świadczonej pomocy umierającemu pacjentowi będzie

<sup>7</sup> D. W. Johnson, *Podaj dłoń*, Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości, Warszawa 1992, s. 77.

<sup>8</sup> R. G. Twycross, *Introducing Palliative Care*, Radcliff Medical Press, Oxford and New York 1995; K. de Walden-Gałuszko, *U kresu*, Wydawnictwo Medyczne MAKmed, Gdańsk 1996.

<sup>9</sup> Podobną definicję sformułowała na użytek psychoterapii V. Satir. Por. V. Satir, *Teoria komunikacji. Porozumiewanie się jako proces wymiany informacji*, „Nowiny Psychologiczne” 2/1988, s. 95.

warunkowana w znaczącym stopniu przez jakość komunikowania się<sup>10</sup>. Rola komunikacji w opiece paliatywnej będzie sprowadzała się do:

- zmniejszania poczucia niepewności, okazywania troski i cierpliwości,
- przekazywania informacji dotyczących choroby, objawów, leczenia, prognozy, przekazywania prawdy,
- wskazywania i podtrzymywania nadziei innej niż nadzieja na całkowite wyzdrowienie,
- rozpoznawania potrzeb pacjenta,
- wspierania pacjenta w sytuacji przeżywania silnych emocji, takich jak rozpacz, lęk, przygnębienie, złość,
- wspierania pacjenta w przygotowaniu do zaakceptowania własnej śmiertelności,
- pomocy pacjentowi w odzyskaniu sensu życia.

Odpowiedzialność za przebieg procesu komunikowania się będzie spoczywać głównie na członkach zespołu opieki paliatywnej. Wśród czynników wpływających na komunikację w opiece paliatywnej można wyróżnić zwiększające skuteczność komunikacji oraz zakłócające jej przebieg. Elementy te można podzielić na takie, które wpływają w ogóle na jakość procesu komunikowania oraz takie, które są specyficzne albo nabierają szczególnego znaczenia ze względu na określone własności podmiotów procesu komunikacji w opiece paliatywnej.

### **3. Psychologiczna charakterystyka podmiotów układu komunikacyjnego w opiece paliatywnej**

#### **3.1. Pacjent w opiece paliatywnej**

Pacjentów opieki paliatywnej należałoby zaliczyć raczej do biernej strony układu komunikacyjnego. Od lekarzy, pielęgniarek, wolontariuszy wymaga się aktywności i skuteczności w niesieniu pomocy; formułuje się wobec nich wyraźne żądanie bycia dobrymi lekarzami czy dobrymi opiekunami<sup>11</sup>. W stosunku do pacjenta natomiast nie formułuje się żądania, aby był dobrym pacjentem. Co więcej, często przewiduje się, że pacjent świadomy śmiertelnych skutków swojej choroby będzie trudnym pacjentem. Z racji zawodu, lekarze i pielęgniarki (a rodzina z uwagi na więź łączącą ją z chorym) są zobowiązani do niesienia pomocy. Pomoc tę pacjent może przyjąć, może ją odrzucić, może utrudniać czy niweczyć wysiłki osób pragnących mu pomóc. Trudności psychiczne pacjenta, wyrażające się w niechęci,

<sup>10</sup> R. Brauman, *Lekarz w obliczu śmierci*, w: Ch. Chababnis, *Śmierć: kres czy początek*, Instytut Wydawniczy Pax, Warszawa 1987, ss. 231-242; A. Faulkner, *Beside Manner Revisited: Teaching Effective Interaction*, „European Journal of Palliative Care” vol. 1, 2/1994, ss. 92-96.

<sup>11</sup> I. Wettergren, *Psychosocial Nursing – A New Discipline in Cancer care*, „European Journal of Palliative Care”, vol. 3, 1/1996, ss. 6-10.

złości, buncie, przygnębieniu, a nawet agresji, nie są jednak traktowane w opiece paliatywnej jako argument uzasadniający zaprzestanie podejmowania wysiłków w niesieniu pomocy, stanowią raczej dla zespołu opieki paliatywnej wyzwanie, aby poszukiwać takich sposobów, które ostatecznie umożliwią nawiązanie z pacjentem dobrego kontaktu oraz skłonią go do współpracy. Widać, że znaczącą rolę będzie tu odgrywać umiejętność komunikowania, którą posiadają osoby zaangażowane w pomoc.

Czynnikiem wpływającym w sposób najbardziej zasadniczy na przebieg procesu komunikowania się będzie nastawienie (postawa emocjonalna) pacjenta wobec:

- rodzaju i jakości oferowanej mu pomocy,
- poszczególnych osób zaangażowanych w tę pomoc,
- własnej choroby i jej różnorodnych, rzeczywistych czy wyobrażanych, konsekwencji.

### **3.2. Zaawansowana faza choroby nowotworowej a dynamika emocjonalna**

Świadomość zbliżającej się śmierci wywołuje u niemal każdego człowieka bardzo silne emocje. Postawa emocjonalna, jaką pacjent chory na raka przyjmuje w tej sytuacji, rzadko charakteryzuje się stałością. Zmianom ulega zarówno intensywność danego nastawienia, np. od przygnębienia do depresji, jak i rodzaj przeżywanych uczuć, np. od głębokiej rozpaczki do dużej nadziei na wyleczenie.

Dynamika emocjonalna pojawiająca się w przebiegu choroby nowotworowej ulega zmianom, które są inne dla każdego pacjenta. Prawdopodobnie determinowana będzie ona przez następujące czynniki:

- wiek pacjenta,
- czy pacjent zna diagnozę i prognozę dotyczącą jego choroby,
- właściwości osobowościowe pacjenta, np. optymistyczne czy pesymistyczne nastawienie wobec świata, introwertyzm czy ekstrawertyzm itp.,
- obraz własnej choroby, np. przekonanie o możliwości leczenia, skutkach choroby czy o jej przyczynach,
- faza choroby nowotworowej (wstępna, przewlekła, terminalna),
- ogólna sytuacja rodzinna pacjenta.

Duża intensywność oraz zmienność przeżywanych emocji, takich jak przygnębienie, smutek, lęk, złość czy gniew, powoduje, że pacjenci stają się bardziej zamknięci w sobie niż skłonni do poszukiwania kontaktu<sup>12</sup>. Sytuacja zamykania się pacjenta może zwrotnie wywołać zniecierpliwienie i niechęć u osób poma-

<sup>12</sup> J. Brehant, *Thanatos: chory i lekarz...*; M. R. DiMatteo, *Physician-Patient Communication: Promoting a Positive Health Care*, w: J. C. Rosen, L. J. Solomon (red.), *Prevention in Health Psychology*, University Press of New England, Hannover and London 1985, ss. 328-365; Ph. Butow, S. Dunn, *Communication with Cancer Patients*, „Journal of Palliative Care”, vol. 11, Winter, 4/1995, ss. 34-39.

gających i zniechęcać je do szukania nowych sposobów dotarcia do pacjenta, co z kolei zwiększy u pacjenta poczucie osamotnienia i spowoduje unikanie kontaktu. Wyniki ankiet przeprowadzonych przez Elizabeth Kuebler-Ross<sup>13</sup> wśród ludzi śmiertelnie chorych pokazują jednak wyraźnie, że ludzie umierający, nawet ci zamykający się, chcą rozmawiać o śmierci, o przeżywanych uczuciach czy trapiących ich problemach. Zdaniem E. Kuebler-Ross, stają się jakby „zakneblowani” zwłaszcza wtedy, gdy odnoszą wrażenie, że inni uciekają się do łatwego pocieszenia, aby uniknąć prawdziwej rozmowy. Przełamanie tej niemożności porozumienia się wymaga ciągłej gotowości i nieskończenie wiele taktu. W przekonaniu Jacques’a Bréhanta, „to raczej żywi, a nie umierający boją się mówić o śmierci”<sup>14</sup>.

Wzór emocjonalnego reagowania, pojawiający się w kolejnych fazach choroby nowotworowej, ma charakter zindywidualizowany. E. Kuebler-Ross zwróciła uwagę, że emocje pojawiające się od momentu postawienia diagnozy do uzyskania pełnej świadomości kończącego się życia zachowują pewną stałą kolejność. Na tej podstawie wyróżniła pięć etapów procesu umierania: zaprzeczenie, gniew, targowanie się, depresja, akceptacja śmierci. W przekonaniu osób pomagających osobom śmiertelnie chorym, znajomość takiego ogólnego wzorca emocjonalnego reagowania może być pomocna w rozpoznawaniu danego stadium procesu umierania i w związku z tym właściwego reagowania, co ma znaczenie dla utrzymania albo też nawiązania dobrego porozumienia między pacjentem a osobą świadczącą pomoc<sup>15</sup>. Rober Buckman uważa jednak, że model przedstawiony przez E. Kuebler-Ross nie jest pomocny, ponieważ w istocie nie jest to model adekwatny<sup>16</sup>.

Według R. Buckmana, błędne jest ujęcie procesu umierania jako kolejnych następujących po sobie reakcji emocjonalnych oraz nadanie takiemu ujęciu waloru pewnej uniwersalności czy powszechnej prawidłowości. Bardziej właściwe jest tu podejście idiosynkratyczne, ponieważ reakcje na własne umieranie są charakterystyczne dla danej jednostki i wyznaczone m.in. przez sposób, w jaki nauczyła się ona reagować na trudności, a nie przez stadia procesu czy też przez treść diagnozy. To, jak osoba reaguje, jest zależne w sposób zasadniczy od charakteru osoby. Ponadto wiele reakcji emocjonalnych pojawia się równocześnie, a nie w określonej kolejności, nawet jeżeli niektóre z tych reakcji pozostają ze sobą w konflikcie. Zdaniem R. Buckmana, bliższe prawdy jest ujmowanie emocji pojawiających się w procesie umierania jako mozaiki, zawierającej różne jednostkowe emocje, często występujące jednocześnie, ale

<sup>13</sup> E. Kuebler-Ross, *Życiodajna śmierć*, Księgarnia św. Wojciecha, Poznań 1996.

<sup>14</sup> J. Brehant, *Thanatos: chory i lekarz...*, s. 31.

<sup>15</sup> Por. badania R. Buckmana. R. Buckman, *How to break bad news – a guide for health care professionals*, Macmillan, Medicar, London 1993.

<sup>16</sup> Tamże.

składające się w pewien wzór charakteryzujący daną jednostkę. Reakcje pojawiające się w odpowiedzi na sytuację zagrożenia śmiertelną chorobą – nawet gdy ich siła jest duża – są uznawane za reakcje normalne; pełnią one funkcje przystosowawcze. Niektóre sposoby reagowania mogą zanikać w trakcie chorowania, może też ulegać zmianie intensywność reakcji emocjonalnych pojawiających się w przebiegu choroby nowotworowej. Reakcje te mają wprawdzie wartość przystosowawczą, niemniej jednak z uwagi na swoje konsekwencje, np. utrudnione porozumiewanie się z otoczeniem, mogą wtórnie powiększać poczucie lęku, niepokoju czy ogólnie rzecz biorąc – powiększać cierpienie albo – mówiąc inaczej – poziom emocjonalnego stresu<sup>17</sup>.

Przyjmowane przez pacjentów strategie radzenia sobie w sytuacji zagrożenia zdrowia i życia – nadmiernego obciążenia emocjonalnego – będą miały wpływ na jakość komunikacji pomiędzy pacjentem a lekarzem, pielęgniarką czy zespołem leczącym. W literaturze z zakresu opieki paliatywnej wskazuje się na następujące, dające określone efekty, strategie radzenia sobie z chorobą<sup>18</sup>:

– **Unikanie**. Strategia ta jest stosowana przez tych pacjentów, którzy są świadomi natury swej choroby, ale starają się unikać wszelkich sytuacji przypominających o chorobie. Pacjenci tacy ograniczają niekiedy kontakty z lekarzami, pielęgniarkami, ograniczają wizyty w szpitalu; w skrajnych przypadkach korzystają z pomocy innych osób jako pośredników w kontakcie.

– **Poczucie panowania nad chorobą**. Niektórzy pacjenci osiągną takie poczucie poprzez spostrzeganie przyczyn swojej choroby czy stosowanych środków zaradczych jako bardziej korzystnych niż u innych pacjentów z podobnymi schorzeniami. Przekonują samych siebie, że prognoza w ich przypadku nie jest najgorsza. Bywa to przyczyną zaprzeczania, że istnieje związek pomiędzy pojawiającymi się objawami a postępami choroby. W kontakcie z lekarzami oczekują wciąż potwierdzenia dla wymyślonych przez siebie uzasadnień, a nie prawdziwych informacji o postępach choroby.

– **Spostrzeganie wartości pozytywnych choroby**. Dotyczy to tych pacjentów, którzy swoją chorobę potraktowali jako źródło pozytywnych zmian w hierarchii wartości, co niejednokrotnie może prowadzić do zmiany stylu życia na bardziej satysfakcjonujący niż styl życia przed zachorowaniem. Pacjenci stosujący taką strategię chętnie współpracują z lekarzem, a ogólne pozytywne nastawienie sprzyja często wydłużeniu czasu przeżycia.

Dzięki stosowanym strategiom wielu pacjentów z nowotworami złośliwymi dobrze sobie radzi ze swoimi emocjami. Wśród pacjentów opieki paliatywnej

<sup>17</sup> J. Barraclough, *Cancer and Emotion. A Practical Guide to Psycho-Oncology*, J. Wiley and Sons, Chichester – New York – Toronto 1994.

<sup>18</sup> Tamże; J. H. Rowland, *Developmental Stage and Adaptation: Adult Model*, w: J. C. Holland, J. H. Rowland (red.), *Handbook of Psychooncology. Psychological Care of the Patient with Cancer*, Oxford University Press, New York Oxford 1989, ss. 25-43.

spotyka się jednak i takich, którzy sobie nie radzą, u których występują takie stany emocjonalne, jak złość, depresja, niepokój, lęk. Utrzymują się bardzo długo, nasilając cierpienia psychiczne, konflikty z innymi ludźmi, a czasem pomniejszając skuteczność medycznej terapii. Można w przypadku tych pacjentów mówić o braku emocjonalnego przystosowania do sytuacji choroby czy też klasyfikować ich jako pacjentów z problemami emocjonalnymi. Źródła tych problemów mogą być bardzo różne (wcześniejsze zaburzenia psychiczne, konflikty w rodzinie, brak satysfakcjonującej opieki), mniej lub bardziej związane z sytuacją choroby<sup>19</sup>. W przypadku pacjentów z problemami emocjonalnymi mamy do czynienia z dużymi trudnościami w komunikowaniu się pacjenta z lekarzem. Jest to sytuacja dość paradoksalna. Z jednej bowiem strony pacjenci tacy na ogół niechętnie nawiązują bliższy kontakt z osobami pomagającymi, a z drugiej – nie można im pomóc bez nawiązania kontaktu, i to bliskiego. Z kolei rozpoznanie charakteru problemów emocjonalnych i ich źródeł jest podstawowe dla zastosowania określonych środków zaradczych – psychologicznych czy farmakologicznych.

### 3.3. Trudny pacjent

Niektórzy pacjenci wzbudzają w osobach opiekujących się nimi różnorakie negatywne emocje: irytację, złość, poczucie winy, niechęć, a nawet rozpacz. Pacjenci tacy są na ogół spostrzegani jako tzw. trudni pacjenci. Przyczyn pojawienia się reakcji tego typu upatruje się w różnych czynnikach. W literaturze najczęściej wymieniane są następujące przyczyny<sup>20</sup>:

– Zaburzenia osobowości typu hipochondrycznego. Pacjenci tacy domagają się od lekarza ciągłej uwagi, przy czym często odmawiają wprost albo pośrednio zastosowania się do lekarskich zaleceń; mają szczególny dar do wywoływania konfliktów pomiędzy osobami zajmującymi się nimi. Pacjenci tacy są spostrzegani jako nieznośni, uciążliwi, nadmiernie angażujący.

– Specyficzne reakcje przystosowawcze. Niektórzy pacjenci reagują na stres związany z chorobą nowotworową pojawieniem się zachowań, które pozostają w sprzeczności z ich dotychczasowym stylem bycia. Na przykład pacjenci mili, uprzejmi mogą zacząć zachowywać się ordynarnie, dąsać i obrażać się, demonstrować zdumienie i brak motywacji do podjęcia jakiegokolwiek wysiłku zmierzającego do współpracy z lekarzem.

<sup>19</sup> J. Barraclough, *Cancer and Emotion...*; M. J. Massie, *Depression*, w: J. C. Holland, J. H. Rowland (red.), *Handbook of Psychooncology...*, ss. 273-290; A. Faulkner, P. Maguire, C. Regnard, *Dealing with anger in patient or relative: a flow diagram*, „Palliative Medicine” 8/1994, ss. 51-57; J. Brehant, *Thanatos: chory i lekarz...*

<sup>20</sup> J. Barraclough, *Cancer and Emotion...*; W. B. Grant, *The hated patient and his hating attendants*, „Medical Journal of Australia” t. 2, 1980, ss. 127-132; P. Maguire, *Psychological Barriers to the Care of the Dying*, „British Medical Journal” 291/1985, ss. 1711-1713.

Problemy osobiste personelu leczącego albo niedoskonałości w systemie służby zdrowia. W takiej sytuacji pacjent zostaje potraktowany jako kozioł ofiarny, staje się celem agresji przemieszczonej, przedmiotem, na którym wyładowuje się negatywne emocje. Czasami osobami trudnymi w kontakcie są krewni, ale obwiniani za to jest pacjent.

W przypadku pacjentów z pierwszych dwóch grup usunięcie trudności w kontakcie nie wymaga jakichś specjalnych zabiegów. U pacjentów tych bowiem za zachowaniami wzbudzającymi negatywne reakcje otoczenia kryje się duży poziom lęku oraz duże poczucie cierpienia. Okazywanie wobec tych pacjentów cierpliwości, zrozumienia, udzielanie ciągłej pomocy przez skuteczne kontrolowanie takich objawów, jak ból czy zastosowanie terapii lekami psychotropowymi, jeśli tylko jest to wskazane, może ostatecznie przynieść dobre rezultaty, m.in. poprawę kontaktu pacjenta z otoczeniem.

Jeśli pacjenci stali się kozłami ofiarnymi z powodu trudności emocjonalnych pracowników opieki paliatywnej, to zaprzestanie traktowania ich jako trudnych wymaga od opiekunów uświadomienia sobie treści przeżywanych emocji oraz dokonania konfrontacji z tymi emocjami. Może to okazać się niełatwym zadaniem, zwłaszcza wtedy, gdy członek zespołu hospicyjnego (paliatywnego) jest przekonany, że powinien stanowić wzór cnót, że całość jego postępowania wobec chorego powinna być bliska wyidealizowanemu obrazowi pracownika hospicjum. Wedle tego wyidealizowanego wzorca, osoba pracująca z umiarkującymi nie tylko nie powinna, ale w ogóle nie ma prawa przeżywać wobec pacjenta takich negatywnych uczuć, jak złość czy zniechęcenie. Spostrzeganie pacjenta jako trudnego byłoby zatem efektem działania mechanizmu obronnego, jakim jest projekcja nieakceptowanych w sobie własności na pacjenta. Jeżeli problem ten nie zostanie w odpowiednim czasie rozpoznany, postawa negatywna może utrwalić się i w rezultacie przenieść na innych pacjentów, na osoby z zespołu czy na członków rodziny. W skrajnej formie może doprowadzić do pojawienia się syndromu wypalenia zawodowego.

Jennifer Barraclough<sup>21</sup> w pracy *Cancer and Emotions* zwraca uwagę na to, że wśród pacjentów opieki paliatywnej można wyróżnić dwie kategorie pacjentów, których autorka obejmuje wspólną nazwą „pacjenci trudni”. Pierwsza kategoria to pacjenci z jakichś względów niezwykle lubiani i interesujący, którzy wyzwalają nadmierną troskliwość zespołu. Druga kategoria to pacjenci scharakteryzowani wyżej, uznawani przez zespół za trudnych i niewdzięcznych.

J. Barraclough zauważa także, że pacjenci, którzy byli początkowo postrzegani jako pacjenci niezwykle interesujący i atrakcyjni – jeśli tylko ich stan się nie poprawia, a ich zachowanie ulega w związku z tym stopniowym zmianom – po pewnym czasie zaczynają być przez zespół traktowani tak jak pacjenci trudni.

<sup>21</sup> J. Barraclough, *Cancer and Emotion...*

Jest to cena, jaką płacą ci pacjenci za niewłaściwą reakcję na leczenie, w które zespół włożył wiele wysiłku, albo za to, że zespół nadmiernie zaangażowany w opiekę odczuwa zakłopotanie z powodu swego niezadowolenia z pacjenta. Zdaniem autorki, bardzo rzadko zdarzają się sytuacje odwrotne: trudny pacjent reaguje pozytywnie na dobrą, profesjonalną opiekę i stopniowo zaczyna być postrzegany przez zespół jako pacjent interesujący i wzbudzający pozytywne uczucia. Konkluzją tych rozważań niech będą słowa J. Barraclough:

Niemożliwe jest obdarzanie jednakową sympatią wszystkich pacjentów albo zajmowanie się każdym chorym z taką samą uwagą. Pacjenci, którzy wywołują uczucia pozytywne lub negatywne powodują, że praca z nimi nie jest monotonna. Tylko jednak rozpoznając te silne emocje i zdając sobie z nich sprawę, można poradzić sobie z nimi w konstruktywny sposób<sup>22</sup>.

#### 4. Lekarz/pielęgniarka

Pacjenci opieki paliatywnej mogą być pacjentami lubianymi albo nielubianymi, mogą być spostrzegani jako chętnie współpracujący z lekarzem czy pielęgniarką albo oporni na taką współpracę. W skrajnym przypadku pacjent może wyrazić wolę zaprzestania nad nim opieki, sprawowanej przez zespół, danego lekarza czy pielęgniarkę. Postawa, jaką przyjmuje pacjent wobec swojej choroby, sytuacji, w jakiej się znalazł, wobec osób proponujących mu pomoc, oraz reakcje, które postawa ta wywołuje ze strony otoczenia – wszystko to nie może być uzasadnieniem dla zrezygnowania z wysiłku kontynuowania opieki. Odpowiedzialność za nawiązanie kontaktu z pacjentem, za podtrzymanie kontaktu, za całość i jakość komunikacji spoczywa głównie na poszczególnych osobach z zespołu opieki paliatywnej.

Uznanie wagi umiejętności dobrego komunikowania się znalazło swój wyraz np. w Wielkiej Brytanii w specjalnym programie edukacyjnym realizowanym od 1980 r., obejmującym najpierw szkolenie pielęgniarek, a później także lekarzy. Podstawowy kurs w tym zakresie trwa aż osiemnaście miesięcy. W nauczaniu wykorzystuje się różne techniki – od sesji dyskusyjnych do sesji warsztatowych z użyciem techniki grania ról. Twórcami angielskiego programu szkoleń są bardzo popularni w tej dziedzinie lekarz psychiatra Peter Maguire oraz lekarz i psycholog Ann Faulkner, autorzy licznych publikacji poświęconych zagadnieniom skutecznego porozumiewania się<sup>23</sup>.

Zdaniem tych autorów do zakresu kompetencji zawodowej lekarza, a także pielęgniarki, niekoniecznie pracujących w opiece paliatywnej, powinno należeć zdobycie następujących umiejętności:

<sup>22</sup> Tamże, s. 106.

<sup>23</sup> P. Maguire, A. Faulkner, *How to do it: Communicate with cancer patients. Handling bad news and difficult questions*, „British Medical Journal” 297/1988, ss. 907-909; A. Faulkner, *Effective Interaction with Patients*, Edinburgh – London – Madrid – Melbourne – New York – Tokyo 1992; A. Faulkner, *Teaching Interaction Skills in Health Care*, Chapman & Hall, London – Madison 1993.

- a) rozpoznawanie problemu pacjenta albo jego rodziny,
- b) zbieranie danych i przeprowadzania wywiadu,
- c) przekazywanie informacji, dotyczących diagnozy i prognozy pacjentowi i jego rodzinie,
- d) prowadzenie rozmowy, której celem jest m.in.:
  - pomoc w rozwiązywaniu problemów pacjenta i jego rodziny,
  - pomoc w ekspresji negatywnych emocji,
  - wspieranie chorego, a także jego rodziny w wysiłku poradzenia sobie w sytuacji choroby<sup>24</sup>.

Posiadanie takich kompetencji jest podstawą dla dobrej komunikacji między lekarzem czy pielęgniarką a pacjentem. Zła komunikacja jest jedną z najważniejszych przyczyn złego samopoczucia pacjentów. W 1960 r. Scottish Association for Mental Health opublikowała dane dotyczące psychologicznych problemów, jakie pojawiają się u pacjentów leczonych w szpitalach. Okazało się, że zasadniczym powodem złego samopoczucia był przede wszystkim brak wiedzy albo informacji: na temat samej choroby, zastosowanego i możliwego leczenia, prognozy w danej chorobie, czasu koniecznego do wyzdrowienia i powrotu do pracy<sup>25</sup>.

Dobra komunikacja w opiece paliatywnej jest warunkiem *sine qua non* skutecznego kontrolowania objawów: „Skuteczne kontrolowanie objawów jest niemożliwe bez skutecznej komunikacji. Nawet najsilniejszy lek będzie miał małą wartość, jeżeli pracownicy opieki paliatywnej nie są w stanie zrozumieć bólu pacjenta, a zrozumienie tego bólu jest możliwe tylko dzięki skutecznej komunikacji”<sup>26</sup>. Podobnie pisze Robert G. Twycross: „Dobry kontakt lekarza z pacjentem jest podstawą w leczeniu chorych terminalnie”<sup>27</sup>.

Spośród różnych umiejętności ułatwiających komunikowanie się w opiece paliatywnej jako mające istotne znaczenie są spostrzegane:

- umiejętność uważnego słuchania,
- przekazywanie złych informacji,
- prowadzenie rozmowy terapeutycznej,
- porozumiewanie się z rodziną pacjenta, a także z innymi pracownikami opieki paliatywnej<sup>28</sup>.

<sup>24</sup> P. Maguire, A. Faulkner, *How to do it: Communicate with cancer patients...*; A. Faulkner, *Effective Interaction...*

<sup>25</sup> E. Lichter, *Communication in Cancer Care*, Churchill Livingstone, Edinburgh – London – Melbourne – New York 1987.

<sup>26</sup> R. Buckman, *How to break bad news...*, s. 47.

<sup>27</sup> R. G. Twycross, *Introducing Palliative Care*, s. 168.

<sup>28</sup> R. Buckman, *Communication in Palliative Care: a Practical Guide*, w: D. Doyle, Geoffrey W. C. Hanks, N. Macdonald (red.), *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, Oxford University Press, Oxford – New York – Tokyo 1993; tenże, *How to break bad news – a guide for health care professionals*, Macmillan, Medica, London 1993.

Z kolei uwzględniając punkt widzenia pacjenta, okazuje się, że podstawowymi informacjami, które pacjent chciałby usłyszeć od lekarza (pielęgniarki), są informacje:

- dotyczące udzielania wszelkiej pomocy,
- o kontynuowaniu opieki bez względu na stadium choroby,
- zawierające wyrazy szacunku dla osoby pacjenta,
- dotyczące zapewnienia, że pacjent uzyska wszelką pomoc w rozwiązywaniu jego problemów,
- dotyczące zapewnienia, że ból oraz inne przykre objawy będą przez lekarzy łagodzone<sup>29</sup>.

Jak pokazuje praktyka, tego rodzaju informacje są przekazywane pacjentowi nierzadko w sposób niewerbalny i pośredni, poprzez oddanie, poświęcenie, troskę, a także jakość świadczonych usług.

#### 4.1. Przeszkody w komunikacji

Komunikacja z umierającym pacjentem napotyka na wiele przeszkód. Powodem chyba podstawowym jest to, że w dzisiejszym świecie rozmowy o śmierci i umieraniu nie tyle są bardzo trudne, co po prostu stanowią tabu, a gdy się zdarzają, wprawiają w zakłopotanie, nawet wówczas, gdy jest to rozmowa lekarza z pacjentem. Źródła tych trudności mają charakter społeczno-kulturowy i należy ich szukać w sposobie, w jaki współczesne społeczeństwo traktuje śmierć<sup>30</sup>. O niektórych jednak trudnościach można powiedzieć, że są warunkowane indywidualnymi, osobowościowymi właściwościami pacjenta, lekarza czy pielęgniarki.

Trudności w prowadzeniu rozmów z umierającym pacjentem dotyczą<sup>31</sup>:

- społeczeństwa,
- osoby pacjenta,
- pracowników służby zdrowia, pojawiają się jako efekt pewnych własności osobowości albo efekt braku umiejętności praktycznych (jest to skutek niedostatków edukacji w akademiach medycznych).

##### 4.1.1. Trudności w rozmowie o śmierci związane ze społeczeństwem

**Zaprzecanie śmierci.** Jest to tendencja szczególnie charakterystyczna dla współczesnych społeczeństw zachodnich. Tak jak jeszcze kilkadziesiąt lat temu sprawy płci były tematem tabu, tak obecnie tematem tabu jest śmierć i umieranie. Zagadnienia śmierci i umierania pozostają nieobecne zarówno

<sup>29</sup> R. G. Twycross, *Introducing Palliative Care*.

<sup>30</sup> P. Aries, *Człowiek i śmierć*, PIW, Warszawa 1992.

<sup>31</sup> R. Buckman, *Communication in Palliative Care...*; tenże, *How to break bad news...*; E. Kuebler-Ross, *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1979; też, *Życiodajna śmierć*; E. Lichter, *Communication in Cancer Care*.

w rozmowach prywatnych, jak i w publicznych debatach, chyba że chodzi o kontrowersje związane z eutanazją czy karą śmierci.

Tendencja do zaprzeczania śmierci znalazła ponadto swój wyraz w tworzeniu nowych obyczajów związanych ze śmiercią i umieraniem. Koszty postawy zaprzeczania są ponoszone przede wszystkim przez tych, których życie jest zagrożone i którzy są umierający, oraz tych, którzy podejmują się opieki nad osobami śmiertelnie chorymi, czyli rodziny i personel medyczny.

Najprawdopodobniej czynnikami odpowiedzialnymi za kształtowanie się postawy zaprzeczania są<sup>32</sup>:

- brak doświadczeń związanych ze śmiercią w rodzinie,
- nierealne oczekiwania odnośnie do możliwości zachowania zdrowia i długiego życia,
- materialistyczny stosunek do życia,
- hedonistyczny stosunek do życia,
- zmieniona rola religii.

#### **4.1.2. Trudności w rozmowie o śmierci związane z pacjentem**

Lęk przed śmiercią jest emocją bardzo złożoną; składa się nań zespół wielu obaw o zróżnicowanej treści. Pacjent odczuwający lęk przed śmiercią może obawiać się przede wszystkim objawów fizycznych, np. ból, wymioty, duszność; skutków psychicznych, np. załamanie, zaburzenia psychiczne, negatywne emocje; ubocznych skutków leczenia – bólu, oszpeceń; konsekwencji, jakie niesie choroba nowotworowa dla życia społecznego, rodzinnego i towarzyskiego – utraty pełnych ról społecznych, pracy czy atrakcyjności seksualnej. Obawy pacjenta mogą też dotyczyć jego problemów egzystencjalnych czy religijnych. Uprzytomienie sobie faktu, że na lęk przed śmiercią mogą się składać różne obawy, ma ważne następstwa dla procesu komunikowania się w opiece paliatywnej. Powinno to skłaniać lekarza czy pielęgniarkę do rozpoznania tych aspektów nieuleczalnej choroby, które są najważniejsze dla pacjenta, stanowią dla niego główny problem i są przyczyną nasilonego niepokoju, złości, gniewu i innych przykrych emocji. Jeśli więc pacjent oświadcza, że boi się śmierci, to należy koniecznie ustalić, czego się tak naprawdę obawia, albo czego się obawia najbardziej. Takie rozpoznanie obaw i emocji z nimi związanych jest czynnikiem ułatwiającym empatyczne rozumienie pacjenta oraz wpływającym na jakość udzielanego wsparcia.

#### **4.1.3. Trudności w rozmowie o śmierci, związane z lekarzem czy pielęgniarką**

**Współodczuwanie bólu.** W opiece paliatywnej lekarz czy pielęgniarka często spotykają się z tak intensywnie odczuwanym przez pacjenta bólem, że

<sup>32</sup> Bardzo szczegółową charakterystykę tych czynników można znaleźć w książce P. Ariesa pt. *Człowiek i śmierć*.

czują się wobec niego bezradni. Bywa też, że siła uczuć przeżywanych przez pacjenta sprawia, że osoby opiekujące się pacjentem w pewnej mierze przejmują te uczucia. To współodczuwanie cierpienia oraz poczucie bezradności może doprowadzić do pojawienia się poczucia niekompetencji czy winy, a w konsekwencji do unikania kontaktu z pacjentem lub dystansowania się do problemu pacjenta.

**Lęk przed poczuciem winy.** Jest to rodzaj obawy (lęku), który może utrudnić komunikację, po pierwsze, gdy lekarz powinien przekazać pacjentowi niekorzystną informację o diagnozie i prognozie. Lekarz miewa wówczas poczucie winy wobec pacjenta, że przekazuje niepomyślne informacje, a zdarza się, że reagujący emocjonalnie pacjent uznaje lekarza za współwinnego sytuacji, w której się znalazł. Po drugie, gdy lekarz spotyka się z pacjentem nieuleczalnie czy przewlekle chorym, któremu niewiele jest w stanie pomóc, może mieć poczucie winy związane z ograniczonymi możliwościami oddziaływania medycznego – czy to z powodów finansowych, czy wynikających z bezradności medycyny. Z kolei pacjent może obwiniać lekarza o małą skuteczność w leczeniu choroby czy przynoszeniu ulgi w cierpieniu<sup>33</sup>.

**Obawa związana z poczuciem niekompetencji w komunikowaniu.** Przyczyną unikania czy ograniczania rozmów z umierającym pacjentem jest niekiedy poczucie braku umiejętności w zakresie prowadzenia takiej rozmowy. W ramach kształcenia medycznego lekarze nie są przygotowani do rozmów z pacjentami, którzy umierają. Przy tym o ile lekarz ma dokładne wskazówki, jak postępować w sprawach medycznego leczenia, o tyle w sytuacji, gdy pacjent potrzebuje wsparcia psychologicznego, lekarz nie posiada żadnych wskazówek, albo ma bardzo ogólne. Brak wyraźnych instrukcji, jak postąpić, jest z pewnością ważnym powodem unikania przez lekarzy tych pacjentów, którzy umierają<sup>34</sup>.

**Lęk przed reakcją emocjonalną pacjenta.** Niekiedy przed podjęciem decyzji o rozmowie z pacjentem o jego chorobie, objawach czy rokowaniach powstrzymuje lekarza obawa przed spodziewaną reakcją emocjonalną pacjenta. Często lekarz nie tylko nie wie, jak rozmawiać z pacjentem, ale także nie wie, jak się zachować wobec pacjenta reagującego gniewem, złością czy łzami<sup>35</sup>.

**Obawa przed ujawnieniem niewiedzy (powiedzeniem „nie wiem”).** Obawa ta jest obawą naturalną, zwłaszcza w dziedzinie, w której ma się z powodów zawodowych uchodzić za eksperta. Lekarze często

<sup>33</sup> E. P. Servalli, *The Dying Patient, the Physician and the Fear of Death*, „New England Journal of Medicine” 319/1988, ss. 1728-1730.

<sup>34</sup> P. Maguire, A. Faulkner, *How to do it: Communicate with cancer patients...; P. Maguire, A. Faulkner, How to do it: Improve the counselling skills of doctors and nurses in cancer care*, „British Medical Journal” 297/1988.

<sup>35</sup> R. Gorlin, H. D. Zucker, *Physician's reactions to patients*, „New England Journal of Medicine” 308/1983, ss. 1059-1063.

usiłują maskować swoją niewiedzę przed pacjentem, nie są skłonni odpowiadać „nie wiem”. Takie postępowanie nie służy jednak budowaniu zaufania między lekarzem a pacjentem, chociaż lekarze miewają odmienne wyobrażenia, zwłaszcza gdy motywem ich postępowania jest chęć ochrony pacjenta przed nadmiernym stresem. Niezależnie jednak od pobudek, które kierują lekarzem, konsekwencją kłamstwa może być całkowita utrata zaufania do lekarza, a w konsekwencji niechęć do jakiegokolwiek współpracy.

Lęk przed zachorowaniem, lęk przed śmiercią. U każdego człowieka występuje pewien poziom lęku przed śmiercią; jest on być może nawet większy u osób zajmujących się osobami śmiertelnie chorymi niż ogólnie w populacji<sup>36</sup>. Niektóre badania psychologiczne pokazują, że zaprzeczanie własnej śmiertelności oraz możliwości zachorowania są wręcz charakterystyczne dla przyszłych lekarzy czy pielęgniarzek<sup>37</sup>. Dlatego w konsekwencji lekarz czy pielęgniarka będą chętniej spotykać się czy rozmawiać z tymi chorymi, którzy potwierdzają te iluzje, a unikać tych chorych, którzy iluzjom tym mogliby zaprzeczyć. Zatem lęk wzbudzany przez świadomość własnej śmiertelności może stać się powodem unikania przez lekarza czy pielęgniarkę kontaktu z umierającym pacjentem.

Lęk przed krytyką ze strony innych lekarzy. Nadal można znaleźć lekarzy, zwłaszcza starszych wiekiem, którzy są przekonani, że niekorzystną diagnozę czy prognozę należy ukrywać przed pacjentem. Młody lekarz, żywiący odmienne przekonania w tym względzie, może spotkać się z niechęcią ze strony starszych kolegów. Ulegając presji swego środowiska, może w efekcie zacząć unikać spotkań albo ograniczać kontakt ze śmiertelnie chorym pacjentem.

Opisane czynniki to te, które w literaturze dotyczącej opieki paliatywnej są uważane za najbardziej ograniczające czy zakłócające komunikację lekarza czy pielęgniarki ze śmiertelnie chorym pacjentem.

#### 4.2. Czynniki sprzyjające dobremu kontaktowi z pacjentem

W kontaktach lekarz – pacjent kluczowe jest budowanie zaufania pacjenta do lekarza. Jako nadawca w procesie porozumiewania się, lekarz czy pielęgniarka powinni charakteryzować się przede wszystkim wiarygodnością. Korzystając z ogólnych ustaleń teorii komunikacji (stosując ją do sytuacji kontaktu między lekarzem a pacjentem), można powiedzieć, że lekarz jest traktowany jako osoba wiarygodna, budząca zaufanie, gdy spełnia następujące warunki:

<sup>36</sup> M. Streim, F. Marshall, *The dying elderly patient*, „American Family Practitioner” 38/1988, ss. 175-183.

<sup>37</sup> F. Antonelli, *Oblicza śmierci. Jak kształtować właściwą postawę wobec śmierci*, Wydawnictwo M, Kraków 1995.

- jest spostrzegany i oceniany jako osoba kompetentna w swojej dziedzinie, potrafiąca przekazywać określone treści,
- pacjent-odbiorca pozytywnie ocenia jego intencje.

Następujące własności są przedstawiane jako zwiększające wiarygodność lekarza czy pielęgniarki:

- jawność intencji lekarza,
- przejawy ciepła i życzliwości,
- solidność danego lekarza jako źródła informacji,
- dynamika, z jaką przekazywane są informacje (chodzi tu o przekazywanie z wewnętrzną wiarą, przekonaniem, co zwiększa moc przekazu).

Z punktu widzenia opieki paliatywnej interesujące jest stwierdzenie, że ujawnienie prawdziwych intencji nadawcy zwiększa zaufanie nawet wtedy, gdy celem przekazu nie jest dobro odbiorcy. Z kolei zatajanie intencji prowadzi do zafałszowania komunikacji, zmuszając nadawcę do maskowania się, koncentrowania na tym, co chce ukryć. W rezultacie nadawca (tu: lekarz) może być spostrzegany jako nieautentyczny, nieszczerzy czy nawet obłudny.

Drugim obok wiarygodności czynnikiem sprzyjającym dobrej komunikacji jest wysyłanie zrozumiałych przekazów. Przekaz będzie się stawał bardziej zrozumiały, gdy zadośćuczyni następującym warunkom:

- trudniej zrozumiałe fragmenty komunikatu będą powtarzane i dodatkowo wyjaśniane,
  - treść słowna informacji będzie zgodna z zachowaniami pozawerbalnymi nadawcy,
  - przekaz będzie kompletny, konkretny i wyczerpujący,
  - nadawca weźmie odpowiedzialność za to, co komunikuje pacjentowi.
- Odpowiedzialność wyraża się m.in. w używaniu takich zwrotów, jak „sądzę, że”, „oceniając to negatywnie”.

Trzecim czynnikiem sprzyjającym dobrej komunikacji jest zapewnienie dopływu informacji zwrotnych. Chodzi tu o taki sposób przekazywania informacji, który umożliwi wyrażanie uczuć wprost i dzięki temu pozyskiwanie informacji zwrotnych.

Jeżeli zatem lekarz jako nadawca w procesie komunikacji ma być osobą wiarygodną, potrafiącą przekazywać informacje w sposób zrozumiały oraz taki, który pozwala zapewnić uzyskiwanie informacji zwrotnych, to oprócz teoretycznej wiedzy o czynnikach sprzyjających i zakłócających proces komunikacji lekarz powinien posiadać wiedzę praktyczną oraz praktyczne umiejętności komunikowania, tak aby komunikacja z pacjentem i jego rodziną (na poziomie werbalnym i niewerbalnym) była jak najskuteczniejsza.

Do najbardziej podstawowych umiejętności niezbędnych w skutecznej komunikacji w opiece paliatywnej należą takie umiejętności, jak: uważne, aktywne słuchanie, zachowanie stosownego dystansu, postępowanie się sy-

gnałami niewerbalnymi, wykorzystanie dotyku. Umiejętnością, która na ogół budzi kontrowersje, jest wykorzystywanie dotyku.

Coraz częściej w ramach programu zajęć z psychologii na akademiach medycznych studenci są uczeni wykorzystywania dotyku jako ważnej techniki przynoszącej pacjentowi korzyści w postaci odczuwanej życzliwości i wsparcia<sup>38</sup>. Wydaje się, że kontaktowanie się z pacjentem poprzez dotyk ma szczególne znaczenie w opiece paliatywnej, zwłaszcza w sytuacji, gdy utrudnione albo w ogóle niemożliwe jest werbalne komunikowanie się. Ta forma komunikowania się powinna być popierana i często stosowana, jednak z pewnym zastrzeżeniem – przekroczenie określonej granicy intymności może spowodować u pacjenta poczucie zakłopotania, niezręczności, może nawet wywołać złość i wycofanie się z kontaktu. Reakcja tego rodzaju jest uwarunkowana m.in. własnościami osobowościowymi. Stąd lekarz (pielęgniarka) powinien być w takiej sytuacji wrażliwy na reakcję pacjenta: jeżeli pojawią się jakiegokolwiek objawy niezadowolenia, nie należy kontynuować tej formy kontaktu. Ponadto dotyk może zostać zinterpretowany nie jako przejaw życzliwości i sympatii, ale jako wyraz tendencji agresywnych czy dominacji. Pacjent, który przeżywa rozliczne obawy związane z poczuciem zagrożenia swojego zdrowia i życia ma większą potrzebę fizycznego kontaktu niż osoba silna i niezależna<sup>39</sup>. Trzymanie za rękę czy położenie ręki na ramieniu zaniepokojonego pacjenta (czy kogoś z jego rodziny) zwiększa poczucie bezpieczeństwa. Dotykiem może być także przekazana informacja o tym, że pacjent nie zostanie opuszczony, że nad nim będzie sprawowana opieka aż do samego końca. Dotyk stanowi jedyną możliwość komunikowania się z pacjentami znajdującymi się w ostrym stanie splątania czy pozbawionymi świadomości. Ludzie umierający są czasami izolowani od otoczenia emocjonalnie, psychicznie albo fizycznie. W opiece paliatywnej dotyk służy nie tylko komunikacji, ma on także znaczenie w technikach fizjoterapeutycznych, stosowanych wobec pacjentów, a także w podejmowanych rutynowych zabiegach pielęgnacyjnych. Dotyk może także pełnić w leczeniu funkcję symboliczną: może wpłynąć na formowanie się pozytywnych oczekiwań, i nawet wtedy, gdy służy celom ściśle diagnostycznym, może zwiększać poczucie komfortu.

Na podstawie własnej praktyki psychologicznej pragnę zwrócić uwagę na rzecz w moim przekonaniu ważną, a niewuwzględnianą w rozważaniach na temat znaczenia dotyku. Stosowanie dotyku jako sposób udzielania wsparcia oraz zaznaczenia życzliwości, współczucia i zrozumienia ma sens, gdy lekarz czy pielęgniarka albo inna osoba z zespołu jest osobowościowo, emocjonalnie gotowa na taką formę kontaktu. Przekonanie o potrzebie fizycznego kontaktu

<sup>38</sup> K. M. Larsen, C. K. Smith, *Assessment of nonverbal communication in the patient – physician interview*, „Journal of Family Practice” 12/1981, ss. 481-488.

<sup>39</sup> C. M. Parkes, *Psychological aspects*, w: C. Saunders (red.), *The management of terminal disease*, Edward Arnold, London 1978, ss. 44-64.

przy braku wspomnianej gotowości może spowodować poczucie dyskomfortu, zakłopotania, nieszczerości. Pacjenci, którzy w trakcie przewlekłego chorowania na ogół stają się bardziej wrażliwi na sygnały niewerbalne, mogą w takich okolicznościach odczuwać także zażenowanie czy zakłopotanie.

### 4.3. Stosowanie komunikatów ułatwiających słuchanie

Podczas rozmowy z pacjentem, lekarz (pielęgniarka) powinien w jakiś sposób dawać pacjentowi do zrozumienia, że pacjent jest w danym momencie uważnie słuchany. Umiejętność przekazywania takich sygnałów jest umiejętnością niezbędną dla skutecznego komunikowania się. Oto podstawowe sposoby dawania pacjentowi do zrozumienia, że jest on uważnie słuchany:

- Pozwalanie na to, aby pacjent mówił, przede wszystkim nie-przerywanie pacjentowi. Ta oczywista zasada jest niestety często ignorowana przez lekarzy, co powoduje, że pacjent ma poczucie, iż lekarz go nie słucha<sup>40</sup>.

- Zachęcanie pacjenta do mówienia: formami zachęty może być np. pytanie: „Czy może pan powiedzieć coś więcej?“, a także uśmiech, utrzymywanie kontaktu wzrokowego.

- Tolerowanie krótkiego milczenia: jeśli pacjent milczy, nie musi to oznaczać, że stracił myślowy wątek. Może to oznaczać, iż w tym momencie pacjent odczuwa coś bardzo ważnego albo myśli o czymś bardzo ważnym. Po chwili pacjent może dobrze wyrazić to, co było treścią przeżycia, pod warunkiem, że lekarz wytrzyma chwilę ciszy<sup>41</sup>.

Stosowanie tych trzech metod jest dla pacjenta wyraźnym komunikatem, że lekarz jest uważnie słuchającą osobą. Lekarz może jeszcze bardziej wyraźnie demonstrować pacjentowi, że jest on wysłuchiwany i:

- powtarzać to, co pacjent powiedział – dosłownie albo własnymi słowami (parafrazowanie),

- dokonywać interpretacji tego, co się usłyszało od pacjenta albo zadawać pytania dotyczące tego, co zostało przez pacjenta powiedziane.

### 4.4. Reagowanie współodczuwaniem

Często w trakcie rozmowy pacjent doświadcza bardzo silnych i bardzo różnych uczuć (złości, żalu), bywa też, że płacze. Lekarz, który zwrotnie nie komunikuje pacjentowi, że wie o ich istnieniu, że je rozpoznaje, będzie spostrzegany jako osoba niewrażliwa. Możliwość rozpoznawania emocji przeżywanych przez pacjenta jest związana ze zdolnością lekarza do empatii.

<sup>40</sup> N. Blau, *Time to let the patient speak*, „British Medical Journal” 298/1989, ss. 39-43.

<sup>41</sup> R. M. Frankel, H. B. Beckman, *The pause that refreshes*, „Hospital Practice”, Sept. 30, 1988, ss. 64-67.

Reakcja lekarza determinowana współodczuwaniem zawiera następujące komponenty<sup>42</sup> :

- rozpoznanie emocji doświadczanych przez pacjenta,
- rozpoznanie źródła (przyczyn) tych emocji,
- udzielanie odpowiedzi w sposób, który informuje pacjenta, że lekarz dostrzegł związek pomiędzy przeżywaną emocją a jej przyczyną.

Reagowanie współodczuwaniem nie musi być związane z tym, że w danym momencie lekarz doświadcza takiej samej emocji jak pacjent, choć zdarza się, że np. płaczący pacjent, przeżywający głęboki smutek, wywołuje u lekarza taką samą emocję, a nawet taką samą reakcję. Ważna jest tu przede wszystkim umiejętność rozpoznawania emocji i komunikowania pacjentowi tego, że lekarz wie, czego pacjent doświadcza.

## 5. Formy komunikacji werbalnej i umiejętności z nimi związane

W opiece paliatywnej, podobnie zresztą jak i w innych działach medycyny, duże znaczenie mają takie formy komunikacji werbalnej, jak przeprowadzenie wywiadu medycznego czy zbieranie danych z innych źródeł. Istotna jest tu także znajomość technik umożliwiających uzyskiwanie od pacjentów wyczerpujących informacji, które pozwoliłyby na skuteczne udzielanie pomocy.

Takie umiejętności, jak przeprowadzanie dobrego wywiadu czy zorientowanie się zarówno w stanie fizycznym, jak i psychicznym pacjenta, to umiejętności niezbędne każdemu lekarzowi czy pielęgniarce; nie są zatem one specyficzne dla członków zespołu opieki paliatywnej. Technice przeprowadzenia wywiadu zostało poświęconych sporo monografii<sup>43</sup>. Swoje rozważania ograniczę zatem do spraw najważniejszych.

W opiece paliatywnej komunikacja werbalna służy spełnianiu dwóch specyficznych zadań:

- przekazywaniu niekorzystnych informacji,
- prowadzeniu rozmowy mającej wartość terapeutyczną.

Komunikacja w opiece paliatywnej stanowi istotny element szeroko rozumianego leczenia od momentu, kiedy pacjent po raz pierwszy nawiązuje kontakt z zespołem opieki paliatywnej, aż do ostatnich momentów życia pacjenta. Na ogół przy tym prowadzenie z pacjentem rozmowy, której celem jest przekazywanie informacji medycznych, ma większe znaczenie krótko po rozpoczęciu leczenia paliatywnego, natomiast w ostatnich stadiach choroby występuje większa potrzeba dialogu terapeutycznego.

<sup>42</sup> Por. R. Buckman, *How to break bad news...*, s. 54.

<sup>43</sup> Por. np. A. Faulkner, *Effective Interaction with Patients; tenże, Teaching Interaction Skills...*, I. Lichter, *Communication in Cancer Care*.

### 5.1. Przekazywanie niepomysłnych informacji

Przekazywanie niepomysłnych informacji jest umiejętnością, którą powinni opanować przede wszystkim lekarze, ponieważ to oni są najbardziej kompetentni w przekazywaniu informacji o charakterze medycznym. Jednakże w zespole opieki paliatywnej posiadanie umiejętności tego rodzaju może się okazać przydatne także w przypadku pielęgniarek, a nawet innych członków zespołu, niektórzy bowiem pacjenci darzą większym zaufaniem pielęgniarki i traktują je w związku z tym jako bardziej wiarygodne źródło informacji. Przekazywanie niekorzystnych informacji jest procesem, który czasami trwa bardzo długo i ma swoją dynamikę. Sytuacja przekazywania niepomysłnych informacji jest niewątpliwie emocjonalnie trudna zarówno dla lekarza, jak i pacjenta. Niepomysłna informacja zmienia w sposób dramatyczny choremu obraz jego przyszłości, powoduje pojawienie się bardzo silnych emocji oraz uruchamia bardzo silne mechanizmy obronne<sup>44</sup>.

Lekarze niekiedy niechętnie podejmują się przekazywania choremu prawdy o rozpoznaniu i prognozie. Są skłonni unikać danego pacjenta i poszukiwać rozlicznych przyczyn tego unikania. Najczęściej przedstawiane przyczyny takiego zachowania to:

- przekonanie, że chory nie chce znać prawdy,
- lęk przed zadaniem bólu, wyrządzeniem krzywdy, spowodowaniem szoku,
- przekonanie, że pacjent znając prawdę o swojej chorobie, straci chęć do życia, do podjęcia walki o swoje zdrowie – straci nadzieję,
- obawa przed reakcją pacjenta i przed swoją bezradnością w tej sytuacji,
- obawa związana z przewidywaniem, że pacjent targnie się na swoje życie,
- lęk przed odrzuceniem przez chorego,
- lęk przed uświadomieniem sobie własnej śmiertelności,
- przeświadczenie, że nie potrafi tego dobrze zrobić, bo nikt go tego nie nauczył,
- przekonanie, że powinien to zrobić specjalista od komunikacji, np. psycholog.

Ogólnie podawane przyczyny odwołują się do dobra chorego – zachowania przez niego dobrego samopoczucia i nadziei na powrót do zdrowia. Podobnie zresztą motywuje utrzymywanie chorego w stanie niewiedzy najbliższa rodzina.

---

<sup>44</sup> T. Świrydowicz, *Psychologiczne aspekty przekazywania pacjentowi niepomysłnych informacji*, „Medycyna Wieku Rozwojowego” tom III, kwiecień – czerwiec, 1999, ss. 31-40; H. Wrona-Polańska, *Psychologiczne aspekty informowania pacjentów o chorobie*, w: D. Kubacka-Jasiecka, W. Łosiak (red.), *Zmagając się z chorobą nowotworową*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999, ss. 79-100, K. de Walden-Gałuszko (red.), *Psychoonkologia*, Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2000.

Częściej jednak, jak się wydaje, za niechęcią wzięcia na siebie trudnej odpowiedzialności przez lekarza kryje się własna wygoda i zachowanie własnego dobrego samopoczucia.

Przeciwstawna do postawy unikania jest postawa wyrażająca się w przeświadczeniu, że przekazywanie złych informacji nie stanowi żadnego problemu, ponieważ zawsze, bez względu na okoliczności, należy choremu mówić prawdę. Dodać trzeba, że pacjenci na ogół nie skarżą się na to, że powiedziano im prawdę, ale niekiedy na sposób, w jaki im tę prawdę przekazano. Skargi te dotyczą np. niewłaściwego miejsca (np. korytarz), tego, że lekarz nie miał czasu, że zrobił to w obecności innych pacjentów albo personelu pomocniczego, że lekarz wcześniej nie przygotował pacjenta do poznania prawdy.

Postawy skrajne – zarówno pierwszego, jak i drugiego typu – mogą mieć nieobliczalne konsekwencje przede wszystkim dla pacjenta. Dlatego sformułowano następujące praktyczne zasady, którymi powinien kierować się lekarz w przekazywaniu złych informacji<sup>45</sup>:

- nigdy nie należy oszukiwać chorego przez dawanie mu fałszywej nadziei,
- należy unikać brutalnej czy też bezmyślnej otwartości,
- należy pamiętać, że prawda ma walor lekarstwa – trzeba ją dawkować w zależności od indywidualnych potrzeb i od wrażliwości chorego.

Zdaniem R. G. Twycrossa, w sytuacji śmiertelnej choroby „Prawda ma wiele odcieni, od łagodnych do bardzo brutalnych i szorstkich. Chory woli zawsze tę delikatniejszą stronę prawdy i łatwiej przyjmuje łagodnie brzmiące słowa”<sup>46</sup>. Na przykład chory łatwiej przyjmie słowa „Badania wykazują, że jest to jedna z postaci nowotworu (guza)” niż: „Niestety, ma pan raka”; albo „Pana czas jest prawdopodobnie ograniczony” niż: „Ma pan przed sobą pół roku życia”. W takiej sytuacji posługiwanie się eufemizmami wydaje się być w całej pełni usprawiedliwione. Eufemizm złem jest tylko wtedy, gdy służy oszukiwaniu chorego.

Uzasadniając swoją decyzję o przekazaniu pacjentowi prawdziwych informacji, lekarze najczęściej odwołują się do następujących powodów:

- uznania prawa pacjenta do poznania prawdy („pacjent chce znać prawdę”),
- przekonania, że szacunek dla osoby pacjenta wymaga, aby mówić mu prawdę,
- przekonania, że kłamstwo niszczy autorytet lekarza
- przeświadczenia, że poznanie prawdy może zmobilizować pacjenta do podjęcia intensywniejszej walki z chorobą,

<sup>45</sup> R. Zittoun, *Patient Information and Participation*, w: J. C. Holland, R. Zittoun, *Psychosocial Aspects of Oncology*, Springer Verlag, Berlin – Heidelberg – New York – London – Paris – Tokyo – Hong Kong 1990, ss. 27-44; T. B. Brevin, *Three Ways of Giving Bad News*, „The Lancet” vol. 337, May 18, ss. 1207-1209; R. G. Twycross, *Introducing Palliative Care*; K. de Walden-Gałusko, *U kresu*.

<sup>46</sup> R. G. Twycross, *Introducing Palliative Care*, s. 24.

- przekonania, że każdy człowiek ma prawo do przeżywania umierania we własny sposób oraz do sprawowania kontroli nad własnym życiem,
- przeświadczenia, że poznanie prawdy da pacjentowi szansę na załatwienie ważnych spraw.

Zagadnienie, czy choremu należy, czy też nie należy mówić prawdę, przestało już dzisiaj budzić tyle kontrowersji. Istnieje wśród ludzi pracujących z osobami umierającymi przekonanie, że nie wolno okłamywać chorego i stwarzać mu fałszywej nadziei, co nie znaczy, że należy natychmiast, nie licząc się z okolicznościami, powiedzieć wszystko od razu. Problem: powiedzieć czy nie powiedzieć, nie pojawia się dzisiaj w literaturze psychoonkologicznej; rozważa się tylko, w jaki sposób przekazywać niekorzystne informacje, aby przygotować pacjenta na ewentualny szok i nie zniszczyć do końca żywionej przez niego nadziei<sup>47</sup>. Powiedzenie choremu prawdy nie musi jednak zniszczyć nadziei ani wywołać przygnębienia, jak często obawiają się lekarze czy osoby bliskie pacjentowi. Nadzieja jest silnym uczuciem, silniejszym, niż na ogół przypuszcza się.

Zdarza się, że lekarze mówiąc o nadziei i jej zachowywaniu, mają na myśli nadzieję na wyleczenie. Próbując podtrzymywać taką nadzieję w pacjencie uświadamiają mu, że sukces w walce z chorobą zależy od mobilizacji psychicznej, od woli walki. Gdy choroba postępuje, a pacjent traci siły fizyczne i psychiczne potrzebne do walki z chorobą, może on przeżyć ogromny stres, pozostając z poczuciem rozczarowania i rozżalenia. Jest to cena, jaką pacjent płaci za podtrzymywaną w nim fałszywą nadzieję na osiągnięcie sukcesu w leczeniu, gdy sukces ten miał zależeć od woli walki czy woli życia.

Nierealistyczna nadzieja na wyzdrowienie może być zastąpiona nadzieją na:

- nieśmiertelność duszy,
- opiekę osób bliskich do samego końca,
- to, że rodzina sobie poradzi po stracie,
- na godne zakończenie życia.

Wydać się to może paradoksalne, ale u niektórych pacjentów nadzieja wzrasta w momencie zbliżania się do śmierci. Zdarza się to wówczas, gdy chory ma zapewnioną opiekę i gdy nadzieja skoncentruje się nie na możliwości cudownego odzyskania zdrowia, ale wokół wysiłku, aby w pełni wykorzystać czas, który pozostał<sup>48</sup>.

Lekarz, który nie przekazuje pacjentowi prawdy o chorobie, kierując się obawą przed zniszczeniem nadziei, powinien wiedzieć, po pierwsze, że w człowieku nie jest łatwo zniszczyć nadzieję, a po drugie – skutki podtrzymywania fałszywej

<sup>47</sup> K. Jedliński, *Jak rozmawiać z tymi, co stracili nadzieję*, Wydawnictwo INTRA, Warszawa 1992; R. Buckman, *Communication in Palliative Care...*; tenże, *How to break bad news...*; A. Faulkner, *Effective Interaction...*; R. G. Twycross, *Introducing Palliative Care*.

<sup>48</sup> K. Herth, *Fostering hope in terminally-ill people*, „Journal of Advanced Nursing” 15/1990, ss. 1250-1259.

nadziei mogą być dla pacjenta bardziej dramatyczne niż skutki poznania prawdy. Po trzecie wreszcie, czynnikami, które przyczyniają się do wzrostu albo podtrzymywania nadziei są: okazywanie choremu szacunku, obecność bliskich osób, dążenie do realnych celów oraz właściwa kontrola bólu i innych objawów.

## 5.2. Jak przekazywać niepomyślne informacje?

W opiece paliatywnej zanim lekarz zdecyduje się na przekazanie pacjentowi informacji o jego stanie zdrowia czy rozpoznaniu, powinien ustalić, czy chory jest zdolny do zrozumienia informacji oraz czy rodzina się zgadza, aby została przeprowadzona taka rozmowa.

- **Zgoda rodziny** jest tu istotna, ponieważ rodzina na ogół zna lepiej chorego i może podać ważne argumenty przemawiające za nieinformowaniem. Ponadto jeżeli chory znajduje się w domu, to właśnie rodzina będzie się musiała uporać z reakcjami chorego wywołanymi poznaniem diagnozy. Dalszymi, decydującymi dla rozmowy krokami są:

- **Wybór miejsca** dla przekazania informacji. Może to być szpital albo dom. Ważne jest, aby miejsce to dawało pacjentowi poczucie bezpieczeństwa, możliwość ujawnienia przeżywanych emocji, aby lekarz mógł zostać z pacjentem tak długo, jak będzie on tego potrzebował.

- **Ustalenie, jak dużo pacjent wie** na temat diagnozy i prognozy albo jakie są jego przypuszczenia. Może się bowiem okazać, że rozmowa z pacjentem jest niepotrzebna, ponieważ pacjent został poinformowany wyczerpująco przy okazji leczenia prowadzonego wcześniej. Pacjenci oddziałów onkologicznych – inaczej niż pacjenci innych oddziałów – na ogół znają swoje rozpoznanie. Pacjent może znać nazwę swojej choroby, ale nie być świadomym jej skutków. Przekazanie pacjentowi informacji, że ma gruczolaka, może nic mu nie mówić. Potrzebne informacje mogą być uzyskane przez zadawanie pytań typu: „Co lekarz powiedział panu wcześniej?”, „Kiedy pojawił się pierwszy symptom, pomyślał pan, że co to może być?”. Jeżeli pacjent odpowiada, należy być uważnym w odczytywaniu nadawanych przez niego komunikatów, zarówno tych z poziomu werbalnego, jak i niewerbalnego.

- **Ustalenie, jak dużo pacjent chce wiedzieć.** Pacjenci niekiedy już na wstępie zaznaczają, że nie chcą poznać całej diagnozy, np. proszą, żeby wszystko powiedzieć współmałżonkowi, ponieważ jest lepiej zorientowany. Kiedy lekarz nie ma pewności, czy chory orientuje się w sytuacji i czy chce się dowiedzieć o niej czegoś więcej, może zastosować tzw. strzał ostrzegawczy i powiedzieć: „Wydaje mi się, że pańska choroba wygląda na poważniejszą, niż się na początku wydawało”. Jeśli pacjent na takie stwierdzenie zareaguje przygnębieniem, zaczyna płakać, należy na tym zakończyć rozmowę i dać pacjentowi czas, aby mógł się przygotować na uzyskanie prawdziwej, a niepomyślnej informacji.

• Kontynuowanie rozmowy – przekazywanie niepomysłnej informacji. Byłoby dobrze, gdyby lekarz kontynuujący rozmowę kierował się następującymi wskazówkami:

- przekazując informacje, należy używać oględnych sformułowań; na początku lepiej użyć terminu „nietypowe komórki” niż „rak”,
- słów „rak”, „nowotwór” można używać, gdy pacjent sam je wcześniej wypowie,
- należy unikać żargonu medycznego, starać się, aby używany język był zrozumiały dla pacjenta,
- należy wyjaśnić wszelkie wątpliwości zgłaszane przez pacjenta,
- pozwolić pacjentowi na wyrażenie emocji, stworzyć atmosferę stosowną do ich wyrażenia,
- okazać pacjentowi troskę i życzliwość,
- wyjaśnić dokładnie, co musi być jeszcze zrobione w sytuacji, w jakiej się pacjent znalazł,
- ustalić, jakiego rodzaju pomocy pacjent oczekuje,
- należy ustalić, ile i co pacjent zrozumiał z tego, co mu zostało przekazane; zadać mu takie pytania, jak: „Czy pan wie, co to znaczy?”, „Czy to, o czym mówiłem, jest dla pana/pani zrozumiałe?”.

To, jak dużo informacji należy przekazać pacjentowi w czasie jednej rozmowy, powinno zależeć od liczby pytań stawianych przez pacjenta oraz od tego, jak pacjent będzie reagował na odpowiedzi udzielane przez lekarza. Największe zainteresowanie swoją chorobą wykazują pacjenci znajdujący się we wstępnej fazie choroby, gdy jest szansa na wyleczenie – im dalej posunięty jest proces chorobowy, tym mniejsze zainteresowanie chorobą w ogóle, a coraz większa koncentracja na pojawiających się objawach choroby<sup>49</sup>. Ponadto lekarz powinien zdawać sobie sprawę z tego, że w momencie, gdy pacjent przeżywa silne emocje, to próba przekazania mu jakiegokolwiek informacji jest bezskuteczna, ponieważ pacjent skoncentrowany na doznawanym uczuciu albo nie usłyszy, albo nie będzie w stanie zrozumieć, co się do niego mówi.

• **Zakończenie rozmowy.** Dobrze jest, jeśli lekarz spróbuje zakończyć rozmowę jakimś akcentem nadziei. Może to być zapewnienie, że pacjent nie zostanie pozostawiony sam sobie, że ból, który się pojawia czy który się pojawi będzie właściwie zwalczany. Gdy pacjent uruchamia strategię obronne, np. zaprzecza, lekarz nie powinien wzmacniać strategii tego typu ani ich rozbijać. Moc działania mechanizmu obronnego zmniejsza się na ogół stosownie do nasilających się zmian chorobowych.

Pacjenci, którzy z lęku nie dopytują się o rozpoznanie swojej choroby, którzy chcą jak najmniej o chorobie słyszeć, na ogół nie zdają sobie sprawy z konse-

<sup>49</sup> K. de Walden-Gałuszko, *Psychoonkologia*; T. Świrydowicz, *Psychologiczne aspekty...*

kwencji, jakie ta niewiedza powoduje. Podobne konsekwencje dotyczą także tych pacjentów, których nikt nie miał odwagi poinformować i którzy są żegnani zapewnieniem lekarza, że wszystko będzie dobrze i dalej są utrzymywani w takim przekonaniu przez najbliższych.

Pacjent, który nie wie (co nie oznacza, że nie ma jakichś podejrzeń):

- przeżywa ciągły niepokój, ma poczucie zagrożenia, staje się drażliwy, chwiejny emocjonalnie; jest to związane z naprzemiennie występującymi stanami nadziei i przygnębienia,
- że wszystko jest w porządku, nie ma z kim podzielić się przeżywanymi trudnymi do zniesienia emocjami, stąd
- pozostaje osamotniony, pogłębia się izolacja z otoczeniem, coraz trudniejsze staje się nawiązywanie kontaktu,
- jest w chronicznym napięciu, które wzrasta, gdy stan chorego się pogarsza,
- ma trudności w byciu sobą, w byciu autentycznym, w kontakcie z rodziną, odczuwa istnienie bariery,
- narasta w nim poczucie opuszczenia i niejasności; może to prowadzić do wystąpienia albo nasilenia drażliwości, gniewu czy wybuchów złości – jest to efekt nieradzenia sobie z emocjami trudnymi do zniesienia,
- może popaść w rozpacz albo demonstracyjnie okazywać niechęć oraz brak zainteresowania otoczeniem,
- traci kontrolę nad swoim życiem, przestaje być odpowiedzialny za swoje życie, kontrolę przejmuje lekarz czy rodzina,
- traci szansę na twórcze przeżycie czasu, który mu pozostał, na pozytywne zakończenie ważnych spraw o charakterze emocjonalnym, w szczególności na dokonanie pozytywnego bilansu życiowego, osiągnięcie stanu akceptacji i uzyskanie spokoju wewnętrznego.

Pacjent, który wie:

- także może przeżywać nasilony niepokój, lęk czy przygnębienie,
- dzięki możliwości kontrolowania swojego życia, zachowanej zdolności do podejmowania decyzji może postawić sobie różne cele, które mógłby jeszcze zrealizować,
- ma przed sobą jakiś cel, przez co zachowuje nadzieję oraz samodzielność,
- ma szansę na kształtowanie aktywnego stosunku do własnego życia i zachowanie twórczej postawy.

Ponadto pacjent uzyskuje możliwość osiągnięcia stanu akceptacji, odzyskania spokoju wewnętrznego oraz skoncentrowania się na tym, co jeszcze można w życiu zrobić, a nie na antycypacji tego, co i tak musi nastąpić. A jeśli pacjent dokonał bilansu swojego życia i bilans ten jest dodatni, to może nastąpić wzrost samoakceptacji i samooceny (poczucia własnej wartości), co pomniejsza

cierpienie z powodu utraconych możliwości. W efekcie fakt, że pacjent wie, że umiera, może doprowadzić do wzmocnienia ducha, a nawet wzrostu sił życiowych, do koncentracji emocji na sprawie w tym czasie najważniejszej, np. na pogłębieniu kontaktów z najbliższymi. Świadomość śmierci daje szansę na przygotowanie się do godnego odejścia.

Powyższe zestawienie jest wynikiem wielu obserwacji i w zasadzie przedstawia typowe zachowania się osób informowanych i nieinformowanych. Od tych zachowań bywają jednak pewne odstępstwa. Z moich obserwacji wynika, że niektórzy pacjenci, którzy znają swoje rozpoznanie, często popadają w stan chronicznego przygnębienia, tracą zainteresowanie tym, co się wokół nich dzieje, koncentrują się bardzo mocno na objawach choroby i ich leczeniu oraz nie starają się w twórczy sposób przeżyć dni, które im pozostały.

Z drugiej strony niektórzy z pacjentów, którzy nie wiedzą, mogą być ludźmi zachowującymi aktywność niemalże do samej śmierci. Inni reagują na swoją sytuację przeświadczeniem, że nie warto nic robić, bo i tak niedługo umrą. Zatem nie sam fakt poznania diagnozy i rokowania, ale także czynniki osobowościowe i rodzinne będą decydujące dla kształtowania określonej postawy wobec bliskiego kresu życia.

W opiece paliatywnej przekazanie pacjentowi informacji o diagnozie wiąże się z wzięciem odpowiedzialności przez zespół opieki paliatywnej za udzielanie pacjentowi wsparcia w sytuacji, gdy szok, przygnębienie, depresja utrzymują się długo, mimo upływu czasu. Sytuacja tego rodzaju jest jedną z tych, które wymagają pomocy psychologa.

Wiele badań pokazuje, że jeśli chory rzeczywiście chce poznać prawdę, to i tak uzyska poszukiwaną informację<sup>50</sup>. Na podstawie badań zostały wyróżnione trzy strategie poszukiwania informacji stosowane przez chorych w szpitalach (równie dobrze wyniki tych badań odnoszą się do chorych leczonych w domu):

- słuchanie i podsłuchiwanie wszystkiego, co się wokół mówi, zwłaszcza podczas wizyty lekarskiej, wyciąganie na tej podstawie samodzielnych wniosków, ale nie zadawanie wprost pytań dotyczących rozpoznania czy prognozy,
- zadawanie pytań wprost komuś z personelu (w opiece paliatywnej na ogół jest to pielęgniarka) i analiza nie tylko treści, ale także niewerbalnych sygnałów przekazywania informacji,
- chwytanie w pułapkę, które polega na zadawaniu pytań różnym osobom, dotyczących różnych lub tych samych szczegółów. Jeżeli komunikowanie wśród personelu nie jest najlepsze, wówczas chory otrzymuje wiele informacji mniej

---

<sup>50</sup> M. Knight, D. Field, *A silent conspiracy: coping with dying cancer patients as an acute surgical ward*, „Journal of Advanced Nursing” t. 6, 1981, ss. 225-228; J. M. Hinton, *The physical and mental distress of the dying*, „Quarterly Journal of Medicine”, New Series XXXII, 125/1963, January, ss. 1-20.

lub bardziej niezgodnych ze sobą, co powoduje, że pacjenci utwierdzają się w podejrzeniu, że są okłamywani.

Cytowane badania, ale także potoczna obserwacja wyraźnie pokazują, że pacjent, któremu zależy na prawdziwych informacjach i tak je uzyska, nawet gdy zarówno rodzina, jak i personel lekarski wybiorą zмовę milczenia jako strategię postępowania, która w ich przekonaniu ochrania pacjenta.

### 5.3. Rozmowa mająca wartość terapeutyczną

Wielu lekarzy nie docenia wartości rozmowy terapeutycznej m.in. dlatego, że nie zostali zapoznani w czasie studiów z tą formą pracy z pacjentem. Ponadto pomysł, że lekarz albo pielęgniarka mogą wiele zrobić dla pacjenta przez proste (z pozoru) wysłuchanie pacjenta i poznanie emocji przeżywanych przez pacjenta, wydaje się niektórym osobom pomysłem o bardzo wątpliwej wartości.

W opiece paliatywnej – właściwie na każdym poziomie tej opieki – rozmowa terapeutyczna jest wyjątkowo wartościową formą pracy, a może stać się najważniejszym (czasami jedynym) elementem sprawowanej opieki. Podstawową zasadą gwarantującą skuteczność rozmowy terapeutycznej jest wzbudzenie u pacjenta przeświadczenia, że to, co w danym momencie przeżywa, zostało przez lekarza czy pielęgniarkę usłyszane i rozpoznane. Rozmowa terapeutyczna może pomóc pacjentowi w pomniejszeniu stresu nawet wtedy, gdy nie ma żadnych możliwości pozytywnego rozwiązania jakiegoś problemu czy zaspokojenia jakiejś potrzeby. Rozmowa terapeutyczna jest podejmowana z pacjentem wtedy, gdy chory znajduje się w trudnej dla niego sytuacji, z którą nie potrafi sobie poradzić<sup>51</sup>.

Za najważniejsze cele rozmowy należałoby uznać:

- pomoc choremu w zrozumieniu jego problemów, przeżywanych emocji i uczuć pojawiających się reakcji, w zrozumieniu sytuacji, w której się znalazł,
- pomoc w znalezieniu właściwego sposobu rozwiązywania danego problemu oraz właściwego sposobu postępowania,
- udzielenie psychicznego wsparcia oraz umożliwienie rozładowania silnych emocji.

W rozmowie z pacjentem pierwszą rzeczą, jaką należałoby zrobić, jest oszacowanie (ustalenie), czy postawa pacjenta, jego zachowanie ma wartość adaptacyjną. Albo inaczej: czy ten sposób zachowania, reagowania pomaga pacjentowi w przeżywaniu i radzeniu sobie z sytuacją, czy nie – jeżeli nie, to czy możliwa jest zmiana tego w drodze interwencji. Indywidualny sposób reagowania, pojawiający się w sytuacji stresu, może pomagać choremu zredukować ten stres, ale może też wzmacniać natężenie stresu. Nie zawsze można odróżnić formę korzystną od niekorzystnej już w trakcie pierwszej rozmowy z pacjentem.

<sup>51</sup> K. de Walden-Gałuszko, *U kresu*.

Może być potrzebny długi okres dla ustalenia, czy pacjent zaadaptował się do sytuacji, w jakiej się znajduje.

Kolejnym ważnym ustaleniem wynikającym z rozmowy terapeutycznej jest rozpoznanie problemu jako takiego, w którego rozwiązaniu lekarz (pielęgniarka) może pomóc, albo którego rozwiązanie wymaga pomocy specjalisty – psychologa lub psychiatry. To, jak zostanie oszacowany problem pacjenta z punktu widzenia możliwości pomocy, zależy od doświadczenia lekarza czy pielęgniarki w zakresie identyfikowania problemów o charakterze psychosocjalnym, a także od zdawania sobie sprawy z własnych ograniczeń.

To, czy rozmowa terapeutyczna przyniesie spodziewany efekt, będzie zależało także od umiejętności lekarza czy pielęgniarki odróżniania swoich emocji, które pojawią się podczas rozmowy, od emocji przeżywanych przez chorego. Może bowiem zdarzyć się, że sposób zachowania pacjenta będzie wzbudzał złość, rozdrażnienie czy irytację. Rozpoznawanie własnych emocji ma istotne znaczenie dla przebiegu całości procesu komunikacyjnego. Jeżeli silne negatywne emocje pojawią się u lekarza czy pielęgniarki, konieczne jest rozpoznanie treści emocji oraz zidentyfikowanie ich źródła. Efektem nierozpoznanych emocji może być pojawienie się konfliktu między pacjentem a osobą zaangażowaną w pomoc.

Trzeba być świadomym, że nieraz mimo najlepszych chęci w niesieniu pomocy pacjentowi istnieją pewne ograniczenia, których nieakceptowanie może powodować frustrację u osób pomagających. Czasem nie można pomóc pacjentowi uwolnić się od nadmiernego cierpienia, ponieważ pacjent w tym momencie sobie tego nie życzy. Niekiedy lekarz nie posiada koniecznych umiejętności, a jego nieudolność nasila negatywne emocje pacjenta. Czasami pomagający ma swój zły dzień i czuje się wyczerpany, sfrustrowany i nietolerancyjny. Wystąpienie czynników tego rodzaju zwiększa prawdopodobieństwo pojawienia się konfliktu, który może zniweczyć pozytywne skutki osiągnięte wcześniej.

Rozmowa terapeutyczna wydaje się być tą formą pomocy, która jest najbardziej właściwa w niesieniu pomocy psychologicznej choremu w zaawansowanej fazie choroby. Można nawet powiedzieć, że jest to czasem jedyny sposób niesienia ulgi w szeroko pojętym cierpieniu. W sytuacji człowieka umierającego nie jest wskazane ani możliwe stosowanie bardziej specjalistycznych metod psychoterapii. Na ogół nie pozwala na to ani stan fizyczny pacjenta, ani krótki czas, który mu pozostał do przeżycia.

## **Podsumowanie**

W zaawansowanym stadium choroby, kiedy kres życia jest bliski, słowo może stać się najlepszym lekarstwem, zdolnym ukoić psychiczne cierpienie, pozwalającym zachować nadzieję oraz umożliwiającym zaspokojenie ważnych potrzeb. Dzięki umiejętnemu porozumiewaniu się z pacjentem, lekarz czy pielęgniarka

nie muszą czuć się bezradni w sytuacji, kiedy wyleczenie choroby przestało być możliwe. Odnoszę jednak wrażenie, że ta umiejętność, zwłaszcza wśród lekarzy, nie jest specjalnie ceniona, na co wskazuje niewielkie zainteresowanie rozwijaniem umiejętności komunikowania się oraz udzielania pacjentom psychicznego wsparcia. Dobry, rozumiejący, życzliwy kontakt lekarza czy pielęgniarki z osobą chorą jest nie tylko znaczącym źródłem wsparcia dla pacjenta, ale może stać się także znaczącym źródłem satysfakcji oraz motywacji do realizowania lekarskiego czy też pielęgniarskiego powołania.

### Literatura

- Antonelli F., *Oblicza śmierci. Jak kształtować właściwą postawę wobec śmierci*, Wydawnictwo M, Kraków 1995.
- Aries P., *Człowiek i śmierć*, PIW, Warszawa 1992.
- Balint M., *Research in Psychotherapy*, w: E. Balint, J. S. Norell (red.), *Six Minutes for the Patient. Interaction in General Practice Consultation*, Tavistock, London 1973.
- Balint M., *The Doctor, His Patient and the Illness*, Pitman, London 1968.
- Barracough J., *Cancer and Emotion. A Practical Guide to Psycho-Oncology*, J. Wiley and Sons, Chichester – New York – Toronto 1994.
- Blau N., *Time to let the patient speak*, „British Medical Journal” 298/1989, ss. 39-43.
- Brauman R., *Lekarz w obliczu śmierci*, w: Ch. Chababnis, *Śmierć: kres czy początek*, Instytut Wydawniczy Pax, Warszawa 1987, ss. 231-242.
- Brehant J., *Thanatos: chory i lekarz w obliczu śmierci*, Instytut Wydawniczy Pax, Warszawa 1980.
- Brevin T. B., *Three Ways of Giving Bad News*, „The Lancet” vol. 337, May 18, 1991, ss. 1207-1209.
- Buckman R., *Communication in Palliative Care: a Practical Guide*, w: D. Doyle, Geoffrey W. C. Hanks, N. Macdonald (red.), *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, Oxford University Press, Oxford – New York – Tokyo 1993.
- Buckman R., *How to break bad news – a guide for health care professionals*, Macmillan, Mediar, London 1993.
- Butow Ph., Dunn S., *Communication with Cancer Patients*, „Journal of Palliative Care”, vol. 11, Winter, 4/1995, ss. 34-39.
- DiMatteo M. R., *Physician-Patient Communication: Promoting a Positive Health Care*, w: J. C. Rosen, L. J. Solomon (red.), *Prevention in Health Psychology*, University Press of New England, Hannover and London 1985, ss. 328-365.
- Faulkner A., *Effective Interaction with Patients*, Edinborough – London – Madrid – Melbourne – New York – Tokyo 1992.
- Faulkner A., *Teaching Interaction Skills in Health Care*, Chapman & Hall, London – Madison 1993.
- Faulkner A., Maguire P., Regnard C., *Dealing with anger in patient or relative: a flow diagram*, „Palliative Medicine” 8/1994, ss. 51-57.
- Frankel R. M., Beckman H. B., *The pause that refreshes*, „Hospital Practice”, Sept. 30, 1988, ss. 64-67.
- Gordon T., *Pacjent jako partner*, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1999.
- Gorlin R., Zucker H. D., *Physician's reactions to patients*, „New England Journal of Medicine” 308/1983, ss. 1059-1063.

- Grant W. B., *The hated patient and his hating attendants*, „Medical Journal of Australia” 1980, t. 2, ss. 127-132.
- Hanks, G., *Hospital Palliative Care Teams and the Disadvantages Dying*, „European Journal of Palliative Care” vol. 1, 3/1994, ss. 112-113.
- Herth K., *Fostering hope in terminally-ill people*, „Journal of Advanced Nursing” 15/1990, ss. 1250-1259.
- Heszen-Klemens I., Jarosz M., *Stosunek lekarz – pacjent; zespół diagnostyczno-terapeutyczny*, w: M. Jarosz (red.), *Psychologia lekarska*, PZW, Warszawa 1983.
- Hinton J. M., *The physical and mental distress of the dying*, „Quarterly Journal of Medicine”, New Series XXXII, 125/1963, January, ss. 1-20.
- Jedliński K., *Jak rozmawiać z tymi, co stracili nadzieję*, Wydawnictwo INTRA, Warszawa 1992.
- Johnson D. W., *Podaj dłoń*, Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości, Warszawa 1992.
- Knight M., Field D., *A silent conspiracy: coping with dying cancer patients as an acute surgical ward*, „Journal of Advanced Nursing” t. 6, 1981, ss. 225-228.
- Kuebler-Ross E., *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1979.
- Kuebler-Ross E., *Życiodajna śmierć*, Księgarnia św. Wojciecha, Poznań 1996.
- Larsen K. M., Smith C. K., *Assessment of nonverbal communication in the patient – physician interview*, „Journal of Family Practice” 12/1981, ss. 481-488.
- Lichter E., *Communication in Cancer Care*, Churchill Livingstone, Edinburgh – London – Melbourne – New York 1987.
- Maguire P., *Psychological Barriers to the Care of the Dying*, „British Medical Journal” 291/1985, ss. 1711-1713.
- Maguire P., Faulkner A., *How to do it: Communicate with cancer patients. Handling bad news and difficult questions*, „British Medical Journal” 297. 1988, ss. 907-909.
- Maguire P., Faulkner A., *How to do it: Improve the counselling skills of doctors and nurses in cancer care*, „British Medical Journal” 297/1988, ss. 847-849.
- Massie M. J., *Depression*, w: J. C. Holland, J. H. Rowland (red.), *Handbook of Psychooncology. Psychological Care of the Patient with Cancer*, Oxford University Press, New York Oxford 1989, ss. 273-290.
- Massie M. J., Holland J. C., Straker N., *Psychoterapeutic Interventions*, w: J. C. Holland, J. H. Rowland (red.), *Handbook of Psychooncology. Psychological Care of the Patient with Cancer*, Oxford University Press, New York Oxford 1989, ss. 455-469.
- Mayerscough Ph. R., Ford M., *Jak rozmawiać z pacjentem*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2001.
- Parkes C. M., *Psychological aspects*, w: C. Saunders (red.), *The management of terminal disease*, Edward Arnold, London 1978, ss. 44-64.
- Ramsey P., *Pacjent jest osobą*, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1977.
- Rowland J. H., *Developmental Stage and Adaptation: Adult Model*, w: J. C. Holland, J. H. Rowland, (red.), *Handbook of Psychooncology. Psychological Care of the Patient with Cancer*, Oxford University Press, New York Oxford 1989, ss. 25-43.
- Satir V., *Teoria komunikacji. Porozumiewanie się jako proces wymiany informacji*, „Nowiny Psychologiczne” 2/1988, ss. 95-120.
- Servalli E. P., *The Dying Patient, the Physician and the Fear of Death*, „New England Journal of Medicine” 319/1988, ss. 1728-1730.
- Streim M., Marshall F., *The dying elderly patient*, „American Family Practitioner” 38/1988, ss. 175-183.
- Świrydowicz T., *Psychologiczne aspekty przekazywania pacjentowi niepomyślnych informacji*, „Medycyna Wieku Rozwojowego” t. III, kwiecień-czerwiec, 1999, ss. 31-40.

- Twycross R. G., *Introducing Palliative Care*, Radcliff Medical Press, Oxford and New York 1995.
- Walden-Gałuszko K. de, *Psychoonkologia*, Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2000.
- Walden-Gałuszko K. de, *U kresu*, Wydawnictwo Medyczne MAKmed, Gdańsk 1996.
- Wettergren I., *Psychosocial Nursing – A New Discipline in Cancer care*, „European Journal of Palliative Care” vol. 3, 1/1996, ss. 6-10.
- Wrona-Polańska H. *Psychologiczne aspekty informowania pacjentów o chorobie*, w: D. Kubacka-Jasiecka, W. Łosiak (red.), *Zmagając się z chorobą nowotworową*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999, ss. 79-100.
- Zittoun R., *Patient Information and Participation*, w: J. C. Holland, R. Zittoun, *Psychosocial Aspects of Oncology*, Springer Verlag, Berlin – Heidelberg – New York – London – Paris – Tokyo – Hong Kong 1990, ss. 27-44.

AGNIESZKA DODA-WYSZYŃSKA

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu  
Instytut Kulturoznawstwa

## Niezrozumienie podstawą dyskursu? Zagadka Sfinksa

### 1. Niedoskonałe narzędzie – język

Zaburzenia mowy kojarzą się w psychologii przede wszystkim z zaburzeniami psychomotorycznymi, które w procesie uczenia skutkują obniżoną sprawnością językową dziecka. Pojęcie zaburzeń obejmuje też tzw. zaburzenia wtórne, dotyczące również dorosłych, a będące skutkiem działania albo czynnika patogenicznego, albo zahamowania rozwoju – czy to psychicznego, czy fizycznego. W następstwie zaburzeń pojawiają się problemy w komunikacji. Inaczej problem zaburzeń mowy i języka będzie wyglądał w filozofii, gdzie od początku zostanie przerzucony nie na użytkowników mowy i języka, lecz na sam język, na niedoskonałe narzędzie, które „z natury” niejako zaburza komunikację między indywiduami posługującymi się właśnie tym „jednym” narzędziem. Nie uwzględnia ono tego, co indywidualne, więc nieprzekazywalne.

Według Jacques’a Lacana, który próbował pogodzić tradycję psychoanalityczną z filozoficzną, niezrozumienie stanowi podstawę dyskursu, ponieważ nie jesteśmy w stanie ogarnąć w pełni nawet swojej własnej intencjonalności. Język ma tutaj status pośredni, nie jest tylko narzędziem, lecz „nami mówi”. Podmiot w stosunku do prawdy jest właśnie podmiotem, czyli poddanym, a nie kimś, kto włada dyskursem. Najczęściej jednak nie chce tego poddania przyjąć, utożsamiając wiedzę z prawdą, czyli unieruchamiając prawdę w mar-

twej regule i czyniąc ją nieskuteczną, inaczej mówiąc – blokującą pragnienie, zgodnie z formułą: dużo wiedzieć, a mało rozumieć.

Rozumienie w psychoanalizie Lacanowskiej przebiega zupełnie inaczej niż w procesie kształcenia czy zdobywania wiedzy jako informacji. Drugą taką szczególną sytuacją jest sztuka.

Psychoanaliza to nie chwytanie sensu tego, co zostało powiedziane, lecz tego, co się tam dzieje. Do tego potrzebne jest całkowite wycofanie analityka na poziomie symbolicznym. Sam analizowany zostaje zmuszony do ciągłej reinterpretacji tego, co zostało powiedziane. Tam, gdzie jest niezrozumienie, rodzi się potrzeba wiedzy, lecz paradoks polega na tym, że sama wiedza nie zasypie przepaści niezrozumienia, może ją nawet pogłębić. Błysk zrozumienia polega na przestrukturyzowaniu wiedzy, a nie jej powtórzeniu czy rozplenieniu. Na tej zasadzie psychoanaliza Lacanowska stara się ustawić język – jako niesłychanie skomplikowaną sieć przyczyn i skutków – do pracy na naszą korzyść, do produkowania płodnego niezrozumienia, na którym buduje się pragnienie. W psychoanalizie zakłada się, że nawet najmądrzejszy pacjent zawsze jest głupi w stosunku do swojego pragnienia. Podmiot jest *joue* (grany) przez swoje pragnienie.

## 2. Podmiotowa odrębność a język

Podmiotowa odrębność rodzi się, według Lacana, w momencie gdy jest wyrażona intencja przywołania innego. Podmiot zawarty zostaje w „pomiędzy” jako wyróżnionym momencie, gdy inny „przychodzi z opóźnieniem”, „nie reaguje natychmiast”. Rozpoznanie podmiotu zawsze jest więc związane z doświadczeniem cierpienia, lęku, a nawet z zagrożeniem życia. Stanowi specyficzny „czas” doświadczenia fiaska przywołania innego, braku wpływu na niego. Podmiot tworzy poczucie odrębności skojarzone z intencją. Pragnienia nie można wypowiedzieć, dotyczy ono luki między potrzebą a językiem – sposobem jej wyrażenia. Pragnienie polega na tym – konstatuje Lacan – żeby być pragnieniem Innego. Pragnę być obiektem pragnienia dla mojego obiektu – dopiero to podwójne uprzedmiotowienie czyni mnie podmiotem. Chcę być jako podmiot wewnątrz pragnienia, ale pozostaję na zewnątrz. Tak jak w miłości, która nie przestaje się domagać miłości, jest *encore* i *en corps*. *Encore* (abstrakcyjne „jeszcze”, „więcej”) jest nazwą szczeliny *en corps* (w ciełe), z której dochodzi domaganie się: kochać to narzucać siebie innemu, żeby ten, kto kocha, był kochanemu potrzebny. Z drugiej strony miłość działa z opóźnieniem, jeśli umiemy korzystać z dobrodziejstw opóźnienia.

Prawdziwe zrozumienie zawsze przychodzi z opóźnieniem. Dlatego za dostęp do wiedzy płaci się – według Lacana – utratą rozkoszy. Rozkosz bowiem, w swej banalności, jest możliwa jedynie dzięki niewiedzy, ignorancji. Psychoanaliza

przynosi więc przerażające doświadczenie, że jeśli będziemy wiedzieć zbyt wiele, to możemy utracić nasz byt. Tak jak Edyp. I to jest mityczny przykład, jak rozkosz bywa oddzielona od wiedzy. Niektórzy świetnie znają mechanizmy funkcjonowania różnego rodzaju nerwic i symptomów, a mimo to trwają w jakimś problemie. Wiedza nie rozpuszcza problemu. Zmiana musi być strukturalna.

Psychoanaliza jest więc próbą włączenia przypadku (powtarzalnego symptomu) w zakres przeznaczenia (świadomości), a przez to uwolnienia się od mechanicznej jego powtarzalności. Proces psychoanalizy to nie tyle konsekwencja interpretacji, ile samej metody. Interpretacja psychoanalityczna dopuszcza błędy – czas i tak pokaże, co jest w niej istotne, a co nie.

Jacques Lacan podał schematy czterech podstawowych dyskursów (czyli struktur więzi), w których rozgrywamy naszą wiedzę według pragnienia, w obecności innego. Wiedza nasza nie jest jednolita, bo obcość języka (struktury symbolicznej) sprawia, że czym innym jest wiedza jako zgromadzona informacja, czym innym wiedza rozumiana jako ideał, prawda, punkt odniesienia, a jeszcze czym innym wiedza o nas samych. Rozczłonkowanie wiedzy na różne aspekty jest spowodowane tym, że struktura, za pomocą której ją wyrażamy, nie ujmuje innej struktury – naszego pragnienia.

Używanie języka rozpoczyna się od nazywania własnego ciała. Mówimy „ja”, oznaczając „własne ciało”, według jego rozróżnialnych części, ciało, które przeżywa, zanim umie to wyrazić. Nazwanie całości stanowi podstawę identyfikacji – ta podstawa jest wyobrażeniowa (obraz), ale reguły, za pomocą których ją wyrażamy, są symboliczne (składnia języka). Podmiot wiąże sferę symbolicznego, wyobrażeniowego i realnego, jest podtrzymywany ich ciągłością. Nieświadome jest tym, co pozbawia te sfery hierarchii. Wtrąca się obiekt pragnienia (*objet petite a*), trudny do zlokalizowania, bo dotyczy wszystkich poziomów, ale nie można go wyrazić na wszystkich poziomach jednocześnie.

„Zastygnięcie dyskursu”, zastygnięcie w stałym rodzaju więzi, jest niebezpieczne, bo grozi porażką pragnienia. Na przykład „nadopiekuńcza matka”, która „nigdy się nie spóźnia” z odpowiedzią na krzyk dziecka, „jest na jego zawołanie”. Dziecko nie ma szansy rozpoznać własnych potrzeb i granic, nie ma szansy zapragnąć. Porażka pragnienia to śmierć.

Człowiek może ująć siebie pojęciowo jako śmiertelnego, w przeciwieństwie do zwierzęcia. Ujmuje myślowo swoją śmierć i umieszcza się poniekąd ponad nią, dzięki myśleniu. Według Hegla, człowiek wznosi się „po raz pierwszy” ponad zwierzęce poczucie-siebie i dochodzi do ludzkiej samowiedzy, dzięki zaakceptowaniu bez żadnej konieczności, że idzie na śmierć, nie będąc do tego zmuszonym. Przez autonomiczną akceptację śmierci „przekracza” on byt bezpośrednio dany. Gdyby człowiek nie był w sposób dobrowolny istotą śmiertelną (tzn. wolną), to nie mógłby ani myśleć, ani mówić. Koniec „sam w sobie i dla siebie”, tzn. dialektyczny, czyli „całościowy”, jest śmiercią we

właściwym tego słowa znaczeniu. Raz już osiągnąwszy tę świadomość, człowiek – w przeciwieństwie do zwierzęcia – bądź umrze w sposób świadomy czy też zgodny z własną wolą, bądź przeciwstawi się śmierci<sup>1</sup>. To, co czyni nas podmiotem, to Pan – Śmierć.

Podobny paradoks Lacan zauważa u markiza de Sade'a i u Kanta. Szczęście u de Sade'a nie polega wcale na rozkoszy konkretnego aktu seksualnego, lecz na zerwaniu hamulców, które przeciwstawiają się pragnieniu. W tym sensie wyobraźnia maksymalizuje oczekiwanie bez spełnienia, które groziłoby utratą pragnienia. Wyobraźnia erotyczna pozwala odzyskać wszelkie możliwości zablokowane z powodu zyskania przez duszę świadomości. Świadomość bowiem zmusza do doświadczenia realności innego, posiadania go, ale również utraty. Pragnienie jest *jouissance*, nie jest skierowane do czegoś, to po prostu zużywanie (jednorazowe) przedmiotu, w którym nie można odgadnąć zasady organizującej.

### 3. Rola zagadki w kształtowaniu podmiotowości

Początkowa sytuacja leczenia psychoanalitycznego powinna wyglądać mniej więcej tak: coś we mnie stanowi problem. Bez zagadki analiza nie ma sensu. Taką zagadką odwieczną (dla humanistyki) jest to, co przekracza rozum. U Kanta jest to coś, co powoduje przeżycie wzniosłości. Według Kantowskiej definicji Wzniosłości, jest ona przedmiotem (przyrody), w którym doświadczamy permanentnej porażki przedstawienia. Uczucie wzniosłości, wynikające z nieodpowiedniości naszej wyobraźni do oceny dokonywanej przez rozum, jest więc uczuciem przykrości, ale równocześnie także rozkoszą, jaką budzi zgodność tego właśnie sądu o nieodpowiedniości zdolności zmysłowej z ideami rozumu, bo dążenie do tych idei jest dla nas prawem. Ta mediacja niemożności, według Žižka, odróżnia entuzjazm wywołany przez to, co Wzniosłe, od fanatyzmu. Fanatyzm jest szalonym złudzeniem, polegającym na przekonaniu, że możemy bezpośrednio uchwycić to, co znajduje się poza tym, co zmysłowe.

Kant chciał uwolnić się od banalności rzeczy, ale Slavoy Žižek podkreśla, że – mimo swoich starań – pozostał więźniem pola przedstawienia, próbując zakreślić jego granice. Jeśli określimy Rzeczą jako transcendentny nadmiar znajdujący się poza obszarem tego, co może być przedstawione, określamy ją jako negatywną granicę pola przedstawienia: np. (żydowskie) pojęcie Boga jako radykalnej Inności ciągle pozostaje krańcowym, zewnętrznym punktem logiki przedstawienia. Musimy ograniczyć się do czystej negatywności samoodniesienia przedstawienia. Fenomenalności nie przezwyciężamy, sięgając poza nią,

<sup>1</sup> Por. A. Kojève, *Wstęp do wykładów o Heglu*, Fundacja Aletheia, Warszawa 1999, ss. 541-542.

ale w wyniku doświadczenia, że poza nią nie ma niczego – że to, co jest poza nią, to właśnie owo NIC absolutnej negatywności. Według Žižka, tzw. wzniosły obiekt ideologii to właśnie sama struktura nadająca znaczenie przypadkowym rzeczom, stanom, wydarzeniom, celom. Status wzniosłego obiektu zostaje przesunięty z tego, co Wzniosłe w puste miejsce po Rzeczy jako Idei, jako Rzeczy samej w sobie. Wzniosły obiekt to obiekt zastępczy czy też wypełniający jakąkolwiek symboliczną lukę. Staje się czymś nienaruszalnym<sup>2</sup>.

Dlatego problem początkowego niezrozumienia, które uruchamia proces dochodzenia do prawdy, nie dotyczy tylko sytuacji psychoanalizy, lecz każdej sytuacji komunikacyjnej (na podstawie tej konstatacji np. Michaił Bachtin buduje swoją teorię słowa). Żeby uruchomić możliwości językowe, trzeba – według Jacques’a Rancière’a – odwrócić logikę systemu edukacji (szeroko rozumianego procesu zdobywania wiedzy i doświadczenia) jako wyjaśniania i dawkowania wiedzy (od informacji najprostszej do coraz bardziej skomplikowanej). Dedukcja wcale nie jest konieczna do pojmowania. Jest raczej odwrotnie, pierwotna niezrozumiałość tekstu – a raczej jakiegoś zestawienia tekstów, nadmiar znaczących – staje się strukturyzującą doświadczenie matrycą<sup>3</sup>. Wyjaśnianie jest, według Rancière’a, mitem pedagogicznym. Uczymy się tylko poprzez niespodzianki, jakby powiedział Roger Schank<sup>4</sup>, i to z poziomu minimalnie niższego niż ten, na którym podawana jest informacja.

Dlatego, według Odo Marquarda, nowoczesny świat potrzebuje – jako kompensacji swej postępującej racjonalizacji – coraz więcej pluralizującej energii nowoczesnej sztuki: „im bardziej nowoczesny świat staje się nowoczesny, tym bardziej nieodzowne staje się to, co estetyczne”<sup>5</sup>. Sztuka podaje nam informację razem z pragnieniem, dlatego nie zaburza komunikacji, mimo że jedną z jej cech jest niejasność. Aby można mówić o komunikacie estetycznym, musi on zawierać dwie cechy, które podaje Umberto Eco: niejasność i zwrotność<sup>6</sup> (przy czym niejasność ma właśnie powodować zwrotność komunikatu). Z drugiej strony (i tu najlepsze intuicje ma Michel Foucault w swoich diagnozach współczesności) wszelka niezrozumiałość powoduje dodatkowe społeczne podziały, rozdrobnienie dyskursów, np. na tych, dla których sztuka jest ważna i tych, dla których jest nieistotna. Tracą oni płaszczyznę porozumienia.

<sup>2</sup> S. Žižek, *Wzniosły obiekt ideologii*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001, ss. 237-241.

<sup>3</sup> Por. J. Rancière, *Le maître ignorant. Cinq leçons sur l’émancipation intellectuelle*, réédition, Paris 2010, ss. 13-15.

<sup>4</sup> R. Schank, *Informacje to niespodzianki*, w: J. Brockman (red.), *Trzecia kultura*, CIS, Warszawa 1996, s. 229.

<sup>5</sup> O. Marquard, *Aesthetica i anaesthetica. Rozważania filozoficzne*, Terminus 46, Oficyna Naukowa, Warszawa 2007, s. 22.

<sup>6</sup> U. Eco, *Nieobecna struktura*, KR, Warszawa 1996, s. 80.

#### 4. Zagadka dzieła sztuki

Od swego zarania filozofia jest skłonna krytykować artystów. Sztuka – według Marquarda – doprowadziła do „eutanzji prawdy”. Estetyka jest potrzebna jako droga wyjścia tam, gdzie naukowe myślenie traci siłę nośną, a historyczne myślenie jeszcze jej nie nabyło. Kant jest, według Marquarda, filozofem przejścia od myślenia naukowego do historycznego, bo poszukuje innego (nienaukowego) rozumu. Napotyka nie historyczny rozum celu zapośredniczonego, ale moralny rozum celu bezpośredniego<sup>7</sup>.

Istnieje jednak taki uprzywilejowany ogląd rzeczywistości, który pozwala oderwać kategorie od rzeczywistości. Dla Kanta takim oglądem jest filozofia, dla Heideggera raczej sztuka. W latach 30. powstaje tekst Martina Heideggera pt. *Źródło dzieła sztuki*, mówiący o niewystarczalności estetycznego namysłu nad sztuką, a zwłaszcza tzw. doświadczenia estetycznego. Estetyka, według Heideggera, wyłoniła się w dziejach Zachodu w momencie, gdy Aletheia przeobraziła się u Platona w Ideę. Estetyka byłaby więc też konsekwencją „zapomnienia” Aletheia, zapomnienia doświadczenia całości. Takiego całościowego doświadczenia nigdy nie można opisać jedną kategorią z triady wartości: prawda – dobro – piękno, tak jak przyjęło się to w tradycji poplatońskiej, gdzie prawda jest jedyną kategorią obiektywną, mimo że „dobro” świeci na szczycie świata Idei.

Źródło, według Heideggera, należy więc pojmować jako „miejsce” pochodzenia istoty rzeczy. Rzecz jest tym, wokół czego skupiły się właściwości – rzecz jako jedność wrażeń zmysłowych oraz rzecz jako uformowana materia. Tekst pt. *Źródło dzieła sztuki* wnosi pewne novum, jeśli chodzi o rozumienie sposobu bycia rzeczy – narzędzia. Niezawodność narzędzia zapewnia bezpieczeństwo, ale dzieło sztuki to miejsce, gdzie narzędzie wydobywa się ze skrytości<sup>8</sup>. Heidegger w XX wieku znacząco problematyzuje koncepcję rozumu komunikacyjnego w odniesieniu do sztuki:

Źródłem dzieła sztuki jest sztuka. Czym jednak jest sztuka? Sztuka jest rzeczywista w dziele sztuki. Dlatego najpierw szukamy rzeczywistości dzieła. Na czym ona polega? Przyjmuje się, że dzieła sztuki, chociaż w zupełnie różny sposób, ukazują to, co rzeczowe. Nie powiodła się próba ujęcia charakteru rzeczowego dzieła za pomocą tradycyjnych pojęć rzeczy. Nie tyle dlatego, że te pojęcia rzeczy nie uchwytują tego, co rzeczowe, ile przez to, że pytając o rzeczową podbudowę, narzucamy dziełu z góry takie ujęcie, którym zamykamy sobie dostęp do bycia dzieła dziełem. Dopóki wyraźnie nie ukażemy czystego stania-w-sobie [Insich-stehen] dzieła, nigdy nie zdołamy znaleźć tego, co w dziele rzeczowe<sup>9</sup>.

<sup>7</sup> Por. O. Marquard, *Aesthetica i anaesthetica...*, ss. 38-43.

<sup>8</sup> M. Heidegger, *Drogi lasu*, Fundacja Aletheia, Warszawa 1997.

<sup>9</sup> Tamże, s. 25.

Rzeczowość dzieła sztuki staje się dla filozofii nowym problemem. Dotyczy ona doświadczenia widzialności tego, co poza ideą, szczególnej „analizy wglądu”, spojrzenia raczej niż myślenia.

Michel Foucault wprowadził pojęcie „porządku dyskursu”, jak dotąd w najszerszym znaczeniu, obejmującym to, co cielesne – m.in. spojrzenie. W *Narodziinach kliniki*, w rozdziale zatytułowanym *Widzieć – wiedzieć* Foucault analizuje spojrzenie bezpośrednio/kliniczne, które ma umiejętność słyszenia mowy. To spojrzenie wynika, według niego, z połączenia dwóch organizacji: szpitala i pedagogiki<sup>10</sup>, czyli szkoły. Ponieważ choroba mówi do wszystkich tym samym językiem<sup>11</sup>, w medycynie prawie wszystko zależy od szybkiego spojrzenia<sup>12</sup>.

Również według Odo Marquarda szczególną rolę w tworzeniu spojrzenia estetycznego odgrywa sztuka lekarska jako pośrednia, poddająca się refleksji i hamowaniu, powodująca uleczenie nieuleczalnego. Już w obrębie romantyzmu obok zasadniczego filozoficznego zainteresowania tym, co estetyczne, pojawia się zainteresowanie tym, co medyczne. Natomiast sztuka pojmuje siebie coraz częściej jako terapię lub symptom. Problem niegdyś wyartykułowany estetycznie, artykułuje się – przynajmniej w razie potrzeby – medycznie<sup>13</sup>.

To, co widzialne, pozwala prześledzić historię przemiany symbolu w symptom. „Bezsilność moralnego rozumu jest czynnikiem skłaniającym Kanta do dokonania zwrotu ku estetyce” – stwierdza Marquard. Tam, gdzie udaje się przeforsować cel takiego rozumu, mówi się o sublimacji. Zakłada ona istnienie interesów, które wyrzekają się swego interesownego celu. Trzecia krytyka Kanta, *Krytyka władzy sądzienia*, jest szeroko zakrojonym poszukiwaniem takich „bezinteresownych zainteresowań”. Męczącym problemem jest estetyczna symbolizacja, która – przynajmniej z uwagi na właściwą jej tendencję – niczego w gruncie rzeczy już nie symbolizuje, bo rzekła się swej polityczno-etycznej roli (historycznego kontekstu). „Symbol” od dawna jest w drodze ku swej przemianie w „symptom”<sup>14</sup>.

Sztuka – mówi Hegel w *Wykładach o estetyce* – ma pod koniec epoki nowożytnej zupełnie inny wymiar. Według Hegla, świat jest albo nieskalany – wtedy sztuka traktowana poważnie nie jest potrzebna; albo świat jest skalany – wtedy sztuka traktowana poważnie jest bezsilna. Po Heglu w centrum uwagi estetyki znajduje się, z jednej strony, teoria nieświadomości, z drugiej – teoria sztuki już nie-pięknej, razem z refleksją na temat statusu tego, co nieświadome, a co tzw. natura zachowuje dla sztuki egzemplarycznej w postaci szeroko pojętego geniuszu. Dlatego obok estetyki piękna pojawia się wkrótce „estetyka tego,

<sup>10</sup> M. Foucault, *Narodziyny kliniki*, KR, Warszawa 1999, s. 143.

<sup>11</sup> Tamże, s. 145.

<sup>12</sup> Tamże, s. 158.

<sup>13</sup> O. Marquard, *Aesthetica i anaesthetica...*, s. 76.

<sup>14</sup> Por. tamże, ss. 72-84.

co nie-piękne: wzniosłości, tragizmu, komizmu, brzydoty, tego, co ironiczne, humorystyczne, dziwaczne, budzące grozę itd.” Estetyka tego, co nie-piękne staje się z podrzędnej, uniwersalna<sup>15</sup>.

Poza tym widzenie też jest specyficznym językiem, co niektórym teoretykom pozwala stwierdzić, że jest wtórne wobec języka.

Widzenie nie jest nigdy „czystym widzeniem”, widzeniem nie uwikłanym w porządek symboliczny, porządek pragnienia i braku. Stąd, jak twierdzi Joan Copjec, tym, co objaśnia nam strukturę pola widzenia, nie jest optyka, ale semiotyka. (...) W doświadczeniu widzenia działa wewnętrzna dialektyka – znaczące neguje, podważa pole widzenia, które otwiera się przed patrzącym zgodnie z prawami optyki, sugeruje inną przestrzeń, która skrywa się za tym, co widzialne<sup>16</sup>.

## 5. Historia Edypa jako zagadka

Innym rodzajem wykorzystywania niezrozumienia dla szukania prawidłowości mowy jest sztuka. Zygmunt Freud interpretuje przecież nie tyle sam mit Edypa w całości, lecz arcydzieło literatury – dramat Sofoklesa<sup>17</sup>. Z jednej strony mamy więc mit Edypa jako pewną jednostkową historię, z drugiej – zapisy tej historii, które kreślą wcale nie obiektywne zależności między faktami a wyborami życiowymi bohatera. Historia Edypa wygląda mniej więcej następująco: wyrocznia oznajmia Lajosowi, że jego syn ma go zabić i poślubić własną matkę. Jest to pierwsze proroctwo o złamaniu prawa naturalnego dziedziczenia, według którego przyszłość ma pozostać otwarta, więc nieznana. Lajos poznając przyszłość, musi sam dopomóc w zrealizowaniu poznanego jej wariantu. Kiedy więc rodzi mu się syn, przebija chłopcu stopy żelaznymi gwoźdźmi, krępuje i nakazuje służącemu zostawić go w górach. Ten jednak ratuje Edypa, przekazując go pasterzom. Ci z kolei niosą go do bezdzietnego króla Koryntu. Kiedy Edyp dorasta, udaje się do wyroczni delfickiej, ta wyjawia mu, że zabije ojca i poślubi matkę. Mamy tu podwojenie proroctwa, syn współuczestniczy z ojcem w zbrodni na zasadzie manipulacji przeznaczeniem. Paradoksalnie, wypełnia się ono właśnie dlatego, że podwójnie próbuje mu się zaprzeczyć. Edyp, przekonany, że jego ojcem jest król Koryntu, postanawia udać się na wygnanie. W drodze zabija starca podróżującego z eskortą, nie wiedząc, że jest jego ojcem. Gdy dociera do Teb, po śmierci Lajosa władzę sprawuje Kreon, a w mieście grasuje okrutny potwór Sfinks, który morduje mieszkańców nieznających odpowiedzi na jego zagadkę. Dzięki wizji ze snu, który jest swego rodzaju trzecim proroctwem, Edyp ratuje miasto, rozwiązując zagadkę, która brzmi: co to za zwierzę, które

<sup>15</sup> Por. tamże, ss. 10-13.

<sup>16</sup> K. Mikurda, *Spojrzenia i ich losy*, w: L. Magnone, A. Mach (red.), *Wokół Freuda i Lacana. Interpretacje psychoanalityczne*, Difin, Warszawa 2009, ss. 294-295.

<sup>17</sup> Por. J. Rancière, *L'inconscient esthétique*, Galilée, Paris 2001, ss. 14-15.

rano chodzi na czterech nogach, w południe na dwóch, a wieczorem na trzech? Edyp odpowiada, że jest to człowiek, a dzień należy rozumieć jako jego życie. Człowiek w dzieciństwie raczkuje, jako dorosły chodzi na dwóch nogach, a na starość często używa laski. Po rozwiązaniu zagadki Sfinksa rzuca się w przepaść, a Edyp w nagrodę otrzymuje rękę Jokasty – swojej matki. Zagadka Sfinksa jest złamaniem symbolicznego wymiaru przeznaczenia (kolejności: 2, 3, 4): pierwsza jest czwórka (liczba doskonała symetryczna – Edyp ma z Jokastą dwóch synów i dwie córki), druga dwójka (wzór symetrii: ojciec i matka), ostatnia trójka (liczba doskonała niesymetryczna: nieprzewidywalność sytuacji rodzinnej w momencie pojawienia się nowego jej członka). Teoria chaosu powie: „dla pytań takich jak zagadnienie trzech ciał nie mogą istnieć wzory”<sup>18</sup>.

Chodzi też o to, że numerologia, jak napisze Ian Stewart, jest najłatwiejszą – a w rezultacie najbardziej niebezpieczną – metodą znajdowania wzorów. Jest łatwa, ponieważ każdy może to robić, i niebezpieczna z tego samego powodu. Trudność polega na odróżnieniu wzorów liczbowych istotnych od przypadkowych<sup>19</sup>.

*Król Edyp*, *Edyp w Kolonie* i *Antygona* to trzy fazy tego rodzinnego dramatu przedstawione przez Sofoklesa. Gdy poznajemy głównego bohatera *Edypa*, jest już dobrym władcą, martwi się o los Teb. Ukazanie przyczyn nieszczęść, które spadają na miasto, to czwarte proroctwo, które wypełnia Edyp, rzucając klątwę na samego siebie.

Sofokles ukazuje Edypa jako człowieka, nad którym wisi nieszczęście, ale nie przedstawia całej historii „zasługiwania na swój los”.

W uniwersum Sofoklesa, ale również Platona, chodzi o wiedzę, jaki pożytek dla śmiertelnych płynie z poznania rzeczy odsłanianych przez Nieśmiertelnych. To z tego uniwersum chciał wyłączyć tragedię Arystoteles. Do tego też srowadza się ustanowienie porządku przedstawieniowego. Mamy zatem przede wszystkim uporządkowaną logikę perypetii i *pathos* wiedzy charakterystyczny dla etycznego uniwersum tragedii.

## 6. Niemożność rozwiązania zagadki

Istnieje pewien nadmiar wiedzy, który przeciwstawia się uporządkowanemu rozwojowi znaczeń oraz wydarzeń. Rewolucja estetyczna ustanawia jako definicję sztuki ową tożsamość wiedzy i ignorancji, działania i bierności. Przede wszystkim rewolucja estetyczna usuwa nieprzedstawialność. Przedmiot sztuki rozpoznaje się po tym, że w jego zmysłowej formie następuje utożsamienie myślenia i niemyślenia, aktywności woli, która chce realizować swoje pomysły

<sup>18</sup> I. Stewart, *Liczby natury*, CIS, Warszawa 1996, s. 74.

<sup>19</sup> Tamże, s. 15.

oraz intencje, i radykalnej pasywności zmysłowego bycia-tu-oto. Edyp jest w sposób całkiem naturalny bohaterem tego porządku myślenia, które identyfikuje przedmioty sztuki z przedmiotami myślenia jako myślami immanentnie związanymi ze swoim innym<sup>20</sup>.

Według Jeana-Pierre'a Vernanta, dowód Freuda na „skuteczność” mitu Edypa ma klasyczne cechy błędnego koła.

Błędnego koła można by uniknąć, gdyby nie zakładać od samego początku, że freudowska hipoteza daje interpretację oczywistą i samo przez się zrozumiałą, leczy gdyby ujawniła się ona jako wynik drobiazgowej pracy analitycznej, wymóg narzucony przez samo dzieło, warunek zrozumienia jego dramatycznego porządku, jako instrument całościowego rozszyfrowania tekstu<sup>21</sup>.

Geniusz Freuda polega na tym, że wychodzi od intymnego przeżycia wewnętrznego, ale zbiorowego – przeżycia publiczności, pomija historyczne umiejscowienie tragedii. Bowiem, jak zauważa Vernant, w pierwotnych wersjach mitu nie ma najmniejszego śladu samoukarania głównego bohatera. Według legendy, Edyp umiera spokojnie jako król Teb. Dopiero Sofokles, posłuszny wymogom gatunku, nadaje mitowi wersję tragiczną, ujawniającą sprzeczności rozrywające świat boski i ludzki, świat społeczny i polityczny, a człowiek wydaje się istotą wewnątrznie sprzeczną<sup>22</sup>. Błędem kontynuatorów Freuda jest skupienie na fabule mitu (zwłaszcza w wersji artystycznej) i szukanie jego sensu w informacji na temat kazirodczego związku z matką i zabójstwa ojca, tak jak robi to np. Didier Anzieu<sup>23</sup>. Według Vernanta, najważniejsza w tej tragedii struktura wyznaczana jest przez opozycję *philia* – *eros*, przywiązanie rodzinne – pożądanie erotyczne. „Zmieszanie tych przeciwieństw pod pretekstem, że jedno jest »substytutem« drugiego, nie czyni tekstu jaśniejszym – niszczy sztukę”<sup>24</sup>. Dlatego prawdziwą winą Edypa nie jest kazirodztwo, lecz pycha – poleganie na swojej wiedzy.

Performance Edypa to – według Rancière'a – *pathos* wiedzy<sup>25</sup>. Do tej pory kategoria *pathosu* przypisywana była tylko estetyce. Co znaczy „*pathos* wiedzy”, skoro sam *pathos* to potęgowanie uczuć poprzez ukazywanie zjawisk o charakterze monumentalnym i wzniosłym? Czy chodzi o wiedzę bazującą na uczuciach? Na pewno nie należy trywializować pomysłu Rancière'a. „*Pathos* wiedzy” to rozpoznanie tragiczności wynikającej z przenikania się wiedzy i niewiedzy – akt woli jest zniesieniem *pathosu*<sup>26</sup>.

<sup>20</sup> Por. J. Rancière, *Le destin des images*, La fabrique éditions, Paris 2003, ss. 123-137.

<sup>21</sup> J.-P. Vernant, *Edyp bez kompleksów*, w: P. Dybel, M. Głowiński (red.), *Psychoanaliza i literatura, słowo/obraz terytoria*, Gdańsk 2001, s. 212.

<sup>22</sup> Tamże, s. 216.

<sup>23</sup> Tamże, s. 220.

<sup>24</sup> Tamże, s. 229.

<sup>25</sup> J. Rancière, *L'inconscient esthétique*, s. 22.

<sup>26</sup> Por. tamże, s. 23.

A jedynym aktem woli Edypa, gdy już poznał prawdę, jest wyłupienie sobie oczu. Kompleks Edypa wydaje się o tyle ciekawy, że polega na nieprzyjmowaniu do wiadomości kompleksu Edypa – w tym tkwi jego pozytywność – w pewnej ślepoty wobec przeznaczenia, wierze, że to sama „struktura nami mówi”.

Według Heinza Politzera, zagadka Sfinksa jest kluczowa dla zrozumienia tragedii Edypa. Zadana człowiekowi zagadka losu ostatecznie okazuje się nierozwiązywalna i stanowi materiał, z którego rodzi się tragedia. Tragiczna wcale nie jest śmierć czy bezsilność człowieka wobec fatum, czyli to, że „wszystko, co człowiek przedsięwzięje dla swego ocalenia, przemienia się w przeciwieństwo ratunku, lecz to, że w momencie upadku nabywa on wiedzę, na której wykorzystanie jest już za późno”<sup>27</sup>.

Można, według Politzera, ustanowić związek między Jokastą a Sfinksem, który (czy też raczej: która) pojawia się w królewskich Tebach w zasadzie jako poprzednik (poprzedniczka) królowej, przedstawienie macierzyństwa, reprezentujące żeńskie prawo Ziemi, w złowrogim znaczeniu nieuchronnego prawa śmierci<sup>28</sup>.

## 7. „Opóźniona wiedza” jako „wiedza właściwa”

„Opóźnienie wiedzy” definiuje samą wiedzę jako coś, z czym „osobiście” nic nie można zrobić, coś, co „osobiście” na nic się nie przydaje. Pragnienie i wiedza spotykają się tylko w zagadce, która nigdy nie ma jednego, „dobrego” (wiedzowego) rozwiązania.

Sfinks to uskrzydłony potwór o ciele lwa i głowie kobiety z greckiej mitologii, w całości to zdecydowanie kobieta, według Hezjoda córka Chimery, według innych – córka Tyfona. Jej zadaniem było pilnowanie dostępu do Teb. Siedziała na skale i pożerała ludzi niepotrafiących rozwiązać zagadki, której nauczyła się od muz. Jej rozwiązanie doprowadziło do śmierci kobiety – potwora, który rzucił się w przepaść. Co ciekawe, Sfinks zadawała jeszcze jedną zagadkę: „Są dwie siostry – jedna rodzi drugą a druga pierwszą”. Edyp miał też tu dać trafną odpowiedź – to dzień i noc.

Czy Edyp powinien, czy nie powinien rozwiązywać zagadki Sfinksa? – to nie jest dobrze postawione pytanie. Chodzi o samo ich rozwiązanie, wprowadzanie rozróżnień tam, gdzie ich nie ma. Bo czy dzień i noc różnią się od siebie? Czy podział życia ludzkiego na okresy/etapy, dodaje coś do pojęcia człowieczeństwa? Dlaczego Sfinks uznała zagadki za rozwiązane? Bo takie samo rozwiązanie usłyszała od muz? Czyli zagadka Sfinksa nie była jej zagadką? Dobre zagadki nie

<sup>27</sup> H. Politzer, *Czy Edyp miał kompleks Edypa?*, w: P. Dybel, M. Głowiński (red.), *Psychoanaliza i literatura*, s. 243.

<sup>28</sup> Tamże, s. 258.

mają autorów, są „dobrem wspólnym”, którego nie można rozwiązać, bo moc tkwi w węźle/zapętleniu, wciąż dającym do myślenia. Rozwiązać takie zagadki to unicestwić symboliczność.

### Literatura

- Doda A., *Pośpiech i cynizm. Wokół teorii dyskursów Jacques'a Lacana*, Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań 2002.
- Eco U., *Nieobecna struktura*, KR, Warszawa 1996.
- Foucault M., *Narodziny kliniki*, KR, Warszawa 1999.
- Heidegger M., *Drogi lasu*, Fundacja Aletheia, Warszawa 1997.
- Kojève A., *Wstęp do wykładów o Heglu*, Fundacja Aletheia, Warszawa 1999.
- Lacan J., *Encore*, Le séminaire, livre XX, dir. Jacques-Alain Miller, Éditions du Seuil, Paris 1999.
- Lang H., *Język i nieświadomość. Podstawy teorii psychoanalitycznej Jacques'a Lacana*, słowo/obraz terytoria, Gdańsk 2005.
- Marquard O., *Aesthetica i anaesthetica. Rozważania filozoficzne*, Terminus 46, Oficyna Naukowa, Warszawa 2007.
- Mikurda K., *Spojrzenia i ich losy*, w: L. Magnone, A. Mach (red.), *Wokół Freuda i Lacana. Interpretacje psychoanalityczne*, Difin, Warszawa 2009.
- Politzer H., *Czy Edyp miał kompleks Edypa?*, w: P. Dybel, M. Głowiński (red.), *Psychoanaliza i literatura*, słowo/obraz terytoria, Gdańsk 2001.
- Rancière J., *L'inconscient esthétique*, Galilée, Paris 2001.
- Rancière J., *Le destin des images*, La fabrique éditions, Paris 2003.
- Rancière J., *Le maître ignorant. Cinq leçons sur l'émancipation intellectuelle*, réédition, Paris 2010.
- Schank R., *Informacje to niespodzianki*, w: J. Brockman (red.), *Trzecia kultura*, CIS, Warszawa 1996.
- Stewart I., *Liczby natury*, CIS, Warszawa 1996.
- Vernant J.-P., *Edyp bez kompleksów*, w: P. Dybel, M. Głowiński (red.), *Psychoanaliza i literatura*, słowo/obraz terytoria, Gdańsk 2001.
- Žižek S., *Wzniosły obiekt ideologii*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001.

**BOLESŁAW ANDRZEJEWSKI**

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu  
Instytut Filozofii

## **Wszyscy jesteśmy kłamcami...**

### **1. Zasygnalizowanie problemu**

Przedmiotem szkicu jest problem prawdy i kłamstwa, z jednoczesnym położeniem akcentu na to drugie, a także na wynikające z niego zaburzenia komunikacyjne. Przedkładam pod rozwagę tezę, że człowiek jest kłamcą, niezależnie od swoich intencji oraz od moralnych zasad. Teoria komunikacji zakłada, że ponad połowa komunikatów ma charakter kłamliwy. Chcę wykazać, że kłamiemy w stu procentach. Dla uspokojenia – nie zamierzam nikogo straszyć ani nasyłać policyjnych śledczych. Nie zawsze przecież kłamiemy, co oczywiste, w sensie kryminalnym, choć takie kłamstwa niestety zdarzają się. W prawnym czy etycznym rozumieniu kłamstwa nie wszyscy, rzecz jasna, jesteśmy kłamcami. Zapewne większość z nas unika kłamstwa przestępczego czy nieetycznego, pragnąc pozostać w zgodzie z prawnymi postanowieniami czy moralnymi zasadami. Idzie nam natomiast w głównej mierze o kłamstwo w sensie filozoficznym, wynikające z przyjęcia określonej metodologii docierania do rzeczywistości, a w konsekwencji orzekania o niej. W tym przypadku nie ma wyjątków – kłamiemy wszyscy. Kłamstwo w takim ujęciu przybiera wymiar kulturowy, można wręcz stwierdzić, iż stanowi ono najwyższą, typowo ludzką zdobycz przyrodniczej, a następnie filogenetycznej ewolucji. W tym kontekście przyjmuje się też, że sama przyroda nie kłamie, tzn. że nie jest dostatecznie wyrafinowana w komunikacyjnym fałszowaniu rzeczywistości za pomocą swych „naturalnych” form wyrazu (np. w „niekulturowym” i niesymbolicznym behawiorze zwierząt, także tym głosowym).

Rozpatrzymy kilka rodzajów kłamstwa, zwracając jednocześnie uwagę na jego społeczną rolę, niekoniecznie negatywną. Skoncentrujemy się ponadto na tytułowym problemie „kłamstwa permanentnego”. Najpierw jednak należy zdefiniować samo kłamstwo, przeciwstawiając je prawdzie.

## 2. Prawda *versus* kłamstwo

Kłamstwo można najprościej zdefiniować jako „brak bądź przeciwieństwo prawdy”. Czym zatem jest prawda? Odpowiedź na to pytanie nie jest bezproblemowa, ponieważ istnieje wiele jej koncepcji: (a) prawda w sensie „zgody powszechnej”, kiedy wielu ludzi – bywa że wszyscy – są przekonani o prawdziwości sądów, choć te okazują się z czasem zgoła nietrafne. Przykładem może być powszechna i długotrwała akceptacja systemu geocentrycznego; (b) prawda w sensie „ewidencji”, głoszona chociażby przez Kartezjusza i zakładająca niesprzeczność sądów z umysłową i logiczną „oczywistością”; (c) prawda w sensie „koherencji”, polegająca na uznawaniu za prawdziwe sądów pozostających w zgodzie z ogólnie przyjętym systemem, np. językowym; (d) prawda w sensie „pragmatycznym”, kiedy prawdziwość sądów jest utożsamiana z ich zgodnością z pozaracjonalnymi sferami podmiotu, szczególnie zaś z przydatnością dla skutecznego działania. Nie wyczerpując w powyższym wyliczaniu wszystkich rodzajów prawdy, zwanych najogólniej „nieklasycznymi”, stwierdzić trzeba, że stanowią one właśnie przyczynę i ostoję mylnych i nie-prawdziwych przekonań oraz komunikacyjnych przekazów.

Zgodnie z definicją prawdy, zwaną „klasyczną”, która wywodzi się od Arystotelesa, „prawda polega na zgodności myśli z rzeczami”. Mimo pewnych zastrzeżeń zgłaszanych pod jej adresem (choćby sprawa dotycząca stopnia rozpoznania rzeczywistości obiektywnej), definicja powyższa uchodzi za optymalne kryterium odróżniania prawdy od fałszu, którego kłamstwo, z uwagi na jego intencjonalny, celowy charakter, stanowi subkategorię. Arystotelesowska definicja będzie nam towarzyszyć w dalszych rozważaniach i pomagać w ocenie tytułowej „kłamliwości” człowieka.

## 3. Kłamstwo świadome (intencjonalne)

Przedmiotem analizy prowadzonej w tym punkcie będzie kłamstwo, które nie jest udziałem wszystkich ludzi i nie zachodzi w każdej sytuacji komunikacyjnej, natomiast jest stosowane okazjonalnie, najczęściej dla osiągnięcia pozamerytorycznych celów. Zgodnie z dokonanym powyższym rozróżnieniem, owe intencjonalne i okazjonalne przekazy daje się zaliczyć do „prawd” w sensie nieklasycznym, najczęściej do „prawdy” pragmatycznej. Również w tym przypadku można podać dwie odmiany kłamstwa, odpowiednio do ich społecznej wydzwięku.

### a) Kłamstwo „pozytywne”

Zasadne jest stwierdzenie, że bez kłamstwa „pozytywnego” życie społeczne byłoby udręką. Okazuje się ono niekiedy niezbędne w trudnych sytuacjach, rozładowywanych poprzez proste zabiegi komunikacyjne, często właśnie na przekór prawdzie klasycznej, np. w lekarskim pocieszeniu „wszystko będzie dobrze”. Wiele dobrego wprowadzają do codziennego życia takie komunikaty, jak: „dobrze wyglądasz”, „ładnie się ubrałaś”, „masz świetny gust”. Oczywiście istnieją utarte, powszechnie akceptowane i stąd poniekąd obiektywne wzorce „dobrego (zdrowego) wyglądu” czy „świetnego (np. schludnego) gustu”, a więc przytoczone przekazy mogą przeczyć prawdzie Arystotelesowej. Tym niemniej głosimy je w szlachetnych intencjach i wiążemy z uzasadnioną nadzieją na czyjeś dobro oraz na lepsze międzyludzkie relacje. Najczęściej wszyscy uczestnicy zdają sobie sprawę z nie-prawdziwości podobnych sądów, a jednak je akceptują – w konwencji dyplomatycznego *bon tonu*. Istotę przydatnego społecznie kłamstewka dobitnie ujął niemiecki satyryk, Wilhelm Busch:

Nie ma to jak etykieta,  
Miła, zwodnicza wytworność,  
Swoje wiesz ty, swoje wiem ja,  
A wszystkim sprawia przyjemność<sup>1</sup>.

Kłamstwo – o nieco innym odcieniu, ale również „pozytywne” – może mieć proveniencję poetycko-metaforyczną i wynikać z estetycznego poczucia uczestników procesu komunikacyjnego. Jest ono wówczas wyzbyte charakterystycznego dla poprzedniej odmiany kłamstwa zabarwienia pragmatycznego, choćby w sensie nadziei na lepszą kondycję praktycznej, społecznej współegzystencji. Jeśli takie zabarwienie wykazuje, to ma ono zwykle śladowe natężenie. Oczywiście nie-prawdą, w świetle kryterium klasycznego, są takie sformułowania, jak: „mieć koralowe usta”, „miłość przenosi góry”, „milczenie jest złotem” czy „wszyscy ludzie są sobie braćmi”. Zgodni jesteście wszakże odnośnie do aksjologicznych walorów podobnych przekazów, zaś uciekając się do metody meta-metaforycznej, możemy nawet zawyrokować, iż „wzmagają one nasze siły duchowe” oraz „nadają życiu czaru”.

### b) Kłamstwo „negatywne”

Odmiana kłamstwa „negatywnego” powstaje najczęściej z pobudek pragmatycznych i ma na celu korzyści, jakie nadawcy może dostarczyć kłamliwy komunikat. Dotykamy w tym miejscu poważnego problemu, występującego w procesach komunikacyjnych, a decydującego w skrajnych przypadkach nawet o „życiu i śmierci”.

<sup>1</sup> Cyt za: S. Dietzsch, *Krótką historia kłamstwa*, Muza SA, Warszawa 2000, s. 8.

Wystarczy przytoczyć komunikat, który pojawił się przed laty w polityce: „państwo x dysponuje bronią masowego rażenia”. Przekaz ten, jak się wkrótce okazało, nie był (prawdopodobnie już w momencie jego preparowania) prawdziwy w sensie „klasycznym”, jako że specjalne komisje nie wykryły w państwie „x” realnego istnienia żadnych „rzeczy” odpowiadających „broni masowego rażenia”. Przekaz posiadał wszakże inny cel – miał być (i przez pewien czas był) skuteczną w ramach międzynarodowej akcji zbrojnej oraz miał przynieść wymierne, polityczne i ekonomiczne korzyści jego nadawcy.

Negatywny wpływ na prawdziwość przekazów wywierają tzw. szumy komunikacyjne, czyli czynniki utrudniające bądź nawet wypaczające prawidłowe rozumienie treści komunikatów. Wśród szumów dają się wyodrębnić: „szum zewnętrzny, kontekstowy”, „szum wewnętrzny”, w szczególności zaś ten najbardziej podstępny i groźny: „szum semantyczny”, polegający na opacnym stosowaniu znaczeń komunikacyjnych wyrazów. Szum semantyczny może występować nieświadomie, zawierając co najwyżej nie-prawdy, bez znamion kłamstwa świadomego. Najczęściej jednak nosi na sobie skazę intencjonalności, co powoduje jego klasyfikację pośród przekazów kłamliwych.

Sięgnijmy znów po stosunkowo drastyczny przykład, jakim były informacje z czasów II wojny światowej o ukrywających się w lasach „polnische Banditen (polscy bandyci)”. Wiemy, że w owych czasach i w tamtych lasach skrywali się polscy patrioci, walczący z narażeniem życia o wolność swego kraju. W swym szlachetnym zapale przymierali z głodu (i zapewne ze strachu), marzli w deszczowej pogodzie, zaś „do tańca grał im stenów szczęk”. Dla nas są oni „bohaterami”, za co stawiamy im dziś pomniki, dla okupanta wszakże były to „społeczne wyrzutki” czy właśnie wręcz „bandyci”. Zdajemy sobie w tym miejscu sprawę z aksjologicznego relatywizmu, zwłaszcza w przypadku epitetowych „bandytów”, ale też można dopatrywać się go w sakralizacji postaw polskich bojowników, którzy przecież „prosto do nieba czwórkami szli”. Musimy zatem znów odwołać się do określonych ustaleń, wprowadzających ład i powszechne obowiązywanie norm społecznej egzystencji, także w wymiarze międzynarodowym. Normy te, zapewne w każdym społeczeństwie, bazują na niezbywalnym prawie do wolności i nakazują opór w obliczu zbrojnego najazdu obcych sił. Z tego też punktu widzenia stanowią kryterium słuszności (prawdziwości) głoszonych komunikatów, jak również podejmowanych działań. Logiczny sylogizm nie zezwala zatem na określanie walczących „patriotów” mianem „bandytów”, który to epitet staje się tym samym „klasycznym” kłamstwem.

Niepokoją i powodują „poznawczy szum” określenia stosowane w żargonie policyjnym (powtarzane ponadto w niektórych mediach), oznaczające polskich kierowców, takie jak „pijacy” czy „piraci”. Wiadomo, że „spożywając” graniczną w Polsce dawkę alkoholu, trudno „upić” się w sensie prawdy Arystotelesa, zaś poruszając się poza miastem z prędkością np. 100 km/godz., nie jest się „pira-

tem” (abstrahując już od pierwotnego znaczenia tegoż słowa). Stosowane u nas „normy” daleko odbiegają od światowej tolerancji i mają pozamerytoryczny cel. Przyjęte kryteria nie gwarantują „zgodności myśli z rzeczami/osobami”, lecz „produkuja” „polskich piratów” czy „polskich pijaków” (np. w weekendowych przekazach o liczbie schwytanych pijanych kierowców). Podobne komunikaty są wykorzystywane w sposób pragmatyczny dla zalegalizowania określonej polityki kadrowej i organizacyjnej, polegającej na przesuwaniu aktywności policyjnej z sektora kryminalnego na „drogówkowy”. A przecież bezpieczeństwo drogowe, jak głoszą statystyki porównawcze, nie zależy od nasilenia szykan czy kłamliwych epitetów, lecz od kultury i stopnia edukacji wszystkich uczestników życia publicznego.

Jak już zaznaczyliśmy, intencjonalnie kłamliwe sądy, zwłaszcza te „negatywne”, głoszone są w celu realizacji zamierzonych celów i dla efektywności doraźnych działań. Przytoczmy, trochę dla odprężenia, fragment wielce pouczającej bajki Ignacego Krasickiego, obrazowo ilustrującej skuteczność podstępnych zachowań – kłamliwych, ale przynoszących szybką korzyść:

Bywa często zwiedzionym,  
Kto lubi być chwalonym (...)  
(...) Więc kruk w kantaty; skoro pysk rozdziawił,  
Ser wypadł, lis go porwał i kruka zostawił<sup>2</sup>.

Dotychczas mówiliśmy o kłamstwach wykazujących posmak pragmatycznej intencjonalności. Istnieje społeczne zapotrzebowanie na określoną dozę „pozytywnych” kłamstw, większość z nich wszakże formuje ostoję komunikacyjnej manipulacji oraz generuje negatywne przejawy społecznych postaw. Na szczęście, nie są one przyjmowane przez wszystkich i nie przybierają rozmiaru „kłamstwa powszechnego”. Nie one więc stanowią istotę naszej analizy, która zakłada w tytule, że „kłamcami” jesteście wszyscy i zawsze. O jakie tedy kłamstwo idzie?

#### 4. „Kłamstwo” powszechne

Przyjrzymy się teraz kłamstwu o innym wymiarze, któremu można przyporządkować atrybut *f i l o z o f i c z n o ś c i*. „Kłamca filozoficzny” postępuje tu w swoim komunikacyjnym „procederze” w sposób mimowolny, od niego niezależny, a zatem – co można wywnioskować z powyższych dookreśleń – społecznie obojętny i nieszkodliwy. Mimo to i w kontekście powyższej definicji prawdy działa on wbrew prawdzie; z tego też powodu będziemy jego komunikacyjne wyrazy klasyfikować, trzeba przyznać – trochę prowokacyjnie – po stronie aktywności kłamliwej. Człowiek zresztą inaczej nie potrafi – musi zaistnieć jako „kłamca”, nawet wbrew jego woli, zaś jego, omawiane w tym fragmencie, „kłamstwo”

<sup>2</sup> I. Krasicki, *Kruk i lis*, w: tenże, *Bajki*, PIW, Warszawa 1974, s. 64.

będziemy brać w cudzysłów, dla odróżnienia od wcześniej zarysowanych postaci kłamstw czy kłamstewek intencjonalnych i manipulacyjnych.

Tezę dotyczącą realności, czyli ontologię „kłamstwa nieustannego”, oprzemy na przyjęciu określonych założeń filozoficzno-metodologicznych, z jednoczesnym odrzuceniem, raz na zawsze, „realizmu naiwnego”. Realizm ten, wprowadzany raczej modelowo niż istniejący faktycznie, polega na głoszeniu pełnej zgodności zachodzącej między rzeczami a ich podmiotowym obrazem, *ergo* wyrażonym na ich temat komunikatem. W świetle takiej metodologii przekaz miałby uzyskać status „prawdy całkowitej”, z drugiej zaś strony nie byłoby możliwe „kłamstwo filozoficzno-metodologiczne”. Większość metodologicznych systemów wychodzi wszakże z odmiennego założenia i przyjmuje istnienie poznawczych rozbieżności pomiędzy rzeczą i orzekaniem o niej. Fakt ten wprowadza do definicji Arystotelesowskiej sygnalizowaną już i oczywistą niedogodność (nie posiadamy pełnej wiedzy o rzeczy), co nie przekreśla jednak, z braku lepszych propozycji metodologicznych, obowiązującego kryterium „klasycznej” formuły: *veritas est adequatio rei et intellectus*.

Realizm „naiwny” traci swą moc nawet w wysoce realistycznej filozofii empiryzmu angielskiego. Głosi ona daleko idącą zależność procedur poznawczych od aktywności zmysłowej, mającej gwarantować bezpośrednie dotarcie podmiotu do „prawdy” bytu. Wszakże i tu między podmiot i przedmiot „wciskają” się „idole”, skutecznie fałszujące podmiotowy obraz rzeczywistości. Francis Bacon wymienia wśród pozaempirycznych czynników idole: „plemienia”, „jaskini”, „rynku” oraz „teatru”. Wszystkie one zaciemniają „czyste” zmysłowe wrażenie, zamazują powstający w podmiocie obraz rzeczy, a tym samym niweczą prawdę na rzecz „kłamstwa”. Już na poziomie psychosomatycznej konstrukcji gatunkowej (plemiennej) nie ma możliwości bezpośredniego dotarcia do faktów obiektywnych, *ergo* zgłębienia prawdy o nich. W *Novum organum* czytamy:

Wszystkie percepcje, zarówno zmysłowe jak i umysłowe, są dostosowane do człowieka, a nie do wszechświata. Rozum ludzki podobny jest do zwierciadła, które będąc nierówne (...) swoje właściwości na te przedmioty przenosi, przez co je zniekształca i zmienia<sup>3</sup>.

Podmiotowe obrazy nie odzwierciedlają rzeczywistości, są natomiast przekazem fałszywym, w świetle definicji Arystotelesowskiej – kłamliwym. Dla wzmocnienia tej konstatacji przytoczmy dodatkowo opinię Bacona odnośnie do *idola fori*, tak przecież ważnych w uzewnętrznianiu prawdziwości (lub właśnie fałszywości) myśli:

Ludzie obcuja ze sobą przez rozmowy (...) Zły i niezręczny dobór wyrazów w dziwny sposób krępuje umysł (...) Słowa całkowicie zadają gwałt rozumowi, wszystko mącą i przywodzą ludzi do niezliczonych jałowych kontrowersji i wymysłów<sup>4</sup>.

<sup>3</sup> F. Bacon, *Novum organum*, PWN, Warszawa 1955, s. 67.

<sup>4</sup> Tamże, s. 68.

Komunikaty, w powyższych przykładach te o proveniencji empirycznej, nacechowane są zawsze piętnem podmiotowej – czy to indywidualnej czy gatunkowej – osobliwości, pozostając w oddaleniu od rzeczy. Zamiast głosić prawdę o rzeczach, omotują je otoczką kłamliwych „kontrowersji i wymysłów”.

Niezgodność aktów komunikacyjnych z rzeczami – przynajmniej według konwencji przyjętej w niniejszej pracy – uwidacznia się w sposób jeszcze bardziej wyrazisty na gruncie metodologii racjonalistycznych, wśród których na szczególną uwagę w interesującym nas kontekście zasługuje racjonalizm metodyczny (aprioryzm). Racjonalizm metodyczny wyprowadza wiedzę z aktywności rozumowej i został najtrafniej wyartykułowany przez Immanuela Kanta w formule „przewrotu kopernikańskiego”, przenikającego zresztą cały ten system. W obszernej *Przedmowie* do drugiego wydania *Krytyki czystego rozumu* (1787, pierwsze wyd. 1781) autor wyjaśnia istotę swej metody, nade wszystko wskazuje na jej podstawowe założenie, jakim jest dominacja rozumowych operacji nad biernymi przedmiotami.

Spróbujmy więc raz – pisze Kant – czy się nam lepiej nie powiedzie przy rozwiązywaniu zadań metafizyki, jeżeli przyjmiemy, że to przedmioty muszą dostosować się do naszego poznania (...) Rzecz ma się z tym tak samo, jak z pierwszą myślą Kopernika, który, gdy wyjaśnianie ruchów niebieskich nie chciało się udawać przy założeniu, że cała armia gwiazd obraca się dookoła widza, spróbował, czy nie uda się lepiej, jeżeli każe się obracać widzowi, natomiast gwiazdy pozostawi w spokoju. Otóż można spróbować czegoś podobnego w odniesieniu do oglądania przedmiotów<sup>5</sup>.

Zdanie powyższe, bodajże jedno najważniejszych w historii kultury, wyciska silne piętno na teorii poznania, rzutując jednoznacznie na kulturową degradację bytu przy jednoczesnym dowartościowaniu samych efektów ludzkiego poznania. Podejście takie rzutuje jednak zarazem w sposób negatywny na prawdziwościowy status formułowanych sądów. Otóż aprioryczna aktywność podmiotu nie zezwala zbyt wiele człowiekowi na zbliżenie się do „rzeczy samych w sobie” (*Dinge an sich*), nakazując mu zadowalanie się „zjawiskami” (*Erscheinungen*), tzn. sposobem, w jaki przedmioty ukazują się człowiekowi. Wspomniane „zjawiska” stanowią wszakże podmiotowy konstrukt, wyprowadzony wprowadzie ze strumienia wrażeń zmysłowych, wymodelowany natomiast przez aprioryczne formy i kategorie umysłu. „Zjawisko”, co trzeba dla naszych potrzeb mocno podkreślić, różni się od skrytej przed człowiekiem „rzeczy samej w sobie”, warunkując tym samym w sposób konieczny „klasyczną” kłamliwość wiedzy, a w konsekwencji także uzewnętrzniających ją podmiotowych przekazów. Te ostatnie należy z pozycji apriorycznej metodologii rozważać nie tyle w kluczu rzeczowo-informacyjnym, ile raczej w większym stopniu uznawać je za komunikaty perswazyjne, tchnące podmiotową postulatyność oraz interpretacyjną intencjonalnością.

<sup>5</sup> I. Kant, *Krytyka czystego rozumu*, PWN, Warszawa 1957, s. 31.

Immanuel Kant pisał niewiele o językowej i komunikacyjnej aktywności człowieka, ustrzegł się zatem niejako przed trudnym problemem „prawdy” i „kłamstwa”. Otworzył tym niemniej swą metodologią „przewrotu kopernikańskiego” szerokie możliwości dla intelektualnej penetracji tych właśnie obszarów. Następcy Kanta czerpali inspiracje z jego filozofii dla swoich językowo-komunikacyjnych poglądów, w których istotną rolę odgrywa problem relacji słów do świata przedmiotów. Pozostaje więc w mocy Arystotelesowskie kryterium „adekwatności myśli i rzeczy”, *ergo* prawdziwości sądów orzekających o świecie.

Temat istoty i genezy, a w konsekwencji także prawdziwości/kłamliwości językowego wyrazu podjął Wilhelm von Humboldt, którego ustalenia w tym zakresie, z uwagi na silny związek z Kantowskim aprioryzmem, można określić mianem teorii Kanta-Humboldta. Otóż Humboldt jest zdeklarowanym przeciwnikiem „teorii odbicia”, w myśl której duchowe wytwory podmiotu powstają w rezultacie zwierciadlanej odpowiedzi jego wnętrza na bodźce zewnętrzne. Według Humboldta, również słowa i struktury językowe nie „odpowiadają” rzeczom, przeciwnie – stanowią przejaw duchowych głębi, nacechowanych aprioryczną aktywnością. Nie są nawet *ergon*, raz na zawsze ustalonymi i skostniałymi językowymi konstrukcjami, lecz są *energeia*, tzn. nieustanną „pracą ducha”, wyposażającą owe konstrukty we wciąż nowe sensory. Komunikacyjny wyraz jest tedy „wewnętrzną potrzebą ludzkości”, leżącą w „samej naturze” tejże. Trudno stąd zakładać jego „zgodność” z rzeczą, a zatem głosić jego Arystotelesowską „prawdziwość”.

Ludzie rozumieją się nie dlatego – powiada Humboldt – że przekazują sobie faktycznie znaki rzeczy, ani nie dlatego, że nakłaniają się nawzajem do wytworzenia dokładnie tego samego pojęcia, lecz dlatego, że (...) uderzają w ten sam klawisz ich duchowego instrumentu, w rezultacie czego u każdego rozmówcy pojawiają się analogiczne, lecz nigdy te same pojęcia<sup>6</sup>.

Teoria Kanta-Humboldta znalazła swoich zagorzałych zwolenników, ulegając nawet z czasem radykalizacji i sterując w kierunku komunikacyjnego immanentyzmu i konstruktywizmu. Oddalała się tym samym w swych ustaleniach coraz bardziej od przedmiotowego realizmu, a tym samym od klasycznego kryterium prawdziwości. Dobitnym przykładem takiego podejścia może być „filozofia form symbolicznych” Ernsta Cassirera, który uskrajił Kantowską negację „rzeczy samej w sobie” i odmówił jej wręcz jakiegokolwiek roli w tworzeniu świata kulturowego. Ten ostatni wypływa całkowicie z duchowej, apriorycznej aktywności podmiotu, także tej komunikacyjnej. Jakże bowiem można uznawać Arystotelesowską prawdziwość komunikatów, skoro „język nie wkracza do jakiegoś świata gotowych przedmiotów, aby tu do danych i wyraźnie od siebie oddzielonych pojedynczych przedmiotów dodać jeszcze tylko ich »nazwy« (...) Język jest sam środkiem tworzenia przedmiotowego, w pewnym sensie t y m

<sup>6</sup> W. von Humboldt, *Über die Verschiedenheit des menschlichen Sprachbaues und ihren Einfluss auf die geistige Entwicklung des Menschengeschlechts*, Berlin 1880, s. 209.

środkiem, najważniejszym instrumentem do pozyskiwania i budowy czystego świata przedmiotowego”<sup>7</sup>. Nie ma więc możliwości realnego konfrontowania wytworów kultury, do których oczywiście należą także językowe przekazy, z jakimiś ich „substancjalnymi” desygnatami. Te zresztą, według Cassirera, nie istnieją realnie. „Funkcjonują” one, co oczywiste, społecznie, ale trudno przypisywać im atrybut prawdziwości, przynajmniej według, zakładanego w niniejszym szkicu, kryterium „adekwatności myśli i rzeczy”.

Problem nasila się w koncepcji językowego relatywizmu, którego jądro stanowi hipoteza Sapira-Whorfa. Według jej wytycznych świat ulega nieustannej interpretacji, w której istotną rolę odgrywa język. Komunikujemy stany rzeczy, które realnie nie zaistniały, a tym samym konstruujemy świat intencjonalny. Warto przypomnieć w tym miejscu znaną „metaforę słonia”, przytoczoną przez Edwarda Sapira dla zwrócenia uwagi na „kruchość” bytu „samego w sobie” oraz dla jednoczesnego wyniesienia rangi rzeczywistości konstruowanej przez podmiot:

Jeśli człowiek, który w ciągu całego swego życia widział tylko jednego słonia, mimo to mówi bez żadnego wahania o dziesięciu słoniach lub o milionie słoni, czy też o stadzie słoni kroczących parami czy czwórkami, lub wreszcie o pokoleniach słoni, to jest oczywiste, że język ma moc wyodrębniania w doświadczeniu teoretycznie izolowanych elementów i tworzenia z aktualnego świata owego potencjalnego świata, który pozwala istotom ludzkim wychodzić poza to, co bezpośrednio dane w indywidualnym doświadczeniu (...) Formy wyznaczają nam pewne sposoby obserwacji i interpretacji<sup>8</sup>.

Zgodnie z założeniami relatywizmu językowego to my dzielimy rzeczywistość na „kategorie i typy” przedmiotów, to my nadajemy sensy „rzeczom samym w sobie”, ponieważ czynimy to w ramach „umowy”, spisanej w „naszych językach ojczystych”. Benjamin Lee Whorf pisze dobitnie:

Dochodzimy tu do nowej zasady relatywizmu: postrzegający nie utworzą sobie tego samego obrazu świata na podstawie tych samych faktów fizycznych, jeśli ich zaplecza językowe nie są podobne lub przynajmniej porównywalne<sup>9</sup>.

Sformułowanie powyższe – stanowiące kontynuację osiągnięć amerykańskiego relatywizmu kulturowego, w dużej części myśli Kanta i Humboldta, w prostej zaś linii poglądów Sapira – zakłada, że nasza wiedza o świecie, a wręcz sama rzeczywistość nosi na sobie piętno języka, w którym zostaje wyrażona. To, co odnajdujemy w świecie, nie istnieje „samo w sobie”, lecz stanowi konstrukt naszej apriorycznej aktywności myślowo-językowej.

Trudno orzekać o rzeczach prawdę w sensie klasycznym, skoro – według przyjętej wyżej konwencji – sami owe rzeczy konstruujemy. Głoszone przez

<sup>7</sup> E. Cassirer, *Język i budowa świata przedmiotowego*, w: tenże, *Symbol i język*, WSPiA, Poznań 2004, ss. 81-82.

<sup>8</sup> E. Sapir, *Kultura, język, osobowość*, PIW, Warszawa 1978, s. 38.

<sup>9</sup> B. L. Whorf, *Język, myśl i rzeczywistość*, PIW, Warszawa 1982, s. 285.

podmiot sądy wykazują ich daleko idący immanentyzm i relatywizm, subiektywne zabarwienie czy wręcz woluntarystyczny wydzźwięk. Człowiek nie mówi o rzeczach „prawdy”, ergo „kłamie”.

### Podsumowanie

Powyższe ustalenia można skwitować znanym powiedzeniem: „kłamujemy jak z nut”, albo „kłamujemy na zawołanie”. Tak też jest, a celem powyższych uwag było uzasadnienie tezy o istnieniu „kłamstwa nieustannego”. Posługujemy się tu, przynajmniej, kategorią kłamstwa w nie do końca albo nie zawsze „prawdziwym” znaczeniu, może nawet kłamujemy, kiedy stwierdzamy, że człowiek „ustawicznie kłamie”. Ale też taka właśnie konstatacja byłaby najlepszym dowodem na uzasadnienie naszej wyjściowej tezy o permanentnym „kłamstwie”. Tak czy inaczej poruszamy się w semantycznym polu „fałszu”, które w swych ramach pomieszcza wszelakie niezgodności kulturowych wytworów z rzeczywistością. Obejmuje zatem i „kłamstwo”, któremu właśnie takiej zgodności brakuje. Musimy się do „filozoficznego kłamstwa” przyzwyczaić i nauczyć się z nim żyć, podobnie jak potrafimy żyć w symbiozie z bakteriami, w swej istocie przecież szkodliwymi i przeczącymi zdrowiu. Musimy umieć zdrowotnie, a także społecznie funkcjonować, nawet kiedy w tym drugim przypadku jesteśmy skażeni nieuleczalnym skrzywieniem „myśli/komunikatów niezgodnych z rzeczami”.

### Literatura

- Bacon F., *Novum organum*, PWN, Warszawa 1955.  
Cassirer E., *Język i budowa świata przedmiotowego*, w: tenże, *Symbol i język*, WSPiA, Poznań 2004.  
Dietzsch S., *Krótką historia kłamstwa*, Muza SA, Warszawa 2000.  
Humboldt W. von, *Über die Verschiedenheit des menschlichen Sprachbaues und ihren Einfluss auf die geistige Entwicklung des Menschengeschlechts*, Berlin 1880.  
Kant I., *Krytyka czystego rozumu*, PWN, Warszawa 1957.  
Krasicki I., *Kruk i lis*, w: tenże, *Bajki*, PIW, Warszawa 1974.  
Sapir E., *Kultura, język, osobowość*, PIW, Warszawa 1978.  
Whorf B. L., *Język, myśl i rzeczywistość*, PIW, Warszawa 1982.

## Noty o Autorach

BOLESŁAW ANDRZEJEWSKI – filolog, filozof, teoretyk komunikacji społecznej. Profesor Uniwersytetu im. A. Mickiewicza w Poznaniu oraz Politechniki Koszalińskiej. Autor bądź redaktor 24 książek oraz ok. 140 artykułów naukowych w języku polskim, niemieckim, angielskim, hiszpańskim oraz chorwackim. Najważniejsze książki: *Animal symbolicum* (1980), *Wilhelm von Humboldt* (1989), *Przyroda i język* (1989), *Emanuel Swedenborg* (1992), *Esbozos sobre la filosofía polaca* (1998), *Poznanie i komunikacja* (2005, wyd. 2 – 2010), *Historia filozofii niemieckiej* (2007). Założyciel i redaktor naczelny 3 periodyków naukowych o zasięgu międzynarodowym. Visiting professor w Buenos Aires, wykładowca oraz uczestnik kongresów naukowych w Europie, Azji i obu Amerykach. Stypendysta Fundacji im. A. v. Humboldta w Niemczech oraz Instytutu Szwedzkiego w Sztokholmie.

AGNIESZKA DODA-WYSZYŃSKA – doktor filozofii, adiunkt w Zakładzie Semiotyki Kultury Instytutu Kulturoznawstwa UAM w Poznaniu. Kilka lat zgłębiała tajniki psychoanalizy Lacanowskiej (autorka książki *Pośpiech i cynizm. Wokół teorii dyskursów Jacques’a Lacana*). Gdy stwierdziła, że wie już na ten temat wszystko (co było jej potrzebne), zainteresowała się tzw. filozofią przedstawienia, czyli snuje refleksję na temat tego, co – paradoksalnie – wydaje się poprzedzać refleksję, i to nie w znaczeniu zmysłowej dostępności, lecz pamiętki, utrwalenia, więc znaku.

HANNA GRZESIAK – absolwentka pedagogiki specjalnej oraz pracy socjalnej. Obecnie w Instytucie Kulturoznawstwa UAM przygotowuje rozprawę doktorską na temat niepełnosprawności w starożytnym Izraelu. Zajmuje się społecznymi aspektami niepełnosprawności w Chinach, Indiach oraz Izraelu, a także pracą z osobami dotkniętymi chorobą Alzheimera i ich rodzinami.

RAFAŁ ILNICKI – doktorant w Instytucie Kulturoznawstwa UAM, gdzie przygotowuje rozprawę doktorską pod kierownictwem prof. dr. hab. Wojciech Chyły. Jego zainteresowania dotyczą filozofii mediów, religioznawstwa, mediologii. Prowadzi także blog naukowy pod adresem rafalilnicki.pl. Opublikował prace: *System symboliczny kart tarota jako inspiracja dla protohipertekstów na przykładzie „Zamku krzyżujących się losów” Italo Calvino*, „Perspektywy Kulturoznawcze” 2/2009 oraz *Etnografia online – eksplorowanie chaosmosu. Filozofia mediów i badania empiryczne*, w: D. Czakowska-Ziobrowska, M. Gwoździcka-Piotrowska (red.), *Współczesne nurty badawcze młodych naukowców*, Poznań 2010.

ALEKSANDRA JASIELSKA – dr psychologii, adiunkt w Zakładzie Psychologii Ogólnej i Psychodiagnostyki w Instytucie Psychologii UAM w Poznaniu. Interesuje się zagadnieniem potocznych teorii emocji w perspektywie różnic indywidualnych i rozwojowych oraz wpływem komunikatów symbolicznych, np. dzieł sztuki, na kształtowanie się sfery emocjonalnej jednostki. Głównym wątkiem podejmowanym w publikacjach autorki jest wykorzystanie analizy wytworu, np. narracji czy wspomnienia autobiograficznego, do opisu treści i struktury reprezentacji emocji postkognitywnych.

EWA KAPTUR – adiunkt w Instytucie Filologii Polskiej i Klasycznej UAM, nauczyciel emisji głosu, logopeda. Zainteresowania badaczki koncentrują się wokół szeroko rozumianej współczesnej polszczyzny, przede wszystkim leksyki drobnych ogłoszeń prasowych i internetowych. Tematowi temu jest poświęcona książka z 2008 r. pt. *Językowy kształt współczesnych nekrologów prasowych (na materiale poznańskich dzienników z roku 2001)* oraz cykl artykułów prezentujących z różnych perspektyw m.in. nekrologi, życzenia z okazji walentynek, Dnia Matki, Dnia Ojca, ogłoszenia towarzysko-matrymonialne. Ostatnimi czasy przedmiotem badań są zagadnienia związane z praktyczną stroną języka – głosem i mową.

WOJCIECH LIPSKI – pracownik naukowo-dydaktyczny na stanowisku asystenta w Zakładzie Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego UMCS w Lublinie. Prowadzi terapię zaburzeń mowy. Interesuje się zaburzeniami psychicznymi i psychogennymi zaburzeniami mowy. Publikował swoje artykuły w czasopismach „Scientia” i „Acta Humana”.

MONIKA OBREŃSKA – psycholog, dr językoznawstwa, adiunkt w Instytucie Psychologii UAM w Poznaniu (Zakład Psychologii Społecznej). Interesuje się problematyką psychologii języka i komunikacji, szczególnie w kontekście barier komunikacyjnych i zaburzeń językowych. Autorka książki *W poszukiwaniu ukrytej struktury. Semiotyka wobec problemu nieświadomości* (2002) oraz artykułów o tematyce psycholingwistycznej.

TERESA RZEPA – prof. zw. dr hab., psycholog, wieloletni doradca personalny, biegły sądowy i trener kadry kierowniczej. Jej zainteresowania naukowe koncentrują się wokół historii myśli psychologicznej, psychologii społecznej i komunikowania się, psychoterapii osób dorosłych oraz psychologii organizacji i zarządzania. Autorka i redaktorka wielu prac, m.in.: *Życie psychiczne i drogi do niego* (1998), *O interpretowaniu psychologicznym. W kręgu Szkoły Lwowsko-Warszawskiej* (2002), *Komunikowanie się w sytuacjach społecznych* (2002), *W kalejdoskopie życia społecznego* (2003), *Psychologia w zarządzaniu* (2004), *Psychologia komunikowania się dla menedżerów* (2006), *Paradygmaty i pułapki psychologii komunikowania się* (2006), *O studium przypadku i portretowaniu psychologicznym* (2006), *Psychologiczne i środowiskowe konteksty zachowań człowieka* (2009), *Historia polskiej myśli psychologicznej. Gałązki z drzewa Psyche* (współaut.) (2009).

MICHAŁ STANIŚĆ – dr n. med., chirurg ogólny i naczyniowy, absolwent studiów z zakresu orzecznictwa i ubezpieczeń, od 1996 r. związany z Kliniką Chirurgii Ogólnej i Naczyń Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Specjalizuje się w leczeniu miażdżycy tętnic, szczególnie w zaawansowanych postaciach niedokrwienia w cukrzycy, w inwazyjnym leczeniu tętniaków aorty i innych tętnic oraz w nowoczesnych sposobach leczenia chorób żył. Interesuje się przywracaniem zdolności do pracy po zabiegach naczyniowych

i pasjonuje nauczaniem studentów. **Ważniejsze publikacje (współaut.):** *Hand-assisted laparoscopic aortic surgery as an initial step towards totally laparoscopic techniques in patients with aorto-iliac occlusion in critical limb ischaemia*, „Videosurgery and Other Miniinvasive Techniques” 2009; *IL-6, TNF-alpha, IL-1-beta arterial wall expression is independent of serum concentration in patients sustaining primary or secondary open vascular reconstructions*, „International Journal of Angiology” 2010; *Morphological and mechanical changes in juxtarenal aortic segment and aneurysm before and after open surgical repair of abdominal aortic aneurysms*, „European Journal of Vascular and Endovascular Surgery” 2010.

TERESA ŚWIRYDOWICZ – adiunkt w Zakładzie Psychologii Zdrowia i Psychologii Klinicznej w Instytucie Psychologii UAM w Poznaniu. Autorka artykułów, m.in.: *Problem eutanazji z punktu widzenia psychologa* (2007), *Działalność psychologa w opiece paliatywnej* (2001), *Schizoidalne zaburzenie osobowości* (2004), *Czy psycholog jest potrzebny ludziom chorym na raka* (2006), *Problematyka śmierci w psychologii* (2010). Zainteresowania: psychoonkologia, psychopatologia, psychologia kliniczna. Psycholog w Ośrodku Pomocy Psychologicznej oraz w Prywatnym Ośrodku Leczenia Uzależnień „Arcus”. Wiceprzewodnicząca Poznańskiego Oddziału Stowarzyszenia Psychologów Chrześcijańskich.

ANETA WOJCIECHOWSKA – pedagog specjalny, adiunkt w Zakładzie Pedagogiki Specjalnej Wydziału Studiów Edukacyjnych UAM; członek zarządu i terapeuta Stowarzyszenia na Rzecz Osób z Autyzmem ProFUTURO w Poznaniu. Zainteresowania: całościowe zaburzenia rozwoju (głównie autyzm i zespół Aspergera) – diagnoza, funkcjonowanie dziecka i oddziaływania terapeutyczne; opóźnienie rozwoju mowy – diagnoza i oddziaływania terapeutyczne.

AGNIESZKA ZIENKOWICZ – absolwentka psychologii na Uniwersytecie im. Adama Mickiewicza w Poznaniu. Obecnie studentka Podyplomowych Studiów Pedagogiki Specjalnej w zakresie Logopedii. W pracy zawodowej zajmuje się komunikacją marki w nowych mediach.

