

PORADNIK JĘZYKOWY

MIESIĘCZNIK ZAŁOŻONY W R. 1901
PRZEZ ROMANA ZAWILIŃSKIEGO
ORGAN TOWARZYSTWA KULTURY JĘZYKA

8

Zarząd Główny
ul. Krakowskie Przedmieście 26/28, 00-927 Warszawa
Wydział Polonistyki – Uniwersytet Warszawski
<http://www.tkj.uw.edu.pl>

TOWARZYSTWO KULTURY JĘZYKA
DOM WYDAWNICZY ELIPSA
WARSZAWA 2021

KOLEGIUM REDAKCYJNE

prof. dr hab. Stanisław Dubisz (redaktor naczelny), dr hab. Jolanta Chojak,
dr hab. Wanda Decyk-Zięba (zastępca redaktora naczelnego),
dr Ewelina Kwapien, prof. dr hab. Radosław Pawelec,
dr Marta Piasecka

RADA REDAKCYJNA

prof. dr hab. Stanisław Dubisz (przewodniczący, Warszawa),
doc. dr Mirosław Dawlewicz (Wilno – Litwa),
prof. dr hab. Andrzej Markowski (Warszawa),
prof. dr hab. Alicja Nagórko (Berlin – Niemcy),
prof. dr Marta Panciková (Bratysława – Słowacja),
prof. dr hab. Józef Porayski-Pomsta (Warszawa),
prof. dr hab. Danuta Rytel-Schwarz (Lipsk – Niemcy),
prof. dr Olga Šapkina (Moskwa – Rosja),
prof. dr hab. Héléne Włodarczyk (Paryż – Francja)

Sekretarz Redakcji

dr Milena Wojtyńska-Nowotka

Redaktor naukowy zeszytu

dr Ewelina Kwapien

Redaktor językowy

Urszula Dubisz

Tłumacz

Monika Czarnecka

Korektor

Halina Maczunder

Adres redakcji

00-189 Warszawa, ul. Inflancka 15/198

<http://www.poradnikjezykowy.uw.edu.pl>; e-mail: poradnikjezykowy@uw.edu.pl

Dział Handlowy DW ELIPSA: tel. (48) 22 635 03 01, e-mail: sklep@elipsa.pl

Księgarnia internetowa: <http://www.elipsa.pl>

Czasopismo jest rejestrowane na listach ERIH i IC Master List,
indeksowane – w bazach Scopus, CEEOL, Pol-index, Scholar Google, EBSCO

Zeszyt opublikowany w wersji pierwotnej

Edycja sfinansowana ze środków Fundacji Języka Polskiego

© Copyright by Towarzystwo Kultury Języka and Dom Wydawniczy ELIPSA,
Warszawa 2021

PL ISSN 0551-5343

Ark. wyd. 8,3. Ark. druk. 6,75. Papier offsetowy 80 g/m²

W ZESZYCIE

– W komunikacji między lekarzem a pacjentem, dotyczącej ochrony zdrowia, często dochodzi do nieporozumień w wyniku wielości kontekstów – medycznych, relacyjnych, psychologicznych, porozumienie zaś jest kształtowane w procesie negocjowania znaczeń wyrazów, wyrażeń i fraz specjalistycznych.

– Pandemia koronawirusa odcisnęła piętno na procesach komunikacji społecznej; analiza dyskursu na ten temat, prowadzonego w polskich fachowych czasopismach medycznych, wykazuje, że cechuje go obecność bezosobowych narracji i wywodów oraz licznych metafor, w tym metafory wojny.

– Modele kształcenia empatii klinicznej powinny w większym stopniu uwzględniać uwagi pacjentów, ponieważ autoewaluacja lekarza jest – co prawda – skorelowana z oceną poziomu empatii, dokonywaną przez pacjenta, ale nie do końca się z nią pokrywa.

– Umiejętności komunikacyjne lekarza są przedmiotem nauczania w ramach zajęć z komunikacji medycznej; mają one pomagać w sprawowaniu opieki skoncentrowanej na pacjencie, budowaniu wspólnego spojrzenia na problem chorego oraz wzmocnieniu u pacjenta poczucia, że jest w centrum uwagi.

– Wyrażenie *Certyfikat „Super HoSpa”* określa wyróżnienie przyznawane najlepszym polskim hospicjom; neologizm *hospa* zawiera w treści wyobrażenie hospicjum przyjaznego pacjentom, dzięki czemu następuje proces „odczarowania” poprzez język stereotypowego negatywnego obrazu hospicjum.

– W polskich tekstach źródłowych z XIX w. (słowniki medyczne, artykuły w prasie medycznej, poradniki medyczne, słowniki ogólne i gwarowe) zarejestrowano 18 synonimicznych określeń padaczki, z których najczęściej i najszerzej używane były dwa terminy: *padaczka* i *epilepsja*.

Język polski – język medyczny – język medycyny – komunikacja w medycynie – socjo-pragmatyka – dyskurs medyczny – empatia – edukacja medyczna – polska terminologia medyczna – koronawirus – opieka paliatywna.

Red.

SPIS TREŚCI

ARTYKUŁY I ROZPRAWY

<i>Agnieszka Kielkiewicz-Janowiak</i> : „Pacjent nie współpracuje” – socjopragmatyka (nie)porozumienia w ochronie zdrowia	7
<i>Magdalena Zabielska</i> : <i>Pacjenci z... / u pacjentów z... / w przebiegu COVID-19...</i> : dyskursywna analiza polskich fachowych publikacji medycznych dotyczących koronawirusa	23
<i>Marta Falkowska</i> : <i>Jaki jest empatyczny lekarz? Obraz empatii lekarza w opiniach zamieszczonych w portalu znanylekarz.pl</i>	38
<i>Antonina Doroszewska, Iwona Drozdowska</i> : <i>Pacjent w centrum rozmowy na przykładzie prac studentów kierunków medycznych</i>	54
<i>Marta Chojnacka-Kuraś</i> : <i>Wyrażenie Certyfikat „Super HoSpa” i jego rola w kształtowaniu obrazu opieki paliatywnej we współczesnym dyskursie medycznym</i>	69
<i>Lucyna Agnieszka Jankowiak</i> : <i>O nazwach padaczki w polszczyźnie XIX wieku</i>	84

RECENZJE

<i>Milena Wojtyńska-Nowotka</i> : <i>K. Kłosińska, M. Rusinek, Dobra zmiana, czyli jak się rządzi światem za pomocą słów, Kraków 2019</i>	102
---	-----

BIOGRAMY I WSPOMNIENIA

<i>Stanisław Dubisz</i> : <i>Profesor Tadeusz Zgółka</i>	105
--	-----

CONTENTS

PAPERS AND DISSERTATIONS

<i>Agnieszka Kielkiewicz-Janowiak</i> : “The patient is not cooperating” – sociopragmatics of (mis)understanding in health care	7
<i>Magdalena Zabielska</i> : <i>Pacjenci z... / u pacjentów z... / w przebiegu COVID-19...</i> (<i>Patients with... / in patients with... / in COVID-19...</i>): discursive analysis of Polish specialised medical publications on coronavirus	23
<i>Marta Falkowska</i> : What is an <i>empathetic doctor</i> like? The view of doctor’s empathy in opinions published on the <i>znanylekaz.pl</i>	38
<i>Antonina Doroszewska, Iwona Drozdowska</i> : Patient in the centre of conversation on the example of medical students’ assignments	54
<i>Marta Chojnacka-Kuraś</i> : The expression <i>Certyfikat „Super HoSpa”</i> (“ <i>Super HoSpa</i> ” <i>Certificate</i>) and its role in shaping the image of palliative care in the modern medical discourse	69
<i>Lucyna Agnieszka Jankowiak</i> : On the names of epilepsy in the 19 th -century Polish language	84

REVIEWS

<i>Milena Wojtyńska-Nowotka</i> : K. Kłosińska, M. Rusinek, <i>Dobra zmiana, czyli jak się rządzi światem za pomocą słów</i> (<i>The good change or how to rule the world with words</i>), Kraków 2019	102
--	-----

BIOGRAPHICAL NOTES AND REMINISCENCES

<i>Stanisław Dubisz</i> : Professor Tadeusz Zgółka	105
--	-----

**„PACJENT NIE WSPÓLPRACUJE”
– SOCJOPRAGMATYKA (NIE)POROZUMIENIA
W OCHRONIE ZDROWIA**

WSTĘP

We współczesnym, zróżnicowanym świecie nauki społeczne i humanistyczne poświęcają coraz więcej uwagi różnorodności grup ludzkich, ich mobilności i wielości kontaktów między nimi. W dyscyplinach i obszarach badań orientowanych na kontekst społeczny coraz więcej uwagi poświęca się wzajemnemu nakładaniu się kategorii (por. ang. *intersectionality*). To samo dotyczy kategoryzowania języków: mówienie o językach rozumianych jako dających się wyraźnie odgraniczyć od innych i dość ściśle przynależących do zdefiniowanych grup użytkowników jest oczywistym uproszczeniem. Dlatego w badaniach językoznawczych coraz częściej podkreśla się rolę wielojęzyczności w społecznościach, nawet tych, które dotąd uznawano za względnie homogeniczne pod względem językowym.

Ludzie należą jednocześnie do wielu grup społecznych, a w procesie komunikacji potrafią sprawnie sięgać do zasobów językowych, które w mniejszym lub większym stopniu znajdują się w zakresie ich kompetencji. A wszystko w celu osiągnięcia porozumienia z innymi, którzy mogą być nie tylko przedstawicielami różnych nacji, grup etnicznych, płci i pokoleń, ale i zawodów, grup interesu czy wspólnot praktyków (ang. *community of practice*).

Rozumienie zjawiska rozmycia się granic kategorii społecznych czy językowych powinno powodować bardziej elastyczne i otwarte podejście do środków komunikacji językowej. W ostatecznym rozrachunku wszystkim nam zależy na adekwatnym wyrażaniu swoich tożsamości i intencji za pomocą języka, ale także na porozumieniu z innymi i osiąganiu własnych i wspólnych celów.

W niniejszym tekście przyglądamy się środowisku ochrony zdrowia, czyli okolicznościom komunikowania się pacjentów z profesjonalistami medycznymi (potocznie: medykami¹). Zwracamy uwagę na rozróżnie-

¹ *Medyk* to słowo, które w ostatnim czasie zwiększyło swą częstotliwość – to zrozumiałe w czasie pandemii (patrz statystyki frazeo.pl). Jednak baczna obser-

nie pomiędzy językiem specjalistycznym a językiem ogólnym jako nie dość wnikliwie wyjaśniające źródła nieporozumienia. Należy podkreślić, że problemy z porozumiewaniem się w obszarze ochrony zdrowia mogą – z dużym prawdopodobieństwem – przynieść skutki zaburzające proces leczenia lub wręcz zniweczyć jego zamierzony, pozytywny wynik. Poniżej rozważymy kilka przykładów określeń, których wartość znaczeniowa jest odmienna dla różnych uczestników komunikacji w ochronie zdrowia: znaczenie nadawcy różni się od znaczenia odbiorcy, a we wrażliwym kontekście udzielania pomocy różnica ta stanowi problem, który utrudnia osiągnięcie celu terapeutycznego.

KOMUNIKACJA I (NIE)POROZUMIENIE

Współczesne badania semantyczne zajmują się znaczeniem jako treścią wspólnie osiąganą przez użytkowników języka w danej sytuacji [np. Jaszczolt 2016, 8]. Brak porozumienia następuje zatem wtedy, kiedy odbiorca interpretuje znaczenie komunikatu niezgodnie z intencją nadawcy. Trzeba przyznać, że intencje nadawcy mogą być dla odbiorcy mniej lub bardziej dostępne. Dodatkowo intencje nadawcy ulegają zmianie w trakcie komunikacji oraz są dynamicznie kształtowane w interakcji, w procesie negocjowania znaczeń. Znaczenie jest kształtowane przez kontekst, specyficznie rozumiany przez rozmówców, co jest przez nich ujawniane lub nie.

Powszechnie myśli się (i mówi) o braku możliwości porozumienia, kiedy istnieje tzw. bariera językowa: odmiennosc kodów językowych (początkowo: rozmówcy posługują się innymi językami). Jednak, nawet jeśli posługują się zasadniczo tym samym językiem (np. językiem polskim), rozmówcy są bardzo odmiennie warunkowani przez swoje dla siebie okoliczności, takie jak wiedza i doświadczenie, a także doraźne potrzeby osiągnięcia celów. Lekarz i pacjent są przykładem takiej pary rozmówców, których odmiennie doświadczenia i priorytety mogą być źródłem nieporozumienia, potencjalnie przynoszącym poważne konsekwencje. W toku konsultacji w gabinecie lekarskim lekarz, sięgając do zasobów wysoko wyspecjalizowanej wiedzy, kieruje się potrzebą ustalenia poprawnej diagnozy i jest warunkowany ograniczonym czasem konsultacji oraz

watorka uzusu, językoznawczyni Katarzyna Kłosińska, zauważyła też zmianę jego znaczenia. Jak wyjaśniała w audycji radiowej dotyczącej języka (*Co w mowie piszczy*, 10.04.2020), „słowo *medyk* w taki dosyć niezauważalny sposób zmieniło na naszych oczach już parę lat temu znaczenie i nie odnosi się tylko do lekarzy, ale w ogóle do przedstawicieli zawodów medycznych: to są ratownicy medyczni, pielęgniarki, pielęgniarze, fizjoterapeuci itd. I oczywiście ta nazwa nie jest precyzyjna, bo jest to nazwa potoczna, nie jest to nazwa specjalistyczna, nie jest ujęta w żadnej ustawie czy (...) specjalistycznych tekstach (...)”; <https://www.polskieradio.pl/9/305/Artykul/2490393,Czy-medyk-znaczy-to-samo-co-lekarz>

wiedzą pacjenta na temat zdrowia i swojej choroby. Z kolei pacjent najczęściej nie jest świadomy presji czasowej i wymagań systemu (np. konieczności szybkiego sporządzenia dokumentacji wizyty), więc opowiada swoją wersję „historii choroby”, często jako subiektywną narrację, z intencją ułatwienia pracy lekarzowi i osiągnięcia celu (który zresztą uważa za cel wspólny) w postaci uzyskania pomocy medycznej. Obie strony komunikacji wychodzą z tej sytuacji sfrustrowane, a wydaje się, że gdyby obie poczyniły wysiłek odczytania intencji nadawcy, skutek mógłby być bardziej zadowalający. Lekarz doceniłby wiedzę o chorobie płynącą z subiektywnych doświadczeń pacjenta, a pacjent zrozumiałby potrzebę skrócenia rozmowy do najważniejszych treści i poddałby się reżimowi sprawnego odpowiadania na konkretne pytania lekarza.

JĘZYK SPECJALISTYCZNY A JĘZYK OGÓLNY

Zwykle jednak przyczyną nieporozumienia jest posługiwanie się przez rozmówców „innymi językami”. Problem jest względnie oczywisty, jeśli chodzi na przykład o język polski i angielski, mniej, jeśli rozważać odmiany regionalne (np. dialekt lokalny i język ogólny). Natomiast największe wyzwanie stanowi sytuacja, gdy nieporozumienie wynika z różnicy pomiędzy językiem specjalistycznym a językiem ogólnym.²

Języki specjalistyczne (także „języki wyspecjalizowane”) mogą być definiowane jako wysoce skonwencjonalizowane i autonomiczne, choć nie w pełni naturalne, kody komunikacyjne [Grygiel 2017, *Preface*]. Język specjalistyczny należy więc do ściśle określonej praktyki porozumiewania się w specyficznym środowisku specjalistów. Obejmuje zwykle bardzo wąsko zdefiniowaną terminologię, znaną specjalistom i stosowaną w ich profesjonalnej praktyce. Jednak dodatkowo wyróżników języka specjalistycznego należy „poszukiwać w perspektywie pragmatycznej / komunikacyjnej”, a wyznacza ją „nacechowana” sytuacja użycia [Ligara 2011, 168, za: Cabre 1998, 115]. W specjalistycznym języku opieki zdrowotnej sytuacja użycia z definicji obejmuje pacjenta.

Można by przypuszczać, że najistotniejszą przyczyną problemów w porozumieniu z pacjentem w ochronie zdrowia jest właśnie różnica pomiędzy językiem specjalistycznym (którego elementów w pewnym zakresie używa lekarz, a pacjent nie zna) a językiem ogólnym (którego zastosowanie w sprawach merytorycznych wymagałoby od lekarza nieco wysiłku

² Nie podnosimy tutaj kwestii rozróżnienia pomiędzy językiem specjalistycznym a zawodowym. Pozostajemy przy określeniu *język specjalistyczny*, zakładając [za: Ligara 2011], że określnik *specjalistyczny* jest „najbardziej pojemny”, obejmuje bowiem zarówno specjalność, dyscyplinę, jak i działalność specjalistów [Ligara 2011, 167]. Por. dyskusję dotyczącą znaczenia terminów *język specjalistyczny*, *język profesjonalny* itp. w: Jarosz 2018.

oraz niosłoby ryzyko przekłamania – na przykład w wyniku uproszczenia – faktów medycznych).³

Nie chodzi tu zatem tylko o istnienie różnic między wyrażeniami specjalistycznymi a ogólnie stosowanymi (np. *reumatoidalne zapalenie stawów* versus *gościec*, *pęcherzyk żółciowy* versus *woreczek żółciowy*⁴), lecz także o różnice stylistyczne i kontekstualne.⁵ W tym tekście chcemy zwrócić uwagę na sytuacje, gdy język specjalistyczny jest jednobrzmiący z językiem ogólnym, jednak pragmatycznie znacznie się od niego różni i to właśnie jest źródłem problemów w komunikacji.

Po pierwsze, mowa o niektórych przypadkach polisemii, w których leksem ma poza znaczeniem ogólnym, potocznym, także znaczenie specjalistyczne. Frazy takie jak [*pacjent*] *trudny* czy *rokowanie niepomyślne*, zastosowane w kontekście ochrony zdrowia, są silnie skonwencjonalizowane (dla specjalisty), natomiast dla niespecjalisty (np. pacjenta) noszą piętno dosłowności: pozbawione cech niedopowiedzenia czy eufemizmu, mogą być odebrane jako osobiste, dosadne, a czasem wręcz odwrotnie – jako maskujące prawdę i nieszczerze. Z jednej strony mamy więc do czynienia z opisem konwencjonalnym, odnoszącym się do faktów i pozbawionym konotacji emocjonalnych, z drugiej natomiast intencja nadawcy może być fałszywie odczytywana jako wyrażająca emocjonalny stosunek do pacjenta – jednostki wrażliwej, bo przecież doświadczonej chorobą.

W innych sytuacjach potencjalne źródło nieporozumienia wynika z różnicy pragmatycznej, związanej z okolicznościami komunikacji. Przedstawimy to na przykładzie specyficznej frazy (*pacjent nie współpracuje*), która jest skonwencjonalizowana w użyciu lekarzy (i innych profesjonalistów medycznych), natomiast w odbiorze pacjenta nabiera wymowy osobistej, zakłada brak woli i implikuje osądanie.

³ Kwestia tłumaczenia intrajęzykowego – na przykład z języka specjalistycznego na ogólny – jest obecnie częścią niezwykle ważnego nurtu badań translologicznych [patrz np. Korning Zethsen 2007, 2009; Korning Zethsen, Hill-Madsen 2016; Whyatt 2017; Whyatt, Naranowicz 2019].

⁴ Oczywiście dyskusyjne pozostaje, na ile nazwa *gościec* jest *de facto* dawną nazwą medyczną, czyli specjalistyczną. Natomiast *woreczek żółciowy* uznaje się za błędną nazwę pęcherzyka żółciowego. Można tu mówić o stopniowym procesie przechodzenia specjalistycznych nazw medycznych do języka ogólnego oraz o tym, że w miarę postępu medycyny te potocznie ugruntowane nazwy okazują się nieadekwatne do obecnego stanu wiedzy i zostają uznane za nieprawidłowe. Niemniej jednak pozostają w częstym użyciu w mowie potocznej.

⁵ Por. też Piekot i in. 2002: tytuł książki, *O trudnym łatwo*, wskazuje na relację pomiędzy skomplikowanym przedmiotem opisu a samym opisem, a pośrednio – pomiędzy językiem specjalistycznym a językiem ogólnym.

KOMUNIKACJA W OCHRONIE ZDROWIA, W SZCZEGÓLNOŚCI Z PACJENTEM / PACJENTKA

Należy z mocą podkreślić złożoność kontekstu komunikacji w ochronie zdrowia, gdzie mamy do czynienia z odmiennymi okolicznościami emocjonalnymi oraz dotyczącymi relacji władzy (ang. *power relations*). Wprawdzie badacze podkreślają względną symetrię w komunikacji lekarz – pacjent [np. Tobiasz-Adamczyk 2002, 46], jednak trudno tu mówić o realnej równowadze i wzajemności. Istotnie, raczej zgodzić się można z obserwacją co do braku symetrii:

Profesjonalne kompetencje lekarza oraz sytuacja zdrowotna pacjenta powodują, że ten pierwszy zyskuje wyjątkową moc przekroczenia autonomii chorego. Taka zależność jest odpowiedzialna za powstanie trwałej asymetrii, która stanowi jednocześnie fundamentalną cechę relacji lekarz – pacjent [Andrzejewski 2017, 61–62].

Choremu z oczywistych względów towarzyszy poczucie zagrożenia, niepokój i lęk. Natomiast lekarz dysponuje wiedzą, doświadczeniem, władzą (przewagą) merytoryczną i instytucjonalną, cechuje go / ją dystans emocjonalny, a do tego poważnie ogranicza ściśle limitowany czas konsultacji i działań medycznych w ogóle.

Uczestnicy komunikacji są w różnym stopniu świadomi wzajemnych uwarunkowań. Co dla lekarza jest czynnością względnie rutynową, dla pacjenta może być wyjątkowe, jednokrotne lub pierwszorazowe. W zakresie kompetencji lekarza jako profesjonalisty leży wiedza na temat stanu pacjenta, któremu coś dolega lub który uważa, że coś mu dolega. Do tego rola profesjonalna wymusza przyjęcie postawy zdystansowanej, skupionej na uzyskaniu informacji, diagnozowaniu i wydaniu pacjentowi zaleceń.

Co ważne, omawiany kontekst, jak większość innych okoliczności komunikacji, nie musi ograniczać się do dwóch zaangażowanych stron; do pacjenta docierają także wymiany komunikatów pomiędzy medykami, których jest bezpośrednim świadkiem i które jego / jej bezpośrednio dotyczą, tak jak w następującym przykładzie:

Specjalista-okulistka kwalifikuje pacjentkę do zabiegu [iniekcji doszkliskowej] wykonując badania [OCT, angiografia, fotografia dna oka], jednak okazuje się to trudne, bo w trakcie badania pacjentka nie była w stanie powstrzymać się od mrugnięcia powieką; opisując ten problem innemu lekarzowi konsultującemu przypadek, okulistka mówi (przy pacjentce): „nie udało się [wykonać zdjęć], bo pacjentka nie współpracuje”. Pacjentka, będąca bezpośrednim świadkiem rozmowy, odbiera komunikat lekarki jako oskarżający ją o złą wolę. Wychodzi z badania sfrustrowana i niepewna jak mogłaby postarać się bardziej zapanować nad mruganiem oka.

Tak jak pokazuje powyższy przykład, w wypadku frazy *pacjent nie współpracuje* mamy do czynienia z komunikatem, który *de facto* nie jest adresowany do pacjenta, ale jego / jej dotyczy i albo nigdy do niego / niej

nie dociera, albo dociera *pośrednio* – poprzez wymianę zdań między specjalistami (jak w powyższym przykładzie), wypis szpitalny, dokumentację leczenia przekazaną innemu lekarzowi (np. rodzinnemu) czy konsultacje udzielone rodzinie lub opiekunom. *Nota bene*, wypis szpitalny (w języku instytucjonalnym *karta informacyjna z leczenia szpitalnego*⁶) jest w dużej mierze informacją dla innych profesjonalistów medycznych (głównie lekarzy), a pacjent spełnia tu tylko swoistą rolę posłańca, przy okazji będąc odbiorcą treści nie do niego / niej adresowanych. W tej sytuacji „intencja nadawcy” komunikatu może być interpretowana przez odbiorcę w sposób przez nadawcę niezamierzony. Także ulotka o leku może być formą uczestniczenia pacjenta w wymianie informacji pomiędzy profesjonalistami medycznymi. Dla przykładu, w ulotce pewnego leku opisano przeciwwskazania; wśród nich jest to, które wymienia kategorie pacjentów sprawiających problemy:

pacjent nie współpracuje w zakresie wykonywania zaleceń lekarza dotyczących przyjmowania leku (np. osoby z chorobą alkoholową, z zaburzeniami psychicznymi oraz osoby w podeszłym wieku bez opieki i nadzoru).⁷

PACJENT NIE WSPÓŁPRACUJE (PNW)

Powyższe sformułowanie jest w świecie medycznym powszechnie znane. Występuje w mowie (np. w trakcie konsultacji interprofesjonalnych, tj. pomiędzy medykami) i na piśmie (np. wypis szpitalny, zapis wywiadu lekarskiego, ulotka leku). W materiałach publicznie dostępnych, tj. poza dokumentacją instytucjonalną, fraza *PNW* pojawia się też w relacjach pacjentów, opisujących swoje doświadczenia z przebiegu konsultacji i leczenia (por. opinie pacjentów na portalach internetowych, *patient [experience] feedback* [Baker i in. 2019]). *PNW* występuje też w tekstach popularnych i popularyzatorskich dotyczących medycyny i leczenia. W niniejszym artykule dane zostały zaczerpnięte właśnie z tych ostatnich, jak również pochodzą z wywiadów z lekarzami. Dane te zostaną poddane analizie jakościowej; wobec znacznego stopnia implicytności tekstu oraz złożonego charakteru sytuacji komunikacyjnej (trudność merytoryczna, relacje między uczestnikami, emocje) analizy takiej nie sposób skwantyfikować.

W poszukiwaniu znaczenia *PNW* w kontekście socjopragmatycznym podjęte zostaną kwestie perspektywy uczestników dialogu, kontekstu instytucjonalnego i wewnątrzjęzykowego. Co fraza *PNW* znaczy? Czego dotyczy i kiedy jej się używa? Do kogo jest adresowana? Wydawałoby się, że *PNW* odnosi się do zachowania się pacjenta. W jakich okolicznościach?

⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. (§2.4.5); <http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20150002069/O/D20152069.pdf>

⁷ <https://www.aptekaemini.pl/sintrom-acenocoumarolum-p175707-rx>

W podręczniku dla studentów i lekarzy [Nowina Konopka i in. 2018], w rozdziale poświęconym kontaktowi „z pacjentem w warunkach trudnych emocjonalnie”, autorki wyszczególniają kilka kontekstów, w których pojawiają się trudności [Witt, Chwieralska 2018]. W jednym z podrozdziałów frazeologicznie uogólniono brak współpracy pacjenta w konkretnej sytuacji („pacjent nie współpracuje”) poprzez nazwanie tego zachowania jako cechy pacjenta („pacjent niewspółpracujący”). Takie sformułowanie (por. *Lekarz podejrzewając, że ma do czynienia z pacjentem niewspółpracującym powinien (...)* [s. 153]) może sugerować, że chodzi o względnie stałą cechę charakteru pacjenta, a nie cechę sytuacji, w której się znalazł. Nacisk na okazjonalność i kontekstualność (por. ang. *situatedness*) braku współpracy pacjenta jest wyrażona w wielu stosunkowo nowych publikacjach o komunikacji w praktyce klinicznej, w których nie pisze się już o pacjencie „trudnym” lub „niewspółpracującym”, ale raczej o okolicznościach, w jakich objawia się odnośne zachowanie.⁸

Trzeba jednak przyznać, że autorki rekomendują medykowi poszukiwanie „racjonalnego powodu braku współpracy” (np. lęk, niepokój), by dopiero w następnym kroku rozważyć „inne trudności po stronie pacjenta” (np. depresja, uzależnienie, demencja, a także problemy o podłożu kulturowym, społecznym lub ekonomicznym). *Nota bene* dopiero w dalszej części uwagę poświęcono pacjentowi „z utrudnionym kontaktem”, takiemu jak dziecko, nastolatek lub osoba starsza. Autorki stanowczo podkreślają, że podstawą rozwiązywania sytuacji trudnej jest zawsze poszukiwanie zrozumienia i porozumienia bez oceniania.

PERSPEKTYWA MEDYKA

W mikrowywiadach z lekarzami (4 lekarki różnych specjalizacji⁹) przeprowadzonych na potrzeby tego artykułu uzyskano wiedzę deklaratywną na temat znaczenia i stosowania *PNW*. W toku wywiadów – rozmów zawierających czasem dogłębne refleksje – ustalono dwie ogólne kategorie pacjentów, których najczęściej dotyczy to określenie:

- (1) pacjent, który jest negatywnie nastawiony do leczenia, roszczeniowy, zbyt pewny siebie oraz swojej wiedzy medycznej i dlatego odrzuca lub co najmniej kwestionuje zalecenia lekarskie;
- (2) pacjent, „który nie rozumie” swojej sytuacji i oczekiwań wobec niego / niej, co dzieje się z różnych przyczyn: jest w ciężkim stanie klinicznym, bez kontaktu, ma ograniczone rozumienie otoczenia i świata w ogóle.

W pierwszym wypadku elementem definiującym jest brak dobrej woli pacjenta, jego / jej niezgoda na zastosowane leczenie (badania, leki, proce-

⁸ Por. *How to manage difficult patient encounters* [Hull, Broquet 2007].

⁹ Anestezjolog, neurolog, kardiolog i lekarz rodzinny.

dury), utrudnianie badania, niestosowanie się do zaleceń itp. Pacjent drugiego typu jest albo dzieckiem, albo „osobą dementywną”, słowem kimś, kto jeszcze albo już nie rozumie, co się z nim dzieje w procesie diagnozowania i leczenia. Do tej kategorii należy też człowiek chory psychicznie.

Przeszukiwanie publicznie dostępnych zasobów internetowych ujawnia, że istotnie PNW często pojawia się w kontekście leczenia dzieci, a najczęściej w leczeniu stomatologicznym:

Nawet najlepsze leczenie może okazać się nieskuteczne, jeśli pacjent nie współpracuje ze swoim lekarzem dentystą.¹⁰

W gabinecie rentgenowskim może przebywać tylko pacjent i personel opiekujący się pacjentem. W sytuacjach gdy pacjent nie współpracuje podczas badania, pacjentowi powinien towarzyszyć rodzic / opiekun (ubrany w fartuch ochronny).¹¹

oraz w odniesieniu do osób psychicznie chorych:

Pacjent nie współpracuje: trudności w zebraniu wywiadu, pobraniu krwi, zbadaniu
Zadanie: uspokoić by móc przeprowadzić diagnostykę
Rozważyć zastosowanie przymusu bezpośredniego¹²

Jednak frazy PNW, zapożyczonych tu z języka specjalistycznego, używa się także w wypadku, gdy – jak się zdaje – pacjent ma małe możliwości „współpracować” w potocznym sensie. Niedawno jedna z pielęgniarek, w wywiadzie prasowym o trudnej pracy na oddziale covidowym, w ten sposób opisała „brak współpracy” ze strony pacjenta wymagającego wentylacji z pomocą specjalnej maski:¹³

– Pacjent oddycha sam, ma tylko do dyspozycji więcej tlenu?
– Tak, ale musi współpracować. W chwili zastosowania Optiflow instruujemy pacjenta, aby oddychał nosem, nie ustami. To wydaje się proste, ale nie jest. Kiedy chory ma silną duszność, jest niedotleniony, niekoniecznie stosuje się do zaleceń. Można powiedzieć, że jest mniej lub bardziej „otumaniony”. I nie wystarczy mu powiedzieć: „proszę oddychać nosem”. Kontakt jest utrudniony. Często bywa tak, że pacjent nie współpracuje, desaturuje się.¹⁴

W rozumieniu potocznym dominujący odbiór tego komunikatu sugeruje brak woli po stronie pacjenta.

¹⁰ <https://www.biodent.biz/specjalizacje/stomatologia-zachowawcza/>

¹¹ *INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY: BADANIE KONTRASTOWE GÓRNEGO ODCINKA PRZEWODU POKARMOWEGO*, Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu, https://szoz.pl/wp-content/uploads/2018/12/ZGODA_BADANIE_KONTRASTOWE_GORNEGO_ODCINKA_PRZEWODU_POKARMOWEGO-dzieci.pdf

¹² Artur de Rosier, prezentacja: SOR-y Psychiatria, <https://wil.org.pl/wp-content/uploads/PSYCHIATRIA-A.deRosier.pdf>

¹³ Por. „nosowa wentylacja wysokoprzepływowa z maską OptiFlow.”

¹⁴ <https://kobieta.onet.pl/pielegniarka-pacjenci-nam-umieraja-wirus-dzis-jest-grozniejszy/281b1zr>

Wszyscy lekarze, którzy udzielili wywiadu, wymienili powyższe dwie kategorie pacjentów (patrz s. 13 powyżej), jednak inaczej identyfikowali prototypowe znaczenie *PNW*. Lekarka A kładła nacisk na kategorię (1) – mówi się, że pacjent nie współpracuje, kiedy współpracować nie chce: nie udziela wymaganych informacji w wywiadzie lekarskim, nie zgadza się na wypełnianie poleceń w toku badania przedmiotowego. Z powodu takiego właśnie podstawowego znaczenia frazy, *PNW* jest dla medyka określeniem pejoratywnym, może rodzić animozje lub wręcz wrogość. Dla lekarki B prototypowe znaczenie frazy zdecydowanie łączyło się z pacjentem niemającym kontroli nad swoim zachowaniem (pkt (2)). W większości sytuacji zachowanie takiego pacjenta nie jest podyktowane brakiem dobrej woli, lecz raczej brakiem prawidłowej oceny sytuacji i znaczenia oczekiwań wobec niego / niej. Natomiast zachowanie pacjenta typu (1) lekarka B opisałaby innymi słowami: „odmawia”, „nie zgadza się”. Oceeniła, że z takimi przypadkami spotyka się rzadziej.

Lekarka C wymieniła obie kategorie pacjenta, podkreślając, że *PNW* nie jest skierowane do pacjenta / pacjentki, ale należy do sfery profesjonalnej i komunikuje problem wyłącznie wewnątrz – innemu specjalście, w bezpośredniej rozmowie lub za pośrednictwem dokumentacji medycznej. Lekarka D skupiła się na efekcie (pacjent nie realizuje zaleceń lekarskich) oraz na sposobach jego osiągania ([pacjent] „kombinuje”, „wie lepiej”, „kłamie”). Tym samym wydaje się, że lekarka D przypisała frazę *PNW* głównie sytuacjom, w których pacjent świadomie i z premedytacją nie stosuje się do zaleceń, najprawdopodobniej przekonany do swoich racji.

Żadna z czterech lekarek nie potrafiła powiedzieć, skąd dokładnie pochodzi jej znajomość *PNW* (z podręczników zawodowych? z wykładów na studiach?), ale sugerowały, że przyswoiły sformułowanie w toku praktyki medycznej, najpierw w czasie studiów i potem w pracy zawodowej. Wydaje się, że znaczenie pragmatyczne *PNW* w dużej mierze zależy od ich specjalistycznego doświadczenia zawodowego. Percepcja *PNW* jako odniesienia do świadomego braku woli u pacjenta lub też do jego / jej braku kontroli nad własnym zachowaniem najprawdopodobniej zależy od okoliczności klinicznych, które dominują w praktyce zawodowej danego lekarza.

PNW: EMOCJE I KONOTACJE

Z jednego z wywiadów wynikało, że „po pierwsze”, „pacjent nie współpracuje” to sformułowanie *pejoratywne*. Zasugerowano w ten sposób negatywny stosunek medyka do pacjenta jako osoby (świadomie lub nie) utrudniającej terapię oraz wykonywanie obowiązków przez lekarza. Polskie źródła medyczne rzadko pokazują metajęzykową refleksję nad sformułowaniem *pacjent nie współpracuje*, jednak *implicite* uznaje się je za

niosące „negatywną ocenę zachowania pacjenta” [Mikołajewska, Mikołajewski 2012, 89].

Eksploatacja frazeologiczna w Internecie od razu ujawnia niełatwe sytuacje i silne emocje związane z leczeniem i opieką nad *pacjentem trudnym* – bo to właśnie określenie często pojawiające się w najbliższym otoczeniu PNW. *De facto* wiele materiałów szkoleniowych i podręczników dla medyków (np. z zakresu pielęgniarstwa) wręcz zawiera oddzielne podrozdziały o nazwie *trudny pacjent* [np. Szumska 2014]; pojęcie to stanowi też przedmiot badań z zakresu etyki praktyki klinicznej [por. np. Steinmetz, Tabenkin 2001; Eichelberger, Stanisławska 2018].¹⁵ Na przykład w broszurze firmy BIostat na temat stanu ochrony zdrowia w kontekście leczenia cukrzycy w Polsce *trudny pacjent* to ten nastawiony rozszczeniowo lub lekceważąco [s. 23], kiedy mowa na przykład o negatywnej postawie pacjenta w terapii cukrzycy: „Leczenie jest utrudnione, kiedy pacjent nie współpracuje.” Pisz się jednak także o negatywnym nastawieniu lekarza do pacjenta, który stwarza trudności. W tym samym źródle cytowany jest lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, który tak – nieco emocjonalnie – opisuje postawę swojego pacjenta, wykazując dezaprobatę wobec tego, że pacjent nie bierze odpowiedzialności:

Jakby choroba była sprawą lekarza – wykryłeś, to ją lecz [s. 22].

W każdym razie zauważa się, że tzw. *pacjent trudny* działa „demotywująco na lekarza specjalistę” [s. 23]. D. Steinmetz i H. Tabenkin [2001] wręcz definiują pacjenta trudnego jako takiego, który budzi negatywne emocje lekarza.¹⁶ Również fora internetowe ujawniają zniecierpliwienie medyków pacjentem niewspółpracującym / trudnym:

Jeżeli ktoś zaprzecza ogólnosiwiatowym standardom leczenia – piszę info do POZ, że pacjent nie współpracuje w zakresie leczenia, został poinformowany o dużym lub bardzo dużym ryzyku sercowo-naczyniowym, jest świadomy konsekwencji + piszę cele terapeutyczne i mówię takiej osobie, że więcej ma się do mnie nie rejestrować. Po co się wzajemnie męczyć? Demokracja.¹⁷

¹⁵ Należy zauważyć, że w nowszej literaturze światowej *difficult patient* występuje rzadko; obecnie mówi się raczej o trudnej relacji z pacjentem (por. też ang. *difficult patient – clinician relationship*), o kontakcie z pacjentem „w warunkach trudnych emocjonalnie” [Witt, Chwieralska 2018] lub używa się eufemistycznego określenia „pacjent, który stanowi wyzwanie dla lekarza”. Nowsze opracowania coraz częściej wymieniają liczne kategorie sytuacji klinicznych, które stanowią wyzwania (relacyjne i komunikacyjne) dla lekarzy i personelu medycznego w ogóle [np. Makara-Studzińska 2017]. Zwraca się też uwagę na obciążenie profesjonalistów medycznych w trudnych sytuacjach i pracę emocjonalną, którą muszą wtedy wykonać [patrz Załuski, Makara-Studzińska 2019].

¹⁶ „[P]atients who evoke in us physicians negative emotions, such as anger, guilt, hatred and even depression” [Steinmetz, Tabenkin 2001, 495].

¹⁷ <https://www.forumezo.pl/Temat-Koronawirus-i-co-dalej?pid=223423>

Polskie sformułowanie *pacjent nie współpracuje* jest bliskie swojego angielskiego ekwiwalentu – *the patient is uncooperative*. Wymowny jest sposób, w jaki internetowy słownik polsko-angielski (*Reverso*) ilustruje przekład angielskiego *PNW* – konotacji nie można nie zauważyć:

It's hard to make a diagnosis when your patient's an uncooperative pain in the... neck.

Cieężko postawić diagnozę, kiedy pacjent nie współpracuje i jest jak wrzód na... karku.¹⁸

PERSPEKTYWA PACJENTA

Z perspektywy pacjenta *PNW* pojawia się w sytuacjach dla niego / niej bardzo trudnych: kiedy zabieg jest bolesny, kiedy poziom stresu jest bardzo wysoki, kiedy pacjent znajduje się w nowej, wcześniej nieznannej sobie sytuacji i to budzi lęk. Materiały szkoleniowe dla medyków uczulają ich na utrudniający badanie punkt widzenia pacjenta i sugerują, jak profesjonalnie sobie z tym radzić, na przykład:

W niektórych przypadkach, gdy pacjent nie współpracuje lub nie jest w stanie tolerować gastrokopu, lekarze mogą zdecydować się na znieczulenie ogólne.¹⁹

Rektoskopii nie można też wykonywać, kiedy pacjent nie współpracuje z lekarzem wykonującym badanie.²⁰

Przy obecnym, niemal nieograniczonym dostępie do Internetu z łatwością można udostępnić opis własnych „doświadczeń pacjenta”. Miejsce na to znajduje się w zasobach ogólnych i otwartych oraz na forach bardziej wyspecjalizowanych grup internetowych poświęconych poszczególnym chorobom i wszelkim innym problemom medycznym. Informacje od pacjentów zbierają szpitale i inne placówki ochrony zdrowia, wykorzystując je potem – z lepszym lub gorszym skutkiem – do tworzenia zaleceń usprawniających funkcjonowanie swoich instytucji.²¹ Znaczące, że w wielu krajach forum do dzielenia się doświadczeniami przez pacjentów udostępniają instytucje finansujące opiekę zdrowotną (np. NHS w Wielkiej Brytanii; por. Baker i in. 2019 „online patient feedback”).

W Polsce „informacja zwrotna od pacjentów” jest powszechnie dostępna w Internecie: w mediach społecznościowych, na forach grup po-

¹⁸ <https://context.reverso.net/translation/english-polish/Patient+is+uncooperative>

¹⁹ <https://wylecz.to/zabiegi-diagnostyczne/wskazania-do-gastroskopii/>

²⁰ Lek. med. Michał Posmykiewicz; https://www.doz.pl/czytelnia/a13036-Rektoskopia_przygotowanie_i_przebieg_badania_dieta

²¹ Cammel i in. 2020 podejmuje trudną kwestię przetworzenia doświadczeń pacjentów opisanych swobodnym tekstem (*free-text*).

święconych leczeniu określonych chorób, na stronach promujących zdrowie i in. [patrz Szpunar 2014; Fryc i in. 2018]. Sięgnięcie do tych zasobów może dać wgląd w znaczenie jednostek leksykalnych i w zakres jego rozszerzenia. Z analizy wypowiedzi o doświadczeniach pacjentów wynika na przykład, że pacjenci rozumieją performatywny charakter omawianej tu frazy i są świadomi, że wpisanie (przez osoby uprawnione) *PNW* do dokumentacji medycznej może mieć formalne konsekwencje dla procesu leczenia.

Wypisali mi wilczy bilet „pacjentka nie współpracuje” i elo. Kurde, żadnego tam, spróbujmy jeszcze raz, albo na spokojnie, albo proszę się zrelaksować. Trudno, narkozy nie znoszę, ale jak trzeba.²²

Dwa razy wypisali mnie ze szpitala, po czym jeszcze szybciej do niego wracałam z kolejnymi powikłaniami. A fizjoterapeuci za każdym razem, w ciągu trzech wypisów, podawali do karty informację: „Pacjentka nie współpracuje”.²³

Bez względu na normy i kategoryzacje język żyje życiem swoich użytkowników i zmienia się dynamicznie wraz z ich poruszaniem się w sferze komunikowania się. Pacjenci, jak wszyscy użytkownicy języka, są uczestnikami zdarzeń mownych (ang. *speech events*), nawet jeśli – jak w omawianym przypadku – nie są bezpośrednimi adresatami niektórych treści.

Jednym z integralnych procesów w komunikacji jest negocjowanie znaczeń. Proces ten odbywa się nie tylko w bezpośredniej interakcji medyk – pacjent (rzadko), ale głównie pośrednio, na przykład wtedy, kiedy media poświęcone ochronie zdrowia i popularyzacji wiedzy medycznej sygnalizują (obu stronom) źródła nieporozumienia. Głównym celem części z nich jest edukacja pacjenta; dlatego instytucje ochrony zdrowia (np. przychodnie, szpitale) publikują informacje o procedurach medycznych, o przygotowaniu do zabiegu itd. Tam właśnie jest miejsce dla starań, aby nie narazić pacjenta i/lub lekarza na kryzys o nazwie *PNW*. Wiele materiałów szkoleniowych przeznaczonych dla medyków nawiązuje do perspektywy pacjenta i pomaga uniknąć wspomnianego kryzysu.

Czasem pacjent nie współpracuje, bo czuje się ekspertem. Bywa tak po rozmowie ze znajomymi lekarzami których zdanie bardzo dużo dla chorego znaczy lub po ściągnięciu informacji z Internetu lub w następstwie porównania wielu opinii różnych lekarzy, a te opinie nie są ze sobą zgodne.²⁴

Diagnoza i ocena funkcjonowania wzrokowego musi odbywać się przy czynnym udziale dziecka. Specjalista nigdy nie powinien przeprowadzać żadnych prób wbrew jego woli.

²² <https://www.facebook.com/100553415186490/posts/214133663828464/>

²³ <https://malgorzataannaborowska.wordpress.com/2014/12/15/zarys-choroby-wilsona/>

²⁴ <http://www.ptpo.org.pl/index/images/stories/psycho-onkologiczny-telefon-zaufania.pdf>

Jeśli pacjent nie współpracuje trzeba poświęcić na badanie więcej czasu, być może potrzebne będą dodatkowe spotkania. Tu cierpliwość jest kluczem do sukcesu.²⁵

Podobnie w materiałach w języku angielskim, jak pokazują przykłady poniżej, medycy nie są pozostawieni bez wsparcia.

If your patient is uncooperative or frustrated, you know the best thing you can do is stay calm. Don't allow your patient to see your frustration.²⁶

When a patient is uncooperative, it's easy to feel frustrated. But rather than letting your temper get the better of you, step back and examine life from your patient's perspective.²⁷

O ile jednak profesjonaliści medyczni otrzymują wsparcie interprofesjonalne, o tyle pacjenci nagminnie korzystają z mniej fachowego wsparcia innych pacjentów. A ci z kolei w miarę możliwości pomagają innym poruszać się po meandrach systemów ochrony zdrowia i zawłości specjalistycznego języka – z różnym skutkiem dla procesu terapeutycznego.

PODSUMOWANIE

Omawiana w niniejszym tekście fraza (PNW) została między innymi umieszczona w publikacji internetowej pt. *Czego lekarz Ci nie powie*,²⁸ w tabeli pod nazwą *Tajemnicza mowa lekarzy*, gdzie zestawiono to, „co lekarz mówi” z tym, „co myśli”. W prezentowanych tam przykładach znajdziemy określenia, które są – zdaniem autora – dla pacjenta (i w ogóle dla kogoś, kto nie jest specjalistą medycznym) nieprzejrzyste. Zakamuflowanie pewnych treści niekoniecznie musi polegać na użyciu elementów języka specjalistycznego (np. „C2 abusus”, tj. pacjent z chorobą alkoholową). Jednak pewne treści mogą być nieoczywiste lub intencje całkiem niewidoczne także w wypadku stosowania słownictwa z języka ogólnego (np. „nietypowy obraz RTG”). Tu można mówić o języku ogólnym skonwencjonalizowanym w szczególnym kontekście (np. ochrony zdrowia). W niniejszym artykule znalazł się zatem prosty „przekład” z języka specjalistycznego na ogólny:

Pacjent nie współpracuje = Pacjent nie słucha zaleceń.

²⁵ <https://oculino.com/abc-rehabilitacji-wzroku-dziecka-cz-2-diagnoza-ocena-funkcjonowania-wzrokowego/>

²⁶ Nursing Tips for Treating Stubborn Patients, <https://www.csmedicalpro.com/2020/12/07/nursing-tips-for-treating-stubborn-patients/>

²⁷ 5 Tips for Winning Over a Difficult Patient, <https://www.anodyne-services.com/2020/10/07/5-tips-for-winning-over-a-difficult-patient/>

²⁸ *Czego lekarz Ci nie powie*, dr med. Rainer Limpinsel (16 września 2018), <https://zdrowiewpraktyce.pl/choroby-cywilizacyjne/czego-lekarz-ci-nie-powie-183.html>

Jednak, jak wynika z powyższej analizy, jest to przekład uproszczony, pomijający specyfikę interpretowania znaczeń przez nadawcę i odbiorcę komunikatu. Znaczenie *PNW* jest określone wielością kontekstów – medycznych, relacyjnych i psychologicznych. Do tego zależności te zachodzą jednocześnie, czasem poza kontrolą, a nawet świadomością uczestników interakcji. Porozumienie jest kształtowane w procesie negocjowania znaczeń, przez przyjmowanie perspektywy innego (empatia) w celu odczytywania jego / jej interpretacji komunikatów oraz intencji. Zatem z punktu widzenia pragmatyki w odbiorze pacjenta implikacje znaczenia *PNW* mogą dotyczyć braku dobrej woli („jeżeli mówi się, że pacjent nie współpracuje, to znaczy, że współpracować nie chce”) i jest często odczytywane jako oskarżenie. Natomiast w odbiorze profesjonalnym *PNW* nie musi być oskarżeniem, ale jest i tak często powiązane w negatywnymi emocjami lekarza, które albo są rzeczywiste, albo przypisywane. Zrozumienie tych różnic (i podobieństw) jest podstawą porozumienia pomiędzy pacjentami i medykami oraz ich przymierza w dążeniu do wspólnego celu, którym jest dobry skutek terapeutyczny.

W literaturze poświęconej komunikacji medycznej coraz więcej miejsca poświęca się relacyjności procesu terapeutycznego, a więc i wzajemnego rozumienia komunikatów werbalnych i niewerbalnych, których celem jest osiągnięcie celów terapeutycznych. Eksperci – praktycy zarówno medycyny, jak i komunikacji językowej – podkreślają konieczność wspólnego działania, w tym współpracy w negocjowaniu znaczeń.

W dalszych badaniach, w systematycznej analizie większej ilości danych, należałoby sprawdzić, czy w rozumieniu znaczenia *PNW* przez nie-specjalistów (tj. poza sferą medyczną) rzeczywiście dominuje komponent braku woli współpracy, świadomej odmowy dostosowania się do oczekiwań. Dociekania takie mogłyby być oparte nie tylko na deklaracjach medyków i pacjentów; znaczący byłby też wgląd w przykłady zapożyczenia frazy *PNW* do języka ogólnego, a w każdym razie wyniesienia jej poza kontekst medyczny. Ilustruje to sytuacja, w której *PNW* jest użyte przez księdza, co pokazuje, jak omawiana fraza może z powodzeniem funkcjonować w innym obszarze komunikacji:

Spowiedź to nie terapia, gdzie po kilku sesjach, kiedy pacjent nie współpracuje, można mu podziękować.²⁹

Przykład ten ilustruje zjawisko interdyskursywności i jest też argumentem na to, że odwoływanie się do określonych kategorii językowych, takich jak *język specjalistyczny* czy *język ogólny*, jest konwencją analityczną. Tymczasem frazeologizmy są częścią doświadczenia porozumiewania się użytkowników języka w różnych obszarach życia i wraz z nimi przemieszczają się zależnie od potrzeb komunikacyjnych. W isto-

²⁹ Blog *Bóg jest dobry*, <https://grzegorzkramer.pl/spowied/>

cie granice między kategoriami (np. językami, dialektami, odmianami zawodowymi) są umowne, a ich krzyżowanie się powinno być ważnym przedmiotem badań nad funkcjonowaniem języka w kontekście społecznym.

Bibliografia

- Ł. Andrzejewski, 2017, *Pacjenci są różni, czyli pochwała i wyzwanie różnicy* [w:] A. Ostrowska (red.), *Jak rozmawiać z pacjentem? Anatomia komunikacji w praktyce lekarskiej*, Warszawa, s. 55–81.
- A. Bączkowska, 2019, *Dyskurs medyczny a przekład naukowych tekstów medycznych*, „Konińskie Studia Językowe” 3, s. 299–315.
- A. Doroszevska, 2017, *Ogólne zasady komunikowania się lekarza i pacjenta. Etyka komunikacji* [w:] A. Ostrowska (red.), *Jak rozmawiać z pacjentem? Anatomia komunikacji w praktyce lekarskiej*, Warszawa, s. 15–39.
- P. Baker, G. Brookes, C. Evans, 2019, *The Language of Patient Feedback. A Corpus Linguistic Study of Online Health Communication*, London.
- S.A. Cammel, M.S. De Vos, D. van Soest i in., 2020, *How to automatically turn patient experience free-text responses into actionable insights: a natural language programming (NLP) approach*, „BMC Medical Informatics and Decision Making” 20, 97; <https://doi.org/10.1186/s12911-020-1104-5>
- M.T. Cabré, 1998, *La terminologie. Théorie, méthode et applications*, Ottawa.
- W. Eichelberger, I.A. Stanisławska, 2018, *Być lekarzem, być pacjentem. Rozmowy o psychologii relacji*, Warszawa.
- A. Fryc, M. Krassowska, D. Szymik, M. Hamoud, K. Patela, 2018, *Rola Internetu w relacji lekarz–pacjent zbadana w wybranych grupach wiekowych*, „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne” 8(4), s. 285–296.
- S.K. Hull, K. Broquet, 2007, *How to manage difficult patient encounters*, „Family Practice Management” 14(6), s. 30–34.
- B. Jarosz, 2018, *O (nie)tożsamości pojęć JEZYK SPECJALISTYCZNY, JEZYK SPECJALNY, JEZYK FACHOWY, JEZYK PROFESJONALNY, JEZYK ZAWODOWY, PROFESJOLEKT, TECHNOLEKT*, „Polonica” XXXVIII; <http://dx.doi.org/10.17651/POLON.38.12>
- K.M. Jaszczolt, 2016, *Meaning in Linguistic Interaction: Semantics, Metasemantics, Philosophy of Language*, Oxford.
- K. Korning Zethsen, 2007, *Beyond translation proper – extending the field of translation studies*, TTR : traduction, terminologie, rédaction 20(1), s. 281–308.
- K. Korning Zethsen, 2009, *Intralingual translation: An attempt at description*, „Meta: Translators’ Journal” 54(4), s. 795–812.
- K. Korning Zethsen, A. Hill-Madsen, 2016, *Intralingual translation and its place within Translation Studies – a theoretical discussion*, „Meta: Translators’ Journal” 61(3), s. 692–708.
- B. Ligara, 2011, *Relacje między językiem ogólnym a językiem specjalistycznym w perspektywie językoznawstwa polonistycznego, stosowanego i glottodydaktyki*, „LingVaria” 6, 2(12), s. 163–181.
- M. Makara-Studzińska (red.), 2017, *Komunikacja w opiece medycznej*, Warszawa.

- E. Mikołajewska, D. Mikołajewski, 2012, *Komunikacja dla osób niepełnosprawnych w środowiskach nowych mediów*, „Lingua ac Communitas” 22, s. 89–112.
- T. Piekot, J. Miodek, M. Zaśko-Zielińska (red.), 2002, *O trudnym łatwo*, Wrocław.
- D. Sperber, D. Wilson, 2015, *Beyond speaker’s meaning*, „Croatian Journal of Philosophy” 15 (44), s. 117–149.
- D. Steinmetz, H. Tabenkin, 2001, *The ‘difficult patient’ as perceived by family physicians*, „Family Practice” 18, s. 495–500.
- M. Szpunar, 2014, *Doktor Google. Internet jako źródło informacji o zdrowiu* [w:] T. Goban-Klas (red.), *Komunikowanie w ochronie zdrowia – interpersonalne, organizacyjne i medialne*, Warszawa.
- M. Szumska, 2014, *Trudny Pacjent w Medycynie*, wyd. 2, Tarnowo Podgórne.
- B. Tobiasz-Adamczyk, 2002, *Relacje lekarz–pacjent w perspektywie socjologii medycyny*, Kraków.
- M.C. Wermuth, 2017, *A cognitive linguistics approach to the discourse of drug information for experts and patients* [w:] M. Grygiel (red.), *Cognitive Approaches to Specialist Languages*, Cambridge.
- B. Whyatt, 2017, *Intralingual Translation* [w:] J.W. Schwieter, A. Ferreira (red.), *The Handbook of Translation and Cognition*, Oxford, s. 176–192.
- B. Whyatt, M. Naranowicz, 2019, *A robust design of the translator’s skill set: evidence for transfer of metacognitive skills to intralingual paraphrasing*, „The Interpreter and Translator Trainer” 14 (1), s. 1–18.
- M. Witt, B. Chwieralska, 2018, *Kontakt z pacjentem w warunkach trudnych emocjonalnie* [w:] Nowina Konopka, W. Feleszko, Ł. Małecki (red.), *Komunikacja medyczna dla studentów i lekarzy*, Kraków, s. 149–161.
- M. Załuski, M. Makara-Studzińska, 2018, *Emotional labour in medical professions: Review of the literature from the period 2010–2017*, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna”, s. 194–199.

**“The patient is not cooperating”
– sociopragmatics of (mis)understanding in health care**

Summary

Communication between patients and medical professionals is characterised by frequent misunderstandings due to medical, psychological, and relational considerations arising to a large extent from unfamiliarity with specialised medical language. Such processes can be exemplified by the phrase *pacjent nie współpracuje* (lit. *the patient is not cooperating*), which has a specific meaning in medical language and can be interpreted by patients as evaluating them negatively. Understanding in this communication must be reached through negotiation of the meaning of specialist words, expressions, and phrases.

Keywords: medical language – sociopragmatics – communication in healthcare – negotiation of meanings.

Trans. Monika Czarnecka

PACJENCI Z... / U PACJENTÓW Z... / W PRZEBIEGU COVID-19...: DYSKURSYWNA ANALIZA POLSKICH FACHOWYCH PUBLIKACJI MEDYCZNYCH DOTYCZĄCYCH KORONAWIRUSA*

1. WSTĘP

Nieustępująca już od ponad roku pandemia COVID-19 przyczyniła się do znaczących zmian społecznych, m.in. w komunikacji, kiedy stosując się do obostrzeń, jak również pod wpływem niewątpliwego strachu, zwróciliśmy się w stronę interakcji zapośredniczonych komputerowo jako jedynie możliwej, tj. bezpiecznej, formy porozumiewania się. Częściowo jest to komunikacja w kontekście zawodowym czy edukacyjnym, która została przeniesiona do świata wirtualnego; częściowo to komunikacja codzienna między znajomymi, przyjaciółmi, która, choć w świecie wirtualnym odbywała się już od jakiegoś czasu, została jeszcze bardziej zintensyfikowana. Co ciekawe, o ile w ogóle na początku mogła być przedmiotem głównie krytyki, o tyle teraz zdecydowanie stała się obiektem dyskusji dotyczących jej charakteru względem komunikacji twarzą w twarz. W kontekście świata nauki, jak stwierdzają M.H. Nguyen i współautorzy [2020], w ostatnim czasie odnotowano bezprecedensowe zwiększenie pobrań aplikacji ułatwiających wirtualne uczestnictwo w konferencjach. Zmianom też uległa aktywność publikacyjna naukowców, wzrosła liczba i znaczenie m.in. tzw. *preprints* [Baker 2021]. W tym samym czasie temat pandemii znalazł odzwierciedlenie w wielu kontekstach ludzkiej aktywności, przede wszystkim tych związanych z naszym zdrowiem. Rozmawiamy o koronawirusie w mediach społecznościowych, motyw pandemii pojawia się również w popularnych serialach medycznych (np. *Chirurdzy*) czy reklamach (osoby w maseczce w reklamie concernu Google). Siłą rzeczy tematyka koronawirusa pojawiła się w fachowych publikacjach medycznych, w których autorzy będący „na froncie walki” opisują nowe aspekty tej choroby czy też jej rozpoznawania / leczenia. W niniejszym artykule podjęta została próba zbadania charakteru dyskursu specjalistycznego dotyczącego COVID-19 na podstawie polskojęzycznych fachowych publikacji medycznych. Szczególną uwagę poświęca się tekstowemu przedstawieniu wirusa, jak również pacjenta. Niniejsza analiza jest jakościową analizą dyskursu wspartą zastosowaniem narzędzia

* This research was financed from funds from the project 'Research on COVID-19' by the Adam Mickiewicz University in Poznań (grant title: "COVID-19 treatment in the patient" vs. "Let's not ignore the infection of the corona" – Specialised medical discourse vs. computer-mediated discourse from a comparative perspective on the basis of professional medical publications and Internet fora in Polish as an example of social behaviour in the times of the COVID-19 pandemic).

SketchEngine® do badania wzorców występujących w języku. Dyskurs pojawiający się w analizowanych publikacjach, choć dotyczący nowego zjawiska, nosi cechy współczesnego dyskursu medycznego, wyraźnie abstrahującego od pacjenta jako beneficjenta leczenia. Sposób obrazowania wirusa i jego funkcjonowania, poza swoistymi charakterystycznymi cechami aktywności znajdującymi odzwierciedlenie w dyskursie, nosi również cechy typowe dla obrazowania choroby we współczesnych specjalistycznych tekstach medycznych.

2. PANDEMIA COVID-19

Pierwsze przypadki zakażenia koronawirusem odnotowano w chińskim mieście Wuhan w grudniu 2019 r., jednak wtedy nie znano jeszcze charakteru tego wirusa. Zidentyfikowano go dopiero później jako podobnego do wirusa SARS, należącego do rodziny koronawirusów [Krzystyniak 2020, 19]. Ze względu na globalny charakter współczesnego podróżowania i handlu żywnością wirus rozprzestrzenił się na świecie w ekstremalnym tempie [Krzystyniak 2020, 21]. W Polsce pierwszy przypadek zdiagnozowano u mężczyzny powracającego z Niemiec w marcu 2020 r., a do dziś zmarło w wyniku zakażenia ponad 75 000 osób [*Raport zakażeń koronawirusem (SARS-CoV-2)*]. Wirus charakteryzuje się niezwykle wysokim stopniem zakaźności [Krzystyniak 2020, 20] oraz różnym dla różnych osób przebiegiem. O ile typowymi objawiamy zakażenia koronawirusem są: gorączka, kaszel, duszności, bóle mięśni i zmęczenie [2020, 21], o tyle jednak ich sama obecność oraz nasilenie mogą różnić się u konkretnych osób. Różnice obserwujemy również w wypadku mutacji wirusa. Chorobę można też przejść bezobjawowo.

3. PRZEGLĄD LITERATURY

Zakładając, iż dyskurs to swoiste odzwierciedlenie rzeczywistości, która z kolei również wpływa na jego kształt, można przypuszczać, iż dyskursy dotyczące koronawirusa obecne w przestrzeni publicznej i prywatnej odzwierciedlają praktyki społeczne, w tym komunikacyjne, dotyczące tej pandemicznej rzeczywistości na poziomie naszych myśli, wypowiedzi i czynów. Jak zauważa Jerzy Bralczyk, jeżeli w życiu społecznym pojawia się zjawisko, które „wyraźnie się zaznacza i odciska piętno”, dotyka to również języka. Zauważa on pojawienie się nowych kombinacji wyrazowych z członem *korona*, np. *koronaferie*, jak również zwiększenie popularności pewnych słów dawniej rzadziej używanych, takich jak np. *izolacja*, *pandemia* czy *tarcza* [wywiad z J. Bralczykiem 2020]. A. Cierpich-Kozieł, która przeanalizowała obszerny korpus języka mówionego oraz pisanego (na podstawie różnych mediów), podaje

przykłady m.in. *szpital jednoimienny czy koronaściana* [Cierpich-Kozieł 2020]. M. Makowska [2021] z kolei analizę językową tzw. koronajęzyka na podstawie materiałów medialnych wzbogaca o warstwę obrazową mediów analogowych i cyfrowych.

Na gruncie badań języka angielskiego warto wymienić inicjatywę #ReframeCovid zespołu badaczy, m.in. z University of Lancaster, której głównym przesłaniem jest promowanie alternatywnych sposobów mówienia o wirusie, innych niż tylko w kategoriach wojennych. Owa dominująca metafora w medycynie [Hodgkin 1985] może mieć wg badaczy zarówno cechy uświadamiające zagrożenie i mobilizujące do działania, jak również destrukcyjne. W ramach #ReframeCovid na bieżąco badane są powstające komunikaty / wiadomości / teksty nt. koronawirusa z pomocą samych użytkowników języka. Mogą oni samodzielnie zgłaszać przykłady użycia metafor w kontekście dyskursu dotyczącego COVID-19 za pomocą specjalnego formularza dostępnego online. E. Semino [2021] szczegółowo wyjaśnia również, dlaczego metafora ognia i strażaków jest bardziej adekwatna niż metafora wojny i żołnierzy. To, jak bardzo powszechna jest metafora militarystyczna w dyskursie publicznym pokazują badania, np. T.A. Chaiuk i O.V. Dunaievskiej [2020] na podstawie tekstów z prasy brytyjskiej, K. Rajandaran [2020] w przemówieniach polityków oraz P. Wicke i M.M. Bolognesi [2020] na podstawie konwersacji na Twitterze. Komunikacja w Internecie była również badana za pomocą tzw. analizy sentymentu, która pozwala ustalić emocje wyrażane w komunikatach na podstawie użytych wyrazów [Lwin i in. 2020]; w wypadku tematu koronawirusa badacze zidentyfikowali szerokie spektrum owych emocji, tj. od strachu do gniewu, poprzez smutek i radość (patrz również badanie sentymentu w rosyjskim dyskursie specjalistycznym [Ovchinnikova i in. 2020]).

Należy wspomnieć również analizy językoznawcze w kontekście innych, wcześniejszych pandemii – P. Wallis i B. Nerlich [2005] oraz P. Catenaccio [2006] o pandemii SARS w roku 2003; C.L. Briggs [2011] o wirusie zachodniego Nilu; B. Olowokure i in. [2012] o wirusie A(H1N1) pdm09; S. Larrieu i in. [2014] na temat dengi; I. Chun-Hai Fung i in. [2014], E.K. Seltzer [2015] i M. Hodalskiej [2016] na temat *Eboli* oraz M. Hodalska [2014] i A. Loiacono [2015] ogólnie na temat komunikacji w pandemii. P. Baseotto [2015] z kolei przedstawia dyskurs medyczny wczesnoangielskiego piśmiennictwa dotyczącego plag.

Znaczenie języka w czasach pandemii zostało również podkreślone w tekście autorstwa lekarzy [Brandt, Botelho 2020]. Ponadto K. Molek-Kozakowska [2020] przedstawia raport z kilku przedsięwzięć *online*, których celem była dyskusja nad metodologią badań dyskursu dotyczącego COVID-19. Jednak zgodnie z wiedzą autorki badania polskojęzycznego fachowego dyskursu medycznego, dotyczącego koronawirusa, skierowanego do specjalistów nie zostały jeszcze przeprowadzone (patrz wyżej wspomniane badanie sentymentu w rosyjskim specjalistycznym dyskursie medycznym).

4. TŁO TEORETYCZNO-METODOLOGICZNE

4.1. Specjalistyczny dyskurs medyczny

Materiał badawczy użyty w niniejszym badaniu to publikacje naukowe należące do różnych gatunków specjalistycznego dyskursu medycznego. Podążając za M. Gottim [2008], aby nazwać daną instancję komunikacji dyskursem specjalistycznym, musi spełnić ona trzy kryteria, a mianowicie musi to być specjalistyczna odmiana języka, użyta przez specjalistów, jak również w kontekście specjalistycznym. Innymi słowy, mówimy tu o specyficznym użyciu języka przez konkretne osoby w konkretnych okolicznościach [Gotti 2008, 15–16]. Dodatkowo, w tym kontekście H.G. Widdowson [1979] rozróżnia trzy scenariusze, w których pojawia się dyskurs specjalistyczny, jednak w różnych konfiguracjach uczestników i z różnym skutkiem komunikacyjnym. Mówimy tu przede wszystkim o komunikacji jedynie wśród naukowców [ang. *scientific exposition*] oraz o takiej, w której komunikują się naukowcy i nienaukowcy, jednak albo język naukowy jest intencjonalnie upraszczany (ang. *scientific journalism*), albo nie (ang. *scientific instruction*). W wypadku analizowanych artykułów można mówić o tzw. *scientific exposition*, gdyż teksty te pisane są przez i dla innych specjalistów, którzy zakładając pewien poziom wiedzy u swoich odbiorców, nie tłumaczą ani nie upraszczają części przekazywanych informacji.

Należy również zauważyć, iż o ile analizowane w niniejszej pracy artykuły specjalistyczne zostały pobrane z portalu internetowego, o tyle nie noszą one znamion komunikacji zapożyczonych komputerowo, gdyż mogą być / są wersjami elektronicznymi publikowanych artykułów.

4.2. Metodologia

Obrane podejście metodologiczne w niniejszym badaniu to jakościowa analiza dyskursu z niewielkim uzupełnieniem perspektywy ilościowej. Podejście jakościowe jest swego rodzaju celebrowaniem bogactwa, głębi, niuansów, kontekstu, wieloaspektowości oraz złożoności [Mason 2002, 2] konkretnych danych, która, co prawda, nie pozwala na analizę ich większej liczby, jednak umożliwia przyjrzenie im się w sposób uważny i szczegółowy. Najpierw wszystkie artykuły zostały kilkakrotnie przeczytane pod kątem treści i użytych w nich środków językowych, ze szczególnym uwzględnieniem takich aspektów dyskursu jak elementy narracyjne, bezosobowy charakter wyводу [Gotti 2008; Geertz 1988] oraz użycie metafor, jako cech występujących w dyskursie specjalistycznym [Gotti 2008], również medycznym [Hunter 1991; Gwyn 2001]. Analiza jakościowa została następnie wzbogacona o elementy ilościowe, tj. identyfikację słów kluczowych oraz fraz z ich zastosowaniem, które mogą

wskazywać na swoiste trendy tematyczne w badanych tekstach. Czynności te zostały wykonane za pomocą narzędzia SketchEngine®. W ten sposób połączenie podejścia jakościowego i ilościowego powinno być postrzegane w kategoriach komplementarności [Dörnyei 2007, 45]. Zakłada się, iż analizowane wzorce językowe występujące w konkretnych publikacjach są reprezentacją pewnej rzeczywistości [Karlberg 2004, 14], tym samym mogą też wpływać na nasze postrzeganie tej rzeczywistości, co jest z kolei pochodną swoistej relacji dialogu pomiędzy nią a dyskursem [Bazerman 1998; Gee 1999].

5. ANALIZA

5.1. Dane i metody

Korpus poddany analizie w niniejszym badaniu składa się z 37 artykułów (106 790 słów) należących do różnych gatunków, tj. artykuł oryginalny, artykuł przeglądowy (również przegląd literatury czy praca pogładowa), opis przypadku, wytyczne kliniczne czy list do redakcji. Teksty te zostały zaczerpnięte z polskich fachowych czasopism medycznych odwołujących się do różnych dziedzin medycyny, m.in. kardiologii, ginekologii, dermatologii, diabetologii czy onkologii. Artykuły zostały opublikowane między 2020 a 2021 rokiem, z wyjątkiem jednego artykułu, który pochodzi z roku 2008, który jednak również odwołuje się do tematyki dotyczącej koronawirusów. Obecność artykułu z 2008 roku wynika ze sposobu wyszukiwania materiału do analizy, tj. poprzez wpisanie w okno wyszukiwarki tekstów na stronie wyrażen: *koronawirus*, *COVID* oraz *SARSCov*. Najkrótszy artykuł liczył 1 stronę, a najdłuższy 24 strony.

Wszystkie artykuły zostały pobrane z portalu ViaMedica.pl, który od 25 lat udostępnia na swoich stronach teksty czasopism z zakresu różnych dziedzin medycyny. Obecnie jest to 40 tytułów. Publikacje są w dostępie płatnym.

Analiza jakościowa polegała na kilkukrotnej uważnej lekturze tekstów pod kątem elementów dyskursywnych, takich jak charakter wywodu czy zastosowane środki językowe. Do identyfikacji słów kluczy oraz niektórych fraz je zawierających posłużyło narzędzie SketchEngine®.

5.2. Analiza i wyniki

W niniejszym podrozdziale zostaną przedstawione wyniki analizy specjalistycznego dyskursu medycznego na podstawie polskich publikacji naukowych dotyczących koronawirusa. Najpierw zostaną omówione wybrane aspekty dyskursywne, takie jak elementy narracyjne, a następnie charakter wywodu naukowego oraz zastosowane metafory.

5.2.1. Słowa kluczowe

Słowa kluczowe w 37 artykułach poddanych analizie, zidentyfikowane za pomocą narzędzia SketchEngine®, to: 1. COVID-19 (1177 wystąpień); 2. SARS-CoV-2 (518 wystąpień); 14. *pandemia* (189 wystąpień), co wyraźnie podkreśla tematykę podejmowaną w badanych artykułach.

5.2.2. Specjalistyczne opowieści¹

Pomimo iż rola narracji / opowieści w medycynie to temat, który nie przestaje dostarczać inspiracji badaczom [Hunter 1991; Chojnacka-Kuraś 2019], jak również teoretykom i praktykom ochrony zdrowia [Charon 2006; Zurzycka i Radzik 2015], jej charakter w kontekście specjalistycznym nie został jeszcze do końca zgłębiony [Murawska 2012; Zabielska, Żelazowska 2016]. Według B. Nicholas i G. Gillett [1997, 296],

[o]powieść jest integralna w stosunku do wielu aspektów medycznego życia. Narracja leży u podstaw opieki medycznej w kontekście opowieści, z którymi przychodzi pacjentowi do lekarzy i opowieści, które tworzą lekarze w odniesieniu do tych pacjentów.

W odniesieniu do pierwszej grupy

praktyka medyczna jest niejako przeżywana w formie opowieści. „Czułem/am się dobrze dopóki...”, „Wszystko zaczęło się, kiedy...” są częstymi sposobami rozpoczęcia spotkania z lekarzem [Hatem, Reader 2004, 1].

Druga grupa opowieści to element badanych danych.

- a) Zaprezentowano opis przypadku 27-letniego pacjenta z powikłaniami sercowo-naczyniowymi po przebytych zakażeniu SARS-CoV-2 (severe acute respiratory syndrome-related coronavirus). Pierwsze objawy obejmowały bóle mięśni i sennaść, silny ból gardła, powiększenie podżuchwowych i szyjnych węzłów chłonnych, a następnie duszność i ból w klatce piersiowej z temperaturą ciała 37,5°C [FC].

W przykładzie (a) przedstawiono specjalistyczną narrację, którą można znaleźć w kontekście fachowym, w tym wypadku w opisie przypadku, jednego z badanych publikacji medycznych. Na fali tzw. zwrotu ku narracji (ang. *narrative turn*), który miał miejsce w humanistyce i na-

¹ Bezpośrednią inspiracją do zidentyfikowania tzw. *case narratives* była prezentacja Sylwii Jaworskiej podczas International E-Symposium on Communication in Health Care „Advancing Frontiers of Health Communication Research, Education and Practice during the Pandemic”, która odbyła się na początku 2021 roku w Hongkongu [pobrane z https://www.hku.hk/press/c_news_detail_22417.html]. Badaczka zidentyfikowała dyskursywne strategie stosowane w podcastach niemieckiego wirusologa Christiana Drostena, który przybliżył lub objaśnia kwestie związane z koronawirusem.

ukach społecznych w latach 70. XX w., nie tylko doceniono element narracyjny w ludzkim życiu. Podkreślono również, iż nie jest on jedynie domeną bardziej wysublimowanych form komunikacji [Georgakopoulos 2010, 397], lecz raczej aspektem naszego codziennego rozumowania [Lakoff, Johnston 1980]. Jak już wcześniej zauważono, opowieści pojawiają się nawet w specjalistycznych tekstach medycznych [Murawska 2012], ponieważ jest to nie tylko domena wybranych gatunków, lecz także wiedzy medycznej [Hunter 1989, 209]. Bez wątplenia opowieści te w kontekście specjalistycznym różnią się treścią i formą od tych codziennych, jednak noszą one znamiona narracji [Nissen, Wynn 2014; Lysanets i in. 2017; por. Kasim i in. 2009].

Przykład (a) to krótka opowieść o przypadku pacjenta wpleciona w obszerniejszy wywód naukowy. Z perspektywy kanonicznego, strukturalnego podejścia do narracji zaproponowanego przez W. Labova i J. Waletzkiego [1967], którzy precyzują, co można zakwalifikować jako narrację, mamy tu do czynienia z pełnoprawną opowieścią o przypadku od jej samego początku, tj. zgłoszenia się z problemem, poprzez diagnozę i leczenie (tu podane w skrótovej wersji), które analogicznie odpowiadają wprowadzeniu, komplikacji akcji i ocenie [Labov, Waletzky 1967, 369; Zabielska, Żelazowska 2016, 126].

Ponadto, podobnie jak w wypadku konkretnych dyscyplin klinicznych, które używają tzw. *skryptów choroby* [Feltovich, Barrows 1984], spełniających funkcję rozpoznawalnych wzorców rozwoju choroby oraz sposobów postępowania w poszczególnych przypadkach,

każdy klinicysta przypomina Sherlocka Holmesa, bezbłędnie przywołującego wiedzę ze składnicy doświadczenia, skatalogowanej jako opisy przypadków [Doyle 1901, 753].

Można zatem stwierdzić, iż tak konkretna, precyzyjna domena wiedzy opierająca się na obserwacji i doświadczeniu, którą jest medycyna, również korzysta z wzorców narracyjnych w komunikacji [Hunter 1989].

5.2.3. Bezosobowość

b) Ponadto stwierdzono u położnicy ostre uszkodzenie nerek [GP2]

Bezosobowy charakter wywodu w specjalistycznej literaturze medycznej jest bez wątpienia znany badaczom dyskursu medycznego [Zabielska 2019]. Na ów efekt składa się nie tylko fakt, iż abstrahuje on tekstowo od pacjenta [Rylance 2006, 270], lecz również sam(i) autor(zy) nie są widoczni na poziomie tekstu, w którym „diagnozy są stawiane i leczenie wykonywane”. Tego typu sformułowania, tzw. mówcy abstrakcyjni (ang. *abstract rhetors* [Hyland 1998, 172]), zdecydowanie podkreślają opisywane procedury, a nie ich podmioty czy wykonawców. Fragment (b), co

prawda, zawiera tekstowy odnośnik do pacjenta („położnica”), jednak pacjent jest tu przedstawiony jako lokalizacja procedury medycznej (patrz metafora *pojemnika* poniżej), zmieniając tym samym akcent komunikacyjny, a autor tekstu / stawiający diagnozę jest nieobecny [Geertz 1988].

5.2.4. Metafory

Według A. Bleakley, pomimo iż medycyna, praktyka kliniczna czy edukacja medyczna na pozór odrzucają metafory na rzecz obiektywnego dosłownego języka naukowego, język medycyny jest niejako „przesiąknięty” metaforami [Bleakley 2017]. Dyskurs medyczny nie jest tu też wyjątkiem, gdyż, jak pokazuje M. Gotti [2008], metafory to domena dyskursu specjalistycznego, kontekstu niezbyt typowego dla tych figur retorycznych, uważanych do niedawna jedynie za element dekoracyjny, „odpowiedni dla poetów i malarzy” [Bleakley 2017, 32]. Źródła w niniejszym badaniu, tj. fachowe publikacje medyczne, potwierdzają ten stan rzeczy. Z jednej strony mamy tu do czynienia z głównymi metaforami medycyny, tj. WOJNĄ czy metaforą ontologiczną. Z drugiej strony można również zaobserwować pomniejsze przykłady, bardziej charakterystyczne dla danego kontekstu danych.

- c) brak danych o bezpośredniej inwazji wirusa SARS-CoV-2 [PPN1]
- d) IL-12 znana również jako naturalny zabójca [GP1]
- e) w walce z pandemią [SITIR1]

Zastosowanie słów *inwazja* (c), *zabójca* (d) oraz *walka* (e) wyraźnie nawiązuje do pola semantycznego, w którym choroba jest najeżdźcą, z którym należy walczyć [Hodking 1985]. Jak pokazują badania, z jednej strony semantyczny potencjał tego nawiązania, tj. charakter działań militarnych, oddaje powagę sytuacji [Reisfield, Wilson 2004], kiedy dopada nas choroba i może działać mobilizująco. Z drugiej jednak strony, jak zauważa S. Sontag [1991], takie obrazowanie choroby jest pełne przemocy, przyzwala na użycie radykalnych środków i jest zero-jedynkowe w kategoriach wygranej i przegranej. Innymi słowy, osiągnięty skutek komunikacyjny może wydawać się wyłącznie negatywny, podkreślając niepożądane aspekty choroby oraz kreując jej obraz jako coś strasznego i alienującego [Sontag 1991; Reisfield, Wilson 2004; Domaradzki 2015]. Takie postrzeganie metafory WOJNY przez językoznawców leży u podstaw wspomnianej wcześniej inicjatywy #ReframeCovid, w ramach której zbierane są i tym samym promowane inne niż militarne dyskursy dotyczące koronawirusa [Semino 2021, 53–54].

Można również zaobserwować liczne przykłady odnoszenia się do choroby jak do rzeczy, co jest przykładem tzw. metafory ontologicznej. Takie ujęcie zakłada, iż coś, co jest bliższe naszej codziennej egzystencji, będzie lepiej zrozumiałe. Podążając tym tropem: choroba, której nie

widzimy (chyba że jej manifestacje skórne), a raczej ją czujemy, może okazać się bardziej przystępna, jeśli będziemy mówić o niej w kategorii rzeczy, przedmiotu. Ta tzw. reifikacja oznacza również, iż jeśli chorobę się „ma”, to łatwo można się jej pozbyć. Ponadto akcent komunikacyjny wydaje się tu przesuwac z kontekstu choroby pacjenta na samą jednostkę chorobową [Fuks 2010; Hillmer 2007, 30]. Jak zauważa R. Charon [2005],

uwaga jest zazwyczaj przekierowywana z cierpiącego pacjenta na chorobę, która musi być leczona, jako że wiemy wystarczająco dużo o ciele z racji redukcji go do jego części, więc nie potrzebujemy wysłuchiwać się w osobę, która w nim mieszka [2005, 262].

Po trzecie, można zauważyć liczne zastosowania metafory, dzięki której choroba postrzegana jest jako proces, tj. mowa tu o *przebiegu* (f), *rozwoju* (g) czy *przeżyciu* (h) (ostatni przykład nawiązuje również pośrednio do wyżej wspomnianej metafory militarystycznej) czy rozwoju choroby. Poniekąd powiązana jest również grupa wyrażen, które wskazują na obecność ruchu w opisie choroby, tj. *wnikać* (i), *rozprzestrzeniać się* (j), jak i procesów zachodzących w organizmie podczas jej obecności, tj. *przepływ* (k).

- f) przebieg COVID [PPN2]
- g) duża część z nich rozwija wirusowe zapalenie płuc [PPM 1]
- h) wśród osób, które przeżyły ciężki ostry zespół oddechowy [P1]
- i) wnika do komórek [CSN]
- j) SARS-CoV-2 wykorzystuje podczas rozprzestrzeniania się w organizmie szlaki wewnątrzkomórkowe [PTN1]
- k) z przepływem tlenu [SITIR1]

Kolejny typ metafory to tzw. metafora pojemnika, należąca do orientacyjnego typu metafor. Ich funkcją jest nadanie pewnej organizacji pojęciom, konceptom, obiektom czy wydarzeniom, które pozycjonuje / umiejscawia względem siebie. Metafora pojemnika to sposób obrazowania rzeczywistości, w którym mamy do czynienia z perspektywą na zewnątrz i wewnątrz. Jak wskazuje sama nazwa, pojemnik ma swoje wnętrze i to, co jest na zewnątrz, odgródzone od siebie jakąś formą zamknięcia. Powszechnym przykładem w dyskursie medycznym jest zobrazowanie pacjenta właśnie jako swego rodzaju pojemnika, w którym to choroby są identyfikowane / diagnozowane lub wykonywane są procedury [Murawska 2010]. Barięra wydaje się skóra / ciało, które lekarz przekracza, np. wykonując zabieg. We fragmentach poniżej mamy do czynienia z 2 przykładami identyfikacji / diagnozy problemu w pacjencie (m) lub leczenia (l) oraz przykład pacjenta jako naczynia, w którym dokonują się pewne procesy (n). A. Shafer [1995], odnosząc się do tego typu metafory, stwierdza, iż takie zobrazowanie pacjenta odwołuje się do teorii

humoralnej w medycynie starożytnej, w której mowa jest o roli czterech płynów, a pacjent jest niejako naczyniem dla tych płynów [1995, 1336].

- l) ewentualnego leczenia COVID-19 u pacjentów [PPN3]
- m) Tylko w jednym na 4 z opisanych przypadków... [PPN1]
- n) Po dwóch tygodniach od zakażenia, u wszystkich pacjentów obserwowano znaczny wzrost typowych antywirusowych cytokin [GP1]

6. KONKLUZJE

Celem niniejszego artykułu była analiza dyskursu dotyczącego koronawirusa oraz szeroko pojętego postępowania medycznego w wypadku osób dotkniętych zakażeniem dokonana na podstawie polskojęzycznych publikacji naukowych z fachowych czasopism medycznych. Teksty zostały poddane jakościowej analizie, zwrócono uwagę na takie elementy jak charakter wywodu oraz użyte środki językowe. Zastosowane narzędzie SketchEngine® posłużyło do identyfikacji słów kluczy oraz niektórych sformułowań. Jak pokazują wyniki, specjalistyczny dyskurs medyczny zawarty w badanych publikacjach charakteryzuje obecność elementów narracyjnych w postaci opisów przypadków zachorowań, tekstowa nieobecność nie tylko pacjenta, lecz również osoby wykonującej procedurę oraz szereg metafor, które budują dyskursywny obraz infekcji jako procesu lub rzeczy o pewnej dynamice. Sam pacjent z kolei to metaforyczne naczynie, w którym zachodzą procesy chorobowe oraz wykonywane są procedury, które jako leczenie mogą być opisywane w kategoriach militarnych. Wydaje się zatem, iż obraz medycznej koronawirusowej rzeczywistości jest przedstawiony z perspektywy racjonalnego statusu nauki, relatywnie bezosobowo i typowo dla fachowego dyskursu medycznego w ogóle. Dyskursywny obraz rzeczywistości zachorowań na poziomie języka ma dwoisty charakter – zawiera swego rodzaju anegdoty, ale w ujęciu naukowym, a choroba to zarówno rzecz, jak i proces, do tego cały czas wymagający walki. Jak sugeruje nowe znaczenie angielskiego skrótu *BC* – *before COVID* ('przed COVID-em'), które pojawiało się w czasie pandemii, analogicznie do ang. *BC* jako *before Christ* ('przed Chrystusem'), życie może nigdy już nie być takie jak przed pandemią, stąd wydaje się zasadne analizowanie sposobów, w jakie tę nową rzeczywistość odzwierciedla język.

Teksty analizowane

- H. Bartosik-Psujek, M. Adamczyk-Sowa, A. Kalinowska, A. Kułakowska, B. Zakrzewska-Pniewska, J. Zaborski, 2020, *Stanowisko dot. leczenia SM w przypadku ryzyka zakażenia koronawirusem wywołującym COVID-19*, „Polskie Towarzystwo Neurologiczne” [PTN1].

- M. Czajkowska-Malinowska, A. Kania, P. Kuca, J. Nasiłowski, S. Skoczyński, R. Sokołowski, P. Śliwiński, 2020, *Leczenie niewydolności oddychania w przebiegu COVID-19 – część I. Tlenoterapia bierna*, Newsletter, „Sekcja intensywnej terapii i rehabilitacji” 2 [SITIR1].
- D. Kaczmarek, R. Morawiec, K. Piestrzeniewicz, J. Drożdż, 2020, *C jak COVID-19 – powikłania układu sercowo-naczyniowego u młodego pacjenta*, „Folia Cardiologica” XV, z. 6, s. 433–436 [FC].
- K. Książkowska, M. Laszczyk, J. Wilczyński, D. Nowakowska, 2008, *Ciąża a zakażenie SARS-CoV*, „Ginekologia Polska” VXXIX, s. 47–50 [GP1].
- M. Lipowska, 2020, *Postępowanie z pacjentem z polineuropatią zapalną w okresie pandemii COVID-19*, „Polski Przegląd Neurologiczny” XVI, z. 2, s. 84–87 [PPN1].
- M. Makara-Studzińska, M. Załuski, J. Lickiewicz, 2021, *Czy ozdrowieńcy COVID-19 to przyszli pacjenci psychiatrów i psychologów? Szybki przegląd literatury naukowej*, „Psychiatria” XVIII, z. 2, s. 140–151 [P1].
- M. Mazur-Mucha, A. Szyndler, M. Chrostowska, 2020, *Infekcja COVID-19 u pacjentów obciążonych nadciśnieniem tętniczym*, „Choroby Serca i Naczyń” XVII, z. 2, s. 129–134 [CSN].
- A. Potulska-Chromik, 2020, *Postępowanie w chorobach pierwotnie mięśniowych w okresie pandemii COVID-19*, „Polski Przegląd Neurologiczny” XVI, z. 2, s. 80–83 [PPN3].
- P. Stańczyk, T. Jachymski, P. Sieroszewski, 2020, *COVID-19 w ciąży, podczas porodu i pólgu na podstawie EBM*, „Ginekologia i Perinatologia Praktyczna” V, z. A, s. A1–A10 [GP2].
- K. Śmiłowska, L. Krawczyk, P. Greuenpeter, J. Sławek, 2020, *Choroba Parkinsona w czasach COVID-19; objawy oddechowe, sposoby optymalizacji ich leczenia*, „Polski Przegląd Neurologiczny” XVI, z. 2, s. 75–79 [PPN2].

Bibliografia

- S. Baker, 2021, *Has the pandemic changed research culture – and is it for the better?*, „Times Higher Education” 15 kwietnia 2021.
- P. Baseotto, 2015, *Ideological uses of medical discourses in Early Modern English plague writings* [w:] M. Gotti, S.M. Maci, M. Sala (red.), *The language of medicine: Science, practice and academia*, CERLIS Series Volume 5, Bergamo, s. 49–68.
- C. Bazerman, 1988, *Shaping written knowledge. The genre and activity of the experimental article in science*, Madison.
- A. Bleakley, 2017, *Thinking with metaphors in medicine*, London.
- A.M. Brandt, A. Botelho, 2020, *Not a perfect storm – Covid-19 and the importance of language*, „New England Journal of Medicine” CCCVXXXII, z. 16, s. 193–195.
- C.L. Briggs, 2011, *On virtual epidemics and the mediatization of public health*, „Language & Communication” XXXI, s. 217–228.
- P. Catenaccio, 2006, *The SARS crisis coverage in the British Medical Journal and New Scientist* [w:] M. Gotti, F. Salager-Meyer (red.), *Advances in medical discourse analysis – oral and written contexts*, Bern, s. 279–301.

- T.A. Chaiuk, O.V. Dunaievska, 2020, *Producing the fear culture in media: An examination on coronavirus discourse*, „Journal of History Culture and Art Research” IX, z. 2, s. 184–194.
- Chirurdzy (Grey’s Anatomy)*, 2005–, Fox.
- R. Charon, 2005, *Narrative medicine: Attention, representation, affiliation*, „Narrative” XIII, z. 3, s. 261–270.
- R. Charon, 2006, *Narrative medicine: Honoring the stories of illness*, New York.
- M. Chojnacka-Kuraś (red.), 2019, *Medycyna narracyjna. Opowieść o doświadczeniu choroby w perspektywie medycznej i humanistycznej*, Warszawa.
- I. Chun-Hai Fung, Z. Tsz Ho Tse, C.-N. Cheung, A.S. Miu, K.-W. Fu, 2014, *Ebola and the social media*, „The Lancet” CCCLXXXIV, s. 2207.
- A. Cierpich-Kozieł, 2020, *Koronarzeczywistość – o nowych złożeniach z członem korona- w dobie pandemii*, „Język Polski”, C, z. 4, s. 102–117.
- J. Domaradzki, 2015, *Medycyna i jej metafory. O roli metafor w komunikacji lekarz-pacjent*, „Kultura i Edukacja” III, z. 109, s. 27–46.
- A.C. Doyle, 1901, *The Hound of the Baskervilles*, in *The Complete Sherlock Holmes*, New York.
- Z. Dörnyei, 2007, *Research methods in applied linguistics*, Oxford.
- P.J. Feltovich, H.S. Barrows, 1984, *Issues of generality in medical problem solving* [w:] H.G. Schmidt, M.L. de Volder (red.), *Tutorials in problem-based learning: New directions in training for the health professions*, Assen, s. 128–142.
- A. Fuks, 2010, *The military metaphors of modern medicine* [w:] Z. Li, T.L. Long (red.), *The meaning management challenge: Making sense of health. Illness and disease*. Oxford, s. 57–68; <http://www.interdisciplinary.net/wp-content/uploads/2010/05/hid8ever2030510.pdf>
- J.P. Gee, 1999, *An introduction to discourse analysis: Theory and method*, New York.
- C. Geertz, 1988, *Words and lives: The anthropologist as author*, Palo Alto, CA.
- A. Georgakopoulou, 2010, *Narrative analysis* [w:] R. Wodak, B. Johnstone, P.E. Kerswill (red.), *The Sage handbook of sociolinguistics*, London, s. 396–411.
- M. Gotti, 2008, *Investigating specialised discourse*, Bern.
- R. Gwyn, 2001, *Communicating health and illness*, London.
- D. Hatem, E.A. Rider, 2004, *Sharing stories: Narrative medicine in an evidence-based world*, „Patient Education and Counseling” z. 3, s. 251–253.
- I. Hillmer, 2007, *The way we think about diseases: “The immune defense” – comparing illness to war*, „NAWA Journal of Language and Communication” I, z. 1, s. 22–30.
- M. Hodalska, 2014, *Pandemie w kulturze strachu* [w:] T. Goban-Klas (red.), *Komunikowanie w ochronie zdrowia – interpersonalne, organizacyjne i medialne*, Warszawa, s. 234–245.
- M. Hodalska, 2016, *Ebola virus kills the other, but anytime it may land here: Media coverage of an African plague* [w:] S. Doran, I. Dixon, B. Michael (red.), *There’s more to fear than fear itself: Fears and anxieties in the 21st century*, Oxford, s. 123–135.
- P. Hodgkin, 1985, *Medicine is war*, „The British Medical Journal” CCXCI, s. 1820–1821.
- K.M. Hunter, 1989, *A science of individuals: Medicine and casuistry*, „Journal of Medical Philosophy” XIV, s. 193–212.

- K.M. Hunter, 1991, *Doctors' stories. The narrative structure of medical knowledge*, Princeton.
- K. Hyland, 1998, *Hedging in scientific research articles*, Amsterdam / Philadelphia.
- M. Karlberg, 2004, *Discourse and culture*, „Communication” CDXX, s. 1–21; <http://www.ac.wvu.edu/~karlberg/420/420DiscourseAndCulture.pdf>
- N.H. Abu Kasim, B.J.J. Abdullah, M.J. Manika, 2009, *The current status of the case report: Terminal or viable?*, „Biomedical Imaging and Intervention Journal” V, z. 1, s. e4.
- K. Krzysztyniak, 2020, *KORONAWIRUS – COVID-19, MERS, SARS – epidemiologia, leczenie, profilaktyka*, Warszawa.
- W. Labov, J. Waletzky, 1967, *Narrative analysis: Oral versions of personal experience* [w:] J. Helm (red.), *Essays on the verbal and visual arts*, Seattle, WA, s. 12–44.
- G. Lakoff, M. Johnson, 1980, *Metaphors we live by*, Chicago.
- S. Larrieu, S. Cassadou, J. Rosine, J.L. Chappert, A. Bateau, M. Ledrans, P. Quénel, 2014, *Lessons raised by the major 2010 dengue epidemics in the French West Indies*, „Acta Tropica” CXXXI, s. 37–40.
- A. Loiacono, 2015, *The language of fear: Pandemics and their cultural impact* [w:] M. Gotti, S.M. Maci, M. Sala (red.), *The language of medicine: Science, practice and academia*, CERLIS Series Volume 5, Bergamo, s. 25–48.
- M.O. Lwin, J. Lu, A. Sheldenkar, P.J. Schulz, W. Shin, R. Gupta, i in., 2020, *Global sentiments surrounding the COVID-19 pandemic on Twitter: Analysis of Twitter trends*, „JMIR Public Health and Surveillance” VI, z. 2, s. e19447; <https://doi.org/10.2196/19447> PMID: 32412418
- Y. Lysanets, H. Morokhovets, O. Bieliaieva, 2017, *Stylistic features of case reports as a genre of medical discourse*, „Journal of Medical Case Reports” XI, s. 83; https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5346841/pdf/13256_2017_Article_1247.pdf
- M. Makowska, 2021, *Język i obraz wobec koronawirusa. Przyczynek do rozważań nad komunikacją medialną w czasach pandemii*, „Forum Lingwistyczne” VIII, s. 1–14.
- J. Mason, 1996, *Qualitative researching*, London.
- K. Molek-Kozakowska, 2020, *Report on corona-discourses studied online*, „Res Rhetorica” VII, z. 2, s. 132–134.
- M. Murawska, 2010, *Figures, grounds and containers. Patient presentation in medical case reports*, „Miscelanea” XVI, s. 77–91.
- M. Murawska, 2012, *The many narrative faces of medical case reports*, „Poznań Studies in Contemporary Linguistics” ILVII, z. 1, s. 55–75.
- G. Myers, 2010, *Discourse of blogs and wikis*, London.
- M.H. Nguyen, J. Gruber, J. Fuchs, W. Marler, A. Hunsaker, E. Hargittai, 2020, *Changes in digital communication during the COVID-19 global pandemic: Implications for digital inequality and future research*, „Social Media + Society” lipiec-wrzesień, s. 1–6.
- B. Nicholas, G. Gillett, 1997, *Doctors' stories, patients' stories: A narrative approach to teaching medical ethics*, „Journal of Medical Ethics” XXIII, s. 295–299.
- T. Nissen, R. Wynn, 2014, *The clinical case report: A review of its merits and limitations*, „BMC Research Notes” VIII, s. 264–270.

- B. Olowokure, O. Odedere, A.J. Elliot, A. Awofisayo, E. Smit, A. Fleming, H. Osman, 2012, *Volume of print media coverage and diagnostic testing for influenza A(H1N1)pdm09 virus during the early phase of the 2009 pandemic*, „Journal of Clinical Virology” LV, s. 75–78.
- I. Ovchinnikova, L. Ermakova, D. Nurbakova, 2020, *Sentiments in Russian medical professional discourse during the Covid-19 Pandemic*, „Proceedings of the Third Workshop on Computational Modeling of People’s Opinions, PersonaLity, and Emotions in Social media”, Barcelona, Hiszpania (online), 13 grudnia 2020, s. 99–108.
- K. Rajandaran, 2020, *‘Long battle ahead’: Malaysian and Singaporean prime ministers employ war metaphors for COVID-19*, „EMA Online® Journal of Language Studies” XX, z. 3. s. 261–267.
- Raport zakazeń koronawirusem (SARS-CoV-2); <https://gov.pl>
- G.M. Reisfield, G.R. Wilson, 2004, *Use of metaphor in the discourse on cancer*, „Journal of Clinical Oncology” XXII, z. 19, s. 4024–4027.
- R. Rylance, 2006, *The theatre and the granary: Observations on nineteenth-century medical narratives*, „Literature and Medicine” XXV, z. 2, s. 255–276; <https://doi.org/10.1353/lm.2007.0016>
- E.K. Seltzer, N.S. Jean, E. Kramer-Golinkoff, D.A. Asch, R.M. Merchant, 2015, *The content of social media’s shared images about Ebola: A retrospective study*, „Public Health” 129, s. 1273–1277.
- E. Semino, 2021, *“Not soldiers but fire-fighters” – Metaphors and Covid-19*, „Health Communication” XXXVI, z. 1, s. 50–58; <https://theecologist.org/2020/may/05/we-are-not-war-coronavirus>
- A. Shafer, 1995, *Metaphor and anesthesia*, „Anesthesiology” VXXXIII, s. 1331–1342.
- SketchEngine®, Lexical Computing Limited.
- S. Sontag, 1991, *Illness as metaphor and AIDS and its metaphors*, London [1999, *Choroba jako metafora. AIDS i jego metafory*, Warszawa].
- P. Wallis, B. Nerlich, 2005, *Disease metaphors in new epidemics: The UK media framing of the 2003 SARS epidemic*, „Social Science & Medicine” LX, s. 2629–2639.
- H.G. Widdowson, 1979, *Explorations in applied linguistics*, Oxford.
- P. Wicke, M.M. Bolognesi, 2020, *Framing COVID-19: How we conceptualize and discuss the pandemic on Twitter*, „PLOS ONE” V, z. IX, s. e0240010.
- Wywiad z prof. Bralczykiem, 7.06.2020, „Zdalność”, „koronaferie”, „tarcza”. Prof. Bralczyk o języku czasów pandemii; <https://www.gazetaprawna.pl/artykuly/1481797,profesor-bralczyk-koronawirus-jezyk.html>
- M. Zabielska, 2021, *Reporting on individual experience: A proposal of a patient-centred model for the medical case report*, „Communication & Medicine” XVI, z. 3, s. 292–303.
- M. Zabielska, M. Żelazowska-Sobczyk, 2016, *Narracyjny charakter medycznego opisu przypadku a jego spójność [w:] M. Górnicz, M. Kornacka (red.), Spójność tekstu specjalistycznego*, Warszawa, s. 125–134.
- P. Zurzycka, E. Radzik, 2015, *Medycyna narracyjna – zarys problematyki*, „Problemy Pielęgniarstwa” XXIII, z. 3, s. 428–432.

**Pacjenci z... / u pacjentów z... / w przebiegu COVID-19...
(Patients with... / in patients with... / in COVID-19...):
*A discursive analysis of Polish specialised medical publications
on coronavirus***

Summary

The coronavirus pandemic has undoubtedly left an imprint on various spheres of human existence, not excluding communication, which is a certain reflection of the reality around us. The aim of this study was to examine the nature of the broadly defined discourse concerned with coronavirus in Polish-language scientific publications from professional medical journals. The qualitative discourse analysis, which makes it possible to capture the complexity and context of the studied data, was applied to this end. The analysis was carried out using the SketchEngine® tool, which serves the purpose of identifying certain patterns in language. The outcome shows that the examined discourse is characterised by the presence of specialised stories, impersonal nature of the argument, and numerous metaphors, including the metaphor of war.

Keywords: coronavirus – medicine – specialised discourse – discourse analysis – metaphor – narration.

Trans. Monika Czarnecka

JAKI JEST *EMPATYCZNY LEKARZ?* OBRAZ EMPATII LEKARZA W OPINIACH ZAMIESZCZONYCH W PORTALU ZNANYLEKARZ.PL

1. WPROWADZENIE: CEL PRACY, PODSTAWA MATERIAŁOWA

Celem mojej pracy jest próba ustalenia, jaki obraz empatycznego lekarza wylania się z zamieszczonych w Internecie opinii pacjentów oraz jakie aspekty zachowania lekarza interpretowane są jako komunikujące empatię bądź jako skorelowane z nastawieniem empatycznym wobec pacjenta. Artykuł, choć rozpatruje zagadnienie empatii z perspektywy językoznawczej, wpisuje się tym samym w intensywną dyskusję prowadzoną w przestrzeni nauk medycznych i nauk o zdrowiu, a skoncentrowaną m.in. wokół różnych sposobów rozumienia i modelowania pojęcia <empatia> na użytek medycyny [Ziółkowska-Rudowicz, Kładna 2014; Wilczek-Rużyczka 2017], stosowania właściwych technik komunikacji [Rosenberg, Molho 1998; Doroszewski i in. 2014; Baranowska, Doroszevska 2018] czy sposobów przekazywania niepomyślnych diagnoz [Baile i in. 2000; Jankowska 2014].

Przedstawiona w artykule analiza semantyczna powstała na podstawie korpusu skonstruowanego za pomocą narzędzia Sketch Engine [Kilgarriff i in. 2014¹], dzięki któremu pobrałam z portalu ZnanyLekarz.pl pliki zawierające wystąpienia form fleksyjnych rzeczownika *empatia* lub przymiotnika *empatyczny*. Podstawowe dane ilościowe na temat korpusu przedstawia poniższa tabela:

Tabela 1. Informacje o korpusie

Tokeny	1 033 861
Słowa	859 862
Pliki	908

¹ Chciałabym wyrazić wdzięczność dr hab. Agnieszce Leńko-Szymańskiej, koordynatorce do spraw Sketch Engine na UW, za cenną pomoc w opanowaniu obsługi oprogramowania.

ZnanyLekarz.pl to serwis internetowy gromadzący dane na temat osób reprezentujących szeroko rozumiane zawody medyczne (m.in. lekarzy specjalistów, stomatologów, psychologów, rehabilitantów, dietetyków, terapeutów, a także weterynarzy²), umożliwiający użytkownikom wyszukiwanie lekarzy i placówek medycznych, umawianie wizyt, a także publikowanie opinii na temat poszczególnych lekarzy.³ Zgodnie z regulaminem portalu opinie pacjentów mogą być oparte jedynie na prawdziwych, indywidualnych doświadczeniach związanych z wizytą u danego specjalisty; komentarze użytkowników podlegają moderacji. Zgromadzony na potrzeby analizy materiał składa się w przeważającej części z opinii pacjentów na temat poszczególnych lekarzy.⁴ Jak pokazał przegląd konkordancji dla rzeczownika *empatia*, przykłady zawierające formy tego słowa w przeważającej większości pochodziły z opinii o charakterze pozytywnym, znaleziono jedynie kilka opinii negatywnych oraz kilka przykładów pochodzących z autocharakterystyki umieszczonej w portalu przez samego lekarza. W związku z tym, że skupiam się tu na perspektywie pacjenta, ostatnią kategorię danych zdecydowałam się wyłączyć z dalszej analizy. Należy zaznaczyć, że choć opinie składające się na materiał badawczy są publicznie dostępne w Internecie, ze względów etycznych z cytowanych w niniejszym opracowaniu fragmentów usunęłam wszelkie dane osobowe lekarzy i podpisy autorów opinii.⁵

Warto podkreślić, że relatywnie nowy, choć ekspansywny we współczesnej polszczyźnie, rzeczownik *empatia* (jak i derywowany od niego

² Ze świadomością różnic między specyfiką pracy reprezentantów poszczególnych zawodów medycznych w toku dalszych rozważań dla oszczędności miejsca najczęściej będę posługiwać się uogólnioną etykietą *lekarz*. Nie będę także przywoływać opinii odnoszących się do pracy weterynarzy, ponieważ w tym wypadku trudno jest niekiedy jednoznacznie przesądzić, czy *empatia* lekarza odnosi się przede wszystkim do zwierzęcego pacjenta, czy raczej do opiekuna zwierzęcia, czy też aktywowana jest w obu tych relacjach.

³ Leksykalne wyznaczniki wartościowania obecne w opiniach zamieszczanych w portalu ZnanyLekarz.pl opisała Marta Woźniak [2021].

⁴ Konkordancję dla rzeczownika *empatia* poddałam anotacji, która miała pokazać, w odniesieniu do których specjalności autorzy opinii najczęściej używają słowa *empatia*. Największą grupę stanowiły opinie dotyczące ginekologów i położników (233 z 817 użyczeń rzeczownika *empatia*), następnie stomatologów (166), psychologów (51), psychiatrów (31) oraz lekarzy rodzinnych i internistów (27). Dane te traktuję wyłącznie pomocniczo, warto jednak zauważyć, że nie pokrywają się one z ustaleniami badaczy, którzy analizowali wskaźniki poziomu empatii u lekarzy różnych specjalności [m.in. Kliszcz 2015; Królak 2017]. Joanna Kliszcz wskazuje, że „na dynamikę poziomu empatii ma wpływ płeć i wiek respondentów, a nie miejsce i charakter pracy” [Kliszcz 2015, 123].

⁵ Postępuję w tym miejscu zgodnie z wytycznymi dotyczącymi etycznych aspektów badań Internetu [Frantzke i in. 2020, 10–11]. Cytaty podaję w ich oryginalnej (choć najczęściej skróconej) formie, bez ingerencji korektorskich. Wszelkie wyróżnienia w cytatach pochodzą ode mnie.

przymiotnik) w próbce dyskursu będącego przedmiotem mojego zainteresowania odgrywa wyraźnie istotniejszą rolę niż w polszczyźnie ogólnej. Wskazuje na to choćby porównanie frekwencji względnej lematów EMPATIA i EMPATYCZNY w zgromadzonym korpusie i w danych Narodowego Korpusu Języka Polskiego (NKJP, podkorpus zrównoważony).⁶

Tabela 2. Liczba wystąpień i frekwencja względna rzeczownika EMPATIA i przymiotnika EMPATYCZNY

Lemat	Liczba poświadczeń w korpusie	Frekwencja względna w korpusie	Frekwencja względna w NKJP
EMPATIA	817	790	2,86
EMPATYCZNY	972	940	0,69

To ogólne wyliczenie obrazuje, jak sędzę, istotność samej kategorii ‘empatii’ w analizowanym typie tekstu oraz jej wagę dla subiektywności – dla pacjenta.

2. MIEJSCE EMPATII WŚRÓD KOMPETENCJI LEKARZA

Zgromadzony materiał dość wyraźnie pokazuje przekonanie pacjentów, że choć empatia jest ważną i cenioną umiejętnością lekarza, to na pewno nie może zastąpić wiedzy specjalistycznej i umiejętności zawodowych. Na to postrzeganie empatii w hierarchii pożądanych cech lekarza wskazują zawarte w korpusie typowe połączenia wyrazowe: n-gramy⁷ i kolekcje.⁸

Na liście n-gramów liczących od 3 do 5 elementów składowych i zawierających formę rzeczownika *empatia* pierwsze miejsce pod względem frekwencji zajmuje połączenie *profesjonalizm i empatia* (78 wystąpień). Kolejność, w której pojawiają się te określenia, nie wydaje się przypadkowa – wiele opinii jest strukturyzowanych właśnie w taki sposób, aby

⁶ Zestawiam tu jedynie frekwencję względną (tj. liczbę wystąpień na milion słów w danym zbiorze), ponieważ wspomniane dwa typy danych pod innymi istotnymi względami (np. czasu powstania, typu funkcjonalnego tekstu) są zbyt różne, aby można je było odpowiedzialnie porównywać.

⁷ Rozumiane tu zgodnie ze znaczeniem przypisywanym temu terminowi w Sketch Engine, tj. jako sekwencje określonej liczby tokenów współwystępujących w określonym porządku w tekście.

⁸ Termin *kolekcja* stosuję za J. Bartmińskim i S. Niebrzegowską-Bartmińską [2009, 180] w odniesieniu do stosowanych przez nadawcę wyliczeń: sekwencji wyrazów sąsiadujących ze sobą w danym tekście, pozostających w relacji apozycji lub koniunkcji. Z wprowadzonych definicji wynika, że niektóre kolekcje mogą znaleźć się na liście n-gramów.

przede wszystkim wskazać wiedzę lekarza i jego ściśle zawodowe kompetencje, a dopiero na drugim planie umieścić empatyczność. Por.:

- (1) Pani doktor wraz z innymi pracownikami podeszli w pełni profesjonalnie i rzeczowo, przy tym z empatią.
- (2) Wysoko oceniany profesjonalizm, podejście do pacjenta z odczuwalną wysoką empatią oraz kulturą osobistą sprzyjają procesowi leczenia i budują pozytywne nastawienie do terapii.
- (3) Pani doktor posiada dużą wiedzę medyczną popartą doświadczeniem i empatią, która jest również bardzo istotna.
- (4) Uważam, że Pani Doktor łączy w sobie olbrzymią wiedzę merytoryczną oraz ogrom empatii i podejścia do pacjenta co w tym zawodzie myślę jest równie ważne.
- (5) (...) ma ogromną wiedzę medyczną i kompetencje ale do tego także empatię.
- (6) Usobienie profesjonalizmu i empatii do tego delikatna reka i cierpliwość.
- (7) Wspaniały lekarz, z bardzo dużą wiedzą i doświadczeniem odznaczający się dodatkowo empatią i wysoką kulturą osobistą.

W wypowiedziach tych widać, że ocena lekarza formułowana z perspektywy pacjenta jest co najmniej dwuaspektowa. Najistotniejszym kryterium oceny są kompetencje ściśle zawodowe (por. *profesjonalizm, wiedza medyczna, wiedza merytoryczna, kompetencje*) przypisywane lekarzowi, podejście do pacjenta oceniane jest w drugiej kolejności, o czym świadczy szyk enumeracji, ale także językowe wyznaczniki hierarchizacji treści wypowiedzi, typu *przy tym, do tego, również, także, dodatkowo*. W korpusie można oczywiście znaleźć także konteksty, w których empatia lekarza wymieniana jest na pierwszym miejscu, przed informacją o kompetencjach zawodowych, ale są to pojedyncze przykłady, por.:

- (8) Pani doktor (...) to wyjątkowa osoba o niesamowitej empatii, uważności i wiedzy.
- (9) Empatia i kompetencja Pani Doktor na najwyższym poziomie.
- (10) Miałem kontakt z wieloma lekarzami i uważam że pan dr. jest godny polecenia przede wszystkim ze względu na swoją empatię oraz zasób wiedzy który posiada.

Empatyczność lekarza jest przez pacjentów doceniana tym bardziej, że wciąż nie jest postrzegana jako standardowa cecha osób wykonujących zawody medyczne, jako postawa praktykowana powszechnie, ale raczej jako wyjątkowy osobisty walor konkretnej osoby, por.:

- (11) Miałem kontakt z wieloma lekarzami i uważam że pan dr. jest godny polecenia przede wszystkim ze względu na swoją empatię oraz zasób wiedzy który posiada.
- (12) Jeden z nielicznych lekarzy jakich spotkałam na swojej drodze (a było ich wielu), który jest zainteresowany zdrowiem pacjenta i naprawdę chce pomóc. Lekarz o wysokiej kulturze osobistej i empatii do pacjenta.

- (13) Lekarz zrozumiał mój problem i bardzo mi pomógł, okazał empatię. Coś czego dawno nie odczułem w kontaktach z lekarzami.
- (14) To co wyróżnia Panią doktor spośród wielu znanych mi lekarzy to uśmiech, ciepło, cierpliwość i ogromna empatia, które są równie ważne jak wiedza i fachowość i zapewnniają poczucie bezpieczeństwa.

Autorzy przytoczonych opinii sugerują, że empatia w zawodach medycznych nie ma charakteru systemowego – spotkanie lekarza cechującego się empatią jest ich zdaniem rzadkością. Na podobny aspekt postrzegania lekarskiej empatii wskazują najczęstsze przymiotnikowe kolokacje rzeczownika *empatia*, za sprawą których pacjenci nie tylko po prostu kwalifikują poziom empatii danej osoby jako wysoki (por. *duża, olbrzymia, wielka, ogromna, wysoka empatia*), ale także za pomocą doboru jednostek leksykalnych sygnalizują, że jest to poziom zaskakujący, ponadstandardowy – taki, jakiego się nie spodziewali (np. *niezwykła, niewyobrażalna, niesamowita empatia*), por. np.:

- (15) Profesjonalne podejście do pacjenta nacechowane niespotykaną empatią (szczególnie w trudnym okresie początkowej pandemii covid-19).
- (16) Na podkreślenie zasługuje niezwykła empatia, fachowość i zrozumienie problemu zdrowotnego pacjenta i zaufanie jakie budzi pani dr (...).
- (17) Miałem przyjemność być pacjentem Pani Dr. (...), którą cechuje niewyobrażalna empatia w stosunku do pacjenta oraz niesamowity profesjonalizm.

Jak widać, przy okazji opisywania empatii wybranych lekarzy, autorzy opinii w sposób pośredni lub bezpośredni zarysowują tło, na którym sytuują ocenianą osobę. Odnoszą się także niekiedy do funkcjonowania całego systemu opieki zdrowotnej w Polsce, por.:

- (18) Lekarz z ogromną wiedzą, profesjonalnym podejściem, oprócz tego bardzo empatyczna Osoba. Gdyby było więcej takich Osób Lekarzami, to Służba Zdrowia w Polsce byłaby na bardzo wysokim poziomie.
- (19) (...) tacy lekarze jak doktor (...) to „ginący gatunek”. Teraz liczą się sterylne białe wnętrza i orchidee na rejestracjach a nie doświadczenie, empatia i człowieczeństwo.
- (20) Zdecydowanie da się odczuć że Pani (...) angażuje się w problemy pacjenta z empatią jakiej brak już dzisiaj w medycynie.

Wypowiedzi te wskazują na przekonanie pacjentów, że na podniesienie jakości opieki zdrowotnej wpłynęłaby większa humanizacja medycyny, uwzględniająca holistyczne, relacyjne podejście do chorego. Co ciekawe, w przykładach (19)–(20) autorzy zderzają współcześnie rozpowszechniony model podejścia do pacjenta (*dzisiejszych medyków*) z wcześniejszym, choć zarazem nie wskazują precyzyjnie momentu lub okresu z przeszłości, który postrzegają pozytywnie i kontrastują z zasadniczo negatywnie ocenianym ‘teraz’. W przykładzie (19) lekarze definiowani przez zestaw cech *doświadczenie, empatia i człowieczeństwo*

określani są jako *ginący gatunek*. Jak wolno sądzić, obraz *sterylnych białych wnętrz i orchidei na [sic!] rejestracjach* ma sugerować, że zdaniem autora tej wypowiedzi w opiece zdrowotnej kluczowy jest wymiar międzyludzki, a nie zewnętrzna otoczka, choćby wywołująca przyjemne wrażenia estetyczne.

Lista rzeczowników systematycznie tworzących kolekcje z jednostką *empatia* pokazuje, jakie inne walory lekarza pacjenci postrzegają jako współwystępujące z empatią. Nazwy tych cech i postaw wymieniam w kolejności, w której pojawiły się w narzędziu Word Sketch dla Sketch Engine, tj. ułożone rankingowo, według liczby statystycznie istotnych współwystąpień w analizowanym korpusie.⁹

Tabela 3. Rzeczowniki tworzące kolekcje z jednostką EMPATIA (według liczby współwystąpień; źródło: Sketch Engine)

1) PROFESJONALIZM	2) ZAANGAŻOWANIE
3) CIERPLIWOŚĆ	4) ZROZUMIENIE
5) FACHOWOŚĆ	6) SPOKÓJ
7) DELIKATNOŚĆ	8) WIEDZA
9) WSPARCIE	10) DOŚWIADCZENIE
11) ŻYCZLIWOŚĆ	12) SERDECZNOŚĆ
13) CIEPŁO	14) WRAŻLIWOŚĆ
15) TAKT	16) POGODA DUCHA
17) KOMPETENCJA	18) OTWARTOŚĆ
19) SZACUNEK	20) KONTAKT

Rysunek 1. Wizualizacja najczęstszych kolekcji rzeczownika EMPATIA (źródło: Sketch Engine)



⁹ Po koniecznych drobnych korektach dotyczących lematyzacji.

Dość szerokie spektrum towarzyszących empatii nazw cech i postaw lekarza można spróbować uporządkować poprzez wskazanie wyłaniających się w tym zbiorze kilku mniejszych zespołów słowno-pojęciowych, np.:

1. wiedza i kompetencje specjalistyczne: *profesjonalizm, fachowość, wiedza, doświadczenie, kompetencja*;
2. umiejętności interpersonalne: *rozumienie, życzliwość, serdeczność, ciepło, takt, otwartość, kontakt*;
3. podejście do pacjenta: *zaangażowanie, cierpliwość, wsparcie, szacunek*;
4. cechy osobowości i charakterystyka zachowania: *spokój, delikatność, wrażliwość, pogoda ducha*.

Empatia, jak wskazuje dotychczasowa literatura przedmiotu, jest zjawiskiem wieloaspektowym, intelektualno-emocjonalno-behawioralnym. Takie szerokie rozumienie na użytek psychologii społecznej proponuje m.in. Mark Davis:

Empatia została zdefiniowana szeroko, jako zespół konstrukcji teoretycznych, które dotyczą reakcji pojedynczego człowieka na doświadczenia innych. (...) typowy „epizod” empatyczny przebiega w następujący sposób: osoba obserwatora styka się w jakiś sposób z obserwowanym i następuje pewien rodzaj reakcji ze strony obserwatora (poznawcza, afektywna i/lub behawioralna) [Davis 1999, 23].

Ze względu na to, jaki typ reakcji subiekta dominuje w odpowiedzi na sytuację drugiej osoby, wyróżnia się zwykle *em p a t i ę e m o c j o n a l n ą* (polegającą na uczuciowej reakcji subiekta na przeżycia innej osoby, niekiedy prowadzi to do przeżywania jakościowo podobnych stanów emocjonalnych) oraz *em p a t i ę p o z n a w c z ą* (związaną z przyjmowaniem przez subiekt perspektywy drugiej osoby, rozumieniem jej stanów wewnętrznych, m.in. uczuć, reakcji). Warto podkreślić, że opis empatycznego lekarza wyłaniający się z opinii pacjentów to opis osoby, która jest postrzegana przez pryzmat swojego zachowania, w szczególności komunikacyjnego – swojej odpowiedzi na problem, z którym przychodzi chory. W zebranym korpusie nie pojawiają się świadectwa pacjentów opisujące to, w jaki sposób (w ich interpretacji) lekarz utożsamiał się z nimi emocjonalnie, pacjenci nie koncentrują się na tym, co sam lekarz czuje¹⁰ – nie

¹⁰ W typowym dla polszczyzny językowym obrazie empatii charakterystyczne jest także i to, że – choć w pewnych warunkach empatia może być opisywana jako recyprokalna (np. *wzajemna empatia*) – podstawowy wymiar relacji między subiektem empatii a jej obiektem jest jednokierunkowy. Zdecydowanie silniej utrwalone językowo jest myślenie o empatii lekarzy względem pacjentów czy nauczycieli wobec uczniów niż odwrotnie. Empatii oczekujemy bowiem typowo od ludzi, którzy zawodowo stykają się z różnymi trudnymi sytuacjami życiowymi. Literatura poświęcona empatii osób pracujących w zawodach medycznych lub studentów przygotowujących się do takiej pracy przyrasta lawinowo i omówienie nawet najważniejszych prac zdecydowanie przerosłoby ramy artykułu. Nie

wydaje się więc, aby oczekiwali od niego empatii emocjonalnej. Liczą natomiast przede wszystkim na empatię poznawczą manifestującą się w zachowaniu lekarza: zrozumienie przez lekarza ich sytuacji, uszanowanie ich przeżyć oraz adekwatne wsparcie emocjonalne towarzyszące fachowej pomocy medycznej. Obserwację tę potwierdza ogląd najczęstszych połączeń rzeczownika *empatia* z czasownikami. Choć w polszczyźnie ogólnej dysponujemy kolokacjami *odczuwać / czuć / poczuć empatię*,¹¹ które ujmują empatię z perspektywy jej subiektu, w moim korpusie dominują połączenia *wykazać / wykazywać empatię, wykazać / wykazywać się empatią, okazać / okazywać empatię, cechować się empatią, wyróżniać się empatią*, co nie dziwi, ponieważ wyspecjalizowały się one raczej w kodowaniu interpretacji budowanej z perspektywy obiektu doświadczającego empatii lub z perspektywy zewnętrznego obserwatora relacji.

3. „BYŁA PRZESTRZEŃ DO ROZMOWY”. EMPATIA W KOMUNIKACJI LEKARZ – PACJENT

Liczna grupa przykładów zgromadzonych w moim korpusie poświadcza ścisły związek między postrzeganą empatycznością lekarza a jego kompetencjami komunikacyjnymi.

Pacjenci zwracają przede wszystkim uwagę na to, że czują się wysłuchani przez lekarza, który poświęca im uwagę, pozwala się wypowiedzieć i stara się zrozumieć ich sytuację. Por.:

- (21) No i, co jest najważniejsze, to ogromne zaangażowanie w leczenie mojego schorzenia, poświęcenie ogromnej ilości uwagi i takie prawdziwe wsłuchanie się i wczucie w to, co mówię.
- (22) Cudowna Pani, pełna empatii i pozytywnej energii! Słucha pacjenta i potrafi zrozumieć, co w tych czasach nie zdarza się jakoś często.
- (23) Z uwagą słucha i wyczuwa się [sic!] w sytuację pacjenta, do każdego podchodzi indywidualnie.
- (24) Już na pierwszej wizycie okazało się, że Pani doktor jest nie tylko bardzo dobrym fachowcem, ale i przemiłą, pełną empatii osobą. Pani doktor przede wszystkim dokładnie mnie wysłuchała, zrobiła szczegółowe badania i zaproponowała leczenie, które okazało się strzałem w dziesiątkę.
- (25) Rzadko się zdarza tak kontaktowy lekarz. Nie mam wrażenia, że rozmawiam z komputerem tylko z fachowcem, który słucha i wszystko wyjaśnia. Długo szukałam takiej opieki.

napotkałam jednak dotąd opracowania, w którym poruszono by kwestię kompetencji komunikacyjnej w zakresie empatii u pacjentów. Odpowiedzialność za budowanie relacji terapeutycznej, za kształt komunikacji i za umiejętne zarządzanie nią składana jest tym samym (przede wszystkim lub nawet wyłącznie) na barki lekarza.

¹¹ Na liście czasownikowych kolokatów *empatii* w NKJP *odczuwać* sytuuje się na pierwszej pozycji.

Na nieodzowność aktywnego słuchania wypowiedzi pacjenta – jego opowieści o chorobie i chorowaniu – zwraca uwagę nurt medycyny narracyjnej, w którym przyjmuje się, że:

(...) wypowiedzi osób chorych pozwalają im samym uporządkować sytuację, w której się znajdują, a lekarzom (oraz innym osobom sprawującym opiekę medyczną nad pacjentem) umożliwiają poznanie wielu aspektów fizycznej i psychicznej kondycji pacjenta jako indywidualnej jednostki, w atmosferze bliskości i zaufania [Chojnacka-Kuraś 2019, 74].

Poza stworzeniem pacjentom możliwości wypowiedzenia się i aktywnym słuchaniem lekarz cechujący się empatią zwraca uwagę na klarowne wytłumaczenie im przebiegu choroby, procedur medycznych lub działania leków. Por.:

- (26) (...) opowiada co się dzieje, wszystko wyjaśnia, gdzie leżą mięśniaki, co powodują, co może się dzieć dalej. Pani Doktor jest pełna empatii.
- (27) Przyjazna atmosfera plus tłumaczenie co robi – jak dla mnie rewelacja i na pewno nie zmienię już dentysty. Osoba pełna empatii i zaangażowania.
- (28) Wykazuje się niezwykle dużą empatią i wrażliwością oraz wyjaśnia sposób leczenia bardzo szczegółowo, tak że wychodzi się z gabinetu bez krążącego nad głową znaku zapytania. Kontakt z doktorem na bardzo wysokim poziomie.
- (29) Pan Doktor dokładnie opisał przebieg zabiegu, a w jego trakcie wykazał się dużą empatią i zrozumieniem. Profesjonalne podejście i duża wiedza, a także poczucie zaopiekowania.
- (30) Pani Doktor zawsze z uwagą analizuje każdą kwestię, wykazuje ogromną empatię wobec pacjenta. Dokładnie tłumaczy działanie przepisanych leków.
- (31) Potrafi przekazać informacje w sposób klarowny i zrozumiały dla pacjenta. (...) Zawsze podchodzi do pacjenta z empatią posiada pokłady cierpliwości (...).

Pacjenci, którzy nie mają wiedzy specjalistycznej, dzięki uzyskanym od lekarza informacjom czują się traktowani podmiotowo. Szczególnie cenią to, że lekarz poświęca czas na wysłuchanie ich pytań i rozwianie wątpliwości:

- (32) Doktor to życzliwy człowiek o dużej empatii do pacjenta z wielką wolą niesienia pomocy chorym. Stara się w sposób przystępny zaproponować i wyjaśnić proces leczenia traktując w rozmowie chorego jak partnera. Jestem pod wrażeniem takiego podejścia do pacjenta.
- (33) Wizyta bardzo merytoryczna, a do tego pełna empatii, zrozumienia i ponadprzeciętnej komunikacji. Pan doktor szczegółowo wyjaśnił mi plan działania oraz kilkakrotnie i cierpliwie odpowiadał na moje pytania.
- (34) W moim przypadku wykazał się ogromną empatią i fachowością. Odpowiadał na każde moje pytania mimo, że dla innych lekarzy mogły by się okazać śmieszne.
- (35) Każda minuta wizyty w pełni wykorzystana, odpowiedzi i wyjaśnienia na pytania czytelne, zrozumiałe. (...) również

chciałabym polecić każdemu kto szuka wsparcia, zrozumienia, empatii, motywacji, akceptacji, szczerości, kompetencji.

- (36) Szczegółowe wyjaśnienie problemu i cierpliwe rozwianie wszelakich wątpliwości. Komunikatywność w rozmowie.

Poważne, partnerskie traktowanie pacjenta przejawia się w tym wypadku w świadomości lekarza, że chory nie ma pełnej wiedzy, że towarzyszą mu wątpliwości (które niekiedy boi się wypowiedzieć, żeby się nie ośmieszyć), a przedstawienie pełnego obrazu sytuacji może sprawić, że pacjent będzie bardziej świadomie podejmował decyzje oraz będzie bardziej chętny do współpracy. Pacjenci wielokrotnie powtarzają, że kontakt z lekarzem cechującym się empatią pozwala im zredukować strach i stres towarzyszący chorowaniu (własnemu czy bliskiej osoby). Lekarz, który potrafi wyczuć stan emocjonalny pacjenta, może też skutecznie odpowiedzieć na towarzyszący choremu niepokój, por.:

- (37) Prowadziła moją drugą udaną ciążę (pierwsze poronienie). Miałam w sobie wiele strachu, niepewności, pytań. Pani Doktor była pełna empatii, wyrozumiała.
- (38) Wizyta u Pana Doktora to czysta przyjemność komunikacja zaangażowanie, empatia, a przede wszystkim punktualność i umiejętność przekazania informacji zestresowanej kobiecie powodują ze napięcie znika.
- (39) Wszystko wyjaśnia szczegółowo, zawsze wychodzę z gabinetu świadoma, bez jakiegokolwiek niepokoju.
- (40) Doktor (...) z pełną empatią podeszła do wystraszonego dziecka i wszystko szczegółowo opowiadała co w danym momencie będzie robiła.
- (41) Od niepamiętnych czasów moja Babcia nie była tak zaopiekowana. Pani Doktor w sposób rzeczowy, z dużą empatią pochyliła się nad starszą schorowaną osobą zlecając wiele badań, które pozwolą wyjaśnić wątpliwości dotyczące stanu nerek mojej Babci. Jednocześnie nie narażając jej na niebezpieczeństwo ze względu na ich inwazyjność. Serdecznie dziękuję za zrozumienie mnie jako przestraszonej wnuczki z powodu zleconego przez innego lekarza TK z kontrastem.

Autorzy opinii zwracają także uwagę na sposób, w jaki lekarz prowadzi wywiad i w jaki sposób zarządza dialogiem z pacjentem, aby uzyskać potrzebne informacje.

- (42) Pozwolił mi się wypowiedzieć i kierował tak rozmową aby uzyskać ode mnie konkretne informacje które później posłużyły mu do postawienia diagnozy.
- (43) Jego podejście do pacjentki było bardzo profesjonalne: z jednej strony – lata doświadczeń zagwarantowały precyzyjną chirurgię i trafną ocenę medyczną, z drugiej strony – merytoryczna rozmowa i empatia. Lekarz odpowiada na każde pytanie i spogląda na chorobę z każdego punktu widzenia. Ten spokój i duża wrażliwość wpływa na każdego jak balsam.

Istotne w przebiegu rozmowy okazują się nie tylko werbalne zachowania lekarza, ale także sfera niewerbalna, np. postawa ciała lub tembr głosu, który budzi zaufanie i daje pacjentowi poczucie bezpieczeństwa:

- (44) Na samym wstępie pragnę zaznaczyć, że to jeden z gabinetów i jedyny lekarz który zarówno pod względem kompetencji jak i tak pozornie nieistotnych rzeczy jak barwa głosu przekonał mnie do wykonania wielu skomplikowanych zabiegów, które jeśli chodzi o podjęcie decyzji nie są łatwe a co dopiero ich realizację. Wizyty odbywają się w niesamowitej atmosferze pełnej empatii, spokoju, i poczucia bezpieczeństwa jednocześnie nie ujmując ogromnej fachowości i umiejętności Pana Doktora.
- (45) Pani doktor budzi zaufanie ciepłym głosem oraz dużym zaangażowaniem z jakim podchodzi do pacjenta.
- (46) Pani Doktor bardzo miła, rzeczowa, swoim głosem i postawą potrafiąca uspokoić nawet najbardziej cierpiącego pacjenta...

W ostatnich latach wiele uwagi poświęca się niewerbalnym aspektom komunikacji lekarz – pacjent [zob. np. Riess, Kraft-Todd 2014; Martin, DiMatteo 2013]. Poza tonem głosu, wskazanym w cytowanych przykładach, istotny jest kontakt wzrokowy, gesty mimiczne, postawa ciała przy rozmowie, a także wszelkie niewerbalne sygnały przeżyć emocjonalnych samego lekarza, które mogą wpływać na kształt dialogu z pacjentem, jeśli nie są poddane świadomej kontroli.

Przykłady negatywnych opinii pokazują z kolei, że brak rozmowy, brak interakcji z pacjentem i zdawkowe odpowiedzi wpływają na postrzeganie lekarza jako niezaangażowanego:

- (47) Pani (...) odeszła od komputera tylko na chwilę, aby zajrzeć do buzi córki, ale nawet nie przekazała nam żadnego w tej kwestii komentarza. Sama musiałam dopytać (...) i dostaliśmy jedynie w odpowiedzi kiwanie głową.

Ważny dla pacjentów jest także poświęcony im czas – to, że lekarz znajduje czas na spokojną rozmowę i odpowiedzi na pytania, nie spieszy się:

- (48) Bardzo dobry kontakt, empatia ale jednocześnie konkretne wskazówki, bez pośpiechu, była przestrzeń do rozmowy.
- (49) Pełen profesjonalizm. Czułam się zaopiekowana. Bardzo dokładnie analizuje badania. Tłumaczy zrozumiałym językiem, nie spieszy się.
- (50) Miła, empatyczna, wszystko szczegółowo wyjaśniła. Co ważne, podeszła do mnie holistycznie – a to niestety nie jest takie oczywiste u większości lekarzy. Czułam od Pani Doktor zainteresowanie i zaangażowanie, nie odczułam presji czasu ani chęci „pozbycia się” pacjenta z gabinetu. Jestem bardzo zadowolona z wizyty – rzadko trafiam na tak empatycznych i kompetentnych lekarzy :)

Brak pośpiechu przy wizycie i zbudowanie przestrzeni dialogu ściśle związane są z kolejną kwestią, którą chciałabym poruszyć – z indywidualizacją podejścia do pacjenta.

4. „TYLKO KOLEJNY PRZYPADEK”. INDYWIDUALNE PODEJŚCIE DO PACJENTA JAKO SYGNAŁ EMPATII LEKARZA

Jak wskazuje przytoczona wcześniej definicja M.H. Davisa, empatia zakłada wymiar relacyjny [zob. także Falkowska, w druku]. Odzwierciedla się to w składniowych właściwościach rzeczownika *empatia*, który łączy się typowo z lewostronnym argumentem odnoszącym się do subiekta empatii oraz z prawostronnym argumentem w postaci frazy nominalnej wprowadzanej przymikiem (np. *dla, wobec, względem*). Obydwa argumenty w najbardziej typowych realizacjach tekstowych wypełniane są przez nazwy osobowe.

Autorzy wykorzystanych przeze mnie opinii dają wyraz przekonaniu, że podejście empatycznych lekarzy do chorych jest zindywidualizowane. Wizyta u takiego specjalisty pozostawia wrażenie, że pacjent traktowany jest podmiotowo, że lekarz chce leczyć daną osobę, a nie tylko kolejny przypadek choroby, por.:

- (51) (...) inni myślę mogliby się od Pana Doktora uczyć empatii i b u d o w a n i a r e - l a c j i z p a c j e t k ą [sic!].
(52) Indywidualne traktowanie każdej osoby, profesjonalne podejście do pacjenta, olbrzymia empatia, poczucie bezpieczeństwa.

Jak twierdzą S. Krukowska i in. [2019], metonimiczne zastąpienie nazwy osoby chorej nazwą choroby jest typową cechą socjolektu lekarskiego, w oczywisty sposób służącą ekonomizacji komunikacji wewnątrzśrodowiskowej i zwiększeniu jej efektywności,¹² por.:

W środowiskowym zastosowaniu jednostka chorobowa lub jej objaw (...) bądź też chora część ciała (...) przypisane są do pacjenta i określają niejako jego samego. (...) We wspomnianych oddziałach szpitalnych można zatem usłyszeć sformułowania, takie jak: *Gdzie leży ta głowa?* – pytanie dotyczy ‘pacjenta z urazem głowy’, *Przywieźli zawał!* – komunikat o konieczności podjęcia akcji ratunkowej, gdyż karetką przywieziono chorego ze stwierdzonym zawałem mięśnia sercowego, *Wymioty na korytarzu.* – informacja o wystąpieniu konkretnych objawów u pacjenta czekającego na przyjęcie przez lekarza [Krukowska i in. 2019, 156].

Z perspektywy pacjenta jednak taki zabieg językowy może być postrzegany jako uprzedmiotowienie – sprowadzenie osoby do kolejnego przypadku choroby. Pacjenci czują wówczas, że lekarz nie koncentruje się na ich indywidualnej historii chorowania, por.:

- (53) Przede wszystkim nie traktuje pacjentek jak „kolejny przypadek” i nie bagatelizuje problemów. Wysłuchuje każdej wątpliwości,

¹² O funkcjach metonimii w leksyce socjolektalnej pisze także A. Suchodolska [2016].

odpowiada na pytania, dokładnie wszystko wyjaśnia z wielką empatią. Poświęca pacjentkom dużo czasu.

- (54) Przy pierwszej wizycie okazana została mi empatia, nie czułam się „kolejnym przypadkiem z problemem”, natomiast czułam, że terapeutka mi współczuje.

Takiemu właśnie poczuciu uprzedmiotowienia (sprowadzenia do *numerka w kolejce*) i frustracji wynikającej z postrzegania lekarza jako niewystarczająco empatycznego dała wyraz autorka negatywnej opinii, por.:

- (55) Zostałam zostawiona sama sobie. Czułam się jak jedna z wielu, jak numer w kolejce, a nie pacjentka, która potrzebuje pomocy. Zero empatii, zero troski.

Poza kompetencjami językoznawcy pozostaje stwierdzenie, czy brak indywidualnego podejścia do pacjenta spostrzegany u niektórych lekarzy wynika z ich niedostatecznych umiejętności komunikacyjnych, czy może z trudnych warunków pracy specjalistów, którzy nie zawsze mogą pozwolić sobie na tak długie wizyty i pogłębione dialogi, jakich oczekiwaliby i potrzebowaliby chorzy.

5. PODSUMOWANIE

Przedstawiona w niniejszej pracy analiza o charakterze korpusowym miała na celu wskazanie, jakie cechy przypisują pacjenci lekarzowi, którego określają jako *empatycznego*, i jakie zachowania wiąże z okazywaniem przez lekarza empatii. Uwzględnienie perspektywy chorego jest o tyle ważne, że postrzegany przez pacjenta poziom empatii lekarza może nie pokrywać się z tym, jaki przypisuje sobie sam lekarz, np. w procedurze autoewaluacji. Obecnie poza eksperymentalnymi metodami badania poziomu empatii lekarza dysponujemy także ustandaryzowanymi testami pozwalającymi pacjentowi ocenić empatię lekarza. Najlepiej znany jest krótki kwestionariusz *Skala Jefferson percepcji empatii lekarza przez pacjenta* (*Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy*) [Kane i in. 2007], w którym respondenci mają za pomocą skali Likerta ocenić m.in., czy ich zdaniem lekarz rozumie ich emocje, uczucia i troski, czy potrafi spojrzeć na problem z perspektywy pacjenta, czy interesuje się szerszym kontekstem życia pacjenta (np. sytuacją rodzinną). K.M. Glaser i in. [2007] potwierdzili, że autoewaluacja lekarza skorelowana jest z oceną poziomu empatii dokonywaną przez pacjenta. M.O. Bernardo i in. [2018] stwierdzili z kolei, że samoocena lekarza nie do końca pokrywa się z oceną pacjenta i zasugerowali, aby modele kształcenia empatii klinicznej w większym stopniu uwzględniały uwagi pacjentów. Jest to o tyle ważne, że pacjenci znacząco bardziej skłonni są do podporządkowania się zaleceniom lekarzy, których po-

strzegają jako empatycznych [Hojat i in 2010], a niedostateczna empatia lekarza wobec pacjenta

(...) wpływa na pogorszenie ich wzajemnych relacji, a w konsekwencji – na większą liczbę skarg, co z kolei obniża satysfakcję lekarza z pracy i nasila proces wypalenia zawodowego [Janczukowicz 2014, 100].

Przeprowadzona analiza oparta jest na konkretnym korpusie, a wszystkie obserwacje i wnioski dotyczą dość ograniczonego zbioru danych. Warto jednak postulować dalsze badania nad sposobem rozumienia wyrażenia *empatia* zarówno przez lekarzy, jak i przez pacjentów, aby upewnić się, że treści, które dwie grupy użytkowników języka wiążą z tym słowem, są wystarczająco zbieżne, aby zapewnić skuteczne porozumiewanie się.

Bibliografia

- W.F. Baile, R. Buckman, R. Lenzi, G. Glober, E.A. Beale, A.P. Kudelka, 2000, *SPIKES – a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer*, „The Oncologist” 5(4), s. 302–311.
- B. Baranowska, A. Doroszevska, 2018, *Porozumienie bez przemocy. Jak wykorzystać empatyczną komunikację na sali porodowej?*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 16(4), s. 241–246.
- J. Bartmiński, S. Niebrzegowska-Bartmińska, 2009, *Tekstologia*, Warszawa.
- M.O. Bernardo, D. Cecilio-Fernandes, P. Costa, T.A. Quince, M.J. Costa, M.A. Carvalho-Filho, 2018, *Physicians’ self-assessed empathy levels do not correlate with patients’ assessments*, „PLoS ONE” 13(5), s. 1–13; <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0198488>
- M. Chojnacka-Kuraś, 2019, *Medycyna narracyjna z perspektywy lingwistyki i poetyki kognitywnej* [w:] M. Chojnacka-Kuraś (red.), *Medycyna narracyjna. Opowieści o doświadczeniu choroby w perspektywie medycznej i humanistycznej*, Warszawa, s. 72–93.
- M.H. Davis, 1999, *Empatia. O umiejętności współodczuwania*, tłum. J. Kubiak, Gdańsk.
- J. Doroszewski, M. Kulus, A. Markowski, M. Kosowicz, M. Kulpa, S. Świstak-Sawa, J. Meder (red.), 2014, *Porozumienie z pacjentem. Relacje i komunikacja*, Warszawa.
- A. Dziadel, O. Pokorska, B. Polityńska, 2019, *Ogólne zasady komunikacji z pacjentem* [w:] E. Krajewska-Kułak, A. Guzowski, G. Bejda, A. Lankau (red.), *Kontekst „Inności” w komunikacji interpersonalnej*, Białystok, s. 77–86.
- M. Falkowska, *Konstruowanie relacji międzyosobowych w znaczeniach wybranych nazw allocentrycznych stanów emocjonalnych i postaw: perspektywa językoznawcza* [w druku].
- A.S. Franzke, A. Bechmann, M. Zimmer, Ch. Ess, 2020, *Internet Research: Ethical Guidelines 3.0.*; <https://aoir.org/reports/ethics3.pdf>
- K.M. Glaser, F.W. Markham, H.M. Adler, P.R. McManus, M. Hojat, 2007, *Relationships between scores on the Jefferson Scale of physician empathy, patient*

- perceptions of physician empathy, and humanistic approaches to patient care: a validity study*, „Department of Psychiatry and Human Behavior Faculty Papers”, Paper 58; <https://jdc.jefferson.edu/phbfp/58>
- M. Hojat, D.Z. Louis, K. Maxwell, F. Markham, R. Wender, J.S. Gonnella, 2010, *Patient perceptions of physician empathy, satisfaction with physician, interpersonal trust, and compliance*, „International Journal of Medical Education” 1, s. 83–87; <https://doi.org/10.5116/ijme.4d00.b701>
- J. Janczukowicz, 2014, *Empatia jako zasadnicza kompetencja współczesnego lekarza* [w:] J. Janczukowicz (red.), *Profesjonalizm lekarski*, Warszawa, s. 94–102.
- A. Jankowska, 2014, *Komunikacja medyczna w onkologii dziecięcej. Przekazywanie informacji o rozpoznaniu choroby nowotworowej*, „Psychoonkologia” 4, s. 123–127.
- G.C. Kane, J.L. Gotto, S. West, M. Hojat, S. Mangione, 2007, *Jefferson Scale of Patient’s Perceptions of Physician Empathy: preliminary psychometric data*, „Croatian medical journal” 48(1), s. 81–86.
- A. Kilgarriff, V. Baisa, J. Bušta, M. Jakubiček, V. Kovář, J. Michelfeit, P. Rychlý, V. Suchomel, 2014, *The Sketch Engine: ten years on*, „Lexicography” 1, s. 7–36.
- J. Kliszcz, 2015, *Empatia i jej wpływ na relację terapeuta – pacjent* [w:] J. Kliszcz, *Psychologia dla fizjoterapeutów i masażyistów. Wybrane zagadnienia*, Warszawa, s. 116–131.
- S. Królak, 2017, *Empathetic doctor – the role and the significance of the empathy in the doctor – patient relation*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 15(4), s. 288–298; <https://doi.org/10.4467/20842627OZ.17.031.8285>
- S. Krukowska, K. Koszela, M. Woldańska-Okońska, 2019, *Communicatio medica, czyli specyfika porozumiewania się intermedycznego*, „Prace Filologiczne” 73, s. 153–163, <https://doi.org/10.32798/pf.489>
- L.R. Martin, M.R. DiMatteo, 2013, *Clinical interactions* [w:] J.A. Hall, M.L. Knapp (red.), *Nonverbal Communication*, Berlin, s. 833–858.
- H. Riess, G. Kraft-Todd, 2014, *E.M.P.A.T.H.Y: a tool to enhance nonverbal communication between clinicians and their patients*, „Academic Medicine” 89(8), s. 1108–1112; <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000287>
- M. Rosenberg, P. Molho, 1998, *Nonviolent (empathic) communication for health care providers*, „Haemophilia” 4 (4), s. 335–340.
- A. Suchodolska, 2016, *Cechy polskich, rosyjskich i angielskich profesjolektów i socjolektów medycznych na podstawie badań ankietowych*, „Prace Filologiczne” 68, s. 357–373.
- E. Wilczek-Rużyczka, 2017, *Empatia pracowników medycznych*, Warszawa.
- M. Woźniak, 2021, *Leksykalne środki wartościowania w opiniach na temat lekarzy na portalu ZnanyLekarz.pl*, niepublikowana praca magisterska.
- E. Ziółkowska-Rudowicz, A. Kładna, 2014, *Empatia w medycynie*, Szczecin.

What is an empathetic doctor like? The view of doctor's empathy in opinions published on the ZnanyLekarz.pl web portal

Summary

The paper provides a corpus-based semantic analysis of patients' opinions on doctors published on the ZnanyLekarz.pl web portal. The analysis is aimed at depicting the medical professionals' traits and behaviours that patients interpret as expressions of empathy. The findings suggest that while patients value the doctor's empathy, they perceive it as a relatively rare quality in doctors. The sphere where empathy manifests itself to the greatest extent is undoubtedly doctor-patient communication: unhurried interview, active listening, explaining the course of the necessary medical procedures, responding to the patient's questions, showing emotional support. Although the findings coincide with the recommendations found in the communication guides addressed to doctors, taking into account the perspective of the patient is necessary, since patients' perception of empathy may not correlate perfectly with doctors' self-assessment.

Keywords: empathy – doctor-patient communication – communicative competence – corpus.

Adj. Monika Czarnecka

Antonina Doroszevska

(Warszawski Uniwersytet Medyczny, Rada Języka Polskiego PAN,
e-mail: antonina.doroszevska@wum.edu.pl)
ORCID: 0000-0003-0764-2105

Iwona Drozdowska

(Warszawski Uniwersytet Medyczny,
e-mail: iwona.drozdowska@wum.edu.pl)
ORCID: 0000-0002-0772-6803

PACJENT W CENTRUM ROZMOWY NA PRZYKŁADZIE PRAC STUDENTÓW KIERUNKÓW MEDYCZNYCH

WPROWADZENIE

Pojęcie *komunikowanie* ma swoje źródło w łacińskim słowie *commu-
nicare*, które oznacza m.in. ‘czynić wspólnym, połączyć’.¹ W odniesieniu
do relacji lekarz – pacjent stanowi to wskazówkę, co jest podstawowym
celem rozmowy i konsultacji medycznej. Codzienne doświadczenia pa-
cjentów wskazują, że często podczas wizyt lekarskich obie strony mówią,
ale te wypowiedzi przypominają monolog.²

W rozmowie personelu medycznego z pacjentami niezwykle ważne jest
to, aby podczas takiego spotkania obie strony miały szansę powiedzieć,
w jaki sposób postrzegają problem zdrowotny chorego. Jest to istotne
zarówno na etapie procesu diagnostycznego, bo dzięki temu profesjona-
lista medyczny zdobędzie wszystkie informacje niezbędne do ustalenia
diagnozy, jak i w procesie leczenia. Pacjent, który zrozumiał informacje
o chorobie, będzie świadomy, dlaczego wybrane postępowanie terapeu-
tyczne jest adekwatne do jego stanu zdrowia i jak może zmienić się jego
samopoczucie w zależności od starań na rzecz przestrzegania zaleceń le-
karskich. Wiele umiejętności komunikacyjnych, które zostaną omówione
poniżej, pomaga budować rozmowę służącą „czynieniu wspólnym”. Pro-
wadzona z ich wykorzystaniem rozmowa jest dialogiem, pozwalającym
poznać i zrozumieć perspektywę pacjenta, zadać pytania niezbędne do
wzajemnego zrozumienia, rozwiązać wątpliwości czy niejasności.

Głównym narzędziem tej rozmowy jest język, a także elementy komu-
nikacji niewerbalnej. Jan Doroszevski wyróżnił cztery odmiany języka
medycyny:

- język opisu ludzi zdrowych i chorych,

¹ K. Kumaniecki, 1996, *Słownik łacińsko-polski*, Warszawa.

² J. Silverman, S. Kurtz, J. Draper, 2018, *Umiejętności komunikowania się
z pacjentami*, Kraków, s. 130.

- język relacji deontycznych łączących personel medyczny z ludźmi zdrowymi i chorymi,
- język porozumienia między ludźmi zdrowymi i chorymi a personelem medycznym,
- język opisujący leki, aparaturę i medyczne urządzenia pomocnicze.³

W każdej z tych odmian można wyróżnić rejestr ogólny i konkretny (szczegółowy). W tej pracy skupimy się na języku porozumienia personelu medycznego z pacjentami. Według J. Doroszewskiego

ogólny język porozumienia lekarzy z pacjentami przedstawia teoretyczne podstawy tej działalności, jest wynikiem badań szczegółowych i doświadczenia praktycznego, jest też przedmiotem nauczania w komunikacji medycznej. Szczegółowy język porozumienia lekarzy z pacjentami jest językiem stosowanym przez nich w związku z diagnozą lekarską, projektem postępowania i podejmowaniem decyzji oraz realizacją pomocy medycznej.

Opisując umiejętności komunikacyjne, które są przedmiotem nauczania studentów medycyny, będziemy odwoływać się do języka ogólnego. Przytoczone wypowiedzi zawarte w pracach studentów stanowią przykład sformułowań zaczerpniętych z języka szczegółowego.⁴

PACJENT W CENTRUM ROZMOWY

Tradycyjne podejście do wizyty lekarskiej, według którego lekarz odgrywa dominującą rolę, a pacjent przyjmuje postawę bierną, w ostatnich dziesięcioleciach zostaje zastąpione przez model opieki skoncentrowanej na pacjencie, który podkreśla jego indywidualność.⁵ W tym podejściu zwraca się uwagę nie tylko na biologiczny wymiar choroby, ale także na aspekt psychologiczny i kontekst społeczny. Opieka skoncentrowana na pacjencie skupia się na poznaniu i uwzględnieniu jego perspektywy. Składają na nią wyobrażenia pacjenta, myśli, przekonania i wiedza dotycząca własnego zdrowia, a także emocje i obawy z nim związane, wcześniejsze doświadczenia własne lub bliskich osób, oczekiwania wobec systemu opieki zdrowotnej oraz to, jak choroba wpływa

³ J. Doroszewski, 2019, *Odmiany języka medycyny* [w:] M. Kulus, A. Doroszevska, M. Chojnacka-Kuraś (red.), *Językowe, prawne i dydaktyczne aspekty porozumiewania się z pacjentem*, Warszawa, s. 13–22. Książka dostępna na stronie: <https://publikacje.pan.pl/dlibra/journal/136632>

⁴ Nie pochodzą z rzeczywistych rozmów, o czym będzie mowa poniżej, mogłyby jednak w takich rozmowach się pojawić.

⁵ E. Balint, 1969, *The possibilities of patient-centered medicine*, „J. R. Coll. Gen. Pract.” nr 17(82), s. 269–276; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2236836/?page=1>

na codzienne życie pacjenta.⁶ Poznanie perspektywy jest niezbędne, by planując postępowanie terapeutyczne, uwzględnić przekonania, obawy, możliwości i oczekiwania chorego, a także, by włączyć go w podejmowanie decyzji o sposobie leczenia, w którym główną rolę odgrywają wartości ważne dla pacjenta. Pomaga to w sposób precyzyjny wybrać rodzaje badań diagnostycznych i wpływa korzystnie na przestrzeganie przez pacjentów zaleceń.⁷ W ten sposób odpowiednia komunikacja przekłada się na aspekt finansowy opieki zdrowotnej – wykonywane badania diagnostyczne są lepiej dobrane, wyniki leczenia lepsze ze względu na większy odsetek pacjentów przestrzegających zaleceń, a tym samym odnotowuje się mniej wizyt lekarskich.⁸ Poznaniu perspektywy pacjenta podczas wizyty u lekarza sprzyja aktywne słuchanie, w tym m.in. parafrazy, odzwierciedlenia, klaryfikacje, a także pytania otwarte oraz powstrzymanie się od przerywania wypowiedzi pacjenta.⁹ Odpowiednia relacja z pacjentem i komunikacja przyczyniają się do większej satysfakcji z opieki,¹⁰ a u lekarzy – z pracy, a przeciwdziałają frustracji,¹¹ zmniejszają liczbę skarg pacjentów,¹² sprzyjają również bardziej efektywnemu wykorzystaniu czasu podczas wizyty.¹³ Podsumowując, kompetencje komunikacyjne pozwalają z jednej strony uwzględnić potrzeby chorych, z drugiej chronią personel medyczny przed frustracją i skargami. Ma to więc wpływ na wynik leczenia i, szerzej, aspekt finansowy systemu ochrony zdrowia.

⁶ J. Silverman, S. Kurtz, J. Draper, 2018, *Umiejętności komunikowania się z pacjentami*, Kraków, s. 127–137.

⁷ S. Górski, 2018, *Komunikacja w wywiadzie lekarskim* [w:] M. Nowina Kopka, W. Feleszko, Ł. Małecki (red.), *Komunikacja medyczna dla studentów i lekarzy*, Kraków, s. 80.

⁸ S. Trzeciak, A. Mazzarelli, 2019, *Compassionomics: The Revolutionary Scientific Evidence that Caring Makes a Difference*, Pensacola.

⁹ S. Górski, 2018, *Komunikacja w wywiadzie lekarskim* [w:] M. Nowina Kopka, W. Feleszko, Ł. Małecki (red.), *Komunikacja medyczna dla studentów i lekarzy*, Kraków, s. 78–80.

¹⁰ A. Boissy, A.K. Windover, D. Bokar, M. Karafa, K. Neuendorf, R.M. Franke, J. Merlino, M.B. Rothberg, 2016, *Communication Skills Training for Physicians Improves Patient Satisfaction*, „J. Gen. Intern. Med.” nr 31(7), s. 755–761.

¹¹ J. Silverman, S. Kurtz, J. Draper, 2018, *Umiejętności komunikowania się z pacjentami*, Kraków, s. 48.

¹² T.E. Adamson, W.H. Bunch, D.C. Baldwin, A. Oppenberg, 2000, *The virtuos orthopaedist has fewer malpractice suits*, „Clinical Orthopaedics and Related Research” nr 378, s. 104–109.

¹³ S. Trzeciak, A. Mazzarelli, 2019, *Compassionomics: The Revolutionary Scientific Evidence that Caring Makes a Difference*, Pensacola.

PACJENT W CENTRUM ROZMOWY – KSZTAŁCENIE KOMPETENCJI KOMUNIKACYJNYCH NA WARSZAWSKIM UNIWERSYTECIE MEDYCZNYM

Zmiany społeczne, w tym przede wszystkim zmieniające się postawy pacjentów, którzy chcą być traktowani jako partnerzy interakcji, rozpowszechnienie modelu opieki skoncentrowanej na pacjencie, lepszy dostęp do wiedzy medycznej nie tylko dla profesjonalistów, ale dla każdej osoby zainteresowanej tym tematem, wyniki badań potwierdzające wpływ komunikacji na efektywność postępowania terapeutycznego sprawiły, że w programach kształcenia na kierunkach medycznych pojawiły się zajęcia rozwijające umiejętność budowania relacji i prowadzenia rozmowy. Od kilku lat także polskie uczelnie medyczne wprowadzają obowiązkowe zajęcia z komunikacji. Można wyróżnić dwa główne cele tego kształcenia, a mianowicie rozwijanie empatycznej postawy wobec chorych, a także rozwijanie konkretnych umiejętności komunikacyjnych.

Główne koncepcje programu nauczania w zakresie komunikacji zakładają, że podstawą umiejętności jest wiedza, a także, że w pierwszej kolejności należy rozwijać umiejętności proste, związane z mniejszym ładunkiem emocjonalnym, a następnie bardziej złożone, uwzględniając przy tym różne sytuacje, które wywołują silne emocje, takie jak frustracja czy złość pacjenta lub konieczność przekazania przez lekarza niepomysłnej informacji. Proces kształcenia z komunikacji powinien być także rozłożony w czasie; rozpoczynać się na początku studiów medycznych i trwać aż do ostatniego roku. Zalecenia te zostały przedstawione m.in. w *Rekomendacjach Polskiego Towarzystwa Komunikacji Medycznej dotyczących kształcenia kompetencji komunikacyjnych na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym*.¹⁴

Powyżej opisane założenia stoją u podstaw programu nauczania w zakresie komunikacji, który od 2018 roku jest realizowany na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym. Pierwsze zajęcia z komunikacji studenci na kierunku lekarskim mają na II roku, potem na III i na VI roku. Na IV i V roku umiejętności komunikacyjne są rozwijane podczas zajęć klinicznych. Na VI roku zajęcia z komunikacji odbywają się w Centrum Symulacji Medycznych. Podczas tych zajęć studenci ćwiczą równocześnie wykonywanie określonych czynności medycznych z koniecznością radzenia sobie w sytuacjach trudnych z punktu widzenia interpersonalnego.

¹⁴ M. Borowczyk, M. Chojnacka-Kuraś, A. Doroszewska, A.K. Jankowska, Z. Kowalski, M. Libura, M. Małecki, A. Stalmach-Przygoda, *Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Komunikacji Medycznej dotyczące kształcenia kompetencji komunikacyjnych na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym*, Bydgoszcz, Kraków, Olsztyn, Poznań, Warszawa, marzec 2021, dokument dostępny na stronie: <https://komunikacjamedyczna.pl/wp-content/uploads/2021/03/ConsensusPTKM2.pdf> [dostęp 12 lipca 2021 r.].

Celem artykułu jest ukazanie, w jaki sposób umiejętności komunikacyjne, które są przedmiotem nauczania w ramach zajęć z komunikacji medycznej, pomagają sprawować opiekę nad pacjentem. Poniżej opisałyśmy wybrane umiejętności komunikacyjne, które są rozwijane w trakcie kształcenia z komunikacji medycznej i zaprezentowałyśmy, w jaki sposób spożytkowują je studenci w prowadzonych przez siebie rozmowach.

Przed ćwiczeniami mającymi kształtować umiejętności studenci mają wykłady, których celem jest zapoznanie z podstawami teoretycznymi związanymi z budowaniem relacji i komunikacją z pacjentami, a także komunikacją w zespole terapeutycznym. Założenia metodyczne oraz organizacja tych zajęć została opisana w książce *Językowe, prawne i dydaktyczne aspekty porozumiewania się z pacjentem* pod redakcją M. Kulusa, A. Doroszewskiej i M. Chojnackiej-Kuraś.¹⁵

W celu zaliczenia wykładów, przed pierwszymi zajęciami praktycznymi, na których studenci ćwiczą najpierw umiejętności komunikacyjne w ramach dyskusji i pracy w małych grupach, potem podczas rozmów z symulowanymi pacjentami, studenci muszą napisać fragment rozmowy z pacjentem. Przygotowana rozmowa ma dotyczyć jednego wybranego tematu: motywowania pacjenta lub poradzenia sobie z jego oczekiwaniami, które są trudne do zaspokojenia. Zgodnie z poleceniem praca ma mieć nie mniej niż 100 i nie więcej niż 300 słów. W celu utrwalenia wybranych umiejętności komunikacyjnych są one wskazane w formularzu zadania jako te, które muszą być wykorzystane w rozmowie. W zależności od wybranego tematu rozmowy wymagane jest spożytkowanie elementów związanych z podanymi wcześniej umiejętnościami komunikacyjnymi. Przygotowując pracę mającą na celu motywowanie pacjenta, studenci muszą użyć umiejętności takich jak: pytanie otwarte, stwierdzenie odzwierciedlające, dowartościowanie, podsumowanie. Punktem odniesienia są umiejętności opisane przez Williama R. Millera i Stephena Rollnicka w książce poświęconej dialogowi motywującemu.¹⁶ Pisząc rozmowę, w której zadaniem lekarza jest poradzenie sobie z oczekiwaniami pacjenta, studenci mają dowiedzieć się więcej o problemie chorego, okazać zrozumienie, zapewnić o chęci pomocy oraz przedstawić tok myślenia specjalisty. Te elementy służą utrwaleniu schematu postępowania w takich sytuacjach opisanego przez Ł. Małeckiego.¹⁷

Źródłem przykładów podanych w artykule są prace 578 studentów II roku kierunku lekarskiego, przygotowane w roku akademickim

¹⁵ M. Kulus, A. Doroszevska, M. Chojnacka-Kuraś (red.), 2019, *Językowe, prawne i dydaktyczne aspekty porozumiewania się z pacjentem*, Warszawa. Książka dostępna na stronie: <https://publikacje.pan.pl/dlibra/journal/136632>

¹⁶ W.R. Miller, S. Rollnick, 2014, *Dialog motywujący. Jak pomóc ludziom w zmianie*, Kraków.

¹⁷ Ł. Małecki, 2018, *Radzenie sobie z oczekiwaniami pacjenta* [w:] M. Nowina Konopka, W. Feleszko, Ł. Małecki (red.), *Komunikacja medyczna dla studentów i lekarzy*, Kraków, s. 123–140.

2020/2021. Są to zatem opracowania napisane przez studentów dopiero zaczynających przygodę z nauką komunikacji medycznej. Napisanie rozmowy ma być pierwszym ćwiczeniem, w którym studenci mają za zadanie ubrać w konkretne słowa i zdania treści wypowiedziane do pacjenta, a także wykorzystać umiejętności, o których była mowa podczas wykładów, do odpowiedniej reakcji na zachowanie pacjenta. Taka forma ma oczywiście ograniczenia, nie sprawdza komunikacji w bezpośrednim kontakcie z pacjentem, przedstawia sytuację wyobrażoną, wobec tego nie wiemy, jak w rzeczywistości zareagowałby pacjent i co by odpowiedział. W pracy pisemnej nie widzimy także mowy niewerbalnej, jeżeli student jej nie opisał i nie wiemy, z jaką intonacją głosu wypowiedziane byłyby opisane zdania. Przygotowanie pracy, w której student ma rozpisać dialog między specjalistą a pacjentem, stanowi punkt wyjścia późniejszych rozmów, które odbywają się podczas ćwiczeń i sprawdza się jako pierwsze ćwiczenie mobilizujące do stworzenia konkretnych wypowiedzi.

Prezentowane poniżej fragmenty prac zawierają wybrane sformułowania obrazujące, jak można, wykorzystując określone umiejętności komunikacyjne, prowadzić rozmowę w taki sposób, by komunikacja służyła wymianie perspektyw i budowaniu wspólnego spojrzenia na problem chorego, a także by wzmacniała u pacjenta poczucie, że jest w centrum opieki. W przytoczonych fragmentach prac została zachowana oryginalna pisownia.

PACJENT W CENTRUM ROZMOWY – KOMUNIKACJA NIEWERBALNA

Nawiązanie kontaktu z pacjentem odbywa się w sposób niewerbalny i werbalny. Do niewerbalnych form zainicjowania wizyty zalicza się kontakt wzrokowy, gest zapraszający pacjenta do gabinetu, wstanie z krzesła, podanie ręki. Do werbalnych form kontaktu należy przywitanie się z pacjentem, słowa zaproszenia do gabinetu, przedstawienie się.¹⁸

Omawiane prace studentów są zadaniami pisemnymi, dlatego nie jest możliwe przeanalizowanie, jak student zaplanowałby pierwsze chwile w gabinecie lekarskim, zwłaszcza elementy dotyczące komunikacji niewerbalnej. Wielu studentów uwzględniło jednak również ten aspekt w swoich zadaniach, dając dodatkowy opis do sytuacji, w której odbywa się przygotowana rozmowa:

Specjalista przygotował odpowiednie pomieszczenie do rozmowy z pacjentką oraz wyłączył telefon.

Rozmowa ma miejsce w pustym gabinecie lekarskim.

¹⁸ A. Kocurek, B. Kowalska, 2018, *Inicjowanie konsultacji* [w:] M. Nowina Konopka, W. Feleszko, Ł. Małecki (red.), *Komunikacja medyczna dla studentów i lekarzy*, Kraków, s. 49–55.

Studenci podkreślali także, że relacja zaczyna się w chwili zaproszenia pacjenta do gabinetu:

Przejdźmy proszę do gabinetu, żeby spokojnie porozmawiać. Proszę usiąść.
Dzień dobry, zapraszam do gabinetu. Proszę tutaj usiąść (lekarzka pokazuje dłonią na krzesło, na którym może usiąść pacjentka).

W jednej z prac student przy każdej wypowiedzi wskazywał na elementy komunikacji niewerbalnej:

Dzień dobry, Pani XI! (podaje rękę) Zapraszam, proszę usiąść (gestem wskazuje miejsce przed sobą).

W wielu pracach studenci rozpoczynali rozmowę od przedstawienia się:

Dzień dobry, nazywam się dr Kowalska, jestem neurologiem.

Warto także zwrócić uwagę, że studenci wskazywali na niewerbalne sposoby okazywania pozytywnej postawy wobec pacjenta:

Dzień dobry (lekarzka się uśmiecha). Co Panią sprowadza do mnie? Proszę opowiedzieć.

Uwzględnienie opisanych powyżej elementów, mimo że nie były one jasno wskazane w wytycznych do przygotowania pracy, świadczy o tym, że duża część studentów ma świadomość, jak ważne są odpowiednie otoczenie, atmosfera rozmowy, a także elementy komunikacji niewerbalnej.

PACJENT W CENTRUM ROZMOWY – KOMUNIKACJA WERBALNA. AKTYWNE SŁUCHANIE

Do podstawowych umiejętności komunikacyjnych, które pokazują, że uwaga lekarza jest skupiona na pacjencie, należy aktywne słuchanie. Badania pokazują, że w trakcie zbierania wywiadu lekarze przerywają wypowiedzi pacjenta średnio po 18–23 sekundach.¹⁹ Zbyt mała liczba informacji może w większym stopniu utrudnić ustalenie diagnozy niż ich nadmiar. Aktywnym słuchaniem lekarz okazuje pacjentowi, że słucha, sprawdza, czy dobrze zrozumiał wszystkie informacje przekazane przez chorego, weryfikuje, co dla pacjenta jest szczególnie istotne. Może być

¹⁹ H.B. Beckman, R.M. Frankel, 1984, *The effect of physician behavior on the collection of data*, „Ann. Intern. Med.” nr 101(5), s. 692–696; M.K. Marvel, R.M. Epstein, K. Flowers, H.B. Beckman, 1999, *Soliciting the patient’s agenda: have we improved?*, „JAMA” nr 281(3), s. 283–287.

ono wyrażone w formie niewerbalnej i werbalnej. Niewerbalne okazywanie pacjentowi, że jest słuchany przejawia się jako chwila ciszy zachęcająca go do dalszego mówienia, utrzymywanie kontaktu wzrokowego, otwarta postawa ciała, a także gesty potakiwania.²⁰

Niewerbalne przejawy aktywnego słuchania zostały wyrażone w pracach studentów w następujący sposób:

Lekarz uśmiechnął się i lekko skinął głową.
Nic nie mówi, kiwa głową.

Do werbalnych form aktywnego słuchania należą partykuły *uhm*, *aha*, a także stosowanie parafraz, odzwierciedleń, o których mowa poniżej.

PARAFRAZY

Parafrazy to krótkie podsumowania tego, co pacjent powiedział. Ważne, by nie były dosłownym powtórzeniem, lecz by lekarz wypowiadał je własnymi słowami. Dzięki parafrazom chory przekonuje się, że lekarz go słuchał, zrozumiał, ma możliwość dodania istotnej informacji lub poprawienia czegoś, co zostało zrozumiane niezgodnie z intencją. Studenci często wykorzystywali parafrazy w swoich pracach, formułując je w następujący sposób:

Widzę, że ma Pani duże wsparcie ze strony męża.
Pewnie zastanawia się Pan jak teraz będzie wyglądało pana życie.
Widzę, że bardzo się Pani stara i zależy Pani na zadbanie o swoje zdrowie. Jednocześnie ma Pani problem z radzeniem sobie ze stresem.
Słyszę, że boi się pan tego, że nie będzie pan w stanie kontynuować pracy, przez co pana sytuacja materialna będzie zła.
Rozumiem, że dla Pana jest to duża zmiana i nie wie Pan od czego zacząć.
Rozumiem, że podejmowała Pani wielokrotne próby stosowania się do zaleceń żywieniowych o których Pani ostatnio mówiłem. Ponadto martwi się Pani o to, że Pani zdrowie może ucierpieć, ze względu na życie rodzinne.
Stara się Pani przestrzegać diety, ale ciężko jest Pani stosować się do zaleceń ze względu na brak czasu.
Z tego co Pani mówi, wynika, że doświadcza Pani paru różnych problemów. Martwi się Pani o wytrwałość w powrocie do zdrowia (...). Martwi się Pani również, że Pani powrót do zdrowia może również sprawić problemy swojej rodzinie.

Parafrazy studenci budują w taki sposób, że odwołują się do tego, co usłyszeli w wypowiedzi pacjenta (*widzę, słyszę, że...*) lub używając stwierdzeń, podsumowują to, co chory powiedział. Należy jednak pod-

²⁰ S. Górski, 2018, *Komunikacja w wywiadzie lekarskim* [w:] M. Nowina Konopka, W. Feleszko, Ł. Małecki (red.), *Komunikacja medyczna dla studentów i lekarzy*, Kraków, s. 70–71.

kreślić, że nie ma tu dosłownych powtórzeń słów pacjenta, powtarzana jest treść wypowiedzi. Istotne jest także to, że parafraza odnosi się do sytuacji, o której mówił pacjent, nie zawiera informacji dodawanych przez lekarza.

Często pomocne jest zastosowanie parafrazy z upewnieniem się, czy lekarz dobrze zrozumiał perspektywę pacjenta. Takie połączenie parafrazy z pytaniem pokazuje poniższy fragment pracy:

Rozumiem, że nowa sytuacja spowodowała, że ma Pan teraz bardzo ciężką drogę do pokonania. Wydaje się ona na tyle trudna, że nie potrafi pan sobie jeszcze tego teraz wyobrazić, ponieważ wszystkie te trudności są dla Pana zupełnie nowe. Czy mniej więcej dobrze zrozumiałam Pana obecną sytuację?

ODZWIERCIEDLENIA

Budowaniu relacji, okazaniu zrozumienia i empatii służą także odzwierciedlenia. Są to wypowiedzi, w których lekarz nazywa emocje, o których mówił pacjent, krótko podsumowuje spostrzeżenia czy opinie chorego. W toku kształcenia umiejętności komunikacyjnych zwracamy na to uwagę, wskazując, że często są one bardziej trafne niż krótkie powiedzenie: *aha, rozumiem pana* bez odniesienia się do tego, co zostało powiedziane. W pracach studentów można znaleźć następujące przykłady odzwierciedleń:

Widzę, że jest Pan zaniepokojony.

To musi być niezwykle nużące.

Widzę, że odczuwa pan niechęć do tego pomysłu.

Wszystko wydaje się Panu dość przytłaczające.

Jest Pani zaangażowana w tę zmianę.

Widzę, że czuje się Pani sfrustrowana.

Przeraża panią to, że nie potrafi pani zapanować nad chęcią zjedzenia słodyczy.

Podobnie jak w parafrazie, formułując odzwierciedlenie, lekarz odnosi się do tego, co mówił pacjent. W odzwierciedleniu, jak widać to w powyższych przykładach, znajduje się nazwanie czyjejś emocji, obawy, myśli czy postawy. Pojawia się zatem podsumowanie, interpretacja, wnioski. Odzwierciedlenie, nazywające np. emocję, stanowi swego rodzaju odbicie, niczym w lustrze, sytuacji, o której mówi chory. Może to sprawić, że pacjent spojrzy na swoją sytuację z innej perspektywy, usłyszy, zauważy pewne rzeczy, których wcześniej nie widział. Słyszac odzwierciedlenie, chory może też upewnić się, że lekarz go słuchał i rozumiał.

DOWARTOŚCIOWANIA

Dowartościowanie to sformułowanie, w którym lekarz docenia starania pacjenta, by dbać o swoje zdrowie. To staranie może się przejawiać w tym, że chory zaczął myśleć o zmianie w stylu życia, która jest korzystna z punktu widzenia zdrowia, w tym, że pacjent zaczął poszukiwać informacji, jak może poprawić swoje samopoczucie, ale też w tym, że mimo trudności wynikających np. z sytuacji zawodowej przestrzega zaleceń lekarskich. Znaczenie dowartościowań w komunikacji oraz motywowaniu pacjentów do przestrzegania zaleceń, podejmowania wysiłku na rzecz zmiany sprzyjającej zdrowiu podkreślają m.in. W.R. Miller i S. Rollnick.²¹ Wplecenie do rozmowy dowartościowania jest jednym z zadań studentów, którzy piszą rozmowę mającą na celu motywowanie pacjenta.

Widzę, że pomimo pandemii jest Pan jak zawsze ambitny i sumienny.

Widzę, że jest w Pani dużo motywacji by jednak zmienić swoje nawyki.

Widzę, że się Pani bardzo stara i jest zdeterminowana, aby zredukować masę ciała skoro udało się wprowadzić zmiany w jadłospisie i stosować zaleconą aktywność.

Bardzo prosiłabym Panią o wytrwałość. Na razie świetnie Pani idzie i jeżeli uda się pozostać przy zaproponowanych przeze mnie rozwiązaniach uda się skutecznie zmniejszyć masę ciała, a wtedy pomyślimy, aby wprowadzić inne rodzaje aktywności fizycznej, które będą Pani sprawiać radość.

To imponujące, że tak pan do tego podchodzi. Rzucenie palenia to naprawdę dobra decyzja, a pozytywne myśli na pewno będą sprzyjały leczeniu.

Dyskutując ze studentami o dowartościowaniach, podkreślamy, że muszą być autentyczne, czyli muszą odnosić się do rzeczywistych starań, które podjął pacjent. Jeśli zdarzy się, że są „na wyrost”, np. *na pewno będzie Pani świetną matką* wypowiedziane w pierwszych minutach kontaktu z położnicą, przypominają technikę manipulacyjną i wielu pacjentów może wyczuć fałsz lub nieszczerłość takiej wypowiedzi. Należy podkreślić, że przytoczone przykłady dowartościowań z prac studentów odnosiły się do treści wypowiedzianych wcześniej przez pacjenta.

PYTANIA OTWARTE

Dobra rozmowa z pacjentem to przede wszystkim stworzenie odpowiednich warunków do opowiedzenia przez chorego o sytuacji, w której się znajduje i związanych z nią emocjach, a także oczekiwaniach. Od rodzaju zadawanych pytań zależy, jakie informacje lekarz uzyska. Pytania otwarte i zamknięte są bardzo istotne podczas wizyty i umożliwiają wydobycie różnych informacji. Pytania zamknięte służą do uzyskania kon-

²¹ W.R. Miller, S. Rollnick, 2014, *Dialog motywujący. Jak pomóc ludziom w zmianie*, Kraków.

kretniej odpowiedzi, zwykle zawartej w jednym słowie lub dwóch. Są więc bardzo pomocne przy poszukiwaniu szczegółowych, konkretnych informacji, np. czy chory jest na czczo, czy bierze jakieś leki, czy miał operację. Na początku wizyty, przy poznawaniu punktu widzenia i odczuć (perspektywy) pacjenta, gdy lekarz chce się zorientować, z jakimi problemami zgłasza się pacjent, istotną rolę odgrywają pytania otwarte. Dzięki pytaniom tego rodzaju pacjent ma szansę opowiedzieć historię swojej choroby w szerszej perspektywie, uwzględniającej jego życie zawodowe czy rodzinne. Pozwala to lekarzowi uzyskać większą liczbę informacji obrazujących problem medyczny pacjenta w kontekście całego życia chorego. Przekłada się to na większą efektywność procesu diagnostycznego. Dłuższe odpowiedzi na pytania otwarte umożliwiają także lekarzowi wychwycenie ważnych sygnałów, które mogą pojawić się podczas wypowiedzi pacjenta, zarówno werbalnych, jak i niewerbalnych. Dzięki pytaniom otwartym lekarz może ponadto poznać słownictwo, jakim posługuje się pacjent, co pomaga mu na dalszym etapie wizyty dobrać język dostosowany i zrozumiały dla pacjenta. Pytania otwarte angażują pacjenta w przebieg wizyty, nadają spotkaniu charakter wizyty skoncentrowanej na chorym, podczas której ważne jest, aby pacjent nie pozostawał bierny. Sygnalizują pacjentowi, że jego aktywna postawa jest pożądana, a informacje, które wnosi do wywiadu są ważne i dobrze, że o nich mówi.²²

W analizowanych pracach studentów pytania otwarte odgrywały ważną rolę. Pojawiały się one zarówno na początku wizyty:

Dzień dobry, w czym mógłbym panu pomóc?,
Proszę mi powiedzieć, dlaczego przyszedł Pan dzisiaj do mnie?,

jak i na jej dalszych etapach:

Mogłaby pani opowiedzieć mi więcej o dziecie, którą stosuje oraz o ewentualnych suplementacjach?

Pytania otwarte mogą być pomocne w angażowaniu pacjenta w proces leczenia i służyć do wzbudzenia jego motywacji, gdy za ich pomocą profesjonalista będzie chciał wydobyć od pacjenta jego pomysły na rozwiązanie trudności z wdrożeniem zaleceń w życie, zamiast przedstawiać swoje propozycje w formie wykładu. Studenci mieli świadomość, jak bardzo jest to pomocne i stosowali pytania otwarte w tym celu w swoich pracach. Pojawiały się takie wypowiedzi:

Widzę, że sprawia to Pani dużo bólu. Jak Pani myśli co mogłoby Pani pomóc w tej sytuacji?

²² J. Silverman, S. Kurtz, J. Draper, 2018, *Umiejętności komunikowania się z pacjentami*, Kraków, s. 140–148.

Czy myślała Pani nad jakimiś rozwiązaniami, które ułatwiłyby pogodzenie pracy ze stosowaniem się do diety?

Pojawiały się także sformułowania zachęcające pacjenta do współpracy oraz pokazujące mu, że nie jest sam w procesie leczenia, że specjalista będzie mu towarzyszył na wszystkich etapach „działań na rzecz zdrowia”:

Może przejdziemy przez wszystkie moje rady jeszcze raz i zobaczymy jak możemy mały kroki wprowadzić odpowiednie nawyki w Pani życie?

PACJENT W CENTRUM ROZMOWY DZIĘKI ODPOWIEDNIEMU JEZYKOWI

W komunikacji z pacjentem bardzo ważne jest, aby lekarz dbał o odpowiedni język rozmów. Posługiwanie się przez lekarza językiem medycznym sprawia, że pacjent nie rozumie, o czym jest mowa. Nawet chorzy mający wykształcenie medyczne często podkreślają, że wiedza medyczna podczas choroby nie pomaga zrozumieć własnej sytuacji, że potrzebują wyjaśnień i wsparcia tak samo jak każdy chory. W ten sposób ujęła to jedna z lekarek chorujących na nowotwór badanych przez T. Chmielewską-Ignatowicz:

Nie chcę nikogo obwiniać ani usprawiedliwiać, ale ktoś, kto mówi taką diagnozę musi zrozumieć sytuację pacjenta... nie ważne, że pacjent jest lekarzem... w tej chwili jest pacjentem, który chce wiedzieć, co robić dalej...²³

Należy pamiętać, że chory nie zawsze dopyta, by zrozumieć, o czym mowa, ze względu na obawy, czy nie zostanie uznany za osobę niekompetentną. Dlatego tak ważne jest, aby język profesjonalisty był dostosowany do pacjenta. W rozmowie z chorym lekarz powinien zatem posługiwać się językiem potocznym, naturalnym, który jest zrozumiały dla danego chorego. Dążąc do zrozumienia sytuacji, w której znajduje się pacjent, jest cenne, by lekarz poznał, w jaki sposób pacjent opisuje swój świat. W tym miejscu warto nawiązać do prac J. Bartmińskiego, który pisał o perspektywie, definiując ją jako całościowy efekt ujmowania przedmiotu pod różnymi, uzupełniającymi się względami. Ten termin pojawia się w tym tekście wielokrotnie, w komunikacji medycznej odpowiada mu określenie *perspektywa pacjenta*. Rozmawiając z pacjentem, warto, by lekarz usłyszał, jaki jest jego punkt widzenia, jak chory opisuje swój świat, w którym doświadcza określonych problemów medycznych. Zwracając się do pacjenta, lekarz może odwoływać się do tego sposobu postrzegania

²³ T. Chmielewska-Ignatowicz, 2018, *Lekarz jako pacjent onkologiczny. Analiza narracji [w:] Współczesne problemy w naukach o zdrowiu*, Warszawa, s. 27–40.

świata, wykorzystywać słownictwo, którym posługuje się pacjent. Może to wyrazić na przykład w taki sposób:

A więc myśli Pani o swojej chorobie jako o cieniu, który zawsze będzie Pani towarzyszył.

Dzięki temu pacjent będzie czuł, że rozmowa, a za tym pomoc, której udziela lekarz, jest dostosowana do tej konkretnej sytuacji i potrzeb chorego. W literaturze z zakresu komunikacji medycznej określane jest to jako nawiązywanie do perspektywy pacjenta i szczególnie zalecane na etapie uzgadniania planu postępowania terapeutycznego. A. Stalmach-Przygoda podkreśla, że:

takie nawiązanie umożliwi prawdziwy dialog w trakcie konsultacji medycznej. Pokazuje to pacjentowi, że przedstawione przez niego treści zostały wysłuchane i potraktowane ze zrozumieniem. Zarazem też jest ważnym elementem zaangażowania pacjenta w leczenie, ponieważ skłania go do uczestniczenia – w ramach jego roli i kompetencji – w procesie podejmowania decyzji dotyczących sposobu postępowania.²⁴

Powyżej jest mowa o pewnym założeniu stosowania języka zrozumiałego dla pacjenta, w praktyce może się jednak okazać, że mimo starań pewne kwestie pozostają dla chorego niejasne. Aby temu zapobiec, w procesie nauczania rozwijana jest także umiejętność „tnij i sprawdzaj”, a zatem zalecenie, by lekarz dzielił informacje na mniejsze części i sprawdzał, czy pacjent je właściwie zrozumiał.²⁵ Studenci byli świadomi ważności tego aspektu, co znalazło odzwierciedlenie w ich pracach:

Pacjent: Ale Pani Doktor, nie rozumiem, dlaczego ten cholesterol wzrósł? Lekarz: Proszę sobie wyobrazić, że cholesterol jest drobkami tłuszczu pływającymi we krwi. Źródłem tego tłuszczu są spożywane pokarmy. To znaczy, że im tłustsze pokarmy Pan spożywa, tym szybciej poziom cholesterolu będzie się podnosił. (...) Proszę powiedzieć, czy na ten moment wszystko jest jasne?

W opisanym przykładzie lekarz, używając potocznego języka, tłumaczy wyniki badań, upewniając się na koniec, czy na pewno wszystko jest dla pacjenta jasne. W innej pracy student zwrócił uwagę na to, aby przekazując skomplikowaną informację, zapewnić pacjenta, że zaraz zostanie mu ona dokładnie wyjaśniona: „Zaraz to rozpiszę i wytłumaczę”. W ten sposób uprzedza pytania i uspokaja pacjenta.

ZAKOŃCZENIE

²⁴ A. Stalmach-Przygoda, 2018, *Wyjaśnianie i planowanie* [w:] M. Nowina Konopka, W. Feleszko, Ł. Małecki (red.), *Komunikacja medyczna dla studentów i lekarzy*, Kraków, s. 99–114.

²⁵ Ibidem.

W artykule zaprezentowałyśmy główne umiejętności komunikacyjne, które sprzyjają kształtowaniu sytuacji wizyty skoncentrowanej na pacjencie, przedstawiliśmy również, w jaki sposób studenci pierwszych lat wykorzystują je w swoich pierwszych, wyobrażonych rozmowach z chorymi. Szczegółowa analiza treści rozmów wykracza poza ramy artykułu. Dzięki tym umiejętnościom i zwracaniu uwagi na język, którego lekarz używa podczas wizyty, pacjent jest otoczony właściwą opieką, dostosowaną do jego indywidualnej sytuacji. Rozmowa staje się dialogiem, w którym obie strony przyjmują aktywną i uważną postawę. Pozwala to lekarzowi poznać świat pacjenta, zrozumieć, jakiej pomocy chory potrzebuje, co wpływa na satysfakcję obu stron, a także zapewnia bezpieczeństwo pacjenta, ma to bowiem wpływ na dobór właściwego postępowania terapeutycznego. Jak powiedział George Bernard Shaw: „największym problemem w komunikacji jest iluzja, że do niej doszło”.

Bibliografia

- E. Balint, 1969, *The possibilities of patient-centered medicine*, „The Journal of the Royal College of General Practitioners” nr 17(82), s. 269–276; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2236836/?page=1>
- J. Bartmiński, 1990, *Punkt widzenia, perspektywa, językowy obraz świata* [w:] J. Bartmiński (red.), *Językowy obraz świata*, Lublin, s. 109–127.
- H.B. Beckman, R.M. Frankel, 1984, *The effect of physician behavior on the collection of data*, „Annals of Internal Medicine” nr 101(5), s. 692–696.
- A. Boissy, A.K. Windover, D. Bokar, M. Karafa, K. Neuendorf, R.M. Frankel, J. Merlino, M.B. Rothberg, 2016, *Communication Skills Training for Physicians Improves Patient Satisfaction*, „J. Gen. Intern. Med.” nr 31(7), s. 755–761; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4907940/>
- M. Borowczyk, M. Chojnacka-Kuraś, A. Doroszevska, A.K. Jankowska, Z. Kowalski, M. Libura, M. Małecki, A. Stalmach-Przygoda, *Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Komunikacji Medycznej dotyczące kształcenia kompetencji komunikacyjnych na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym*, Bydgoszcz, Kraków, Olsztyn, Poznań, Warszawa, marzec 2021; <https://komunikacjamedyczna.pl/wp-content/uploads/2021/03/ConsensusPTKM2.pdf> [dostęp 12 lipca 2021 r.].
- T. Chmielewska-Ignatowicz, 2018, *Lekarz jako pacjent onkologiczny. Analiza narracji* [w:] *Współczesne problemy w naukach o zdrowiu*, Warszawa, s. 27–40.
- B. Chwieralska, M. Witt, 2018, *Podstawy komunikacji z pacjentem* [w:] M. Nowina Konopka, W. Feleszko, Ł. Małecki (red.), *Komunikacja medyczna dla studentów i lekarzy*, Kraków, s. 11.
- J. Doroszewski, 2019, *Odmiany języka medycyny* [w:] M. Kulus, A. Doroszevska, M. Chojnacka-Kuraś (red.), *Językowe, prawne i dydaktyczne aspekty porozumiewania się z pacjentem*, Warszawa, s. 13–22; <https://publikacje.pan.pl/dlibra/journal/136632>

- S. Górski, 2018, *Komunikacja w wywiadzie lekarskim* [w:] M. Nowina Konopka, W. Feleszko, Ł. Małecki (red.), *Komunikacja medyczna dla studentów i lekarzy*, Kraków, s. 70–80.
- M. Kulus, A. Doroszevska, M. Chojnacka-Kuraś (red.), 2019, *Językowe, prawne i dydaktyczne aspekty porozumiewania się z pacjentem*, Warszawa; <https://publikacje.pan.pl/dlibra/journal/136632>
- A. Kocurek, B. Kowalska, 2018, *Inicjowanie konsultacji* [w:] M. Nowina Konopka, W. Feleszko, Ł. Małecki (red.), *Komunikacja medyczna dla studentów i lekarzy*, Kraków, s. 49–55.
- Ł. Małecki, 2018, *Radzenie sobie z oczekiwaniami pacjenta* [w:] M. Nowina Konopka, W. Feleszko, Ł. Małecki (red.), *Komunikacja medyczna dla studentów i lekarzy*, Kraków, s. 123–140.
- M.K. Marvel, R.M. Epstein, K. Flowers, H. Beckman, 1999, *Soliciting the patient's agenda: have we improved?*, „Journal of the American Medical Association” nr 281(3), s. 283–287.
- W.R. Miller, S. Rollnick, 2014, *Dialog motywujący. Jak pomóc ludziom w zmianie*, Kraków.
- J. Silverman, S. Kurtz, J. Draper, 2018, *Umiejętności komunikowania się z pacjentami*, Kraków.
- A. Stalmach-Przygoda, 2018, *Wyjaśnianie i planowanie* [w:] M. Nowina Konopka, W. Feleszko, Ł. Małecki (red.), *Komunikacja medyczna dla studentów i lekarzy*, Kraków, s. 99–114.
- S. Trzeciak, A. Mazzarelli, 2019, *Compassionomics: The Revolutionary Scientific Evidence that Caring Makes a Difference*, Pensacola.

Patient in the centre of conversation on the example of medical students' assignments

Summary

This paper presents the main assumptions of patient-centred care, which emphasises the importance of getting to know and taking into account the patient's perspective throughout the treatment process. The aim of this study is to demonstrate how communication skills, which are taught as part of classes in medical communication, facilitate the provision of patient-centred care. The paper discusses selected communication skills and presents fragments of students' assignments demonstrating the practical application of the acquired skills. The studies provide examples of utterances fostering the exchange of perspectives and building of a common look at the patient's problem and reinforcing the patient's sense of being in the centre of care.

Keywords: communication in medicine – patient-centred care – language of medicine – medical education.

Trans. Monika Czarnecka

WYRAŻENIE CERTYFIKAT „SUPER HOSPA” I JEGO ROLA W KSZTAŁTOWANIU OBRAZU OPIEKI PALIATYWNEJ WE WSPÓŁCZESNYM DYSKURSIE MEDYCZNYM

WPROWADZENIE

W prezentowanym artykule chciałabym skoncentrować się na jednej z wielu relacji łączących język i medycynę, która zasługuje w moim przekonaniu na to, aby stać się obiektem refleksji językoznawczej z zakresu semantyki leksykalnej, zwłaszcza tej zorientowanej kognitywnie. Mając na uwadze zależność między językiem i postrzeganiem rzeczywistości,¹ a także częściową nieprzystawalność specjalistycznych i niespecialistycznych znaczeń słów, zamierzam opisać to, jak sposób mówienia (wyrażający określone wartościowanie, powielający lub przelamujący schematy zawarte w konwencjonalnych połączeniach wyrazowych) wpływa na nasz

¹ W skrócie można ująć tę zależność tak: w języku utrwalona jest pewna intersubiektywna interpretacja rzeczywistości (wspólna dla większości członków danej wspólnoty językowo-kulturowej, nierzadko uproszczona, stereotypowa, ukazująca perspektywę „normalnej” większości). Tę interpretację można też poprzez język kształtować, dobierając określone środki językowe (np. jednostki leksykalne czy konstrukcje gramatyczne), które wywołują u odbiorcy takie skojarzenia, na jakich nadawcy zależy. Nie chodzi mi tu wyłącznie o funkcję perswazyjną języka, lecz także o działania podyktowane względami poznawczymi i uwzględniające perspektywę osób dotkniętych stereotypowym myśleniem większości społeczeństwa. Przykładem takiego świadomego posługiwania się językiem jest język inkluzywny, którego stosowanie wyraża wrażliwość nadawcy na potrzeby grup narażonych na dyskryminację (ze względu m.in. na stan zdrowia, orientację seksualną czy pochodzenie). Jako ilustrację przywołam choćby takie zalecenia jak stosowanie wyrażen: *osoba z niepełnosprawnością* (zamiast *niepełnosprawny, inwalida* lub *kaleka*), *osoba z chorobą dwubiegunową* (zamiast *schizofrenik, dwubiegunowy* czy *wariat*), *osoba w kryzysie bezdomności* (zamiast *bezdomny*). Por. m.in. M. Bańko, J. Linde-Usiekniewicz, M. Łaziński, 2020, *Rekomendacje dotyczące języka niedyskryminującego na Uniwersytecie Warszawskim*, Warszawa; A. Jędrzejczak, A. Bodnar (red.), 2021, *Poradnik: Jak pisać i mówić o grupach narażonych na dyskryminację. Etyka języka i odpowiedzialna komunikacja*, Warszawa.

sposób myślenia o jednej z nowszych dziedzin medycyny, jaką jest medycyna paliatywna, i o hospicjum jako miejscu, w którym realizuje się ta forma opieki nad chorym.

Przedstawione w artykule refleksje mają dwutorowy przebieg, wyznaczony przez dwa cele, jakie sobie stawiam. Pierwszym i nadrzędnym zadaniem jest analiza nazwy wyróżnienia przyznawanego przez Fundację „Rak’n’Roll” najlepszym polskim hospicjom: *Certyfikat „Super HoSpa”*.² Szczególnie będzie mnie interesować trzeci element tej nazwy – neologizm *hospa*. Wyrażenie to traktuję formalnie jako złożenie kontaminacyjne, a na poziomie pojęciowym jako amalgamat kognitywny. Metodologicznie odwołuję się zatem do teorii integracji pojęciowej Gillesa Fauconniera i Marka Turnera [2002], w praktyce korzystam z interpretacji i opracowań Agnieszki Libury [2007; 2010]. W amalgamacie HOSPA³ widzę próbę metamorfozy pojęcia HOSPICJUM poprzez zaskakujące zestawienie go ze strukturą pojęciową SPA: odległą, niepasującą (niestosowną?), odmienną pod wieloma względami, a jednak przywołaną i twórczo wykorzystaną do stworzenia nowego słowa i nowego pojęcia.

Aby pokazać, na czym ta metamorfoza polega, potrzebuję punktu odniesienia w postaci zastanego, utrwalonego w polszczyźnie obrazu hospicjum i opieki paliatywnej, a także – z drugiej strony – treści kojarzonych z wyrażeniem *spa*. Stąd moim drugim celem jest przywołanie utrwalonych wyrażeń z rzeczownikami *hospicjum* i *spa* (pozyskanych na podstawie danych leksykograficznych i korpusowych). Rekonstrukcji wspomnianej metamorfozy i ocenie wpływu amalgamatu *hospa* na kształtowanie obrazu opieki paliatywno-hospicyjnej we współczesnym polskim dyskursie medycznym poświęcona będzie zasadnicza część tego studium.

CZYM JEST CERTYFIKAT „SUPER HOSPA”?

„Super HoSpa” to jeden z programów realizowanych przez Fundację „Rak’n’Roll”, założoną w 2009 r. przez Magdę Prokopowicz. Jak czytamy na stronie Fundacji:

² Jest to tytuł nadawany przez Fundację „Rak’n’Roll” hospicjom, które spełniają określone, wysokie standardy opieki nad chorymi, są miejscami przyjaznymi pacjentom. Samo wyróżnienie oraz jego nazwa zostały zaprojektowane przez Kapsydę Kobro-Okolowicz (prezes Fundacji „Rak’n’Roll”) przy współpracy z księdzem Janem Kaczkowskim, założycielem Puckiego Hospicjum pw. św. Ojca Pio.

³ Zgodnie z konwencją przyjętą w literaturze przedmiotu, m.in. przez Agnieszkę Liburę [2010], domeny pojęciowe (rozumiane jako struktury poznawcze; także przestrzenie wyjściowe tworzące amalgamat) zapisuję wersalikami (por. HOSPICJUM), wyrażenia językowe zapisuję kursywą (por. słowa *hospicjum*, *hospa*), pismo proste zaś stosuję w odniesieniu do zjawisk pozajęzykowych (kiedy piszę np. o hospicjum jako elemencie rzeczywistości).

Od samego początku naszym celem było stworzenie **nowej jakości w sposobie mówienia o raku w przestrzeni publicznej. Przełamywanie tabu związanego z podejściem do raka w Polsce**, зараżanie pozytywną energią. Dzięki idei Rak'n'Roll kobiety chore na raka zaczęły walczyć o swoją kobiecość w chorobie i o to, aby chorować godnie, leczyc się świadomiej.⁴

W powyższym stwierdzeniu istotne jest dla mnie to, że działalność Fundacji jest nakierowana na zmianę sposobu mówienia o chorobie nowotworowej. Dotyka zatem spraw języka i tego, jak poprzez słowa można tworzyć (kształtować) wyobrażenie o chorobach – po to, aby wesprzeć osoby chorujące, aby wygospodarować dla nich przestrzeń w społecznej świadomości i w dyskursie.

Osoby zaangażowane w prowadzenie Fundacji zdają sobie sprawę z tego, że w zmienianiu schematów myślenia Polaków o chorobach onkologicznych, o życiu z rakiem i o przejściu w ostateczną fazę nieuleczalnej choroby język odgrywa rolę zasadniczą.⁵ Stąd też zaskakujące, wyraziste, chwytliwe nazwy inicjatyw podejmowanych przez Fundację „Rak'n'Roll”. Dla przykładu wymienię kilka nazw programów wspierających kobiety chorujące na raka (poruszające m.in. tematykę wyglądu, życia seksualnego i macierzyństwa w kontekście choroby) oraz kampanii profilaktycznych skierowanych do mężczyzn, przełamujących tabu i zachęcających panów do badań i mówienia o męskim zdrowiu: *Daj włos!*, *Pięknotyse*, *KancerSutra*, *Boskie Matki*, *Gadaj*Badaj*, *WigRak*. *Zrób to #Dla JAJ*. Programom tym towarzyszą promujące je hasła, wykorzystujące elementy rymowanek, nawiązania do aforyzmów, a także słownictwo potoczne, nawet wulgarne (por. *Kto nie wypina, tego wina; Rozmawiasz z kumplami o dupach? Pogadaj o swojej⁶*).

Jedną z takich inicjatyw jest właśnie „Certyfikat Super HoSpa – wybór Fundacji Rak'n'Roll”. Pomysłodawcy tego programu wśród swoich intencji wymieniają przede wszystkim chęć przełamania (czy też „od-

⁴ Źródło: <https://www.raknroll.pl/fundacja/idea/> [dostęp: 12.07.2021].

⁵ Stereotypowe myślenie o opiece hospicyjnej przejawia się nie tylko w świadomości Polaków. Historia medycyny paliatywnej na świecie (m.in. w Wielkiej Brytanii, gdzie w 1967 r. Cicely Saunders, pielęgniarka po studiach medycznych, założyła pierwszy nowoczesny ośrodek opieki paliatywnej – funkcjonujące do dziś w Londynie Hospicjum Świętego Krzysztofa, patrona podróży) pokazuje, z jakimi uprzedzeniami w samym środowisku medycznym musieli się zmagać twórcy tej nowej dyscypliny. Szczególnie silna była niechęć onkologów, nastawionych na aktywną, bezwzględną walkę z rakiem, dla których śmierć pacjenta była porażką – osobistą i całej medycyny. Por. S. Mukherjee, *Cesarz wszech chorób. Biografia raka*, Wołowiec 2013, s. 273–275.

⁶ Są to hasła związane z profilaktyką raka prostaty i jąder, odwołujące się do sposobu przeprowadzenia badania i lokalizacji potencjalnych zmian nowotworowych. Wszystkie nazwy i hasła opracowane na potrzeby działalności Fundacji „Rak'n'Roll” są intrygujące i zasługują na dokładniejszy opis. Niestety na tej ogólnej charakterystyce muszę teraz poprzestać. W dalszej części artykułu skoncentruję się na analizie i interpretacji nazwy certyfikatu „Super HoSpa”.

czarowania”) stereotypu hospicjum jako miejsca smutnego, kojarzonego wyłącznie ze śmiercią – miejsca, z którego się już nie wraca.⁷ Przekonują, że są w kraju hospicja, w których chorobę, życie i śmierć postrzega się inaczej i że na ideę takich miejsc warto patrzeć szerzej:

W ramach programu fundacja Rak’n’Roll certyfikuje **hospicja przyjazne pacjentom**. Akcję zainicjowano po to, aby przełamywać stereotypy dotyczące chorób nowotworowych, jako tych oznaczających wyrok śmierci. Inicjatywa ma również na celu osvajanie z doświadczaniem terminalnego etapu choroby nowotworowej. Oznacza on oczywiście **perspektywę zbliżającej się śmierci**, tyle że w hospicjach z certyfikatem Super HoSPA **ten etap choroby i życia pacjenta objęty jest wszechstronną, profesjonalną i pełną empatii opieką**.⁸

Ten certyfikat jest wyrazem naszego **szacunku dla hospicjów**, które istnieją od wielu, wielu lat, i o pracy których średnio mamy pojęcie. Jako Fundacja Rak’n’Roll postanowiliśmy zrobić coś szalenie prostego: wyciągnąć je na powierzchnię, pokazać, że **one są i że w nich ludzie żyją** – powiedziała podczas uroczystości wręczenia nagrody Kapsyda Kobro, prezes fundacji Rak’n’Roll.⁹

Jak dotąd Fundacja „Rak’n’Roll” nagrodziła certyfikatem trzy placówki. Jako pierwsze w 2014 r. tytuł ten otrzymało prowadzone przez ks. Jana Kaczkowskiego Puckie Hospicjum pw. św. Ojca Pio. Miejsce to było dla fundacji inspiracją, urzeczywistnieniem pewnego ideału, a dla innych placówek stało się wzorem. W 2015 r. nagrodzone zostały także: Hospicjum „Cordis” w Katowicach oraz Fundacja „Hospicjum Onkologiczne św. Krzysztofa” w Warszawie.¹⁰ Certyfikat „Super HoSpa” stał się potwierdzeniem najwyższych standardów opieki paliatywnej w Polsce. Taki obraz wyłania się m.in. z listu ówczesnej prezydentowej Anny Komorowskiej z okazji jubileuszu 5-lecia istnienia puckiego hospicjum stacjonarnego:

Z całego serca gratulujemy Hospicjum uzyskania **wyróżnienia, jakim jest certyfikat Super HoSpa**, który będzie od teraz nadawany również innym hospicjom przyjaznym pacjentom. Państwa placówka **zasłużyła w pełni na tę nagrodę, która staje**

⁷ Takie asocjacje dobitnie realizują się w potocznym określeniu *umieralnia* (które może także odnosić się do szpitali, w których brakuje należytej troski i opieki) czy w wyrażeniu *oddać kogoś do hospicjum*. Obu tym określeniom mocno sprzeciwił się ksiądz Jan Kaczkowski. Przyznawał wprawdzie, że temat śmierci jest w hospicjum obecny, ale podkreślał przy tym, że to nie śmierć, a życie jest w opiece paliatywnej najważniejsze, że istotą hospicjum jest afirmacja życia, intensywne obecność u kresu drogi [por. Kaczkowski, Jabłońska, 2017, *Żyć aż do końca. Instrukcja obsługi choroby*, Warszawa].

⁸ Źródło: <https://www.raknroll.pl/co-robimy/programy/super-hospa/> [dostęp: 12.07.2021].

⁹ Źródło: <https://www.haloursynow.pl/artykuly/ursynowskie-hospicjum-nagrodzone-przez-fundacje-ra,3574.htm> [dostęp: 13.07.2021].

¹⁰ Zastanawiające jest, że od 2015 r. żadna placówka nie otrzymała tego wyróżnienia (a przynajmniej ja nie zdołałam dotrzeć do takich informacji).

się w tym momencie swoistym znakiem jakości i wyznacza wysokie standardy opieki hospicyjnej.¹¹

W tym miejscu warto sprecyzować, czym jest opieka paliatywna. Jako wprowadzenie do tej tematyki polecam artykuł Urszuli Kurczewskiej, Magdaleny Jasińskiej i Darii Orszulak-Michalak [2010] – porządkujący terminy (takie jak: *medycyna paliatywna*, *opieka paliatywna*, *leczenie objawowe czy jakość życia*), definicje sformułowane przez Światową Organizację Zdrowia (zmieniające się na przestrzeni lat), historię i organizację opieki paliatywnej w Polsce oraz związane z tym zagadnieniem społeczne wyobrażenia.¹² Opieka paliatywna jest tu scharakteryzowana jako „wszechstronna opieka nad pacjentem z postępującą i zaawansowaną chorobą, u którego rokowanie jest ograniczone, a najważniejszym celem jest poprawa jakości życia chorego i jego rodziny” [Kurczewska, Jasińska, Orszulak-Michalak 2010, 93].

Z perspektywy mojej wypowiedzi szczególnie ważne jest to, że autorki zdają sobie sprawę z istnienia stereotypu związanego z opieką paliatywną. Jego źródłem jest m.in. dychotomiczne przekonanie znacznej części społeczeństwa, że: medycyna to leczenie (aktywne działanie lekarzy mające na celu wyleczenie chorego lub poprawę jego stanu zdrowia), a opieka to brak leczenia (pasywna postawa, „nic więcej nie można zrobić”). To założenie prowadzi do wniosku, że nie ma formy pośredniej: albo pacjenta się leczy (i wtedy jest nadzieja na wyzdrowienie, zgodnie z prostym scenariuszem choroby), albo rezygnuje się z leczenia na rzecz opieki paliatywnej (i wtedy nie ma już nadziei na wyzdrowienie).¹³ Opieka pa-

¹¹ Źródło: <https://www.prezydent.pl/archiwum-bronislawa-komorowskiego/pierwsza-dama/wypowiedzi-pierwszej-damy/listy/art,272,list-pierwszej-damy-z-okazji-jubileuszu-5-lecia-istnienia-hospicjum-stacjonarnego-pw-sw-ojca-pio-w-pucku.html> [dostęp: 13.07.2021].

¹² O opiece paliatywnej w kontekście lingwistycznym i komunikacyjnym pisała ostatnio Małgorzata Karwatowska [2019].

¹³ Przypomina to myślenie o ostrej granicy oddzielającej zdrowie od choroby [por. Domaradzki 2013]. Tymczasem tak jak bycie zdrowym / chorym jest kwestią stopniowalną (i oczywiście zależną od przyjętej definicji tych pojęć), tak i formy sprawowania opieki nad pacjentem tworzą pewne kontinuum, przenikają się w zależności od typu i fazy choroby, ogólnego stanu pacjenta itd. Skojarzenia z aktywnością i biernością przekładają się na stosowanie w języku ogólnym słów *medycyna*, *leczenie* i *opieka* w kontekście paliatywnym. Sąd, że opieka paliatywna to nie jest medycyna, wynikać może częściowo z nieterminologicznego znaczenia przymiotnika *paliatywny* ‘łagodzący objawy choroby, ale nieusuwający jej przyczyn’, ‘taki, który tylko łagodzi, ale nie jest właściwym rozwiązaniem problemu’ [por. definicje w *Wielkim słowniku języka polskiego*: <https://www.wsjp.pl>]. Formalne uporządkowanie tych terminów jest następujące: *medycyna paliatywna* jest specjalizacją medyczną (nakierowaną na leczenie objawowe i całościowe podejście do pacjenta), a *opieka paliatywna* (czy też paliatywno-hospicyjna) jest specjalizacją pielęgniarstwa (zorientowaną na pomoc pacjentom w zaawansowanej, źle rokującej chorobie) [por. Kurczewska, Jasińska, Orszu-

liatywna kojarzy się przede wszystkim z onkologią i jest rozumiana jako wyczerpanie możliwości, jakie daje „normalna, prawdziwa” medycyna. To wywołuje lęk i opór pacjentów oraz ich rodzin przed „pójściem / oddaniem kogoś bliskiego do hospicjum”. Tymczasem opieka paliatywna (jako działania medyczne i pielęgnacyjne) nie obejmuje wyłącznie osób chorujących na raka i nie sprowadza się tylko do łagodzenia objawów w terminalnej fazie choroby:

(...) coraz częściej wprowadzana jest stopniowo, jeszcze w okresie aktywnego leczenia lub w okresie stosowania terapii przedłużającej życie, jednocześnie z chirurgią, chemioterapią, radioterapią, czy hormonoterapią i może pozytywnie wpłynąć na przebieg choroby” [Kurczewska, Jasińska, Orszulak-Michalak 2010, 93].

BUDOWA NAZWY CERTYFIKAT SUPER HOSPA

Każda z części tej trójczłonowej nazwy jest nośnikiem wartościowania i składa się na końcowy pozytywny wydźwięk.

Rzeczownik *certyfiikat* oznacza w języku ogólnym zaświadczenie stwierdzające jakość danego produktu (jego zgodność z przyjętą normą, bezpieczeństwo użytkowania itd.) bądź potwierdzające czyjeś kompetencje w jakiejś dziedzinie.¹⁴ Z opisów zamieszczonych na stronie fundacji można wnioskować, że w odniesieniu do omawianego wyróżnienia słowo *certyfiikat* wskazuje zarówno na panujące w hospicjum warunki i jakość oferowanej opieki, które są zgodne z przyjętymi kryteriami, jak i na wysokie kompetencje osób tworzących to miejsce (pracowników, specjalistów, wolontariuszy, którzy mają odpowiednie umiejętności, wiedzę, podejście do pacjentów itd.). Drugi segment nazwy, przymiotnik *super*, wyraża kodowo bardzo pozytywną ocenę czegoś. Należy do rejestru potocznego polszczyzny i jego obecność w oficjalnej nazwie certyfikatu może zastanawiać. Wziąwszy jednak pod uwagę styl porozumiewania się Fundacji „Rak’n’Roll” ze społeczeństwem, można to odczytać jako sygnał pewnej swobody i naturalności w mówieniu o hospicjum.

Najciekawszym członem nazwy jest słowo *hospa*. Pod względem budowy słowotwórczej zaliczam je do złożeń kontaminacyjnych. Mechanizm kontaminacji jako sposobu tworzenia compositów (odpowiadający mniej

lak-Michalak 2010]. W praktyce zarówno lekarze specjaliści, jak i pielęgniarce wyspecjalizowane w opiece paliatywnej tworzą zespół (razem z fizjoterapeutami i psychologami), który otacza pacjenta wielowymiarową opieką (słowo *opieka* oddaje tu istotę relacji łączącej personel medyczny z pacjentem). O medycznych i etycznych aspektach opieki paliatywnej, zwłaszcza w terminalnej fazie choroby (z uwzględnieniem szpitala i hospicjum jako miejsc, w których rozgrywa się dramat śmierci), w poruszający sposób pisze Zbigniew Szawarski w studium *Jak umiera człowiek? Etyka i problemy opieki terminalnej* [2001].

¹⁴ Por. definicje w WSJP [<https://www.wsjp.pl>].

więcej temu, co w literaturze angielskojęzycznej opisuje się terminem *blending*) polega na „nierespektowaniu reguł morfologicznych w procesie dezintegracji obu podstaw złożenia lub jednej z nich” [Waszakowa 2017, 93]. Proces ten związany jest przede wszystkim z warstwą brzmieniową łączonych wyrazów i powstałego z nich wyrażenia [por. Nagórko 2007]. W teorii G. Fauconniera i M. Turnera takie struktury nazywane są *amalgamatami leksykalnymi* lub *formalnymi* [por. Libura 2010, 129–131]. Struktura *hospa* powstała z nałożenia się na siebie dwóch wyjściowych wyrazów: *hospicjum* i *spa*.¹⁵ Proces ten można zrekonstruować tak: ucięcie cząstki *-icjum* z pierwszego słowa (*hospicjum*) – albo pozostawienie z niego wyłącznie cząstki *ho-* (*hospiejum*) – i dodanie całego słowa *spa*. Skłaniałabym się ku pierwszej interpretacji dekompozycji słowa *hospicjum*; wtedy segment *-sp-* jako część wspólna obu jednostek wyjściowych byłby węzłem kontaminacji. Miejsce, w którym zaczyna się komponent *-Spa* jest wyróżnione graficznie: w oficjalnym logo certyfikatu segment *-Spa* jest zapisany wielką literą i pogrubiony. W tekstach dotyczących tego wyróżnienia przeważają zapisy *hoSpa* albo *Super HoSpa*.

Pod względem gramatycznym nowa struktura *hospa* nie jest w pełni ustabilizowana. Znalazłam kilka użyć, w których słowo *hospa* jest odmieniane formalnie, np. za pomocą końcówki *-y* w dopełniaczu l.poj. i bierniku l.mn. (por. *przyznać komuś certyfikat Super HoSpy, wyłapać hospy*) czy *-e* w miejscowniku l.poj. (por. *robota przy Super HoSpie*). Jednak w przeważającej większości kontekstów wyrażenie *hospa* pozostaje nieodmienne formalnie w obu liczbach, tak jak leksem *spa* (*hospicjum* odmienia się funkcjonalnie tylko w liczbie pojedynczej), od obu wyjściowych rzeczowników przejmując rodzaj nijaki.

Budowa formalna neologizmu *hospa* jest dla mnie uzewnętrznionym sygnałem operacji stapiania pojęć, prowadzącej do wyłonienia się nowej struktury poznawczej. W analizowanych tekstach nie spotkałam w zasadzie sformułowania informującego wprost, że certyfikatem wyróżnia się „hospicja, które są jak spa”. Opisy nagrodzonych placówek (m.in. pracujących w nich ludzi, ich podejścia do pacjentów, sposobu sprawowania opieki, ale także wyglądu budynku itd.) przynoszą bardzo złożoną charakterystykę miejsc realizujących ideę opieki paliatywnej i zasługujących na miano *hospa*. Przykładem niech będzie ten fragment, z konieczności

¹⁵ Słowo to jest różnie zapisywane, zarówno w nazwach ośrodków oferujących usługi pielęgnacyjne, jak i w tekstach o tej tematyce (m.in. *Spa, SPA, spa*). W tym artykule przyjąłam zapis *spa* i traktuję ten wyraz jako rzeczownik populary. Jest kilka koncepcji wskazujących na pochodzenie słowa *spa* (*Spa, SPA*), m.in. że wywodzi się od nazwy belgijskiego miasta Spa, w którym występowały lecznicze wody termalne, albo że jest skrótem od łacińskiego wyrażenia *sanus per aquam* ‘zdrowy przez wodę’. O etymologii, zmianach znaczeniowych i funkcjonowaniu tego słowa w polszczyźnie pisze Maciej Malinowski na swoim blogu *Obcy język polski*; <https://obcyjezykpolski.pl/spa> [dostęp: 15.07.2021].

obszerny, w którym puckie super hospa (nagrodzone certyfikatem) zestawione jest ze „zwykłym” hospicjum:

Czym różni się Super HoSpa od innych, „powszednich” hospicjów? Lista jest długa, ja wymienię kilka cech, które nas, ludzi Rak’n’Rolla zaskoczyły i zachwyciły. Zaczę od ludzi, bo to oni stworzyli i tworzą to miejsce, pod dowództwem wyjątkowego człowieka w koloratce. Co ich wyróżnia? Na tle markotnego i stale rozdrażnionego społeczeństwa polskiego, są kontrastowo **spokojni, uśmiechnięci, życzliwi i żartobliwi**. Wśród nich wielu z wyrokami. Tutaj przechodzą swoistą resocjalizację. W miejscu, gdzie **wartość życia widać jak na dłoni**, pokorniej nawet najbardziej rogate charaktery. Inni pracownicy – **wyjątkowi, dobrzy ludzie, wnoszą w to miejsce swoje doświadczenie, wiedzę i życzliwość. Zarazają dobrocią**. Przekraczając próg tego domu, **wkraczamy do świata, gdzie szacunek i godność są słowami, których brzmienie wypełnia się treścią każdego dnia**.

Poranne pobudki z termometrem w uchu, dudniące drewniaki personelu medycznego, okrzyki „basen na dwunastkę!” i wreszcie uprzedmiotawiające zwroty: „odwróci się, rozbierze się, wciągnie powietrze...”, to przykłady znane każdemu, kto choć jeden dzień spędził w szpitalu. Tutaj w Puckim hospicjum nie ma na nie zgody. **Tutaj panuje personalizm. Tu mieszkają ludzie, którym należy się pełen szacunek i godność z racji tego, że są ludźmi!** Tutaj **poprawia się jakość życia**, które przecież składa się z drobiazgów. **W Super HoSpa dba się o to, by drobne czynności, gesty, relacje były po prostu normalne, by życie w ciężkiej chorobie było znośne, by człowiek do samego końca swojego bycia tu na Ziemi, mógł zachować godność.**¹⁶

Teksty, do których dotarłam, nie wyjaśniają jednak, co *spa* ma wspólnego z *hospicjum*. Poza samą nazwą certyfikatu, interpretującą tę nazwę wypowiedział ks. Kaczkowski, że: „dążeniem hospicjum powinno być stanie się czymś w rodzaju... hospicyjnego spa” [Kaczkowski, Jabłońska 2017, 159] i powtarzanym określeniem *hospicja przyjazne pacjentom* odbiorca nie dostaje bezpośrednich wskazówek, jak ma „rozgrzyźć” to dziwne zestawienie. Musi to zadanie rozwiązać sam. Cały proces rozkodowania siatki integracji pojęciowej rozwija się na poziomie wiedzy i skojarzeń na temat zjawisk nazywanych *hospicjum* i *spa*.

Warto jeszcze zapytać, dlaczego akurat rzeczownik *spa* został wybrany do uzewnętrznienia jednej z przestrzeni tworzących omawiany amalgamat. W polu leksykalnym grupującym wyrażenia o podobnym znaczeniu (różnie akcentujących takie komponenty treściowe jak ‘wypoczynek’, ‘dbanie o zdrowie i urodę’) znajdują się m.in.: *sanatorium, uzdrowisko, kurort, pensjonat, salon piękności* itd. Decydującym czynnikiem jest oczywiście fonetyka: słowa *spa* i *hospicjum* pasują do siebie brzmieniowo, ich budowa pozwala na formalną integrację. Jednak cech semantycznych nie należy całkiem bagatelizować.

¹⁶ Źródło: Monika Dąbrowska, *Człowiek jest istotą godną. Także umierający człowiek*; <https://natemat.pl/blogi/prokopowicz/118143,czlowiek-jest-istota-godna-nawet-umierajacy-czlowiek> [dostęp: 14.07.2021].

HOSPICJUM I SPA JAKO WYRAŻENIA JĘZYKOWE

Zobaczmy więc, jakie treści przypisywane są systemowo jednostkom językowym reprezentującym stapiane przestrzenie pojęciowe.

Słowo *hospicjum* oznaczało dawniej ‘schronisko dla podróżnych, pielgrzymów, dom gościnny’ (od łac. *hospitium* ‘gospoda, gościnność’).¹⁷ Najnowsze słowniki polszczyzny ogólnej¹⁸ jako podstawowe znaczenie rzeczownika *hospicjum* podają znaczenie medyczne ‘placówka lecznicza’:

‘ośrodek dla nieuleczalnie chorych’ [SJP PWN];
 ‘specjalny ośrodek dla bezdomnych lub nieuleczalnie chorych, zapewniający im godne warunki życia i opiekę’ [ISJP];¹⁹
 ‘placówka zapewniająca opiekę lekarską i pielęgnarską ludziom nieuleczalnie chorym, mieszkającym w przeznaczonym dla nich budynku lub pozostającym we własnych domach’ [WSJP].²⁰

Definicje te w różnym stopniu utrwalają dwa zasadnicze elementy semantyczne: dla kogo przeznaczone jest hospicjum (jest to miejsce dla osób nieuleczalnie chorych) i jaki jest cel jego działalności (zapewnienie opieki i godnych warunków życia w końcowej fazie choroby; WSJP precyzuje, że chodzi o opiekę lekarzy i pielęgniarek, czym sygnalizuje wymiar medyczny i pielęgnacyjny opieki hospicyjnej). Co znamienne, śmierć – silnie kojarzona z hospicjum – jest w tych definicjach jedynie implikowana przez wyrażenie *nieuleczalna choroba*, *explicite* natomiast wyrażone jest życie (*godne warunki życia*).

Rzeczownik *spa* definiowany jest czynnościowo jako typ ‘zabiegów’:

‘zabiegi pielęgnacyjne mające na celu nawilżenie i odżywienie skóry; też: kosmetyki służące do takich zabiegów’ [SJP PWN];
 ‘ogół zabiegów, którym ludzie poddają się dla przyjemności, aby poprawić wygląd i stan zdrowia swojej skóry’ [WSJP].

oraz (na zasadzie przesunięcia metonimicznego) lokatywnie jako ‘ośrodek oferujący takie zabiegi’:

‘miejsce, w którym oferuje się zabiegi pielęgnacyjne mające na celu poprawę zdrowia i urody klienta oraz wprowadzenie go w stan relaksu’ [WSJP].

¹⁷ Zob. W. Kopaliński, 1994, *Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych*, Warszawa.

¹⁸ Wzięłam pod uwagę: *Słownik języka polskiego* PWN [SJP PWN: <https://sjp.pwn.pl>], *Inny słownik języka polskiego* pod red. M. Bańki [ISJP] i *Wielki słownik języka polskiego* pod red. P. Żmigrodzkiego [WSJP: <https://www.wsjp.pl>].

¹⁹ W ISJP definicja *hospicjum* zdaje się łączyć znaczenie medyczne z dawniejszym sensem wskazującym na miejsce dające schronienie potrzebującym.

²⁰ WSJP wymienia jeszcze znaczenie będące wynikiem przesunięcia metonimicznego ‘budynek, w którym mieści się hospicjum – placówka lecznicza’.

Definicje wskazują przede wszystkim na cel usługi, tj. pielęgnację skóry mającą poprawić jej wygląd i zdrowie (koncentrację na zewnętrznej powłoce ciała sygnalizują wyrażeniami: *skóra, zdrowie swojej skóry, uroda*), ale także *przyjemność* osoby korzystającej z takich zabiegów, poprawę samopoczucia, wprowadzenie *klienta* (nie: *pacjenta*) w *stan relaksu*. Widać, jak te treści różnią się od znaczenia przypisanego słowu *hospicjum*: z zabiegów *spa* korzysta się dla przyjemności, aby zrobić dla swojego ciała i samopoczucia coś miłego, a nie z konieczności wynikającej ze stopnia zaawansowania choroby.²¹

Różny stopień dostępności usług oferowanych przez *hospicjum* i *spa* wyraża się także w łączliwości obu wyrazów z czasownikami wprowadzającymi osobę, która ma być odbiorcą podejmowanych w tych ośrodkach działań. Do *hospicjum* można kogoś *skierować, przekazać, wysłać, zgłosić*; można *powierzyć kogoś pieczy hospicjum, zarejestrować kogoś w hospicjum*; ktoś do *hospicjum* *trafia, dostaje się, zostaje przyjęty*; ktoś *korzysta z opieki hospicjum, przebywa pod opieką hospicjum*. Te wyrażenia wyraźnie pokazują, że opieka hospicyjna jest zinstytucjonalizowana i nadzorowana przez system opieki medycznej, nie można z niej korzystać tak po prostu, dla przyjemności, tylko w sytuacji uzasadnionej medycznie; zwykle w tym procesie uczestniczą bliscy chorego, którzy są integralnym elementem opieki paliatywnej. Do *spa* natomiast można *wyjechać, udać się, wybrać się* (samodzielnie i w dowolnej chwili); można *zafundować sobie spa* (bo jest to usługa w pełni odpłatna) czy też *zrobić sobie domowe spa* (zadbać o swoje ciało w domu). Inne połączenia, które akcentują komercyjny charakter *spa* (że jest to określona oferta za określoną cenę), to m.in.: *weekend w spa, spa dla dwojga, wiosenne promocje spa, pakiet spa, bony podarunkowe do spa*.

HOSPICJUM I SPA JAKO PRZESTRZENIE POJĘCIOWE

Sporo uwagi poświęciłam ujętym różnicom między *hospicjum* i *spa*. Uważam je za ważny element analizy i interpretacji amalgamatu HOSPA. Rozbieżności te są bowiem czynnikiem motywującym proces dekodowania integracji – przychodzą na myśl jako pierwsze i są bodźcem do szukania powiązań mimo logicznych sprzeczności. O tej właściwości integracji pojęciowej tak pisze A. Libura [2007, 62]: „Struktury przestrzeni wyjściowych (...) często są zupełnie niezgodne, co pozwala na interesujące i twórcze rozwiązania”. Przejdźmy więc do odtworzenia struktur przestrzeni wyjściowych.

²¹ Tę odmiennosć potwierdza kwalifikacja tematyczna obu słów zaproponowana w WSJP: *hospicjum* ('choroby i ich leczenie' → 'miejsca i instytucje związane z leczeniem'), *spa* ('człowiek jako istota fizyczna' → 'pielęgnacja ciała' → 'czynności związane z pielęgnacją ciała i ich efekty').

Przestrzeń wyjściowa W1: HOSPICJUM (zrekonstruowana w odniesieniu do hospicjum stacjonarnego) organizowana jest przez ramy poznawcze: CHOROBA, ŚMIERĆ i OPIEKA MEDYCZNA. Wziąwszy pod uwagę przywołane dane słownikowe i konteksty, wyróżniam w niej następujące elementy:

- **pacjent**, podopieczny (nieuleczalnie chory, wymagający opieki),
- **personel** (zespół specjalistów: lekarze, pielęgniarki, fizjoterapeuci, psychologowie; wolontariusze, osoby duchowne),
- **rodzina** (bliscy chorego),
- **działania** nakierowane na całościowe funkcjonowanie pacjenta (opieka w wymiarze medycznym i pielęgnacyjnym: leczenie objawowe, pielęgnacja ciała, odżywianie, psychoterapia),
- **cel** działania (łagodzenie bólu i dolegliwości somatycznych towarzyszących terminalnej fazie choroby, zapewnienie godnych warunków chorowania i umierania),
- **nieokreślony czas** pobytu, zwykle wyznaczony przez moment śmierci pacjenta,
- opieka bezpłatna w ramach **systemu opieki medycznej**.

W przestrzeni pojęciowej W2: SPA (zrekonstruowanej w odniesieniu do ośrodka oferującego zabiegi pielęgnacyjne), organizowanej przez ramy poznawcze: PIĘKNO (URODA), ZDROWIE, PRZYJEMNE DOZWIĄZANIA ZMYSŁOWE, wyróżniam takie oto komponenty:

- **klient** (domyślnie człowiek zdrowy; sam lub z rodziną),
- **personel** (specjaliści: fizjoterapeuci, masażyści, kosmetolodzy, lekarze medycyny estetycznej; inni pracownicy),
- **działania** nakierowane na ciało (zabiegi kosmetyczne, masaże ciała, pielęgnacja skóry),
- **cel** działania (pielęgnacja ciała, poprawa wyglądu i zdrowia skóry, relaks, wypoczynek, dobre samopoczucie, poczucie komfortu, luksus, czerpanie przyjemności z życia),
- **określony czas** pobytu (raczej krótki; zakwaterowanie w hotelu),
- usługa komercyjna (określona **cena** za zabiegi).

Wyrażenia nazywające elementy w obu przestrzeniach pokazują, że mimo opisanych wcześniej różnic (dysanalogii) na pewnym poziomie uogólnienia (abstrahując od konkretnych realizacji) da się wskazać elementy wspólne dla obu przestrzeni pojęciowych (analogie). Tworzą one przestrzeń generyczną, w której wyodrębniłabym następujące składniki:

- **miejsce** (przestrzeń, w której znajdują się i działają aktanci),
- dwie podstawowe role aktantów: **pacjens** (odbiorca działań) i **agens** (działający, wykonawca czynności),
- **działania** podejmowane przez agensa dla dobra pacjensa,
- **relacja** łącząca agensa i pacjensa.

Tak nakreślona przestrzeń generyczna, pokazująca punkty stykowe między zestawionymi przestrzeniami wyjściowymi, jest bazą wyłaniającego się amalgamatu, który z obu przestrzeni wyjściowych czerpie określone elementy i organizuje je w nową strukturę.

HOSPA JAKO AMALGAMAT POJĘCIOWY I METAMORFOZA POJĘCIA HOSPICJUM

G. Fauconnier i M. Turner [2002] wyróżniają cztery podstawowe typy integracji pojęciowej: siatki simplex, siatki lustrzane, siatki jednozakresowe i siatki dwuzakresowe [por. Libura 2007, 55–63]. Wziąwszy pod uwagę proces integracji pojęciowej związanej z wyrażeniem *hospa*, można rozważyć siatkę jednozakresową i dwuzakresową, ponieważ w obu przestrzeni wyjściowe organizowane są przez różne ramy pojęciowe. Tym, co różnicuje te dwa typy siatek, jest sposób przenoszenia ram do przestrzeni amalgamatu. W siatkach jednozakresowych tylko jedna rama (dokładniej rama organizująca jedną przestrzeń) jest „transferowana do amalgamatu, aby określić strukturę nowej, zintegrowanej przestrzeni” [Libura 2007, 59], czym przypomina mechanizm działania metafory pojęciowej w ujęciu G. Lakoffa i M. Johnsona. W siatkach dwuzakresowych natomiast do amalgamatu przenoszone są częściowo ramy organizujące obie przestrzenie wyjściowe i tam, w strukturze amalgamatu, w wyniku stopienia pojęć „wylania się również struktura dodatkowa” [Libura 2007, 62].

W wypadku wyrażenia *hospa* na poziomie pojęciowym mamy do czynienia z integracją w postaci siatki dwuzakresowej. Jak wspomniałam, mechanizm integracji w omawianym przykładzie polega na połączeniu w nowej konfiguracji tylko niektórych elementów przestrzeni wyjściowych. Przestrzeń W1: HOSPICJUM nadaje amalgamatowi HOSPA ogólną konstrukcję: określa zasady funkcjonowania tego miejsca (warunki przyjmowania i pobytu pacjentów, cele i zakres podejmowanych działań), przypisuje aktantom role i zadania (rolę pacjenta, nieuleczalnie chorego, oraz role opiekujących się nim lekarzy, pielęgniarek, psychologów). Natomiast z przestrzeni W2: SPA przejmowane są komponenty – powiedziałabym – witalne, odcuciowe i estetyczne. Nakładają one dodatkowe, szczegółowe treści na tę ogólną konstrukcję zaczerpniętą z przestrzeni W1. Treści te dotyczą przede wszystkim sposobu działania pracowników spa (np. skupienia na jednostce, dbania o jej wygląd i samopoczucie) oraz tego, jak czuje się odbiorca tych działań, czyli osoba poddająca się przyjemnym zabiegom pielęgnacyjnym (m.in. odczucie komfortu, zadowolenia, zrelaksowania, czerpanie przyjemności z danej chwili).

Na podstawie zebranych tekstów mogę stwierdzić, że do amalgamatu HOSPA nie wchodzi komponenty komercyjne, dotyczące limitowania i wyceny świadczonych usług. Jest w nim za to obecne pozytywne wartościowanie, które zdaje się mieć dwa źródła. Z jednej strony (z przestrzeni W1) wynika z relacji między personelem hospicjum i pacjentem (dodatkowo oceniana jest troska i chęć niesienia pomocy, charakteryzująca opiekę paliatywną – sądzę, że nie tylko z założenia). Z drugiej zaś (za sprawą przestrzeni W2) akcentowane są życie (związane z nim przyjemności, chwile dobrego samopoczucia) oraz piękno (dostrzegane w człowieku, otoczeniu, wystroju wnętrzu itd.).

Istotnym składnikiem całej siatki integracji pojęciowej prowadzącej do powstania amalgamatu HOSPA, o którym warto jeszcze wspomnieć w nawiązaniu do wartościowania, są emocje. Scenariusz związany z opieką paliatywną (szczególnie perspektywa śmierci) wywołuje m.in. uczucie smutku.²² Jest ono zderzane z pozytywnymi emocjami kojarzonymi z pobytem w spa, choćby z radością. Jak zauważa A. Libura [2010, 166], w procesie integracji pojęciowej emocje pełnią różne funkcje. Mogą m.in. współtworzyć „globalny sens nowej struktury poznawczej powstającej w amalgamacji” i wyznaczać „strategie rozumowania”, które podpowiadają, w jakim kierunku można rozwijać amalgamat. Wydaje mi się, że coś takiego dzieje się w wypadku omawianego amalgamatu. Przestrzeń W2: SPA wprowadza do scenariusza opieki paliatywnej pozytywne emocje, z którymi interpretator musi coś zrobić. Próba usytuowania dobrych emocji w strukturze HOSPA prowokuje rozwój tego amalgamatu, sięganie do wszystkich (cały czas aktywnych) czterech przestrzeni i szukanie spójności. Pomocna jest w tym znajomość okoliczności powstania certyfikatu „Super HoSpa” i intencji jego twórców. A intencją tą było sprowokowanie społeczeństwa do tego, aby wyjść poza schemat myślenia o hospicjum, uruchomić inne, dobre skojarzenia i zacząć sobie wyobrażać, że to miejsce może wyglądać inaczej.

W wyniku opisanego procesu integracji pojęciowej dokonuje się metamorfoza pojęcia HOSPICJUM. Hospa staje się jakby typem hospicjum (odmianą placówki systemu opieki medycznej) o wyjątkowych cechach. Składają się one na obraz placówki idealnej: hospicjum, w którym pacjent jest w centrum uwagi, wykwalifikowy i życzliwy personel stara się mu dogodzić, otacza czułą opieką, pielęgnuje ciało, dba o wygląd i o sferę mentalną (emocje i duszę), zapewnia możliwie najwyższy komfort i – co szczególnie podkreślał ksiądz Kaczkowski – afirmuje każdą chwilę życia pacjenta, tu i teraz.

Na koniec oddam głos założycielowi pierwszego hospicjum z certyfikatem „Super HoSpa”, który choć trochę przybliży atmosferę panującą w tym miejscu:

W hospicjum znajdujemy się w samym centrum życia – nasi pacjenci nie tylko tu chorują i odchodzą, ale po prostu żyją, czyli na przykład spotykają się z tymi, z którymi przed laty zerwali wszelkie kontakty, i jedną się z nimi. Ale również walczą o majątki i oskarżają siebie o najgorsze rzeczy. Na ile możemy, staramy się dopomóc chorym i ich najbliższym, aby koncentrowali się na jasnej stronie życia i szukali zgody, nie odkładali ważnych rozmów, spotkań i spraw na później; skupiali się na

²² Dotykam tu bardzo złożonego problemu, jakim jest proces oswojania się z wiadomością o nieuleczalnej chorobie czy też proces przeżywania żałoby po śmierci bliskiej osoby, obejmujący m.in. etapy szoku, wyparcia, gniewu i dojmującego smutku [zob. Kübler-Ross 2002]. Nie mając możliwości wnikięcej głębiej w tę tematykę, zatrzymam się na poziomie uogólnienia, że hospicjum jest elementem scenariusza, w który wpisany jest smutek.

życiu tu i teraz. Ta koncentracja na terażniejszości przybiera czasem dość radykalne formy: w naszym hospicjum błogosławiłem kilku parom, nie zawsze młodym wiekiem, ale za to młodym duchem. Był ślub uroczysty: odbył się w naszej hospicyjnej kaplicy, z organistą, świadkami, obrączkami, kwiatami i tortem. (...) Tak ważny moment w życiu ludzi domaga się celebracji. Zresztą nie potrzeba ślubu, żeby któraś z naszych pacjentek chciała ufarbować włosy czy je ułożyć – ot, zwykle codzienne potrzeby. A w wieczór sylwestrowy, tuż po mszy świętej, otworzyliśmy szampana i wznieśliśmy toast [Kaczkowski, Jabłońska 2017, 154–155].

Aby zwiększyć świadomość społeczną w zakresie medycyny paliatywnej i opieki hospicyjnej, aby zachwiać stereotypem i „przeramować” myślenie, potrzeba przede wszystkim czasu. Ale niewiele się zmieni bez rzetelnego informowania,²³ bez dobrych przykładów i ludzi, którzy będą o tych wzorowych miejscach mówić głośno, nowym językiem. Pomysł z certyfikatem „Super HoSpa” jest jedną z odpowiedzi na te potrzeby.

Bibliografia

- M. Bańko, J. Linde-Usiekniewicz, M. Łaziński, 2020, *Rekomendacje dotyczące języka niedyskryminującego na Uniwersytecie Warszawskim*, Warszawa.
- J. Domaradzki, 2013, *O definicjach zdrowia i choroby*, „Folia Medica Lodziensia” 40 (1), s. 5–29.
- G. Fauconnier, M. Turner, 2002, *The Way We Think. Conceptual Blending and the Mind’s Hidden Complexities*, New York.
- ISJP – M. Bańko (red.), 2000, *Inny słownik języka polskiego*, Warszawa.
- J. Kaczkowski, K. Jabłońska, 2017, *Żyć aż do końca. Instrukcja obsługi choroby*, Warszawa.
- M. Karwatowska, 2019, *O komunikacji paliatywnej*, „Poradnik Językowy” z. 5, s. 32–41.
- A. Libura, 2007, *Amalgamaty kognitywne. Powstanie i rozwój koncepcji integracji pojęciowej* [w:] A. Libura (red.), *Amalgamaty kognitywne w sztuce*, Kraków, s. 11–66.
- A. Libura, 2010, *Teoria przestrzeni mentalnych i integracji pojęciowej. Struktura modelu i jego funkcjonalność*, Wrocław.
- W. Kopaliński, 1994, *Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych*, Warszawa.
- E. Kübler-Ross, 2002, *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, tłum. I. Doleżał-Nowicka, Poznań.
- U. Kurczewska, M. Jasińska, D. Orszulak-Michalak, 2010, *Opieka paliatywna w Polsce – wybrane zagadnienia. Część I. Założenia, organizacja i funkcjonowanie opieki paliatywnej*, „Opieka Farmaceutyczna” 66 (2), s. 93–100.

²³ Cennym źródłem informacji o tym, czym jest i na czym polega opieka paliatywna (w ramach systemu opieki medycznej), są nie tylko opracowania naukowe (m.in. prace polskich specjalistów w tej dziedzinie: Krystyny de Walden-Galuszko [2006], Jacka Luczaka [2011] czy Jerzego Jarosza [2005]), lecz także ogólnodostępne strony internetowe, takie jak: <https://www.zwrotniakraka.pl/opieka-paliatywna/>

- J. Jarosz, 2005, *Opieka paliatywna w onkologii*, „Polska Medycyna Paliatywna” 4(4), s. 137–143.
- A. Jędrzejczak, A. Bodnar (red.), 2021, *Poradnik: Jak pisać i mówić o grupach narażonych na dyskryminację. Etyka języka i odpowiedzialna komunikacja*, Warszawa.
- J. Łuczak, A. Kotlińska-Lemieszek, 2011, *Opieka paliatywna/hospicyjna/medycyna paliatywna*, „Nowiny Lekarskie” 80 (1), s. 3–15.
- S. Mukherjee, 2013, *Cesarz wszech chorób. Biografia raka*, Wołowiec.
- A. Nagórko, 2007, *Kontaminacje leksykalne – słowotwórstwo czy radosna tfurczość?*, „Przegląd Humanistyczny” 1, s. 203–210.
- SJP PWN – *Słownik języka polskiego PWN* [<https://sjp.pwn.pl>].
- Z. Szawarski, 2001, *Jak umiera człowiek? Etyka i problemy opieki terminalnej*, „Etyka” 34, s. 115–135.
- K. de Walden-Gałuszko, 2006, *Podstawy opieki paliatywnej*, Warszawa.
- K. Waszakowa, 2017, *Composita kontaminacyjne jako rezultaty procesów analogii i anomalii* [w:] P. Łozowski, A. Głaz (red.), *Route 66: from Deep Structures to Surface Meanings. A Festschrift for Henryk Kardela on his 66th Birthday*, Lublin, s. 93–109.
- WSJP – P. Żmigrodzki (red.), *Wielki słownik języka polskiego*; <https://www.wsjp.pl>

The expression Certyfikat „Super HoSpa” (“Super HoSpa” Certificate) and its role in shaping the image of palliative care in the modern medical discourse

Summary

This paper is an analysis of the expression *hospa*, which is a part of the name *Certyfikat „Super HoSpa”* (“*Super HoSpa*” Certificate), a distinction awarded to the best Polish hospices by the Rak’n’Roll Foundation. The neologism *hospa* is described in terms of its formal structure (as a contamination compound) and at the conceptual level (as a cognitive amalgam) using G. Fauconnier and M. Turner’s conceptual blending theory. Based on dictionary and corpus data as well as texts concerning hospices with the title “Super HoSpa”, the author reconstructs the representation of a patient-friendly hospice. What serves as a background for the description is the issues of palliative medicine and care and the stereotypical image of hospice established in the society, which the creators of the certificate are trying to “disenchant”, also through language.

Keywords: cognitive amalgam – contamination – hospice – palliative care – Super HoSpa certificate.

Trans. Monika Czarnecka

Lucyna Agnieszka Jankowiak
(Instytut Sławistyki PAN, Warszawa,
e-mail: lucyna.jankowiak@ispan.waw.pl)
ORCID: 0000-0003-1045-9539

O NAZWACH PADACZKI W POLSZCZYŹNIE XIX WIEKU

Padaczka, choroba towarzysząca człowiekowi od początku i wzbudzająca jego zainteresowanie [Black 2002; *Kronika* 1994; Zieliński 2004, 217–218], w XIX w. doczekała się nowych naukowych opisów. Choć już w starożytności zasugerowano jej związek z ośrodkowym układem nerwowym, to dopiero w XIX w. udowodniono tę koncepcję. Różne rodzaje epilepsji opisali m.in. L.F. Bravais, J.H. Jackson, A.J. Koźewnikow [Dzierżanowski 1983]. Padaczkę zaczęto też z powodzeniem leczyć, m.in. chirurgicznie (np. w latach 80. XIX w. V. Horsley dzięki operacji mózgu wyleczył 3 jej przypadki) i farmakologicznie (np. w 1857 r. T. Herpin i Ch. Locock leczyli ją, dopiero co odkrytymi, mającymi działanie uspokajające, solami bromu).

Za nowymi ustaleniami na temat tej choroby szły też liczne publikacje, również w języku polskim. Były to zarówno teksty oryginalne, jak i tłumaczone. Tym samym pojawiła się w XIX w. kwestia ujednoczenia słownictwa nazywającego samą chorobę, jej objawy (np. aurę czy napad) oraz nadania nazw nowo odkrytym aspektom tej choroby czy jej rodzajom.

Ogólne nazwy padaczki funkcjonowały w polszczyźnie od dawna. Ich trwałość np. w XV i XVI w., co już badano, była różna [Jankowiak 2020; Steczko 2002]. Dotąd nie opisano jednak nazw funkcjonujących w XIX w., dobie znacznego przecież rozwoju wiedzy o epilepsji.¹ A wówczas kwestie związane z nazywaniem tej choroby nałożyły się na XIX-wieczne dyskusje o polskiej terminologii medycznej w ogóle (związane z jej porządkowaniem) między dwiema szkołami terminologicznymi: krakowską (postulującą wykorzystanie nazw dawnych) i warszawską (apelującą o umiędzynarodowienie terminologii).

Celem niniejszego artykułu jest więc omówienie XIX-wiecznych synonimów *padaczki*, ale tylko ogólnych, tzn. nie uwzględniam nazw ro-

¹ O nazwach padaczki pisały też [Buława 2016a; 2016b; 2019, 69–90; Handke 2004; Olędzka 2020; Popowska-Taborska 1997].

dzajów padaczki (np. *padaczka nierozwinięta*) czy jakichś jej objawów (np. *wietrzyk padaczkowy*). Opisuję nazwy poświadczone w ówczesnych słownikach medycznych, w polskiej prasie medycznej, poradnikach medycznych i słownikach z językiem polskim.

Charakterystyka źródeł. Źródłem ściśle naukowej terminologii są XIX-wieczne słowniki medyczne wydane w Krakowie: S 1842, S 1868, S 1876, S 1880, S 1881.² Pomijam *Słownik anatomiczno-fizjologiczny* J. Majera i F. Skobla [1838] ze względu na działy, które obejmuje. Autorzy ci planowali opublikowanie leksykonu z innych obszarów ówczesnej medycyny. W związku z tym, że prace się przedłużały, a pojawiło się zapotrzebowanie na słownik ułatwiający korzystanie z niemieckiej literatury medycznej, wydali S 1842.

Kolejny leksykon, S 1868, obejmował wszystkie działy medycyny i przeznaczony był dla praktykujących lekarzy, w tym również piszących po polsku o medycynie. Na podstawie tego słownika, po dyskusjach w środowisku lekarskim, powstał S 1876. Jego autorzy dodali nowe terminy oraz te, których zabrakło w S 1868, a były obecne w obcej literaturze medycznej. Poszerzyli też materiał m.in. o wyrazy administracyjne i prawnicze.

S 1880, który był w rzeczywistości zeszytem próbnym z terminologią psychiatryczną, miał zapoczątkować dyskusję nad nią, tak by w przygotowywanym kompromisowym słowniku (S 1881) pojawiła się właściwa terminologia.

Wspomniany już S 1881 – najważniejszy leksykon medyczny tego stulecia – składa się z części obcojęzyczno-polskiej (obszerniejszej) oraz z części z tylko niektórymi polskimi terminami i ich obcymi (wybranymi) odpowiednikami. Polska terminologia w cz. 1. opatrzona jest nierzadko kwalifikatorami, m.in. geograficznymi: *warsz.* i *lw.* [Jankowiak 2015].

Uzupełnieniem ww. źródeł jest niemiecko-łacińsko-polski słownik zamieszczony w Segel 1869/45–128.

Innym źródłem ściśle naukowej terminologii jest polska prasa medyczna z różnych zaborów. Wykorzystałam zestawienia bibliograficzne zarówno prac oryginalnych,³ jak i tłumaczonych (zob. **Bibliografia**). Zanalizowałam jedynie tytuły publikacji tam zamieszczonych, a dotyczących padaczki.⁴ Nie sięgałam potem do tych artykułów i nie badałam stopnia konsekwencji użycia w nich synonimu z tytułu, co mogłoby stanowić materiał na oddzielną pracę. Założyłam bowiem, że jeśli w tytule

² Z punktu widzenia niniejszej analizy nieprzydatne okazały się S 1876 i S 1880, pojawiło się tu bowiem jedynie nazewnictwo związane z rodzajami padaczki.

³ Jak wynika z tytułów tych zestawień bibliograficznych, polskich prac oryginalnych było więcej, zwykle XIX-wieczni autorzy tych bibliografii pomijali prace tłumaczone, chociaż nie byli w tym konsekwentni. Prace oryginalne uwzględnia [Owecki 2020, 111–114].

⁴ Są też publikacje dotyczące padaczki bez nazwy tej choroby w tytule.

pojawia się nazwa choroby, to autor – przy różnych możliwościach wyboru terminu – stosuje albo taki, który uznaje za najbardziej odpowiedni z ówczesnej terminologii, albo (lub i) taki, którego używa się w danym czasopiśmie medycznym. Wymienione bibliografie prasy medycznej obejmują lata 1839–1900. W tym czasie opublikowano 91 artykułów o epilepsji. Jedynie w 54 tytułach pojawił się synonim *padaczki*. Pominęłam więc 37 tytułów, które: 1) nie miały synonimu *padaczki*, a jedynie z bibliografii wynikało, że jest tam o niej mowa (2); 2) dotyczyły rodzaju padaczki (19); 3) odnosiły się np. do objawów, jakichś aspektów tej choroby (np. napadu epileptycznego) (17). Większość artykułów wydrukowano w czasopismach warszawskich (*GL*, *M*, *PTLW*, *TL*, *WF*). Są też teksty opublikowane w czasopismach z Krakowa (*PL*) i Poznania (*NL*). Najwięcej artykułów (20) ogłoszono w latach 60. XIX w.

Zapoznałam się również, traktując jako materiał uzupełniający, z artykułami [Majer 1849; Majer, Skobel 1835; 1836; Trojański 1836] dotyczącymi słownictwa medycznego. Przydatne okazały się jedynie [Majer 1849; Majer, Skobel 1835].

Źródłami odzwierciedlającymi ówczesną terminologię medyczną o szerszym zasięgu są poradniki,⁵ z których wybrałam ostatecznie takie (11⁶), w których wystąpiły nazwy padaczki. Wydano je w latach 1802–1895, głównie w Warszawie (D 1819; LeR 1829; Studencki 1850; R 1851; P 1858; Simon 1860), poza tym – w Krakowie (M 1802; R 1895), Poznaniu (M 1860; M 1867) i Wilnie (P 1828).

Kolejne źródła to 9 słowników z językiem polskim wydanych w XIX w. Są to zarówno leksykony jednojęzyczne (L; SWil; Ryk 1873; w tym – zapożyczeń: Am 1859 i synonimów: Kras 1885), jak i wielojęzyczne (Bandtkie 1806; Biel 1866; Mron 1803; Mron 1835). Jest to zaledwie wybór słowników z językiem polskim z tego okresu. Nie uwzględniam wszystkich wydań czy typów słowników danego autora.⁷ Materiału z powyższych leksykonów nie traktuję też równorzędnie. W wypadku L uwzględniam tylko takie poświadczenia, w których podano cytaty bądź autora z XIX w.

Gwarowe nazwy padaczki wyekscerpowałam z SGP. Tutaj również brałam pod uwagę tylko hasła opatrzone datami, tzn. np. cytatami z publikacji wydanych w XIX w.

Jako źródło pomocnicze potraktowałam G, z którego też uwzględniałam jedynie datowane poświadczenia synonimów *padaczki*.

Niejako przy okazji cennym uzupełniającym materiałem okazały się ww. bibliografie, artykuły naukowe oraz definicje w słownikach. Chodzi

⁵ Niektóre z nich wykorzystwała również [Kucharska 1994].

⁶ W wyborze kierowałam się m.in. opisem z pracy [Wysocka 1999].

⁷ Nie uwzględniałam też np. słownika J. Litwińskiego [Słownik polsko-łacińsko-francuski na zasadach słowników Knapskiego, Daneta i Troca, t. 1–2, Warszawa 1815], ponieważ słownik ten wydano po ponad 40 latach od jego ukończenia [Lenartowicz-Zagrodna 2021, 119], czyli gromadzi materiał z XVIII w.

o stosowanie synonimów *padaczki* w nagłówkach rozdziałów, podrozdziałów itd. oraz definicjach słownikowych (por. np. *padaczka*).

Charakterystyka materiału. Z tej bogatej podstawy źródłowej zebrałam łącznie 18 synonimów: *boża wola, choroba epilepsja, choroba kaduka, choroba rzucająca, choroba sejmowa, choroba świętego Walentego, chorość świętego Walentego, epilepsya || epilepsja || epilepsia || epilepsja, kaduk, padaczka, padająca niemoc, padlica, paduch, rzucawka, świętego Walentego niemoc, Walentowa choroba, wielka choroba || choroba wielka || wielga choroba, wielka niemoc.*

Analiza poświadczeń ww. nazw w XIX-wiecznych źródłach pozwoliła podzielić je wg stopnia rozpowszechnienia w ówczesnej polszczyźnie – jej odmianie naukowej i nienaukowej, ogólnej i gwarowej. Najważniejszym kryterium była tu ranga źródeł. Niewątpliwie słowniki medyczne (a zwłaszcza S 1881) stanowią swoiste podsumowanie ówczesnego funkcjonowania danego terminu. Jedynie orientacyjnie podają frekwencję synonimów, głównie z prasy medycznej. Ważnym aspektem charakterystyki nazw będzie odniesienie do S 1905, ważnego dzieła, powstałego jako uzupełnienie S 1881, nie tylko w związku z rozwojem medycyny, lecz także (co dla niniejszego wywodu ważniejsze) jako wyniku dyskusji po opublikowaniu S 1881.

1) Termin ***padaczka*** w XIX w. notują, obok innych jej synonimów: S 1842/21 (FALLSUCHT *padaczka, rzucawka, wielka choroba, choroba św. Walentego*), S 1868/208 (**Epilepsia**. s. morbus caducus, s. comitialis *padaczka, paduch, padlica, rzucawka, wielka choroba, choroba św. Walentego*) oraz Segel 1869/65: **Epilepsia**, die Fallsucht, *padaczka, rzucawka, wielka choroba.*

Leksem *padaczka* odnotowuje również S 1881 [I/120] w szeregu synonimicznym: **Epilepsia** *epilepsja, choroba św. Walentego, wielka choroba, † padaczka.* Zwraca tu uwagę miejsce tego terminu na końcu szeregu (czyli najmniej polecanego terminu) oraz dodanie do niego kwalifikatora graficznego, oznaczającego termin przestarzały lub taki, który wyszedł z użycia. Ta ocena autorów S 1881 zaskakuje z kilku powodów. *Padaczka*, poświadczona już w słownikach i tekstach medycznych w XVI w. (5 razy) [Jankowiak 2020, 72, 74], nieobecna co prawda w materiałach z XVII i 1. poł. XVIII w. (SXVII/XVIII – wersja elektroniczna i kartoteka), mimo wszystko została odnotowana we wcześniejszych leksykonach medycznych z XIX w. Poza tym termin ten pojawił się w kolejnym ważnym dla rozwoju polskiej terminologii medycznej S 1905 I/146 (**Epilepsia** *padaczka, epilepsya*). Ocenienie więc go jako co najmniej odchodzącego ze ścisłej polskiej terminologii medycznej należy uznać za niewłaściwe, zwłaszcza że analiza innych źródeł świadczy o jego znacznej żywotności.

I tak, w tytułach czasopism medycznych z różnych regionów i dziesięcioleci XIX w. 50 razy pojawia się *padaczka*. Zarówno w Warszawie (24): PTLW [1839–1877, 15]; TL [1858–1862, 5]; M [1877]; GL [1878–1883, 3],

jak i w Krakowie: *PL* [1868–1899, 25] termin ten jest bardzo często używany. Nikłe poświadczenie w Poznaniu [*NL* 1900] wynika z faktu, że na tym terenie powstało tylko jedno czasopismo medyczne [Ostrowska 1973, 155–161].

[Majer, Skobel 1835, 456], omawiając *kaduk* ‘padaczka’, podają (z innymi synonimami tego wyrazu) termin *padaczka* z komentarzem: „tłumaczące właściwie na polskie wyraz obcy kaduk”.

GII/71 pod hasłem *podwiej*, nie podając tytułu dzieła, przytacza cytaty z Karola Ferdynanda Goehlinga (członka Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego):

Czasem chorzy przed paroksyzmem (padaczki) czują jakby powiewanie chłodnego wietrzyka, idącego od nóg lub rąk do serca i głowy; stąd lud prosty nazywa chorobę tę podwiejem.

Różne XIX-wieczne opracowania wyraźnie preferują tę nazwę. Przykładowo w bibliografii [*Wykaz* 1897] *padaczka* pojawiła się dwukrotnie w tytułach podrozdziałów: raz obok nazwy *epilepsya* [s. 321: „Epilepsya (padaczka), eklampsja, epilepsya Jacksona”], raz samodzielnie [s. 465: „Podwiązywanie naczyń w ogóle i w szczególe podwiązywanie tętnic przy nowotworach i padaczce”]. Z kolei w artykule Zygmunta Wierzchowskiego z 1890 r., zamieszczonym w „Zbiorze Wiadomości do Antropologii Krajowej” [XIV/199], wprowadzenie gwarowej nazwy tej choroby poprzedza właśnie termin *padaczka* (w dodatku graficznie wyróżniony): „W napadzie p a d a c z k i („chorość św. Walentego”) należy choremu (...)” (por. niżej *chorość świętego Walentego*). *Padaczka* znalazła się również w definicji jej gwarowego synonimu *chorość świętego Walentego* w SGP I/199.

Padaczka notowana jest również w poradnikach medycznych: R 1895/30:

Epilepsia Przedewszystkiem starać się wykryć przyczynę padaczki i takową o ile można usunąć, zwłaszcza przy epilepsji odruchowej.

W jednym z nich [M 1867/202] termin ten jest wyraźnie wyeksponowany przed innymi synonimami tej choroby:

Najokropniejszą z nich wszystkich jest p a d a c z k a inaczej wielką chorobą, albo chorobą Śgo Walentego zwana.

Hasło *padaczka* pojawiło się w słownikach: Mron 1835/318 i SWil/955. U L II/607–608 termin opatrzone jedynie XVI-wiecznymi cytatami. Z kolei w SWil/299, 455, 1439–1440, 1806, 1844 notowany jest jeszcze w definicjach synonimicznych lub odsyłaczach.

Omawiana nazwa w XIX w. funkcjonowała również w gwarach. We wspomnianym już SGP wystąpiła jako hasło [IV/8] z rękopisu *Słow-*

niczka gwary augustowskiej (powstałego w latach 80. XIX w.) A. Osipowicza.

2) Nazwa ***epilepsya*** || ***epilepsja*** || ***epilepsia*** || ***epilepsuja*** występuje w kilku wariantach. W XIX w. w pojawiła się tylko w S 1881 I/120 na pierwszym miejscu ww. szeregu (zob. *padaczka*). To duży awans leksemu poświadczony co prawda już w 2. poł. XVI w., ale jako osobliwość leksykalna w tekście medycznym [Steczko 2002, 396]. W kolejnych studiach notowana zaledwie kilkanaście razy [zob. kartoteka SXVII/XVIII].

Taki awans tego terminu w S 1881, będący pokłosiem dyskusji nad polską terminologią, tłumaczy częściowo jego pojawianie się w prasie medycznej, łącznie w 11 tytułach tekstów z lat 1839–1887, głównie z Warszawy (10): w *PTLW* [1839–1868, 5], *GL* [1844; 1869], *TL* [1849; 1861] oraz *WF* [1879]. Zaledwie raz leksem ten pojawił się w krakowskim *PL* [1887].

Podobnie jak w wypadku terminu *padaczka* leksem ten jest obecny w pracach naukowych XIX w. W *Wykaz* 1897/321 wystąpił (obok *padaczki*) w tytule podrozdziału gromadzącego artykuły z prasy medycznej o tej chorobie (zob. *padaczka*).

Poświadczenie omawianego leksemu znaleźć można także w poradnikach medycznych z różnych dekad XIX w.: P 1828/207, M 1860/10, Simon 1860/230, R 1895/172, 180. Najczęściej występuje tam w rozbudowanych tytułach rozdziałów czy podrozdziałów w otoczeniu innych synonimów nazwy tej choroby.⁸

Dziewiętnastowieczne słowniki nierzadko notują ten leksem jako oddzielne hasło: Mron 1803/29; Am 1859/122 (*epilepsja*); Biel 1866/281; Ryk 1873/I/171. Pojawia się on także w definicjach haseł, co świadczy o jego zadomowieniu się w polszczyźnie i uznaniu go za powszechnie zrozumiałe: Am 1859/224 (*epilepsja*); Ryk 1873/II/962;⁹ Kras 1885/II/142. W definicjach użyli terminu *epilepsja* również autorzy SWil/153, 455. Także w SGP I/109 (*epilepsja*), tomie z 1900 r., pojawia się w definicji synonimu *boża wola*. Trzeba też dodać, że zarówno w L I/618 (*epilepsya*), jak i w SWil/299 (*epilepsja*) termin ten występuje jako hasło, jednak bez wskazówek chronologicznych.

Poświadczeń tej nazwy nie ma tyle, co terminu *padaczka*. Jednak jej zasięg występowania w różnorodnych XIX-wiecznych tekstach jest na tyle znaczny, że uzasadnia pojawienie się jej w S 1905 (zob. *padaczka*).

3) Nazwa ***wielka choroba*** || ***choroba wielka*** || ***wielga choroba*** charakteryzuje się w XIX w. jeszcze wariantywnością, minimalną co prawda, ale na tym etapie rozwoju polskiej terminologii medycznej jednak zaskakującą, bo jest ona charakterystyczna dla wcześniejszych okresów.

⁸ Jedynie w R 1895/172, 180 występuje w opisie leków.

⁹ Zob. różna ortografia w Ryk 1873/I/171: *epilepsya* i Ryk 1873/II/962: *epilepsia*.

Dziewiętnastowieczne słowniki medyczne S 1842/21, S 1868/208, Segel 1869/65, S 1881 I/120 notują wyłącznie wariant *wielka choroba*, zawsze obok innych synonimów (zob. *padaczka*). W S 1881 termin ten znalazł się na trzecim miejscu w zaproponowanym tam szeregu synonimicznym, co świadczy z jednej strony o niezbyt wysokiej pozycji w proponowanej terminologii medycznej, z drugiej – włączenie go do S 1881 dowodzi, że nie mógł być pominięty i jakąś rolę w ówczesnym języku (i/ lub jego odmianie specjalistycznej) musiał odgrywać. I rzeczywiście tak było, o czym świadczą jego poświadczenia w innych tekstach.

[Majer, Skobel 1835/456] w swoim artykule, omawiając termin *kaduk*, wskazują na jego zasięg: „Nie zastanawiamy się tutaj nad powszechnie znanymi nazwiskami tej niemocy, jakimi są: *wielka choroba*, *choroba S. Walentego* (...)”.

Wielka choroba pojawia się kilkakrotnie (7) w latach 1848–1862 w tytułach artykułów w polskiej prasie medycznej, wyłącznie jednak w czasopiśmie związanych z Warszawą: *PTLW* (5) i *TL* [1850; 1857].

Reprezentowana jest też w poradnikach medycznych (9), zarówno z 1. poł. XIX w.: M 1802; D 1819; P 1828/207, 568; LeR 1829/220; Studencki 1850/20, jak i z 2. poł. XIX w.: R 1851/211; M 1860/10 (tu wyłącznie: *choroba wielka*); Simon 1860/230, M 1867/202. W części z nich nazwa ta wystąpiła jako jedyna w całym poradniku (4): w tekście [M 1802; Studencki 1850/20] lub w nazwie rozdziału, podrozdziału itd. [D 1819; R 1851/211].

Wariant *wielga choroba* jest poświadczony w SGP [VI/111: *Wielgá choroba*] ze słowniczką A. Milewskiej oraz z opracowania Jan Świątki pt. *Lud nadrabski (od Godowa po Bochnię). Obraz etnograficzny*, Kraków 1893. Zajrzenie do tego dziełka przynosi nie tylko potwierdzenie użycia tego wariantu jako gwarowego:

Przeciw wielgiej chorobie (konwulsjom), zwanej także chorobą świętego Walentego, zalecają, zarówno dla dzieci jak i starszych, następujące środki mityczne: (...) [s. 628],

lecz także jeszcze jednego użycia wariantu *wielka choroba* w tytule podrozdziału o leczeniu tej choroby [s. 628]. Zastosowanie przez autora nazwy *wielka choroba* świadczy o jej zrozumiałości i powszechności, a jednocześnie o pewnym stopniu jej terminologiczności, który pozwala ją zastosować w naukowych opracowaniach. Potwierdza to również jej użycie w t. 1. SGP z 1900 r. w definicji hasła *boża wola*, nawet przed nazwą *epilepsja* [I/109: Boża wola = «wielka choroba (epilepsja)»].

Dziewiętnastowieczne leksykony również notują omawiane zestawienie przez całe stulecie. Znaleźć je tu można pod hasłami (*wielki*) będącymi częścią składową tego połączenia wyrazowego: Bandtkie 1806/1613; Mron 1835/318, 572; Ryk 1873/2/962 (dodano tu również inne synonimy: „Wielka choroba, zwana także choroba ś. Walentego, kaduk, epi-

lepsja”). Ponadto *wielka choroba* występuje w definicjach różnych hasel: Am 1859/122, 224 (*epileptyczny i kaduczy*); Biel 1866/281 (*epilepsyja*); Ryk 1873/1/171 (*epilepsyja*). SWil notuje to zestawienie z definicją pod hasłem: *choroba* [SWil/153] oraz *wielki* [SWil/1844]. Kilkakrotnie wystąpiło też w definicjach innych nazw tej choroby [SWil/299, 455, 955, 1439–1440].

Notuje to połączenie wyrazowe również L, ale bez poświadczeń z XIX w. *Wielka choroba* jest tu często stosowana w definicjach synonimów *padaczki* [np. I/306, 346, IV/130]. Pojawia się też w odsyłaczach [np. I/618] oraz w zestawieniach pod hasłem *wielki* [IV/206].

Wielka choroba, znana już w XVI wieku i poświadczona (2 razy) wyłącznie w tekstach medycznych [Jankowiak 2020, 72],¹⁰ w XIX w. ma wyraźnie mniejsze znaczenie w terminologii ściśle naukowej niż opisane *padaczka* i *epilepsyja*, co zdaje się potwierdzać fakt, że S 1905 już nie notuje tego terminu.

4) ***Choroba świętego Walentego* || *choroba świętego Walantego***. Pierwszy z wariantów w XIX w. wymieniają S 1842/21, S 1868/208 oraz S 1881 I/120 (zob. *padaczka*). W żadnym z tych słowników to zestawienie nie wystąpiło samo, lecz w szeregach synonimicznych pod obcojęzycznymi hasłami.

Nazwa ta jest przedmiotem krótkiej oceny wybitnych lekarzy krakowskich [Majer, Skobel 1835/456], piszących o jej powszechnej znajomości w XIX w. (zob. *wielka choroba*).

W latach 1837–1900 synonim ten pojawił się tylko raz (niesamodzielnie) w tytule artykułu medycznego (B. Rosenbluma *Choroba Św. Walentego albo padaczka*) w warszawskim *PTLW* z 1861 r.

Zestawienie to wystąpiło również w 3 poradnikach medycznych (nigdy samodzielnie): wileńskim z początku stulecia: P 1828 [s. 207 w tytule rozdziału: *O kaduku, epilepsyi, wielkiej chorobie, albo chorobie św. Walentego*; s. 568: w Rejestrze: „Kaduk czyli Wielka choroba, choroba św. Walentego”] oraz w 2 poradnikach T.T. Mateckiego z 2. poł. XIX w. wydanych w Poznaniu: M 1860/10 („[Kurcze, konwulsje i drgawki] zowiemy epilepsyją, czyli chorobą wielką albo św. Walentego”) i M 1867/202.

W wydrukowanych w 2. poł. XIX w. słownikach z językiem polskim nazwa ta pojawia się głównie w definicjach innego synonimu *padaczki*. U Am 1859/122 pod hasłem *epilepsyja* z kwalifikatorem „posp. chorobą ś. Walentego, (...) zwana (...)” oraz pod hasłem *kaduk* [Am 1859/224] w trzecim jego znaczeniu. W tej samej funkcji odnotowano ją u E. Ry-

¹⁰ [Steczko 2002, 389] charakteryzując nazwę *wielka niemoc*, wspomina że w 2. poł. XVI w. W. Oczko stosuje nazwę *wielka choroba* (a dokładniej: *choroba wielka*). To stwierdzenie niesłusznie interpretuje [Buława 2019, 79] jako informację, że nazwa ta notowana jest dopiero od 2. poł. XVI w. Z moich badań wynika, że *wielka choroba* poświadczona jest już w 1534 r. w zielniku S. Falimirza [Jankowiak 2006, 62, 550].

kaczewskiego pod hasłem *epilepsya* [Ryk 1873/1/171] i *wielka choroba* [Ryk 1873/2/962]. Tak samo jest w Kras 1885/II/142, gdzie jej nazwa stanowi objaśnienie jednego ze znaczeń *kaduka* (zob. poniżej *kaduk*).

L również notuje tę nazwę, ale bez informacji o czasie jej występowania. Z kolei SWil kilkakrotnie wymienia ją zarówno jako synonim innego hasła [SWil/153, 455], jak i samodzielną nazwę pod hasłem *Walenty* [SWil/1806]. Zwracają uwagę w tym słowniku cytaty z kwalifikatorem *posp.* określającym zakres występowania nazwy: SWil/299 pod hasłem *epilepsja*: „*posp.* chorobą ś. Walentego, kadukiem zwana”;¹¹ SWil/955 pod hasłem: *Padaczka*: „*pospolicie* nazwana chorobą ś. Walentego”.

Gwarowy wariant, *choroba świętego Walantego*, pojawił się w XIX-wiecznej pracy Jana Świątka (cytat zob. *wielka choroba*).

Omawiana nazwa, chociaż poświadczona (kilkakrotnie i wyłącznie) w tekstach medycznych XVI w. [Steczko 2002, 390, 394, 399; Jankowiak 2020, 72], już wówczas w niektórych z nich była kwalifikowana jako prowincjonalizm [Steczko 2020, 395]. W ciągu kolejnych dwóch stuleci (zob. kartoteka SXVII/XVIII) ma zaledwie 1 poświadczenie z tekstu medycznego z XVII w. W XIX w. wyraźnie traci na znaczeniu w terminologii naukowej, mimo obecności w leksykonach medycznych, prasie medycznej oraz poradnikach. W tekstach medycznych rzadko występuje sama, zwykle obok pojawiają się synonimy. Przez część źródeł jest traktowana jako powszechnie znana i pospolita. Nie zanotowano jej już w S 1905.

Kolejna grupa synonimów *padaczki*, chociaż notowana przez – zwykle pojedyncze – źródła medyczne, wyraźnie ma mniej poświadczeń i nie jest uwzględniona w S 1905.

5) Nazwę ***rzucawka*** w XIX w. odnotowały (obok innych synonimów) S 1842/21, S 1868/208 i Segel 1869/65 (zob. *padaczka*). G II/237 przytacza cytat z XIX-wiecznego lekarza Franciszka Józefa Kleszczowskiego: „Wendt przypisywał ten środek nieczułym osobom w zastarzałej *rzucawce* [epilepsia]. *Kleszcz*.”. Również w przywoływanym tu kilkakrotnie artykule [Majer, Skobel 1835, 456] *rzucawka* została wymieniona: „(...) zwracamy tylko uwagę na wyrazy pojedyncze (...) tłumaczące właściwie na polskie wyraz obcy *kaduk*; takimi są: *rzucawka* (...)”.

Rzucawka nie pojawiła się w tytułach artykułów medycznych oraz poradnikach medycznych.

W pierwszej poł. XIX w. notuje to hasło Mron 1835/461 oraz LIII/170 (tylko z XVI-wiecznymi cytatami). W 2. poł. XIX w. *rzucawka* jest też hasłem w SWil/1439–1440 i jednocześnie pojawiła się tam również w definicji synonimicznej SWil/1806.

Mimo że *rzucawka* w znaczeniu ‘*padaczka*’ notowana jest kilkakrotnie już w XVI w. [Steczko 2002, 390–391] w słownikach i tekstach medycznych [Jankowiak 2020, 72, 74], brak jej poświadczeń w kolejnych

¹¹ Identycznie jak u Am, co potwierdza opinię E. Skorupskiej-Raczyńskiej o słowniku Amszejewicza jako ukrytym źródle SWil.

dwóch stuleciach (por. kartoteka SXVII/XVIII). Chociaż w XIX w. stosują ją szeroko rozumiane teksty medyczne, to nie weszła do S 1881. Niezbyt duży zasięg występowania w ówczesnej ścisłej polskiej terminologii medycznej, jak – być może również – nieciągła tradycja jej występowania w polskim słownictwie specjalistycznym spowodowała, że w S 1905 jej nie zanotowano.

6) **Kaduk** [Handke 2004; Popowska-Taborska 1997] w znaczeniu ‘padaczka’ nie pojawił się w żadnym ze słowników medycznych tego okresu. Na początku XIX w. był przedmiotem obszernego komentarza, odrzucającego tę nazwę, w artykule krakowskich lekarzy [Majer, Skobel 1835, 455–456]:

Kaduk. Obok tylu równoznacznych wyrazów, *kaduk* wprost przetworzony z łacińskiego *morbus caducus*, zupełnie byćby powinien zarzucony.

Kaduk nie pojawił się w tytułach artykułów medycznych tego okresu.

Poradniki medyczne z 1. poł. XIX w. [P/1828/207, 568; LeR 1829/220] odnotowują tę nazwę w tytułach rozdziałów obok innych synonimów tej choroby.

W słownikach z językiem polskim wydanych w XIX w. *kaduk* występuje jako hasło: Mron 1803/43; Bandtkie 1806/313; Mron 1835/150; Am 1859/224; Biel 1866/449. *Kaduk* pojawia się też ww. słownikach w definicjach jego synonimów: Ryk 1873/1/171; Ryk 1873/2/962. U Am 1859/122 dodano m.in. do niego kwalifikator: „posp. chorobą ś. Walentego, kadukiem zwana (Linde)”, co dosłownie powtórzono w SWil/299 pod hasłem *epilepsja*. W innych miejscach w SWil/153, 455, 955 *kaduk* pojawił się w definicjach lub jako odsyłacz. W Kras 1885/II/142 znalazł się przy synonimach hasła *szatan*, gdzie jednak podano dodatkową informację: „KADUK (z łaciń, *morbus caducus*) właściwie znaczy chorobę Ś. Walentego t.j. epilepsją (...)”.

Są też gwarowe poświadczenia tej nazwy. SGP II/289 hasło *kaduk* podaje za *Słowniczkiem gwary augustowskiej* A. Osipowicza (z lat 80. XIX w.) i komentuje, wprowadzając kwalifikator *dawniej*, „Kaduk = dawniej tak nazywano niekiedy wielką chorobę”.

Uznanie przez czołowych przedstawicieli szkoły krakowskiej nazwy *kaduk* za nieodpowiednią w polskiej terminologii XIX w. skutkowało zapewne jej nieobecnością w słownikach medycznych, także w tym najważniejszym z 1881 r. Jak widać, nawet długa tradycja tej nazwy w polszczyźnie: liczne poświadczenia (f=30) od 2. poł. XVI w. [Steczko 2020, 396–398; Jankowiak 2020, 72], głównie w tekstach spoza medycyny (f=21) [Jankowiak 2020, 73], a potem – jak pokazuje kartoteka SXVII/XVIII – kilkadziesiąt (ok. 60) poświadczeń głównie z tekstów medycznych tego okresu, nie przekonały zwolenników wskrzeszania dawnych nazw, którzy byli przecież współautorami lub/i konsultantami XIX-wiecznych słowników medycznych. Poza tym, co pokazuje kwali-

fikatory w słownikach, w XIX w. traktowano tę nazwę jako dawną i popolitą.

7) Nazwę **paduch** w XIX w. odnotował jedynie S 1868/208 (zob. *padaczka*). Wymienili ją również [Majer, Skobel 1835, 456] (zob. *rzucawka*).

Z kwalifikatorem *nieuż.* notuje to hasło SWil/955. Zaledwie raz pod hasłem *padaczka* [SWil/955] pojawia się jako odsyłacz. L, chociaż notuje hasło, nie podaje jego XIX-wiecznych poświadczeń, a jedynie XVI-wieczne. Jako nazwa choroby *paduch* rzeczywiście pojawia się w 2. poł. XVI w. i jest odnotowany zaledwie dwukrotnie w tekstach biblijnych i wg [Steczko 2020, 392, 399–400; por też Jankowiak 2020, 72] nie występuje już później w polszczyźnie.

8) **Padlica** w XIX w. pojawiła się tylko w S 1868/208 (zob. *padaczka*). [Buława 2019, 89–90] zakwestionowała gwarowość tej nazwy, chociaż – na co się też powołuje – notuje ją SGP IV/8, 9 z Kolberga (Krakowskie).

9) **Świętego Walentego niemoc** w XIX w. poświadczają jedynie słowniki z językiem polskim, m.in. Bandtkie 1806/1585. L IV/130 notuje ją wyłącznie z cytatami z XVI w., a w SWil/1439–1440 jest tylko w definicji synonimicznej pod hasłem *rzucawka*.

To zestawienie znane już od XVI w. (i licznie tam poświadczone również w wariantach [Steczko 2002; Jankowiak 2020]) w XIX w. wyraźnie nie jest kojarzone ze ścisłą terminologią medyczną, na co mogło mieć wpływ występowanie starego określenia choroby (*niemoc*) oraz rywalizacja z innymi nazwami z eponimem *Walenty*.

Kolejne zestawienia 10) **wielka niemoc** i 11) **choroba rzucająca**¹² pojawiły się jedynie w Biel 1866/449, w dodatku w synonimicznej definicji pod hasłem *kaduk*. Obie nazwy były znane już w XVI w., chociaż ich frekwencja była wówczas różna: $f=55$ *wielka niemoc*; $f=3$ *choroba rzucająca* [Jankowiak 2020; Steczko 2002]. Uznać je należy za odchodzące z XIX-wiecznej polszczyzny, a z pewnością nieobecne w ówczesnej ścisłej terminologii medycznej.

Następna grupa to nazwy funkcjonujące w XIX-wiecznych gwarach, co poświadcza dokumentacja w SGP.

12) **Boża wola** jest tam poświadczona [SGP I/109] w materiałach z Kolberga (Kaliskie). [Steczko 2002, 394] uznaje tę nazwę za gwarowy synonim *bożej kaźni*, co potwierdza również opis w [Buława 2019, 81].

13) **Chorość świętego Walentego** w SGP I/199 notowana jest z informacją o dacie [1890] i miejscu poświadczenia [*Zbiór Wiadomości do Antropologii Krajowej* XIV/199], o czym wspomina również [Buława 2019, 83] i cytuje fragment, nie podając jednak tytułu publikacji, w której zamieszczono cytat. A pojawił się on w obszernej (145–251) pracy

¹² G II/237 nie podaje dokumentacji, więc nie wiadomo, z którego stulecia poświadcza tę nazwę.

Zygmunta Wierchowskiego pt. *Materyjały etnograficzne z powiatu Tarnobrzeskiego i Niskiego w Galicyi*:

W napadzie p a d a c z k i („chorość św. Walentego”) należy choremu w tej chwili naciąć lub ugryźć średni palec, sączącą się krwią posmarować mu czoło, trzy razy splunąć, rozedrzeć na nim koszulę i obetrzeć nią miejsce krwią namaczone na czole.

Mimo wczesnego poświadczenia wyrazu *chorość* powyższe zestawienie nie było znane ani w XV w., ani w XVI w.

14) **Walentowa choroba** notowana jest w SGP VI/65. J. Karłowicz podał jako jej źródło jeden z numerów czasopisma „Wisła” z 1888 [z. 4/698]. Okazuje się, że odwołał się do artykułu pt. *Ludzie i kwiaty nad Niemnem*, napisanego przez E. Orzeszkową. Na podanej w SGP stronie Orzeszkowa używa więcej niż raz ww. połączenia. Wymieniając rutewkę wąskolistną, pisze m.in.: „Środek słynący u ludu jako wyborny przeciw epilepsji, zwanej tu *Walentową chorobą*” [por. Buława 2019, 83].

Ostatnia grupa synonimów gromadzi nazwy moim zdaniem niepewne. Niewątpliwie jest, że odnotowały je teksty z XIX w., ale z jednej strony komentarz i/lub kwalifikator (*padająca niemoc, choroba sejmowa*), z drugiej zaś – nietypowa budowa, problemy z ich ekscerpcją (*choroba kaduka, choroba epilepsja*) podważają faktyczną obecność tych nazw w polszczyźnie XIX w.

15) O zestawieniu **padająca niemoc** w XIX w. wspomnieli [Majer, Skobel 1835, 456] i skomentowali jej ówczesny status przy okazji charakteryzowania nazwy *kaduk*:

Nie zastanawiamy się tutaj (...) nad mniej teraz, często jednakże w dawnych dziedzinach używanem nazwiskiem *padająca niemoc* (...).

Ze względu na powyższy komentarz i fakt, że jest to jedyne poświadczenie tej nazwy w moim materiale, uznać należy, że ta – odnotowana już w tekstach XV w. [Steczko 2002, 398], znana w tekstach medycznych XVI w., również w wariacie *niemoc padająca* [Jankowiak 2020, 69, 74], a także w XVII w. (jak pokazują materiały SXVII/XVIII) – nazwa nie funkcjonowała już w polszczyźnie XIX w.

16) Połączenie wyrazowe **choroba sejmowa** odnotował SWil/455. Nie stanowi ono oddzielnego hasła, lecz zostało użyte w definicji pod hasłem *kaduk* z dłuższym wyjaśnieniem: „dawniej nazywała się *chorobą sejmową*, dla tego, że kiedy kogo z sejmujących kaduk rzucił, zrywano sejm”. Istotny dla opisu jej XIX-wiecznego poświadczenia jest kwalifikator *dawniej*, bo nazwy tej nie notują słowniki naukowe obejmujące materiał od XVI do poł. XVIII w.

Kolejne zestawienia 17) **choroba kaduka** i 18) **choroba epilepsja** są nietypowe w zebranych materiale, wszak pojawiły się pojedyncze nazwy *kaduk* i *epilepsya*.

Choroba kaduka wymieniona jest w poradniku medycznym P 1858/29 i być może jest skutkiem niewłaściwego (zbyt dosłownego) tłumaczenia tekstu: „Głowy ból śmierzyć zwykł odwar fijałka (...) / A nawet ma ulezczać chorobę kaduka”.¹³

Połączenie *choroba epilepsja* pojawiło się w definicji nazwy *paduch* w SWil/955, czyli jest nazwą użytą przez autorów tego leksykonu: „*Paduch (...) nieuz. 1) choroba epilepsja (...)*”, co świadczyłoby o jej obecności w zasobie leksykalnym wykształconych i świadomych języka użytkowników.

W obu wypadkach dopuszczam jednak jeszcze jedno wyjaśnienie: niewłaściwą ekscerpję ww. nazw. Może wcale nie mamy tu do czynienia ze schematem *choroba* + synonim *padaczki*.

PODSUMOWANIE

Bogata XIX-wieczna podstawa źródłowa, wynikająca m.in. z dużego zainteresowania *padaczką* i w związku z tym z powstawaniem wielu publikacji, pozwoliła nie tylko wyekscerpować 18 synonimów *padaczki* (głównie rodzimych), lecz także określić ich miejsce w XIX-wiecznej polszczyźnie, a po części także i stopień ich terminologiczności.

Liczba synonimów, mimo że część z nich uznałam za wątpliwe, jest duża jak na epokę, w której doszło do ujednoczenia polskiej terminologii medycznej. Są to terminy od jednowyrazowych (6) po trójelementowe (3). Najwięcej jest zestawień dwuwyrazowych (9). Taka budowa nie odbiega więc od struktury terminów medycznych tego okresu [por. np. Jankowiak 2015].

Trzy nazwy poświadczone są w wariantach ortograficzno-fonetycznych: *epilepsya* || *epilepsja* || *epilepsia* || *epilepsja, wielka choroba* || *choroba wielka* || *wielga choroba, choroba świętego Walentego* || *choroba świętego Walantego*. Pojawił się – jak widać – również jeden przykład z różnicą w szyku. Wariantywność przełożyła się na ich specjalizację. Niektóre warianty występują wyłącznie w gwarach: *wielga choroba, choroba świętego Walantego*.

Trudno w przedstawionym materiale wymienić nazwy, które były związane wyłącznie ze ścisłą terminologią medyczną. Liczne poświadczenia w tekstach charakterystycznych dla tej warstwy terminologii wiążą się zwykle jednocześnie z szeroką ekstensją tekstową, czyli obecnością w nieterminologicznej odmianie języka (ogólnej i gwarowej).

Biorąc pod uwagę to zastrzeżenie, można wskazać, że do ścisłej polskiej terminologii medycznej (nazwy poświadczone w słownikach medycznych, prasie medycznej) należały wówczas nazwy o różnej budowie:

¹³ Było to trzecie tłumaczenie tego dzieła i pierwsze dokonane przez doktora medycyny [Zimnoch 2016, 287], co utrudnia interpretację tego przykładu.

padaczka, epilepsya, wielka choroba || *choroba wielka, choroba świętego Walentego*. Niewątpliwie jednak w ówczesnej polszczyźnie największe znaczenie miały i wyraźnie ze sobą rywalizowały 2 terminy jednowyrazowe (obcy i rodzimy): *epilepsya* i *padaczka*. Przewagę w tekstach medycznych miała rodzima *padaczka*, mimo oceny w S 1881, która odsyłała ją do strefy archaizmów. To współzawodnictwo obu terminów i ich wspólne zwycięstwo (wobec pozostałych XIX-wiecznych nazw) na początku XX w. potwierdza S 1905.

Większa grupa (7) to nazwy wyraźnie odchodzące z terminologii medycznej w XIX w., mimo że były poświadczane w różnych tekstach medycznych (*paduch, padlica, rzucawka*), w innych tekstach naukowych (w definicjach słownikowych: *choroba rzucająca, świętego Walentego niemoc*; w artykułach naukowych: *kaduk*) oraz jako hasło w słownikach (*wielka niemoc*).

Jedynie do warstwy słownictwa gwarowego należały: *boża wola, chorosc świętego Walentego, Walentowa choroba* oraz warianty ww. nazw: *wielga choroba, choroba świętego Walantego*.

Pozostałe nazwy, które uznałam za niepewne (choć poświadczane w XIX w.), są tylko przywołaniem niestosowanych już w polszczyźnie określeń: *padająca niemoc, choroba sejmowa, choroba kaduka, choroba epilepsja*.

Niniejszy artykuł nie wyczerpał tematu. Pozostaje jeszcze kolejna kwestia do przebadania, wynikająca z rozwoju wiedzy o padaczkę, nazywania jej rodzajów, ewentualnie innych aspektów tej choroby. Powstaje bowiem pytanie, który z opisanych w artykule synonimów jest najczęściej (i dlaczego) wykorzystywany przy tworzeniu takich nowych nazw.

Skróty (inne skróty zob. **Źródła**)

GL – „Gazeta Lekarska”

M – „Medycyna”

NL – „Nowiny Lekarskie”

PL – „Przegląd Lekarski”

PTLW – „Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego”

TL – „Tygodnik Lekarski”

WF – „Wiadomości Farmaceutyczne”

Bibliografia

ŹRÓDŁA

Słowniki medyczne

G – F. Giedroyc, 1931–1933, *Polski słownik lekarski*, t. 1–2, Warszawa.

S 1842 – J. Majer, F. Skobel, 1842, *Niemiecko-polski słownik wyrazów lekarskich*, Kraków.

S 1868 – F. Skobel, A. Kremer, 1868, *Słownik łacińsko-polski wyrazów lekarskich*, Kraków.

- S 1876** – S. Janikowski, A. Kremer, J. Oettinger, 1876, *Uzupełnienie słownika łacińsko-polskiego wyrazów lekarskich Prof. Dra F. K. Skobla i Dra Al. Kremera, razem z przekładem polskim wielu wyrazów lekarskich niemieckich, francuzkich i angielskich i słowniczkiem wyrazów weterynarskich*, Kraków.
- S 1880** – S. Janikowski, 1880, *Słowniczek wyrazów psychiatrycznych, obejmujących tłumaczenie polskie wyrazów łacińskich, niemieckich, francuskich i niektórych angielskich*, Kraków.
- S 1881** – S. Janikowski, J. Oettinger, A. Kremer, 1881, *Słownik terminologii lekarskiej polskiej*, Kraków.
- S 1905** – T. Browicz, S. Ciechanowski, S. Domański, L. Kryński, 1905, *Słownik lekarski polski*, Kraków.
- Segel 1869** – E. Segel, 1869, *Podręcznik sądowo-lekarski*, Rzeszów.

Bibliografie medyczne

- K. Grabowski, 1887, *Spis prac zawartych w 25 rocznikach Przeglądu Lekarskiego 1862–1886*, Kraków.
- W. Kapuściński, K. Nowakowski, F. Pawlicki, S. Szuman, 1913, *Spis prac oryginalnych zawartych w 25 rocznikach Nowin Lekarskich 1888–1913*, Poznań.
- S. Koźmiński, 1887, *Wykaz rzeczy zawartych w 72 tomach „Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego” z lat 1837–1876*, Warszawa.
- M.K. Owecki, 2020, *Padaczka na łamach „Przeglądu Lekarskiego” w latach 1862–1910. Patogeneza choroby* [w:] A. Magowska, K. Pękacka-Falkowska, M. Owecki (red.), *Wybrane problemy historii medycyny. W kręgu epistemologii i praktyki*, Poznań, s. 97–114 [Bibliografia, s. 111–114].
- K. Wenda, 1888, *Spis rzeczy zawartych w 15-tu tomach „Wiadomości Farmaceutycznych” wraz z wykazem nazwisk autorów 1874–1888*, Warszawa.
- Wykaz oryginalnych prac lekarskich polskich za czas od r. 1831 do 1890 włącznie*, 1897, Warszawa.

Artykuły o słownictwie medycznym

- J. Majer, 1849, *Uwagi w przedmiocie zasad Słownictwa lekarskiego w ogólności, w szczególności zaś w przedmiocie zasad tworzenia i oceniania wyrazów lekarskich polskich*, „Rocznik Towarzystwa Naukowego Krakowskiego. Poczet drugi”, s. 54–124.
- Majer, Skobel 1835** – J. Majer, F. Skobel, 1835, *Uwagi nad niektórymi wyrazami lekarskimi*, „Powszechny Pamiętnik Nauk i Umiejętności” nr 3, s. 436–471.
- J. Majer, F. Skobel, 1836, *Objaśnienia spostrzeżeń nad wyrazami lekarskimi*, Kraków: Tłocznia D.E. Friedleina.
- J.F. Trojański, 1836, *Spostrzeżenia nad niektórymi polsko-lekarskimi wyrazami*, „Kwartalnik Naukowy” s. 138–175.

Poradniki

- D 1819** – H. Dziarkowski, 1819, *Poradnik domowy*, Warszawa, cz. 2.
- LeR 1829** – Le Roy, 1829, *Medycyna wyleczająca*, Warszawa.
- M 1802** – K.J. Mellin, 1802, *Lekarstwa domowe...*, Kraków.
- M 1867** – T. Matecki, 1867, *Rady i nauki starego lekarza dla nielekarzy*, Poznań.
- M 1860** – T. Matecki, 1860, *Domowa apteczka*, Poznań.
- P 1828** – H.F. Paulitzki, 1828, *Medycyna dla ludu wiejskiego...*, Wilno.

- P 1858** – F. Prawdzic Chotomski (tłum.), 1858, *Sztuka zachowania zdrowia. Ułożona przez Szkołę salernitańską*, Warszawa.
- R 1851** – F.V. Raspail, 1851, *Domowy lekarz i domowa apteka*, Warszawa.
- R 1895** – J. Raczyński, 1895, *Kalendarz lekarski krakowski na rok 1895*, Kraków.
- Simon 1860** – A.A. Simon, *Medycyna ludowa*, Warszawa.
- Studencki 1850** – M. Studencki, 1850, *O wychowaniu dzieci pod względem lekarskim, czyli sposób unikania chorób dzieci...*, Warszawa.

Słowniki z językiem polskim

- Am 1859** – M. Amszejewicz, 1859, *Dykcjonarz*, Warszawa.
- Bandtkie 1806** – J.S. Bandtkie, 1806, *Słownik dokładny języka polskiego i niemieckiego do podoręcznego użytkowania dla Polaków i Niemców*, Wrocław.
- Biel 1866** – A. Bielikowicz, 1866, *Słownik polsko-łaciński*, t. 1–2, Kraków.
- Kras 1885** – A.S. Krasieński, 1885, *Słownik synonimów polskich*, t. 1–2, Kraków.
- L** – S.B. Linde, 1994–1995 (reprint), *Słownik języka polskiego*, t. 1–6, Warszawa.
- Mron 1803** – K.C. Mrongowiusz, 1803, *Słownik polsko-niemiecki, w którym osobiwie na dobrą niemczyznę względ miano*, Królewiec.
- Mron 1835** – K.C. Mrongowiusz, 1835, *Dokładny słownik polsko-niemiecki krytycznie wypracowany*, Królewiec.
- Ryk 1873** – E. Rykaczewski, 1873, *Słownik języka polskiego*, t. 1–2, Berlin.
- SGP** – J. Karłowicz, 1900–1911, *Słownik gwar polskich*, t. 1–6, Kraków.
- Swil** – *Słownik języka polskiego*, 1861, t. 1–2, Wilno.

OPRACOWANIA

- M. Bańko, 2002, *Słownik języka polskiego Erazma Rykaczewskiego – pierwszy popularny słownik polszczyzny*, „Prace Filologiczne” s. 7–26.
- A. Bańkowski, 1988, *Jerzego Samuela Bandtkiego „Słownik dokładny” [w:] II Spotkania Językoznawcze. W kręgu semazjologii, leksykologii i terminologii. Materiały z Międzynarodowej Konferencji w Opolu–Szczedryku 12–13 września 1986 r.*, Opole, s. 25–28.
- S.V. Black, 2020, *Epilepsja: morbus sacer* [w:] K.K. Kiple (red.), *Wielkie epidemie w dziejach ludzkości*, Poznań, s. 55–63.
- M. Buława, 2016a, *Kulturowe uwarunkowania gwarowych nazw chorób*, „Polonica” nr 36, s. 269–274.
- M. Buława, 2016b, *Nazwy chorób epidemicznych w przekleciach gwarowych*, „LingVaria” XI, 2 (22), s. 249–264.
- M. Buława, 2016c, *Paraluz i inne „odmiany złośliwych diabłów”, czyli o związkach między chorobą a diabłem we frazeologii gwarowej* [w:] M. Rak, K. Sikora (red.), *Słowiańska frazeologia gwarowa*, Kraków, s. 229–249.
- M. Buława, 2019, *Padaczka* [w:] M. Buława, *Nazwy chorób w gwarach polskich*, Kraków, s. 69–90.
- R. Dzierżanowski, 1983, *Słownik chronologiczny dziejów medycyny i farmacji*, Warszawa.
- K. Handke, 2004, *Kaduk* [w:] K. Handke, *O języku – dobrze i źle*, Warszawa, s. 284–285.
- L.A. Jankowiak, 2006, *Słownictwo medyczne Stefana Falimirza*, t. 2: *Słownik*, Warszawa.

- L.A. Jankowiak, 2015, *Synonimia w polskiej terminologii medycznej drugiej połowy XIX wieku (na podstawie Słownika terminologii lekarskiej polskiej z 1881 roku)*, Warszawa.
- L.A. Jankowiak, 2020, *Jeszcze o XVI-wiecznych synonimach padaczki* [w:] L. Mariak (red.), *Fizyczne aspekty ludzkiego życia i ich odzwierciedlenie w języku i literaturze*, Szczecin, s. 67–76.
- Kronika medycyny*, 1994, Warszawa.
- A. Kucharska, 1994, *Nazwy chorób w popularnym piśmiennictwie medycznym drugiej połowy XIX wieku*, Szczecin, nieopublikowana praca magisterska napisana na US pod kierunkiem prof. M. Białoskórskiej.
- A. Lenartowicz-Zagrodna, 2021, *Z dziejów leksykografii polsko-łacińskiej. Szkice o słownikarzach i słownikach (XVII–XIX w.)*, Łódź.
- B. Matuszczyk, 2006, *Słownik języka polskiego S.B. Lindego. Warsztat leksykografa*, Warszawa.
- B. Nowowiejski, 2011, *Niemiecko-polski słownik Mrongowiusza. Źródło do historii polskiej leksyki i leksykografii*, Białystok.
- B. Olędzka, 2020, *Łacińskie i polskie nazwy chorób w okresie od końca XVIII wieku po współczesność (na materiale leksykograficznym)*, Warszawa, praca doktorska napisana pod kierunkiem prof. S. Dubisza.
- T. Ostrowska, 1973, *Polskie czasopiśmiennictwo lekarskie w XIX wieku (1800–1900). Zarys historyczno-bibliograficzny*, Wrocław.
- F. Peplowski, 1986, *O zasobie leksykalnym w Słowniku J. S. Bandtkiego*, „Prace Filologiczne” s. 127–134.
- H. Popowska-Taborska, 1997, *Sprawki kaducze* [w:] H. Popowska-Taborska, J. Duma (red.), *Onomastyka i leksykologia. Prace dedykowane pani profesor Ewie Rzetelskiej-Feleszko*, Warszawa, s. 205–208.
- E. Skorupska-Raczyńska, 2004, *Dykcjonarz Michała Amszejewicza na tle nowopolskich słowników wyrazów obcych*, Gorzów Wielkopolski.
- I. Steczko, 2002, *Mietnica, kaduk, boża kaźń, czyli o nazwach epilepsji w polszczyźnie XV i XVI w.*, „Annales Academiae Paedagogicae Cracoviensis. Studia Linguistica” 1, s. 387–401.
- E. Stocki, 1972, *Epilepsja – padaczka. Miano chorobowe w ciągu wieków. Kartka z dziejów mianownictwa lekarskiego*, „Wiadomości Lekarskie” R. 25, nr 9, s. 831–833.
- B. Walczak, 1991, *Słownik wileński na tle dziejów polskiej leksykografii*, Poznań.
- F. Wysocka, 1999, *Zarys historii polskiej literatury medycznej i piśmiennictwa medycznego do początków XIX wieku*, Piotrków Trybunalski.
- K.W. Zieliński, 2004, *Słownik pochodzenia nazw i określeń medycznych. Antyczne i nowożytne dzieje chorób w ich nazwach ukryte*, Bielsko-Biała.
- K. Zimnoch, 2016, *Druki z zakresu medycyny w historycznej bibliotece supraskiej w XIX wieku*, „Forum Bibl. Med.” R. 9, nr 1(17), s. 283–291.

On the names of epilepsy in the 19th-century Polish language

Summary

This paper characterises 18 synonyms of *padaczka* (*epilepsy*) certified in 19th-century texts. The source basis was the medical dictionaries of those days, titles of articles in medical press, selected medical guides and dictionaries including the Polish language (monolingual and multilingual; general and dialectal ones). This served as the basis for establishing the reach of the characterised synonyms in the 19th c., which was the time of intensive works on organising the Polish medical terminology. The analysis permitted the conclusion that *padaczka* and *epilepsya* were the two terms that were used most frequently and broadly (at all terminological levels of the language of the discussed century) at that time.

Keywords: Polish language – Polish medical terminology of the 19th century – synonyms of *padaczka* (*epilepsy*).

Trans. Monika Czarnecka

K. KŁOSIŃSKA, M. RUSINEK, *DOBRA ZMIANA, CZYLI JAK SIĘ RZĄDZI ŚWIATEM ZA POMOCĄ SŁÓW*, Wydawnictwo „Znak”, Kraków 2019, ss. 381

Książka, którą uczyniłam przedmiotem niniejszej recenzji, poświęcona została językowi rządzących. Chociaż jest to zagadnienie, które niejednokrotnie było poddawane oglądowi nie tylko na polu badań językoznawczych, to nadal cieszy się dużym zainteresowaniem. Nowatorstwo omawianej publikacji polega przede wszystkim na tym, że autorzy skoncentrowali się na materiale pochodzącym z lat 2015–2019, czyli sięgnęli do czasów najnowszych. Jest to ważne, bo pozwala czytelnikowi skonfrontować treść ze swoimi bieżącymi odczuciami, obserwacjami i doświadczeniami.

Na początku proponuję spojrzeć na kształt graficzny tytułu. Zastosowane bowiem zostało ciekawe rozwiązanie polegające na zapisaniu pierwszej jego części, czyli słów „dobra zmiana”, w postaci hasła ze słownika ortograficznego: małą literą oraz z użyciem kropki w miejscu kończącym sylabę. Przy słowie *dobra* umieszczono rzucający się w oczy czerwony asterysk, będący odesłaniem do przypisu znajdującego się na dole okładki, a stanowiącego dokończenie tytułu: „czyli jak się rządzi za pomocą słów”. Można pokusić się o stwierdzenie, że taki układ szaty graficznej tytułu miał na celu zasygnalizowanie formy, jaką przybrała zawartość książki.

Prezentowana praca wyróżnia się charakterem quasi-słownikowym. Wyrazy wyselekcjonowane przez lingwistów utworzyły 69 haseł, które ułożono w porządku alfabetycznym. Należy ocenić to jako dobre rozwiązanie z tego względu, że pozwala ono na przejrzyste i uporządkowane przedstawienie rozważań. Ponadto odbiorcy dzieła łatwiej jest odnaleźć ten fragment, do którego chciałby powrócić lub do którego jest odsyłany. Każde z haseł zogniskowało wokół siebie krótki rozdział, w którym je omówiono i zebrano materiał eksplikujący jego użycie. Godne uwagi jest to, że analizie poddanych zostało ponad 200 słów – możemy tu odnaleźć między innymi dobrze nam znane sztandarowe hasła takie jak np.: *dobra zmiana, kasta, kolesie, komuniści i złodzieje, lewak, LGBT, mordy zdradzieckie i, oczywiście, wina Tuska*. Część wstępna każdego rozdziału zawiera etymologię wyrazu hasłowego, co pozwala na uzyskanie wiedzy, kiedy i gdzie dane słowo, wyrażenie, zwrot czy fraza zostały po raz pierwszy użyte. Genealogia ta nie pozostaje bez znaczenia, gdyż wskazuje nam źródła, z których politycy PiS czerpią chwytły językowe pomocne w manipulacji. Autorzy recenzowanej pozycji zilustrowali swoje wywody wieloma ciekawymi egzemplifikacjami pochodzącymi

z różnorodnych źródeł medialnych, m.in. z prasowych, internetowych, telewizyjnych czy radiowych.

Podkreślić trzeba wprowadzenie do książki kolorystyki w postaci użycia czerwonej, pogrubionej czcionki, czego zapowiedzią był asterysk na karcie tytułowej. Każdorazowo barwą tą zaznaczone zostało hasło, a także wyrazy z nim powiązane oraz numery przypisów. Niewątpliwie stanowi to z jednej strony wizualne urozmaicenie, z drugiej hierarchizuje ważność danych, a podczas kartkowania ułatwia czytelnikowi szybkie natrafienie na poszukiwaną informację. Ważne jest także przyjęcie koloru innego niż czarny przy numerach przypisów, gdyż w razie potrzeby oszczędza to czasu na ich żmudne wyszukiwanie w tekście.

Nawiązując do zastosowanej metody leksykograficznej, trzeba zaznaczyć, że współautorzy zdecydowali się na wprowadzenie odesłań. Pojawiają się one w nawiasach, w których zamieszczono hasła poprzedzone pogrubioną strzałką. Dzięki temu wiemy nie tylko to, które jeszcze słowa możemy odnaleźć, ale także i to, które hasła i w jaki sposób są ze sobą powiązane.

W tym miejscu nie sposób nie nadmienić o rzetelnej i bardzo bogatej bibliografii, w którą wyposażone zostało omawiane przeze mnie opracowanie. Nie jest ona co prawda wyszczególniona jako odrębna pozycja, ale dostrzegamy ją w przypisach zebranych na końcu każdego rozdziału. Wielość i różnorodność pozycji wywołuje duże wrażenie i jednocześnie obrazuje ogrom pracy wykonanej przez badaczy oraz czasu i wysiłku, które zostały w nią włożone. Warto dodać, że w przypisach odnajdziemy nie tylko odesłania do poszczególnych artykułów, publikacji, stron internetowych, ale także napotkamy liczne obszernie cytaty i komentarze, co jest frapującym uzupełnieniem omawianych pojęć.

Książka została wyposażona w *Indeks* zawierający wyrazy, wyrażenia, zwroty i frazy, które pojawiły się na jej kartach, dzięki czemu na wstępie możemy się zorientować, jaki materiał został rozpatrzony.

Nie można pominąć tego, że uatrakcyjnieniu przekazywanych treści służą ilustracje zaczerpnięte z różnych źródeł, wśród których wskazać można np. memy internetowe, fotografie z pierwszych stron gazet, ujęcia z kanałów telewizyjnych czy obrazki z mediów społecznościowych. Są dobrym i pomysłowym materiałem dokumentującym poruszane zagadnienia, a po części wnoszą także pierwiastek humorystyczny.

Wypada zauważyć, że okres, którego dotyczy zebrany materiał empiryczny, to początkowe lata sprawowania rządów przez PiS. Autorzy pracy postawili sobie za cel przyzrenienie się tym słowom, które najpełniej ich zdaniem wpisały się w retorykę „dobrej zmiany”. Jest to ważna kwestia, która pozwala uświadomić czytelnikowi fakt, że partia rządząca za pomocą specyficznego języka nieustannie konstruuje określoną wizję świata, której przyjęcie usilnie próbuje narzucić obywatelom. Dla przeciętnego członka społeczeństwa zidentyfikowanie mechanizmu owego działania i poddanie go analizie z pewnością nie jest łatwe, a w wielu wypadkach jest wręcz niemożliwe, dlatego bardzo potrzebna jest w tym zakresie pomoc specjalistów. Praca będąca przedmiotem mojej uwagi jawi się jako jedno z takich właśnie narzędzi.

Należy bez wątpienia stwierdzić, że tom jest dobrym przewodnikiem po zagadnieniach związanych z manipulacją językową oraz z propagandą. Dobrany materiał leksykalny trafnie odzwierciedla specyfikę języka, którym posługuje się

partia utrzymująca się u władzy. Z kart dzieła wylaniają się stosowane przez PiS zachowania werbalne, na które składa się m.in. operowanie wyrazami o dużym ładunku emocjonalnym, używanie napastliwych, dyskredytujących epitetów, posługiwanie się schematami myślowymi, co jest jednym z wyznaczników uproszczonej aksjologii. Uwydatnia się epatowanie słownictwem ujemnie nacechowanym, które manifestuje silnie negatywne nastawienie przede wszystkim do przeciwników politycznych PiS. Nieobce są rządzącym zabiegi rytualizacji, do których zalicza się nieustanne powtarzanie tych samych haseł na antenie państwowych środków masowego przekazu. Na podstawie haseł zestawionych w omawianej publikacji czytelnik może się przekonać, że jednym z celów języka pełnego nienawiści jest kreowanie dychotomicznej wizji świata, która zawsze niesie ze sobą zafałszowany obraz rzeczywistości. Jest to zjawisko tym bardziej niebezpieczne, im mniej uświadamiane – co skwapliwie i bez skrępowań wykorzystują politycy. Dzięki recenzowanej pozycji każdy z nas ma możliwość zapoznania się z istotą opisywanego mechanizmu, który z językoznawczego punktu widzenia zasadza się najczęściej na zmianie znaczenia wyrazów, modyfikacji ich nacechowania, na wrywaniu słów z ich kontekstów i umieszczaniu na nowym tle. Lingwiści nie tylko eksponują ciekawe treści, zawierające eksplikacje jasne i zrozumiałe, ale także zestawiają je w nietuzinkowy sposób.

Podsumowując, chciałabym wskazać, że w moim przekonaniu *Dobra zmiana, czyli jak się rządzi światem za pomocą słów* to lektura niezmiernie ważna, cenna i potrzebna, a poprzez to obowiązkowa. Ważna z tego względu, że porusza temat, który „tu i teraz” dotyczy każdego z nas, a poprzez popularnonaukowy charakter skierowana jest do szerokiego grona odbiorców, a nie tylko do wąskiego kręgu specjalistów. Cenna dlatego, że autorzy mieli odwagę poruszyć zagadnienie niełatwe i przedstawić je w sposób uczciwy, czyli obiektywnie, nie ujawniając swoich preferencji politycznych. Potrzebna, gdyż zapoznaje czytelnika – zwłaszcza będącego reprezentantem młodego i średniego pokolenia – z mechanizmem manipulacji i używania języka w celach propagandowych; uczy świadomego odbioru komunikatów, czyli skłania do refleksji, do namysłu nad słowem. W czasach zatopienia współczesnego człowieka w szumie informacyjnym, w czasach nieefektywnej edukacji szkolnej, podczas której niewiele czasu poświęca się kwestii manipulacji językowej, omawianą pozycję postrzegać można jako punkt oparcia i drogowskaz, które są pomocne w analizie otaczającej nas rzeczywistości. Dotyczy to zwłaszcza młodzieży, bo starsze pokolenia bez problemu dostrzegają zbieżność języka polityków dziś będących u szczytu władzy z nowomową z czasów PRL.

Milena Wojtyńska-Nowotka
(Uniwersytet Warszawski,
e-mail: m.wojtynska-no@uw.edu.pl)
ORCID: 0000-0002-4450-7802

Stanisław Dubisz

(Towarzystwo Kultury Języka, Warszawa,
e-mail: stdubisz@gmail.com)

ORCID: 0000 0002-4784-5399

DOI: 10.33896/PorJ.2021.8.8

PROFESOR TADEUSZ ZGÓŁKA

26 kwietnia, w wieku 76 lat, zmarł w Poznaniu profesor Tadeusz Zgółka, wybitny językoznawca, podejmujący w swych publikacjach problematykę z zakresu filologii polskiej i językoznawstwa ogólnego, teorii języka, retoryki i pragmalingwistyki, leksykologii i leksykografii, wreszcie filozofii nauki.

Pochodził z dawnych Kresów południowo-wschodnich, urodził się w Rodatyczach – 1 lutego 1945 r. – w Lwowskiem, w 1963 r. zdał egzamin dojrzałości w Liceum Ogólnokształcącym w Rzepinie (dziś województwo lubuskie), studia z zakresu filologii polskiej ukończył na Uniwersytecie im. Adama Mickiewicza w Poznaniu (1968 r.) i tamże podjął pracę asystenta w Katedrze Logiki na Wydziale Filozoficzno-Historycznym. Z uczelnią poznańską był związany przez całe życie poprzez doktorat (1974 r.), habilitację (1979 r.), docenturę (1981 r.), tytuł naukowy profesora nauk humanistycznych (1991), stanowisko profesora – nadzwyczajnego (1991) i zwyczajnego (1996), wreszcie status profesora seniora (od 2016 r.).

W czasie trwającej 53 lata kariery uniwersyteckiej profesor Tadeusz Zgółka pracował na czterech Wydziałach UAM (Filozoficzno-Historycznym, Filologicznym, Neofilologii, Filologii Polskiej i Klasycznej) i w kilku ich jednostkach (Katedra Logiki, Zakład Metodologii Lingwistyki, Katedra Językoznawstwa Ogólnego i Stosowanego, Zakład Retoryki, Pragmalingwistyki i Dziennikarstwa). Szczególne zasługi położył jako twórca Zakładu Metodologii Lingwistyki, współtwórca oraz pierwszy i wieloletni dziekan Wydziału Neofilologii (1988–1996), kierownik Katedry Językoznawstwa Ogólnego i Stosowanego, inicjator Podyplomowego Studium dla Nauczycieli Języka Polskiego jako Obcego, a także jako projektodawca studiów w zakresie filologii polskiej jako obcej w Collegium Polonicum w Ślubicach.

Profesor Tadeusz Zgółka za swego mistrza naukowego uznawał prof. dra hab. Jerzego Kmitę – logika i metodologa nauki, twórcę teorii historii nauki pojętej jako dziedzina kultury – pod którego kierunkiem opracował w 1974 r. dysertację doktorską pt. *Wyjaśnianie faktów językowych zakładane przez praską szkołę strukturalną* (wyd. książkowe: *O strukturalnym wyjaśnianiu faktów językowych*, PWN, Warszawa–Poznań 1976). W tym samym interdyscyplinarnym nurcie metodologicznym sytuuje się również jego rozprawa habilitacyjna (1979) pt. *Język. Kompetencja. Gramatyka. Studium z metodologii lingwistyki*

(wyd. PWN, Warszawa – Poznań 1980). Oprócz tych pozycji dorobek naukowy profesora Tadeusza Zgółki obejmuje osiem publikacji książkowych (w tym pięć współautorskich), około 130 artykułów, redakcje tomów zbiorowych, prace leksykograficzne i encyklopedyczne oraz kilkanaście recenzji. Jest to dorobek obszerny, wielowątkowy, interdyscyplinarny, mający zasięg międzynarodowy. Z publikacji książkowych można tu przykładowo wymienić *Język wśród wartości* (1988), *Językowy savoir-vivre* (wraz z Haliną Zgółkową, 1992 i in.), *Słownictwo współczesnej poezji polskiej. Listy frekwencyjne* (wraz z Haliną Zgółkową, 1992), a z artykułów np. *Eksplikacja pojęcia systemu w koncepcjach fonologicznej szkoły praskiej* (1975), *O teoretycznych podstawach tzw. polityki językowej* (1981), *Psychologizm a społeczny charakter języka w koncepcjach lingwistycznych J.N. Baudouina de Courtenay* (1989), *Tekstowe, funkcjonalne i pragmatyczne kryteria wyodrębniania stylowych odmian języka* (1991), *Warstwy świadomości językowej* (1996), *Kształtowanie sprawności i umiejętności w zakresie nauczania języka polskiego jako obcego* (1997), *Pośrednie akty mowy w retoryce współczesnej* (2001), *Retoryka tabuizacji* (2009), *Retoryka a kultura języka* (2017).

Przedstawiony wyżej skromny „wyciąg” z bibliografii prac autorstwa profesora Tadeusza Zgółki ma – oczywiście – charakter subiektywny i nie jest jego celem dokonanie charakterystyki tego dorobku naukowego. Chodziło w tym wypadku o zasygnalizowanie części zakresów zainteresowań naukowych ich Autora, które w sposób szczególnie wywarły wpływ na pracę naukową piszącego te słowa. Z tej też przyczyny nie sposób nie wspomnieć ponaddziesięcioletniej pracy leksykograficznej profesora Tadeusza Zgółki jako zastępcy redaktora naukowego i współautora *Praktycznego słownika współczesnej polszczyzny* (1994–2005, t. 1–50) pod redakcją naukową Haliny Zgółkowej oraz jako współprzewodniczącego Wydawniczej Rady Naukowej i autora wybranych haseł polskiej edycji *Encyklopedii Britannica* (1997–2005, t. 1–49).

Trzeba w tym miejscu podkreślić, że profesor Tadeusz Zgółka publikował również w „Poradniku Językowym”. Jego ostatnie artykuły ukazały się w 2018 r. – *Rozterki praktykującego słownikarza. Esej leksykograficzny* (PorJ 2018, z. 4, s. 21–27); *Leksykalna kategoryzacja rzeczywistości w słownikach ostatniego studcia polskiej leksykografii* (wraz z H. Zgółkową, PorJ 2018, z. 8, s. 40–51).

Naukowców można (oprócz klasyfikacji innych) podzielić na „gabinetowych” i „uspołecznionych”. Ci pierwsi nie wykraczają poza sferę twórczości naukowej, ci drudzy – poza tą twórczością – wykonują inne prace na rzecz środowiska naukowego, instytucji naukowych i społecznych. Z dotychczasowych uwag, poczynionych w tym wspomnieniu, wynika jednoznacznie, że profesor Tadeusz Zgółka był językoznawcą uspołecznionym. Świadczą o tym liczne prace organizacyjne na rzecz Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza i funkcje tam pełnione (o których już była mowa), a także inne zakresy jego działalności. Wchodził w skład Państwowej Komisji Poświadczania Znajomości Języka Polskiego jako Obcego (2003–2016), Komitetu Językoznawstwa PAN (2004–2010), Rady Języka Polskiego przy Prezydium PAN (od 2004 r., od 2019 r. wiceprzewodniczący), był także członkiem rzeczywistym Wydziału Filologiczno-Filozoficznego Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk.

Charakter działalności pracownika akademickiego wyższej uczelni w Polsce wymaga, by wypełniał swe obowiązki w trzech sferach: naukowej, dydaktycz-

nej i organizatorskiej. O profesorze Tadeuszu Zgółce można powiedzieć, że we wszystkich tych zakresach osiągnął poziom mistrzowski.

Jak to w środowisku naukowym bywa, najpierw znaleźliśmy się skądinąd – z konferencji, przewodów naukowych, konwentykli towarzyskich – ale bliższy stopień znajomości i zażyłości osiągnęliśmy na początku lat 90. ubiegłego już wieku, kiedy to niejako „asystowaliśmy” profesorowi Stanisławowi Gajdzie przy tworzeniu zrębów ogólnopolskiego projektu badawczego „Przemiany współczesnej polszczyzny (1945–1995)”. Owa zażyłość przerodziła się szybko we współpracę zespołu badawczego kierowanego przez profesor Halinę Zgólkową (z aktywnym udziałem Tadeusza) i zespołu badawczego Pracowni Językoznawstwa Stosowanego UW pod moim kierunkiem, która trwała kilka lat w formie bilateralnych sympozjów odbywanych na przemian w Poznaniu i w Warszawie. W czasie tych spotkań ujawniły się w pełni rozliczne zalety intelektualne i talenty Tadeusza – olbrzymia erudycja, znajomość realiów humanistyki polskiej, umiejętność prowadzenia dyskursu i błyskotliwej riposty, żarliwość, wręcz nieustępliwość, w debacie, talenty retoryczne i erystyczne.

Zażyłość ta była podtrzymywana przez stałe kontakty związane ze współpracą leksykograficzną, z udziałem w pracach komisji certyfikacyjnej, Komitetu Językoznawstwa PAN, Rady Języka Polskiego, z przewodami doktorskimi i habilitacyjnymi, z publikacjami, wreszcie ze spotkaniami okolicznościowymi.

Tadeusz bywał w Warszawie często, ja w Poznaniu rzadziej, ale spotykaliśmy się przecież w różnych miejscach i w różnych sytuacjach, że przypomnę nadmiernie długo trwającą (ze względu na zatory drogowe) podróż z Rzeszowa do Warszawy z VIII Forum Kultury Słowa (październik 2011). Podczas spotkań prywatnych, nieformalnych Tadeusz bywał duszą towarzystwa, błyszczał dowcipem, elegancją i humorem. Bywało, że żartobliwie licytowaliśmy się (w związku z podobieństwem niektórych aspektów naszych dróg uniwersyteckich) co do naszych osiągnięć – ja wygrywałem pod względem długości kadencji dziekańskich, On pod względem liczby wypromowanych doktorów.

Tadeusz był człowiekiem słownym i spolegliwym, we współpracy naukowej i dydaktycznej rzetelnym, w kontaktach osobistych – szczerym i życzliwym. W naszych wzajemnych kontaktach doświadczyliśmy swej spolegliwości wielokrotnie. Był wreszcie Tadeusz – jak to się potocznie mówi – mężem swojej żony pani profesor Haliny Zgólkowej, a jak On sam mawiał „Zgólczyń”, z którą stanowią parę życiową i intelektualną znaną w całym polskim (i nie tylko) środowisku językoznawczym. Ostatni raz spotkałem się z Nimi Obojgiem w Poznaniu właśnie na Jej jubileuszu i nie przyszło mi nawet na myśl, że z Tadeuszem może to być spotkanie ostatnie.

Profesor Tadeusz Zgółka często na powitanie wygłaszał formułę *Bądź pozdrowiony*. Pozostaje pożegnać go w tym duchu – *Vale! Omnia mutantur, nihil interit.*

INFORMACJE DLA AUTORÓW „PORADNIKA JĘZYKOWEGO”

Prosimy Autorów o nadsyłanie artykułów, rozpraw, recenzji publikacji językoznawczych oraz sprawozdań z konferencji, sympozjów i spotkań, ponieważ chcemy, aby „Poradnik Językowy” w szerokim zakresie informował o życiu naukowym w kraju i za granicą.

Uprzejmie prosimy Autorów o przestrzeganie następujących zasad redakcyjnych:

- Objętość artykułu nie powinna przekraczać 14 stron znormalizowanego maszynopisu (ok. 25 000 znaków ze spacjami), objętość recenzji zaś – stron 7 (ok. 12 000 znaków ze spacjami).
- Prosimy o dołączenie do tekstu artykułu krótkiego (10 wersów) streszczenia i słów kluczowych w języku polskim. Streszczenie powinno zawierać: 1) uzasadnienie podjętych badań; 2) prezentację uzyskanych wyników; 3) omówienie zastosowanej metody badawczej.
- W cudzysłowie podajemy tytuły czasopism oraz cytaty – jeżeli nie są wyodrębnione w inny sposób (np. inną wielkością pisma).
- Kursywą wyodrębniamy wszystkie omawiane wyrazy, zwroty i zdania, ponadto tytuły książek i części prac, tzn. rozdziałów i artykułów, oraz zwroty obcojęzyczne wplecione w tekst polski.
- Podkreślenia tekstowe oznaczamy spacją (druk rozstrzelony).
- Znaczenie wyrazów podajemy w łapkach “.
- Prace należy dostarczać w formie papierowej oraz wersji elektronicznej na konto: poradnikjezykowy@uw.edu.pl
- Autorów przysyłających swoje prace po raz pierwszy prosimy o czytelne podanie imienia, nazwiska, tytułu naukowego lub zawodowego, numeru ORCID, nazwy ośrodka naukowego (przy którym chcą afiliować tekst artykułu), adresu prywatnego, adresu e-mail i numeru telefonu. Pliki prosimy przysyłać w formacie edytora MS Word (*.doc, *.rtf).
- Autorzy są zobowiązani do złożenia oświadczenia o oryginalności autorskiej tekstów.

Redakcja nie zwraca tekstów niezamawianych.