

Dr hab. Danuta Grzesiak-Witek

Wydział Humanistyczny
Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach
ORCID: 0000-0001-6959-9304

Dr Rafał Jakub Pastwa

Wydział Nauk Społecznych
Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II
ORCID: 0000-0001-9470-5156

Inspiracje religijne w odbudowywaniu języka osób z afazją a potrzeba wrażliwości w komunikowaniu religijnym

Religious inspirations in the reconstruction of the language of people with aphasia and the need for sensitivity in religious communication

Streszczenie

Afazja jest zaburzeniem mowy polegającym na całkowitej bądź częściowej utracie zdolności porozumiewania się werbalnego z otoczeniem. Głównymi jej przyczynami są udary mózgu, urazy czaszkowo-mózgowe, nowotwory mózgu. Dostępne publikacje skupiają się nade wszystko na ukazaniu metod diagnozowania afazji, sposobów prowadzenia terapii mowy oraz na przybliżeniu metod usprawniających umiejętności językowe. Nie ma natomiast publikacji przedstawiających sposoby motywowania pacjentów do udziału w terapii, w momencie gdy nie przynosi ona wymiernych efektów. Artykuł pokazuje możliwość wykorzystania inspiracji religijnych podczas terapii logopedycznej osób obarczonych afatycznymi zaburzeniami mowy, a także zwraca uwagę na potrzebę wrażliwości w procesie komunikowania religijnego. Szczególne znaczenie w świecie zdominowanym przez media cyfrowe i technologie komunikacyjne może odegrać kategoria cielesnego współodczuwania.

Słowa kluczowe: afazja, terapia logopedyczna, inspiracje religijne, komunikowanie religijne, media.

Abstract

Aphasia is a speech disorder involving a total or partial loss of the ability to communicate verbally with the environment. Its main causes are strokes, craniocerebral injuries, and brain tumors. The available publications focus primarily on presenting methods of diagnosing aphasia, methods of conducting speech therapy and presenting methods of improving language skills. However, there are no publications presenting methods of motivating patients to participate in therapy when it does not bring tangible results. The article shows the possibility of using religious inspiration in speech therapy for people with aphatic speech disorders, and also draws attention to the need for sensitivity

in the process of religious communication. The category of physical compassion can play a special role in a world dominated by digital media and communication technologies.

Key words: aphasia, speech therapy, religious inspiration, religious communication, media.

Wprowadzenie

Afazja jest zaburzeniem mowy, które odznacza się utratą umiejętności posługiwania się językiem na skutek uszkodzenia struktur mózgowych, a dokładnie obszarów mowy obejmujących korowe struktury tylnego płata czołowego oraz części innych płatów (tj. skroniowego, ciemieniowego, potylicznego) w półkuli lewej, która jest dominującą w procesach językowych u osób praworęcznych, przy czym brak możliwości komunikowania się werbalnego dotyczy utraty umiejętności korzystania z systemu znaków oraz reguł gramatycznych, jakie ustalają relacje między nimi¹. Wśród innych zaburzeń mowy afazja umiejscowiona jest w grupie zaburzeń „związanych z rozpadem systemu komunikacyjnego, w których procedurą logopedyczną jest odbudowywanie wszystkich typów kompetencji i usprawnianie realizacji”². Problemy osób z afazją mogą być na tyle poważne, że w niektórych przypadkach uniemożliwiają funkcjonowanie w życiu społecznym³.

Leczenie, rehabilitacja oraz opieka nad osobami z afazją należy do zadań niezwykle trudnych ze względu na to, że terapeuci na co dzień stykają się z potrzebą rozwiązywania trudnych problemów, jakimi są właściwa diagnoza, a następnie trafny wybór metody leczenia i rehabilitacji. Neurologopedzi wciąż poszukują metod oddziaływania terapeutycznego, które ułatwią odblokowanie mechanizmów programujących mowę. Problemem od zawsze było zmotywowanie chorego do udziału w długotrwałej terapii, która nie zawsze przynosiła wymierny efekt. Tekst pokazuje sposób dotarcia do grupy pacjentów z afazją, dla których wiara stanowi siłę w pokonywaniu przeszkód dnia codziennego. Obecne prace na temat terapii logopedycznej osób z afazją skupiały się nade wszystko na prowadzeniu terapii mowy oraz na metodach usprawniających umiejętności językowe⁴. Nie było nato-

¹ I. Styczek, *Logopedia*, Warszawa 1980, s. 56; K. Milewska, B. Okurowska-Zawada, J. Kackieło-Tomulewicz, M.J. Samusik, *Taksonomia afazji – kryteria klasyfikacji oraz rodzaje zespołów zaburzeń*, „Logopaedica Lodziensia” 2021, nr 5, s. 148.

² S. Grabias, *Mowa i jej zaburzenia*, „Audiofonologia” 1997, t. X, s. 9–36.

³ Zob. uwagi na temat funkcjonowania osób po przebytych udarach mózgu w środowisku rodzinnym oraz w życiu społecznym: K. Jaracz, W. Kozubski, *Jakość życia po udarze mózgu*, cz. II: *Uwarunkowania kliniczne, funkcjonalne i społeczno-demograficzne*, „Udar Mózgu” 2001, nr 3(2), s. 63–70; A. Bielecki, E. Żmudzka-Wilczek, J. Opara, K. Mehlich, *Ocena jakości życia osób po udarze mózgu przy pomocy skali S.A.-SIP 30*, cz. I, „Zeszyty Metodyczno-Naukowe AWF w Katowicach” 2006, nr 20, s. 71–83.

⁴ Zob. M. Knapczyk, *Badanie zaburzeń komunikacji w afazji. Przegląd metod badań afazji w Polsce i na świecie*, „Forum Logopedyczne” 2017, nr 25, s. 193–204; M. Puchowska, *Postępowanie*

miast propozycji sposobu zmotywowania jednostek z afazją do udziału w terapii w momencie, gdy nie przynosiła ona wymiernych efektów.

Specyfika afatycznych zaburzeń mowy

Ze względu na trudności, jakie występują z percepcją i ekspresją mowy, można wyróżnić wiele typów afazji. H. Goodglass i E. Kaplan są autorami podziału afazji wykorzystanego w niniejszym artykule. Wśród postaci afazji wymienili oni siedem typów: 1) afazję Broca; 2) afazję Wernickego; 3) afazję amnestyczną; 4) afazję całkowitą; 5) afazję przewodnictwa; 6) transkorową afazję ruchową; 7) transkorową afazję czuciową⁵.

Przyczyną zaburzeń afatycznych mowy w około 70–80% przypadków pozostają udary mózgu. Statystyki wskazują na diametralny wzrost liczby udarów mózgu w ostatnim czasie, a tym samym zwiększenie liczby osób z afazją⁶. Oczywiście nie zawsze po udarze mózgu pojawiają się problemy z porozumiewaniem się. Szacuje się, że około 60% chorych po udarze może wykazywać zaburzenia mowy, 5–15% przypadków afazji wywołują urazy czaszkowo-mózgowe w wyniku wypadków drogowych czy zdarzeń losowych podczas pracy: „stłuczenia mózgu, wgłębienia fragmentów czaszki oraz krwiaki wewnątrzmożgowe, podtwardówkowe i nadtwardówkowe powodują afazję, o ile przerywają lub uciskają struktury językowe w lewej półkuli”⁷. Przyczyną afazji mogą być infekcje układu nerwowego, choroby zwyrodnieniowe ośrodkowego układu nerwowego. Kliniści podają, że afazja powstaje w wyniku uszkodzeń mózgu wywołanych zatruciem toksynami czy procesami zapalnymi spowodowanymi infekcjami bakteryjnymi. Wśród przyczyn wymienia się także guzy mózgu, które odpowiadają za około 5–10% wszystkich przypadków afatycznych zaburzeń mowy⁸.

Niezależnie od etiologii i rodzaju afatycznych zaburzeń mowy najważniejsza jest trafna diagnoza logopedyczna oraz szybkie rozpoczęcie terapii. W usprawnianiu osób z afazją bierze udział cały zespół specjalistów⁹, spośród których nad powrotem

diagnostyczno-terapeutyczne w przypadku afazji całkowitej, „Forum Logopedy” 2016, nr 13, s. 4–7; T. Pałka, M. Puchowska-Florek, *Chory po udarze – rehabilitacja ruchowa i zaburzeń mowy*, „Choroby Serca i Naczyń” 2007, nr 4(2), s. 89–92.

⁵ J. Seniów, M. Litwin, *Afazja poudarowa*, „Neurologia po Dyplomie” 2013, nr 8(2), s. 46–51.

⁶ M. Pąchalaska, *Neuropsychologiczna diagnostyka afazji* [w:] *Podstawy neurologopedii. Podręcznik akademicki*, red. T. Gałkowski, E. Szeląg, G. Jastrzębowska, Opole 2005, s. 750.

⁷ H.S. Kirshner, *Zaburzenia języka i mowy* [w:] *Neurologia w praktyce klinicznej. Zasady diagnostyki i postępowania*, red. A. Prusiński, Lublin 2006, t. 1, s. 191.

⁸ E. Szeląg, *Neuropsychologiczne podłoże mowy* [w:] *Mózg a zachowanie*, red. T. Górńska, A. Grabowska, J. Zagrodzka, Warszawa 2000, s. 435, 436.

⁹ Terapia mowy prowadzona jest przez logopedę, ale wspierana przez pozostałych pracowników oddziału udarowego, którego pacjentem jest osoba z afazją. Do zespołu interdyscyplinarnego należą

językowego porozumiewania się czuwa logopeda/neurologopeda. W mózgu zaburzenia związane z nadawaniem wypowiedzi oraz jej odbiorem ściśle łączą się z innymi zaburzeniami procesów mózgowych. Logopeda pracując nad powrotem umiejętności językowych, usprawnia jednocześnie pamięć i inne funkcje psychiczne. Nie bez znaczenia pozostaje więc współpraca logopedy z psychologiem. Jednostki z afazją tracą możliwość komunikowania się werbalnego z najbliższymi, nie mogą wyrazić prośb, życzeń czy sformułować poleceń. Każda próba porozumiewania się słownego kończy się niepowodzeniem. Spontanicznie werbalizują fragmenty słów, z których trudno domyśleć się sensu. Dlatego tak ważne jest zorganizowanie skutecznej pomocy logopedycznej.

Inspiracje religijne w terapii logopedycznej osób z afazją

Praca logopedy wymaga poznania pacjenta, jego zainteresowań oraz systemu wartości. Na podstawie tej wiedzy można prowadzić terapię mowy. Dla wielu chorych wsparciem w trudnych sytuacjach jest wiara chrześcijańska¹⁰. Mając na uwadze powyższe stwierdzenia, można tę silną potrzebę bliskości z Bogiem wykorzystać podczas poszczególnych etapów terapii logopedycznej¹¹. Materiał słowny, jaki wykorzystywany jest podczas zajęć logopedycznych, dobierany jest według określonych kryteriów: stopnia i głębokości zaburzeń mowy; etapu terapii; znaczenia konkretnego materiału w procesie porozumiewania się; łatwości artykulacyjnej danych słów¹². Poza wymienionymi kryteriami podczas doboru materiału słownego znaczenie ma także stan emocjonalny pacjenta, tj. jego nastrojów i stopień motywacji do ćwiczeń, jak również jego system wartości oraz treści, jakie przekazuje sam tekst. Szczególnie te ostatnie wymagania wobec wykorzystywanych w terapii

m.in. lekarze, psychologowie, rehabilitanci, pielęgniarki. Stymulacja werbalna prowadzona przez wymienionych specjalistów odbywa się w formie rozmowy podczas codziennych czynności pielęgnacyjnych i rehabilitacyjnych, ułatwiając w ten sposób powrót funkcji językowych. Zob. uwagi na ten temat: D. Grzesiak-Witek, P. Sobolewski, *System wartości pacjentów po udarze mózgu w oparciu o badania własne* [w:] *Międzypokoleniowy przekaz wartości w rodzinie*, red. J. Zamorski, Stalowa Wola – Rzeszów 2009, s. 141–154.

¹⁰ Autorka artykułu jako neurologopeda pracujący w Klinice Neurologii Szpitala Specjalistycznego Ducha Świętego w Sandomierzu dostrzegła u chorych silną potrzebę poszukiwania wsparcia w wierze chrześcijańskiej.

¹¹ W ramach terapii logopedycznej pacjentów z afazją można wyróżnić: etap przygotowawczy do odzyskania kompetencji językowej, etap właściwy wraz z programami terapeutycznymi odbudowującymi system języka oraz etap końcowy terapii. Więcej na temat modelu pracy z pacjentem z afazją zob. D. Grzesiak-Witek, *Diagnoza i terapia logopedyczna osób z afazją motoryczną. Odbudowanie kompetencji językowej i systemu językowego*, Kraków 2013, s. 146–202.

¹² Por. uwagi na temat doboru materiału słownego w terapii logopedycznej pacjentów z afazją motoryczną: D. Grzesiak-Witek, *Diagnoza i terapia logopedyczna...*, s. 132–135.

materiałów słownych przemawiają za sięganiem do tekstów religijnych: „Niezwykle obfite w treść wybrane fragmenty Pisma św. i przypowieści utwierdzały pacjentów w przekonaniu, że wszelki ponoszony przez nich trud podczas monotonicznych i długotrwałych ćwiczeń ma jakiś sens. To treść, jaką poddawano analizie, stawała się motorem do dalszych ćwiczeń. Czytanie wskazanych fragmentów pozwalało na percepcję własnej osoby, choroby i cierpienia w innej perspektywie. Dostrzec można było w czasie terapii swoistą przemianę od człowieka załamane go przez zbuntowanego aż do takiego, który akceptując swoją niepełnosprawność, chce z nią walczyć, uczestnicząc aktywnie w terapii”¹³.

Etap przygotowawczy dla terapii mowy ma ogromne znaczenie. W tym miejscu doskonale sprawdzają się ćwiczenia rozhamowujące mowę oparte na mowie emocjonalnej dotyczącej rozmowy na tematy bliskie choremu. Pacjenci sami wybierają tematykę religijną związaną z ich duchowością, cierpieniem, zwątpieniem czy potrzebą zawierzenia swojej choroby Bogu. Logopeda staje się tu tylko słuchaczem¹⁴. W ramach etapu przygotowawczego terapii logopedycznej pojawia się także możliwość aktualizowania zautomatyzowanych ciągów liczbowych lub słownych. Wśród ćwiczeń można zasugerować pacjentom wymienianie nazw dni tygodnia, nazw poszczególnych miesięcy lub liczenie (np. od 1 do 10). W niektórych sytuacjach taką rolę spełnia recytowanie fragmentów wierszy czy śpiewanie piosenek. Znaczna część chorych nie pamięta jednak żadnych utworów poetyckich, dlatego chętnie aktualizuje słowa modlitw, które z racji częstego ich powtarzania w domu, czy też w kościele, są im doskonale znane.

Tematyka religijna może być obecna także w etapie właściwym terapii mowy. Terapia właściwa w przypadku afatycznych zaburzeń mowy o charakterze motorycznym (z trudnościami w nadawaniu mowy) skupia się na intensywnych ćwiczeniach skoncentrowanych na odbudowie systemu języka. W zależności od głębokości zaburzeń afatycznych mowy może wymagać pracy na poziomie głoski, sylaby, wyrazu, zdania czy tekstu. W przypadku dysfunkcji mowy o lżejszym nasileniu można odwoływać się do słownictwa o tematyce religijnej. Ćwiczenia w nadawaniu mowy na poziomie zdania także pozwalają na nawiązania do tej tematyki. Największe możliwości w tym względzie daje praca z tekstem. Tutaj doskonale sprawdzają się teksty przypowieści z Pisma Świętego, które są na tyle znane pacjentom, że cytują ich fragmenty podczas terapii logopedycznej.

W terapii właściwej należy zwrócić uwagę na szeroki kontekst psychospołeczny zaburzeń mowy, jaki budują interakcje rozmaitych czynników. Uwzględnienie ich w programie terapeutycznym pozwoli zmotywować chorego do ćwiczeń logopedycznych oraz osiągnąć sukces. Terapia z wykorzystaniem tematów religijnych

¹³ Tamże, s. 134.

¹⁴ Z opisaną sytuacją mamy do czynienia w przypadku lżejszych postaci afazji dotyczących zaburzeń nadawania mowy.

powinna być prowadzona w ten sposób, by służyła odbudowaniu języka w stopniu umożliwiającym porozumiewanie się w codziennych sytuacjach. Jest to możliwe dzięki zastosowaniu rozmowy jako metody nadrzędnej w terapii logopedycznej. „Celem rozmowy rozumianej jako metoda terapeutyczna osób z afazją motoryczną jest usprawnianie sprawności zachowanych, jak również odzyskanie kompetencji językowej i odtworzenie systemu języka”¹⁵. Pomimo czerpania inspiracji z religii terapia mowy nie służy aktualizacji słownictwa stricte religijnego czy sakralnego, ale konwencjonalnych wyrażen i sformułowań. Tematyka religijna ma tu raczej znaczenie duchowe, służy motywowaniu do trudu związanego z powrotem do zdrowia. Należy tak prowadzić terapię logopedyczną, by tematy religijne mobilizowały do pokonywania trudności, a mowa po zakończeniu terapii została odbudowana w stopniu wystarczającym do komunikowania się w otoczeniu. Niniejsze podejście pozostaje w zgodzie z celami, jakie należy uwzględnić w rehabilitacji afatyków, wskazanymi przez M. Pąchalską, tj. dążeniem do reintegracji psychicznej (odbudowy umiejętności porozumiewania się językowego) oraz zabieganiem o reintegrację społeczną (podniesienie jakości życia chorego i w miarę możliwości ułatwienie mu powrotu do wcześniejszych obowiązków)¹⁶.

U większości pacjentów z afazją można poza trudnościami z komunikacją werbalną zaobserwować dodatkowe złożone zaburzenia dotyczące funkcji ruchowych (motorycznych), jak i procesów poznawczych (wyobraźni, pamięci, uwagi). Szczególnie trudno chorym zaakceptować niedowład kończyn górnych i/lub dolnych. Podczas rozmów terapeuta mowy pomaga odnaleźć się pacjentowi w nowej sytuacji: „Sens życia może i powinien być odnaleziony przez człowieka w każdej konkretnej sytuacji życiowej”¹⁷. Ze względu na fakt, iż rozważania nad sensem ludzkiej egzystencji wymagały od pacjenta właściwego poziomu kompetencji językowej, pojawiały się one w końcowym etapie terapii.

Rzeczywistość komunikowania religijnego

Komunikowanie religijne jest odrębnym i znaczącym rodzajem komunikowania społecznego i należy je analizować jako odrębny proces, który posiada swoją własną naturę, konkretne cele, a także uczestników. Rola komunikowania religijnego

¹⁵ D. Grzesiak-Witek, *Diagnoza i terapia logopedyczna...*, s. 136.

¹⁶ Reintegracja psychiczna jest możliwa dzięki zastosowaniu różnych metod i strategii terapeutycznych, np. strategii stymulacji, kompensacji czy rekonstrukcji, natomiast reintegracja społeczna dotyczy wprowadzania form działania społecznego dążących do przystosowania osoby z afazją do życia w społeczeństwie. M. Pąchalska, *Afazjologia*, Warszawa–Kraków 1999, s. 299–301.

¹⁷ K. Popielski, M. Wolicki, *Antropologiczno-filozoficzne podstawy analizy egzystencjalnej i niektóre jej aplikacje do teorii osobowości* [w:] *Człowiek – pytanie otwarte. Studia z logoterapii i logoterapii*, red. K. Popielski, Lublin 1987, s. 103.

wzrosła w ostatnim czasie, zarówno pod wpływem procesów mediatyzacji¹⁸, w tym mediatyzacji religii oraz instytucji religijnych, jak i pandemii Covid-19. To co warte podkreślenia, komunikowanie religijne wykracza poza treści o charakterze religijnym, które przekazywane są za pośrednictwem mediów, w tym nowych mediów, jednak nie należy go utożsamiać z komunikowaniem politycznym choćby ze względu na przedmiot i podmiot oraz cele samej religii. „System komunikowania religijnego składa się więc strukturalnie z elementów pochodzących z kilku odrębnych rzeczywistości: instytucji religijnej, treści wiary oraz sfery publicznej zdominowanej przez media masowe”¹⁹.

Zarówno reprezentujący instytucje religijne liderzy, a także aktorzy religijni – za pośrednictwem mediów cyfrowych, w tym mediów społecznościowych – przyczyniają się do kreowania wizerunku instytucji, mają ponadto wpływ na postrzeganie religii jako takiej. Niezwykle istotne wydaje się w tym względzie traktowanie osób, w tym osób oraz istot słabszych – zależnych od innych, silniejszych. W tym wypadku filtrem wiarygodności religii, wspólnot, aktorów i liderów życia religijnego będzie nie tylko treść publikowanych czy proklamowanych treści, ale także ich styl oraz forma²⁰, poprzez które uwidacznia się stosunek do osób i istot słabszych. Mimo postępu w obszarze technologii komunikacyjnych, odczuwa się niewystarczający rozwój kultury komunikowania, brakuje bowiem wrażliwości i współodczuwania, także w ramach zastosowania metod, technik i narzędzi, zwłaszcza gdy dotyczy to osób najbardziej narażonych na wykluczenie i doświadczanie przemocy. Stąd wyzwaniem, także na poziomie komunikowania religijnego, jest nie tylko podnoszenie kompetencji cyfrowych, opanowywanie skutecznych metod i technik docierania do członków wspólnot, mediów, a także opinii publicznej, ale ponadto zrozumienie roli odpowiedzialności za osoby i istoty słabsze. Nadal bowiem m.in. osoby z niepełnosprawnościami spotykają się z marginalizacją, stygmatyzacją, a także licznymi ograniczeniami i barierami architektonicznymi. Dotyczy to także wspólnot i instytucji religijnych²¹.

W świecie intrpandemicznym, gdzie coraz wyraźniej jednostki zabiegają o komfortowe warunki konsumpcji, a także bezpieczeństwo, które stało się bardziej pożądanym produktem w ostatnich dekadach aniżeli wolność czy równość. W sytuacji zagrożenia utraty komfortowych warunków konsumpcji to właśnie bezpieczeństwo staje się szczególnie dochodowym produktem²². Ponadto, mimo

¹⁸ S. Hjarvard, *The Mediatization of Society. A Theory of the Media as Agents of Religious Changes*, „Northern Lights” 2008, nr 6, s. 9–26.

¹⁹ Por. R.J. Pastwa, *Komunikowanie religijne na przykładzie Kościoła katolickiego w Polsce z uwzględnieniem kontekstu pandemii koronawirusa*, „Kultura – Media – Teologia” 2020, nr 41, s. 43.

²⁰ Por. D. Piontek, *Komunikowanie polityczne i kultura popularna. Tabloidyżacja informacji o polityce*, Poznań 2001, s. 14, 15.

²¹ Por. S. Bielecki, *Niepełnosprawni w Kościele*, „Kieleckie Studia Teologiczne” 2009, nr 8, 273, 274.

²² Por. U. Beck, *Spółczesność światowego ryzyka. W poszukiwaniu utraconego bezpieczeństwa*, tłum. B. Baran, Warszawa 2012, s. 20, 21.

dokonującego się globalnego rozpadu ekosystemu zaufania²³, potrzebne jest przypomnienie znaczenia wrażliwości na osoby i istoty słabsze. Współcześnie nie ma innej drogi podjęcia skuteczniejszych prób pogłębienia wrażliwości na los innych aniżeli ta za pośrednictwem mediów. I choć należy uznać, że istnieją czynniki pozamedialne kształtujące współczesną kulturę i społeczeństwo, chociażby takie jak zmienne warunki społeczno-gospodarcze czy relacje społeczne, to jednak rola mediów i technologii komunikacyjnych jest dominująca²⁴. Zatem rolą liderów życia religijnego, ale także użytkowników-konsumentów mediów należących do wspólnot religijnych powinno stać się upowszechnianie odpowiedzialnego podejścia wobec innych. Siła mediów bowiem jest tak duża, że od kształtu i zawartości publikowanych i emitowanych treści zależy może stosunek społeczeństwa do najbardziej narażonych na wykluczenie osób. Ponadto stosunek współczesnego człowieka do poszczególnych fragmentów rzeczywistości jest zależny od strategii i narracji medialnych na dany temat²⁵. „Siła i wpływ mediów wykraczają poza rzeczywistość antropologiczną i nie dotyczą wyłącznie człowieka, ich aktywność ma bowiem znaczenie dla wszystkich istot żywych. To od obecności i częstotliwości w obszarze mediów danej tematyki zależy stosunek opinii publicznej do kwestii polityki, ochrony środowiska, kryzysu imigracyjnego, zaangażowania na rzecz poprawy sytuacji gospodarczej w czasie pandemii Covid-19 i wiele innych”²⁶.

W kierunku cielesnego współodczuwania

Trudno człowieka traktować odrębnie od całości przyrody, bo ten jako indywiduum psychofizyczne jest z nią ściśle i wyraźnie związany. Ten swoisty pomost pozwala na zrozumienie nie tylko biologicznych podstaw ludzkich zachowań również w obszarze komunikowania, ale zmusza do zmiany języka, który definiuje to, kim jesteśmy. Jak zauważa J. Bartmiński: „Język jest nie tylko narzędziem komunikacji międzyludzkiej. Język jest odbiciem naszych myśli i emocji. Zdradza, kim tak naprawdę jesteśmy, wyraża nasz stosunek do świata”²⁷. Oznacza to, że

²³ Por. R. Edelman, *Declaring Information Bankruptcy*, <https://www.edelman.com/trust/2021-trust-barometer/insights/declaring-information-bankruptcy> [dostęp: 4.01.2022].

²⁴ S. Hjarvard, *The Mediatization of Culture and Society*, New York 2013, s. 5.

²⁵ Por. T. Piekot, *Dyskurs polskich wiadomości prasowych*, Kraków 2006, s. 38–40.

²⁶ M. Łuka, R.J. Pastwa, *Pedagogiczne i medioznawcze aspekty przeciwdziałania przemocy. Z doświadczenia Katolickiego Stowarzyszenia Pomocy Osobom Potrzebującym AGAPE*, Lublin 2020, s. 104.

²⁷ J. Bartmiński, *Nastąpiło coś, co można określić za Mickiewiczem jako znieważenie języka*, „Gość Lubelski”, <https://lublin.gosc.pl/doc/5346431.Prof-J-Bartmiński-Nastąpiło-cos-co-mozna-okreslic-za> [dostęp: 4.01.2022].

język wyraża również stosunek do osób i istot słabszych, a te mają swoje miejsce w nauczaniu religijnym, także w obrębie chrześcijaństwa. Dlatego komunikowanie religijne powinno charakteryzować się odrębnym stylem i formą, gdzie dominowałaby postawa afirmacji wobec każdego.

Należy zauważyć, że obszar technologii i nowych mediów stanowi dziś podstawowe środowisko życia współczesnego człowieka, który jest jednocześnie ich użytkownikiem-konsumentem, odbiorcą i nadawcą. Aktywność użytkowników-konsumentów mediów na tym polu nie jest determinowana przez technologię dającą niespotykane dotąd możliwości, ale ma swe źródło w byciu człowiekiem, w byciu istotą należącą do świata natury, zdolną do transcendowania rzeczywistości. Stąd przewyższanie niepokojących zjawisk w obszarze nowych technologii komunikacyjnych wymaga połączenia wiedzy biologicznej, z zakresu mediów oraz powszechnie uznawanych wartości²⁸.

Kategoria cielesnego współodczuwania dotyka podstawowej sfery, a mianowicie żywego ciała i doświadczenia posiadania żywego ciała. Ta perspektywa jest zdolna połączyć obszar ekologii, nie tylko zintegrowanej, teologii, filozofii, pedagogiki oraz nauk o komunikacji społecznej i mediach. Jak zauważyła już E. Stein, głębokie współodczuwanie cielesne sprawia, że człowiek może się wyrażać jako indywiduum, pozostając w relacji do innych²⁹. Taka świadomość współodczuwającego cielesnego *zrostu* z innymi istotami posiadającymi żywe ciało pozwala człowiekowi przekraczać swoją fizyczność i poszerzać pole odpowiedzialności moralnej na osoby i istoty słabsze – zatem chodzi tu o większą odpowiedzialność moralną za wszystkie osoby i istoty słabsze, posiadające żywe ciało, potrafiące odczuwać ból i kruchość swej egzystencji, odczuwać nadchodzące zagrożenie i wyrażać swój niepokój. Wreszcie istnienie w ciele jako takie ma sens i cel sam w sobie, niezależnie od perspektywy bycia użytecznym. A zatem to wspólna płaszczyzna cielesności – posiadania i doświadczenia żywego ciała, na poziomie fenomenologicznym – jest wystarczającą podstawą do troski o istoty słabsze³⁰. Ta troska powinna być praktykowana również w środowisku cyfrowym, w którym funkcjonuje współczesny człowiek uczestniczący również w procesie komunikowania religijnego. Przyczynić się to może nie tylko do podniesienia poziomu kultury komunikowania, ale również do poprawy sytuacji osób zagrożonych wykluczeniem bądź narażonych na nierówne traktowanie. Rola

²⁸ W celu zachowania życia na Ziemi i przetrwania połączonych ekosystemów Van Rensselaer Potter – jeden z protoplastów bioetyki – postulował stworzenie nowej dyscypliny, która łączyłaby wiedzę z zakresu nauk biologicznych ze światem wartości, por. V.R. Potter, *Bioethics. Bridge to the Future*, Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, INC 1971, s. 1, 2.

²⁹ Por. E. Stein, *O zagadnieniu wczucia*, tłum. D. Gierulanka, J.F. Gierusa, Wydawnictwo Karmelitów Bosych, Kraków 2014, s. 143–153.

³⁰ Por. R.R. Acampora, *O cielesnym współodczuwaniu*, tłum. D. Chabrajska, „Ethos” 2013(102), nr 2, s. 142.

i znaczenie wpływu religii na wiele zjawisk, w tym na procesy komunikowania, nie stanowią dziś zaskoczenia³¹. Dlatego konieczna jest pogłębiona analiza poruszanych w niniejszym artykule zagadnień.

Podsumowanie

Artykuł ukazał sposoby motywowania jednostek z afazją do wysiłku związanego z udziałem w terapii logopedycznej z odwołaniem się do ich wiary i religijności. Autorzy tekstu starali się zaprezentować sposoby dotarcia do osób obarczonych afazją, dla których odbudowanie systemu języka jest niezwykle ważne. Już sam etap przygotowawczy do terapii logopedycznej poza nawiązaniem kontaktu z pacjentem służy zachęceniu go do wysiłku podczas ćwiczeń. W artykule zostały dodatkowo zawarte formy pokonywania zaburzeń afatycznych mowy, co w wielu przypadkach decyduje o dalszym życiu pacjentów oraz powrocie do pełnego funkcjonowania w społeczeństwie. Autorzy zwracają także uwagę na konieczność wrażliwości w procesie komunikowania religijnego. Wyjątkowe znaczenie we współczesnym świecie odgrywa kategoria cielesnego współodczuwania. Taka świadomość pozwala człowiekowi przekraczać swoją fizyczność i poszerzać pole odpowiedzialności moralnej na osoby słabsze, potrafiące odczuwać ból i kruchość swej egzystencji.

Bibliografia

- Acampora R.R., *O cielesnym współodczuwaniu*, tłum. D. Chabrajska, „Ethos” 2013(102), nr 2, s. 133–135.
- Bartmiński J., *Nastąpiło coś, co można określić za Mickiewiczem jako znieważenie języka*, „Gość Lubelski”, <https://lublin.gosc.pl/doc/5346431.Prof-J-Bartminski-Nastapilo-cos-co-mozna-okreslic-za> [dostęp: 4.01.2022].
- Beck U., *Spoleczeństwo światowego ryzyka. W poszukiwaniu utraconego bezpieczeństwa*, tłum. B. Baran, Warszawa 2012.
- Bielecki S., *Niepełnosprawni w Kościele*, „Kieleckie Studia Teologiczne” 2009, nr 8, s. 271–282.
- Bielecki A., Żmudzka-Wilczek E., Opara J., Mehlich K., *Ocena jakości życia osób po udarze mózgu przy pomocy skali S.A.-SIP 30*, cz. I, „Zeszyty Metodyczno-Naukowe AWF w Katowicach” 2006, nr 20, s. 71–83.
- Campbell H., *Making Space for Religion in Internet Studies*, „The Information Society” 2005, nr 21, s. 309–315.
- Edelman R., *Declaring Information Bankruptcy*, <https://www.edelman.com/trust/2021-trust-barometer/insights/declaring-information-bankruptcy> [dostęp: 4.01.2022].
- Grabias S., *Mowa i jej zaburzenia*, „Audiofonologia” 1997, t. X, s. 9–36.

³¹ Por. H. Campbell, *Making Space for Religion in Internet Studies*, „The Information Society” 2005, nr 21, s. 309–315.

- Grzesiak-Witek D., *Diagnoza i terapia logopedyczna osób z afazją motoryczną. Odbudowanie kompetencji językowej i systemu językowego*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Papieskiego Jana Pawła II w Krakowie, Kraków 2013.
- Grzesiak-Witek D., Sobolewski P., *System wartości pacjentów po udarze mózgu w oparciu o badania własne* [w:] *Międzypokoleniowy przekaz wartości w rodzinie*, red. J. Zamorski, Fundacja Uniwersytecka w Stalowej Woli, Stalowa Wola – Rzeszów 2009, s. 141–154.
- Herzyk A., *Afazja: mechanizmy mózgowe i symptomatologia*, „Logopedia” 2000, nr 27, s. 23–53.
- Hjarvard S., *The Mediatization of Culture and Society*, New York 2013.
- Hjarvard S., *The Mediatization of Society. A Theory of the Media as Agents of Religious Changes*, „Northern Lights” 2008, nr 6, s. 9–26.
- Jaracz K., Kozubski W., *Jakość życia po udarze mózgu, cz. II: Uwarunkowania kliniczne, funkcjonalne i społeczno-demograficzne*, „Udar Mózgu” 2001, nr 3(2), s. 63–70.
- Jodzio K., *Wybrane parametry prognostyczne zaburzeń językowych w afazji*, „Studia Psychologiczne” 2003, nr 41, s. 25–42.
- Kirshner H.S., *Zaburzenia języka i mowy* [w:] *Neurologia w praktyce klinicznej. Zasady diagnostyki i postępowania*, red. A. Prusiński, Wydawnictwo CZELEJ, Lublin 2006, t. 1, s. 171–198.
- Knapczyk M., *Badanie zaburzeń komunikacji w afazji. Przegląd metod badań afazji w Polsce i na świecie*, „Forum Logopedyczne” 2017, nr 25, s. 193–204.
- Luka M., Pastwa R.J., *Pedagogiczne i medioznawcze aspekty przeciwdziałania przemocy. Z doświadczenia Katolickiego Stowarzyszenia Pomocy Osobom Potrzebującym AGAPE*, Lublin 2020.
- Milewska K., Okurowska-Zawada B., Kackieło-Tomulewicz J., Samusik M.J., *Taksonomia afazji – kryteria klasyfikacji oraz rodzaje zespołów zaburzeń*, „Logopaedica Lodziensia” 2021, nr 5, s. 147–158.
- Pałka T., Puchowska-Florek M., *Chory po udarze – rehabilitacja ruchowa i zaburzeń mowy*, „Choroby Serca i Naczyń” 2007, nr 4(2), s. 89–92.
- Pastwa R.J., *Komunikowanie religijne na przykładzie Kościoła katolickiego w Polsce z uwzględnieniem kontekstu pandemii koronawirusa*, „Kultura – Media – Teologia” 2020, nr 41, s. 38–60.
- Pąchalska M., *Afazjologia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa–Kraków 1999.
- Pąchalska M., *Neuropsychologiczna diagnostyka afazji* [w:] *Podstawy neurologopedii. Podręcznik akademicki*, red. T. Gałkowski, E. Szelań, G. Jastrzębowska, Wyd. Uniwersytet Opolski, Opole 2005, s. 750–845.
- Piekot T., *Dyskurs polskich wiadomości prasowych*, Kraków 2006.
- Piontek D., *Komunikowanie polityczne i kultura popularna. Tabloidyżacja informacji o polityce*, Poznań 2001.
- Popielski K., Wolicki M., *Antropologiczno-filozoficzne podstawy analizy egzystencjalnej i niektóre jej aplikacje do teorii osobowości* [w:] *Człowiek – pytanie otwarte. Studia z logoteorii i logoterapii*, red. K. Popielski, Wydawnictwo KUL, Lublin 1987, s. 101–106.
- Potter V.R., *Bioethics. Bridge to the Future*, Englewood Cliffs, New Jersey 1971.
- Puchowska M., *Postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne w przypadku afazji całkowitej*, „Forum Logopedyczne” 2016, nr 13, s. 4–7.
- Seniów J., Litwin M., *Afazja poudarowa*, „Neurologia po Dyplomie” 2013, nr 8(2), s. 46–51.
- Stein E., *O zagadnieniu wczucia*, tłum. D. Gierulanka, J.F. Gierusa, Kraków 2014.
- Styczek I., 1980, *Logopedia*, PWN, Warszawa.
- Szelań E., *Neuropsychologiczne podłoże mowy* [w:] *Mózg a zachowanie*, red. T. Górską, A. Grabowska, J. Zagrodzka, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000, s. 429–459.