Dr Aneta Domagała
Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie
Zakład Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego
20-040 Lublin, ul. Sowińskiego 17

Lublin, 2.03.2015 r.

AUTOREFERAT

(Załącznik nr 2 do Wniosku o przeprowadzenie postępowania habilitacyjnego)

1. Imię i nazwisko: Aneta Domagała

2. Posiadane dyplomy, stopnie naukowe – z podaniem nazwy, miejsca i roku ich uzyskania oraz tytułu rozprawy doktorskiej:

- dyplom ukończenia studiów – tytuł magistra filologii polskiej; Wydział Humanistyczny Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, 1996 (studia ukończone z wyróżnieniem; praca magisterska na temat oligofazji, pod kierunkiem prof. dra hab. Marcelego Klimkowskiego)

- dyplom uzyskania stopnia naukowego doktora nauk humanistycznych w zakresie językoznawstwa polskiego i logopedii; Rada Wydziału Humanistycznego Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, 2005, rozprawa doktorska pt. „Struktura wypowiedzi w demencji. Opis zachowań językowych w prawdopodobnej chorobie Alzheimera" (promotor: prof. dr hab. Stanisław Grabias; recenzenci w przewodzie doktorskim: prof. dr hab. Barbara Boniecka, dr hab. Kazimiera Krakowiak)

Posiadam także dyplom ukończenia studiów podyplomowych dla pracowników jednostek naukowych w zakresie „Zarządzania projektami badawczymi i pracami rozwojowymi"; Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie, 2010.

3. Informacje o dotychczasowym zatrudnieniu w jednostkach naukowych:

1.10.1996 – 30.09.1998: asystent w Zakładzie Filologii Polskiej, Wydział Humanistyczny, Wyższa Szkoła Humanistyczno-Przyrodnicza w Sandomierzu

1.10.1998 – 31.01.2006: asystent w Zakładzie Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego, Wydział Humanistyczny, Uniwersytet Marii Curie Skłodowskiej w Lublinie
od 1.02.2006 do dziś: adiunkt w Zakładzie Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego, Wydział Humanistyczny, Uniwersytet Marii Curie Skłodowskiej w Lublinie

4. Wskazanie osiągnięcia wynikającego z art. 16 ust. 2 ustawy z dnia 14 marca 2003 r. o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz. U. nr 65, poz. 595 ze zm.):

a) tytuł osiągnięcia naukowego:
Narracja i jej zaburzenia w otępieniu alzheimerowskim

b) (autor/autorzy, tytuł/tytuły publikacji, rok wydania, nazwa wydawnictwa):
Aneta Domagała, *Narracja i jej zaburzenia w otępieniu alzheimerowskim,* 2015, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej

c) Omówienie celu naukowego ww. pracy i osiągniętych wyników wraz z omówieniem ich ewentualnego wykorzystania

Monografia wskazana w pkt. 4b jest poświęcona problematyce narracji w otępieniu alzheimerowskim. Ponieważ zaburzenia mowy u osób z otępieniem alzheimerowskim (jak również z innymi typami otępień) to na gruncie logopedii problematyka nowa, w rozprawie przedstawiam własne ujęcie zagadnień, w wymiarze teoretycznym i praktycznym.

Rozprawa jest rezultatem habilitacyjnego projektu badawczego, pt. „Narracja i jej zaburzenia w przebiegu choroby Alzheimera. *Skala sprawności narracyjnych* jako technika diagnostyczna w otępieniu alzheimerowskim" (kierownik projektu: dr Aneta Domagała; 39 konkurs projektów badawczych Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego; NN104 155339). Projekt ten zrealizowałam w latach 2010-2013 w Zakładzie Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie.

Badania były ukierunkowane na rozwiązanie problemu natury teoretyczno-praktycznej i miały dwa zasadnicze cele:
1) Skonstruowanie *Skali sprawności narracyjnych* – narzędzia diagnostycznego do oceny narracji u osób z otępieniem alzheimerowskim, możliwego do zastosowania w łagodnej i umiarkowanej fazie choroby. Eksperymentalna wersja *Skali sprawności narracyjnych* została wykorzystana w

badaniach empirycznych, a w rezultacie przeprowadzonego postępowania badawczego można proponować technikę diagnostyczną w wersji wdrożeniowej.

2) Poszerzenie wiedzy na temat sprawności narracyjnych w otępieniu alzheimerowskim poprzez rozpoznanie problemu na materiale języka polskiego (z uwzględnieniem, w badanej populacji pacjentów, stopnia zaawansowania procesu otępiennego oraz czynnika płci); charakterystykę zjawisk wraz z odniesieniem do ustaleń zawartych w literaturze zachodniej, opisu zaburzeń mowy na materiale języka angielskiego.

Problem został podjęty ze względu na jego istotne znaczenie dla praktyki, zarówno na etapie postępowania diagnostycznego, jak i postdiagnostycznego w populacji osób z otępieniem. Zaburzenia mowy są nieodłącznym komponentem obrazu klinicznego choroby Alzheimera, a możliwości diagnostyczne specjalistów pozostają w ścisłej zależności od zgromadzonej wiedzy o zmianach w funkcjonowaniu językowym (i szerzej: umysłowym) pojawiających się w przebiegu choroby. Postępowanie badawcze wyznaczone w projekcie habilitacyjnym zyskało bardzo wysoką ocenę w konkursie MNiSW, a przedłożona do oceny rozprawa habilitacyjna została przychylnie przyjęta przez Zespół Ekspertów w Narodowym Centrum Nauki.

We wskazanej monografii podstawą orzekania o narracji i jej zaburzeniach w warunkach otępienia jest materiał uzyskany w badaniach empirycznych przeprowadzonych w grupie 120 osób z otępieniem alzheimerowskim – w równolicznych populacjach pacjentów w łagodnej oraz umiarkowanej fazie otępienia, kobiet oraz mężczyzn, jako podstawie do porównań międzygrupowych z uwzględnieniem stopnia zaawansowania choroby i czynnika płci. Badaniami objęto chorych przebywających w placówkach specjalistycznych ukierunkowanych na pomoc osobom z chorobą Alzheimera, mogących się poszczycić największym doświadczeniem w opiece nad chorymi w Polsce. Badania zostały przeprowadzone przeze mnie osobiście, każdorazowo w indywidualnym kontakcie z osobą chorą, w placówce, pod której opieką pozostawał pacjent.

W pracy, w wymiarze teoretycznym, w pierwszej kolejności wpisałam problematykę otępienia (demencji) oraz patologii mowy w otępieniu w obszar zainteresowań logopedii, rozpatrując otępienie jako fenomen biopsychospołeczny i uwydatniając podmiotowość pacjenta. W logopedii, zgodnie z proponowanym ujęciem, pogarszające się funkcjonowanie chorego w zakresie komunikacji językowej, w związku z postępującym procesem deterioracji umysłowej i desocjalizacji, winno być ujmowane z uznaniem złożonych uwarunkowań (także osobniczych, społecznych) obu tych procesów i relacji zwrotnych między deterioracją umysłową i desocjalizacją. Otępienie zmienia funkcjonowanie chorego (w tym również w reakcji na postawioną diagnozę, wyczuwane przez niego pogarszanie się stanu własnego umysłu), jego zachowania językowe, ale zmienia także funkcjonowanie osób z jego otoczenia, ich zachowania

językowe w kontakcie z chorym, co wtórnie oddziałuje na osobę chorego. Zmiany w funkcjonowaniu chorego w zakresie komunikacji mają charakter układowy, są wewnątrzpochodne i zewnątrzpochodne. Dla logopedii, łączącej osiągnięcia nauk humanistycznych, biologicznych i społecznych, tak wyznaczona perspektywa (oddalająca zarzut biomedycznego redukcjonizmu) wydaje się najbardziej zasadna.

Po drugie, rozpatrując chorobę Alzheimera jako przyczynę otępienia, w wymiarze determinującym rozstrzygnięcia na gruncie logopedii (koncepcje i ustalenia współczesne dotyczące definiowania choroby oraz określania jej postaci; odnośnie do neurodegeneracji w chorobie Alzheimera: zagadnienia etiopatogenezy, neuropatologii, stadialności przebiegu choroby; epidemiologia), dokonałam rozpoznania problemu otępienia alzheimerowskiego w kontekście praktyki logopedycznej. Mając na uwadze, że otępienie wyłania się ze stanu normatywnego na kontinuum czasowym (faza łagodnych zaburzeń poznawczych /MCI/, poprzedzona fazą pre-MCI, dyskretnymi sygnałami wyczerpywania się rezerwy neuropoznawczej), należy wnosić, że zachowania językowe ulegają stopniowym zmianom na długo przed diagnozą otępienia. Symptomatologię zaburzeń mowy, w ujęciu stadialnym, wpisałam w charakterystykę procesu otępiennego. Ze względu na zachodzące w naszym kraju zmiany demograficzne problem otępień jest wyzwaniem dla logopedii, zdolnym zmienić tradycyjne wyobrażenie o niej jako o logopedii wieku rozwojowego.

Po trzecie, ustaliłam w pracy teoretyczne podstawy opisu zachowań językowych w otępieniu, w związku z ich najistotniejszymi determinantami społecznymi (tu: wypowiedź chorego a jej odbiorca) i konstytutywnymi komponentami sytuacji komunikacyjnej (tu: wypowiedź chorego a rodzaj sytuacji komunikacyjnej, w której ta wypowiedź powstaje). Określiłam, że orzekanie o narracji i jej zaburzeniach w otępieniu winno zachodzić na podstawie oceny zachowań językowych, których rezultatem jest wypowiedź – na tle interakcji, jako podstawowej jednostki komunikacji społecznej. Wskazałam, że z logopedycznego punktu widzenia w warunkach otępienia zasadne jest odwołanie się do narracji w kategoriach: 1/ narracyjności wiedzy; narracyjnego widzenia świata, rozumienia rzeczywistości; 2/ narracyjności komunikacji; wypowiedzi narracyjnej/ tekstu narracyjnego; 3/ narracyjności języka. Wielowymiarowo pojmowana narracja, dająca wgląd w funkcjonowanie umysłowe chorego, jego rozumienie rzeczywistości, może być badana przez pryzmat wypowiedzi o – zakładanej prototypowo – strukturze opisu oraz opowiadania, by w podstawowym zakresie rozpoznać możliwości i ograniczenia w funkcjonowaniu lingwistyczno-poznawczym osoby z otępieniem. Materiały pomocnicze (w postaci zdjęć i ilustracji) będące podstawą wypowiedzi pozyskiwanych w badaniach empirycznych zostały przeze mnie zaprojektowane tematycznie, z uwzględnieniem typowych elementów rzeczywistości: 1/ osoba; 2/ miejsce; 3/ sytuacja; 4/ zdarzenie; z myślą o

generowanych przez nie formach wypowiedzi. Założeniem było tu jednocześnie narastanie złożoności elementów na prezentowanych kolejno zdjęciach (identyfikacja osoby – określenie miejsca działania – rozpoznanie sytuacji: osoby w działaniu – uchwycenie zdarzeń) w ramach całości odpowiadającej strukturze opowiadania. Przeprowadzone badania empiryczne przemawiają za tym, że zadania postawione pacjentom mają duże walory diagnostyczne.

W monografii, w części badawczej, dokonałam wieloaspektowej analizy i interpretacji zachowań językowych osób z otępieniem alzheimerowskim, z zastosowaniem autorskiej „Skali sprawności narracyjnych", obejmującej:

I. Ocenę sprawności narracyjnych, zachodzącą na podstawie materiału empirycznego zgromadzonego w toku badania – wypowiedzi pozyskanych przez badającego w indywidualnym kontakcie z badanym, zarejestrowanych i poddanych transkrypcji;

II. Samoocenę zachowań językowych badanego, dokonywaną przez niego po wykonaniu zadań objętych procedurą badania (tu: zgodnie z opracowaną „Kartą samooceny");

III. Ocenę zachowania badanego w sytuacji badania (tu: zgodnie ze skonstruowaną „Kartą obserwacyjną").

Charakteryzując zjawiska w aspekcie jakościowym i ilościowym, szczegółowo omówiłam najważniejsze objawy patologiczne, bogato ilustrując je zarejestrowanymi zachowaniami językowymi pacjentów. Opracowałam rejestry kategorii normatywnych i niepożądanych zachowań językowych, które można efektywnie wykorzystać w praktyce.

Wyniki badań wskazują pierwszoplanowo na istotne trudności z realizacją wypowiedzi w aspekcie superstrukturalnym – z aktywizowaniem wzorców formalnych bądź zachowaniem ich w toku realizacji wypowiedzi (zwłaszcza na etapie otępienia umiarkowanego). Na poziomie makrostruktury można natomiast ujawnić więcej normatywnych zachowań językowych, świadczących o przynajmniej częściowo zachowanych umiejętnościach lingwistyczno-poznawczych. U wielu osób rozpoznano względnie szeroki zakres zachowań normatywnych lub problemy słabo nasilone, jednorakie, specyficzne, co przekonuje, że każdorazowo warto dokonywać szczegółowej oceny sprawności narracyjnych pacjenta, by określić potencjał osoby chorej. Dla realizacji wypowiedzi w warunkach otępienia alzheimerowskiego kluczowe znaczenie ma aktualny poziom sprawności leksykalnych – trudności leksykalne ujawniły się w wypowiedziach niemal wszystkich badanych osób, a zasadniczym problemem było występowanie trudności wielorakich (w badanej populacji dotyczyło to niemal 78% chorych), zwłaszcza przy dużym nasileniu zjawisk.

Uzyskane wyniki wskazują na zasadność oceny sprawności komunikacyjnych osób z otępieniem alzheimerowskim prowadzonej z uwzględnieniem wypowiedzi o – zakładanej –

odmienności strukturalnej, różnych form opisu i opowiadania. Tego rodzaju ocena pozwala ujawnić u chorych specyficzne trudności, adekwatnie do wyznaczonego zadania. Zasadniczo, najbardziej przystępną formą wypowiedzi okazał się opis wyglądu zewnętrznego (struktura względnie otwarta, przy typowym sposobie przedstawienia osób, przystawalnym do oczekiwań obserwatora, pozwalająca polegać na zachowanej w umyśle wiedzy, i przynajmniej w pewnym zakresie samodzielnie orzekać o prezentowanych na zdjęciu osobach), natomiast najtrudniejszą – opowiadanie jako struktura zamknięta, wymagająca zaangażowania różnorodnych sprawności lingwistyczno-poznawczych przy analizie materiału graficznego zmierzającej do określenia przebiegu zdarzeń, a jednocześnie sukcesywnej realizacji schematu narracyjnego w toku wypowiedzi. W odniesieniu do rodzajów opisu relatywnie trudniejszy był dla chorych opis miejsca (głównie ze względu na konieczność porządkowania uposażonej przestrzeni, ale też rozpoznawania poszczególnych obiektów). W przypadku opisu sytuacji trudno było pacjentom zwłaszcza o generalizację, określenie rodzaju sytuacji (jej elementy najczęściej ujmowane były w sposób wybiórczy).

Wyniki badań świadczą o tym, że mimo różnic gatunkowych, wypowiedzi badanych winno się postrzegać w ramach szeroko rozumianej narracji, stanowiącej o antropocentrycznym odbiorze otaczającej rzeczywistości i szczególnym sposobie organizowania wiedzy o świecie w umyśle ludzkim oraz w przekazie kierowanym do innych osób. Dyspozycję do ujmowania rzeczywistości z ukierunkowaniem na to, co dzieje się wokół człowieka, u chorych z otępieniem alzheimerowskim zdradzają w wymiarze podstawowym: wypowiedzi na temat osób, sytuowanych w szerszym kontekście życia codziennego (dopełniane wiedzą „spoza kadru", przekraczające ramy „tu i teraz", z odwołaniami do powszechnych ludzkich doświadczeń i ogólnej wiedzy o świecie), w większym jeszcze stopniu wypowiedzi na temat miejsca (prezentowanego przez pryzmat osób z nim związanych, wyobrażanych sobie jedynie przez obserwatora; miejsca ujmowanego w kontekście zachodzących w nim – potencjalnie – ludzkich działań), także wypowiedzi na temat sytuacji (widzianej w następstwie czasowym, w kontekście sytuacji mogących ją poprzedzać i następować po niej – zgodnie z ukształtowaną poprzez codzienne doświadczenia życiowe perspektywą odbioru rzeczywistości: przedtem – teraz – potem), i wreszcie – wypowiedzi na temat zdarzeń, bezpośrednio już ukierunkowane na określenie przebiegu działań ludzkich, ich powodów oraz skutków.

Ocenę zachowań językowych pacjenta dopełnia ogląd zjawisk dokonywany z perspektywy samego chorego. Bardzo ważne jest to, że część osób zgłasza występowanie u siebie deficytów i podejmuje rozmowę na temat doświadczanych trudności (w przypadku samooceny mowy to blisko 70% badanych). Informacje pozyskane od chorych są w znacznej części zbieżne z teoretycznym opisem problemów zawartym w literaturze przedmiotu. Chorzy, w szczególności ci,

którzy pozostają w łagodnej fazie otępienia, nierzadko potrafią (zaskakująco) trafnie komentować swoje problemy. Duża jest świadomość deficytów, wskazywane są różne sposoby zaradzenia im, rozwijane najprawdopodobniej jeszcze przed diagnozą otępienia, w stadium przedklinicznym. Należy przyjąć, że cześć osób chce i może opowiedzieć o doświadczanych trudnościach. Informacje na temat preferowanych sposobów komunikacji, podawane przez samych pacjentów, można wykorzystać podczas projektowania indywidualnych programów terapii pośredniej. Każdego pacjenta trzeba traktować podmiotowo, z uwzględnieniem właściwych mu problemów.

Wyniki badań prowadzą wreszcie do wniosku, że przy orzekaniu o sprawnościach narracyjnych chorego z otępieniem fundamentalne znaczenie ma ocena podstawowych wymiarów interakcji zachodzącej w sytuacji badania. „Karta obserwacyjna" otwiera możliwość rozpoznania specyfiki funkcjonowania pacjenta: 1/ problemów z zachowaniem relacji interpersonalnej, adekwatnej w sytuacji badania; 2/ zachowań zakłócających przebieg czynności w ramach przyjętego schematu postępowania diagnostycznego. Charakter trudności będzie stanowił o indywidualizacji postępowania terapeutycznego (tu: kształtowanie pożądanej relacji interpersonalnej i/ lub określenie dozwolonych sposobów pracy z pacjentem, rodzajów stymulacji umysłowej). U niektórych pacjentów umożliwi to podjęcie starań o niwelowanie zidentyfikowanych barier komunikacyjnych. Z drugiej strony, stwierdzenie występowania zasadniczych problemów w toku interakcji, uniemożliwiających osiągnięcie porozumienia z chorym i pokierowanie jego zachowaniami (w badanej populacji u 20% osób), rodzi pytanie o zasadność terapii logopedycznej w formie bezpośredniej – w niektórych przypadkach będzie ona niecelowa.

Wypracowanie nowej techniki diagnostycznej ważne jest dla praktyki; zastosowanie *Skali sprawności narracyjnych* można widzieć w następujących wymiarach:

1) *Skala sprawności narracyjnych* jako narzędzie pozwalające na poszerzenie postępowania diagnostycznego w zakresie języka i komunikacji, a tym samym na pogłębienie oceny funkcjonowania umysłowego i społecznego osoby z otępieniem (dla logopedów może być to aktualnie narzędzie podstawowe w zakresie sprawności komunikacyjnych, z uwagi na zupełny brak propozycji w tym zakresie).

2) *Skala sprawności narracyjnych* jako technika ułatwiająca wyznaczenie optymalnych sposobów postępowania postdiagnostycznego:

- w odniesieniu do terapii bezpośredniej (jako podstawa do skonstruowania ramowego programu terapii logopedycznej)
- w odniesieniu do terapii pośredniej (jako podstawa do sformułowania programu wsparcia udzielanego choremu przez osoby z jego najbliższego otoczenia)

3) *Skala sprawności narracyjnych* jako narzędzie ewaluacji efektów programów terapeutycznych wdrażanych w tej grupie pacjentów i monitorowania ich sprawności komunikacyjnych (z oczywistymi zastrzeżeniami co do spodziewanej poprawy funkcjonowania pacjenta: niektóre objawy trudności pozostaną niezmienne lub będą się pogłębiały).

Za najistotniejsze dla praktyki uznaję obecnie wykorzystanie postępowania wskazanego w monografii – pomocniczo – w celu ustalania sposobów oddziaływania terapeutycznego, by pomóc osobom dotkniętym otępieniem. Takie założenie leżało u podstaw badań własnych, nadając sens działaniom podjętym z zaangażowaniem osób chorych. W szerszej perspektywie znaczenie badań zasadza się na stworzeniu w Polsce możliwości objęcia zorganizowaną opieką logopedyczną nowej grupy chorych, która ze względu na problem starzenia się społeczeństwa i rozpowszechnienie zespołów otępiennych staje się wyzwaniem naszych czasów.

Oprócz monografii wskazanej w pkt. 4b w toku realizacji habilitacyjnego projektu badawczego opublikowałam inne prace, o charakterze przyczynkowym lub uzupełniającym, podejmujące problemy teoretyczne i praktyczne (zob. Załącznik nr 3, punkty II.A.22-23 i II.B.42, 50, 53-55). Wśród nich znajduje się m. in. rozprawa stanowiąca osobne, wieloaspektowe omówienie problematyki powtórzeń w wypowiedziach osób z otępieniem (zob. Załącznik nr 3, punkt II.B.54); konstruuję w niej pojęcie pętli i dokonuję typologii zjawisk (pętla na poziomie mikrostruktury, makrostruktury i superstruktury wypowiedzi), w odniesieniu do perseweracji, badanych na gruncie neuropsychologii i nauk biologicznych.

Problemy szczegółowe podejmowane w toku realizacji projektu były ponadto opracowywane i prezentowane w formie wystąpień na konferencjach naukowych, w Polsce i za granicą (zob. Załącznik nr 3, punkty II.I.13, 20-23, 28 i III.B.11, 17, 21, 25, 27, 31, 34, 36-37).

5. Omówienie pozostałych osiągnięć naukowo-badawczych.

Pozostałe osiągnięcia naukowo-badawcze dotyczą pierwszoplanowo problematyki: 1/ komunikacji językowej w otępieniu, w wymiarze teoretycznym i praktycznym (diagnoza, terapia); 2/ komunikacji pisemnej i jej zaburzeń, przede wszystkim grafomotoryki; specyficznych i niespecyficznych trudności w pisaniu i czytaniu; 3/ słuchu mownego, zaburzeń odbioru mowy.

1/ Problematyka komunikacji językowej w chorobach otępiennych pozostaje od lat głównym przedmiotem mojego zainteresowania; podejmowane w tym obszarze działania naukowo-badawcze stanowią realizację celów diagnostycznych i prognostycznych logopedii.

W tym zakresie moim istotnym osiągnięciem jest opracowanie standardów postępowania logopedycznego (zob. Załącznik nr 3, punkty II.A.11 i II.B.31).

Jestem także autorką pierwszej w Polsce rozprawy językoznawczej z zakresu patologii mowy w otępieniu. Monografia pt. „Zachowania językowe w demencji" (zob. Załącznik nr 3, punkt II.B.24) została przygotowana na podstawie pracy doktorskiej poświęconej zachowaniom dialogowym pacjentek z otępieniem alzheimerowskim, ze średnio lub średnio głębokim nasileniem choroby. Przedmiotem przeprowadzonych przeze mnie badań empirycznych były zachowania funkcjonalne, odzwierciedlające przebieg procesów umysłowych w życiu codziennym (przeciwstawiane przez neuropsychologów tzw. wykonaniu klinicznemu). Analiza zgromadzonego materiału (ok. 1000 stron tekstu stanowiącego transkrypcję rozmów odbywanych z chorymi w zaprojektowanym cyklu spotkań) została ukierunkowana na rozpoznanie zaburzeń progresywności wypowiedzi. Analizując zachowania językowe chorych w perspektywie interakcyjnej (i nietradycyjnie, gdyż nie przez pryzmat afazji), zobrazowałam zmiany zachodzące w funkcjonowaniu poznawczym i społecznym osoby chorej – narastającą deterioracją umysłową oraz desocjalizację. Jednocześnie w odniesieniu do zaburzeń komunikacji językowej w otępieniu alzheimerowskim dokonałam typologii zjawisk w perspektywie progresywności wypowiedzi, prezentując tę problematykę w podręczniku akademickim (zob. Załącznik nr 3, punkt II.B.49). Wybrane problemy uwzględnione w monografii zostały także zaprezentowane w formie osobnych artykułów (zob. Załącznik nr 3, punkty II.A.7, 10 i II.B.29).

Monografia dała podstawy projektowanym następnie działaniom naprawczym, w aspekcie terapii bezpośredniej i pośredniej. Własne formy postępowania terapeutycznego względem osób dotkniętych chorobą neurodegeneracyjną, przede wszystkim poradnik zawodowy pt. „Choroba Alzheimera – komunikacja z chorym" (zob. Załącznik nr 3, punkt III.Q) oraz zeszyty ćwiczeń: „Teraz i dawniej" oraz „Mój kalendarz" (tu: we współpracy z psychologiem specjalizującym się w problematyce chorób otępiennych, mgr E. Długosz-Mazur, zob. Załącznik nr 3, punkt III.Q), zostały ostatecznie wypracowane w efekcie realizacji: 1/ projektu konkursowego Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej „Oparcie społeczne dla osób z zaburzeniami psychicznymi – 2007" (Program Operacyjny Kapitał Ludzki 2007-2013, Europejski Fundusz Społeczny), pt. „Usprawnianie chorych z otępieniem w aspekcie komunikacji"; 2/ programu PARTNER 2007 Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, dotyczącego komunikowania się z chorym z otępieniem; 3/ projektu konkursowego Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej „Oparcie społeczne dla osób z zaburzeniami psychicznymi – 2008" (Program Operacyjny Kapitał Ludzki 2007-2013, Europejski Fundusz Społeczny), pt. „Chory z otępieniem w środowisku społecznym – programy terapii" oraz 4/ programu terapii indywidualnej w otępieniu alzheimerowskim, w ramach działań Środowiskowego Domu Samopomocy Lubelskiego

Stowarzyszenia Alzheimerowskiego jako placówki rehabilitacji ciągłej, PFRON 2009 (zob. Załącznik nr 3, punkt III.A.2-5). Poradnik, w którym wyznaczyłam sposoby terapii pośredniej w otępieniu, doczekał się dwóch wydań (wyd. I – Lublin 2007; wyd. II, zmienione – Wrocław 2008; do rąk odbiorców trafiło ponad 4500 egzemplarzy). Zeszyty ćwiczeń, znajdujące zastosowanie w terapii bezpośredniej, zostały zaprojektowane zgodnie z ustaleniami dokonanymi w toku badań własnych nad zachowaniami językowymi w otępieniu – w tym ich aspekcie, który dotyczył autobiograficznej linii czasu jako mapy poznawczej; w rozwiązaniach praktycznych w opracowanych materiałach pomocniczych pierwszoplanowo dokonano strukturyzacji tematycznej odpowiadającej osobistej perspektywie temporalnej (w „Teraz i dawniej"), z uwzględnieniem środków pomocniczych służących rachubie czasu i stanowiących o jego swoistym zmaterializowaniu („Mój kalendarz"). Tematykę tę rozwijałam w artykułach naukowych, dyskutując ją w perspektywie teorii komunikacji, w związku z poznawczą i interakcyjną funkcją języka (Załącznik nr 3, punkt II.B.40, 43, 46), przedstawiając szczegółowo propozycje stymulacji językowej pacjentów (Załącznik nr 3, punkty II.A.9 i II.B.45) i wskazania dotyczące zachowań językowych zdrowych interlokutorów w relacji z chorym (Załącznik nr 3, punkt II.B.38), wraz z identyfikacją barier komunikacyjnych (Załącznik nr 3, punkt II.B.52).

Z myślą o działaniach naprawczych w tej populacji pacjentów, inspirując się metodą zanikających podpowiedzi/ zanikającego znaku (rekomendowaną na Zachodzie jako metoda oddziaływania na funkcje poznawcze u osób z różnymi typami otępień) osobno opracowałam metodę zanikających podpowiedzi w odniesieniu do sprawności językowych (leksykalnych), z dostosowaniem dla pacjentów z otępieniem alzheimerowskim z dysnomią, określając sposób jej wykorzystania w diagnozie i terapii logopedycznej (Załącznik nr 3, punkt II.A.14-15).

Problematykę otępień, w perspektywie logopedycznej, opracowałam w postaci artykułów hasłowych do „Encyklopedii logopedii", pod red. E. Łuczyńskiego, z uwzględnieniem zagadnień: fizjologicznego starzenia się i łagodnych zaburzeń poznawczych (zob. Załącznik nr 3, punkt II.B.56, 62), typów otępień: obok alzheimerowskiego m. in. otępienia naczyniopochodnego, czołowo-skroniowego, otępienia z ciałami Lewy'ego, otępienia w chorobie Parkinsona (zob. Załącznik nr 3, punkt II.B.64-70), zaburzeń językowych (afazji) i komunikacji w chorobie Alzheimera (zob. Załącznik nr 3, punkt II.B.57-61, 73-75), terapii bezpośredniej i pośredniej w otępieniu (zob. Załącznik nr 3, punkt II.B.63, 71-72). Przygotowałam także artykuły na temat otępienia i zaburzeń mowy w chorobie Alzheimera do „Encyklopedii Zaburzeń Mowy" (zob. Załącznik nr 3, punkt II.G.3).

Problematyka komunikacji językowej w otępieniu była ponadto przeze mnie opracowywana i prezentowana w formie wystąpień na konferencjach naukowych, w Polsce i za granicą (zob. Załącznik nr 3, punkty II.I.5, 26 i III.B.16), także w ujęciu interdyscyplinarnym, we

współpracy z psychologiem, mgr E. Długosz-Mazur (zob. Załącznik nr 3, punkt II.I.7-8, 11) – m. in. wspólnie reprezentowałyśmy polskie środowisko alzheimerowskie na konferencji Alzheimer Europe (zob. Załącznik nr 3, punkt II.I.18). Przedsięwzięcia te stanowią kontynuację działań zespołowych rozpoczętych w okresie jeszcze przed doktoratem, również na gruncie medycznym, we współpracy z neurologiem dr K. Gustaw (zob. Załącznik nr 3, punkty II.A.4, 6 oraz II.I.1 i III.B.1-3). Współpraca interdyscyplinarna jest w obszarze otępień wymogiem – jako członek Polskiego Towarzystwa Alzheimerowskiego uczestniczę rokrocznie w konferencjach naukowo-szkoleniowych, które pozwalają pogłębiać wiedzę w kontakcie ze specjalistami (neurologami, psychiatrami, neuropsychologami). Chcę zaznaczyć, że wskazane prace o charakterze wdrożeniowym, tak jak i monografia, która była ich podstawą, były przedmiotem recenzji w czasopismach naukowych (zob. Załącznik nr 3, punkt III.Q); publikacje zostały wysoko ocenione przez Recenzentów.

Wskazane wyżej osiągnięcia będą sytuowały się w obszarze rodzącej się właśnie w obrębie logopedii nowej specjalności – gerontologopedii. Działania naukowo-badawcze na tym gruncie prowadzę sukcesywnie od kilkunastu już lat (w kontekście otępień, ale też fizjologicznego starzenia się, zob. Załącznik nr 3, punkty II.B.51 i III.B.32, 35, 39), tworząc podstawy do rozwoju gerontologopedii także w wymiarze dydaktyki (jestem autorką programów zajęć z przedmiotów dotyczących tej problematyki, po raz pierwszy wprowadzonych w Polsce w UMCS w Lublinie do programu studiów logopedycznych, najpierw podyplomowych, a następnie licencjackich i magisterskich na kierunku logopedia z audiologią, stworzonym jako kierunek unikatowy).

2/ Osiągnięcia naukowo-badawcze w obszarze komunikacji pisemnej odnoszą się w głównej mierze do zaburzeń rozwojowych, w mniejszym stopniu – nabytych. Problematykę tę podjęłam przed kilkunastu laty w związku z praktyką zawodową w Pracowni Logopedycznej Zakładu Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego UMCS; badania prowadzę systematycznie, stale poszerzając ich obszar. Moje dokonania indywidualne, prezentowane w artykułach naukowych na przykładzie własnych pacjentów, odnoszą się do specyficznych i niespecyficznych trudności w pisaniu u dzieci (zob. Załącznik nr 3, punkt II.A.18-19) i zaburzeń pisma u osób dorosłych z schorzeniami neurologicznymi (zob. Załącznik nr 3, punkt II.A.20-21).

I w tym zakresie istotnym osiągnięciem jest opracowanie, wraz z dr U. Mirecką, standardów postępowania logopedycznego w przypadku dysleksji rozwojowej, określających działania logopedy w zakresie profilaktyki, diagnozy (także dla potrzeb diagnozy różnicowej) i terapii (zob. Załącznik nr 3, punkty II.A.12 i II.B.32).

Naszym wspólnym ważnym przedsięwzięciem były również systematyczne badania nad grafomotoryką, podjęte w pierwszej kolejności w ramach projektu badawczego pt. „Zaburzenia komunikacji pisemnej. Profil sprawności grafomotorycznych jako technika diagnozowania dzieci w wieku 7-13 lat. Rozwój grafomotoryki – ryzyko dysgrafii"; 33 konkurs projektów badawczych Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego (zob. Załącznik nr 3, punkt II.G.2). Projekt ten zrealizowałyśmy w latach 2007-2009 w Zakładzie Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego Uniwersytetu Marii Curie Skłodowskiej. Głównym przedmiotem badań była grafomotoryka, pojmowana jako złożone czynności psychoruchowe, których przebieg i efekt (wytwór) zależy od współdziałania funkcji w nie zaangażowanych oraz poziomu ich rozwoju; pierwszoplanowo: koordynacji wzrokowo-ruchowej, sprawności manualnej i percepcji wzrokowej. We własnym ujęciu koncepcyjnym grafomotoryki dokonałyśmy zespolenia dwu aspektów czynności grafomotorycznych – ich przebiegu oraz wytworu. Badania empiryczne przeprowadzone w grupie 300 uczniów pozwoliły zgromadzić bardzo bogaty materiał badawczy: 1200 próbek wytworów czynności grafomotorycznych (reprodukcji wzorów literopodobnych oraz tekstów) oraz 300 indywidualnych protokołów obserwacyjnych – w ramach odrębnych spotkań dokonano również dokumentacji fotograficznej zjawisk symptomatycznych dla zaburzeń czynności grafomotorycznych (ok. 200 zdjęć), a także nagrań filmowych. Materiał badawczy został poddany wielokierunkowym analizom, zgodnie z procedurą skonstruowanego przez nas *Profilu sprawności grafomotorycznych*: *Protokołu obserwacyjnego* oraz *Karty oceny pisma i wzorów literopodobnych.* W rezultacie dokonałyśmy rozpoznania zjawisk: normatywnych, stanowiących o opanowaniu czynności grafomotorycznych i osiągnięciu pożądanego poziomu graficznego pisma na danym poziomie edukacji; niepożądanych, wskazujących na brak osiągnięcia właściwego poziomu graficznego pisma (błędy graficzne wynikające z braku prawidłowych wzorców, niedostatecznej pomocy oraz kontroli ze strony nauczycieli lub/i rodziców, jak również uwarunkowane dysfunkcjami w rozwoju psychoruchowym). Pozwoliło to na całościową charakterystykę sprawności grafomotorycznych uczniów szkół podstawowych, jakościową i ilościową, wraz z materiałem ilustracyjnym w osobnej monografii pt. „Grafomotoryka u dzieci w wieku 7-13 lat" (zob. Załącznik nr 3, punkt II.B.25). Jednocześnie dokonałyśmy typologii trudności grafomotorycznych (zob. Załącznik nr 3, punkt II.B.47). Wyniki badań empirycznych i doświadczenia zebrane podczas stosowania eksperymentalnej wersji „Profilu sprawności grafomotorycznych" na poszczególnych etapach postępowania badawczego wykorzystałyśmy do skonstruowania wdrożeniowej wersji narzędzia diagnostycznego – „Profil sprawności grafomotorycznych" został opracowany jako nowa technika diagnozowania uczniów szkoły podstawowej i wydany jako oddzielna publikacja w formie podręcznika diagnostycznego wraz z kompletem materiałów do badań (zob. Załącznik nr 3, punkt II.B.26). Stał się standardowym

narzędziem diagnozy w poradniach psychologiczno-pedagogicznych oraz gabinetach specjalistycznych na terenie całego kraju. Zarówno wskazana monografia (obecnie przygotowywane jest do druku jej kolejne, poszerzone wydanie), jak i podręcznik diagnostyczny, zyskały wysoką ocenę Recenzentów: prof. dra hab. S. Milewskiego i prof. dr hab. M. Bogdanowicz, z uwagi na gruntowność rozpoznania zjawisk i aplikacyjny charakter przeprowadzonych na szeroką skalę badań empirycznych; „Profil sprawności grafomotorycznych" został uznany za pierwsze w Polsce narzędzie wieloaspektowej diagnozy sprawności grafomotorycznych.

Wypracowane przez nas sposoby zastosowania narzędzia w procesie diagnostyczno-terapeutycznym omawiałyśmy z dr U. Mirecką w artykułach współautorskich (zob. Załącznik nr 3, punkty II.A.13 i II.B. 33-36, 44), uwzględniając: 1/ standardowe zastosowanie narzędzia w postępowaniu diagnostycznym; 2/ wykorzystanie opracowanych metod analizy pisma/ pisania do oceny własnego materiału badawczego; 3/ zastosowanie kliniczne „Profilu sprawności grafomotorycznych" u dzieci ze złożonymi zaburzeniami komunikacji słownej i pisemnej (diagnoza zaburzeń rozwojowych); 4/ wykorzystanie „Profilu sprawności grafomotorycznych" dla potrzeb oceny grafomotoryki u osób dorosłych ze schorzeniami neurologicznymi (diagnoza zaburzeń nabytych).

Pogłębione analizy prowadziłyśmy w zakresie sprawności ortograficznych w relacji do grafomotoryki, zarówno w kontekście nabywania języka ojczystego, jak i języków obcych (zob. Załącznik nr 3, punkty II.A.16-17 i II.B.37, 39). W tym obszarze rozpoznałyśmy m. in. zjawisko tzw. rzekomych błędów ortograficznych, definiując je i poddając klasyfikacji.

Nasze dociekania objęły także problematykę zaburzeń komunikacji pisemnej u młodzieży i osób dorosłych, w szczególności w przypadkach schorzeń neurologicznych (zob. Załącznik nr 3, punkty II.B.41 i II.I. 17, 19, 25 oraz III.B. 26, 29).

Problematyka komunikacji pisemnej i jej zaburzeń została opracowana, z uwzględnieniem szerokiego spektrum zagadnień, w postaci artykułów hasłowych do *Encyklopedii logopedii*, pod red. E. Łuczyńskiego (zob. Załącznik nr 3, punkt II.B.76-86, 88-96, 101, 103-105).

Najistotniejsze zagadnienia natury ogólnej i szczegółowej opracowano i prezentowano w formie wystąpień konferencyjnych (zob. Załącznik nr 3, punkty II.I. 2-4, 6, 9-10, 12, 14-16, 24, 27, 29-30 i III.B.4-7, 8-10, 12-15, 18-20, 22-24, 28-29); były dyskutowane w gronie specjalistów, zarówno badaczy akademickich, jak i praktyków-diagnostów, na konferencjach ogólnopolskich i międzynarodowych. Niesłabnącego zainteresowania omawianą problematyką w aspekcie aplikacyjnym dowodzi m. in. liczny udział praktyków w oferowanym aktualnie on-line, nieodpłatnie, półrocznym kursie trenerskim (zob. Załącznik nr 3, punkt III.I.11), przygotowanym

przez nas wespół z prof. dr hab. M. Bogdanowicz i mgr M. Rożyńską z Polskiego Towarzystwa Dysleksji (obecnie ok. 2 tysiące 300 uczestników).

3/ Problematyka słuchu mownego i zaburzeń odbioru mowy jest w głównej mierze przedmiotem refleksji naukowej rozwijanej wspólnie z dr U. Mirecką. Naszym najważniejszym osiągnięciem w tym zakresie jest wypracowanie koncepcji słuchu mownego, omówionej wieloaspektowo w cyklu artykułów (zob. Załącznik nr 3, punkty II.A.1, 3 i II.B.30). Rozpatrując odbiór mowy jako złożony proces poznawczy, w którym funkcje słuchowe są ściśle powiązane z innymi czynnościami sensoryczno-motorycznymi, a także z czynnościami o charakterze intelektualnym, uczestniczącymi w procesie przetwarzania informacji językowej, dokonałyśmy kategoryzacji zjawisk odnoszących się do słuchu mownego z uwagi na: a/ zróżnicowany status odbieranych bodźców słuchowych z punktu widzenia kształtowania się i funkcjonowania języka w umyśle człowieka – podział zjawisk na systemowe (odnoszące się do określonego języka jako kodu) oraz pozasystemowe; b/ odrębność warstwy segmentalnej ciągu fonicznego w stosunku do warstwy suprasegmentalnej – widzianą nie tylko z perspektywy językoznawstwa w ramach dychotomii: fonologia segmentalna – fonologia suprasegmentalna (prozodyczna), ale również, w świetle badań nad mózgowymi mechanizmami mowy, jako fakt znajdujący poparcie w coraz bardziej szczegółowych danych dotyczących np. patologii mowy czy specjalizacji półkul mózgowych w zakresie funkcji językowych. W efekcie wyróżniłyśmy odpowiednio: 1/ słuch fonemowy - odnoszący się do podsystemu fonologicznego języka w jego wymiarze segmentalnym; 2/ fonologiczny słuch prozodyczny – odnoszący się do konwencjonalnych cech struktury jednostek suprasegmentalnych właściwych danemu językowi, a przez to należących do kodu językowego; 3/ fonetyczny słuch segmentalny (głoskowy) – odnoszący się do charakterystyki głoskowej w różnych jej aspektach: w oparciu o kontrasty fonetyczne jako podstawę ustalania się cech fonemicznych oraz jako zdolność dostrzegania różnic między głoskami będącymi realizacją tego samego fonemu; 4/ fonetyczny słuch prozodyczny – odnoszący się do charakterystyki płaszczyzny suprasegmentalnej ciągu fonicznego w tym jej wymiarze, który przekracza informację prozodyczną systemową i dotyczy różnic osobniczych, również tych o charakterze niestałym, np. zależnych od emocji, kondycji psychofizycznej. Krytycznej analizy problematyki słuchu fonemowego dokonałyśmy w aspekcie językoznawczym, psychologicznym oraz logopedycznym, z ukierunkowaniem na ustalenie podstaw teoretycznych dla projektowanych technik diagnozowania zaburzeń odbioru mowy.

Jednocześnie w odniesieniu do słuchu mownego dokonałyśmy wraz z dr U. Mirecką kategoryzacji zjawisk, prezentując tę problematykę w podręczniku akademickim (zob. Załącznik nr 3, punkt II.B.48). Wypracowana przez nas koncepcja znajduje odniesienie na gruncie surdologopedii. Najważniejsze zagadnienia teoretyczne zostały przedstawione w postaci

artykułów hasłowych do *Encyklopedii logopedii*, pod red. E. Łuczyńskiego (zob. Załącznik nr 3, punkt II.B.87, 97-100, 102).

Problematykę zaburzeń odbioru mowy opracowywałam ponadto także w formie wystąpień konferencyjnych wspólnie ze specjalistą surdologopedą, dr Ewą Muzyką-Furtak, odnośnie do otępień i niedosłuchów u osób w wieku starszym, przede wszystkim poddając ocenie bariery komunikacyjne w przypadku sprzężonych zaburzeń mowy (zob. Załącznik nr 3, punkt III.B.33, 38, 40).

Wszystkie wskazane wyżej działania naukowo-badawcze, wielokierunkowe, w efekcie pozwalają mi lepiej rozpoznawać możliwości i ograniczenia w zakresie komunikacji słownej i pisemnej u osób z otępieniem.

Podsumowując, mój dorobek naukowy w formie publikacji obejmuje 119 pozycji:
3 monografie (2 autorskie, jedna – współautorska)
1 podręcznik techniki diagnostycznej (współautorski)
47 artykułów oraz rozdziałów w monografiach (25 autorskich, 22 współautorskich), spośród których 5 artykułów zostało dodatkowo opublikowanych również w wersji anglojęzycznej
50 haseł encyklopedycznych (20 autorskich artykułów hasłowych, 30 współautorskich)
12 recenzji książek naukowych
oraz w jednym przypadku – współredakcję monografii

Należy zaznaczyć, że przed uzyskaniem stopnia naukowego doktora opublikowałam 17 prac (8 artykułów i 9 recenzji), pozostałe zaś ukazały się po doktoracie.

Moje dokonania naukowe to także 70 wystąpień konferencyjnych (referatów i posterów – 27 zaprezentowanych na forum międzynarodowym /w tym 10 za granicą/, oraz 43 zaprezentowane na forum ogólnopolskim). Spośród nich 4 wystąpienia konferencyjne przypadają na okres przed uzyskaniem stopnia naukowego doktora.

Aneta Domagała