

UNIwersytet w Białymstoku  
Wydział Filologiczny

Diana Saniewska  
numer albumu: 27221

*Dyskurs medyczny w ujęciu lingwistycznym  
na przykładzie afazji*

Rozprawa doktorska napisana pod kierunkiem  
prof. dr hab. Elżbiety Awramiuk  
Kolegium Językoznawstwa

Białystok, 2023 rok

## SPIS TREŚCI

<b>WSTĘP</b> .....	<b>6</b>
<b>CZEŚĆ I</b> .....	<b>14</b>
<b>ROZDZIAŁ 1. Afazje</b> .....	<b>14</b>
1.1. Prymarne dane językowe i specjalistyczne .....	14
1.2. Perspektywy oglądu .....	22
1.2.1. Punkt widzenia nauk medycznych .....	23
1.2.2. Punkt widzenia neuropsychologiczny .....	26
1.2.3. Punkt widzenia neurolingwistyczny .....	30
1.2.4. Punkt widzenia językoznawczy .....	32
1.2.5. Punkt widzenia komunikologiczny .....	34
1.2.6. Punkt widzenia neuro/logopedyczny .....	35
1.2.7. Deficyt lingwistyki klinicznej .....	38
1.2.8. Czy istnieje punkt widzenia afazjologiczny .....	39
1.3. Chaos definicji i pluralizm klasyfikacji .....	41
1.4. Typy i objawy .....	44
1.4.1. Taksonomia afazji.....	44
1.4.2. Zaburzenia na poziomie podsystemów języka .....	50
1.4.3. Dysfunkcje modalności.....	50
1.4.4. Różnicowanie .....	51
1.5. Patomechanizmy afazji .....	53
1.5.1. Epidemia udarów .....	53
1.5.2. Inne przyczyny .....	56
1.6. Epidemiologia afazji .....	58
1.7. Konkluzje: kalejdoskop widoków .....	61
<b>ROZDZIAŁ 2. Dyskurs</b> .....	<b>63</b>
2.1. Przedpole dyskursu .....	64
2.1.1. Sieć pojęć i terminów .....	64
2.1.2. Od tekstologii do <i>dyskursologii</i> .....	75
2.2. Pole dyskursu .....	77
2.2.1. Polifonia dyskursu .....	78

2.2.1.1. W wieloznacznościach .....	78
2.2.1.2. W konceptualizacjach.....	81
2.2.1.2.1. W operacjonalizacjach .....	81
2.2.1.2.2. W konkordancjach .....	83
2.2.1.2.3. W kolokacjach .....	85
2.2.1.2.4. W typologiach .....	88
2.2.1.3. O niepodobieństwie syntezy .....	88
2.2.2. Nurty badań zorientowanych na dyskurs.....	89
2.2.2.1. Nurt niemiecki .....	89
2.2.2.2. Nurt francuski.....	91
2.2.2.3. Nurt anglosaski.....	92
2.2.2.4. Nurt polski.....	93
2.2.2.5. Konfrontacja nurtów: prolongacje i rozdzźwięki .....	94
2.2.3. Analizy dyskursu .....	95
2.2.3.1. Analiza dyskursu .....	95
2.2.3.2. Krytyczna analiza dyskursu .....	96
2.2.3.3. Jakościowa analiza dyskursu .....	100
2.2.3.4. Lingwistyczna analiza dyskursu.....	102
2.2.3.5. Paralele analiz: pochwała mnogości.....	103
2.3. Konkluzje: uniwersum dyskursu .....	104
<b>CZĘŚĆ II .....</b>	<b>106</b>
<b>ROZDZIAŁ 3. O metodzie .....</b>	<b>106</b>
3.1. Sztafaż inspiracji .....	106
3.1.1. Tło etnolingwistyczne.....	106
3.1.1.1. Antropologia .....	107
3.1.1.2. Kognitywizm.....	109
3.1.1.2.1. Lingwistyka etnokognitywna .....	111
3.1.1.2.2. Instrumentarium językowego obrazu świata .....	112
3.1.2. Tło lingwistyczne .....	114
3.1.2.1. Holistyczna koncepcja polonistyczna.....	114
3.1.2.2. Językoznawstwo publiczne .....	116
3.1.2.3. Krytyczna analiza dyskursu medycznego .....	116
3.1.3. Tło medyczne .....	117
3.1.3.1. Antropologia medyczna i etnomedycyna.....	118

3.1.3.2. Medycyna narracyjna .....	120
3.1.4. Etnografia afazji .....	123
3.1.5. Badania nad <i>innościq</i> .....	124
3.1.6. Konkluzje: o potrzebie postdyscyplinarności .....	124
3.2. Porządek tego dyskursu .....	125
3.2.1. <i>Pojęciarium</i> : wybory i uporządkowania terminologiczne .....	125
3.2.1.1. Definicja <i>afazji</i> .....	125
3.2.1.2. Definicje <i>tekstu</i> i <i>dyskursu</i> .....	126
3.2.1.3. Selekcja nazewnictwa .....	127
3.2.2. Prynypia tożsamości przedmiotu i metody oraz przedmiotu i badacza .....	129
3.2.3. Propozycja praktyki <i>gęstego czytania</i> .....	130
3.2.3.1. Projektowanie przedmiotu badań .....	131
3.2.3.2. Co będzie analizowane .....	132
3.2.3.3. Dobór materiału językowego .....	135
3.2.3.4. Jak czytać gęste czytanie .....	137
3.2.4. Dylematy badacza .....	138
3.2.4.1. Pozycja naukowca .....	138
3.2.4.2. Pokusy badacza .....	139
3.2.4.3. Językoznawca w klinice .....	140
3.2.4.4. Dlaczego nie analiza konwersacji .....	141
3.3. Poetyka tego dyskursu .....	142
<b>CZEŚĆ III .....</b>	<b>145</b>
<b>ROZDZIAŁ 4. Fragmenty dyskursu medycznego .....</b>	<b>145</b>
4.1. Panorama: dyskurs medyczny .....	146
4.1.1. Tematyzacja .....	146
4.1.1.1. Dyskurs choroby w pracach literaturoznawczych .....	147
4.1.1.2. Metafory choroby .....	150
4.1.1.3. Dyskurs choroby w lingwistyce .....	152
4.1.2. Instytucjonalizacja .....	153
4.1.3. Substancjalizacja oraz ideologizacja .....	157
4.2. Dyferencjacje .....	159
4.3. Zbliżenia: dyskurs o afazji .....	160
4.3.1. Tematyzacja .....	160
4.3.1.1. Metafory afazji .....	162

4.3.2. Instytucjonalizacja .....	163
4.3.3. Substancjalizacja oraz ideologizacja .....	166
4.3.4. Dyskurs w neuro/logopedii .....	167
4.4. Właściwości dyskursu medycznego oraz o afazji .....	170
4.5. Konkluzje: niemożność monografizowania .....	173
<b>ROZDZIAŁ 5. <i>Wołgą przez Afazję</i> Karoliny Wiktor .....</b>	<b>176</b>
5.1. Próba gęstego czytania .....	176
5.2. Mapowanie afazji: punkty orientacyjne .....	203
5.2.1. Chory .....	204
5.2.2. Postawa lekarza .....	208
5.2.3. Sfera psychiczna chorego .....	211
5.2.4. Komunikacja .....	212
5.2.5. Tożsamość .....	216
5.2.6. Relacje międzyludzkie .....	217
5.2.7. Rodzina .....	217
5.2.8. Korzyści z chorowania .....	218
5.3. Konkluzje: „czuły” badacz i „zraniony” narrator .....	218
<b>ROZDZIAŁ 6. Językoznawstwo krytycznie zaangażowane .....</b>	<b>222</b>
6.1. Dyskurs przemilczeń .....	223
6.2. Dyskurs pseudoinspiracji .....	227
6.3. Cztery funkcjonalności .....	229
6.4. Konkluzje: w stronę nieinteligibilności dyskursu .....	234
<b>ZAKOŃCZENIE .....</b>	<b>235</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>239</b>
<b>SUMMARY .....</b>	<b>288</b>
<i>Medical discourse in a linguistic perspective on the example of aphasia</i>	

## WSTĘP

### I.

Ta dziwna instytucja, zwana *dyskursem* — by sparafrazować słowa Jacques'a Derridy o literaturze (1998, s. 176) — nie ma jednej twarzy i nie wybrzmiewa jednym głosem. Choć trudno uchwytana, jest dość dobrze widoczna w horyzoncie współczesnej humanistyki, wydaje się też zadomowiona w filologii i nieźle okrzepła w lingwistyce. Do tego stopnia, że trudno nie przyznać jej statusu *fenomenu* (Rasiński 2009, s. 8). Nie jest to jednak jedyny fenomen, który zajmuje mnie w tej pracy — status taki przypisuje się bowiem także afazji (Panasiuk 2013, s. 17). Z językoznawczego punktu widzenia można dyskurs i afazję określić jako wielowymiarowe zjawisko poznawczo-językowo-komunikacyjno-kulturowe. Równocześnie jest to niezwykle interesujące pole eksploracji, w którym są jeszcze nieodkryte „szczeliny istnienia”.

Celem niniejszej pracy jest odkrycie i opisanie jednej z tych szczelin — świata pacjenta — afatyka — poprzez jego język przy wykorzystaniu instrumentarium językowego obrazu świata. Chodzi o świat taki, jakim go chory doświadcza, jak o nim myśli, a więc widziany od środka, ale na tle *reszty świata*, która — jak się okaże — ma w sobie potencjał czekający na zagospodarowanie.

Wyborowi tak szeroko sformułowanego tematu — *Dyskurs medyczny w ujęciu lingwistycznym na przykładzie afazji* — można przypisać trzy motywacje: obiektywną, subiektywną i utylitarną.

Pierwsza wiąże się z nikłym rozpoznaniem dyskursu medycznego — a w nim dyskursu o afazji — z perspektywy innej niż kliniczna, terapeutyczna czy językowa. Tymczasem uwyrażnia się — i w medycynie, i w języku — zwrot ku *człowiekowi mówiącemu*<sup>1</sup>, co pozwala na dyskurs i afazję patrzeć etnograficznie. Tak zorientowane badania na dyskurs są już u nas z powodzeniem podejmowane, ale etnografia afazji wydaje się jeszcze dość egzotyczna<sup>2</sup>. Praca ta więc może inaugurować eksploracje na tym polu.

Drugi impuls do podjęcia tak ujętego zagadnienia określiłabym — na co pozwala zwrot afektywny w humanistyce — jako osobisty, wiążący się z emocjami

---

<sup>1</sup> Zob. s. 61.

<sup>2</sup> Zob. s. 122.

doświadczonymi po lekturze autobiografii afatyków. Temat jest więc dziś — trzeba niestety powiedzieć, że *wciąż* — newralgiczny, ponieważ te egalitarne w swym charakterze zaburzenia komunikacji, będące bezpośrednią przyczyną izolacji społecznej, są wyzwaniem społecznym (dla systemu opieki zdrowotnej) oraz indywidualnym (dla wielu chorych oraz ich rodzin, a także terapeutów mowy, którzy z nimi pracują).

Trzeci bodziec ma charakter utylitarny — wynika z zawodowej lektury raportu *Udar mózgu. Plan działania dla Europy* (2018), w którym czytamy: „Tego roku około 610 000 osób w Unii Europejskiej dozna udaru mózgu i chociaż dane są niejednolite, co najmniej 170 000 osób w krajach spoza UE. To więcej niż jeden udar na minutę” (tamże, s. 2). I dalej: „między 2015 a 2035 r. ze względu na starzenie się populacji, liczba udarów ma wzrosnąć o 34%, a w całej Europie liczba osób żyjących z udarem ma wzrosnąć (...) osiągając 4 610 050 osób, które przeżyły udar” (tamże). Jedna trzecia z nich, a więc 1 536 683 osób, stanie się afatykami. Dane te antycypują posępną informację, że „Każdy z nas jest potencjalnym pacjentem. Statystyki pokazują, że 1 na 6 osób dozna udaru w ciągu życia” (PM 2019). To czyni z afazji „pewną potencjalność, która może się stać elementem tożsamości wielu z nas” (Muca 2020, s. 6).

Z pewnym więc zaniepokojeniem podchodzę do utraty możliwości komunikacji — tego, co Mariusz Maruszewski nazywa „jedną z najbardziej charakterystycznych cech aktywności człowieka” (1970, s. 267). Chcę jednak tę potencjalność rozpoznać, oswoić, zdając sobie sprawę z tego, że wymaga osadzenia w szerszym kontekście.

Tytuł rozprawy informuje o istnieniu dwóch współprzedmiotów refleksji — są nimi dyskurs medyczny oraz eliptycznie ujęty dyskurs o afazji<sup>3</sup>. Zostały one zestawione zgodnie z kognitywnym układem figura — tło, który uzmysławia, że dwa elementy opisu pozostają ze sobą w korelacji uwarunkowanej optyką zbliżeń i oddaleń. W układzie tym dyskurs medyczny jest tłem dyskursu o afazji, dlatego pierwszemu przyglądam się w optyce panoramicznej, drugiemu — w zbliżeniu. Wynika to z zasad percepcji, zgodnie z którymi tło jest łatwiejsze do uchwycenia, jest większe, wyrazistsze, stabilniejsze (zob. Zawisławska 2004, s. 139).

Rozpoznania, których dokonuję w dyskursie medycznym, mają charakter przesiewowy, wydobywają to, co sukceduje dyskurs o afazji nietożsamy z dyskursem

---

<sup>3</sup> Zob. 3.2.1.3. *Selekcja nazewnictwa*.

w afazji, choć obu można przyglądać się w perspektywie JOS. Podkreślić jednak należy, że w przyjętej tu koncepcji dyskursu o afazji majoryzująca jest perspektywa językowa. Tymczasem dyskurs w afazji implikuje podejście logopedyczne. Dlatego rekonstrukcja reprezentacji świata u osób z afazją (Panasiuk 2015) będzie wyglądała inaczej niż rekonstrukcja JOS afazji, którą przedstawiam w swojej pracy i którą wypełniam lukę eksploracyjną w rodzimej etnografii afazji ujmowanej — jak proponowała w *Afazjologii* Maria Pąchalska blisko ćwierćwiecze temu — jako „zjawisko psychospołeczne, wykraczające poza ramy interwencji klinicznej” (2012, s. 72)<sup>4</sup>.

Rozróżnienie to pozwala mi za materiał językowy obrać autobiografie afatyków, czyli *afazjografie*, ukazujące unikalną perspektywę chorego. Neologizm ten tworzę przez analogię do *kancerografii*, co sytuuje go w porządku hiponimicznym wobec *patografii* jako gatunku obsługującego dyskurs medyczny. Analizowany materiał widzę tu jako teksty w całym ich uwikłaniu, a więc z tym wszystkim, co dzieje się w tekście i wokół tekstu, czyli w dyskursie.

Tekstem bazowym — wyjściowym „zderzeniem dyskursu” (Foucault 2002, s. 38) — jest książka *Wolga przez Afazję* Karoliny Wiktor, wokół której pojawiają się teksty satelickie — publikacje *rozmów* z autorką. Obok pojawiają się afazjografie Jacka Rozenka *Padnij, powstań. Życie po udarze* oraz Tadeusza Teofila Kaczmarka *Udar mózgu i afazja. Wspomnienia Tadeusza T. Kaczmarka*. Współ zajmują one eksplicytny fragment dyskursu o afazji, tworzą tematyczne miejsce „zagęszczenia” w dyskursie medycznym.

By obszar ten rozpoznać, proponuję autorską *praktykę gęstego czytania*, która pozwala wejść w doświadczenie afatyka skonceptualizowane przez Karolinę Wiktor jako „kraj Afazji” zamieszkiwana przez „Afazjan”. Świat ten porządkują metafory drogi, podróży i miejsca, w kontekście których *afazjografia* nabiera polisemantycznego wydźwięku. Jest opisem afazji jako klinicznie rozpoznanej *choroby*, ale też opisem krainy Afazji i ten drugi aspekt wydaje się wyraźniejszy przez to może, że dzieli część *-grafia* z *kartografią*, która jest sposobem opisywania świata Afazjan po to, by stworzyć jej *mapę* — obraz umożliwiający orientację w nowej przestrzeni. Mapa ta może służyć tak Afazjanom, jak i tym, którzy z różnych powodów zagląдают do ich świata.

---

<sup>4</sup> Pierwsze wydanie jej *Afazjologii* to 1999 rok.



Praca badawcza, którą wykonałam na dyskursie o afazji reprezentowanym przez afazjografię, po *screeningu* dyskursu medycznego, przebiegała dwuetapowo. Najpierw w praktyce gęstego czytania zrekonstruowałam obraz afazji w wypowiedziach Karoliny Wiktor. Następnie w procedurze inferencji wprowadziłam konteksty z innych afazjografii oraz odniesienia naukowe: medyczne, socjologiczne, antropologiczne. Dwuetapowość daje szansę wyjścia poza partykularność studium przypadku, jakim w innym układzie byłaby praktyka gęstego czytania. Tu jednak *gęstość* wyłania się z mnogich nawiązań, z intertekstualności. Ideą tak zaprojektowanej praktyki gęstego czytania jest uzyskanie potwierdzenia uniwersalności znaczeń wynikających z nakładających się pojedynczych doświadczeń. Potwierdzenie to — jak sądzę — można uzyskać jedynie w dyskursie.

Ramą mojej pracy badawczej staje się językoznawstwo, które określam *krytycznie zaangażowanym*. Część jego korzeni wyrasta z etnolingwistyki kognitywnej urzeczywistniającej pryncypia opisane przez George'a Lakoffa (1990).

Pierwsze z nich — zobowiązanie do generalizacji — obliguje kognitywnie zorientowanego językoznawcę do tego, by przedmiotem swoich badań czynił całe spektrum zjawisk wiążących się z językiem. Elżbieta Tabakowska dopowiada tu, że powinien on „kierować uwagę na lekceważone dotąd użycia języka i starać się zbadać jak najwięcej danych, pochodzących z możliwie największej liczby odmiennych języków” (1995, s. 38). Dlatego pochylam się nad afazjografiami, które stanowią „jeden z najmniejszych obszarów tematycznych współczesnego piśmiennictwa” (Muca 2020, s. 5).

Drugie natomiast — zobowiązanie do kognitywizmu — wiąże się z poszukiwaniem, inkorporowaniem i praktycznym aplikowaniem wyników badań uzyskiwanych w ramach — i ponad nimi — nauk zajmujących się poznaniem, jak: psychologia poznawcza, filozofia języka, antropologia czy neurologia (tamże). W tym duchu — w ramach językoznawstwa krytycznie zaangażowanego — nie tylko wskazuję nietradycyjne sfery namysłu, ale też pewne funkcjonalności, czyli sposobności aplikowania praktycznych wymiarów lingwistyki w dyskursie medycznym: w terapii mowy po udarze, w szeroko rozumianej komunikacji medycznej ukierunkowanej na kształcenie kompetencji narracyjnej, w językowym *savoir-vivre* medycznym oraz w specjalistycznym copywritingu medycznym. Funkcjonalności te realizują — poza zobowiązaniem do kognitywizmu — zasadę konsilencji, koncepcje

komercjonalizowania nauki, a w końcu wcielają w życie idee społecznej odpowiedzialności nauki, od której obowiązana jest także humanistyka.

Przyglądam się więc światu afazyka z perspektywy krytycznie zaangażowanego językoznawcy, by dostrzec w nim rozrzedzenia, które dadzą się lingwistycznie zagospodarować. W pragmatycznym wymiarze ma to zbliżyć pracowników systemu ochrony zdrowia — między innymi logopedów — do rozumienia tego, jak ich pacjenci myślą o swoich doświadczeniach, co wpisuje się w dyrektywy WHO promujące dbałość o jakość życia osób obciążonych chorobami przewlekłymi.

Subiektywny wybór afazji jako przykładu dyskursu medycznego nie jest dla mnie jako autorki-logopedki przypadkowy, ale należy dopowiedzieć, że nie jest jedynym możliwym. Sądzę, że zaproponowana w tej pracy praktyka gęstego czytania pozwoli się zaaplikować do analizy innych jednostek chorobowych, dzięki czemu lekarz, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka czy nawet pani z rejestracji będą mogli być *bliżej* swojego pacjenta jako osoby, a nie przedmiotu badań, analiz, opracowywania wyników. Tkwi w tym głęboko humanistyczna — by w obliczu zapaści systemu opieki medycznej nie powiedzieć: *humanitarna* — aktualizacja imperatywu kategorycznego naświetlonego smutną, ale oczywistą konstatacją, że wszyscy jesteśmy pacjentami.

## II.

Praca ta składa się z trzech części inicjowanych *mapą* w postaci — świadomie stworzonego jako drobiazgowy — spisu treści, który ułatwia nawigowanie w tym dyskursie.

**W części pierwszej**, teoretycznej, w szerokiej perspektywie przyglądam się *fenomenowi* afazji i dyskursu rozumianemu jako ‘fakt empiryczny będący punktem wyjścia badań naukowych’ (SJP). Stan badań pokazuje, że zjawiska te mają długą historię naukowego namysłu, ale też wiele obszarów niejasnych. By je naświetlić, wprowadzam podział na dwa rozdziały.

W tym poświęconym afazji, po przedstawieniu historii dziedziny zwanej *afazjologią*, analizuję możliwe podejścia oglądu: medyczne, neuropsychologiczne, neurolingwistyczne, językoznawcze, komunikologiczne, neuro/logopedyczne, co pozwala mi zauważyć nieobecność refleksji spod znaku językoznawstwa klinicznego i zadać w końcu retoryczne pytanie o to, czy istnieje afazjologiczny punkt widzenia. Dalej afazję opisuję jako jednostkę chorobową, którą można scharakteryzować przez

definicje, klasyfikacje, taksonomie, symptomy, patomechanizmy i dane epidemiologiczne oraz różnicować z przypadłościami o odmiennych etiologiach. Jest to więc obraz w dużej mierze kliniczny, zrekonstruowany na podstawie wiedzy neuro/logopedycznej.

W rozdziale kolejnym przechodzę do dyskursu i pojęć, które wpływają na jego rozumienie: *język, tekst, styl, gatunek, komunikacja, konteksty*. Wskazanie zależności między nimi prowokuje postawienie również w tym rozdziale retorycznego pytania o to, czy potrzebujemy takiej dziedziny, jaką jest *dyskursologia*. Następnie zwracam uwagę na wieloznaczności związane z samym terminem *dyskurs* oraz możliwości jego operacjonalizowania i konceptualizowania — poprzez niezwerifikowane dotychczas konkordancje i kolokacje wyekscerpowane z Narodowego Korpusu Języka Polskiego — a w końcu typologizowania. Kolejnym krokiem jest rozpoznanie specyfiki zależnych czasoprzestrzennie nurtów zorientowanych na dyskurs badań: niemieckich, francuskich, anglosaskich oraz wskazanie osobliwości badań polskich, których wyrazistym rysem jest filiacja z rodzimą lingwistyką etnokognitywną. Skonfrontowanie tych podejść odsłania liczne między nimi prolongacje, ale też rozdzźwięki, których konsekwencją jest współistnienie rozmaicie ukierunkowanych koncepcji pracy z dyskursem: analizy dyskursu, krytycznej analizy dyskursu, analizy jakościowej i lingwistycznej. Obraz dyskursu — opisywanego jako *uniwersum* — został tu zrekonstruowany na podstawie wiedzy językoznawczej.

Część pierwsza pokazuje, jak przestrzenie namysłu nad afazją i dyskursem — których *miejszem* wspólnym jest język — zagospodarowywane były przez kolejne zwroty w humanistyce: językowy, kulturowy, spacjalny, pragmatyczny, performatywny, wizualny, narratywistyczny, kognitywny, somatyczny czy afektywny, które inicjowały przeobrażenia polegające na rozszerzaniu znaczeń tych pojęć. Okazuje się bowiem, że kiedy mowa o afazji czy dyskursie, mamy do czynienia z nakładaniem się procesów idiosynkrazji i dyseminacji, czego efektem jest dyfuzja semantyczna. Oznacza to, że określenia te — „nieostre znaczeniowo” — są tak pojemne, „że stają się etykietami, którym każdy piszący nadaje odmienny sens” (Majkowska 2019, s. 23), konstytuujący „heterogeniczne pole »pokrewnych« koncepcji, w których istotną rolę odgrywa konstruktywistyczne ujęcie języka, zakładające, iż język jest elementem konstytuującym rzeczywistość społeczną (w słabszej wersji: jest warunkiem możliwości poznania świata społecznego), jednakże relacja między dyskursem a światem

społecznym może przybierać w poszczególnych rozwiązaniach zgoła odmienne formy” (Rasiński 2009, s. 8).

**W części drugiej,** metodologicznej, wskazuję sztafaż inspiracji rozwijanych na tle etnolingwistycznym (antropologia, kognitywizm, językowy obraz świata), lingwistycznym (holistyczna koncepcja polonistyki, językoznawstwo publiczne, krytyczna analiza dyskursu medycznego) oraz medycznym (antropologia medyczna, medycyna narracyjna), a także w kontekstach *inności*. Szczególną uwagę poświęcam tu etnografii afazji. Kolejny rozdział przedstawia *pojęciarium* rozprawy (przyjęte definicje *afazji, dyskursu, tekstu* oraz proces selekcjonowania nazewnictwa, którym się posługuję). W tym miejscu zaznaczam typową dla badań zorientowanych na dyskurs tożsamość przedmiotu i metody oraz przedmiotu i badacza. Następnie omawiam proponowaną przeze mnie *praktykę gęstego czytania* jako postępowania badawczego w paradygmacie etnograficzno-lingwistycznym z typowymi dylematami badań jakościowych. Podsumowaniem tej części jest charakterystyka *poetyki* rozprawy. W tym segmencie pracy opieram się na wiedzy etnograficznej.

**W części trzeciej,** badawczej, wprowadzam ponownie dualny podział na rozdziały. Inicjalne jest tu panoramiczne spojrzenie na dyskurs medyczny poprzez aspekty tematyzacji (omawiam tu: dyskurs choroby w pracach literaturoznawczych, metafory choroby oraz dyskurs choroby w pracach lingwistycznych), instytucjonalizacji oraz substancjalizacji i ideologizacji. Wprowadzenie głównej dyferencjacji z dyskursem terapeutycznym pozwala mi zmienić optykę na zbliżeniową i przejść do dyskursu o afazji. Tu analogicznie analizuję jego wymiary: tematyzację (metafory afazji), instytucjonalizację oraz substancjalizację i ideologizację. Osobno piszę o swoistości traktowania dyskursu w neuro/logopedii, a także o uniwersalnych właściwościach dyskursu medycznego, które *dziedziczy* też dyskurs o afazji. W sekundarnym polu badawczym podejmuję *praktykę gęstego czytania*. Na pierwszym etapie skupiam się na bazowym tekście (*Wolga przez Afazję*) i tekstach wobec niego satelitarnych (rozmowy z autorką); na etapie drugim prowadzę procedurę *mapowania afazji*, poprzez wskazanie punktów orientacyjnych, które potwierdzają uniwersalność tekstu bazowego w kontekście innych afazjografii. Wyodrębniam osiem takich indyktorów: chory, postawa lekarza, sfera psychiczna chorego, komunikacja, tożsamość, relacje międzyludzkie, rodzina, korzyści z chorowania. W konkluzjach proponuję odniesienie się do kategorii „czułego badacza” i „zranionego narratora”, które łączą literacki materiał językowy z perspektywami etnograficznego odczytywania.

W rozdziale ostatnim prezentuję koncepcję, która stanowi ramę dla praktyki gęstego czytania — jest to *językoznawstwo krytycznie zaangażowane*. W jego świetle ujawniają się jeszcze, po pierwsze: dwa specyficzne dla dyskursu medycznego pola analiz: dyskurs przemilczeń (wokół afatyckiej seksualności) oraz dyskurs pseudoinspiracji (wokół zjawiska *inspirational porn*), a po drugie: cztery obszary praktycznych zastosowań lingwistyki w dyskursie medycznym: w terapii mowy po udarze, w medycynie narracyjnej ukierunkowanej na kształcenie kompetencji narracyjnej w obszarze szeroko rozumianej komunikacji medycznej, w językowym *savoir-vivre* medycznym oraz w copywritingu medycznym.

W zakończeniu podkreślam, że etnograficzne badania zorientowane na dyskurs — a tak sprofilowana jest praktyka gęstego czytania w ramie językoznawstwa krytycznie zaangażowanego — ukierunkowane są na rekonstruowanie, interpretowanie i rozumienie światów, do których wkracza badacz. Żywię przekonanie, że po dotarciu do ostatniej strony tej rozprawy świat afatyków — kraina Afazji — okaże się nie tak obcy i nie tak wrogi, jak jawił się w obliczu statystyk.

Mam świadomość tego, że praca ta, choć wyrazista w konstrukcji, może okazać się trudna w czytaniu. Nie jest to bowiem całość homogeniczna, ale nierówna, w wielu miejscach — w których wskazuję kwestie jedynie zaznaczające się na interesującym mnie horyzoncie badawczym — otwarta. Sądzę jednak, że może stać się inspiracją do dalszych badań, ponieważ wybrzmiewa wciąż fascynującym w swoim niedookreśleniu, „nieustającym i nieuporządkowanym szmerem dyskursu” (Foucault 2002, s. 36).

## CZEŚĆ I

### ROZDZIAŁ 1. Afazje

#### 1.1. Prymarne dane językowe i specjalistyczne

O tym, czym jest *afazja*, z popularnego, podręcznego słownika języka polskiego dowiemy się niewiele, tyle że jest to ‘ograniczenie lub utrata zdolności mówienia lub rozumienia mowy’ (SJP). Więcej wyjaśni słownik Doroszewskiego z połowy XX wieku, w którym przy haśle *afazja* umieszczono kwalifikator *medyczny* oraz definicję — ‘całkowita lub częściowa utrata zdolności mówienia albo rozumienia mowy i pisma spowodowana schorzeniem odpowiednich ośrodków mózgowych’ (SJPD) — zawierającą podstawowe dyferencjacje: *afazja ruchowa* — ‘niemota spowodowana utratą zdolności artykulacyjnych’ i *afazja czuciowa* — ‘utrata zdolności rozumienia słów słyszanych przy zachowaniu zdolności słyszenia’ (SJPD). W starszym słowniku zastosowaną prostą peryfrazę — zastępuje ona kliniczny termin określeniem z języka potocznego — *niemota*, czyli ‘kalectwo polegające na niemożności mówienia wskutek zaburzeń w narządach słuchu i mowy’ (SJPD). Odniesień anatomicznych pozbawiona jest jeszcze wcześniejsza, pochodząca z powszechnego w swoich czasach źródła — *Słownika wileńskiego* — definicja *niemoty*, która wyjaśnia, że jest to ‘niemożność wymawiania wyrazów lub słów’ (SWil).

Jeśli w końcu sięgniemy do słownika wyrazów obcych, co zresztą podpowiada Doroszewski, okaże się, że *niemota* jest też etymologicznym — o greckiej proveniencji — odpowiednikiem *afazji* (gr. *aphasiā*) definiowanej tu ze wskazaniem na jej biologiczne uwarunkowanie jako ‘upośledzenie a. utrata zdolności mówienia a. rozumienia mowy spowodowana uszkodzeniem niektórych okolic mózgu’ (SK, s. 17). Śledząc etymologię, możemy też przyjrzeć się temu, jak słowo to zostało zbudowane. Centrum znaczeniowym jest cząska *-fazja*, która współtworzy złożenia nazywające zaburzenia mowy określonego rodzaju, zwłaszcza dotyczące symbolicznej funkcji języka mówionego (pochodzi od greckiego *phàsis* oznaczającego ‘wypowiedź’, utworzonego od *phànai* ‘mówić’; SK, s. 165). Natomiast inicjalna cząstka *a-* w złożeniach wyraża zaprzeczenie lub brak (SK, s. 11). Językowa intuicja podpowiada,

że podobną funkcję w compositach pełni przedrostek *dys-*, ale zastrzec od razu trzeba, że jego semantyka jest dualna — rzeczownikowa: *przeciwieństwo, odwrotność, pozbawienie, wyłączenie, nieobecność* oraz przymiotnikowa: *nienaturalny, trudny, lichy, wadliwy, zły*. W drugim znaczeniu wybrzmiewa grecka etymologia, zgodnie z którą *dys-* oznacza ‘źle, ciężko’ (SK, 132). Prefiks ten również łączy się z częstką *-fazja*, choć słownik wyrazów obcych tego już nie odnotowuje. Tę semantyczną różnicę między złoženiami inicjowanymi przez *a-* oraz *dys-* wykorzystuje natomiast nozologia wyróżniająca *afazję*, czyli całkowity brak mowy (zniesienie funkcji mowy), oraz *dysfazję*, czyli zaburzenia czynności językowych różnego, nawet nieznacznego, stopnia (zniekształcenie funkcji mowy) (Panasiuk 2013, s. 27).

Dawniej termin *afazja* miał charakter hiperonimiczny w stosunku do zaburzeń mowy, tak głębokich, jak i dyskretnych, obecnie natomiast — i tak też przyjmuję w niniejszej pracy — odnosi się on do trwałych, aczkolwiek dynamicznych zaburzeń, które powstały w wyniku ogniskowego uszkodzenia w dominującej półkuli mózgu, a *dysfazja* — do łżejszych, przemijających zaburzeń afatycznych (Tokarz 1992). Takie różnicowanie faktów klinicznych nie jest jednak powszechne — w piśmiennictwie anglojęzycznym hiperonimicznie stosuje się bowiem określenie *dysfazja*. Kevin Walsh wyjaśnia, że jest ono trafniejsze, ponieważ obejmuje wszystkie zaburzenia symbolicznych funkcji mowy, wśród których całkowite zniesienie funkcji, czyli afazja, nie jest wcale w praktyce klinicznej najczęstsze (1998). Nie można mu też przypisać chronologicznego pierwszeństwa. Termin ten wprowadził w 1865 roku Armand Trousseau, francuski pediatra i neurolog, na określenie zaburzeń słownego wyrażania myśli, pojawiających się w wyniku uszkodzenia korowych struktur mózgu (Panasiuk 2013, s. 27).

Cztery lata wcześniej — w roku 1861 — Pierre Paul Broca, chirurg, anatom i antropolog, referował na posiedzeniu Towarzystwa Antropologicznego w Paryżu, którego był współzałożycielem, przypadek pacjenta w średnim wieku, który od dwudziestu lat zmagął się z zaburzeniami porozumiewania się nabytymi wskutek padaczki (Domański 2013). Francuski rzemieślnik w roku 1840 trafił do szpitala w Bicêtre pod Paryżem, ale wraz z upływem spędzanego tam czasu jego stan ulegał pogorszeniu. W końcu został skierowany do słynnego już wówczas neurologa — Broki, którego zainspirował do poszukiwania patomechanizmów jego problemów językowych. Pacjent ten — Louis Victor Leborgne, w historii medycyny znany jako *Tan*, ponieważ wypowiadał tylko tę jedną, podwojoną sylabę „tan, tan” — zmarł niespełna tydzień po

zaprezentowaniu się na obradach Towarzystwa. Na podstawie swojego wystąpienia Broka przygotował publikację, która ukazała się w „Bullétin de Sociéte d'Anthropologie de Paris” (1861) i odbiła się donośnym echem nie tylko w środowisku europejskim, ale także w Ameryce Północnej (Lorch 2008), sygnalizowała bowiem — na podstawie przeprowadzonej sekcji mózgu — potrzebę integracji badań nad językiem i ludzkim mózgiem. Dwa lata później pod opiekę Broki trafił pacjent znany jako *Lelong*, który artykułował tylko pięć słów. W obu przypadkach badanie autopsyjne mózgu ujawniło nieprawidłowości w bocznej części płata czołowego, co pozwoliło Broce wskazać lokalizację ośrodków mowy — w tylnodolnej części trzeciego zawoju czołowego — i powiązać zaburzenia językowe z uszkodzeniami lewej półkuli mózgu. Zaburzeniom tym nadał nazwę *afemia*.

Trousseau zakwestionował to określenie na podstawie odwołania do greckiej etymologii, zgodnie z którą *afemia* znaczy tyle co *infamia*, a więc *zła sława* czy *podłość* (Panasiuk 2013, s. 27), a zatem nie wskazuje (bezpośredniego) związku z kliniczną charakterystyką pacjenta. A jednak, związek ten jest.

*Douglas Harper's Etymology Dictionary* przy haśle *afazja* wskazuje — podobnie jak polskie źródła — pochodzenie łacińskie, wywodzące się z greckiego, ale podaje dalej idące związki czasownika *phasis* ‘wypowiedź’ pochodzącego od *phanai* ‘mówić, pokrewnego z *phēmē* ‘głos, relacja, plotka’ (DHED). Podobnego poświadczenia dostarcza etymologia łacińska, choć i tu na pierwszy plan wysuwać się może znaczenie ‘niesława’ (SK, s. 228). Wyjaśnienie kryje się ponownie w morfologii — łacińskiego pochodzenia cząstka *in-* oznacza ‘nie’ w złożeniach, tworzy przeczenia (SK, s. 226). Drugi człon terminu wywodzić należy od łacińskiego słowa *fama*, czyli ‘pogłoska’, utworzonego od *fari* ‘mówić, opowiadać’ (SK, s. 163). Mimo więc tego, że znaczenie terminu Broki nie było tak nietrafione, jak sądzono, propozycja Trousseau została przyjęta i funkcjonuje do dziś w znaczeniu ogólnym, podczas gdy z *afemią* można spotkać się w odniesieniu do specyficznych zaburzeń — opisanych z czasem eponimem *afazja Broki* — będących skutkiem uszkodzenia fragmentu mózgu wskazanego przez Brokę. Z czasem szkocki lekarz neurolog i fizjolog, David Ferrier zaproponował, by ten specyficzny obszar nazywać innym eponimem — *ośrodek Broki* (Buckingham 2006). W ciągu następnych lat i dekad badacze na drodze kliniczno-eksperymentalnych obserwacji, między innymi powtórnych sekcji mózgów pacjentów, weryfikowali rozległość tego obszaru (Flinker i wsp. 2015) — dziś wiemy, że uszkodzenia, które opisał Broka, wykraczały poza drugą i trzecią część zawoju



czołowego, a więc poza *ośrodek mowy*, którego lokalizację francuski neurolog Joseph Jules Déjerine opisał na początku XX wieku.

Pięć lat po Broca niemiecki lekarz psychiatra i neurolog Carl Wernicke opisał przypadek pacjenta z trudnościami w rozumieniu mowy (1874). W badaniu pośmiertnym zlokalizował lewopółkulowe uszkodzenie mózgu w tylnej części pierwszego zawoju skroniowego. Jego opisy z czasem nazwano *afazją Wernickego* i *ośrodkiem Wernickego*. Jego koncepcja ośrodków mowy ewoluowała, kiedy okazało się, że nie tylko uszkodzenie poszczególnych obszarów, ale też połączeń między nimi prowadzi do zaburzeń mowy.

W 1881 roku Déjerine zlokalizował jeszcze ośrodek czytania w zawoju kątowym, a austriacki fizjolog Sigmunt Exner — ośrodek pisania w drugim zawoju czołowym (Panasiuk 2013, s. 68).

Bez wątpienia raczkujące badania nad mózgową lokalizacją zaburzeń językowych — tak podobne przecież do frenologicznych demonstracji Franza Josefa Galla, które były rozrywką dziewiętnastowiecznych salonów (Saniewska 2018, s. 16, 89, 90, 94, 95, 137, 191) — wzbudzały zainteresowanie nie tylko specjalistów, ale też właśnie salonowych bywalców. Wynika to zresztą ze statusu ówczesnej medycyny, która dopiero wyłaniała się z szerszego kompleksu przekonań magiczno-ludowych i unaukowaiała poprzez zakorzenianie w empirii. Wpisywały się w ten klimat rozpoznania Charlesa Roberta Darwina, które podważały tradycyjne przekonanie o związkach ludzkich zdolności z duszą, by zastąpić je mocno osadzonym w biologii — rewolucyjnym — konceptem pochodzenia gatunków. Na zależności między teorią ewolucji, afazją i „mózgową lokalizacją problemów językowych” zwrócił uwagę Frederick Bateman (1877), lekarz z Norwich, kształcony w Paryżu i Londynie, zgłębiający choroby mózgu i popularyzujący wiedzę na ich temat — jego pisma (np. 1877) drukowano w tak poczytnych, opiniotwórczych w epoce wiktoriańskiej periodykach jak „Med Times Gazette” (Radick 2000).

W 1868 roku Bateman uczestniczył w pracach organizacyjnych trzydziestego ósmego, dorocznego spotkania British Association for the Advancement of Science, które odbyło się w jego rodzinnym Norwich. Spotkanie Towarzystwa, którego gościem i referentem miał być Paul Broca, było ważnym wydarzeniem w kalendarzu angielskich wydarzeń towarzyskich, toteż jego zapowiedzi, a później sprawozdania, publikowano nie tylko w czasopismach naukowych, ale też w gazetach — na przykład w „Times” (Lorch 2008, s. 1659–1660). Relacja z tego wydarzenia znalazła się także w publikacji

Bateman *On aphasia or loss of the power of speech; with remarks on our present knowledge of its pathology*. Książkę tę przywołuje się w anglojęzycznych źródłach — choćby w elektronicznej wersji *Douglas Harper's Etymology Dictionary* — omawiających pochodzenie i znaczenie słowa *afazja*:

APHASIA is the term which has recently been given to the loss of the faculty of articulate language, the organs of phonation and of articulation, as well as the intelligence, being unimpaired. The pathology of this affection is at the present time the subject of much discussion in the scientific world; the French Academy devoted several of their séances during the year 1865 to its special elucidation, and the Medical Journals of France and of our own country have lately contained a good deal of original matter bearing upon this obscure feature in cerebral pathology. [Frederic Bateman, M.D., *Aphasia*, London, 1868] (DHED).

Cytat ten pokazuje, że termin *afazja* w drugiej połowie XIX wieku był już ugruntowany w nozologii medycznej. Nazwisko Batemana sygnowało ponadto pierwsze prace, w których afazję ujmowano w kategorii syndromów związanych z utratą mowy (tytułowe „loss of the power of speech”). Autor — na podstawie analizy siedemdziesięciu dwóch przypadków — wnioskował, że mają one charakter zestawu symptomów indywidualnych u każdego pacjenta. Przyjmował więc bardzo nowoczesną perspektywę, na co zwrócili uwagę autorzy monografii *Milestones in the history of aphasia....* (Tesak, Code 2008, s. 63).

Zapoznawszy się z rozdziewkami terminologicznymi, wracamy do rodzimych definicji słownikowych. Z jednej strony pokazują one, że problemy z realizacją mowy znane były od dawna. Z drugiej — odzwierciedlają przejście od intuicyjnego rozumienia istoty zaburzenia (*niemota*) do jego klinicznego ujmowania (*afazja*). Przełomowe ustalenia Broki miały miejsce już po zakończeniu prac nad słownikiem wileńskim<sup>5</sup>, natomiast słownik Doroszewskiego, publikowany stulecie później, odnotowuje już termin, który ukonstytuował się w okresie „klasycznego rozwoju afazjologii” w latach 1860–1950, kiedy badania prowadzili: „Fraz Gall, Paul Broca,

---

<sup>5</sup> Pełny tytuł — *Słownik języka polskiego, obejmujący oprócz zbioru właściwie polskich, znaczną liczbę wyrazów z obcych języków polskiemu przyswojonych; nomenklatury tak dawne, jak też nowo w użycie wprowadzone różnych nauk, umiejętności, sztuk i rzemiosł; nazwania monet, miar i wag główniejszych krajów i prowincji; mitologję plemion słowiańskich i innych ważniejszych, tudzież oddzielną tablicę słów polskich nieforemnych z ich odmianą; do podręcznego użytku* — sugeruje, że znalazł się w słowniku szeroki przekrój słownictwa rodzimego i zapożyczonego, gdyby więc słowo *afazja* było wówczas używane, zostałoby odnotowane.

Arnold Rousseau, Carl Wernicke, John-Huglings Jackson, Pierre Marie, Henry Head, Kurt Goldstein, Aleksander Romanowicz Łuria, a w Polsce badacze z Łurią zaprzyjaźnieni oraz jego uczniowie Jerzy Konarski, Danuta Kądziaława, Marcei Klimkowski, Elżbieta Łuczywek, Maria Susułowska, Waldemar Tłokiński” (Pąchalska 2012, s. 58). W latach 60. XX wieku badania nad afazją były więc także żywe, jak stulecie wcześniej za czasów Batemana.

Specjaliści zajmujący się zjawiskiem utraty mowy i języka określają dziedzinę swoich dociekań jako *afazjologię*, ale nie jest to termin szerzej znany. Ostatni człon tego złożonego wyrazu *-logia* wskazuje na ‘związek znaczeniowy z doktryną, nauką, teorią’ (SJP). Jednak ta nazwa *nauki o afazji* nie została adnotowana we współczesnych słownikach, w przywoływanej już powszechnej encyklopedii ani w Obserwatorium Językowym Uniwersytetu Warszawskiego, rejestrującym najnowsze słownictwo polskie. Bez wątplenia jednak istnieje, jest funkcjonalna, a fakt jej powstania oznacza, że opisuje pewien fragment rzeczywistości — oraz jej uczestników — dynamicznej i eksplorowanej, na tyle istotnej, że wartej wyróżnienia właśnie przez nadanie jej „»własnej« nazwy” (Brzozowska M. 1998, s. 251). Trzeba więc afazjologii przypisać ambiwalentny status, bowiem jej początki sięgają odległych stuleci, z historycznym początkiem wyznaczanym przez rok 1861, jednocześnie jednak należy do młodszych, rozwijających się dziedzin wiedzy — formalnie jako nauka wyodrębniła się w roku 1900, kiedy powstało Ogólnoeuropejskie Towarzystwo Afazjologiczne (Pan-European Society of Aphasiology). Z czasem zyskała też przestrzeń autoprezentacji w wydawanym od 1987 roku czasopiśmie „Aphasiology” (Pąchalska 2012, s. 9).

Rudymentem polskiej afazjologii jest wydana w 1999 roku, wielokrotnie dodrukowywana, *Afazjologia* Marii Pąchalskiej, neuropsychologa i logopedy — dalej będę ją nazywać *pierwszą Afazjologią*. Nadając publikacji taki tytuł, autorka tej syntezy akcentuje — jak podkreślał we *Wstępie* Waldemar Tłokiński — „warstwę naukowego dystansu do opisywanej rzeczywistości” (2012, s. 7).

Ten opisywany przez nią fragment rzeczywistości — jak sama zauważa — „nie stanowi obszaru badań ściśle określonej specjalności”, od stu pięćdziesięciu lat eksplorują go biolodzy, lekarze różnych specjalności, psychologowie, logopedzi, specjaliści rehabilitacji, językoznawcy, cybernetycy, ekolodzy, którzy stworzyli obszerną literaturę o interdyscyplinarnym charakterze, pozwalającą wyróżnić afazjologię praktyczną, kliniczną, teoretyczną (Pąchalska 2012, s. 62, 63). Bywa i tak, że badania nad afazją nie są wyróżniane jako *afazjologia*, czyli usamodzielniona

dziedzina, ale utożsamiane z powstałą w latach 60. XX wieku neurolingwistyką — jak w podręczniku Idy Kurcz *Psychologia języka i komunikacji* (2000, s. 47, 149; zob. też Panasiuk 2013, s. 91). Wydaje się, że jest to uzależnione od pozycji, z której badacz dokonuje dyferencjacji — ci, którzy specjalizują się w badaniach nad afazją, posługują się terminem *afazjologia*, a siebie nazywają *afazjologami*, z kolei ci, którzy pozostają w kręgu szerszych zainteresowań, wybierają określenia hiperonimiczne.

W literaturze afazjologicznej znajdziemy jeszcze jedno określenie — *afatyk*. SJP odnotowuje je jedynie jako formę utworzoną od rzeczownika *afazja*, ale SJPD dodawał kwalifikator medyczny z wyjaśnieniem ‘cierpiący na afazję; niemy’. Synonimia podpowiada więc, że *afatyk* to chory na afazję, ale w żadnej z omawianych definicji *afazji* nie pojawia się informacja, że afazja to choroba. Asocjacje takie odsłaniają dopiero dociekania spod znaku etnolingwistycznego.

Afazja jest skutkiem czegoś, co prowadzi do *utrąty* czy powstania *braku*, a w konsekwencji do tego, że osoba staje się *niemową*, kimś, o kim dziś powiemy, że jest ‘pozbawiony zdolności mówienia’ (SJP), a wcześniej — że został ‘dotknięty niemotą’ (SJPD), tak jak może być ‘dotknięty chorobą’. O *chorym* powiemy natomiast, że jest ‘źle funkcjonujący, niewłaściwie’ (SJP). Taki stan, który został ‘spowodowany ciężkim uszkodzeniem, utrudniającym lub uniemożliwiającym (...) normalne funkcjonowanie’ (SJPD), bywa nazywany *kalectwem*. Wyłuskana z definicji zależność *utrata — brak — niemowa — niemota — kalectwo* odbija się jeszcze w potocznej warstwie przenośnej: *kaleka* to ktoś ‘niezręczny lub niezdarny’<sup>6</sup>, a *niemota* to ‘osoba nierozgarnięta’ (SJP), co pozwala traktować te określenia synonimicznie (SS) i również na tej płaszczyźnie dostrzec — przewrotną — korelację z terminem zaproponowanym przez Brocę<sup>7</sup>: *infamia* ‘niesława’ (SK), to ‘utrata dobrego imienia’ (SJP), która w społecznym odbiorze cechowałaby i niemotę, i kalekę — określenia te mają dziś status niepoprawnych i stygmatyzujących.

Sam *afatyk* na poziomie symbolizmu dźwiękowego, opierającego się na prawidłowościach morfologicznych, przywołuje *stygmatyka*, kogoś posiadającego ‘znak, znamię, piętno’ (SJP), co implikuje koncepcje przypadłości zdrowotnych rozumianych przez pryzmat religii jako kary za grzechy, gniewu bogów (Sontag 2016,

---

<sup>6</sup> Ma jednak *kalectwo* wyraźne odniesienie do sfery somatycznej: ‘niedorozwój, brak lub nieodwracalne uszkodzenie narządu albo części ciała i związane z tym ograniczenie sprawności fizycznej’ (SJP).

<sup>7</sup> Zob. s. 12.

s. 40), co jest charakterystyczne dla medycyny teurgicznej (Saniewska 2018, s. 114)<sup>8</sup>. Ponadto nie jest *afatyk* jednoznaczny w interpretacjach semantycznych, ponieważ formant *-yk* tworzy w polszczyźnie między innymi nazwy przedstawicieli dziedzin — jak *historyk*. Byłby więc *afatyk* uczonym zajmującym się afazją, badaczem afazji. Z tym samym sufiksem mamy też *cukrzyka*, jak się potocznie określa ‘człowieka chorego na cukrzycę’ (SJP). Nazwy tych chorych — *afatyk*, *cukrzyk* — odnoszą się do rozpoznań od dawna w medycynie znanych<sup>9</sup>, nowsze określenia tworzone są już inaczej — *sercowiec*, *zawałowiec*, *rakowiec*. Formant *-owiec* może również tworzyć nazwy wykonawców zawodów (*drogowiec*), ale proste testy słowotwórcze pokazują, że użytkownicy języka polskiego posługują się tym formantem, by określać posiadaczy obiektów nazwanych podstawą (Kurdyła 2011, s. 106)<sup>10</sup>, zatem *rakowiec* to ten, kto ma raka, *zawałowiec* to ten, kto miał zawał, ale już *sercowiec* to nie ten, kto ma serce, lecz ten, kto jest chory na serce. Ostatni przykład pokazuje, że formant ten stał się produktywny w tworzeniu potocznych nazw osób chorych i przewlekle doświadczających skutków choroby, co ujmuje formuła *mieć chorobę* (*mieć raka*; *mieć grypę*; *mieć HIV*). Różnice nominacyjne można tu powiązać z przesunięciami w rozumieniu choroby — nazwy typu *afatyk*, *cukrzyk* w przeciwieństwie do *sercowiec* czy *zawałowiec* nie mają wydźwięku posesywnego, nie konotują odpowiedzialności za zachorowanie w wyniku bagatelizowania czynników ryzyka czy zaniedbania profilaktyki bądź bagatelizowania potrzeb wewnętrznych — ten opisany już w osiemnastym stuleciu koncept (Kowal 1955) — świetnie obrazowany przez frazem *masz to, na co zasłużyłeś* — pokutował jeszcze wśród dwudziestowiecznych chorych z nowotworami (Sontag 2016, s. 53–54).

Można pokusić się w tym miejscu o nakreślenie pewnej analogii, która pozwoli wrócić do początku rozważań z tego podrozdziału: jeśli *mamy chorobę* — *nie mamy zdrowia*, jeśli chorujemy, coś tracimy. Tak właśnie — przez utratę — definiowana jest

---

<sup>8</sup> W przypadku afazji zresztą te religijne powinowactwa są znaczące: w najstarszych kulturach to bogowie dali ludziom język i mogą go za karę odebrać. Taki sposób myślenia poświadcza pochodzący z okresu hetyckiego (ok. 1500 r. p.n.e.) artefakt opisujący historię króla Mursilisa II, który w czasie podróży rydwanem w burzową pogodę stracił zdolność mówienia. Przypadek tę zinterpretowano jako karę zesłaną przez rozgniewane burzowe bóstwo. By je przebłagać, *ukarany* rozkazał spalić swoje ubranie, rydwan i konia towarzyszącego mu w feralnej podróży. Ofiara została przyjęta, bo władca niedługo później odzyskał mowę. Dziś incydent ten uznalibyśmy zapewne za przejściowy atak niedokrwienny (Eling, Whitaker 2010, s. 571).

<sup>9</sup> Cukrzycę, jak afazję, w sposób empiryczny rozpoznawano w XIX wieku (Magowska 2015, s. 96).

<sup>10</sup> Tak funkcjonują określenia: „*żagłowiec* jako ‘statek z żaglami’ (a nie poruszający się dzięki żaglom); motorówka to ‘to, co ma motor’, śmigłowiec — ‘to, co ma śmigła’” (Kurdyła 2011, s. 106).

*afazja*. Warto podkreślić, że kategoria utraty okazuje się tu uniwersalna, tak na poziomie symbolicznym (utrata mowy, a więc w aspekcie biomedycznym, ale też utrata godności, w aspekcie psychospołecznym), jak chronologicznym (od XIX wieku do dziś), a także pod względem lingwistycznym (tak afazję konceptualizują francuszczyzna — *perte de la parole* u Broki, i angielszczyzna — *loss of the power of speech* u Batemana, i polszczyzna, czerpiące z klasycznych łacińskich i greckich źródeł słowów).

Przeprowadzony tu przegląd definicji w perspektywie synchronicznej i diachronicznej oraz trajektorii tworzenia i ewolucji terminów bezpośrednio z afazją związanych pokazuje po pierwsze, ile — okazuje się, że całkiem sporo — o afazji mówią prymarne dane językowe, których częścią są fakty historyczno-medyczne. Po drugie — pozwala zarysować nie zawsze oczywiste punkty widzenia, z których można dziś patrzeć na przypadłość zwaną *afazją*.

Danym językowym, po które sięgnęłam w tym podrozdziale, przypisuję charakter *prymarny*, ponieważ pochodzą z języka ogólnego — z powszechnie dziś dostępnych słowników i encyklopedii, źródeł tradycyjnych i zdigitalizowanych. Również dane dziewiętnastowieczne uważam za *prymarne*, ponieważ pochodzą z publikacji wówczas — jak i teraz za pośrednictwem Internetu — ogólnodostępnych, czytanych nie tylko przez specjalistów, ale też fascynatów nawet nie nauki, ale nowinek salonowych. To wyjście nauki na salony — odzwierciedlone w licznych korespondencjach z epoki — można zresztą uznać za specyficzne dla całej Europy początku XIX wieku (Saniewska 2019).

Są w końcu tak rozumiane prymarne dane językowe zarzewiem współczesnych ujęć specjalistycznych w naukach szczegółowych, dają więc umocowanie obrazowi klinicznemu, który jest fundamentalny dla specjalistów z dziedzin okołomedycznych, ale także *innym* obrazom, których prezentacja jest sednem moich rozważań w kolejnej części pracy.

## **1.2. Perspektywy oglądu**

Punktem wyjścia do przybliżenia istoty afazji jest jej kliniczny obraz, na który składa się ‘ogół objawów choroby wskazujący na jej rodzaj i zaawansowanie’ (SJP). W praktyce medycznej — by taki obraz zrekonstruować — lekarz kompiluje

poczynione przez siebie w badaniu fizykalnym obserwacje z informacjami uzyskanymi z wywiadu (anamnezy). W ten sposób powstaje kliniczny obraz choroby danego pacjenta. Na podstawie wielu takich indywidualnych obrazów formułuje się syntetyczny ogląd jednostki chorobowej — zestaw wskazówek anatomiczno-fizjologicznych i objawów pozwalający rozpoznać tę, a nie inną przypadłość.

Posługuję się określeniem *obraz kliniczny*, ponieważ odnosi się ono do jednostki chorobowej, z którą poza lekarzami pracują także przedstawiciele innych zawodów terapeutycznych — neuro/logopedzi, neuro/psychologowie, terapeuci zajęciowi, arteterapeuci, ergoterapeuci czy fizjoterapeuci, a także inni specjaliści ochrony zdrowia. Ponieważ przyglądam się afazji z wielu stron, poruszam się w interdyscyplinarnym obszarze — afazjologii. Zależy mi na przedstawieniu szerokiej perspektywy, dlatego w podrozdziale tym zawieram także informacje dotyczące diagnozy, terapii, epidemiologii i zdrowia publicznego. Zatem *kliniczny obraz* okazuje się bardzo złożony.

### **1.2.1. Punkt widzenia nauk medycznych**

W naukach medycznych afazja jest domeną neurologów i psychiatrów, dla których zaburzenia mowy stają się podstawą wnioskowania o tym, jak funkcjonuje ludzki mózg i jak człowiek myśli. Dokładniej — jest ona wówczas skutkiem uszkodzeń ośrodkowego układu nerwowego. Dlatego też w tym obszarze badacze skupiają się na anatomii mózgu i fizjologii *procesu komunikatywnego* (Otrębowski 2021), na funkcjach półkul mózgowych i płatów mózgu, a także na badaniu tego, co do dziś tradycyjnie nazywamy *obszarem mowy*, który Déjerine scharakteryzował jako „grzbietowo-boczne części lewej półkuli rozmieszczone wokół szczeliny Sylwiusza, czyli dolne obszary płata czołowego i ciemieniowego oraz górny obszar płata skroniowego” (Panasiuk 2013, s. 43). Później — pod koniec lat 50. XX wieku — Wilder Panfield oraz Lamar Roberts opisali znaczenie dodatkowego obszaru mowy (1959) odpowiadającego za inicjowanie mowy należącej do czynności ruchowych (Pąchalska 2012, s. 91). Na podstawie tych pogłębianych z czasem deskrypcji dziś uważamy, że na struktury odpowiedzialne za mowę i język składają się: „okolica Broki znajdująca się w dolnej części tylnego płata czołowego, tzw. dodatkowa okolica ruchowa dla mowy znajdująca się na przyśrodkowej powierzchni płata czołowego ku przodowi od ruchowej reprezentacji dla kończyny dolnej oraz lewa tylna okolica skroniowo-ciemieniowa” (Maruszewki 1970, s. 126).

Kolejne zainteresowanie neuroanatomii stanowiła zróżnicowana strukturalnie, tworzona przez sześć warstw o zróżnicowanej grubości, kora mózgowa. Na podstawie jej budowy i funkcji naukowcy wyróżniali pola cytoarchitektoniczne. Obecnie posługujemy się zrewidowanym pięćdziesięciodwupolowym podziałem Korbiniana Brodmanna prezentowanym w podręcznikach neuroanatomii (np. Fix 1997).

W cytoarchitektonice mózgu odbija się „tradycyjny” dychotomiczny podział obszaru mowy. W jego przedniej części znajdują się (Pąchalska 2012, s. 45–47):

— ośrodek ruchowy mowy Broki (pola 44 i 45) zlokalizowany w tylnej części dolnego zakrętu czołowego dominującej półkuli, odpowiadający za motoryczne programowanie mowy; impulsy stąd trafiają do kory ruchowej, w której znajdują się reprezentacje narządów artykulacyjnych;

— ośrodek ruchowy pisania Exnera znajdujący się w tylnej części zakrętu czołowego środkowego (pole 6) ku tyłowi sąsiadujący z korową reprezentacją ruchów ręki; odpowiada on za planowanie ruchu kończyn i gałek ocznych. Jego działanie jest więc analogiczne jak ośrodka Broki w tworzeniu symboli dźwiękowych.

Tylną część obszaru mowy tworzą natomiast:

— ośrodek czuciowy mowy Wernickego, umiejscowiony w tylnej części lewego zakrętu skroniowego, który scala oraz interpretuje impulsy napływające z prawego i lewego pola pierwotnej kory słuchowej (pole 42) oraz pola słuchowego (pole 41); jest więc ośrodkiem gnozji słuchowych symboli słownych;

— ośrodek czuciowy mowy pisanej, zlokalizowany w obrębie zakrętu nadbrzeżnego (pole 40) i zakrętu kąтового (pole 39) płacika ciemieniowego dolnego, w sąsiedztwie ośrodka Wernickego; jego rolą jest scalenie oraz interpretowanie impulsów wzrokowych pochodzących z prawo- i lewostronnie rozłokowanych pól kory wzrokowej (pola 17, 18, 18).

Rodzaj obserwowanych u pacjentów problemów zależy od lokalizacji uszkodzenia — te z przodu obszaru mowy powodują trudności w artykulacji, natomiast te z tyłu — trudności w percepcji wypowiedzi słownych. W skrajnych przypadkach pacjenci zupełnie tracą zdolność wypowiedzania słów lub/i odbioru mowy.

Badania neuroobrazowe<sup>11</sup> pokazują jednak, że na wystąpienie zaburzeń wpływają także uszkodzenia poza obszarem mowy, obejmujące: dodatkowe pole

---

<sup>11</sup> Dopiero możliwość wykorzystania zaawansowanych metod neuroobrazowania — tomografii komputerowej (TK) i rezonansu magnetycznego (MR), w wariantcie czynnościowym — tomografii emisyjnej pojedynczego fotonu (SPECT), pozytronowej tomografii emisyjnej (PET) oraz funkcjonalnego



ruchowe (pole 6), pęczek podłużny górny, odpowiadającą za najbardziej złożone procesy poznawcze korę przedczołową (pola: 9, 46, 10, 47, 11, 12, 32) czy oczodołową strefę paralimbiczną (kora dawna) i hipokampową strefę paralimbiczną. Ponadto, zaburzenia dowolnej ekspresywnej wokalizacji wynikają z uszkodzeń jeszcze innych obszarów mózgowia, tworzących ośrodki emocjonalnej intonacji mowy: kory mózgowej zakrętu obręczy, pnia mózgu, układu limbicznego, śródmózgowego obszaru emocjonalnej intonacji, rdzenia przedłużonego (Panasiuk 2013, s. 50–52). Co więcej, zaburzenia językowe występują przy złożonych uszkodzeniach struktur podkorowych (Duranowska-Serocka 2000): torebki wewnętrznej, skorupy, przednio-górnej części istoty białej; torebki zewnętrznej, skorupy i tylnej części istoty białej przecinającej promienistość słuchową cieśni skroniowej; torebki wewnętrznej, skorupy, przednio-górnej oraz tylnej części istoty białej (Panasiuk 2013, s. 54).

Tradycyjnie zaburzenia mowy wiązano z lewą półkulą, dziś jednak wiadomo, że ogromne znaczenie w organizowaniu komunikacji ma półkula prawa, tradycyjnie uważana za „niemą” (Springer, Deutsch 2004). Odpowiada ona za kompleksowe przetwarzanie bodźców o dużym potencjalnie wyobrażeniowym; to tu analizowane są rzeczowniki i przymiotniki silnie oddziałujące na wyobraźnię. Słownik tej półkuli — desygnujący, asocjacyjny i wyobrażeniowy — uważany jest jednak za uboższy niż analityczny, fonologiczny i bardzo precyzyjny słownik lewopółkulowy. Ponadto, właśnie prawa półkula bierze udział w procesach odbudowy funkcji utraconych w wyniku uszkodzenia półkuli lewej. W sytuacji, w której uszkodzeniu ulegają homologiczne struktury półkuli prawej, uzyskanie poprawy funkcji mowy staje się niemożliwe. Ten mechanizm kontrlateralnej kompensacji obejmuje również inne modalności (Pąchalska 2012, s. 63–65). Należy też zaznaczyć, że uszkodzenia lewej półkuli powodują tylko osiemdziesiąt procent przypadków afazji, pozostałe wynikają z indywidualnych różnic w funkcjonowaniu mózgów różnych osób (tamże, s. 32).

Dzięki neuroobrazowaniu wiemy też, że zaburzenia komunikacji mogą mieć charakter nieafatyczny, kiedy uszkodzenia znajdują się poza obszarem mowy, a więc w okolicy przedczołowej lewej półkuli mózgu, a także okolicy przedczołowej prawej półkuli mózgu oraz w różnych strukturach półkuli prawej (Panasiuk 2013, s. 53).

Te neuroobrazowe ustalenia pokazują, że pod względem anatomicznym formowanie i odbieranie wypowiedzi obejmuje wszystkie piętra organizacji mózgu:

---

rezonansu magnetycznego (fMRI) — pozwoliło zweryfikować klasyczny, wywodzący się z dziewiętnastowiecznych ustaleń, model organizacji języka obowiązujący do lat 80. XX wieku.

korowy (planowanie językowe), limbiczny (aspekty emocjonalne), pniowy (automatyzacja) (Welsch 1998). Na tej podstawie Brown zaproponował — powszechną obecnie — koncepcję mikrogenetycznej interpretacji mechanizmów afazji, zgodnie z którą kierunek procesów poznawczych angażuje wszystkie struktury neuroanatomiczne mózgowia od najstarszych (pień, śródmózgowie z układem limbicznym), po najmłodsze (kora), co w rozmaity sposób przekłada się na zakłócenia czynności związanych z mową: tworzenie, recepcję, przetwarzanie, kopiowanie, odnoszenie, dostosowywanie, modulację, wybór (Tokarz 1992).

W odniesieniu do omówionych prawidłowości neuroanatomicznych, cytoarchitektonicznych i funkcjonalnych Jolanta Panasiuk zastanawia się, czy uszkodzenie pewnych struktur jest zawsze przyczyną zaburzeń afatycznych. Literatura i praktyka kliniczna pokazują, że u niektórych pacjentów wystąpi afazja, a u innych zaburzenia, które należy różnicować z demencją, dyzartrią, mutyzmem, zespołem czołowym czy nieafatycznymi zaburzeniami mowy po uszkodzeniach niedominującej półkuli. Prowadzi to ją do wniosku, że kryteria anatomiczne oraz lokalizacyjne — choć z pewnością wraz z rozwojem metod neuroobrazowania będą jeszcze bardziej szczegółowe — są niewystarczające do zdiagnozowania afazji i konieczne jest uwzględnienie deficytów neuropsychologicznych i lingwistycznych (Panaszuk 2013, s. 57). Otwierają się tu więc kolejne perspektywy oglądu.

### **1.2.2. Punkt widzenia neuropsychologiczny**

Badania nad patologiami języka zorientowane na poszukiwanie współzależności między mózgiem i umysłem zapoczątkowane zostały pod koniec XIX wieku od podważenia psychomorfologicznej koncepcji Broki, reprezentującej wąskolokalizacyjne podejście do kojarzenia funkcji konkretnych obszarów mózgu z funkcjami językowymi. Zgodnie z tą teorią, uszkodzenie ośrodka znosi lub zaburza funkcję, czego efektem jest niemożność jej odbudowania. Przeczyły temu jednak obserwacje kliniczne pacjentów z remisją trudności w posługiwaniu się językiem po uszkodzeniu mózgu.

Obserwacje takie poczynił i opisał angielski neurolog John Hughlings Jackson, który — jak podsumowywali jego wypowiedzi z lat 1866, 1867, 1868 edytorzy „The Lancet” (Lorch 2008, s. 1663) — podkreślał, że język jest zdolnością dużo bardziej złożoną, niż wydawało się na początku poświęconych mu badań. Stanowisko

takie prezentował między innymi na łamach „Med. Times Gazette” w *Notes on the physiology and pathology of language* (1866).

Według Jacksona mowa — tak jak każda czynność wyższa — odznacza się zróżnicowanymi poziomami organizacji, a kiedy pojawia się patologia w jej wykonywaniu, zaburzeniu ulega poziom najwyższy. Na podstawie obserwacji ogniskowych uszkodzeń mózgu prowadzących do zaburzeń motorycznego aspektu mowy ustalił on, że uszkodzenie określonej okolicy nie jest równoznaczne z zupełną utratą przypisaną jej funkcji, ponieważ funkcja ta posiada reprezentacje na poziomie rdzenia kręgowego (najniższy poziom), kory ruchowej (poziom średni) i płatów czołowych mózgu (najwyższy poziom) (Maruszewski 1970). To pozwoliło mu wyróżnić dwa poziomy języka — intelektualny, pozwalający na wyrażanie tego, co człowiek myśli, oraz emocjonalny, umożliwiający wyrażanie tego, co człowiek czuje (Pąchalska 2012, s. 92). Ogniskowe uszkodzenie wpływa jedynie na intelektualny aspekt mowy, a więc na dowolne posługiwanie się językiem, podczas gdy aspekt emocjonalny, czyli najbardziej zautomatyzowany, pozostaje dostępny — dlatego pacjenci z zaburzonymi funkcjami językowymi mogą się mimo wszystko — jakoś — komunikować.

Podejście wąskolokalizacyjne zostało ostatecznie zdyskredytowane na początku XX wieku teoriami antylokalizacyjnymi, podchodzącymi do pracy mózgu holistycznie. Przysłużyły się temu prace neurologa i psychiatry, ucznia Wernickego — Kurta Goldsteina, który zauważył, że jego pacjenci z — między innymi „wojennymi” — uszkodzeniami mózgu nie wykazują w interakcjach postawy abstrakcyjnej. Wyrazy, którymi się posługiwali, pozbawione były symbolicznego charakteru, stosowali je jako konkretne oznaczenia określonych przedmiotów (1942, 1948).

Rudymetów współczesnego podejścia neuropsychologicznego w nucie lokalizacyjnym upatrywać należy w teorii systemów funkcjonalnych pioniera tej dziedziny — Aleksandra Romanowicza Łurii (1967a), który przyjmował, że „czynności organizmu nie są wynikiem działania wyodrębnionych struktur mózgowych, lecz dokonują się na podłożu powstających w trakcie życia osobniczego dynamicznych, zmiennych układów wzajemnie powiązanych ze sobą struktur, znajdujących się w różnych częściach układu nerwowego” i mogących „wchodzić jednocześnie w skład wielu różnych układów czynnościowych, stanowiących anatomofizjologiczne podłoże wielu czynności wyższych” (Panasiuk 2013, s. 86).

W Łuriowskiej perspektywie czynności, takie jak: czytanie, pisanie, opowiadanie, nazywanie, rozumienie mają odmienną organizację procesów neurofizjologicznych, co oznacza, że każda z nich jest osobniczo różnym układem dynamicznym, ogniwem pewnej całości. W wyniku uszkodzenia różnych ogniw wystąpią więc różne objawy. I tak w przypadku afazji objawy zaburzeń sprawności językowych będą wynikały z zakłóceń w działaniu różnych mechanizmów: słuchu fonematycznego, syntezy sekwencyjnej lub symultatywnej, mowy wewnętrznej, gnozji somestetycznej, pamięci słuchowo-werbalnej (Panasiuk 2013, s. 89). Co istotne, trudności językowe u afatyków mają charakter wybiórczy, dotyczą zaburzenia na jednym z poziomów przetwarzania informacji (Osiejuk 1994, 1998).

Neuropsychologom nie chodzi zatem o znajdowanie ośrodków odpowiedzialnych za realizację czynności wyższych, ale o odkrywanie roli, którą pełnią w schematyzowaniu zachowań językowych, a więc właśnie funkcji (Łuria 1967). Ich dynamiczny charakter warunkuje możliwość przebudowy — remodelowania — całego systemu, a więc uzyskania poprawy stanu chorego.

Diagnoza neuropsychologiczna afazji w podejściu funkcjonalnym opiera się zatem na wyjaśnieniu czynników, które doprowadziły do powstania zaburzeń języka — oznacza to przejście od charakterystyki objawów do analizy struktury zaburzonych czynności (Łuria 1976). Początkowo wykrycie lokalizacji uszkodzenia mózgu na drodze diagnozy neuropsychologicznej (Łuria 1996; Christensen 1975a, 1975b) miało ogromne znaczenie dla działań podejmowanych przez neurochirurgów, ale obecnie dzięki badaniom neuroobrazowym charakter tej diagnozy zmienia się z medycznego na psychologiczny (Panasiuk 2013, s. 88), a więc uwzględniający zindywidualizowany charakter faktów klinicznych (Jodzio 2011), wynikający z indywidualnych różnic w mózgowej organizacji zachowań językowych. Czyni to model Łurii atrakcyjnym dla rehabilitacji osób z uszkodzeniem centralnego układu nerwowego (Borkowska, Szepietowska 2000) i szczególnie atrakcyjnym dla logopedów preferujących indywidualne podejście terapeutyczne (Panasiuk 2013, s. 90).

Badania nad językiem wiążą się też z rozwojem nauk o poznaniu — *cognitive science* — do tego stopnia, że niektórzy naukowcy nadają tej dziedzinie jeszcze bardziej szczegółowy charakter, jak Andrew W. Ellis i Andrew W. Young w pracy *Human cognitive neuropsychology* (1988). Brytyjscy badacze — jak wielu innych neuropsychologów — przyjęli tezę o modułowości umysłu, na podstawie której

wnioskują o funkcjach owych modułów, rozpatrując dysocjacje między zaburzonymi i niezaburzonymi funkcjami (Kurcz 2000, s. 47).

Koncepcja modułowości (Fodor 1983) zakłada, że w umyśle istnieją moduły i submoduły będące działającymi obligatoryjnie, „wyspecjalizowanymi analizatorami określonych kategorii danych percepcyjnych” (Kurcz 2000, s. 27), którym można przypisać konkretną lokalizację w mózgu. To one tworzą skomplikowaną architekturę umysłu, która nie faworyzuje lewej „językowej” półkuli, ale wskazuje na istnienie korelatów strukturalnych w obu półkulach (Konarski 1969).

We współczesnych teoriach afazjologicznych bezpośredni związek między strukturami języka i strukturami mózgu nie jest jednak oczywisty<sup>12</sup>. Wskaźniki owej niejednoznaczności można znaleźć w klinicznych obserwacji chorych z afazją — z jednej strony pokazują one, że te same zaburzenia nie zawsze towarzyszyły uszkodzeniom tych samych okolic, a z drugiej — że ta sama funkcja ulegała zakłóceniu w wyniku uszkodzeń różnych obszarów mózgu (Pąchalska 2012, s. 92)<sup>13</sup>.

Co więcej, kontrastowych danych dostarczyły również wyniki badań neuroobrazowych mózgów osób zdrowych i tych ze stwierdzoną afazją. Kiedy zdrowy mózg podejmuje czynność rozróżniania prostych dźwięków, w tomografii komputerowej zauważalna jest aktywność w obu półkulach. Kiedy zadanie staje się trudniejsze i polega na rozróżnianiu bodźców językowych, ich rozumieniu bądź wypowiedzaniu się, aktywne uprzednio obszary ulegają rozszerzeniu i obejmują oba obszary Sylwiusza i oba płaty przedczołowe, przy czym największą aktywność wykazuje okolica lewego dolno-tylnego obszaru czołowego. Kiedy natomiast badany jest mózg afatyka podejmującego działania językowe, uzyskiwane są odmienne wyniki tomografii, potwierdzające klasyczne poglądy o precyzyjnej lokalizacji funkcji językowych. Sprzecznie natomiast wychodzą badania aktywne — jak pomiar przepływu krwi czy metabolizmu — które pokazują udział całych obszarów mózgu (Pąchalska 2012, s. 93). To pozwala badaczom wnioskować, że tak złożone zachowania — jak te językowe — wymagają „zarówno lokalizacji jednych funkcji, jak i dystrybucji innych” (Kurcz 2000, s. 50).

---

<sup>12</sup> Skrajne stanowisko dotyczące rozproszenia funkcji językowych oraz podkorowego pochodzenia mowy i myślenia zaprezentował Philip Lieberman w pracy *Human language and our reptilian brain* (2000).

<sup>13</sup> Obserwacje zespołu George’a A. Ojemanna (1989) poczynione w czasie śródoperacyjnych prób drażnienia różnych okolic mózgu udowodniły niemożność wskazania dokładnej lokalizacji funkcji nazywania przedmiotów oraz znaczącą zmienność osobniczą w tym zakresie.

Pąchalska podsumowuje te niejednoznaczności następująco: „Mamy obecnie dane, które zdają się potwierdzać trzy przeciwstawne poglądy na mózgowo mechanizmy mowy: a) składniki języka mają związek z dokładnie określonymi ośrodkami korowymi, b) organizacja języka w mózgu ma charakter regionalny, obejmując określone obszary, c) każdy akt językowy obejmuje kompleks neuronów, które znajdują się w różnych okolicach mózgu i których działanie ma charakter seryjny i jednocześnie paralelny” (2012, s. 93).

W końcu należy powiedzieć, że to właśnie na gruncie neuropsychologii powstała definicja, która do dziś „najpełniej oddaje istotę afazji” (Panasiuk 2013, s. 116) rozumianej jako „spowodowane organicznym uszkodzeniem odpowiednich struktur mózgowych częściowe lub całkowite zaburzenie mechanizmów programujących czynności mowy u człowieka, który już uprzednio opanował te czynności” (Maruszewski 1966, s. 98). Jej autor — Mariusz Maruszewski, twórca polskiej szkoły neuropsychologicznej terapii zaburzeń afatycznych — zaprosił do pracy w pierwszym interdyscyplinarnym Zespole Terapii Mowy w Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej w Konstancinie także językoznawców, czego pokłosiem stał się artykuł *Zastosowanie analizy lingwistycznej w badaniach nad afazją* (1963), którego współautorką była neurolingwistka Halina Mierzejewska (Pąchalska 2012, s. 59).

### **1.2.3. Punkt widzenia neurolingwistyczny**

Choć w świecie nauki mogą współistnieć trzy — wskazane przez Pąchalską (2012, s. 93) — przeciwstawne teorie dotyczące mózgowych mechanizmów mowy, to dla neurolingwistyki kluczowe okazało się to, że nie można ich pogodzić, by stworzyć spójne wyjaśnienie, ale można stworzyć pewien amalgamat. Taką propozycją stał się model sieci neuronalnych opisany przez Davida L. Bachmana i Martina L. Alberta w pracy *The cerebral organization of language* (1991). Ich koncepcja opiera się na przekonaniu, że z wykonywaniem operacji językowych związane są złożone, interferujące ze sobą systemy neuronalne, czyli sieci obejmujące części korowe i podkorowe. Niektóre z nich zlokalizowane są blisko siebie i dają wrażenie lokalnego działania, a inne są od siebie oddalone, co manifestuje się jako „rozlane” działanie funkcji. Aktywowane są one funkcjonalnie, co oznacza, że neuronalna reprezentacja struktur poznawczych — w tym językowych — ma charakter czynnościowy, w czym

należy upatrywać wyjaśnienia wysokiego stopnia jej plastyczności i możliwości adaptacyjnych (Panasiuk 2013, s. 93).

Gdyby odnieść teorię sieci neuronalnych do klasycznej koncepcji obszarów mowy, okazałoby się, że w obrębie tego, co zwykle się określać *ośrodkami mowy*, sieci nakładają się na siebie, są zagęszczone. Nie tworzą jednak centrów czy ośrodków — w klasycznym rozumieniu — ale „przewężenia”, czy może „węzły”, w których opracowywane są określone składniki języka (Pąchalska 2012, s. 94).

Właśnie tym składnikom w aspekcie strukturalno-funkcjonalnym przygląda się zainicjowana w 1951 roku w Cornell University psycholingwistyka: ogólna — kiedy chodzi o językowe funkcjonowanie człowieka dorosłego, rozwojowa — w wypadku przyswajania języka przez dzieci, stosowana — gdy pojawia się nauka czytania i pisanie albo dwujęzyczność, a w końcu tam, gdzie mamy do czynienia z zaburzeniami językowymi wynikającymi z uszkodzenia mózgu — powstała w latach 60. XX wieku neurolingwistyka (Kurcz 2000, s. 15, 47). Bywa ona utożsamiana z afazjologią — o czym była już mowa — ponieważ właśnie w badaniach nad afazją uwyraźniają się zależności między językiem a mózgiem o podłożu neurofizjologicznym. Neurolingwistów interesują jednak również nieprawidłowości języka w innych rozpoznaniach klinicznych, jak choćby w schizofrenii (Cow 1981).

W nurcie tym w latach 60. i 70. XX wieku Noam Chomsky — amerykański językoznawca, specjalizujący się w dziedzinie, którą dziś nazywamy *cognitive science* — dowodził, że mowa ma charakter wrodzony, istnieje dzięki uniwersaliom językowym biorącym początek w biologii. Procesy językowe są, według niego, determinowane przez specyficzną organizację ludzkiego mózgu, dzięki której uczenie się języka jest naturalną cechą specyficzną jedynie dla gatunku *homo sapiens*. Cechę tę nazywa się *gramatyką uniwersalną* (*universal grammar*, UG), zorganizowaną na bazie determinowanych genetycznie, strukturalnie i funkcjonalnie modułów językowych (Kurcz 2000, s. 27). Rozpoznanie zasad ich działania powinno więc wyjaśnić również to, jak działa ludzki mózg. Mentalizm dążył zatem do tego, by zgłębiać pewne idealizacje — kompetencję językową, struktury głębokie, idealnego użytkownika języka, a więc byty teoretyczne — z pominięciem realnych użyć (Siudak 2015, s. 94).

Idące w tym kierunku, inspirowane generatywizmem, badania nad transformacją zdań przez afatyków pokazały, że osoby z uszkodzeniami w okolicach ośrodka Broki miały nie tylko motoryczne zaburzenia mowy — pogląd taki utrzymywał się do lat 80. XX wieku — ale również problemy z rozumieniem zdań, co pozwalało przypuszczać,

że za możliwości transformacji odpowiada także płat czołowy (Mazurkiewicz-Sokołowska 2006). Refleksje nad konceptem uniwersalności języka dominowały w latach 90. XX wieku — u Stevena Pinkera był to na przykład *instynkt językowy*, a u Raya Jackendorffa — *wzory* (1994) czy *architektonika* (1997).

Podczas gdy neurolingwiści poszukiwali *gramatyki umysłu* (Mecner 2005) odsłaniającej możliwości użycia języka, językoznawcom pozostawiali analizę językowych struktur.

#### 1.2.4. Punkt widzenia językoznawczy

Językoznawcze refleksje na temat nieprawidłowości mowy znajdujemy w pochodzącej z końca dziewiętnastego stulecia pracy Jana Boudouina de Courtenay *Z patologii i embriologii języka* (1898). Ten niezwykle badacz „Był pacyfistą, zwolennikiem walki o ochronę środowiska, feministą, bojownikiem o postęp w dziedzinie edukacji i wolnomyślicielem, występował także przeciwko większości konwencji społecznych i umysłowych, jakie panowały w jego czasach” (Davis 1992, s. 87–88) — również w swojej dziedzinie szukał tego, co nowe, w wyniku czego jego zainteresowania zwróciły się ku językowi mówionemu. Przez lata obserwował rozwój mowy pięciorga swoich pociech, co zaowocowało powstaniem monografii *Spostrzeżenia nad językiem dziecka* — tak powstały podwaliny polskiej logopedii (Siudak 2015). Jednak dopiero Roman Jakobson zwrócił uwagę na to, że naukowcy za bardzo skupiają się na badaniu języka dzieci, pomijając analizy realizowanego w sposób niepoprawny języka osób dorosłych. Jakobson suponował wręcz, że językoznawcy mają obowiązek opisywania *języka w rozkładzie* (1964, s. 107). To wprowadziło w orbitę ich zainteresowań użytkowników języka zmagających się z afazją. Dla Jakobsona była ona przede wszystkim zaburzeniem językowym, z czego wynika to, że — jego zdaniem — „wszelki opis i klasyfikacja symptomów powinien zaczynać się od problemu, jakich aspektów języka dotyczą poszczególne odmiany tego zakłócenia” (1964, s. 107)<sup>14</sup>.

Od czasów strukturalizmu językoznawcy przyglądali się językowi w tej tylko perspektywie — jako uporządkowanemu systemowi, w którym dostrzegają odstępstwa

---

<sup>14</sup> Warto w tym miejscu zatrzymać się przy ustaleniach Jakobsona z pracy *Dwa aspekty języka i dwa typy zakłóceń afatycznych* (1964), ponieważ jego podejście do badań nad językiem znamionuje interdyscyplinarność bliska dzisiejszej neurolingwistyce (Panasiuk 2013, s. 113). Badacz opisał z perspektywy językoznawcy dwa typy afazji na podstawie zaobserwowanych relacji między znakiem i językiem. Odpowiadają one rozpadowi dwóch operacji językowych — selekcji (na osi paradygmatycznej) oraz kombinacji (na osi syntagmatycznej).



od normy. Słowem: interesowały ich błędy językowe bez zagłębiania się w to, jak powstają. Nie były dobrze widziane odstępstwa od tego kierunku refleksji, a wręcz zalecano unikanie tego, co dziś nazywamy *interdyscyplinarnością*. Jerzy Kuryłowicz podkreślał:

„Lingwista rozważyć musi pro i contra językowe sam w swoim zakresie, tylko wnioski czysto językowe poddane być winny pod rozwagę innych fachowców (...). Chcąc uniknąć błędnego koła, a być rzetelnym sprzymierzeńcem nauk historycznych i antropologicznych [czytaj: psychologicznych i medycznych – uwaga M. Zarębiny], językoznawstwo musi się trzymać dróg własnych” (za: Zarębina 1978, s. 115).

Przekonywał także:

„Niewłaściwe metodologicznie traktowanie tekstów i eksperymentów, którym mamy dać interpretację lingwistyczną, wywołane jest często sugerowaniem się metodologią innych nauk, dla których afazją również jest przedmiotem badań (i które mają na tym polu większy dorobek niż językoznawstwo). Ta metodologia, z pewnością właściwa dla tamtych dyscyplin, nie może być stosowana w językoznawstwie” (tamże, s. 114).

Jednak grono *arogantów*, którzy zbaczali z tradycyjnych dróg, z czasem rosło. Wśród tych, którzy zainteresowali się afazją, wymienić należy: wspomnianych już Jakobsona i Mierzejewską, a dalej choćby: Zenona Klemensiewicza, Witolda Doroszewskiego, Zofię Zarębinę czy Stanisława Kanię<sup>15</sup>.

Długo wiodące prym podejście strukturalistyczne zawężyło perspektywy badania języka afatyków do analizy dezorganizacji elementów występujących na poszczególnych poziomach podsystemów języka. Wszelkie przekroczenia — jak odwołanie się do biologicznych mechanizmów mowy — poczytywane były badaczom za *błędy w sztuce*. Opis nieprawidłowości językowych determinowały więc deficyty przedstawiane jako zdeintegrowane fakty językowe: błąd popełniony przez afatyka interpretowany był jako patologia wypowiedzi. Pominięte zostały całkowicie możliwości komunikacyjne osób z afazją. W tym duchu badań językoznawczych — jak podsumowuje Jolanta Panasiuk — „nie poczyniono kroku w kierunku opisu interakcji osób z afazją i sposobu ich komunikowania się z otoczeniem” (2013, s. 94).

---

<sup>15</sup> Wymieniam za Panasiuk, która zebrała bibliografię ich prac, do której tylko odsyłam (2013, s. 93–94).

### 1.2.5. Punkt widzenia komunikologiczny

Przekroczenie paradygmatu strukturalistycznego w polskiej tradycji językoznawczej umożliwiła psycholingwistyka, w ramach której Dell Hymes (1972) wprowadził termin *kompetencja komunikacyjna*, oznaczający zdolność człowieka do posługiwania się językiem adekwatnie do sytuacji, w której się znajdował. Kompetencja ta realizuje się poprzez intencjonalne akty mowy, a więc wymaga udziału co najmniej dwóch osób w układzie: pytanie — odpowiedź, co jest najprostszym obrazem komunikacyjnie rozumianego dyskursu.

W teoriach komunikowania się zaburzenia na poziomie mowy traktowane były jako rodzaj zakłócenia nazywanego *szumem komunikacyjnym*, plasowały się więc w szeregu tego wszystkiego (hałas, odległość, rozpraszające otoczenie, a także czynniki psychologiczne, jak również naddatek treści w komunikacie), co wpływa negatywnie na nadawanie lub odbiór komunikatu (Fiske 1999).

W badaniach nad afazją to inne niż strukturalne podejście zwróciło uwagę na pragmatyczne funkcje języka afatyków, na to czy, jak, z jakim skutkiem wchodzi oni w interakcje (Panasiuk 2011, 2018) oraz jak realizują swoje kompetencje językowe (Panasiuk 2004). Okazało się wówczas, że właśnie zdolność do realizowania pragmatycznych funkcji w interakcjach społecznych jest najmniej podatna na rozpad, a afatycy przyjmują aktywną postawę, by osiągać swoje cele komunikacyjne. Konstatacja, że w przypadkach afazji procesy dezintegracji ustępują procesom kompensacji językowych (Panasiuk 2013, s. 108), pozwoliła indywidualizować kontakt terapeutyczny i cały proces terapii mowy pod kątem komunikacyjnych strategii kompensacyjnych (Panasiuk 1999b; 2000a), bazujących na zachowanych sprawnościach językowych (Panasiuk 2007).

Jolanta Panasiuk jest w Polsce pionierką — jak podkreślił prof. dr hab. Marcei Klimkowski w recenzji książki *Język a komunikacja w afazji* (2019) — która podjęła „kierunek badań zainicjowany przez Olivera Sacksa w 1979 r. w odniesieniu do pacjentów psychiatrycznych w Anglii i Aleksandra R. Łurję w Rosji z początkiem lat 70. ubiegłego wieku w odniesieniu do chorych neurologicznie” (2019, s. 517). W swoich pracach poświęconych zaburzeniom afatycznym przekracza ona zdomowione w tradycji klinicznej schematy analizy lingwistycznej korelującej z miejscem uszkodzenia, by zwrócić się ku osobie, która zmaga się nie tylko z defektem mowy — o różnym stopniu nasilenia, różnej dynamice, różnych implikacjach dla życia

społecznego tej osoby — ale też z problemami z czytaniem i pisaniem, z zagubieniem we własnych emocjach, reakcjach, ale zmotywowanej do podejmowania trudu przewycięzania trudności w komunikacji, a przy tym nietracącej zapału do tego, by pozostawać w interakcji z innymi ludźmi oraz ze światem. Summą badań autorki jest monumentalna monografia *Tekst — metatekst — kontekst w perspektywie teorii interakcji. Implikacje metodologiczne* (2013). Pokazuje ona dobitnie, że język afatyka można opisać jako swoiste równanie: miejsca, rodzaju i głębokości uszkodzenia mózgu, kompetencji językowych sprzed urazu, zdolności poznawczych. Jego zdolności komunikacyjne — niezależnie od systemu językowego, w którym funkcjonuje — po zachorowaniu nie są proporcjonalne do ograniczeń w mówieniu czy rozumieniu wypowiedzi, nie są sumą błędów językowych, ale potencjałem, który należy wykorzystać, by przywrócić mu „łączność” ze światem.

#### **1.2.6. Punkt widzenia neuro/logopedyczny**

Neuro/logopedzi<sup>16</sup> z powodzeniem recypowali teorie kompetencji, czyniąc z nich — jak Stanisław Grabias — podstawę definicji *afazji*, którą dla swoich potrzeb postrzegają jako „zaburzenie wynikające z uszkodzeń korowych ośrodków mowy, ujawniające się w postaci pełnego lub częściowego rozpadu wszystkich typów kompetencji (afazja sensoryczna) i/lub zaburzeń sprawności realizacyjnych (afazja motoryczna)” (1997, s. 34). Jednocześnie nie odwracają się od interferencji innych dziedzin. „Logopedę — wyjaśnia Panasiuk — interesuje mowa w każdym jej aspekcie: biologicznym, psychicznym, społecznym. Niedostateczne uwzględnianie któregośkolwiek z tych czynników prowadzi do niezrozumienia, czym w istocie jest afazja” (2013, s. 110). Ten więc, kto pracuje z afatykami, zadaje sobie wciąż — od półtora wieku — fundamentalne pytania: „Czy afazja jest zaburzeniem czynności programowania i nadawania mowy, czy dezintegracją wiedzy o języku, a może rozpadem wszelkiej wiedzy zdobytej przy współudziale języka? Czy w związku z tym istnieje tylko jedna postać afazji czy też należałoby rozróżniać odrębne jej typy?” (Panaszuk 2013, s. 111). Pytania te pozostają otwarte — między innymi z powodu inkongruencji metodologicznych (Pačalska 2012, s. 111; Panasiuk 2015).

---

<sup>16</sup> Stosuję taki zapis, by podkreślić, że z pacjentem z afazją może pracować nie tylko neurologopeda jako specjalista od językowych przypadłości na tle neurologicznym, ale także dobrze przygotowany logopeda ogólny.

O ile w naukach medycznych o afazji można myśleć dwutorowo — jak o *skutku* uszkodzenia lub jak o *chorobie*<sup>17</sup> — o tyle w logopedii jest ona oczywistą odrębną jednostką, do której w terapii podchodzi się jednak wielopłaszczyznowo. Przy analizie języka afatycznego logopeda korzysta z metod opisu językoznawczego, ale przeprofilowuje optykę oglądu języka, by skupić się na komunikacji, której przebieg warunkują: sytuacja, bodźce środowiskowe telerecepcyjne, kontaktorecepcyjne, mózgowo mechanizmy przetwarzania informacji oraz wypowiedzi (Pąchalska 2012, s. 15). Dopiero w tak szerokich ramach można dotrzeć, że „w afazji zniekształceniu ulec może jeden, dwa lub wszystkie (...) kanały komunikacyjne. Przyczyną tego zniekształcenia jest uszkodzenie górnych, drugorzędowych i trzeciorzędowych regionów kory jednego, dwu lub wszystkich centrów mózgowych: słuchowego (okolica skroniowa), wzrokowego (płat potyliczny) i czuciowego (płat ciemieniowy), gdzie przetwarzane są (specyficzne dla danego centrum) niejęzykowe i językowe akustyczne, optyczne i termomechaniczne bodźce” (Pąchalska 2012, s. 19). Ustalenia te pokazują, że afazja nie jest po prostu — jak wcześniej uważano — *utratą słów*, ale — jak to ujmuje Jolanta Panasiuk — *ich uwięzieniem* (2021). Takie ujęcie w logopedycznej klasyfikacji zaburzeń mowy przekłada się na opis afazji w kontekście kompetencji i sprawności językowych, a co za tym idzie — na praktyczny wymiar projektowania terapii (Rutkiewicz-Hanczewska 2021b).

Zaburzenia mowy powstałe wskutek uszkodzeń mózgu uchodziły za niepoddające się rehabilitacji — zauważa Jolanta Panasiuk (2011) — aż do publikacji wyników terapii prowadzonych przez Łurię. Od tego momentu powstawały różne propozycje rehabilitacji mowy afatyka (Nowakowska 1963) oraz autorskie metody (Maruszewski 1974, Szumska 1980, Pąchalska 1986), a w końcu wypracowano różne szkoły terapeutyczne (Łojek-Osiejuk 1998).

Szeroko lingwo-psycho-społeczną rehabilitację chorego z afazją omawia Pąchalska w trzeciej części *Afazjologii* (2012, s. 215–366). Obowiązuje też w Polsce opracowany przez Jolantę Panasiuk standard postępowania logopedycznego w przypadku afazji (2015). Wydaje się jednak, że logopedyczną trapię mowy wciąż traktuje się po macoszemu. Danuta Ryglewicz i Danuta Milewska dawno już raportowały, że po udarze — będącym najczęstszą przyczyną afazji — mniej niż połowa pacjentów (48%) jest poddawana rehabilitacji mowy (2004, s. 65), choć zgodnie

---

<sup>17</sup> Przyjmuję w tej pracy perspektywę pisania o afazji jako chorobie.

ze standardami postępowania w udarach wszyscy, u których takie zaburzenia stwierdzono, powinni być objęci opieką logopedyczną (tamże, s. 68). Następstwa jej braku są oczywiste: zaprzepaszczenie potencjału mechanizmów neuroplastyczności, które najskuteczniej działają w pierwszej fazie choroby, a w konsekwencji — utrwalenie przekonania, że afazja jest trwałą dysfunkcją uszkodzonego mózgu. Należy podkreślać, że przeczą temu nie tylko historie pacjentów i obserwacje kliniczne (Panasiuk 2012, s. 110), ale przede wszystkim badania naukowe. Ich wyniki są jednoznaczne, co zapowiadał Martin L. Albert w edytoriale *Aphasia therapy works!*, otwierającym 34. numer periodyku „Stroke”. Badania Sanjit Bhogal i współpracowników dowiodły, że intensywna terapia logopedyczna w krótkim czasie (8,8 godziny przez 11,2 tygodnia, w sumie 98,4 godziny) w sposób znaczący poprawia wyniki uzyskiwane przez afatyków w teście PICA (Porch Index of Communicative Abilities) oraz w teście tokenów (2003).

Oczywiście, by jakakolwiek terapia była możliwa, konieczne jest rozpoznanie problemu w kontekście specyfiki danej choroby (Tarkowski 2021b). Pąchalska bardzo szczegółowo opisała diagnostykę w afazjologii: od specyficzno-niespecyficznej, przez różnicową, która sprawdza się w 80% przypadków (na podstawie czterech podstawowych zdolności językowych: nazywanie, wypowiedanie się, rozumienie wypowiedzi, powtarzanie słów i zdań), funkcjonalną — neuropsychologiczną w duchu Łurii i Maruszewskiego, po neuroobrazowanie (2012, s. 119–214). Panasiuk z kolei przedstawiła podejście analityczne (2009).

Neuro/logopedzi mają do dyspozycji: zestandaryzowane narzędzia diagnostyczne w kierunku afazji bądź różnicowania, testy weryfikujące pragmatyczne aspekty użycia języka, techniki metryczne przeznaczone do badań przesiewowych, ponadto zastosowanie diagnostyczne znajdują również testy cząstkowe: rozumienie, płynność wypowiedzenia serii słów, sprawność nazywania, pamięć semantyczna. Opracowano także testy diagnozujące szczególny typ — afazję postępującą. Wspomnieć też trzeba znane rodzime narzędzia diagnostyczne: Krakowską Neurolingwistyczną Baterię Diagnozy Afazji czy Kliniczną Skalę Oceny Dynamiki Afazji SODA.

Nie jest celem tej pracy omówienie narzędzi diagnostycznych czy możliwości bądź bezzasadności ich stosowania — takie prace już istnieją (Puchowska i wsp. 2005; Litwin 2020). Przywołuję tak wiele przykładów, by pokazać, z jaką różnorodnością mamy do czynienia: wiemy, że są testy bardzo znane, aczkolwiek rzadko

dostosowywane do różnic językowych i kulturowych, ale też narzędzia opracowywane lokalnie, nierozpowszechnione, aczkolwiek opracowane tak, by spełniały kliniczne standardy. Problemатyczne jednak okazuje się ich wykorzystywanie przez różnych specjalistów w codziennej praktyce, na co zwraca uwagę Marika Litwin:

„pełne testy do oceny afazji nie są dostępne na rynku wydawniczym. Rozpowszechniane są jedynie pomiędzy specjalistami i studentami neurologopedii. Często budzi to wątpliwości co do ich poprawności, legalności użycia oraz uniemożliwia powołanie się na pozyskane dzięki nim wyniki badań w poważnych publikacjach naukowych” (2020).

Kolejna trudność to możliwość posługiwania się przez neuro/logopedów narzędziami opracowanymi w domenach innych dyscyplin, jak neuropsychologia. „Tymczasem — wyjaśnia Litwin — nie ma formalnych ograniczeń, zwłaszcza w użyciu przesiewowych testów funkcji poznawczych (np. Mini Mental Scale Examination — MMSE, ACEE), które zostały opracowane właśnie w celu wstępnej oceny przez innych specjalistów, a po wykryciu dysfunkcji — skierowania pacjenta do neuropsychologa” (2020). Neurologopeda — w przeciwieństwie do neuropsychologa — nie może jednak wystawić wiążącej klinicznie diagnozy, mimo że oboje będą korzystać z tych samych narzędzi. Neurologopeda może natomiast uzyskane wyniki interpretować w zakresie swoich działań. Rozbieżność ta wynika z niedowartościowanej — i nieuregulowanej przepisami — roli logopedy w ogóle. Jest to wciąż zawód postrzegany jako bardziej pedagogiczny niż kliniczny, co potwierdzają wyniki badań ankietowych (Białkowska, Nowodzielska 2021).

### 1.2.7. Deficyt lingwistyki klinicznej

W omawianych tu perspektywach oglądu afazji ujawnia się luka w polskiej przestrzeni naukowej — mam tu na myśli praktyczną nieobecność lingwistyki klinicznej<sup>18</sup>. By przybliżyć ten dział językoznawstwa, zacząć należy od określenia jego zakresu. Fundamentalna będzie tu definicja przedstawiona przez lingwistę Davida Crystala, którego zdaniem *lingwistyka kliniczna* jest „zastosowaniem teorii i metod językowych do analizy zaburzeń języka mówionego lub pisanego” (1997, s. 418)<sup>19</sup> w odniesieniu do teorii optymalności na poziomie zaburzeń fonologicznych oraz relewancji

---

<sup>18</sup> Pojawiają się jedynie gdzieś odniesienia w kontekście logopedii.

<sup>19</sup> Tłum. własne.

na poziomie zaburzeń pragmatycznych. W ten sposób integralną częścią pracy lingwistów klinicznych stają się eksperymenty kliniczne i transkrypcje fonetyczne, co zbliża ich działania do badań prowadzonych przez psycholingwistów, fonetyków, a także analityków dyskursu — tak konwersacyjnego, jak i pisanego.

Podejście promowane przez brytyjskiego lingwistę ma jednak pewien mankament — postrzega zaburzenia językowe niejako w oderwaniu od zmagających się z nimi osób, czyniąc z nich przede wszystkim przedmiot akademickich analiz. Tymczasem zaburzenia te są czynnikami wywierającymi niekorzystny wpływ na życie tych, którzy ich doświadczają, w znaczący sposób wpływają na obniżenie jakości życia w wielu jego wymiarach. Takie rozszerzone — w stosunku do definicji Crystala — ujęcie zaproponowała Louise Cummings, dla której „Językoznawstwo kliniczne jest badaniem licznych sposobów, w jakie można zaburzyć unikalną ludzką zdolność językową. Obejmuje to »zaburzenia językowe«, w sposób standardowy. Obejmuje jednak także zaburzenia, które wynikają z zakłóceń w szerszych procesach transmisji i odbioru języka (...). Przede wszystkim obejmuje wszystkie zaburzenia, z jakimi spotykają się terapeuci mowy i języka w różnych kontekstach klinicznych” (2008, s. 1). Badaczka podkreśla tu ekspresywne i swobodne sposoby używania języka, pisząc o „przekazywaniu” i „odbiorze”, zachowując równorzędność języka *mówionego* i *niemówionego*.

Przywołane definicje pokazują wyraźnie, że lingwistyka kliniczna tym różni się od innych dziedzin językoznawstwa, że nie może funkcjonować w oderwaniu od praktyki klinicznej rozumianej jako terapia języka i mowy. Konsekwencją tego jest też rozszerzenie wiedzy lingwistów klinicznych o wiedzę z różnych dyscyplin medycznych, co upodabnia ich do logopedów zorientowanych komunikologicznie. Sądzę jednak, że zakres językoznawstwa klinicznego może się bardziej interferować z lingwistyką stosowaną w aspektach *nieklinicznych*, o czym będzie jeszcze mowa.

### **1.2.8. Czy istnieje punkt widzenia afazjologiczny**

„Gromadzenie i opisywanie wypowiedzi językowych i niejęzykowych chorych z afazją według zasad wynikających z odrębnych warsztatów badawczych, jak również odmiennych definicji języka i jego elementów, zasad przyjętych często świadomie lub nieświadomie daje dane nieporównywalne ze sobą, dotąd też afazjologowie wypracowują własną metodologię i narzędzia badawcze” — konstatowała Maria Pąchalska (2012, s.

23). Widać w tej wypowiedzi potrzebę zakreślenia granic dziedziny, wskazania *własności*, intelektualnego terenu eksploracji afazjologicznych, które winny być utrzymane w duchu eksperymentalno-klinicznym (Grabias i wsp. red. 2015).

I oto — dwadzieścia dwa lata po ukazaniu się pierwszej *Afazjologii* — ukazała się nowa<sup>20</sup> *Afazjologia* pod redakcją Zbigniewa Tarkowskiego (2021), który zaprosił do współpracy: językoznawców, neurologopedów, neuropsychologów, psychologa, neurochirurgów, neurologa, otolaryngologa foniatrę i audiologa, stomatologa, fizjoterapeutę, pedagoga specjalnego i socjologa. Zespół ten proponuje rozszerzenie zakresu pojęcia *afazja* na „wszystkie zaburzenia mowy pochodzenia organicznego”, a w konsekwencji — „szersze ujęcie tej dyscypliny naukowej i praktycznej”, jaką jest afazjologia, po to, by umożliwić „tworzenie uniwersalnych modeli diagnozy oraz terapii osób z organicznymi zaburzeniami mowy” (tamże, s. XIX).

We *Wprowadzeniu do afazjologii* Tarkowski wyjaśnia (2021e, s. 21), że w wąskim —klasycznym i nadal wiodącym — ujęciu afazjologia zajmuje się jedynie badaniem afazji. W szerszym — interesują ją wszystkie zaburzenia mowy pochodzenia organicznego, co pozwala uznać ją za dziedzinę patologii mowy (Tarkowski 2017).

Etiologicznie zaburzenia mowy pochodzenia organicznego można scharakteryzować jako neurologiczne lub foniatryczne, co pozwala podzielić je na: korowe (afazja, oligofazja), podkorowe (dizartria) oraz obwodowe (dysglosja, afonia). Mogą one prowadzić — tak jak zaburzenia o charakterze intelektualnym czy ruchowym — do różnego stopnia niepełnosprawności, w tym wypadku komunikacyjnej (Tarkowski 2021, s. 26). Zakres problemów wymagających interwencji terapeutycznej jest więc w tej grupie chorych ogromny — przypomnijmy w tym miejscu tylko esencjonalną charakterystykę afatyków.

„Chorzy z afazją tracą sprawności rozumienia i budowania wypowiedzi, nierzadko także innych czynności językowych: pisania, czytania, liczenia, określania czasu i przestrzeni, a przy tym występują u nich często trudności lokomocyjne i manualne wynikające z porażenia lub niedowładu kończyn, zaburzenia czucia i planowania ruchu, recepcji i percepcji wzrokowej i słuchowej oraz deficyty pamięci i uwagi, na które nakładają się różnorodne problemy natury psychicznej (m.in. depresja i apatia, obniżona kontrola

---

<sup>20</sup> Dalej zamiennie stosować będę w stosunku do tej publikacji określenia *nowa* lub *druga Afazjologia*.



własnych zachowań, mniejsze zainteresowanie otoczeniem czy wzmożona męczliwość)” (Bigos 2020, s. 126).

Bez wątpienia tak wielobjawowy pacjent wymaga specyficznego, profesjonalnego podejścia. Tarkowski proponuje, by — tak jak w medycynie — sięgnąć po holizm<sup>21</sup>, który nie ogranicza się do leczenia jednostki chorobowej, ale widzi chorego jako całość bio-psycho-społeczną. Badacz wyjaśnia, że;

„Podejścia holistycznego nie należy utożsamiać z postępowaniem kompleksowym, realizowanym przez zespół specjalistów. Mogą oni być w dalszym ciągu skoncentrowani na chorobie lub zaburzeniu, które analizują z punktu widzenia własnej profesji. Powstające wówczas interdyscyplinarne złożenie jest jedynie sumą części. Holizm natomiast ma formę indywidualną, profesjonalista wychodzi poza ramy swojej wąskiej specjalizacji i stara się uwzględnić całość. Naraża się wówczas na zarzut przekraczania swoich kompetencji i uprawnień” (2021e, s. 23).

Wydaje się, że właśnie ten, kto chce tytułować się *afazjologiem*, może narazić się na takie zarzuty, być może nawet na śmieszność w świetle, które rzuca na niego to nieznanne, wciąż egzotycznie wybrzmiewające określenie. Świadczy to jednak — w moim przekonaniu — o tym, że afazjologiczny punkt widzenia istnieje, nie można go już przeoczyć, co więcej, staje się coraz bardziej wyraźny, ukonstytuowuje się, aczkolwiek nieszybko stanie się dominujący między innymi dlatego, że mamy tu do czynienia z dziedziną heterogeniczną i bez perspektyw na zhomogenizowanie.

Wydanie drugiej *Afazjologii* z mocą uświadamia, że „Pytanie o przedmiot afazjologii pozostaje ciągle aktualne”, choć odpowiedź jest już na horyzoncie, ponieważ „w ciągu ostatnich kilku lat afazjologowie zauważają, że głównym przedmiotem badań są zaburzenia komunikacji u chorych z afazją” (Pąchalska 2012, s. 65). I tę perspektywę oglądu afazjologii należy uznać za prymarną.

### **1.3. Chaos definicji i pluralizm klasyfikacji**

Odkąd afazja stała się przedmiotem refleksji przedstawicieli zawodów (około)medycznych, wciąż nie ma wśród nich zgody co do jej istoty (Panasiuk 2013,

---

<sup>21</sup> Warto dodać, że podejście takie białostocki logopeda Antoni Balejko zalecał już niemal ćwierć wieku temu (1998).

s. 29), choć wyłaniają się dominanty (Pąchalska 2012, s. 65). Konsekwencją takiego stanu rzeczy jest — zdaniem Pąchalskiej — „chaos klasyfikacyjny” (tamże, s. 26). Autorka *Afazjologii* zestawiała dwadzieścia pięć klasyfikacji opracowanych przez najbardziej w tej dziedzinie rozpoznawalnych badaczy ze świata i z Polski — są to: P. Marie (1906, 1917), H. Head (1926), A. Pick (1913, 1931), J. Head (1926), T.H. Weisenburg i K.E. McBride (1935), K. Goldstein (1948), J.M. Wepman (1951), W.R. Brain (1961), E. Bay (1962), A.R. Łuria (1964), C.E. Osgood (1963), R. Jakobson (1964), D. Howes, N. Greschwind (1964), D.F. Beenson i N. Geschwind (1971), A. Leischner (1972), H. Goodglass i E. Kaplan (1972), M. Zarębina (1973), M. Maruszewski (1974), A. Kertesz i E. Poole (1974), L. Kaczmarek (1988), J. Szumska (1980), M. Taylor-Sarno (1981), B.L.J. Kaczmarek (1995), M. Pąchalska (1993) (2012, s. 20–21).

Przywołuję ten rejestr *in ekstenso*<sup>22</sup>, by zobrazować, jak żywym zainteresowaniem cieszyła się afazja na przestrzeni półtora wieku, a także to, że jej klasyfikacje powstawały równocześnie w różnych ośrodkach, a niektóre były weryfikowane przez swoich twórców i reklasyfikowane w innych zespołach badawczych. Zależnie od przyjętego w poszczególnych taksonomiach podejścia, afazję traktowano jako jednolite zjawisko (nurt antylokalizacyjny) lub wyszczególniano różne rodzaje (nurt wąskolokalizacyjny), ujmowano ją w sposób kliniczno-psychologiczny bądź neurolingwistyczny (Urban 2021, s. 96). Trudno nie mieć wrażenia, że ciągle powracają w nowszych odsłonach, odświeżone teorie już dobrze w nauce znane (Herzyk 1997, s. 84). Niemniej jednak ten klasyfikacyjny pluralizm nie przyczynił się do wypracowania uniwersalnej definicji *afazji*, czyli takiej, która byłaby punktem odniesienia dla wszystkich afazjologów, niezależnie od reprezentowanej dziedziny podstawowej. Zamiast tego poszczególne specjalności operacjonalizują definicje adekwatnie do zakresu swojej ekspertyzy. Pąchalska szacuje, że od czasów pierwszych dyferencjacji poczynionych przez Brokę (1861) i Wernickego (1874, 1886) powstało nawet sto propozycji definicyjnych (2012, s. 24). Oczywiście, nie jest to miejsce, by je przywoływać, omawiać czy porównywać — takie opisy znaleźć można w poglądowych pracach, wśród których, w polskim piśmiennictwie, warto zwrócić uwagę na *Taksonomię afazji* Anny Herzyk (1997).

---

<sup>22</sup> Autorka przygotowała bibliografię ich prac, do której odsyłam, wskazując tu daty publikacji jedynie orientacyjnie.

Przy definicjach *afazji* — kilka z nich zestawia Jolanta Panasiuk (2013, s. 114–115) — zatrzymam się tu w innym celu: by wyłuskać z nich sposoby konceptualizowania afazji jako: *zaburzenia* (Maruszewski 1966, Mierzejewska 1977, Prusiński 1989, Bannister 1998, Domańska i Borkowska 2008), *utruty* (Styczek 1983; Kaczmarek 1975), *rozpadu* (Grabias 1997), *dezintegracji* (Pąchalska 2012), dodać do tego można jeszcze *zubożenie* (Kaczmarek 1994) i *deficyt* (Rutkiewicz-Hanczewka 2021).

Uwidadcznia się tu wspomniane już definiowanie przez *brak* — negatywne — utrzymane w optyce objawów sprowadzających afazję do jednostki patologii języka. Na tym tle wyróżnia się konceptualizacja Jolanty Panasiuk — *ograniczenie*: „Afazja jest przede wszystkim ograniczeniem w aktualizacji kodu, a nie — jak wcześniej określano — dezintegracją systemu językowego i wiedzy o rzeczywistości nabytej przy udziale języka” (Panasiuk 2013, s. 109, 112; Panasiuk, Turzańska 2000). To definiowanie nie tylko antytetyczne wobec wcześniejszych, ale przede wszystkim zawierające pewną dozę optymizmu, pozytywne widoki na rokowanie — mimo że „w przypadku afazji zwykle nie następuje pełna restytucja utraconych zdolności językowych. Wiele jest też takich przypadków, kiedy pozostają pewne deficyty językowe, lecz są one na tyle dyskretne, że nie powodują ograniczeń w aktywności życiowej człowieka (Panasiuk 2013, s. 154).

Z niejasną istotą afazji wiąże się też jej nieklarowny status diagnostyczny, na co zwrócił uwagę Tarkowski, według którego problemy z mową i językiem podlegają gradacji, zależnie od tego, czy będą rozpatrywane w kategoriach wady jako objawy, zaburzenia jako syndrom, choroby jako patologia czy niepełnosprawności jako dysfunkcja (2021, s. 22–23). Wspomniałam, że w naukach medycznych dominuje kategoria objawu, afazja jest tam skutkiem uszkodzenia mózgu, choroby neurologicznej, ma więc status analogiczny do agnozji, apraksji, parezy czy plegii. W logopedii natomiast wiodącą jest kategoria patologii. Wielu jednak autorów postrzega afazję jako syndrom — nie jest więc to statycznie rozumiana choroba, ale dynamicznie ujmowane zaburzenia (Brown 1968; Herzyk 2000).

## 1.4. Typy i objawy

Historyczna dyferencjacja afazji — na podstawie odmienności objawów oraz neuroanatomicznych korelacji (Benton, Joynt 1960) — jest prostym podziałem dualistycznym, który obejmuje: afazję Broki — występującą po uszkodzeniu tylnej części zakrętu czołowego dolnego i zakrętu przedśrodkowego lewej półkuli; afazję Wernickego — manifestującą się w wyniku uszkodzenia okolicy bruzdy Sylwiusza, czyli zwoju skroniowego górnego tylnego, wieczka nadbrzeżnego, zwoju kąтового i zawoju tylnego, a także wyspy w obrębie lewego płata skroniowego (Martin 2001). Na przeciwległym niejako biegunie znajduje się natomiast zniuansowana typologia Johanna Nielsena, który wyróżnił osiemnaście typów afazji, sześć rodzajów agrafii i dwanaście odmian aleksji, co daje trzydzieści sześć wariantów zaburzeń afatycznych.

Większość taksonomii nie jest aż tak rozbudowana, ale wielość propozycji powoduje chaos komunikacyjny między specjalistami tej samej, jak też różnych dziedzin — mogą się bowiem posługiwać innymi terminologiami, kiedy mówią o tym samym pacjencie. Jest to prawdopodobnie jeden z newralgicznych problemów, z którym będzie się musiała ostatecznie zmierzyć afazjologia. Tymczasem polscy logopedzi preferują typologię Łurii (1964), natomiast w warunkach klinicznych dominuje klasyfikacja stosowana w literaturze międzynarodowej (Rutkiewicz-Hanczewska, 2021, s. 149), na przykład zaproponowana przez Bostońskie Centrum Badań nad Afazją (Benson 1988). Przedstawiam ją w syntetycznym ujęciu.

### 1.4.1. Taksonomia afazji

#### — Afazja ruchowa / motoryczna / ekspresyjna / afazja Broki

Rozumienie mowy jest względnie zachowane, choć chorzy mogą nieco gorzej radzić sobie ze zdaniami złożonymi. Znacznemu zaburzeniu ulega mowa spontaniczna, sekwencyjne przetwarzanie syntagmatycznych procesów łączenia składników językowych. Wśród pacjentów obserwuje się duże zróżnicowanie — od niemoty po mowę telegraficzną. Charakterystyczne bywają monofazje lub wyrażeniowe stereotypie. Defektywne są także: nazywanie, powtarzanie (na poziomie wyrazu, jak i zdania), pismo staje się dysmorficzne i dysgramatyczne, a wadliwemu czytaniu nadaje się określenie „trzeciej aleksji”. Jako deficyty pojawiają się: anomia, agramatyzmy, apraksja mowy. Natomiast jako współwystępujące objawy neurologiczne

rozpoznaje się: połowiczy niedowład prawostronny, prawostronną niedoczulicę połowiczą, niekiedy apraksje lewych kończyn.

Afazję ruchową w klasycznej postaci powodują lezje w okolicy Broki, a więc w tylnej części zakrętu czołowego dolnego (pola 44 i 45), ze zmiennie obejmowaną częścią wieczkową, trójkątną lub oboma, ale także w obszarach takich jak: wyspa, dolna kora ruchowa, obszary podkorowe obejmujące wzgórze, okołokomorowa istota biała (Ardila 2010).

Jako postać afazji ruchowej bywa kwalifikowana afemia nazywana także *afazją prostą*. Jest to rzadki zespół zaburzeń mowy o przejściowym charakterze: zaczyna się mutyzmem, który ewoluuje w zaburzenia polegające na konwersji fonemów i wprowadzaniu wielu pauz; chory nie ma kłopotów z pisaniem. Taka dynamika nie pozwoliła dotychczas jednoznacznie ustalić, czy istotą problemów są zaburzenia funkcji językowych, czy artykulacji. Z tego też względu afemia bywa uznawana za odpowiednik czystej apraksji mowy, ponieważ w jej podstawowej postaci nie obserwuje się dysfunkcji językowych, a jedynie upośledzenie artykulacji, z towarzyszącym ośrodkowym porażeniem prawego nerwu twarzowego.

Afemię diagnozuje się po uszkodzeniu lewej kory okolicy ruchowej i kory przedruchowej (Kądziaława 1997; Fox i wp. 2001).

#### — Afazja czuciowa / afazja Wernickego

Przy takim rozpoznaniu dochodzi do zaburzenia rozumienia mowy w wyniku dysfunkcji procesów syntezy i analizy dźwięków mowy, różnicowania jej akustycznych komponentów. Upośledzeniu ulega selekcja informacji, a co za tym idzie — pragmatyczne procesy łączenia składników językowych, odgrywające rolę w organizacji systemu leksykalno-semantycznego.

Zachowana pozostaje zdolność mówienia, wypowiedzi są rozbudowane składniowo, ale tworzą je parafazje fonologiczne, neologiczne i semantyczne, co sprawia, że stają się niezrozumiałe (aczkolwiek może to być niezauważalne dla osoby nieznającej sposobu wypowiedziania się chorego sprzed zachorowania), choć intonacja i prozodia są właściwe. Niekiedy przybierają one formę logorei — wówczas chory mówi dużo i szybko. Mowę taką określa się pustą bądź żargonem afatycznym, ponieważ deficyty obejmują podsystemy fonemiczny, leksykalny i semantyczny: wyprodukowany komunikat nie niesie informacji możliwej do zrozumienia. Trudności sprawia powtarzanie, aktualizacja potrzebnych w danym momencie słów, pamięć

werbalna jest zaburzona. Nie występują natomiast dysfunkcje układu ruchowego, dzięki czemu pismo pozostaje czytelne graficznie, ale tak jak mowa — jest niezrozumiałe. Współwystępującym objawem może okazać się prawostronne niedowidzenie połowicze.

Afazję czuciową wywołują lezje w tylnej części pierwszego zakrętu skroniowego, gdzie znajduje się ośrodek Wernickego (pola 41 i 42).

#### — **Afazja anomiczna / amnestyczna / nominalna / nominacyjna lub anomia**

Podstawowym identyfikatorem afazji anomicznej — jak podpowiada jej nazwa — jest anomia, czyli zaburzenia nazywania, przy zachowanych czynnościach powtarzania, czytania i pisania oraz niezaburzonym rozumieniu. Mowa jest płynna, a pojawiające się pauzy wynikają z niemożności zaktualizowania słów, w związku z czym kompensacyjnie wprowadzane są peryfrazy w postaci opisów funkcjonalnych, rzadko parafazje semantyczne. Niekiedy anomia obejmuje jedynie izolowane klasy nazw (Heiss i wsp. 1997).

Zwykle wskazuje się, że do wystąpienia anomii prowadzi uszkodzenie okolicy płata skroniowego — obszaru zakrętu kąтового i drugiego zakrętu skroniowego, a także styku płatów skroniowego, ciemieniowego i potylicznego zlokalizowanych w dominującej półkuli (Raymer i wsp. 1997). Badacze ustalili, że anomia czasowników częściej wiąże się z uszkodzeniem lewego płata czołowego, a anomia rzeczowników — lewego płata skroniowego (Dakasio 1992).

Należy podkreślić, że anomia współtworzy obraz wszystkich typów afazji (Kertesz 2010).

#### — **Afazja przewodzeniowa / kondukcyjna / aferentna ruchowa / kinestetyczna / centralna**

Wernicke, który jako pierwszy opisał afazję przewodzeniową, uznał, że pojawia się ona w wyniku dyskoneksji przednich i tylnych obszarów mowy, które pozostają nienaruszone. Mowa spontaniczna pozostaje wówczas relatywnie płynna, pojawiają się za to parafazje fonologiczne, zachowane natomiast jest rozumienie. Głębokim zaburzeniom ulega powtarzanie, co wynika z niemożności zrealizowania sekwencji ruchów odpowiadających prawidłowemu wzorcowi artykulacyjnemu (Bernal, Ardila 2009). Dlatego pacjenci usilnie poszukują właściwego brzmienia słów, poprawiają się nieustannie. W istocie nie jest to więc uszkodzenie języka jako kodu, ale zaburzenie

zdolności reprodukcji informacji — upośledzone są głośne czytanie, pisanie pod dyktando, nazywanie czynności i obiektów. Wyróżnia się dwa podtypy afazji przewodzeniowej — aferentny i eferentny. Raczej nie towarzyszą im charakterystyczne objawy neurologiczne (Kądziaława 1997).

Jako lokalizację uszkodzenia wskazuje się tu obecnie obszar zakrętu nadbrzeżnego i ścieżki istoty białej (pęczek łukowaty stanowiący część górnego zakrętu podłużnego), które łączą obszar Wernickego z polem ruchowym bądź przedruchowym, a także dolny płacik ciemieniowy, jak również kombinację uszkodzeń lewej kory słuchowej, wyspy oraz zasadniczej kory białej.

#### — Afazja transkorowa ruchowa / transkorowa motoryczna

Dla tego typu afazji właściwy jest heterogeniczny obraz zaburzeń (Berthier 1999). Wykazuje ona podobieństwo do afazji ruchowej Broki, od której odróżnia ją jednak zachowana zdolność powtarzania — nawet długich zdań. Niezmienione pozostają zdolności: czytania, piania, nazywania, a ewentualne nieprawidłowości są efektem ograniczonej spontaniczności wypowiedzi — także na piśmie (występują perseweraacje, elizje literowe i graficzne zniekształcenia). Deficyty nadawania łączą się tu z wysiłkiem w inicjowaniu wypowiedzi i szczątkową ekspresją, co bywa określane *brakiem napędu mowy* (Rubens 1999). W badaniu neurologicznym można stwierdzić prawostronny niedowład połowiczny o różnym nasileniu czy ruchowo-wyobrażeniową apraksję prawej kończyny górnej.

Związane z uszkodzeniem mózgu lezje znajdują się w okolicy płata czołowego, w przedniej części zakrętu obręczy znajdującego się w dominującej półkuli, uszkodzenia obejmują połączenia między dodatkową korą ruchową a ośrodkiem Broki, który pozostaje nienaruszony. Z ruchową afazją transkorową korelują także lezje środkowego lewego obszaru czołowego i przedniej części zakrętu obręczy oraz struktur podkorowych (głowy jądra ogoniastego, wzgórza, prążkowiec).

#### — Afazja transkorowa czuciowa

Jej obraz jest również heterogeniczny (Berthier 1999). Przypomina afazję czuciową Wernickego, ale w przeciwieństwie do niej zachowana tu jest zdolność powtarzania słyszanych wypowiedzi, co może przybierać postać echolalii. Mowa pozostaje płynna, ale pozbawiona logiki — chory nie rozumie własnych wypowiedzi. Czytanie jest zachowane, choć wyępują deficyty rozumienia czytanego tekstu. Obserwuje się

żargonofazje. Transkrowa afazja czuciowa może przybrać postać: łagodnej łuriowskiej afazji semantycznej, afazji amnestycznej lub odpowiadającej cechom afazji czuciowej. Objawy tego typu afazji opisano u pacjentów z chorobą Alzheimera. Neurologicznie towarzyszą jej niedowidzenia różnego typu, gnozia wzrokowa oraz zaburzenia czucia.

Za wystąpienie afazji transkrowej czuciowej odpowiadają tak lezje przednie, jak i tylne, co pokazuje, że procesy semantyczne zachodzą i w rejonach skroniowych, i w ciemieniowych, czołowych oraz we wzgórzu. Kluczowe znaczenie należy przypisać stykowi skroniowo-potylicznemu, do tyłu względem okolicy Wernickego — zakrętowi kątowemu, wrzecionowatemu, skroniowemu dolnemu i środkowemu (są to pola: 39, 21, 20, 37, 36).

#### — Afazje podkorowe

Należą do najslabiej rozpoznanych typów afazji. Ich objawy wykazują niejednoznaczne korelacje z lokalizacjami uszkodzeń. Za typowe symptomy uważa się tu: anomie z perseweracjami, zaburzenia uwagi, dużą męczliwość, mowę hipotoniczną o wolnym tempie. Pacjenci zachowują zdolności powtarzania, czytania i pisania, co pozwala odróżniać afazje podkorowe od korowych (które też mają cechy podkorowe) (Murdoch, Whelan 2009; Herzyk 1997).

Wśród afazji podkorowych wyróżnia się: przednią torebkowo-prążkowiową, tylną torebkowo-prążkowiową, całkowitą torebkowo-prążkowiową, wzgórzową (Wise i wsp. 1999), co wynika z umiejscowienia lezji.

#### — Afazja całkowita / globalna

Są to głębokie zaburzenia obejmujące wszystkie modalności języka, czego skutkiem jest zniesienie zdolności nadawania i odbioru wypowiedzi. To najcięższa postać afazji — pacjent może w ogóle nie mówić bądź wypowiadać niezrozumiałe głoski bądź słowa; może nie być w stanie porozumiewać się za pomocą gestów, ale wykorzystywać w tym celu ruch głowy lub gałek ocznych. Bywa też, że nie rozumie kierowanych do niego wypowiedzi. Afazja całkowita może z czasem przybrać formę lżejszych zaburzeń afatycznych, ale też wielu chorych pozostaje w tym stanie.

Do afazji całkowitej dochodzi, gdy uszkodzeniu ulega rozległy obszar mózgu wraz z okolicą Broki i Wernickego, zakrętem kątowym — czyli pole mowy szeroko okalające bruzdę Sylwiusza — w taki sposób, że uszkodzenia sięgają do głębokich warstw istoty białej.



## — Zespoły afatyczne

Poza afazjami różnego typu neuropsychologiczna analiza syndromologiczna pozwala wyróżnić też zespoły objawów afatycznych<sup>23</sup>. Wśród przejawów afazji w zachowaniach językowych osób po urazie mózgu Anna Herzyk wymienia: anomie, zaburzenia gramatyki i składni, artykulacyjne zniekształcenia, trudności w rozumieniu komunikatów werbalnych (1997), Maruszewski natomiast: zaburzenia nazywania, powtarzania, rozumienia, czytania, pisanie (dysgrafia/agrafia), liczenia (akalkulia/dyskalkulia), apraksję, agnozę (1974).

Punktem wyjścia dla ujęć nozologicznych są obowiązujące powszechnie, zunifikowane klasyfikacje. W przypadku afazji będą to opracowana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) *Międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych ICD-10 (International classification of diseases 10<sup>th</sup> revision)* oraz klasyfikacja Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego *Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych — DSM-V (Diagnostic and statistical manual of mental disorders)*<sup>24</sup>.

Rejestry ICD-10 pokazują, że afazja może być rozpoznawana jako zaburzenie lub jako objaw<sup>25</sup>, a więc zgodnie z tym, co zostało już napisane o medycznym postrzeganiu. Natomiast w ujęciach DSM kwalifikowana jest ona jako zaburzenie<sup>26</sup>. Zmiany w obrębie klasyfikacji zachodzące na przestrzeni kolejnych wydań potwierdzają tendencję do szerokiego rozumienia afazji.

---

<sup>23</sup> Szczegółowo rozpatruje je Panasiuk (2013, s. 141–148).

<sup>24</sup> ICD-10 obowiązuje w Polsce od 1996 roku jako klasyfikacja ogólna, mająca międzynarodowy zasięg, podczas gdy kolejne DSM-y — po pierwszym wydaniu w 1952 roku — stosowane są przeważnie w praktyce psychiatrycznej w Stanach Zjednoczonych. Systematyka obu zestawień opiera się na oznaczeniach literowo-liczbowych w ICD-10 i liczbowych w DSM, a więc każdemu ujętemu w nich zaburzeniu przypisany jest indywidualny kod — powtórzmy: inny w poszczególnych klasyfikacjach — pozwalający umieścić je w szerszej kategorii, na przykład: udar mózgu wśród chorób układu krążenia.

<sup>25</sup> Afazję w ICD-10 odnajdziemy w dwóch miejscach. W rozdziale V – *Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00–F99)*: F80–F89 Zaburzenia rozwoju psychologicznego; F80 Specyficzne zaburzenia rozwoju mowy i języka; F80.0 Specyficzne zaburzenia artykulacji; F80.1 Zaburzenia ekspresji mowy: rozwojowa dysfazja lub afazja typu ekspresyjnego; F80.2 Zaburzenie rozumienia mowy: wrodzone zaburzenia percepcji słuchowej; rozwojowa: dysfazja lub afazja typu ekspresyjnego; afazja Wernickego; F80.3 Nabyta afazja z padaczką [zespół Landaua-Kleffnera]. A następnie w rozdziale XVIII: *Objawy, cechy chorobowe oraz nieprawidłowe wyniki badań klinicznych i laboratoryjnych niesklasyfikowane gdzie indziej (R00–R99)*: R47–R49 Objawy i cechy chorobowe dotyczące mowy i głosu; R47 Zaburzenia mowy niesklasyfikowane gdzie indziej; R47.0 Dysfazja i afazja.

<sup>26</sup> Warto przyrzeć się temu, jak zmienia się miejsce afazji w nadrzędnych kategoriach. W DSM-IV z 1994 roku afazja zaliczana jest do zaburzeń komunikacji (1.4) jako mieszane zaburzenia mowy receptywnej/ekspresywnej (dysfazja, afazja, afazja bierna). Natomiast w aktualnie obowiązującym DSM-V z 2013 roku zaburzenia komunikacji nie zostały wyodrębnione, ale pojawiły się zaburzenia neuropoznawcze — i to tu w również nowej sekcji Zaburzenia języka — znajdziemy afazję.

### 1.4.2. Zaburzenia na poziomie podsystemów języka

Odniesienie do podsystemów językowych ma proveniencję językoznawczą. Wielu badaczy upatrywało źródła wiedzy o językowym funkcjonowaniu człowieka w rozpoznaniu tego, jak dochodzi do rozpadu kompetencji językowej (Siudak 2015, s. 90) — Jakobson, jak już wspomniałam, był przekonany, że dezintegracja systemu językowego, którą obserwuje się u afatyków, może rozszerzyć horyzont ogólnych praw rządzących językiem (1964). „Dopiero badania z udziałem osób dotkniętych afazją, u których dostrzeżono zakłócenia w korzystaniu z jednego bądź wszystkich podsystemów, pomogły zrozumieć, jak wiele równoczesnych procesów zachodzi podczas wytwarzania czy odbierania komunikatu” — wyjaśnia Anna Siudak (2015, s. 91).

Różne typy afazji manifestują się w realizacji wybiórczych bądź wszystkich podsystemów języka, co Danuta Kądziaława opisuje (2011), odwołując się do cytoarchitektoniki mózgu i wyróżniając: zaburzenia fonologiczno-fonetyczne (błędy artykulacyjne, płynność mowy) (Buckingham, Christman 2008); zaburzenia morfologiczne w afazji (fleksja, derywacja, wyrazy złożone); zaburzenia leksykalno-semantyczne (znaczenie denotacyjne, sens, wyrazy treściowe) (Jodzio i wsp. 2008); zaburzenia syntaktyczne (kategorie gramatyczne wyrazów) (Shapiro, Caramazza 2003). Jolanta Panasiuk — która podsystemom przyglądała się równie szczegółowo — uzupełnia ten rejestr o realizację struktur tekstowych bądź wypowiedzi (2013, s. 96–106; 2019, s. 40–51).

O ile więc zorientowanych strukturalistycznie badaczy języka — jak referuje Anna Siudak — interesowały realizacje podsystemów: fonetyczno-fonologicznego, morfologicznego oraz leksykalno-semantycznego (2015, s. 91)<sup>27</sup>, inni badacze przyglądali się także systemowi stylistycznemu (zob. Milewski 2005, s. 90–99, 187–189), co odzwierciedla przyjęcie między językiem rozumianym jako systemem a językiem ujmowanym jako dyskurs (McCarthy, Clancy 2019).

### 1.4.3. Dysfunkcje modalności

Powyższe zestawienia — charakterystyki typów afazji i zespołów afatycznych oraz zaburzeń na poziomie podsystemów języka — pokazują, że obraz kliniczny afazji jest

---

<sup>27</sup> Odnotowuję tu tylko, że nie są to wyszczególnienia zgodne z powszechnie przyjętymi w językoznawstwie; podaję za przywoływaną autorką.

wieloczynnikowo uwarunkowany, a przez to różnorodny — można powiedzieć *mozaikowy* — co zachęca do przyjęcia perspektywy *spektrum afazji*. Tym bardziej, że afazja dotyczy różnych modalności językowych, nie tylko werbalnych (mówienie, rozumienie wypowiedzi innych osób, czytanie, pisanie), ale też wizualnej czy dotykowej (Rutkiewicz-Hanczewska 2016, s. 166; 2021, s. 147). Pąchalska określa je „niejęzykowymi formami porozumiewania się”, które w życiu codziennym towarzyszą formom językowym lub je zastępują; są to: mimika, pantomima, piktogram, rysunek ikoniczny oraz symboliczny, a nawet elementy suprasegmentarne wypowiedzi: melodia, akcent, rytm (2012, s. 27–28).

Afazja dotyka więc nie tylko osoby posługujące się językiem wokalnym, ale też opanowanym przed zachorowaniem alfabetem Braille’a czy językiem migowym. W efekcie mamy do czynienia z zaburzonymi umiejętnościami porozumiewania się za pomocą symboli. Badaczka zwraca więc uwagę na ujęcia afazji jako syndromu polegającego na „zaburzeniu tworzenia i/lub odbioru symboli, za pomocą których człowiek komunikuje swoje myśli i uczucia innym, w posługiwaniu się nimi bądź ich rozumieniu” (1999, s. 26). Warto zauważyć — w duchu posthumanistyki — że „inni” to otoczenie chorego, które obejmuje nie tylko ludzi, ale też na przykład domowych pupili, psa, z którym chory miał wypracowany system komend i znaków; afatyk nie wejdzie też w interakcje z upowszechniającymi się systemami sztucznej inteligencji, asystującej w wielu czynnościach życia codziennego, jak choćby głosowi asystenci obsługi systemów komputerowych i smartfonów czy rozwiązania z dziedziny smart home.

#### **1.4.4. Różnicowanie**

Jeśli mowa o typach i wyróżnikach afazji, należy zwrócić uwagę na rozpoznanie o niejednoznacznym dotychczas statusie — choć znane w literaturze od przełomu XIX i XX wieku — narastające zaburzenia językowe o typie afazji u pacjentów ze zwyrodnieniowymi zmianami mózgu bez innych objawów uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego, którym Marcel Mesulam w 1982 roku nadał nazwę *pierwona afazja postępująca* (primary progressive aphasia — PPA)<sup>28</sup>. Jest ona uważana za niepełny wpółwariant płynnej afazji semantycznej (semantic dementia — SD). Do narastających zaburzeń słownego porozumiewania się zaliczają się także: afazja powoli

---

<sup>28</sup> Zob. Panasiuk (2013, s. 28, 30–38); Kądziaława (2011, s. 194–195); Olszewski (2008).

postępująca bez uogólnionej demencji (slowly progressive aphasia without generalized dementia — SPA), pierwotne otępienie dysfajyczne (primary dyphatic dementia — PDD), amnezja semantyczna (semantic amnesia — SA) (Jodzio 1990). Nie ustalono dotychczas, czy są to odrębne zespoły objawów czy warianty PPA. Sama pierwotna afazja postępująca uchodzi za odrębny zespół zaburzeń z właściwymi mu kryteriami diagnostycznymi (Mesulam 2001) — pozwalającymi różnicować go z otępieniem czołowo-skroniowym czy chorobą Alzheimera (Leszek 2003) — wynikającymi z postępującej patologii zwyrodnieniowej w płatach czołowych mózgu z przewagą lewej półkuli.

Charakterystyczne dla PPA są dominujące w obrazie klinicznym, nasilające się z czasem zaburzenia językowe prowadzące do mutyzmu, do których dołączają się niespecyficzne, określane jako *dementyjne*, zaburzenia innych funkcji poznawczych. Wiadomo jednak, że mechanizmy prowadzące do PPA są inne niż te, które powodują demencję lub afazję; inne są też rokowania: w dwóch pierwszych przypadkach objawy ulegają progresywnemu wzmożeniu, w ostatnim mogą się wycofywać lub łagodnieć.

W tradycyjnej afazjologii — dla której reprezentatywna jest definicja *afazji* opracowana przez Maruszewskiego — etiologia i objawy afazji są jednoznacznie wskazane: to zaburzenia językowe powstałe w wyniku ogniskowego uszkodzenia mózgu u osób, które opanowały język przed zachorowaniem.

Odrębnym zagadnieniem jest afazja u dzieci, której „nowe” ujęcie prezentuje w drugiej *Afazjologii* Pąchalska (2021); w ujęciu klasycznym rozpoznanie takie — określane też specyficznymi zaburzeniami językowymi (specific language impairment — SLI) czy niedokształceniem mowy o typie afazji — nie spełnia kryteriów definicji Maruszewskiego, ale ma niebagatelne znaczenie w systemie oświatowym (Olempska-Wysocka 2014). O afazji dziecięcej jedynie wspominam, ponieważ znajduje się ona całkowicie poza polem moich zainteresowań i nie ma znaczenia dla dalej podejmowanych rozważań.

Jolanta Panasiuk nie ma wątpliwości, że „Należałoby (...) dokonywać różnicowania afazji względem wszelkich zaburzeń związanych z przebiegiem chorób neurodegeneracyjnych” (2013, s. 29) — alzheimera czy stwardnienia rozsianego. Natomiast redaktor nowej *Afazjologii* (2021) kwestie te widzi inaczej. Afazja włączona w obręb organicznych zaburzeń mowy spełnia kryteria definicji minimalnej — to zaburzenia językowe powstające w wyniku uszkodzenia mózgu. W ten sposób sytuuje się obok: oligofazji, dyzartrii, dyslalii, afonii, stanów minimalnej świadomości,

stanów po resekcji guzów zlokalizowanych w elokwentnych obszarach mózgu czy autyzmu.

### 1.5. Patomechanizmy afazji

W kontekście afazji wyróżnia się zróżnicowane etiologie ogniskowych uszkodzeń mózgu, na tle których rozwijają się problemy z mową i językiem<sup>29</sup>.

#### 1.5.1. Epidemia udarów

„Prawie każdy z nas słyszał kiedyś o udarze czy też o »wylewie« krwi do mózgu. Często takie zdarzenie dotyczyło członka naszej rodziny lub kogoś z naszego otoczenia” — zauważają redaktorzy raportu Instytutu Ochrony Zdrowia (IOZ) *Udary mózgu — rosący problem w starzejącym się społeczeństwie* (Raciborski, Gujski, red. 2016), w którym możemy też przeczytać, że mamy tu do czynienia z „chorobą cywilizacyjną” (Gawińska 2016a, s. 30).

Międzynarodowa Organizacja Zdrowia nie definiuje *udaru* jako jednostki chorobowej, ale jako zespół kliniczny, który charakteryzuje się wystąpieniem nagłego zaburzenia czynności mózgu najczęściej o charakterze ogniskowym, niekiedy uogólnionym, ale niemającym przyczyny innej niż naczyniowa, którego objawy utrzymują się ponad dwadzieścia cztery godziny, o ile wcześniej nie spowodują śmierci (Gorelick i wsp., 1994). Z uwagi na zróżnicowaną etiologię wyróżnia się udary niedokrwienne i pięciokrotnie rzadsze udary krwotoczne. Przyjrzyjmy się ich epidemiologii opracowanej przez Danutę Ryglewicz (2007).

— **Udary niedokrwienne** (85%) — potocznie nazywane *zawałami mózgu*; wyróżnia się wśród nich te o pochodzeniu miażdżycowo-zakrzepowym (40–60%), zatokowym (20–25%), powstałe w wyniku zatoru pochodzenia sercowego (15–20%), spowodowane zaburzeniami hemodynamicznymi, zaburzeniami układu krzepnięcia i fibrynolizy, waskulopatiami (5%). American Heart Association oraz American Stroke Association (AHA/ASA) w 2013 zdefiniowały *udar niedokrwienny* jako nagłe ogniskowe naczyniopochodne uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego (mózgu, siatkówki lub rdzenia kręgowego) potwierdzone obecnością ogniska udarowego w badaniach neuroobrazowych lub utrzymywanie się objawów ogniskowych ponad dwadzieścia

---

<sup>29</sup> Zob. Pąchalska (2012, s. 95-102); Panasiuk (2009, s. 57–67).

cztery godziny przy wykluczeniu innych przyczyn zaburzeń neurologicznych (Sacco i wsp. 2013). Do jego powstania prowadzi zamknięcie światła tętnicy szyjnej bądź kręgosłupowej albo dużych i średnich tętnic mózgowych i tylko w co czwartym przypadku — zwyrodnienie małych tętnic przeszywających (udar lakunarny). Udar niedokrwienny może być wtórnie ukrwotoczony (Bogucki i wsp. 2013). Najczęstszymi przyczynami niedokrwienia są zmiany miażdżycowe oraz migotanie przedsionków.

— **Udary krwotoczne** (15%) — zwykle nazywane *wylewami* lub *neurazowymi krwotokami śródmózgowymi*; powodują je krwotoki podpajęczynówkowe, do których najczęściej dochodzi w wyniku pęknięcia tętniaka, krwotoki śródmózgowe w różnych obszarach mózgu; w 70–80% zlokalizowane są w głębokich strukturach w obrębie jąder podstawy. Powstają w wyniku rozerwania naczynia mózgowego, co prowadzi do gwałtownego w przebiegu wynaczynienia krwi w mózgowiu (Mazur, Świerkocka-Miastokowska 2005). Są to najczęstsze powikłania cukrzycy i nadciśnienia tętniczego.

Jako choroba układu krążenia, udary niosą ryzyko nawrotów: w udarach niedokrwiennych wynosi ono: 1,7%–4% w ciągu pierwszych 30 dni, 6–12% w ciągu pierwszego roku i 19–42% w ciągu 5 lat (Nowacki, Porębska 2004).

W skali globalnej epidemiologia udarów — na co zwracają uwagę autorzy przywołanego raportu IOZ — ulega szybkim zmianom (Gawińska 2016a) uwarunkowanym geograficznie i ekonomicznie oraz niepozbawionym pewnych osobliwości. Badania długofalowe pokazują, że zapadalność na udary w krajach uprzemysłowionych spadła nawet o połowę (Ryglewicz 2007, s. 87), co wynikało z prowadzonej w krajach zachodnich profilaktyki pierwotnej i wtórnej<sup>30</sup> oraz ze sposobu organizacji procesu leczenia (Słowik 2016). Przewiduje się jednak, że dzisiejsza transformacja epidemiologiczna świata uprzemysłowionego oraz starzenie się społeczeństw doprowadzą do „drastycznego wzrostu” (Béjot i wsp. 2016) liczby udarów w najbliższych latach, co dotknie szczególnie osoby w młodszym wieku. Szacuje się, że w Unii Europejskiej między 2017 i 2047 rokiem liczba udarów wzrośnie o 27% (Wafa i wsp. 2020).

---

<sup>30</sup> Profilaktyka pierwotna polega na minimalizowaniu bądź eliminowaniu wpływu modyfikowalnych czynników ryzyka udarów mózgu poprzez edukację grup ryzyka oraz ogółu społeczeństwa. Profilaktyka wtórna natomiast obejmuje leczenie przeciwpłytkowe, przeciwnadciśnieniowe, a także operacyjne zmian zakrzepowych w tętnicach szyjnych w połączeniu z edukacją dotyczącą czynników ryzyka (Gawińska 2016b).

WHO ustaliła, że w 2012 roku w wyniku udaru zmarło 6,7 mln ludzi, a więc o około 1 mln osób więcej niż w dwa lata wcześniej (Gawińska 2016a, s. 34). Była to więc druga, po chorobie niedokrwiennej serca, najczęstsza przyczyna wszystkich zgonów na świecie (11,9%). Śmiertelność w pierwszym miesiącu po udarze sięga od 10% do 27%, a w kolejnych — mimo że maleje — nadal pozostaje wyższa niż w populacji ogólnej. W porównaniu do niedokrwienych, udary krwotoczne cechują się wyższą śmiertelnością sięgającą 50% w przeciągu pierwszych trzydziestu dni po incydencie udarowym i 62% w ciągu roku (Gorelick i wsp. 2004).

Polskie badania epidemiologiczne z początku lat 50. XX wieku sugerowały, że udarów doznawało wówczas 60 tys. osób, z których połowa umierała (Członkowska i wsp., 1994). Dwie dekady później GUS odnotowywał rocznie około 33 tys. zgonów z powodu chorób naczyń mózgowych, co stanowiło 8,5% wszystkich zgonów w kraju. Serwis Medycyna Praktyczna podaje, że w roku 2019 odnotowywano, że co 6,5 minuty ktoś w Polsce doznaje udaru mózgu, co w skali roku daje 75 000 pacjentów<sup>31</sup>. Według danych przywoływanych w raporcie IOZ rocznie rozpoznaje się około 90 tys. udarów niedokrwienych (Raciborski, Gujski, red. 2016, s. 20).

Ci, którzy przeżyją udar — uważa się, że stanowią oni 60% tej populacji (Mackay i wsp. 2004) — zmagają się z poważnymi zdrowotnymi, społecznymi i rodzinnymi konsekwencjami przewlekłego chorowania, wpływającymi na obniżenie jakości życia. Przeprowadzone przez WHO badania *Global burden of diseases, injuries, and risk factors* (GBD) pokazało, że spośród tych, którzy doświadczyli udaru, ocalało niemal 25,7 mln (Truelsen i wsp. 2013). Szacuje się, że na świecie żyje około 50 mln ludzi po udarach (Ryglewicz 2007, s. 86). Prawie połowa tych osób zмага się z ograniczeniami ruchowymi i poznawczymi, które u 25–50% z nich prowadzą do różnego stopnia niepełnosprawności i niesamodzielności bądź konieczności pozostawania pod stałą opieką (Raciborski, Gujski, red. 2016, s. 12). Udary są w danych WHO wskazywane jako główna przyczyna niepełnosprawności w populacji osób dorosłych. Trwałej niepełnosprawności w ich wyniku doświadczyło w 2010 roku 33 mln osób (Gawińska 2016a, s. 34).

Jednym z następstw udaru jest afazja. Zwracają na to uwagę autorzy raportu IOZ, piszą jednak o afazji w sposób *popularny*: „Głównie objawia się ona brakiem

---

<sup>31</sup> Medycyna Praktyczna, 2019, *W Polsce co 6,5 minuty ktoś doznaje udaru mózgu*, <https://www.mp.pl/pacjent/udar/aktualnosci/219462,w-polsce-co-65-minuty-kto-doznaje-udaru-mozgu> [dostęp: 13.02.2023 r.].

zdolności do wypowiedzania pojedynczych słów, wyrazów oraz pełnych zdań. Mowa chorego staje się bełkotliwa i całkowicie niezrozumiała. Pacjent może mieć także problem z rozumieniem wypowiedzi innych. Występują także kłopoty z pisaniem, liczeniem oraz czytaniem” (Kłak 2016, s. 28). Afazja poudarowa jest jednak różnicowana. U pacjentów z udarem niedokrwinnym afazja pojawia się nagle i często — z powodu niedotlenienia elokwentnych obszarów mózgu — bywa nieodwracalna. Lepiej rokują chorzy z udarami krwotocznymi — tu afazja pojawia się stopniowo, objawy narastają nawet w ciągu kilku godzin wraz z rozprzestrzenianiem się krwotoku, a ich pomyślniejsze wycofywanie wynika z tego, że krwotok wywołuje ucisk na tkanki mózgu, ale nie zawsze prowadzi do ich trwałego uszkodzenia (Grabowska, Klimaszewska 2017, s. 211).

Interesujące, że na to następstwo udaru nie zwraca uwagi autorka przywołanego na wstępie tego podrozdziału opracowania *Epidemiologia udaru mózgu* (2007) — być może dlatego, że poświęciła afazji inną pracę (Ryglewicz, Milewska 2004). Pominięcie to sugeruje jednak, że afazja poudarowa jest zjawiskiem marginalnym — trudno jednak się z tym zgodzić, biorąc pod uwagę przywołane w tym rozdziale statystyki.

### **1.5.2. Inne przyczyny**

Drugą w kolejności — wskazywaną w 25% przypadków (Pąchalska 2012) — przyczyną afazji są urazy czaszkowo-mózgowe, uchodzące za jeden z najistotniejszych problemów zdrowia publicznego w krajach uprzemysłowionych, gdzie występują u 200/100 000 osób. Z raportów *Centers for Disease Control and Prevention* wynika, że w Stanach Zjednoczonych co roku 2,8 miliona osób doświadcza traumatycznego uszkodzenia mózgu, 2,5 milioniona z nich trafia do szpitalnych oddziałów ratunkowych (NCSL, 2019), 223 000 zostaje hospitalizowanych, a 64 000 umiera (CDC 2022a, 2022b), choć — należy dodać — dzięki większej dostępności do precyzyjnych technik diagnostycznych i zaawansowanych interwencji medycznych śmiertelność w tej grupie pacjentów maleje. W Europie natomiast z tego powodu hospitalizuje się 300/100 000 osób, a w Polsce do szpitali trafia 10 000 osób po urazie głowy, spośród których 30 000 zmaga się później z problemami mowy i języka (Pąchalska 2012, s. 99). Na podstawie tak rysujących się statystyk urazy czaszkowo-mózgowe określa się „epidemią XXI wieku” (Rutkowska 2010).



Ponad połowa przypadków urazów czaszkowo-mózgowych rozpoznawana jest po wypadkach komunikacyjnych, upadkach z wysokości, w wyniku urazów sportowych, rekreacyjnych bądź przemysłowych, a także na skutek pobić i ran postrzałowych. Najczęściej diagnozowane są one u osób młodych, poniżej trzydziestego roku życia. Pacjenci z najcięższymi urazami — stłuczeniami i zranieniami mózgu — wymagają intensywnej rehabilitacji i terapii mowy — nawet 25% z nich doświadcza afazji pourazowej. Po zamkniętych urazach ogniskowych jest to na ogół afazja nominacyjna (Lewicka, Szmał 2012, s. 134). Część badaczy sceptycznie podchodzi do powodzenia procesu rehabilitacji mowy w tej grupie pacjentów, natomiast inni — wśród nich Maria Pąchalska — takie podejście uważają za nieetyczne, ponieważ praktyka kliniczna — jej zdaniem — dowodzi, że afazja o etiologii pourazowej pozostaje nieuleczalna jedynie, kiedy przez dłuższy czas jest terapeutycznie zaniedbywana (2007, s. 115).

Dalej wymienić należy guzy mózgu, czyli struktury, które uciskają lub degenerują tkankę mózgową bądź zajmują opony mózgowie, o charakterze nowotworowym, zapalnym (ropnie) lub naczyniowym (tętniaki). Morfologicznie można je podzielić na złośliwe i łagodne o dużo korzystniejszym rokowaniu (Pąchalska 2012, s. 63–64).

W związku z trwającą redefinicją pojęcia *afazji* wśród patomechanizmów wymienia się także: 1) neurodegeneracyjne choroby mózgu — Alzheimerera, Parkinsona, Picka, Huntingtona, Creutzfelda–Jakoba, pierwotną afazję postępującą, otępienie pierwotne zwyrodnieniowe, otępienie czołowe, otępienie czołowo-skroniowe, otępienie z ciałkami Lewy’ego, demencję wielozawałową i demencję mieszaną; 2) przewlekłe trwające infekcje układu nerwowego, które towarzyszą gruźlicy, kile, opryszczkowemu zapaleniu mózgowemu czy AIDS, a także 3) zatrucia toksynami — narkotykami, alkoholem metylowym, farmaceutykami, chemikaliami różnego typu, tlenkiem węgla, metalami ciężkimi, anabolikami — które uszkadzają mózg, prowadzą do afazji.

Kliniczne i epidemiologiczne obrazy afazji będą więc uzależnione od patomechanizmu, który spowodował uszkodzenie mózgu.

## 1.6. Epidemiologia afazji

O ile zwykło się mówić o *epidemii udarów*, wskazując rozpowszechnienie tego zespołu objawów, o tyle nie powstało analogiczne określenie dotyczące afazji, mimo że jest ona częstym skutkiem chorób układu krążenia.

Dokładnie jednak nie wiadomo, ilu jest w Polsce chorych z afazją (Grabowska, Klimaszewska 2017, s. 216), ponieważ takie rozpoznania — jak wiele innych — nie są rejestrowane. Stworzenie takiego spisu nie byłoby zresztą proste ze względu na zróżnicowaną etiologię zaburzeń, a co za tym idzie także ich następstwa — skutek uszkodzenia wywołanego nowotworem mózgu będzie bowiem inny niż ten, który pojawi się na przykład w wyniku udaru mózgu, choć w obu przypadkach może pojawić się rozpoznanie afazji (Pąchalska 2012, s. 32).

Coraz częściej zwraca się uwagę na to, jak trudne metodologicznie — o czym była już mowa — jest zweryfikowanie częstości występowania zaburzeń mowy i języka, do których dochodzi w wyniku różnego typu uszkodzeń mózgu. Trudności wynikają z wielu przyczyn — po pierwsze z charakterystyki grupy badanej. Jest ona nieheterogeniczna pod względem: przyczyny zaburzeń, lokalizacji uszkodzenia, pierwszego bądź powtórnego wystąpienia udaru, a także pod względem liczebności. Z drugiej strony pojawiają się problemy z niejednorodnością i adekwatnością stosowanych narzędzi diagnostycznych — często badania obejmujące duże grupy chorych opierają się głównie na wykorzystaniu skróconych, *podręcznych* testów. W praktyce oznacza to, że są powierzchowne: pozwalają co prawda ocenić częstość zaburzeń językowych, ale nie pozwalają ich różnicować. Kolejnym problemem jest przebieg diagnozowania, a więc to, czy dane zbierane były w fazie ostrej, podostrej czy chronicznej, jak również to, czy pozyskano je w ramach wywiadu z pacjentem czy na podstawie analizy dokumentacji medycznej (Ryglewicz, Milewska 2004).

To wszystko sprawia, że mamy do czynienia z rozbieżnymi danymi. Statystyki dotyczące afazji pozyskiwane są głównie z danych dotyczących udarów lub w ich kontekście. Z Ogólnopolskiego Narodowego Rejestru Udarów Mózgu wiadomo, że w roku 2000 37% pacjentów po udarze zdiagnozowano *jakiś* zaburzenia językowe, wśród nich zaburzenia afatyczne (Grabowska, Klimaszewska 2017, s. 217) — nie wiadomo jednak, jaki procent stanowią (Ryglewicz, Milewska 2004, s. 68). Nestorka polskich badań nad afazją, Maria Pąchalska, w roku 1987 pisała, że w kraju diagnozę

taką otrzymuje 200 000 osób, a 120 000 z nich z powodu udaru. W *Afazjologii* szacowała natomiast, że ok. 60% pacjentów poudarowych zdradza cechy afazji (1999, s. 95). Z kolei Białkowska i Mroczkowska potwierdzały afazję u 26% pacjentów poudarowych (2014, s. 114).

Systematycznie pod kątem epidemiologicznym afazji przyglądali się autorzy dwóch polskich prac powstałych w odstępie niemal dwóch dekad — *Epidemiologia afazji u chorych z udarem mózgu* (Ryglewicz, Milewska 2004) oraz *Zaburzenia mowy i języka u pacjentów po przebytych udarach mózgu. Studium epidemiologiczne* (Mickiewicz i wsp. 2022).

Przedstawiane przez badaczy najnowsze dane są rozbieżne w zakresie różnych opisywanych elementów. I tak, jeśli chodzi o częstość rozpoznawania afazji, najczęściej źródła podają, że w ostrej fazie, a więc w ciągu pierwszego tygodnia od incydentu udarowego, diagnozę taką otrzymuje od 21% do 38% pacjentów (Kyrozis i wsp. 2009; Bohra i wsp. 2015; Fridriksson i wsp., 2018), choć w innych opracowaniach rozpiętość ta wynosi od 24% (Wade i wsp. 1986) do 67% (Godefroy i wsp. 2002) chorych. Dane zebrane na podstawie hospitalizacji w Bazylei pokazują, że afazję rozpoznano tam u 30% pacjentów (Engelter i wsp. 2006), w New Delhi — u 27,7% (Bohra i wsp. 2015), w Grecji — u 22,7% chorych (Kyrozis i wsp. 2009).

Polskie dane są porównywalne ze światowymi — na poudarowe zaburzenia mowy i języka cierpi ponad 75% osób badanych przez Julię Mickiewicz i współpracowników; afazję rozpoznano u 38% chorych (2022, s. 146).

Skala rozpowszechnienia poszczególnych typów afazji również nie jest oczywista. Najczęściej wskazuje się na większy odsetek rozpoznań afazji Broki w porównaniu do afazji Wernickiego (Yao i wsp. 2015), choć u różnych autorów afazja globalna (33,33%) dominuje nad ruchową (29,3%). Odsetek innych rozpoznań jest co najmniej o połowę mniejszy niż typów dominujących: afazja transkorowa ruchowa (13,33%), transkorowa czuciowa (10%), Wernickego (8,33%), anomiczna (5%), najrzadziej — przewodzeniowa (1,67%) (Bohra i wsp. 2015).

W polskiej populacji — podobnie jak w badaniach zespołu Yao (2015) — dominuje afazja motoryczna (51%), następnie: globalna (22%), mieszana (motoryczno-sensoryczna) (22%), podkorowa motoryczna (9%), transkorowa sensoryczna (2%), anomiczna (4%), sensoryczna (4%), marginalnie: przewodzeniowa, transkorowa motoryczna, podkorowa mieszana (po 1%). Odnotowane różnice dotyczą procentowego rozkładu częstości poszczególnych zaburzeń (Mickiewicz i wsp., 2022, s. 146).

Warto w tym miejscu dodać, że duży odsetek chorych z afazją globalną wynika z momentu diagnozowania, jest charakterystyczny dla ostrej fazy udaru, kiedy mózg pozostaje w stanie diaschizy (tamże). Później, kiedy wdrażane jest leczenie modulujące neuroplastyczność mózgu, w fazie podostrej afazja ewoluuje, na przykład: niepłynna w kierunku płynnej, czuciowa w kierunku anomicznej, globalna w mieszaną. Objawy afazji w grupie od 32% do 50% pacjentów utrzymują się do sześciu miesięcy od wystąpienia incydentu udarowego (tamże, s. 140). Dynamika afazji jest więc zróżnicowana, a co za tym idzie — proces odzyskiwania umiejętności językowych przebiega niejednorodnie i w ogromnej mierze nieprzewidywalnie, ale zależnie od: cech osobniczych, lokalizacji i zakresu uszkodzenia, warunków środowiskowych (Thompson 2019, s. 3947).

Większość badaczy zgadza się co do tego, że w 95% przypadków typ zdiagnozowanej afazji koreluje z lokalizacją uszkodzenia mózgu (Yang i wsp. 2008; Kreisler i wsp. 2000), jednak dostępne dane nie są bezwyjątkowe, a korelacja ta w niektórych badaniach sięga tylko 35% (Bohra i wsp. 2015; Fridrikson i wsp. 2018).

Badacze obserwują także związki występowania afazji z różnymi czynnikami — przede wszystkim z wiekiem. Dane bezsprzecznie pokazują, że diagnozę afazji otrzymują częściej pacjenci w starszym wieku (Ryglewicz, Milewska 2004, s. 68); średnia wieku pacjentów z afazją wynosi 78 lat (Laska 2001, s. 17). Dyskusyjna jest natomiast kwestia płci. Analizy nie są konkluzywne (Gedefroy i wsp. 2002), ale pozwalają przyjąć, że płeć nie determinuje typu rozpoznanej afazji (Bohra i wsp. 2015). Jednakże wyniki badań zespołu Hiera pokazują, że kobiety częściej niż mężczyźni (37%/28,3%) doświadczały udaru (1994, 159), którego ogniska lokalizowały się w przedniej części mózgu, statystycznie więc w grupie tej odsetek afazji mógłby być wyższy, tym bardziej, że inne badania pokazały, że u kobiet obserwowano znaczniejsze ubytki neurologiczne (Di Carlo i wsp. 2003).

Warto odnotować, że z afazją współistnieją inne deficyty. W badaniach Mickiewicz i współpracowników zdiagnozowano dyzartrię u 39% pacjentów i dysfagię u 16% — są to wyniki porównywalne do ogólnościatowych. Autorzy ci wspominają także o innych zaburzeniach lingwistycznych — nieczęstych, ale występujących analogicznie do danych literaturowych. Są to apraksja i agrafia bez aleksji (2022, s. 142, 144; zob. Rutkiewicz-Hanczewska 2017).

Niewątpliwie u pacjentów z rozpoznaną afazją poudarową wskaźnik śmiertelności wzrasta do 36%, podczas gdy u tych, którzy po incydencie mózgowym

nie doświadczyli objawów afatycznych, wynosi on 18% (Laska i wsp. 2001, s. 417–418). Niekorzystnie na rokowania wpływa także stopień (lekki, umiarkowany, głęboki) nasilenia zaburzeń. Również ryzyko wystąpienia niepełnosprawności jest wyższe wśród afatyków.

Być może właśnie ze względu na to, że dane dotyczące epidemiologii zaburzeń o typie afatycznym są tak niejednoznaczne, a przez to trudne do porównywania, afazja nie jest wdzięcznym tematem dla badań zorientowanych ilościowo. Spróbujmy to jednak zobrazować. Jeśli rocznie diagnozuje się 15 mln udarów, 38%, a więc 5,7 mln, tych, którzy je przeżyją, będzie zmagало się z afazją. Profesorka Małgorzata Rutkiewicz-Hanczewska, językoznawczyni-neurologopedka praktykująca w Klinice Neurologii i Chorób Naczyniowych Układu Nerwowego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, na podstawie danych z roku 2021 stworzyła bardzo obrazowe porównanie: „Okolo 30% osób po udarach cierpi na afazję. W Polsce rocznie mamy od 65 000 do 80 000 udarów. Jeśli nawet uśrednimy tę liczbę, to 30% z niej daje nam prawie 20 000 osób rocznie, które zmagają się z afazją, z zaburzeniami języka. To jest liczba mieszkańców takich miasteczek, jak np. Chodzież, Szamotuły czy Oborniki” (2021). To pozwoliło jej na kontestację — w moim odczuciu — nie tyleż przerysowaną, co obezwładniająco empatyczną, badaczka stwierdza bowiem: „po całym dniu pracy, czasem mam wrażenie, że połowa świata nie mówi” (tamże).

### **1.7. Konkluzje: kalejdoskop widoków**

Omówione wyżej punkty widzenia nie zostały zhierarchizowane (jedynie wypunktowane), co oznacza, że żaden z nich nie jest ważniejszy od innych, ale że każdy jest wiodący w ramach reprezentowanej profesji. Uwyrażnia się, co prawda, tendencja integracyjna, ale z prozaicznych powodów — praktyczno-ekonomicznych — nie wydaje się, by mogła się szybko ziścić. Dziś terapeutom nie opłaca się — by ująć to w najprostszy, aczkolwiek kolokwialny sposób — specjalizować się w pracy z jedną, choćby tak egalitarną jak afazja, przypadłością. Mogą sobie na to pozwolić naukowcy. Jedni i drudzy stają jednak wobec dylematu piramidalnego przyrostu wiedzy specjalistycznej i szczegółowej oraz realnych możliwości jej efektywnego opanowania. Czy logopeda określający się afazjologiem będzie posiadał taką wiedzę o architektonice mózgu jak neurofizjolog pracujący również w dziedzinie afazji? I czy jest mu ona

w takiej drobiazgowej formule jak cytoarchitektonika potrzebna, by z sukcesami prowadził terapię mowy? W tym miejscu pytania te pozostają retoryczne.

## ROZDZIAŁ 2. Dyskurs

„Nie ulega wątpliwości, że dla współczesnej humanistyki pojęcie *dyskursu* jest kluczowe” (Rejter 2009, s. 19), określa ją — humanistykę — jako interakcyjną formację kulturowo-językową. O obecnym kształcie tej dziedziny zdecydowały przesilenia formujące się w transdyscyplinarne orientacje badawcze, sfokusowana na określonym polu problemowym, nazywane *zwrotami*. Dla podjętych tu rozważań największe znaczenie mają dwa „megazwroty”, które objęły nauki humanistyczne i społeczne: językowy oraz kulturowy, a w ich obrębie zwroty partykularne: dyskursywny i spacialny. Przez ich pryzmat Stanisław Gajda pisze o *Współczesnej polskiej przestrzeni dyskursywnej* (2016), że bez wątpienia wyraża się ona przez język, który w ekstremalnych interpretacjach „w postaci dyskursu kształtuje myślenie i rzeczywistość” (tamże, s. 17). W tak zarysowanym kontekście można mówić o tym, że „doszło do wyłonienia zwrotu dyskursywnego, personifikowanego przede wszystkim nazwiskiem Michela Foucaulta” (tamże).

W pracy tej nie poszukuję nowej (kolejnej) ani własnej definicji *dyskursu* — Oleg Leszczak zebrał ich już trzydzieści (Lassan 2014, s. 65). W tego typu opracowaniach nie chodzi — jak sądzę — o definiowanie zdefiniowanego, wystarczające wydaje mi się zakreślenie własnych odniesień, wyznaczenie istotnego dla danych badań horyzontu patrzenia na dyskurs. Nie jestem w tym podejściu odosobniona, a w każdym razie dzielę je z Grigorijem Winokurem, który pisał:

„Są pewne terminy (...), których użycie cechuje się taką nieokreślonością i wielogłosem, że próba wyciągnięcia z tego definicyjnego chaosu czegoś wyraźnego zawsze kończy się niepowodzeniem i konsternacją z powodu braku wyraźnej wiedzy. Już lepiej... zagłębić się w to zjawisko niezależnie i bezpośrednio” (cyt. za: Lassan 2014, s. 65).

Rozdział ten jest rodzajem takiego zagłębienia — niezależnego, subiektywnego. Nie dokonuję tu systematycznego oglądu, ale przyglądam się temu *fenomenowi* tak, by stworzyć tło dla rozważań podejmowanych w następnej części pracy. Zacznę natomiast od tego, co było przed dyskursem — *przedpola* — od nierozzerwalnej sieci pojęć i terminów — *język, tekst, styl, gatunek, kontekst, komunikacja* — które funkcjonowały i funkcjonują w rozmaity sposób w rozmaitych tradycjach lingwistycznych.

## 2.1. Przedpole dyskursu

### 2.1.1. Sieć pojęć i terminów

Krytycznym momentem organizującym współczesną przestrzeń dyskursywną był — jak zostało już wspomniane (Gajda 2016) — zwrot nazywany za Richardem Rorthym (1967) — *językowym*, który „polega[ł] na dostrzeżeniu i docenieniu roli języka w kreowaniu rzeczywistości społeczno-kulturowej oraz poznaniu (obrazu świata)” (Gajda 2016, s. 16). Jest to więc reorientacja z filozofii myślenia na filozofię języka. Ta atencja dla języka zapoczątkowana została na przełomie XVIII i XIX wieku, kiedy „rozpowszechniła się (romantyczna w swej genezie) koncepcja »milieu« — wszechogarniającego środowiska” (Rewers 1996, s. 20). Jej filozoficzne korzenie sięgają teorii Kanta — określanej niekiedy przewrotem kopernikańskim negującym arystotelesowsko-kartezjański model poznawczy — zgodnie z którą zdolności ludzkiego umysłu nie ograniczają się tylko do odzwierciedlania rzeczywistości, ale pozwalają także na jej aktywne kształtowanie. Koncepcję tę Johan Herder oraz Wilhelm Humboldt zaadaptowali do wizji języka współtworzącego triadę: rzeczywistość — umysł — język, którą następnie postmoderniści sprowadzili do diady: wyobrażenie (umysł) — symbol (język).

W *Lingwistyce XXI wieku* Gajda konstatował, że byłby „skłonny uznać dokonania poznawcze zwrotu językowego za największe odkrycie nauk humanistycznych, porównywalne z takimi osiągnięciami nauki XIX i XX wieku jak teoria Darwina oraz dokonania fizyki i genetyki. Odkrycie to — wyjaśniał — radykalnie zmieniło nasze wyobrażenia o roli języka w ludzkim świecie” (2013, s. 8). Pokazało bowiem, że zjawiska ujmowane dotychczas w kategoriach społeczno-kulturowych mają wymiar językowy, co więcej, że wymiar taki mają niemal wszystkie ludzkie zachowania, ponieważ są „zanurzone” w języku. Dla lingwistów był to wyraźny sygnał, że wiodący od dziewiętnastowiecznej lingwistyki historyczno-porównawczej po dwudziestowieczny strukturalizm i generatywizm nurt systemowy jest niewystarczający do opisu dynamiki zjawisk językowych, których dostrzeganiu i docenianiu sprzyjał klimat ponowoczesności. Na plan pierwszy w latach 70. XX wieku wysuwał się nurt funkcjonalny na czele z semantyką i pragmatyką, którym drogę uutorowało językoznawstwo otwarte pierwszej połowy XX wieku z rosyjską i francuską szkołą socjologii języka, niemiecką szkołą antropologii języka oraz angielską szkołą



lingwistyki funkcjonalnej (Jarzewicz 2008, s. 8 i n.). Było to „nowy funkcjonalizm”, którego uwaga — właśnie pod wpływem zwrotu lingwistycznego — „skupiona dotąd na funkcjonowaniu jednostek językowych w systemie i w użyciu przenosi się na mówiącego człowieka” (Gajda 2013, s. 10).

Zwrot ten zwiastowały różne tradycje, jak fenomenologia Heideggerowska czy Habermasowska etyka, ale najbardziej rozpoznawalny — etykietalny wręcz — jest postmodernizm, formacja kojarzona przede wszystkim z francuskimi intelektualistami. W tym duchu badania językoznawcze ulegały nasilającemu się rozwarstwieniu. Przewartościowania związane ze zwrotem językowym pokazywały, że wyczerpuje się tradycja europejskiej lingwistyki ufundowana na jednostkach języka o różnym stopniu złożoności — fonem, morfem, leksem, zdanie — wśród których zdanie było brzegową jednostką zainteresowania gramatyki tekstu.

„Lingwistyka długo tekstu nie dostrzegала” (Gajda 2013, s. 9), ale zwrot językowy odsłonił taką perspektywę patrzenia na tekst, w której stał się on czymś więcej niż linearnym ciągiem zdań. W tym czasie ewoluowała konceptualizacja pojęcia *tekstu*, które ekspandowało do tego stopnia, że *tekst* przestał być monolityczną kompozycją. Jego „nową” istotę van Dijk w 1972 roku określał tak: „podstawę dla tekstu stanowi baza semantyczno-tematyczna, a więc abstrakcyjna struktura głęboka, która steruje strukturą powierzchniową” (cyt. za: Duszak 1988, s. 29). Można to też określić — antycypując już koncepcję makrostruktury — „jako swoistego rodzaju zagęszczenie” (tamże), w którym kryje się przesłanie.

„Zagęszczenie” to nie jest właściwością jedynie tekstów werbalnych, ale tekstów w ogóle, w szerokim sensie — tekstów kultury. Dopiero w 1968 roku po raz pierwszy skonstatowano, że *tekst* może być wypowiedzią nie tylko pisaną, ale również ustną (Bartmiński, Niebrzegowska-Bartmińska 2009, s. 23). Ta refleksja uległa utrwaleniu, dlatego dziś można mówić o *fenomenie tekstu* będącego uniwersalną kategorią poststrukturalistycznych nauk humanistycznych, co doskonale ujął Umberto Eco:

„Tekst różni się od innych typów wyrażania swą większą złożonością. A podstawowym powodem tej złożoności jest właśnie fakt, iż jest on wypełniony tym, co nie wypowiedziane. Tekst stanowi ciąg środków wyrazu, które muszą zostać zaktualizowane przez adresata. Ponieważ tekst ma być dopiero zaktualizowany, jest niekompletny z dwóch powodów. Pierwszy z nich dotyczy

wszelkich przekazów, łącznie ze zdaniami i pojedynczymi pojęciami. Wyrażenie pozostaje jedynie *flatu vocis*, dopóki nie zostanie skorelowane na podstawie danego kodu ze swoją konwencjonalną treścią” (1987, s. 288-89).

By przyjąć perspektywę Eco, należy optykę statycznego, gramatycznego myślenia o tekście przeformułować na perspektywę relacji, funkcji, celowości realizujących się w kompetencjach i sprawnościach, które przekierowały uwagę lingwistów na kwestie związane z oddziaływaniem tekstu i tekstem, co w konsekwencji wprowadziło też w pole zainteresowań językoznawczych „czynnik ludzki” w postaci nadawcy i odbiorcy (Grucza 2004, s. 45). W końcu badacze tacy jak „George Edward Moore, Gilbert Ryle czy J.L. Austin dotarli w swych analizach do języka potocznego, a stąd już niewielki był dystans, by przedmiotem badania uczynić też proces komunikacji” (Kociuba 2015, s. 11–12).

Te pomijane dotychczas kategorie — kompetencje i komunikację — dowartościował zwrot performatywny w humanistyce (Domańska 2007), w lingwistyce łączy z teorią aktów mowy Austina (1993), w której uchwycił on związek między mówieniem i działaniem, a więc siłą sprawczą języka tak silnie manifestującą się w przysięgach czy przekleństwach, ale też w nominacjach. W takim ujęciu język służy więc nie tylko do reprezentowania i wyrażania świata czy przekazywania informacji, ale dzięki funkcji performatywnej może go także kreować. Zwrot ten wprowadził kolejną, nową perspektywę ujmowania *tekstu* jako dynamicznie konstruowanego procesu — „aktu kreacji i interpretacji znaczeń” (Rzeszutko-Iwan 2009 s. 58) — „kontrolowanego” przez uczestników sytuacji komunikacyjnej (Duszak 1998, s. 18). Uwikłany sytuacyjnie tekst stawał się — według Roberta de Beaugrande’a i Wolfganga Dresslera — „wystąpieniem komunikacyjnym”, które by zachować status „tradycyjnego” tekstu, musiało spełniać szereg kryteriów — „reguł tekstowości” — odnoszących się do jego formy, znaczenia (kohezja, koherencja), relacji z odbiorcą (informatywność, akceptowalność), relacji z innymi tekstami (intertekstowość) oraz relacji z rzeczywistością (sytuacyjność) (Beaugrand, Dressler 1990). Takie z kolei ujęcie znosiło granice między składnią, semantyką, pragmatyką i wprowadzało perspektywę relacji między nimi (Duszak 1998, s. 31) — pewnego sfunkcjonalizowania.

Z propozycją tą koreluje definicja Jerzego Bartmińskiego, który pisał:

„Przyjmuję, że tekst jest to ponadzdaniowa jednostka językowa, makroznak, mający określone nacechowanie gatunkowe i stylowe (kwalifikator tekstu),

poddający się całościowej interpretacji semantycznej i komunikatywnej, wykazujący integralność strukturalną oraz spójność semantyczną i podlegający wewnętrznemu podziałowi semantycznemu, a w przypadku tekstów dłuższych – także logicznemu i kompozycyjnemu. W tym sensie tekst nie jest tylko konstrukcją jednostek językowych (wyrazów, zdań), lecz produktem języka (...) o złożonej, polifonicznej strukturze” (1998, s. 17).

Wypada zatem przyjąć, że cechami konstytutywnymi tekstu są sens oraz skuteczność komunikacyjna — niezależnie od tego, czy mamy do czynienia z odmianą pisaną czy ustną. Obie — choć ze względu na swoje cechy nietożsame<sup>32</sup> — stają się nośnikami idei, oddziałują na emocje i wyobraźnię. Prowadzi to do konstatacji o podłożu etnologicznym, że „pojęcie *tekstu* zdecydowanie wyszło poza ramy swojego pierwotnego, wąsko filologicznego (werbalnego) znaczenia i zaczęło kojarzyć się ze zorganizowaną w określony sposób sekwencją znaków różnego rodzaju — dźwięków, gestów, kolorów, artefaktów, obrazów itd., które składają się na całość semantyczną” (Tołstojowa 2007, s. 29). W perspektywie lingwistycznej można natomiast tekstowi przypisać określone właściwości: podmiot, intencję, semantyczną spójność, strukturalną integralność, wewnętrzny podział logiczny, kompozycyjny oraz semantyczny, podatność na interpretację oraz nacechowanie stylowe i gatunkowe (Bartmiński, Niebrzegowska-Bartmińska 2012, s. 36).

„Styl wobec tekstu »charakter transgresywny«” — eksplikowała Bożena Witosz w *Dyskursie i stylistyce* (2009, s. 38). *Styl* należy do tych pojęć, które — jak *tekst* — uległy rozszerzeniu: od „szaty słownej” po „zespół środków wyrazu, kształtujący stronę językową wypowiedzi, przez szukanie wyjaśnień i uzasadnień zjawisk stylowych w kontekście tekstowym i sytuacyjnym, po włączenie zagadnień dotyczących procesów poznawczych oraz percepcyjnych człowieka, aż do prób holistycznego opisu wszystkich aspektów komunikacyjnej aktywności ludzi” (tamże).

Relacyjnie z tekstem i stylem wiąże się też kategoria gatunku<sup>33</sup> — wszystkie są dobrze w literaturze tekstologicznej rozpoznane. Za Bachtinem można przyjąć, że wszelkie interakcje językowe są ukształtowane gatunkowo — „Mówimy wyłącznie za pomocą gatunków mowy, tzn. wszystkie wypowiedzi posługują się konkretnymi,

---

<sup>32</sup> Zob. *Tekst w ustnej i pisanej odmianie języka* (Bartmiński, Niebrzegowska-Bartmińska 2012, s. 78–109).

<sup>33</sup> Pie Corbett prezentuje historię badań naukowych nad gatunkiem, poczynawszy od Arystotelesa (2006); tutaj nie poświęcam tym kwestiom większej uwagi.

względnie trwałymi i typowymi formami konstrukcji całości” (1979; cyt. za: Mitosek 2005, s. 333);).

Nadawca, nawiązując akt komunikacji, sięga po adekwatne do sytuacji wzorce wypowiedzi, czyli gatunki, które aktywują określone — społecznie sankcjonowane — reguły odbioru. To natomiast, jak wzorzec jest realizowany, odpowiada stylowi wypowiedzi, który z kolei zależy nie tylko od okoliczności, ale także od indywidualnych bio-psycho-społeczno-kulturowych predyspozycji uczestników aktu. Zatem tylko synergia wyznaczników natury językowej z ekstralingwistycznymi pozwala stworzyć tekst będący udanym aktem komunikacji — wówczas styl spełnia swoją funkcję — nie bez powodu mówi się zresztą o *stylach funkcjonalnych* (Witosz 2009, s. 191–198). W tym sensie sfunkcjonalizowany styl jest to ukierunkowane werbalne oddziaływanie na słuchającego. Podejście funkcjonalne wprowadza i uruchamia aspekty zewnętrzne, a więc — by powrócić do przywoływanych już ujęć — *otwiera językoznawstwo* między innymi na podejście interakcjonistyczne, w którym i nadawca, i odbiorca biorą aktywny udział w tworzeniu znaczeń (Duszak 1998, s. 124–125).

W paradygmatach lingwistycznych styl jest operacjonalizowany w rozmaity sposób i definiowany w różnych perspektywach<sup>34</sup>. Dla dalszych rozważań istotna będzie definicja określana jako „antropologiczno-językowa” (Bartmiński, Niebrzegowska-Bartmińska 2012, s.110). Jerzy Bartmiński proponuje bowiem, by przez *styl* rozumieć „ponadzdaniową strukturę znakową, w której stroną znaczoną (*signifié*) są uporządkowane w pewien sposób wartości, a stroną znaczącą (*signifiant*), czyli eksponentami tekstowymi tych wartości, są elementy języka przynależne do różnych poziomów jego struktury (fonologiczne, morfologiczne, leksykalne, składniowe, semantyczne, tekstowe” (1981, s. 32). Przy czym szczególnie istotna jest — na co zwraca uwagę lubelski badacz — strona znaczeniowa: „Styl jest nie tylko zjawiskiem powierzchniowym, dotyczy nie tylko form wyrazu, ale tkwi w głębszej warstwie języka, w sferze znaczeń i sposobie postrzegania rzeczywistości, sięga do sfery zachowań człowieka” (1993, s. 116). Co więcej *styl* — jak dopowiada Bożena Witosz — „jest rezultatem przyjęcia określonej postawy światopoglądowej i poznawczej, ustalenia intencji wobec odbiorcy, zasad językowej stylizacji” (2009, s. 39). W późniejszej pracy badaczka dodaje, że „cechy językowe przestały być wyłącznym i

---

<sup>34</sup> Dla przykładu: koncepcję semiotyczną proponują Mayenowa (1974); Wojtak (2011); kulturową — Bartmiński (2003); kompetencyjną — Gajda (1982); interakcyjną — Witosz (2012).

wystarczającym wykładnikiem stylu — komponent formalny (*jak?*) jest więc związany nierozdzielnie z komponentem semantycznym (*co?*)” (2012, s. 67).

Takie ujęcia pokazują, jak istotna jest rola nadawcy, który „jest przyczyną sprawczą i punktem odniesienia dla wszystkich właściwości tekstu, formalno-semantycznych i pragmatycznych” (Bartmiński 1981, s. 36). Pozwala też stylistyce poszukiwać znaczeń w „kompetencji podmiotów mówiących oraz w ich sposobach doświadczania rzeczywistości” (Witosz 2009, s. 11), co odzwierciedlają idiolekty, socjolekty czy profesjolekty. Pozwala jej też — pod szyldem stylistyki kognitywnej (Gajda 2001) — rozpatrywać wybory określonych środków językowych w korelacji z procesami poznawczymi, by z jednej strony analizować relacje między tekstami, a z drugiej — interpretacje oraz reakcje odbiorców (Tabakowska 2005) w szerokich ramach.

„Proces komunikacji językowej jest wypadkową różnych aktów mowy, zaś każdy akt mowy zanurzony jest w ściśle określonej, dającej się opisać sytuacji” — pisała Janina Labocha w pracy *Tekst, wypowiedź, dyskurs w procesie komunikacji językowej* (2008, s. 8). Jest to więc „proces mający zawsze podłoże kulturowe, na które składają się uwarunkowania społeczne, psychologiczne, polityczne, ekonomiczne, ideologiczne, a także różne czynniki, wynikające z parametrów socjolingwistycznych oraz ról społecznych pełnionych przez uczestników aktu komunikacji” (tamże). W klasycznej definicji Charlesa Cooleya *komunikowanie* jest mechanizmem warunkującym istnienie i rozwijanie stosunków międzyludzkich (1909). Konstytutywny czynnik ludzki wymaga więc nie tylko istnienia podmiotów, które się komunikują, ale też pewnej formy ich współistnienia — wspólnoty komunikacyjnej, co wynika z tego, że „Język wchodzi do wspólnego kontinuum kultury, a komunikacja językowa stanowi swego rodzaju współdziałanie sił, czyli fenomen zasadniczo synergiczny” (Kiklewicz 2011, s. 95).

Współuczestniczenie komunikacji w „kontinuum kultury” sprawia, że nie tylko znalazła się ona w centrum zainteresowania nauk humanistycznych i społecznych, ale też stała się samodzielnym obszarem refleksji badawczej określanej jako *teoria komunikacji, nauka o komunikacji, filozofia komunikacji, communication studies* czy *komunikologia*. To ostatnie określenie wydaje się szczególnie atrakcyjne — wpisuje się też w polską tradycję nominacyjną — jak *tekstologia*, o której za chwilę będzie mowa, „wyraża coraz powszechniejszą ambicję ukształtowania refleksji nad komunikacją w

ramach inter- i transdyscyplinarnej, ale jednak przede wszystkim samodzielnej dyscypliny naukowej” (Kulczycki, Wendland, red. 2012, s. 7).

Pod wpływem kolejnych zwrotów lingwistyka tekstu wypracowała komunikacyjną koncepcję tekstu (Witosz, 2007, s. 5), którego identyfikatorem stała się interakcyjność rozpatrywana przez językoznawców w optyce gier językowych, a przez socjolingwistów — ról językowych. Graniczne znaczenie miał tu zwrot pragmatyczny w badaniach lingwistycznych, którego następstwem było przekształcenie paradygmatu funkcjonalnego w komunikacyjny (Witosz 2012, s. 67). Patronowała temu wydana pośmiertnie praca Johna Langshawa Austina *How to do things with words* (Grzmil-Tylutki 2012, s. 46).

W ten sposób tekst stał się zdarzeniem komunikacyjnym, uzależniającym użycie języka od kontekstu. W świetle interakcjonizmu to uczestnicy aktu komunikacji decydują o tym, co do niego wnoszą i co zeń wynoszą, pozostają przy tym partnerami, którzy mają wpływ na powodzenie całego procesu, co więcej, mogą nim mniej lub bardziej świadomie sterować. Świadomość w procesie komunikacji jest strategicznym pierwiastkiem:

„Osoby uwikłane w pewną sieć związków społecznych i posiadające wspólny repertuar językowy muszą wiedzieć (i wiedzą), kiedy przechodzić od jednej odmiany języka do innej. Pewien typ przejść nazywany jest przejściem sytuacyjnym, gdyż zmiana sytuacji może niekiedy wymagać zmiany języka. Przejście od jednej odmiany językowej do innej sygnalizować może zmianę relacji pomiędzy osobami uwikłanymi w pewien kontekst społeczny, zmianę przyczyny i celu interakcji, wreszcie uświadamianą zmianę miejsca interakcji lub jej charakteru prywatnego lub oficjalnego” (Fishman 1980, s. 230).

Przełączanie kodu językowego jest możliwe i zrozumiałe jedynie przy założeniu, że partnerzy komunikacji funkcjonują w ramach wspólnoty komunikacyjnej i w jej ramach się upodmiotawiają, ponieważ „Podmiotowość istnieje jedynie w obrębie czegoś — wyjaśniał Charles Taylor — co nazywam sieciami rozmowy” (2001, s. 70). Zainterесowała się tym etnografia mowy, która z czasem ewoluowała w etnografię mówienia zainicjowaną przez Della Hymesa (1973; pl. 1980).

Tak różnorodne uwikłania pokazują, że żaden tekst nie jest *wsobny*. By *stał się tekst*, konieczna jest perspektywa dialogu, podjęcia wspólnego wysiłku interpretacyjnego, będącego procesem konstruowania i negocjowania znaczeń w akcie

komunikacji, który „wymaga nie tylko wiedzy językowej, ale aktywizuje również wiedzę encyklopedyczną, wiedzę o świecie, kompetencję kulturową, lekturową” (Witosz 2009, s. 61). Interpretacja — a wraz z nią, jak chce Ricoeur, eksplikacja (1989) — jako dynamiczny proces poszukiwania sensu, swoista *praca z tekstem*, wymaga istnienia elementu podmiotowego z całym jego zapleczem, przez które jest ukontekstowana.

Takie rozciągnięcie kategorii tekstu na kontekst, na jego otoczenie, pokazuje, że „Z integracyjnego punktu widzenia język bierze się z twórczego posłużenia się przestrzenią komunikacyjną, w której żyjemy, a mowa i pismo — to tylko dwa spośród wielu rodzajów ludzkich zachowań artykułujących ową przestrzeń” (Harris, za: Witosz 2009, s. 63 1990, s. 67–68). To podejście wprowadza tekst w sferę komunikacji multimodalnej, w której doskonale odnajduje się hybrydyczna forma hipertekstu („wielotekstu”). Tak w 1965 roku amerykański matematyk i filozof Theodor Nelson określił „zespół mniej lub bardziej zamkniętych fragmentów tekstowych (tzw. węzłów tematycznych czy też leksji), połączonych z tekstem bazowym. Rodzaj uzupełnianej w ten sposób informacji jest rozmaity: są to aluzje, zestawienia, interpretacje, egzemplifikacje itp. Czytanie (i rozumienie) powstającego w taki sposób intertekstu traci charakter liniowego przetwarzania konstrukcji syntagmatycznych — w dużym stopniu staje się też procesem wirtualnym, otwartym na aktywny udział adresata w wyselekcjonowaniu określonych fragmentów” (cyt. za: Kiklewicz 2012, s. 116). Nazywa się to mianem „swobodnej nawigacji” między zbiorem informacji zorganizowanych na podobieństwo encyklopedii, w której w założeniu stosuje się rozbudowany system odsyłaczy. Hiperteksty są wielogatunkowe, wielostylowe, są *hybrydą tekstową*, co uzewnętrznia się jako zastosowanie w tekście elementów kilku różnych, czasem diametralnie odmiennych, konwencji gatunkowych, na przykład oficjalnych i potocznych, poważnych i ludycznych (zob. Wolańska 2003, s. 104). W pewien sposób tworzy to ich atrakcyjność, a idąc dalej — zjawisko „infotajmentu” (Majkowska 2000, s. 235).

Te ponowoczesne realia sprowokowały Evę Eckkrammer do rozważań nad tym, „czy potrzebujemy nowego pojęcia *tekstu*”. Badaczka zauważa, że „jesteśmy świadkami tworzenia się nowych konstrukcji tekstowych (hipertekstów) dostarczających nam wiedzy w sposób nieliniarny i formalnie niejednorodny” (2009, s. 317). Czytelnik, który „surfuje” po hipertekście, tworzy „nowe powiązania i obrazy”, a to zindywidualizowane „nawigowanie prowadzi — poprzez indywidualne wybory — do

powstania konkretnego tekstu” (tamże, s. 321). Tekst ten dla każdego czytelnika jest *inny*.

Hiperteksty mają także znamiona tekstów multimodalnych, a więc takich, do których stworzenia wykorzystano minimum dwa kody semiotyczne. Tak rozumianym tekstem może być ubiór, makijaż, ale też wystrój mieszkania czy pejzaż. Rozumienie to wpływa na fali zwrotu wizualnego, który odwrócił porządek dominacji pisma i druku — czemu towarzyszyła wtórna oralność typowa dla video- i fonosfery — i zainicjował eskalację kultury audiowizualnej. To ten zwrot doprowadził do tego, że badacze sięgnęli po instrumentarium analityczne, umożliwiające analizę elementów semiotycznych — dotychczas „dodatkowych” — zanurzonych w przestrzeni towarzyszącej tekstowi (Wodak 2011, s. 12).

Obecnie — na gruncie polskiej lingwistyki — najbardziej kompleksową konceptualizację *tekstu w kontekście komunikacyjnym* zaproponowali w pracy *Tekstologia* Stanisława Niebrzegowska-Bartmińska i Jerzy Bartmiński, za którymi przyjmuję, że „*tekst* jest wytworem — mówienia, myślenia i komunikowania, i ogólniej — działania, tworzenia — jest czymś, co ktoś tworzy dla kogoś, kieruje do kogoś z jakąś intencją” (2012, s. 31). Koresponduje ona z tymi nurtami badawczymi, które koncentrują się na języku w użyciu czy użyciu języka w danym kontekście (van Dijk 2001, s. 10). Pokazuje też, że każdy tekst „,

„Komunikacja nie jest zamkniętym procesem automatycznej „transmisji” określonych znaków czy przekazów z umysłu jednej osoby do umysłu innej osoby. Jest ona procesem ustalania warunków, które zezwalają wszystkim użytkownikom przekazów na swobodne konstruowanie możliwych interpretacji przekazu w zależności od kontekstu” — czytamy we wstępie pracy Raya Harrisa *Racjonalność a umysł piśmienny* (Harris 2014, s. 18). I dalej:

„Nie jest to jedynie funkcja dziejącej się bezpośrednio sytuacji, lecz również całość doświadczenia komunikacyjnego jej uczestników. Akt kontekstualizacji jest aktem nadawania znakowi jego znaczenia” (za: Majewski 2014, s. 19).

Pozwala to wyjaśnić problem niepowodzeń komunikacyjnych:

„Złożoność kontekstualizacji jest jednym z powodów, dla których w komunikacji międzyludzkiej powszechnie dochodzi do nieporozumień. Poszczególne jednostki kontekstualizują, każda na swój sposób, zależnie od osobistego doświadczenia, jakie każda z nich wnosi do sytuacji komunikacyjnej. Nawet w przypadku bliźniąt



jednojąowych nie mamy do czynienia z identyczną historią doświadczenia komunikacyjnego” (tamże).

Koncepcja ta jest wyjątkowo ważna, ponieważ syntetyzuje orientację lingwistyczną z antropologiczną w badaniach nad tekstem.

Kontekst i kontekstualizacja są kluczowymi pojęciami w teorii Harrisa, a jej nachylenie antropologiczne koresponduje z ustaleniami Bachtina, reprezentującego szkołę antropolingwistyczną.

„Słowa nie można oddać jednemu mówiącemu. Autor (mówiący) ma swoje niezaprzeczone prawo do słowa, ale swoje prawa ma także i słuchający, mają swoje prawa także i ci, których słowa rozbrzmiewają w słowie zastanym przez autora (słów niczych bowiem nie ma). Słowo — to dramat, w którym uczestniczą trzy osoby (jest to nie duet, lecz trio)”

— pisał Bachtin w *Problemie tekstu...* A w *Estetyce twórczości słownej* dodawał, że „Nie sposób określić własne stanowisko bez odniesienia go do innych stanowisk” (cyt. za: Kiklewicz 2012, s. 95). Takim ‘zespołem odniesień niezbędnych do zrozumienia utworu literackiego, dzieła naukowego’ (SJP), ale też tekstu w szerokim znaczeniu, jest *kontekst*, który socjolingwiści określają także jako: *sytuację komunikacyjną, konsytuację, kontekst, czynniki pozajęzykowe, tło aktu komunikacji, tło kulturowe, warunki lub sensy towarzyszące* (Boniecka 1994).

Konteksty można rozmaicie dyferencjonować, na przykład jako: kulturowy, sytuacyjny, społeczny, intensjonalny (Kiklewicz 2012). Dodajmy do tego „modele kontekstu” wypracowane w nurcie kognitywnym przez van Dijkę (2001). Zdaniem badacza funkcjonują one dzięki temu, że socjalizacja wyposaża jednostkę w wiedzę, która staje się podstawą rozumienia, interpretowania i przechowywania w pamięci zachowań językowych, doświadczanych w danej kulturze (Wodak 2011, s. 23). Badacz wyjaśnia, że użytkownicy języka, którzy funkcjonują w tej samej kulturze, „podzielają wspólny repertuar społeczno-kulturowych przekonań” — to właśnie „modele mentalne, które stanowią schematyczne reprezentacje naszych subiektywnych wyobrażeń o danym znaczeniu” (2011, s. 26–28).

Kiedy lingwiści — dzięki dostrzeżeniu interaktywności — wyszli poza tekst, mogli zacząć uwzględniać całą tę różnorodność kontekstualną. Kontekst w językoznawstwie przestał być traktowany linearnie, uległ rozszerzeniu: z ogólnie rozumianego otoczenia jednostki językowej — w sensie wąskim, czyli jej kolokacji, lub

szerokim, czyli innych jednostek, z którymi wchodzi ona w relacje inne niż gramatyczne czy przyległościowe — i objął jej całe otoczenie pozajęzykowe, środowisko funkcjonowania. W wyniku tego powstał kontekst ekstralingwistyczny, który obejmuje: „szeroko rozumiane środowisko komunikacji językowej, łączące w sobie takie elementy, jak podmioty interakcji, miejsce (scena) i czas interakcji, narzędzia interakcji, relacja statusów społecznych jej uczestników, kanały i zastosowane kody przekazu informacyjnego, mentalne i emocjonalne nastawienia podmiotów, oczekiwane następstwa interakcji i in.” (Kiklewicz 2012, s. 116). W kontekście ekstralingwistycznym zawierają się więc wszystkie inne konteksty, które korelują niekoniecznie z regułami tekstowości w postaci skonwencjonalizowanych syntagmatycznych relacji składników leksykalnych, ale ze społecznymi rolami użytkowników języka (Hymes 1980).

Uprzywilejowanie informacji zawierającej się w kontekście prowadzi do „dekonstrukcji” tekstu — do wyjścia poza tekst przy jego interpretacji, która uzależniona jest od czynników zewnętrznych, a więc nielogocentrycznych, jak nacechowana historycznie sytuacja kulturowa, w której powstaje „wspólnota interpretacyjna” (Nycz 2000, s. 9), do której należą nadawca i odbiorca i w ramach której powstają nawiązania do innych tekstów: cytaty, asocjacje, reminiscencje. Intertekstualność — o której tu mowa — „to nie tyle nazwa relacji między dziełem a wcześniejszymi dziełami, ile relacje między tekstem a różnymi językami lub praktykami znaczeniowymi danej kultury” (Culler, cyt. za: Witosz 2009, s. 16). W tym sensie — jak pisał Bachtin — nie ma słów ani tektów niczyich. Tak zarysowaną teorię intertekstualności Stanisław Gajda referuje następująco:

„każdy tekst jest tworzony i odbierany nie tylko w odniesieniu do kodowych potencji języka, lecz pozostaje także w odniesieniu do tekstów uprzednich i następujących oraz zawiera ślady (sygnały) tych odniesień” (2010, s. 13).

Wypowiedź ta odsyła (sic!) do teorii intertekstualności — od aluzji po wspomnienia — którą Julia Kristieva wywiodła z Bachtinowskiej dialogiczności, Genette z figury palimpsestu, a Barthes z konceptu poszukiwania śladów (Grzmil-Tylutki 2010, s. 277). Intertekstualność — zgodnie z etymologią — należy rozumieć jako „relacyjność (formalną bądź treściową) między tekstami, a także — w szerszym ujęciu — z otaczającym światem, i to niezależnie od świadomości autora badanego tekstu” (tamże). Kategoria ta dla językoznawców ma charakter semantyczny, ponieważ

ukazuje naddaną wartość znaczeniową, która wyłania się z interferujących i nawarstwiających się pól znaczeniowych (Cieślikowska 1995, s. 110). Owym „naddaniem” są wszelkiego typu konteksty aktualizujące się w i wokół tekstów, czyli... dyskurs.

### 2.1.2. Od tekstologii do *dyskursologii*

„Dla polonistów, nadrzędną kategorią — jeśli wychodzimy poza zdanie — jest tekst, a wśród dyscyplin króluje tekstologia, mówi się o tekstologii lingwistycznej” (Grzmil-Tylutki 2010, s. 15), a także o *lingwistyce tekstu* czy *teorii tekstu*, niegdyś o *lingwistyce transfrastycznej*. Określenia te już od momentu ich wprowadzania nie były dokładnymi synonimami, ale miały stanowić rubieże takiej dyscypliny, w której ramach lingwistyka byłaby „tylko” jednym z działów (Kaczmarowski 1987, s. 105).

Lingwistyka tekstu zaczęła się z wolna wyłaniać spośród nauk językoznawczych w latach 60. XX wieku, a za datę jej narodzin przyjmuje się — zgodnie z relacją Michała Kaczmarowskiego — zjazd lingwistów w Konstancji w roku 1968, kiedy przyjęto powszechnie, że „zdanie jest jednostką tylko względnie zamkniętą” (1987, s. 106, 107). Celem lingwistyki tekstu było stworzenie gramatyki tekstu na podobieństwo gramatyki generatywnej — projekt ten, który ostatecznie upadł, rozwijano na uniwersytecie w Konstancji, a najbardziej chyba rozpoznawalnym członkiem gremium tamtejszych naukowców stał się Teun van Dijk z jego koncepcją gramatyki tekstu (1972), która wchłonęła także aspekty związane z kontekstem (1977).

W klasycznej lingwistyce tekstu analizy skupiają się na kohezji i koherencji (Wodak 2011, s. 21). Jednak dalej idące konstatacje odnośnie do tego, że tekst nie jest zjawiskiem wyłącznie językowym — zatem lingwistyka tekstu jest niewystarczająca, by go definiować i badać (Kaczmarowski 1987, s. 115) — wprowadziły zamęt w refleksji naukowej, tym bardziej że wprowadzenie perspektywy pragmatycznej pozwoliło podjąć namysł także nad tekstami mówionymi. Tak zorientowane badania zyskały popularność w krajach anglojęzycznych, gdzie określano je mianem *discourse analysis*, podczas gdy w Europie prym wiodła *Textlinguistik* — funkcjonująca w Niemczech jako samodzielna dyscyplina. Wraz z popularyzowaniem się teorii Bachtina i Łotmana lingwistyka tekstu zaanektowała wypowiedzi ustne, czego konsekwencją było zniesienie w językoznawstwie zachodnim różnicy między tekstem i dyskursem oraz subdyscyplinami, które zajmowały się ich badaniem (Duszak 1998, s. 17). Kiedy w

tle zachodziły te przemiany, w latach 80. XX Roland Barthes wieszczył, że „niebawem możliwym okaże się stworzenie językoznawstwa dyskursu”, które nazywał dalej „drugą lingwistyką” (2010, s. 95).

Dziś analiza tekstu może odbywać się w ramach gramatyki/lingwistyki tekstu lub analizy dyskursu, może być analizą gatunku, ponieważ kategoria ta przynależy do obu sfer refleksji naukowej. W analizie dyskursu wyłoniła się natomiast ta *druga Barthesowska lingwistyka* — lingwistyka dyskursu, nazywana też *lingwistyczną analizą dyskursu* czy *krytyczną analizą dyskursu*. Pojęcia te jednak „nie zawsze są traktowane synonimicznie” — zwrócił na to uwagę Waldemar Czachur (2022, s. 82) — co wynika z różnego zaplecza teoretycznego i metodologicznego badaczy, którzy się nimi posługują w różnych zresztą nurtach namysłu.

Halinaa Grzmil-Tylutki zauważyła, że „pojęcie *dyskursu* nie ma w Polsce takiego umocowania w badaniach i tak ugruntowanych definicji jak” *tekst* i *wypowiedź* (2010, s. 16), ale z czasem — mimo braku oczywistej wykładni — stało się dla polonistów użyteczne w analizach tekstów, ponieważ pozwalało „wyeksponować ich interakcyjny charakter” (tamże). Dyskurs jednak pomieścili oni w ramach rodzimej tekstologii poprzez utożsamienie go z tekstem lub jego aspektem czy wymiarem, co było możliwe dzięki wspólnym korzeniom pragmatycznym. W takim ujęciu jest on podporządkowany gramatyce tekstu.

Nieścisłości terminologiczne utrwalone w ferworze debat naukowych pokazują, że lingwistyka tekstu w niektórych środowiskach naukowych utożsamiana jest z lingwistyką dyskursu (Grzmil-Tylutki 2010, s. 90) lub z analizą dyskursu (Bartmiński, Niebrzegowska-Bartmińska 2012, s. 13), w innych traktowane są separatystycznie. Podejście synonimizujące reprezentuje polski podręcznik *Tekstologii* Bartmińskich (2009), którego autorzy pisali, że „samo słowo *dyskurs* nie jest w języku polskim zbyt mocno zadomowione” (tamże, s. 31). Trudno jednak — niemal piętnastolecie później — zgodzić się z taką diagnozą, ale za symptomatyczne uznać należy to, że wciąż nie mamy podręcznika *dyskursologii*, chociaż określenie to pojawia się już w publikacjach nieciągłych (np. Zarzycka 2018).

Zmierzając ku podsumowaniu, wróć do pojęć wspólnych dla lingwistyki tekstu i analizy dyskursu — mam na myśli *tekst*, *styl*, *gatunek*, *dyskurs* — by poczynić pewne usystematyzowania w horyzoncie ich zależności. Warto tu przywołać kilka propozycji: Bożeny Witosz (2012, s. 72), która pojęcia te przypisuje badającym je dyscyplinom — odnotujemy tylko, że dyskurs plasuje w *discourse studies*; Marii Wojtak, która ujmuje je

w kolekcję (2011, s. 69) i Haliny Grzmil-Tylutki zwracającej uwagę na ich wzajemne uwarunkowane sfunkcjonalizowanie:

- „dyskurs (zinstytucjonalizowane relacje podmiotowo-sytuacyjne + określone treści + różnorodne cele)”;
- „gatunki (cele + preferowane formy)”;
- „teksty (formy realne, empiryczne, będące materializacją gatunku [bezpośrednio] i dyskursu [pośrednio]” (2007, s. 42).

Układ taki pozwala badaczce określić *tekst* „ostatecznym produktem działalności dyskursywnej w gatunku” (2010, s. 166). Ujęcie to przypisuje tekstowi pewną procesualność, dynamiczność i zależność od uczestników „działalności”. Z lingwistycznego punktu widzenia byłaby to zapewne definicja wystarczająca. W pracy tej przyjmuję jednak, że tekstologia nie jest tożsama z dyskursologią, tak jak analiza tekstu nie jest tożsama ani z analizą dyskursu, ani tym bardziej z krytyczną analizą dyskursu, toteż poszukuję dla konstytuujących je pojęć definicji, które nie będą werbocentryczne. Rezonans znajduję u Grażyny Habrajskiej proponującej, by ujmować *tekst* jako makroznak będący kompozycją jednostek, które można opisać jako semiotycznie heterogeniczne: fonicznych, graficznych, motorycznych, a także konsytuacyjnych (2004, s. 14). Anna Duszak również *dyskurs* umieszcza w przestrzeni niewerbocentrycznej, kiedy pisze, że „dyskurs obejmuje (...) całość danego aktu komunikacji, a więc zarówno określoną werbalizację (tekst), jak i czynniki pozajęzykowe, które jej towarzyszą, tj. przede wszystkim określoną sytuację użycia oraz jej uczestników” (1998, s. 19).

Czy potrzebna jest więc dyscyplina, która zajmie się dyskursem? Pytanie to traktuję retorycznie, podobnie jak to kończące rozdział 1.

## **2.2. Pole dyskursu**

Na pograniczu dyscyplin tekstologii i dyskursologii, międzys którymi linia demarkacyjna prowadzona jest często intuicyjnie i autorsko, wchodzimy w kluczowe dla dalszych rozważań *pole dyskursu*.

## 2.2.1. Polifonia dyskursu

### 2.2.1.1. W wieloznacznościach

O sytuacji dyskursu Stanisław Gajda pisał tak: „Termin *dyskurs* stał się w ostatnich latach bardzo ekspansywny i modny w humanistyce” (1999, s. 9–10). Podobnie kilka lat później Paweł Śpiewak — „*Dyskurs, dyskursywizacja, dykursywny* — bodaj najważniejsze słowo w humanistyce współczesnej. Szalenie modne” (2002, s. 18). Niedługo później zwracano już uwagę na to, że choć przydatne, jest „nadużywane” (Sławkowa 2006, s. 91), „inflacyjne” (Bilut-Homplewicz 2016, s. 331), „powszechnie stosowane” (Taras 2020, s. 321) — tak w komunikacji publicznej, jak i prywatnej, w końcu — *niewłaściwie* używane<sup>35</sup>. Jerzy Szacki kwituje to tak: „słowo *dyskurs* zrobiło we współczesnej humanistyce oszałamiającą karierę i coraz trudniej o pewność, czy w ogóle jeszcze cokolwiek znaczy, używa się go bowiem na wiele różnych sposobów, a całkiem nierzadko po prostu jako uczonego określenia dłuższej wypowiedzi lub dowolnego tekstu” (2005, s. 905). A jednak termin ten „zadomowił się w publicystyce i języku potocznym, stał się swego rodzaju wytrychem” (Synowiec 2013, s. 384) — a więc słowem ‘pozwalającym wybrnąć z każdego kłopotu’ (SJP), swego rodzaju intelektualnym narzędziem — co zresztą zawdzięcza swojej wieloznaczności. Ta z kolei pozwoliła określać *dyskurs* obrazową metaforą „kameleon” (Heinemann 2009, s. 336).

Badacze w różny sposób tłumaczyli naturę tego pojęcia. Dla przykładu: Bartmiński uznali, że zostało ono „wyprowadzone z macierzystej dyscypliny naukowej, to jest z lingwistyki i semiotyki na teren antropologii, socjologii i historii, a także psychologii społecznej, kulturoznawstwa, badań nad płcią, studiów postkolonialnych, nauk politycznych”, w wyniku czego „każdorazowo jest interpretowane po swojemu, odpowiednio do potrzeb i założeń poszczególnych dyscyplin” (2009, s. 31, 32). Gajda z kolei usytuował je w grupie fundamentalnych pojęć współczesnej refleksji badawczej — obok *języka, komunikacji czy kultury* — równie nieostrych i niedookreślonych treściowo (1999). Badacze dyskursu uważają ten termin za „rozmyty” (van Dijk 2001 s.

---

<sup>35</sup> Spójrzmy tylko na taki tytuł artykułu w specjalistycznym piśmie „Stomatologia po Dyplomie” — *Dyskurs nad ubytkami tkanek twardych zęba pochodzenia niepróchnicowego* autorstwa dr hab. n. med. Elżbiety Paszyńskiej (2021). Trudno oprzeć się wrażeniu, że jest to wyraz sięgania po modne wyrazy, rozumiane niestety tylko intuicyjnie, co ma zapewne dać efekt intelektualizacji, ale w tym wypadku jedynie intelektualnego snobizmu. Sądzę jednak, że wśród przedstawicieli nauk medycznych 1) subtelności semantyczne nie są popularne, 2) autorytet profesora nauk medycznych jest niepodważalny. Na podstawie własnych redaktorskich doświadczeń mogę się domyślać, że nawet jeśli pismo to ma redaktora językowego, który zwróciłby uwagę autorce na niewłaściwe użycie słowa *dyskurs*, zostałby zignorowany, a w gorszym wypadku uznany za impertynenta.

9), ale dający się przyporządkować pewnej sferze badań jako „bliżej nieokreślone pojęcie komunikacji językowej” (Duszak 1998, s. 14). Źródła wieloznaczności pojęcia w perspektywie komparatystycznej przedstawiła Marta Noińska (2017), toteż nie poświęcę im więcej miejsca, ale przejdę do kwestii z wieloznacznością związanej — etymologii.

W *Słowniku wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych* Władysław Kopaliński jako etymon polskiego słowa *dyskurs* podaje łaciński *discursus* utworzony od *discurere* ‘biec w różne strony; spieszyć; dyskutować’ (SK, s. 133). W naszych najstarszych źródłach — odnotowanych w *Słowniku polszczyzny XVI wieku* — pojawiają się eksplikacje takie jak: ‘przechodzenie, latanie tam i sam’, ‘przebieganie’ (Sławkowa 2006, s. 91). Halina Grzmil-Tylutki na podstawie francuskojęzycznych odniesień do łacińskiej etymologii dodaje jeszcze znaczenie ‘rozproszenie’ i konstatuje, że znaczenie przenośne (‘rozmowa, dyskusja, stosunki towarzyskie’) pojawiło się już w języku starofrancuskim (2010, s. 9–10). W rosyjskojęzycznych słownikach można znaleźć bardziej szczegółowe propozycje łacińskiej etymologii — na przykład od *discere* ‘błądzić’ lub ‘bieganie tam i z powrotem, ruch, krążenie, bezustanne migotanie, bezsensowna bieranina, krzątanina; roztrząsanie, rozgałęzianie, szamotanie się’ (Markowicz 2014, s. 17).

Niewyraźność etymologiczna odbija się dalej w użytkowaniu tego słowa. W artykule *Dyskursywnie o dyskursie* (2006) Ewa Sławkowa przyglądała się znaczeniu *dyskursu* na przestrzeni dziejów języka polskiego<sup>36</sup>. Leksem ten odnotowują już źródła szesnastowieczne w dwóch znaczeniach — częstszym ‘wywód, wypowiedź, dowodzenie’ oraz ‘dyskusja, dysputa, wymiana zdań’ — sugerujących, że funkcjonował on przede wszystkim w sferze życia publicznego. W *Słowniku Lindego* i wileńskim mamy już tylko znaczenie ‘rozmowa’, które można traktować jako codzienne, choć z czasem przypisano mu kwalifikator *nieużywane*. W słowniku Doroszewskiego, w którym leksem *dyskurs* unifikuje dawniej rozdzielne znaczenia: ‘rozmowa, dyskusja, przemówienie, przemowa’ (SJPD), również pojawiają się kwalifikatory — *dawne, książkowe*<sup>37</sup>. Natomiast we współczesnym popularnym i podręcznym, bo dostępnym

---

<sup>36</sup> Dalej referuję na tej podstawie.

<sup>37</sup> U Doroszewskiego leksem *dyskurs* zachowywał znaczenie współmierne do dawniejszych: ‘rozmowa, dyskusja, przemówienie, przemowa’ (SJPD). Przyjrzyjmy się podanym tam przykładom użycia. Znajdziemy wśród nich egzemplia z listów Słowackiego („Sądząc, że moja kiesa wypróżniła się, różnymi sposobami starał się wszcząć dyskurs o pieniądzach”), wierszy Mickiewicza („Pies mówił, a wilk słuchał: uchem, gębą, nosem, nie stracił słówka; połknął dyskurs cały”), prozy Żeromskiego („Nie patrzył nigdy na rozmówcę i najchętniej prowadził dyskurs stojąc bokiem albo tyłem do prowadzącego z nim dialog”),

online, słowniku PWN znajdujemy wyjaśnienie ujednoznacznione — ‘dyskusja na tematy naukowe’, ‘wywód przeprowadzony na zasadzie ściśle logicznego wnioskowania’ (SJP).

Dzisiejsze rozumienie *dyskursu* koresponduje z paradygmatem postmodernistycznym, w którym *dyskurs* oznacza racjonalistyczno-klasycystyczny typ zachodnioeuropejskiej strategii intelektualnej. Andrzej Pleszyński widzi to tak: „W moim ujęciu słowo *dyskurs* najlepiej oddaje słowo *rozprawa*. Rozprawiając, rozważamy jakiś problem, jakiś wątek myślowy. Rozważanie to ważenie i dotyczy spraw ważnych, mających wagę” (2011, s. 13). Ze słownika synonimów dowiemy się zresztą, że bliskoznacznie do *dyskursu* traktowane są: *dyskusja*, *debata*, *dysputa*, *polemika*, *przemowa*, *przemówienie*, *wywód*, *rozprawa* reprezentujące sferę wypowiedzi publicznych, wyraźnie profilowanych retorycznie, ale także *dialog* i *rozmowa* przynależące do kategorii wypowiedzi prywatnych. Interferują tu więc dwa porządki — dominujący dziś naukowy i dawniejszy, potoczny<sup>38</sup>.

Wydaje się, że to właśnie kwestie synonimiczne wpływają na to, jak nieporadnie słowo *dyskurs* bywa dziś (nad)używane w codziennych praktykach językowych. Zapominamy bowiem, że bliskoznaczność w języku polskim jest silnie nacechowana kontekstowo, a wyrazy synonimiczne nie w pełni pokrywają się znaczeniowo. O tym, jak wielu kłopotów przysparza to użytkownikom języka polskiego, świadczą zapytania z internetowej Poradni Językowej PWN. Chodzi o utożsamienie — sugerowane zresztą przez niektóre słowniki — *dyskursu* z *dyskusją*. Tymczasem, zdaniem poradnianego eksperta: „Nie jest poprawne używanie słowa *dyskurs* zamiast *dyskusja*, szczególnie tam, gdzie *dyskusja* występuje w stałych połączeniach wyrazowych” (2018a). Przykładem takiego nietrafionego połączenia jest zwrot „podlegać dyskursowi”, o którym ta sama ekspertka pisze w innym poradnianym komentarzu: „Coś może *podlegać* (lub *nie podlegać*) *dyskusji*, nie zaś *dyskursowi*” (2018b). Wątpliwości rozwiewane przez Katarzynę Kłosińską odzwierciedlają najnowsze praktyki językowe — wpisy pochodzą z 2018 roku. Pokazują też pewną refleksyjność niektórych

---

czy utworów Tuwima („Śród wykwintnej, nobliwej zabawy bądź miłym gentelmanem, lekki dyskurs tocz”). Podajmy może jeszcze przykład z formą czasownikową wynotowany z Sienkiewiczowskiego *Potopu*: „Ale nie czas mi dyskursować, bo czas jechać” (SJPD).

<sup>38</sup> W *Słowniku wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych* Kopalińskiego *dyskurs* to ‘rozmowa, dyskusja’, a *dyskursywny* to ‘rozumowy, logiczny, refleksyjny, oparty na wnioskowaniu z uprzednio przyjętych twierdzeń (przesłanek), poparty argumentacją; nieintuicyjny’ (1988, s. 133), *dyskurs* zatem znaczy co innego niż jego derywat.



użytkowników polszczyzny wobec pochopnego ulegania modzie językowej (Brzozowska D. 2014, s. 12).

Opierając się więc na polskich danych słownikowych, można by uznać, że mamy do czynienia z — nie tak rzadką w języku — reorientacją w zakresie znaczeniowym wyrazu. W tym wypadku dochodzi do jego zawężenia — *dyskursem* jest nie każda rozmowa, ale taka ewentualnie *rozmowa*, czyli ‘wzajemna wymiana myśli za pomocą słów’ (SJP), w której wzajemność oznacza dialogiczność w sensie prowadzenia dyskusji, a więc w kontekstach, które określilibyśmy jako publiczne<sup>39</sup>. Warto też odnotować, że skojarzenie dyskursu z dyskusją sprowadza go do „takiej odmiany funkcjonalnej polszczyzny ogólnej, jaką jest styl publicystyczno-medialny” (Sławkowa 2016, s. 94), choć zastrzec też trzeba, że „granice odmian dyskursu nie pokrywają się z granicami stylów funkcjonalnych” (Szczepankowska 2016, s. 33).

#### **2.2.1.2. W konceptualizacjach**

Kwestię tego, *czym jest dyskurs* — w tak zresztą zatytułowanym podrozdziale — podjęli autorzy polskiej *Tekstologii* (Bartmiński, Niebrzegowska-Bartmińska 2012, s. 31–32). Rekonstrukcja znaczenia nie była tak udana jak w wypadku pojęcia *tekst* (tamże, s. 22–31), do którego opisu wykorzystano instrumentarium etnolingwistyczne. Niepowodzenie autorzy wyjaśniają tym, że „w obiegu potocznym frazematyka *dyskursu* jest (...) uboga, a w obiegu naukowym mimo wszechobecności terminu jego znaczenie jest tak rozmyte, że niełatwo wskazać jakieś semantyczne dominanty” (tamże, s. 31). W tym miejscu — czternaście lat później, co nie jest bez znaczenia — podejmuję więc próbę uzupełnienia tej charakterystyki.

##### **2.2.1.2.1. W operacjonalizacjach**

By zarysować potencjał pojęcia *dyskurs* nie przytaczam — podobnie jak w wypadku *afazji* i również wbrew powszechnej praktyce — definicji. Przywołam natomiast przykładowe ujęcia — autorskie operacjonalizacje:

- zespół reguł (Grabias 1994),
- interakcja społeczna przy udziale języka; ciąg zachowań mownych (Grabias 1994),
- zespół norm i strategii (Labocha 1996; 2008),

---

<sup>39</sup> Trudno uznać na przykład, że rozmowa przy niedzielnym stole, choć spełnia kryteria dialogu, jest dyskursem, choć może być burzliwą dyskusją.

- kategoria bliska tekstowi (Labocha 1996; 2008; 2009),
- nieprzerwany strumień mowy (Duszak 1998),
- synonim tekstu (Boniecka 1998; 1999),
- synonim wypowiedzi (Grzegorzczkova 1998),
- narzędzie pozwalające „wyeksponować ich [tekstów] interakcyjny charakter” (Wojtak 1999),
- tekst w kontekście (Kawka 1999),
- typ praktyki społecznej o specyficznych kulturowo regułach (Nycz 2002),
- synonim wypowiedzi mówionej przeciwstawionej tekstowi pisanemu (Witosz 2005),
- konstrukt osadzony w sytuacji (Gajda 2005),
- konkretne, indywidualne działanie mowne (Żarski 2006),
- zespół zachowań językowych (Lisowska-Magdziarz 2006),
- wypowiedź logiczna, argumentacyjna na poważny temat (Grzegorzczkova 2007),
- zdarzenie komunikacyjne lub typ ograniczonej tematycznie wypowiedzi (Grzegorzczkova 2007),
- „konceptualizacja” zdarzenia komunikacyjnego (Bartmiński, Niebrzegowska-Bartmińska 2012),
- kategoria rekonstruowana w procesie lektury tekstu (Piekot 2010),
- regulowane użycie kodu językowego (Grzmil-Tylutki 2010)
- wzorzec zdarzenia komunikacyjnego (Wojtak 2011),
- „intencjonalne, epistemologiczne zreflektowane odniesienie do określonego problemu” (Pleszczyński 2010),
- forma funkcjonowania grup społecznych i jednostek przy zastosowaniu języka (Kiklewicz 2015),
- sposób rozumienia języka (Sławkowa 2016).

Ujęcia te — przywołane wrywkowo — usystematyzowane chronologicznie, pokazują, jak ewoluowało postrzeganie dyskursu nie tylko z upływem czasu, a więc i narastania refleksji badawczej, ale też w koncepcjach niektórych badaczy. Widać tu przejścia od normatywizowanych interakcji ustnych przez synonimizowanie z tekstem rozumianym jako wypowiedź w kontekście lub jako konstrukt bądź zdarzenie do praktyki społecznej z zespołem zachowań językowych określonych jednostek czy grup, aż po sposób *całościowego* patrzenia na język. W reorientacjach tych odbijają się więc opisane wcześniej zwroty, które specyficznie profilują namysł badawczy.

#### 2.2.1.2.2. W konkordancjach

Fakty językowe — jak sądzę — najlepiej podpowiedzą, z czym mamy do czynienia, kiedy mówimy o *dyskursie*. By je zgłębić, zaglądam do Narodowego Korpusu Języka Polskiego (NKJP)<sup>40</sup>, który dzięki wyszukiwarce PELCRA proponuje ciekawą perspektywę oglądu dyskursu — poprzez konkordancje i kolokacje — w pewnym momencie dziejów języka, co ciekawe, nie tak odległym od tego momentu, w którym Bartmiński uznali, że o dyskursie wiele powiedzieć się nie da. Przeanalizowanie danych pozyskanych z korpusu, który jest zbiorem autentycznych użyczeń języka odnotowywanych do roku 2010, jako uzupełnienie treści omownych na podstawie słowników — nigdzie chyba nieopracowanych w ten sposób — wydało mi się ważne, ponieważ pokazuje, jak fatycznie słowo *dyskurs* funkcjonuje w społecznym obiegu.

Słowo *dyskurs* w badanym zbiorze — półtora miliarda słów<sup>41</sup> — występuje sto jeden razy w tysiącu dwustu pięćdziesięciu akapitach pochodzących z trzydziestu siedmiu różnych tekstów. Na początek prześledźmy, z jakimi typami tekstów mamy do czynienia. O *dyskursie* najczęściej wspominają teksty<sup>42</sup>: publicystyczne, naukowo-dydaktyczne, literatura piękna, literatura faktu, teksty internetowe typu interakcyjnego, proza literacka, teksty internetowe nieinteraktywne, teksty informacyjno-poradnikowe. Natomiast w odmianie mówionej słowo to występuje sporadycznie<sup>43</sup>. W dalszej kolejności przyjrzyjmy się typom kanałów przekazu, w których wystąpiło słowo *dyskurs*. Dominującym medium jest książka, na dalszych miejscach plasują się: Internet i prasa — tygodnikowa, miesięczna, dzienniki oraz inne gatunki prasowe.

Na tej podstawie można stwierdzić, że *dyskurs* jest słowem najsilniej afiliującym z rejestrem naukowym i publicystycznym, co sugeruje pewną ambiwalencję pojęcia używanego tak w znaczeniu specjalistycznym, jak i w kontekstach popularnych oraz potocznych, typowych na przykład dla użyczeń internetowych (blogi, fora).

W kategorii tekstów naukowo-dydaktycznych *dyskurs* pojawia się w tekstach reprezentujących kanał książkowy. Były to: *Bergson* Leszka Kołakowskiego (1985),

---

<sup>40</sup> Charakterystykę NKJP zawiera praca Przepiórkowski i wsp. (2012).

<sup>41</sup> Korpus zawiera około półtora miliarda słów, a jego zrównoważona wersja dwieście czterdzieści milionów i to ona jest podstawą mojej kwerendy.

<sup>42</sup> Nie podaję tu częstości występowania, ponieważ praca ta nie ma charakteru statystycznego ani jej głównym przedmiotem nie jest dyskurs jako taki; przywołane dane mają tylko zakreślić pewne wyobrażenie.

<sup>43</sup> Często słowo to odnotowano w kategorii „niesklasyfikowane”, którą z oczywistych względów pomijam.

*Demokratyczna rekonstrukcja: z socjologii radykalnej zmiany społecznej* Edmunda Wnuk-Lipińskiego (1996), *Przyszłość... przeszłości* Zbigniewa Bienkowskiego (1996), *Ekspresja i empatia* Michała Głowińskiego (1997), *Reklama — przekaz, odbiór, interpretacja* Krzysztofa Albina (2000), *Poetyka reklamy* Ewy Szczęsnej (2001), *Fenomen wielkowiejskiej biedy: od pizou do underclass* Jolanty Grotowskiej-Leder (2002), *Filozofia zen* Agnieszki Kozyry (2004), *O Polsce i Europie bez niedomówień* Jerzego Łukaszewskiego (2006). Tytuły te sugerują, że słowo *dyskurs* wpisuje się w tematykę: filozoficzną, socjologiczną, teoretycznoliteracką, reklamową, polityczną.

Z kolei w kategorii tekstów publicystycznych *dyskurs* odnotowano w kanale książkowym, reprezentowanym przez publikacje takie jak: *Po szkodzie? Przed szkodą?: o Polsce, kapitalizmie i kontemplacji* Macieja Zięby (1996), *Niezwykły pontyfikat* Macieja Zięby (1997), *Mój wybór: rzeczy mniejsze* Teodora Krzysztofa Toeplitza (1998), *W krainie schorowanej wyobraźni* Józefa Tischnera (1998), *Zatruta studnia: rzecz o władzy i wolności* Edwina Bendyka (2002). Natomiast kanał prasowy reprezentują: „Trybuna”, „Gazeta Wyborcza”, „Tygodnik Powszechny”, „Wprost”, „Ozon”, „Kultura”, „Almanach Humanistyczny”, „Frona”, „Cosmopolitan”.

Tematyka sugerowana przez wynotowane tytuły książkowe obejmuje: politykę, religię, filozofię. Szeroko prezentuje się profil treści czasopiśmienniczych: społeczno-kulturowych, społeczno-politycznych, społecznych, kulturowo-politycznych, kulturowych, literackich, historycznych, religijnych, związanych z modą i stylem życia. Światopoglądowo przekrój rozpościera się od treści lewicowych, centro-liberalnych po katolickie.

W grupie tekstów reprezentujących kanał internetowy znalazły się: elektroniczne wersje czasopism o różnym profilu („KRONIKA — pismo Uniwersytetu Łódzkiego”, „Magazyn Puls Studenta”, „Bęc Zmiana”, „Zielone Brygady. Pismo Ekologów”, „Dziennik Internautów”), fora internetowe ([www.forumowisko.pl](http://www.forumowisko.pl), [forum.historia.org.pl](http://forum.historia.org.pl)), blogi (Jakuba Kumocha, Jarosława Dudycza, Leszka Millera), osobiste strony internetowe (Marka Borowskiego), a także wirtualna encyklopedia ([wikipedia.pl](http://wikipedia.pl)).

To, że wiodącym funkcjonalnym typem tekstów, których autorzy posługują się słowem *dyskurs*, są teksty publicystyczne, ma wpływ — jak mnożna domniemywać — na popularność tego słowa, jego medialność. Zgadza się też z obserwacjami językoznawców, którzy zauważają charakterystyczną obecność *dyskurssu i jego derywatów* w stylu publicystyczno-medialnym (Sławkowa 2016, s. 94).

### 2.2.1.2.3. W kolokacjach

Kolokator NKJP wyróżnił sto dwie kolokacje słowa *dyskurs*<sup>44</sup>, wśród których wyróżniłam trzy grupy połączeń: czasownikowe (3), rzeczownikowe (16), przymiotnikowe (31)<sup>45</sup>.

Kolokacje czasownikowe opisują sposób istnienia (ontologię) dyskursu — *prowadzić* dyskurs, *tworzyć* dyskurs. Czasowniki te mają charakter nieepistemiczny, orzekają o robieniu czegoś, a więc wymagają uzupełnienia co najmniej dwiema pozycjami składniowymi — agensa i obiektu. We wskazanych frazjach obiektem jest dyskurs, można więc przyjąć, że musi on być prowadzony, tworzony przez kogoś, coś, jakiś podmiot, który posiada zdolność ‘stanowienia dojścia lub przejścia do czegoś’ (prowadzić) lub ‘powodowania powstawania czegoś’ (tworzyć). Czynności te są procesualne i czasoprzestrzenne. Z jednej strony konotują dynamikę (*prowadzić* wiąże się z ruchem, a ten również z gestem), z drugiej — werbalność (*prowadzić* można rozmowę, dyskusję), z innej jeszcze — pewien rodzaj maestrii (*tworzyć* wiąże się ze sztuką). Połączenia te wpisują więc dyskurs — jeśli uzna się dyskurs za pewną praktykę językową — w obręb retoryki (sztuki i teorii wygłaszania mów) raz elokucji (właściwego, jasnego i ozdobnego wysłowienia).

W kolokacjach rzeczownikowych wyróżniłam cztery sfery odniesień. Pierwsza grupa pokazuje wewnętrzne zróżnicowanie dyskursu (*element, fragment, część, poziom*), druga pozwala opisać go w sposób jakościowy (*forma, rodzaj, typ, charakter, dominacja*), trzecia wskazuje jego tematy (*równość, władza, dominacja*), czwarta dotyczy kwestii metodycznych (*analiza, krytyka*). Najczęściej używane sformułowania w tej grupie to: *analiza dyskursu*\*\* (18), podkreślająca jego merytoryczny i naukowy status, oraz *element dyskursu*\*\* (12), pokazujący jego rozczłonkowanie, niejednorodność, oraz *dyskurs nowoczesności*\*\* (10), wskazujący historyczne odniesienie.

Kolokacje przymiotnikowe obejmują kolejne siedem obszarów. Są to odniesienia związane z: literaturą (*krytycznoliteracki, poetycki, literacki, miłosny*<sup>46</sup>), dziedzinami nauki (*filozoficzny, teologiczny, medyczny, terapeutyczny, historyczny*),

<sup>44</sup> W wyszukiwarce zapisane zostało ono jako *dyskurs*\*\*; gwiazdki oznaczają, że wyszukiwanie obejmuje także odmienione formy wyrazowe.

<sup>45</sup> Kolokacje z czasownikiem *być* pomijam, są one względne, przypadkowe; podobnie jak nieznaczące połączenia ze spójnikami czy przyimkami.

<sup>46</sup> Włączam frazję *dyskurs miłosny* do tej grupy, ponieważ zakładam jego związek z pracą Rolanda Barthes’a, która pojawi się dalszej części tej pracy; zob. s. 145.

dziedzinami życia społecznego (*polityczny, religijny, społeczny, publiczny*), kwestiami merytorycznymi (*intelektualny, naukowy, racjonalny*), ideologią (*feministyczny, nacjonalistyczny, liberalny, moralny, narodowy, polski*). Można wyróżnić także kolokaty umiejscawiające chronologicznie (*klasyczny, nowoczesny, współczesny*) oraz jego cechy jakościowe (*poważny, wewnętrzny, cały*). Frekwencyjnie najczęściej odnotowywane są kolokacje: *dyskurs publiczny\*\**, *krytyczny\*\**, *polityczny\*\**, interesujący mnie w tej pracy *dyskurs medyczny\*\** pojawia się na miejscu dwunastym, a wyprzedza go — co warto w tym miejscu odnotować — *dyskurs terapeutyczny\*\** na miejscu piątym<sup>47</sup>.

Frekwencja kolokatów z tej grupy (z pominięciem określeń jakościowych) ujęta została w poniższej tabeli.

Tabela 1. Kolokacje przymiotnikowe słowa *dyskurs*

Kolokacja	Ośrodek kolokacji	Kolokacja	Ośrodek kolokacji
Publiczny	dyskurs	Narodowy	dyskurs
Krytyczny	dyskurs	Literacki	dyskurs
Polityczny	dyskurs	Religijny	dyskurs
Filozoficzny	dyskurs	Moralny	dyskurs
Terapeutyczny	dyskurs	Intelektualny	dyskurs
Społeczny	dyskurs	Klasyczny	dyskurs
Racjonalny	dyskurs	Teologiczny	dyskurs
Naukowy	dyskurs	Medyczny	dyskurs
Polski	dyskurs	Liberalny	dyskurs
Miłosny	dyskurs	Poetycki	dyskurs
Współczesny	dyskurs	Krytycznoliteracki	dyskurs

Źródło: Opracowanie własne na podstawie NKJP

<sup>47</sup> Zob. 4.2. *Dyferencjacje*.

Zgromadzone w korpusie wyrażenia sugerują łączliwość typu *dyskurs* plus przydawka; o powszechności takich konstrukcji we współczesnej polszczyźnie pisał Stanisław Gajda (2016, s. 20). *Słownik polszczyzny XVI wieku* podaje natomiast charakterystyczną dla pierwszych użyc kolokatywność rzeczownikową — *dyskurs czego* (w znaczeniu: w czym) oraz zdecydowanie częściej odnotowywaną konstrukcję *dyskurs o czym* (Gajda 2016, s. 13).

Dane z NKJP warto w tym miejscu zestawzić z ustaleniami Doroty Brzozowskiej (2014), która wskazała — na podstawie analizy pięciuset tytułów publikacji z dwóch dużych księgarni internetowych — współczesne kolokacje słowa *dyskurs*. Zestawienie to wygląda tak:

- „dyskurs *jakiś* (narracyjny, naukowy, taneczny, filozoficzny, miłosny, edukacyjny, ponowoczesny, obywatelski, publiczny, religijny, społeczno-polityczny, staropolski, medialny, feministyczny, genderowy);
- dyskurs *w czymś* (w socjologii, w literaturze, w dydaktyce);
- dyskurs *o czymś* (o kulturze, o racjonalizmie, o spotkaniu);
- dyskurs *z czymś* (z filozofią);
- dyskurs *czegoś* (wiadomości prasowych);
- dyskurs *nad czymś* (nad rolą)” (2014, s. 13).

Ponadto badaczka wyeksponowała wyrażenia przyimkowe: „*coś* w dyskursie (*jakimś*) (analiza tekstu, kultura, punkt widzenia)”; „*coś* dyskursu (anatomia, gramatyka, porządek, teoria, perspektywy, odmiany)” (tamże). Zwróciła też uwagę na popularność określeń „*analiza /analizy* dyskursu (współczesna, kognitywna, krytyczna)” i łączenie dyskursu z pewnymi dziedzinami wiedzy w konstrukcjach „dyskurs *i coś* (archeologia, krytyka)”. Kolejną wyróżnioną przez badaczkę kategorią były konstrukcje wykorzystujące liczbę mnogą: „dyskursy *jakieś, czyjeś* (literaturoznawcze, edukacyjne, nieobecne, krytyczne, polskie, publiczne, możliwe, miłosne, o spotkaniu, romantyków”; „*teorie* dyskursów” (tamże).

Kolokatywność tego słowa świadczy o jego znaczeniowej rozległości, a nawet o otwarciu znaczeniowym, które pozwala profilować je tak, by wpisywało się w rozmaite konteksty.

#### **2.2.1.2.4. W typologiach**

Jeszcze inny model myślenia o dyskursie wyłania się z typologii porządkujących, jak ta zaproponowana przez Małgorzatę Lisowską-Magdziarz:

- dyskurs jako język w użyciu, np. dyskurs debat sejmowych; często w odniesieniu do konkretnej osoby;
- dyskurs jako sposób używania języka charakterystyczny dla określonej osoby, zbiorowości lub instytucji (medyczny);
- dyskurs jako zdarzenie komunikacyjne o charakterze jednostkowym (dyskurs wizyty u lekarza);
- dyskurs jako interakcja między jednostkami lub grupami, między jednostką a grupą, utożsamiany z wymianą opinii, debatą, dyskusją;
- dyskurs jako sposób użycia języka, który jest charakterystyczny dla określonej sytuacji społecznej, np. dyskurs lekcji w szkole;
- dyskurs jako zespół wartości oraz poglądów na jakiś temat wraz ze specyficznym sposobem ich wyrażania, np. dyskurs neoliberalny (2006, s. 13–14)

Natomiast Halina Grzmil-Tylutki zaproponowała typologizowanie poprzez pryzmat aspektów takich jak: miejsce, czas, nośnik, gatunek, przy założeniu, że użycie kodu językowego jest regulowane przez typ dyskursu wyznaczany przez obszar aktywności społecznej, pozycję „produkcji” (np. naturalistyczną, fenomenologiczną), kategorię podmiotu oraz strategię (2010, s. 131). Romanistka podkreśla, że zwykle badawcze ukierunkowanie wyróżnia jedną kategorię dyskursu, ale nie eliminuje pozostałych, które pozostają obecne „choćby implicite, gdyż stanowią nierozzerwalną całość funkcjonalną” (tamże, s. 132).

#### **2.2.1.3. O niepodobieństwie syntezy**

Widać już, że dyskurs można widzieć z różnych perspektyw i próżne wydają się próby ich zunifikowania, by bezwzględnie wyjaśnić to, czym dyskurs jest — zdecydowanie łatwiej byłoby zapewne podać jego definicję negatywną. Bożena Taras wyjaśnia, że ta „znaczeniowa nie(do)określoność warunkowana jest zarówno wewnątrznie, jak i zewnątrznie i wynika przede wszystkim (...) ze złożoności oznaczanego obiektu oraz ciągłej zmiany sytuacji poznawczej” (2020, s. 321–322).

Polifonię dyskursu — zasadzającą się na polifonii Bachtinowskiej — uważam za jego cechę konstytutywną, świadczącą o jego sile, o sile pojęć kształtujących



humanistykę w ogóle, zanurzoną w ferworze rzeczywistości, stanowiących jej naturę. Umieszczenie go natomiast w orbicie komunikacji pokazuje, że potencjał dyskursywny jest bezkresny — nieskończona jest liczba sytuacji komunikacyjnych, bezustannie powstają kolejne gatunki wymagające stylistycznych funkcjonalizacji, wynikających z dynamiki relacji międzyludzkich, a wkrótce prawdopodobnie też transhumanistycznych. Kierunek rozwoju cywilizacji potwierdza to, co w grudniu 1980 roku Foucault powiedział w College de France, że nie da się „zapanować nad wielką proliferacją dyskursu” (2002, s. 36).

W końcu — jak zauważa Sławkowa — „O słowie *dyskurs* nie wystarczy dziś powiedzieć, iż jest ono słowem-kluczem współczesnej kultury, ale równocześnie trzeba dodać, że stało się nazwą osobnej dyscypliny badawczej — analizy dyskursu” (2016, s. 90). Dalej więc przejdziemy do rozpoznania naukowej natury dyskursu<sup>48</sup>.

### **2.2.2. Nurty badań zorientowanych na dyskurs**

Poza dyscyplinarnym zróżnicowaniem myślenia o dyskursie mamy jeszcze do czynienia ze zróżnicowaniem czasoprzestrzennym. Badania w tym nurcie rozwijały się symultanicznie po obu stronach Atlantyku, inspirując się wzajemnie, ale też dyferencjując pod wpływem zróżnicowanych tradycji i fundamentów lingwistycznych, wypracowując różnorodne sposoby naukowej *pracy z dyskursem*<sup>49</sup>. W kolejnych akapitach zarysowuję więc różnorodność obszarów badawczych: niemieckiego, francuskiego, anglosaskiego i polskiego.

#### **2.2.2.1. Nurt niemiecki**

Niemieckie badania — znane polskim czytelnikom między innymi z monografii *Lingwistyka tekstu w Niemczech. Pojęcia, problemy, perspektywy* (2009) oraz *Lingwistyka tekstu w Polsce i w Niemczech. Pojęcia, problemy, perspektywy* (2009) — skupiają się na tekście, toteż pojęcie *dyskursu* nie cieszy się wśród tamtejszych językoznawców popularnością, uchodzi — w zgodzie ze swoją etymologią — za „zbyt wieloznaczne” (Warnke 2009, s. 346). W związku z tym wiodące pole badań wyznacza lingwistyka tekstu — wyrosła na intelektualnym gruncie filozofii hermeneutycznej, analitycznej oraz ideach Szkoły Frankfurckiej — ufundowana na wspomnianych

---

<sup>48</sup> Sławkowa stwierdza też, że *dyskurs* „przeżywa dziś swoisty renesans jako termin naukowy” (2006, s. 91).

<sup>49</sup> Historię te dziedziny omawia szczegółowo Jan Renkema (2004).

kryteriach tekstowości de Beaugrande'a i Dresslera (1990). Podejście to jest na tyle mocno zakorzenione, że nie pozwala na redefiniowanie pojęcia *tekstu*, ale na jego sukcesywne poszerzanie wraz z pojawianiem się kolejnych paradygmatów w językoznawstwie (postmodernizm, pragmatyka, kognitywizm) czy nowych form komunikowania i „nośników” tekstów kultury (hiperteksty, semioza). Tak też się stało, kiedy pojawiło się pojęcie *dyskursu*, który stał się jednostką „transtekstualną” (Warnke 2009, s. 346).

Zatem *dyskurs* jako rozszerzenie tekstu jest w nurcie niemieckim rozumiany jako praktyka komunikacyjna odbywająca się według ściśle określonych reguł, co pozwala nazwać ją „wyrosłym w czasie konstruktem” (Eckkrammer 2009, s. 333), będącym odzwierciedleniem „kulturowej kategoryzacji rzeczywistości” (Warnke 2009, s. 353). Halina Grzmil-Tylutki przypisuje tak ujmowanemu *dyskursowi* status systemu historycznie uwarunkowanych wypowiedzi „ze zinstytucjonalizowaną »władzą« określającą »porządek rzeczy«” (2010, s. 253).

Charakterystyczne dla germanistycznej lingwistyki tekstu jest więc rozpatrywanie dyskursu w bezpośrednim kontekście tekstu i komplementarne ujmowanie lingwistyki tekstu oraz lingwistyki dyskursu (Heinemann 2009). Takim konceptualizacjom sprzyja relatywizm poznawczy, w którego duchu Ingo Warnke proponuje następujące rozstrzygnięcia: „*Tekst* jest w rzeczywistości rozwarstwionym i cyklicznie się zmieniającym obiektem istniejącym poza realnym światem, jest konstruktem językoznawstwa” (2009, s. 344), zaś *dyskurs* oznacza „abstrakcyjną strukturę tekstów, które mówią o tym samym temacie, wskazując przy tym ewentualnie zgodność formalną” (tamże, s. 349), strukturę skonwencjonalizowaną, „ponadtekstową wielkość komunikacyjną” (tamże, s. 350). Nie można jednak mieć wątpliwości, że „to lingwistykę tekstu należy traktować jako dyscyplinę podstawową”, z zastrzeżeniem jednak, że analizę dyskursu trzeba dopiero zaadaptować metodycznie do potrzeb lingwistyki (tamże, s. 355). Grzmil-Tylutki wyjaśnia, że w Niemczech analiza dyskursu spotkała się z większymi niż gdzie indziej problemami w konstytuowaniu się jako nowa dyscyplina (2010, s. 256).

W refleksji niemieckojęzycznej dylematy związane z dyskursem wynikają z tego, że odbierany jest on jako zdecydowanie mocniej zakorzeniony w naukach społecznych niż językoznawczych (tamże, 2010, s. 253), co koresponduje z powszechnym przekonaniem o ważkim wpływie Michela Foucaulta na badania spod tego znaku, a przez to na wyobrażenie o ich kluczowym filozoficznym, a nie

lingwistycznym, zapleczu. Z tego względu lingwiści niemieccy dzielą przekonanie, że *dyskurs* jako pojęcie, którym mogliby operować w ramach swojej dziedziny, musi zostać „poddane językoznawczemu egzaminowi kompatybilności, który nie został jeszcze przeprowadzony nawet we wstępnej formie” (Warnke 2009, s. 350). Tymczasem w pracach nowej generacji niemieckich badaczy dyskursu uwyrażnia się powrót do Foucaulta i zwrot ku anglosaskiej krytycznej analizie dyskursu (Grzmil-Tylutki 2010, s. 254).

#### 2.2.2.2. Nurt francuski

Wszechstronne omówienie francuskojęzycznych badań nad dyskursem przedstawiła Halina Grzmil-Tylutki w pracy *Francuska lingwistyczna teoria dyskursu. Historia, tendencje, perspektywy* (2010)<sup>50</sup>. Pisze ona, że rekursorem nowego podejścia we francuskojęzycznej lingwistyce był Émile Benveniste, dla którego *dyskurs* — w odróżnieniu od *historii* — był „językiem w działaniu i to przy uwzględnieniu uczestników aktu komunikacji” (2008, s. 22); językiem utożsamianym z konkretną wypowiedzią. Grzmil-Tylutki zwraca uwagę na to, że francuskie badania nad dyskursem cechuje wyraźna cezura — przełom pragmatyczny w lingwistyce, który odbija się w przywołanej definicji. Wcześniej refleksje w tym duchu podejmowano pod wpływem prac Michela Foucaulta; później — pole inspiracji znacznie się rozszerzyło.

Powstanie „francuskiej szkoły analizy dyskursu” wiąże się z wydaniem 13. numeru czasopisma „Langages” w marcu 1969 r. Jego tytuł, *L'analyse du discours*, nawiązywał do *Discourse analysis* — pracy Zelliga S. Harrisa opublikowanej w 1952 roku w 28. numerze „Language” i uchodzącej za — wówczas już kanoniczną — „pierwszą językoznawczą analizę struktur przekraczających granice zdania” (Grzmil-Tylutki 2010, s. 99–100). Tak rozpoczęła się we francuskiej lingwistyce nowa epoka badań animowanych przez bardzo zróżnicowane impulsy. Z jednej strony sięgały one do tradycji psychoanalizy lacanowskiej, althusserianizmu, interpretacjonizmu ricoeurowskiego, derridiańskiego dekonstrukcjonizmu czy fauconnierowskich przestrzeni mentalnych, a jednocześnie silnie nawiązywały do lingwistyki. Z drugiej — odnosiły się do myśli Foucaulta, która nie była mocno osadzona w językoznawstwie. Z

---

<sup>50</sup> Wydaje się, że ze względu na to, że autorka jest romanistką i omawia francuską szkołę dyskursu, niezbyt w Polsce popularną, książka ta nie została należycie doceniona. Jest tymczasem monumentalnym, erudycyjnym rezerwuarem wiedzy — wielokrotnie się do niej odwołuję w tej pracy — o tym, jak kształtowały się badania zorientowane na dyskurs, nie tylko we Francji.

czasem drogi te zbliżyły się, uprzywilejowując jednak inspiracje foucaultiańskie w połączeniu z nowymi pomysłami z dziedziny językoznawstwa — między innymi pragmatycznymi, które odchodzą od abstrakcyjnej lingwistyki w stronę konkretnych realizacji. Później, w latach 80. i 90. XX wieku, badania nad dyskursem weszły na własną ścieżkę lingwistyczną, która nie była już ograniczona terytorialnie do Francji, ale stała się francuskojęzyczna, a kontynuacje myśli Foucault „przeniosły się” do anglosaskich koncepcji krytycznej analizy dyskursu<sup>51</sup>.

### 2.2.2.3. Nurt anglosaski

Anglosaskie badania nad dyskursem od początku wyraźnie utrzymane były w nurcie socjolingwistycznym, choć nie były wolne od wewnętrznej dychotomii, która uwidoczniła się w latach 90. XX wieku. Wówczas pojęcie *dyskurs* wybrzmiewało dwoma znaczeniami. W znaczeniu wąskim, językoznawczym, sprowadzało się do badania — z zastosowaniem metodologii pochodzących z różnych prądów lingwistycznych — tekstu w użyciu, a więc w procesie społecznej interakcji, na który wpływają: „różnorodne typy wiedzy komunikacyjnej, komplementarne względem wiedzy o języku-kodzie: społeczna umiejętność używania języka do wyrażania tożsamości (indywidualnej lub społecznej), do przekazywania postaw i działań, do negocjowania relacji z innymi, kognitywna umiejętność wyrażania idei i pojęć w języku oraz tekstowa umiejętność organizowania struktur, wyrażania znaczeń w wypowiedziach” (Grzmil-Tylutki 2016, s. 245). Z kolei w znaczeniu szerokim odnosiło się do analizy kulturowej, która bada „sposób bycia w świecie, formy życia integrujące słowa, działania, wartości, przyzwyczajenia, postawy, tożsamość społeczną itp. przejawiające się w tekstach” (tamże). Ta druga perspektywa stała się fundamentem podejścia, któremu w swoim programowym artykule opublikowanym w „Discourse and Society” Teun van Dijk nadał nazwę *Critical Discourse Analysis* (CDA) — krytyczna analiza dyskursu (KAD)<sup>52</sup>.

Inspiracje francuskie pojawiły się także w postmodernistycznym anturazie Stanów Zjednoczonych, gdzie na uniwersyteckich kampusach „Radykalni francuscy myśliciele »pokolenia ‘68« zyskują większą sławę (...) niż we własnym kraju” (Grzmil-Tylutki 2010, s. 242. Dopiero później wracają do Europy, ale już w postaci

---

<sup>51</sup> Zob. 2.2.3.2. *Krytyczna analiza dyskursu*.

<sup>52</sup> Zob. Tamże.

zinterpretowanych teorii, które zainicjowały w końcu zwrot zwany French Theory. Ramą były tu Cultural Studies, zainicjowane przez Hoggarta w 1964 roku, by przyglądać się przemianom sposobu życia angielskiej klasy robotniczej po II wojnie światowej pod wpływem wzorców proponowanych przez kulturę masową (tamże, s. 244). Kolejne pokolenia badaczy — niemal zupełnie odwracając się od badań nad klasycznie rozumianym tekstem — znajdowały następne obszary warty uwagi „upośledzeń społecznych” — mniejszości rasowe, seksualne, tożsamość, postkolonializm, hegemonię, politykę, instytucje typu więzienia, szpitale.

Zainteresowanie tymi kwestiami interferowało również z refleksjami podejmowanymi przez anglosaską krytyczną analizę dyskursu — zaprezentowaną polskiemu odbiorcy we współautorskiej pracy Anny Duszak i Normana Fairclougha *Krytyczna analiza dyskursu* (2008) — którą „można określić jako kierunek o nastawieniu wojującym: jego celem jest jednoznaczna ocena badanych zjawisk i próba zmiany społeczeństwa oraz jego dyskursów” (Grzmil-Tylutki 2016, s. 247), czego odbiciem jest rozpoznawalna, negatywnie wartościująca leksyka: władza, ideologia, siła, dominacja, hegemonia, dyskryminacja, rasa, płeć, instytucje, interes (van Dijk 2008, s. 354). Podstawą takiego podejścia jest więc rozumienie dyskursu jako formy społecznego działania czy może właściwiej — porządkowania<sup>53</sup>.

#### **2.2.2.4. Nurt polski**

Badania zorientowane na dyskurs w Polsce czerpały z tradycji niemieckiej, francuskiej i anglosaskiej różnie recypowanej przez rodzimych neofilologów i kontynuowanej bądź przekształcaniej przez polonistów. Bez wątplenia można jednak przyjąć, że mają obecnie zupełnie oryginalne rysy — omówiła je Bożena Witosz w pracy *Badania nad dyskursem we współczesnym językoznawstwie polonistycznym* (2012), toteż przytoczę tu lapidarną charakterystykę ich odmienności, którymi są:

„zakorzenie w tradycji współczesnych osiągnięć stylistyki funkcjonalnej, silne związanie z rodzimą koncepcją lingwistyki etnokognitywistycznej, odwołania do ustaleń polskiej genologii lingwistycznej, relacje z socjolingwistyką i szerzej nad badaniami nad komunikacją publiczną, wreszcie nawiązania do współczesnych szkół i odłamów *Discoursse Studies*” (tamże, s. 63).

---

<sup>53</sup> Zob. Foucaulta *Porządek dyskursu*, s. 95.

Symptomatyczne dla polonistyki<sup>54</sup> jest więc integrowanie badań nad dyskursem z lingwistyką zorientowaną kulturowo, co pozwala prowadzić interpretacje odmian dyskursu publicznego (Witosz 2012, s. 70), a w konsekwencji nawet utożsamiać dyskurs z gatunkiem (dyskurs epistolarny czy reportażowy; tamże, s. 73). Zwykle wskazuje się jednak, że polonistom najbliższa jest anglosaska konceptualizacja *dyskursu* reprezentowana przez van Dijka oraz Fairclougha (Witosz 2012, s. 66), których prace reprezentują (kolejny) powrót do myśli Foucaulta (Grzmil-Tylutki 2010, s. 247). W tym duchu lingwiści — pisze Witosz — mogą rozpatrywać heterogeniczny zbiór parametrów dyskursu — począwszy od jego instytucjonalnego charakteru przez ideologiczny, po tematyczny oraz interakcyjny — w realizacjach o konkretnych właściwościach, takich jak: rodzaj sytuacji, role/pozycje społeczne i komunikacyjne oraz intencje podmiotów, ich wartości, przekonania, oceny, wybory tematyczne i uwarunkowania kulturowe w szerokiej perspektywie (2012, s. 65).

#### **2.2.2.5. Konfrontacja nurtów: prolongacje i rozdziewięki**

Zestawienie poszczególnych nurtów badań nad dyskursem odsłania rozmaite prolongacje i rozdziewięki między nimi. Różnice w naukowym ujmowaniu *dyskursu* wynikają przede wszystkim z wieloznaczności samego terminu (Noińska 2017), a także z różnych tradycji badawczych, które stanowiły kanwę ich rozwoju na dwóch przecież kontynentach (Wodak 2011, s. 17). Warto zwrócić uwagę na wyraźną odrębność badań niemieckich — tekstocentrycznych — od francuskich i anglosaskich. Pierwsze wywodzą się z namysłu filologicznego wspartego konstatacjami historii, filozofii, psychoanalizy oraz sformalizowanego strukturalizmu, a więc uwzględniają związki języka i myślenia; drugie — z refleksji antropologiczno-etnologicznej zakorzenionej w pragmatyce, co kieruje uwagę badaczy w stronę codziennej komunikacji. Różnice tych „szkół” badań nad dyskursem Grzmil-Tylutki syntetyzuje tak:

„Tekst pisany, doktrynalny przeciwstawia się codziennej, ustnej konwersacji. Przedmiot konstruowany przeciwstawia się naturalnemu, eksplikację — opisowi, strukturalizm językowy i historyczny — interakcjonizmowi psychologicznemu i socjologicznemu” (2010, s. 13).

---

<sup>54</sup> Zob.3.1.1.2.1. *Lingwistyka etnokognitywna*.

Niewątpliwa jest też zauważalna od lat 80. XX wieku rozbieżność między podejściem europejskim osadzonym w tradycji racjonalistycznej aplikowanej w badaniach nad tekstem pisanym w ramach lingwistyki tekstu od podejścia amerykańskiego czerpiącego z tradycji empirycznej. Ze względu na to, że badania za oceanem — których twarzą jest Deborah *Schiffrin* (1994) — wyrosły na heterogenicznym gruncie *cultural studies* w tle z amerykańskim pragmatyzmem, etnometodologią, filozofią analityczną oraz interakcjonizmem istotna dla badaczy była praca z materiałem empirycznym ekscerpowanym z zachowań językowych obserwowanych w zinstytucjonalizowanych warunkach i praktyczne wykorzystanie wniosków w rozwiązywaniu konfliktów czy prowadzeniu negocjacji (Grzmil-Tylutki 2010, s. 243). Ramą tego podejścia stała się analiza konwersacyjna — wróć do niej w innym miejscu<sup>55</sup>. Wspólne natomiast wydaje się to, że wszystkie nurty w pewnym momencie zwracają się ku krytycznej analizie dyskursu<sup>56</sup>.

### **2.2.3. Analizy dyskursu**

Teoretycy podkreślają, że w badaniach zorientowanych na dyskurs nie wypracowano uniwersalnej, koherentnej — *właściwej* — metodologii. Różne nurty proponują zbiory właściwych im metod, które badacze wybierają często adekwatnie do swojego usytuowania naukowego. Badanie dyskursu zwykle określane jest *analizą* — nie interpretacją (Malewska-Szałygin 2004), co być może pokazuje, że rodowód tego postępowania wywodzi się z lingwistyki, a nie z teorii badań literackich.

#### **2.2.3.1. Analiza dyskursu**

David Howarth w socjologicznie zorientowanej pracy *Dyskurs* (2008) omawia dwie rozpoznawalne tradycje analizy dyskursu. Pierwszą — foucaultiańską — można określić jako takie nastawienie badawcze, które ukierunkowane jest na sposób problematyzacji pewnych zjawisk w dyskursie i towarzyszące temu praktyki życia społecznego. Druga — derridiańska — dekonstruuje conceptualne opozycje w tekstach, by odsłonić to, co uprzywilejowane (tamże, s. 206, 207). Należy jednak — raz jeszcze — podkreślić, że analiza dyskursu<sup>57</sup>, mimo że za swój przedmiot tak często obiera

---

<sup>55</sup> Zob. 3.2.4.4. *Dlaczego nie analiza konwersacji.*

<sup>56</sup> Zob. 2.2.3.2. *Krytyczna analiza dyskursu.*

<sup>57</sup> Można tu dopowiedzieć, że określenie to wywodzi się z obszaru badań francuskojęzycznych: w 1952 roku Zilling Harris zatytułował tak swój artykuł — *Analyse du discours.*

teksty werbalne, nierzadko literackie, nie jest ani analizą, ani interpretacją tekstu (Kabus 2012, s. 47).

Halina Grzmil-Tylutki pisała o analizie dyskursu jako dyscyplinie językoznawczej, która wyrasta „w drodze polemiki między współ-nerozumiejącymi się prądami” (2010, s. 194), ze zderzenia strukturalizmu, psychoanalizy Lacana<sup>58</sup> i filozofii Foucaulta, w których orbicie znalazła się ekspresja językowa, będąca przedmiotem zainteresowania filologów zajmujących się analizą treści. W analizie dyskursu znalazło się więc na przykład miejsce dla analizy leksyki, z tym że predylekcyjnie traktowana tu będzie ta nacechowana ideologicznie.

Trzeba w końcu zaznaczyć, że analiza dyskursu stwarza możliwość prowadzenia badań nad *każdą* wypowiedzią, ale pewne inklinacje należy uznać za oczywiste: analityk dyskursu chętniej pochyli się nad tekstem „namacalnym”, podczas gdy reprezentant analizy konwersacyjnej jedynie nad „ulotną” rozmową.

### **2.2.3.2. Krytyczna analiza dyskursu**

Jak zostało już wspomniane, krytyczną analizę dyskursu proklamował Teun van Dijk na łamach redagowanego przez siebie czasopisma „Discourse & Society” w pracach *Principles of critical discourse analysis* (1993) oraz *Critical discourse analysis* (1994). Wyjaśniał tam, że skoro dyskurs ma strukturę trójwymiarową, wymaga również trój etapowej — wykraczającej poza rozpoznanie jedynie struktur lingwistycznych — analizy. Na pierwszym poziomie obejmuje ona użycie języka z wyszczególnieniem dwóch warstw: formalnej (uwzględniającej wszelkiego typu graficzne środki pozajęzykowe: krój, kolor czcionki, podkreślenia, rysunki, fotografie) oraz semantycznej (obejmującej tak poszukiwanie znaczenia pojedynczych elementów tekstu, jak i znaczenia globalnego). Dalej na drugim poziomie odbywa się odkrywanie zawierających się w dyskursie idei; na trzecim — wyłaniają się perspektywy społecznych interakcji. Badacz podaje też ogólny przepis analityczny: „należy patrzeć ponad dyskursem, biorąc pod uwagę jego środowiska: kognitywne, społeczne, polityczne, kulturowe i historyczne” (van Dijk 2008, s. 216). Umożliwia to połączenie szczegółowej — ale niedominującej — refleksji nad tekstem z procesami

---

<sup>58</sup> Lacan poprzez koncepcję czterech dyskursów — pana, uniwersyteckiego, histerycznego, psychoanalitycznego — łączy to, co społeczne z tym, co jednostkowe i nieuchwytnie, bo uplasowane w pokładach nieświadomości (Gusin 2012).



zachodzącymi w rzeczywistości, w której teksty te powstały, czyli z ich kontekstem (Bielecka-Prus 2012).

Anna Duszak i Norman Fairclough w *Krytycznej analizie dyskursu* piszą, że jest ona „analizą procesów społecznych, skupiającą się głównie na ich wymiarach semiotycznych — innymi słowy, jest to semiotyczny punkt wejścia w procesy społeczne, które są wewnętrznie ukonstytuowane jako dialektyczne relacje między poszczególnymi elementami i momentami społecznymi, obejmującymi dyskurs i momenty niedyskursywne” (2008, s. 15). Tak rozumiany język tworzy społeczeństwo, a konteksty jego użycia tworzą konceptualizacje różnych domen, sfer. Dzięki takiemu podejściu możliwe są „analizy wielu gatunków tekstu i mowy” (Wodak 2011, s. 12). Jedną z dróg badawczych jest analizowanie instytucjonalnych środowisk użycia języka, by zweryfikować to, jak rozmaite gatunki mowy przyjmują różne pragmatyczne role i znaczenia w różnych kontekstach. W tej perspektywie wyłania się zaproponowane przez Fairclougha i Wodak ujęcie „języka jako praktyki społecznej” (tamże).

W zamyśle Teuna van Dijka celem namysłu spod znaku krytycznej analizy dyskursu — którą sam uważał za bardzo zróżnicowaną — jest udzielanie odpowiedzi na newralgiczne społecznie problemy. Nie była to *nowa* w lingwistyce perspektywa, ale oferowała *nową* perspektywę w teorii, analizie i *zastosowaniu w życiu*. Van Dijk perspektywę tę nabył w latach 80. XX wieku, kiedy wykładał w krajach Trzeciego Świata, między innymi w Meksyku. Dawala ona badaczowi dyspozycję solidaryzowania się z grupami zdominowanymi, z mniejszościami, z wykluczonymi, zwracała uwagę na to, co opresyjne — nierówność, dyskryminację, na te schematy postrzegania świata, które wymagają przeciwdziałania, świadomego oporu. To pozwala upatrywać jej korzeni w myśli Foucaulta o tym, że określone schematy myślowe kształtują sposoby postrzegania świata, choć nie pozwala na utożsamienie. Niemniej echo teorii francuskiego myśliciela wybrzmiewa w wielu fragmentach prac van Dijka, jak choćby tu, gdzie pisze: „ludzie używają języka, by przekazywać różne idee i przekonania (...). Robią to zaś w ramach wyznaczonych przez przebieg bardziej złożonych sytuacji społecznych” (2001, s. 10). Celem analizy dyskursu staje się zatem „dostarczenie zintegrowanego opisu (...) wymiarów komunikacji: jak dane użycie języka wpływa na wyobrażenia człowieka o świecie i na przebieg interakcji, oraz vice versa” (tamże). Istoty tej dyscypliny można zatem upatrywać w systematycznej analizie struktur i strategii realizowanych na różnych poziomach tekstu — pisanego lub mówionego. Może ona w tym celu sięgać po instrumentarium badań skoncentrowanych

na odczytywaniu znaczeń: literackich, antropologicznych, kulturowych, socjolingwistycznych, pragmatycznych, stylistycznych, retorycznych, historycznych czy filozoficznych. Rolą badacza jest więc nie tylko dobór *narzędziarium*, ale przede wszystkim solidaryzowanie się z grupami pozostającymi w społecznej opresji (van Dijk 2008).

Badacze są zgodni, że podobnie jak u Foucaulta, trudno u van Dijka znaleźć jedną, uniwersalną definicję *dyskursu* (Grzmil-Tylutki 2010, s. 92). Obok minimalistycznej, która wyjaśnia, że „przedmiot analizy dyskursu to wypowiedź i tekst w kontekście” (2001, s. 12), znajdziemy też dość pełnie oddającą istotę tego pojęcia, ale stworzoną przez zaprzeczenie: „dyskurs nie powinien być rozumiany jako izolowana struktura tekstowa lub dialogowa, ale jako złożone zjawisko komunikacyjne, które obejmuje oprócz tekstu i struktury dialogowej, także kontekst społeczny przedstawiający uczestników komunikacji, jak i proces tworzenia, i odbierania komunikatu” (2001, s. 23). Analityk operuje więc tak abstrakcyjnym pojęciem *dyskursu*, jak i konwencjonalnymi użyciami — jak choćby *dyskurs medyczny* — uwarunkowany — jak wiele innych — społecznie oraz ideologicznie. To namysł nad tymi realiami zdominuje jego prace powstające od lat 90. XX wieku w promowanym przez niego nurcie krytycznej analizy dyskursu<sup>59</sup>.

W tym miejscu przeniesiemy się na francuską stronę Knału La Manche, skąd pochodził Michel Foucault — filozof, historyk, socjolog, zaliczany do grona *współojców*<sup>60</sup> postmodernizmu — który swoimi pracami „wyznaczył kierunki myślenia oraz dysput intelektualnych lat siedemdziesiątych i osiemdziesiątych dwudziestego wieku” (Kapusta 2002, s. 8) i stał się twarzą zwrotu dyskursywnego (Gajda 2016, s. 17).

Refleksje Foucaulta, choć rozwarstwiają się na dwa nurty, wykazują pewną spójność. W koncepcji *archeologii wiedzy*, która tak silnie naznaczyła myśli francuskich językoznawców u schyłku XX wieku, filozof podejmuje analizę dyskursu rozumianego jako „zbiór wszystkich rzeczywistych wypowiedzi (zarówno mówionych, jak i pisanych), w ich zdarzeniowym rozproszeniu i jednostkowym zjawianiu się, które jest im właściwe” (1977, s. 50–51). Poprzez *genealogię władzy* przygląda się natomiast

---

<sup>59</sup> Van Dijk prymarnie był tekstologiem, następnie sięgał po zdobycze kognitywizmu i nie zmieniło się to po wejściu w nurt krytycznej analizy — wyjaśnił to w artykule *From text grammar to critical discourse analysis. A brief academic autobiography* (2004). Pozostawał tekstologiem, ponieważ orbitę jego zainteresowań tworzyło to, jak interesująca KAD problematyka przejawia się w tekstach, jakie w nich zostawia „ślady”.

<sup>60</sup> Wraz z Lacenem, Barthes'em, Lévy-Straussem i Althusserem.

temu, jak dyskurs kształtuje zjawiska społeczne, jak uprawomocnia lub marginalizuje oraz jakie towarzyszą temu nadużycia. Foucaultiańską koncepcję dyskursu Grzmil-Tylutki podsumowuje tak:

„Nie jest on tożsamy ani z langue, istniejącym intersubiektywnie, abstrakcyjnym systemem znaków i reguł, ani z parole, dowolnym użyciem tychże znaków przez mówiącego, ani z competence, generującą nieskończoną ilość poprawnych zdań na podstawie skończonej liczby formalnych reguł. Dyskurs, to ogólnie mówiąc, praktykowany język” (2010, s. 59).

Do analizy tego „praktykowanego języka” — a więc *wypowiedzi* — niewystarczające są narzędzia pozyskiwane z klasycznych analiz lingwistycznych. Konieczne jest odkrywanie powiązań z różnymi wymiarami życia społecznego: kulturą, ekonomią czy polityką, które są właściwe dla konkretnego momentu dziejowego. Pytanie zatem, czym jest *wypowiedź*. Foucault wyjaśnia, że może nią być obok tablicy klasyfikacyjnej gatunków botanicznych Linneusza — drzewo genealogiczne, książka buchalteryjna, bilans handlowy, wykres, piramida struktury zatrudnienia (zob. Foucault 2002, s. 95). Tak rozumiana wypowiedź jest „sposobem istnienia” (Grzmil-Tylutki 2010, s. 60) „charakterystycznym dla znaków” (Foucault 2002, s. 100), co sprawia, że nie może istnieć samodzielnie, a jedynie wchodząc w relacje w innych wypowiedziach o określonej specyfice: „Wszelka wypowiedź (...) jest częścią jakiegoś ciągu lub zbioru, odgrywając jakaś rolę pośród innych wypowiedzi, opierając się na nich i odróżniając od nich: zawsze włącza się w układ wypowiedzeniowy, w którym ma swój udział, choćby słabo wyczuwalny i nieznaczny” (tamże, s. 130). Zatem „każda wypowiedź wymaga obecności innych — każda odwołuje się, powtarza, ewentualnie stwarza możliwość istnienia innych wypowiedzi w przyszłości” (tamże, s. 129–130).

*Pojęciarium* z prac Foucaulta okazało się hermetyczne i rzadko badacze na jego kanwie opierają swoje przemyślenia. Niemniej jednak bez tego punktu odniesienia dzisiejsze badania nad dyskursem miałyby zupełnie inne oblicze.

Najbardziej chyba rozpoznawalną — przynajmniej dla polskich odbiorców — pracą Foucaulta poświęconą dyskursowi jest *L'ordre du discours* — wykład inauguracyjny, który filozof ogłosił, kiedy w 1970 roku obejmował powołaną specjalnie dla niego katedrę Historii Systemów Myślenia w Collège de France — znany u nas jako *Porządek dyskursu* (2002). Z tej niewielkiej książeczki o skondensowanej, abstrakcyjnej treści Martin Reisiğl (2004, za: Wodak 2011, s. 15) wynotował

dwadzieścia trzy znaczenia nadawane *dyskursowi* przez francuskiego myśliciela, co pokazuje, jak *rozpierzchnięte* — tu ponownie wracamy do etymologii — jest to pojęcie.

Sformułowanie *porządek dyskursu* zyskało status frazemu, na przestrzeni półwiecza ponawiane było w wielu kontekstach. Sugeruje ono istnienie ‘regularnego układu, planu czegoś; też: należytego ładu, stanu czegoś’ (SJP) czy ‘następowanie czegoś po sobie według ustalonej kolejności, hierarchii lub zasady’ (SJP). Foucault określa *porządek dyskursu* poprzez odkrycie mechanizmów odpowiadających za jego powstawanie i formę. Powiada: „wytwarzanie dyskursu jest równocześnie kontrolowane, selekcjonowane, organizowane i poddane redystrybucji” (2002, s. 16). Mechanizmy te obejmują procedury wykluczenia: zakaz, podział i odrzucenie oraz opozycję prawdy i fałszu.

Jeśli sięgniemy do źródeł, zauważymy, że Foucault rozpoczynał swoje prace od przeanalizowania wewnętrznych struktur i zasad, które tworzą dyskurs, a dopiero później przechodził do instytucji i praktyk społecznych. Analiza językowa nie była narzędziem pierwszego wyboru, ponieważ dyskurs nie jest zjawiskiem czysto lingwistycznym. Zawsze jednak służyła odkrywaniu zależności między konstytutywnymi dla teorii Foucaulta wymiarami: wiedzą, władzą i podmiotem.

### **2.2.3.3. Jakościowa analiza dyskursu**

W naukach społecznych analiza dyskursu uchodzi za metodę badań jakościowych, oferującą narzędzia, strategie, procedury przeznaczone do analizy najrozmaitszych *tekstów*, które — dzięki nieprzecenionemu wkładowi lingwistyki, jak wyjaśnia Ruth Wodak we wstępie do współredagowanej naukowo z Michałem Krzyżanowskim *Jakościowej ananalizy dyskursu w naukach społecznych* (2011) — rozumiane są jako „dowolny typ wypowiedzi komunikacyjnych” (2011, s. 18), a *dyskurs* jako „działanie językowe w komunikacji pisemnej, wizualnej bądź ustnej, werbalnej bądź niewerbalnej” (tamże, s. 16). Według badaczki tekst w dyskursie

„oznacza wszystko, od zabytku historycznego, poprzez *lieu de me-moire* (miejsce pamięci), zbiór zasad polityki w danej dziedzinie, strategię polityczną, narrację w wąskim lub szerokim rozumieniu tego terminu, tekst, mowę, przemówienie, rozmowy na określony temat, aż po język *per se*. Spotykamy pojęcia takie, jak dyskurs rasistowski, dyskurs płci, dyskursy dotyczące

bezrobocia/zatrudnienia, dyskurs mediów, dyskurs populistyczny, dyskursy przeszłości i wiele innych — tym samym znaczenie dyskursu rozciąga się od gatunku mowy do rejestru czy stylu, od budynku do programu politycznego” (tamże, s.11).

Z tak szeroko rozumianymi tekstami pracuje wielu naukowców reprezentujących różne dyscypliny<sup>61</sup>. Część z nich zwraca uwagę na to, jak złożone są materiały tekstowe, a w poszukiwaniu współmiernych metod badawczych zwracają się ku analizie dyskursu, która dostarcza ogólnych ram pojęciowych dla ukierunkowanych problemowo badań społecznych o polisemantycznym charakterze (tamże, s. 12).

Wodak wyjaśnia, że badanie złożonych problemów społecznych — plasujących się wśród zainteresowań krytycznej analizy dyskursu — wymusza niejako odnoszenie się do wielu podejść teoretycznych, które naświetlą konteksty badanych tekstów (tamże, s. 24). Jej propozycja badawcza jest więc wielodyscyplinarna — wspomina o pragmatyce, semiotyce, socjolingwistyce, psycholingwistyce, etnografii mówienia i analizie konwersacyjnej, które ukazują zróżnicowane sposoby patrzenia na to samo zjawisko komunikacyjno-społeczne. Analityk powinien więc przejść przez kolejne etapy namysłu: sprecyzowanie treści, które zostaną poddane postępowaniu analitycznemu, opisanie ujawniających się w tekstach strategii dyskursywnych, scharakteryzowanie środków językowych i w końcu — dostrzeganych kontekstów. Badacz może sięgnąć po kategorie składające się na instrumentarium analityczne wykorzystywane w różnych specjalnościach lingwistycznych: słownictwo, semantykę, retorykę, akty mowy, styl czy gatunek. Użyteczność tych pojęć Wodak nakreśliła w przywołanym wstępie. I to w zasadzie czyni propozycję wielodyscyplinarną — zanurzoną w KAD — dostępną także dla językoznawców.

---

<sup>61</sup> Podejście jakościowe daje się wyróżnić również w badaniach niemieckich, ale tam z kolei nie korespondowało z totalizującymi ideami Foucaulta, które legły u podstaw krytycznej analizy dyskursu praktykowanej w kręgach anglosasko-francuskich. Zwrot ku niestandardowym metodom jakościowym, który dokonał się w niemieckiej socjologii wiedzy na początku lat 70. XX wieku — jak relacjonowała Halina Grzmil-Tylutki — odsłonił „oddolne rozumienie świata”, a więc z perspektywy „aktorów społecznych”. Pierwszeństwo nad statystykami mają tu pogłębione analizy niepowtarzalnych często przypadków skupiające się na relacji język-społeczeństwo w wymiarze symbolicznym. Dopiero skompilowana z socjologii rozumiejącej i myśl foucaultiańskiej propozycja interpretatywnej analizy dyskursu zbliżyła podejście niemieckie z KAD (2010, s. 253–255).

#### 2.2.3.4. Lingwistyczna analiza dyskursu

Lingwistycznie zorientowane podejście do analizy dyskursu — rozumianej jako kompleksowa i dynamiczna kategoria — w swoich pracach prezentuje polski germanista Waldemar Czachur. Syntezę jego programu badawczego znajdziemy w monografii *Lingwistyka dyskursu jako integrujący program badawczy* (2020). W swoich pracach badacz proponuje konceptualizację jej „dyscyplinowej tożsamości” przez „zakotwiczenie w metodologii językoznawstwa poststrukturalistycznego” (2022, s. 91), a więc w opozycji do definicji interdyscyplinarnych<sup>62</sup> w taki sposób, by interpretacja społecznego, psychologicznego, antropologicznego i kulturowego kontekstu odbywała się z uwzględnieniem ich kognitywnej organizacji. Dochodzi tu więc do przesunięcia akcentów bez odejścia od znaczenia kontekstu dla analizy dyskursu, której podstawą ma być najpierw „refleksja nad użyciem języka”, a później nad „procesem wytwarzania społecznie podzielanych znaczeń” (Czachur 2022, s. 82).

Metodologicznym punktem wyjścia dla lingwistycznej analizy dyskursu są dwie opisane przez Czachura zasady. Pierwsza dotyczy projektowania dyskursu „pod kątem sposobu jego zaistnienia jako przedmiotu badań”, co pozwala wyróżnić cztery wiodące wymiary: instytucjonalny (odnosi się do konkretnej, relewantnej domeny życia społecznego reprezentowanej przez instytucje z uwzględnieniem typowych dla mniej form komunikacji — np. dyskurs administracyjny); substancjalny (wskazuje nośnik modelujący formy komunikowania — np. dyskurs internetu, telewizji); tematyczny (to profilowanie na określone zagadnienie istotne dla danej społeczności — np. dyskurs ekologiczny); ideologiczny/modalnościowy (oznacza sposób prowadzenia dyskursu — np. dyskurs feministyczny) (2022, s. 87–88). Druga zasada to integracjonizm obejmujący dwie perspektywy: z jednej strony taki sposób definiowania języka, który wyeksponuje jego komunikacyjno-antropologiczne zanurzenie, a z drugiej — nie pominię możliwości łączenia metod i kategorii analitycznych rozmaitego pochodzenia „w duchu eklektyzmu badawczego i trans dyscyplinarności” (2022, s. 82–83). W ten sposób można prowadzić analizę obranego za przedmiot badań zjawiska adekwatnie do zainteresowań językoznawczych.

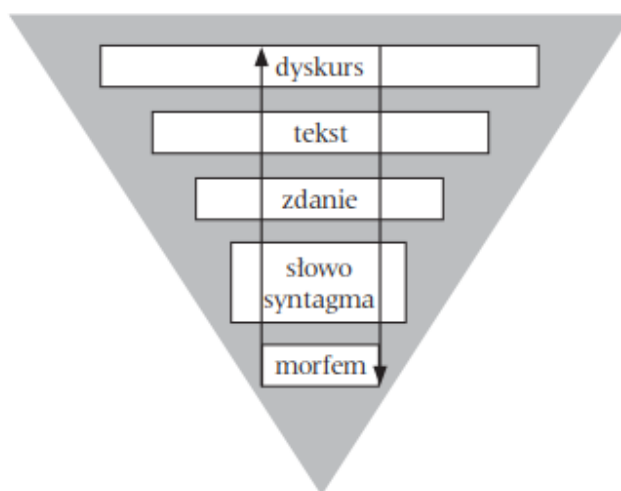
Czachur zwraca uwagę na to, że „Dyskurs jednak jako przedmiot badań lingwistycznych, inaczej np. niż słowo, zdanie czy tekst, jest obiektem nienamacalnym trudno uchwytnym, a jednocześnie jest zjawiskiem wszechobecnym, wpływającym

---

<sup>62</sup> Jak choćby ta zaprezentowana przez Bożenę Taras (2006, s. 95).

całościowo na sposób naszego myślenia, mówienia i działania” (tamże, s. 85). A jednak — mimo tej nienamagalności — specyfika dyskursu ujawnia się na każdym poziomie języka, od morfemu, przez słowo i syntagmę, po zdanie i tekst (tamże, s. 86). Autor zobrazował to jako wykres zależności transwersalnych — wywiedzionych z niemieckiej lingwistyki tekstu — które modelują dyskurs i są przedeń modelowane na różnych poziomach realizacji.

Ryc. 1. Zależności transwersalne w dyskursie



Źródło: Czachur (2022, s. 86)

Halinaa Grzmil-Tylutki zwracała uwagę na to, analiza dyskursu jest „szukaniem śladów dyskursu w tekście, bez względu na formę realizacji i zapisu” (2010, s. 21). Ślady te — zbieżne z zależnościami wskazanymi przez Czachura — można odnaleźć na „wszystkich poziomach wypowiedzi semiotycznej”, a w wypowiedzi językowej — bo trzeba zauważyć, że w wielu pracach lingwistycznych dyskurs analizowany bywa wyłącznie na płaszczyźnie językowej — „w warstwie fonetycznej, morfologicznej, składniowej, jak i semantycznej, pragmatycznej, retorycznej, aksjologicznej, ideologicznej” (2010, s. 21). Nawet to rozwarstwienie w ramach poszukiwań lingwistycznych uzmysławia, że badanie dyskursu wymaga — poza przygotowaniem teoretycznym — niebagatelnych umiejętności, zręczności interdyscyplinarnej i wrażliwości na sferę życia porządkowaną przez badany dyskurs.

### 2.2.3.5. Paralele analiz: pochwała mnogości

Badania nad dyskursem stanowią heterogeniczne pole *pokrewnych* koncepcji, w których istotną rolę odgrywa konstruktywistyczne ujęcie języka, zakładające, że to język

konstytuuje rzeczywistość społeczną, stwarza ją, modeluje, przekształca. Jednakże relacja między dyskursem a światem społecznym może przybierać w poszczególnych podejściach zgoła odmienne formy wymagające innych narzędzi analitycznych. Trzeba w tym miejscu podkreślić za Judytą Kubus, że „asumpt do rozpatrywania dyskursu z punktu widzenia wielu odrębnych dyscyplin dały prace Michela Foucault” (2001, s. 53), który — nie będąc przecież lingwistą — nie zajmował się kwestiami językowymi jako takimi, ale tym, jak poprzez język wyrażają się konteksty istotne dla dyskursu. W pewnym uproszczeniu można by powiedzieć, że właśnie wielość tych kontekstów sprawiła, że tak wiele dziedzin nauki szukało i znalazło swoją drogę w badaniach zorientowanych na dyskurs i tak wiele z nich przyjęło w tych badaniach perspektywę interdyscyplinarną, która dowartościowuje wieloaspektowość podejmowanych analiz.

Dlatego coraz częściej — zamiast zestandaryzowanego już określenia *analiza dyskursu* — teoretycy posługują się określeniem oddającym spluralizowanie tego sposobu uprawiania naukowego namysłu — *analizy dyskursu* (Grzmil-Tylutki 2010, s. 21). Jako tytuł tego podrozdziału oddaje ono moje przekonanie o ukonstytuowaniu się perspektywy różnaitości także w tym obszarze, którego badania wyróżnia jednak pewien wspólny mianownik — afiliowanie wypowiedzi z miejscem społecznym, z jej zinstytucjonalizowaniem (tamże, s. 257).

### **2.3. Konkluzje: uniwersum dyskursu**

Dzięki dyskursowi wychodzimy z „galaktyki Guttenberga” (McLuhan 1962, pl. 2019) i wchodzimy w przestrzeń funkcjonującą jako: *uniwersum, mapa, sieć, strumień, konstalacja* (zob. Witosz, Sujkowska-Sobisz, Ficek, red. 2016) czy *klącze* (Koper 2019). Mamy tu do czynienia z niespotykaną dynamiką *rozrostu*<sup>63</sup> — chciałoby się powiedzieć: *nowotworowego*, by posłużyć się medyczną metaforyką. To, jak ekspansywną i uniwersalną kategorią jest dyskurs, pokazuje jej aplikowalność w teorii filologicznej, socjologicznej, kulturoznawczej, postkolonialnej czy w naukach politycznych, a także medioznawczej, antropologicznej, etnograficznej, psychologicznej, medycznej czy logopedycznej. Kiklewicz sytuację te wyjaśnia tak:

---

<sup>63</sup> Tak też można rozumieć określenie, którym posługuje się Foucault — *prolifracja* to ‘rozrastanie się tkanek lub rozmnażanie się komórek’ (SJP).



„W historii językoznawstwa, a może i ogólniej: w historii nauk o języku, istnieje coś w rodzaju zakażenia: każda nowa, wpływowa koncepcja rozpowszechnia się z dużą szybkością, ma charakter nomotetyczny, jak by określił to L.S. Berg (wybitny rosyjski biolog pierwszej połowy XX w.): działa – z jednej strony – integrująco, ponieważ na jej bazie powstają nowe grupy, formacje czy też szkoły naukowe; z drugiej strony, podobnie jak wirus, niszczy inne, wcześniej zaistniałe koncepcje, o których ogłasza się, że nie są nieprawdziwe, tylko — nieaktualne, niestosowne, nieprzydatne” (2012, s. 35).

Dalej zapoznamy się z tymi, które okażą się „przydatne” w podejmowaniu namysłu nad dyskursem medycznym.

## CZEŚĆ II

### ROZDZIAŁ 3. O metodzie

#### 3.1. Sztafaż inspiracji

Teoretyczna część pracy pokazała już, z jak szerokiego repertuaru inspiracji czerpią badania nad dyskursem. Wynika to z tego — zdaniem Ruth Wodak — że wraz z tą orientacją w humanistycznej i społecznej refleksji naukowej pojawiły się na przestrzeni lat 60. i 70. XX wieku „spokrewnione” paradygmaty badawcze: socjolingwistyka, psycholingwistyka, pragmatyka, semiotyka, etnografia mówienia, analiza konwersacyjna (2011, s. 14). W tym miejscu zwrócę już tylko uwagę na to, co je łączy. Po pierwsze, jest to rozszerzenie lingwistyki — wyjście poza zdanie w stronę kontekstów, w których wypowiedzi funkcjonują w środowisku „naturalnego użycia” dokonywanego przez rzeczywistych użytkowników — osoby o immamentnej podmiotowości oraz indywidualności, które pozostają ze sobą w wieloaspektowych, dynamicznych interakcjach. Po wtóre, jest to dostrzeżenie tego, że interakcje te są nie tylko werbalne, ale mają — równie znaczące — aspekty wizualne, multimodalne czy semiotyczne. Tak powstała — czy może otworzyła się — przestrzeń, w której mógł zaistnieć *dyskurs* oraz rozmaite podejścia do *pracy z dyskursem*.

##### 3.1.1. Tło etnolingwistyczne

Spojrzenie etnograficzne<sup>64</sup> w badaniach zorientowanych na dyskurs uważam za prymary — oczywiste i konieczne, ale też nieobce (Oberhuber, Krzyżanowski 2011). Szczególnie pożądane jest natomiast w lingwistycznych badaniach nad dyskursem medycznym dlatego, że etnografia jest dobrze zdomowiona w obu tych dyscyplinach, w ramach których tworzy subdyscypliny o pokaźnym już zapleczu teoretycznym<sup>65</sup>. W tym miejscu przyjrzymy się więc nurtowi etnograficznemu w językoznawstwie i w

---

<sup>64</sup> Skupiam się tu na etnolingwistyce, choć istnieje wiele nurtów zbliżających się do socjolingwistyki i zawierających w nazwie część etno- wskazującą związek z etnografią (Grzmil-Tylutki 2010, s. 76).

<sup>65</sup> Niedawno aktualny stan tego pola badań relacjonowali uczestnicy I Międzynarodowego Kongresu Etnolingwistycznego, który odbył się w Lublinie w 2021 roku; jego pokłosiem jest monografia *Etnolingwistyka — bilans dyscypliny. Metody i postulaty badawcze* pod redakcją naukową S. Niebrzegowskiej-Bartmińskiej oraz A. Głaza (2022).

medycynie, a także w samych badaniach spod znaku dyskursywnego, wskazując te elementy, które wpłynęły na sposób prowadzenia analizy zaprezentowanej w kolejnej części rozprawy.

„Na mapie współczesnych dyscyplin humanistycznych etnolingwistyka musiała określić swoje miejsce w relacji do tradycyjnych » nauk o ludzie«, a więc dialektologii, folklorystyki i etnografii — notabene przeżywających kryzys związany z zanikiem pojęcia ludu — a także w relacji do etnonauki” — zauważa Jerzy Bartmiński w pracy *Etnolingwistyka, lingwistyka kulturowa, lingwistyka antropologiczna* (2008, s. 21), w której porządkuje rozbieżności terminologiczne i metodyczne się z nimi rozprawia<sup>66</sup>. Badacz proponuje także „podmiotowe” postrzeganie etnolingwistyki, co pozwala usytuować ją w szeregu etnonauk — jak *etnomedycynę*, czyli ‘ naukę badającą przekonania i praktyki związane z zachowaniem zdrowia i leczeniem chorób’ — które znajdują oparcie w etnometodologii ukierunkowanej na badanie potocznego myślenia o zjawiskach tworzących rzeczywistość.

Przyjęcie perspektywy podmiotowej w ujmowaniu etnolingwistyki wiąże się z założeniem, że istnieje społeczność, którą można uznać za „twórcę i nosiciela pewnej dziedziny wiedzy, pewnego porządku kulturowego, pewnych form wyrażania się” (tamże). Tak rozumiana etnolingwistyka, która jako wyodrębniona — choć, trzeba przyznać, dość nowa — dyscyplina badawcza konstituuje się od końca lat 70. XX wieku, „odkrywa drogę ku poznaniu mentalności nosicieli danego języka i kultury, jego sposobu postrzegania i konceptualizacji świata”, przez co „zbliża się do antropologii kognitywnej” (Bartmiński 2008, s. 16–17). Parantela z antropologią kognitywną zarysowuje dwa — choć jest ich oczywiście więcej — obszary, z których etnolingwistyka czerpała inspiracje.

### **3.1.1.1. Antropologia**

Pierwszym źródłem bodźców dla etnolingwistyki jest obszar antropologii. Inklinacje w tej sferze oddaje wskazane przez Bartmińskiego podobieństwo zakresowe pojęć *etnolingwistyka* i *antropologia lingwistyczna*, które w badaniach polskich są i mogą być

---

<sup>66</sup> Rozdźwięki terminologiczne sygnalizowane już w tytule artykułu Bartmiński wyjaśnia, pokazując sposoby profilowania pojęć, które posiadają wspólny fundament: „Lingwistyka kulturowa = język + kultura/ Lingwistyka antropologiczna = język + człowiek/ Lingwistyka antropologiczno-językowa = język + człowiek + kultura/ Etnolingwistyka = człowiek (wspólnota ludzka) + język”. Największe podobieństwo wykazują lingwistyka antropologiczna oraz etnolingwistyka, dlatego – jak się wydaje – pojęcia te są i mogą być stosowane zamiennie, z tym że pierwszeństwo przypada etnolingwistyce; tamże.

stosowane zamiennie. Inaczej w badaniach amerykańskich, w których tożsame nie są, co wynika z tamtejszej historii rozwoju badań spod tego znaku. Emblematyczne dla badań za oceanem są prace takich językowo zorientowanych antropologów, jak: Franz Uri Boass, Edward Sapir, Benjamin Lee Whorf (Klimczuk 2013).

W *Tekstologii* Bartmiński uznają, że „najlepsze” dla niej ramy daje właśnie antropologia:

„Podejście antropologiczne stwarza szansę, by nie poprzestając na rejestracji tego, co zjawiskowe i w swej zjawiskowości rozproszone, odczytywać sensy i funkcje zjawisk (...). Siłą antropologii zawsze było to, że do przedmiotu swoich badań podchodziła z pewną hipotezą całości, że w kropli wody — społeczności ogarniającej się wzrokiem — potrafiła dostrzec »cały świat« (...). Siłą antropologii zawsze też było (...) to, że rozpoznaje to, co ludzkie, a we wszystkich ludzkich wytworach ludzki wymiar gruntuje” (Godlewski 2003, s. 8, cyt. za: Bartmiński, Niebrzegowska-Bartmińska 2012, s. 11)

Dlatego teksty — pisane i mówione — jako kulturowe artefakty są przedmiotem zainteresowania antropologów. Pokazują one to, czego dowodził dwa stulecia temu Alexander von Humboldt, że każdy język ujmuje świat w specyficzny dla siebie sposób, co oznacza, że języki nie przedstawiają uniwersalnej wiedzy o świecie, ale są środkiem do jej interpretacji, typowej dla konkretnych wspólnot etnicznych. Przekonanie to towarzyszyło badaniom prowadzonym przez Whorfa, które pokazały, jak silnie na przebieg interpretacji wpływają kategorie gramatyczne. Pisał on:

„Dokonyjemy segmentacji natury tropami wyznaczanymi przez nasze języki ojczyste. Wyodrębniamy pewne kategorie i typy w świecie zjawisk nie dlatego, że każdy obserwator je zauważa, wręcz przeciwnie — rzeczywistość jawi nam się jako kalejdoskopowy strumień wrażeń, strukturę natomiast dają nam nasze umysły — to jest przede wszystkim tkwiące w naszych umysłach systemy językowe. (...) postrzegający nie tworzą sobie tego samego obrazu świata na podstawie tych samych faktów fizycznych, jeśli ich zaplecza językowe nie są podobne lub przynajmniej porównywalne” (1982, s. 284–285).

I Humboldt, i Whorf zakładają więc istnienie *pewnej* wspólnoty ludzkiej mającej odstęp do *pewnego* zaplecza językowego, które wspólnota może eksploatować na własny użytek. Właściwość tę dostrzegł i opisał — chciałoby się powiedzieć:

*zinterpretował* — antropolog polskiego pochodzenia Bronisław Malinowski<sup>67</sup>. W pracy *Problem znaczenia w językach pierwotnych* stwierdzał on: „Niewątpliwie spotykamy się tu z nowym typem funkcji języka — kusi mnie, aby go nazwać funkcją fatyczną [*phatic communion*] — to wpływ demona inwencji terminologicznej — chodziłoby tu o odmianę mowy, w której więź jedności powstaje po prostu przez wymianę zdań” (1923, pl. 2000, s. 25). Język jest więc rudymenem „wspólnoty fatycznej”, konstytuującej się we wzajemnych powiązaniach języka z rzeczywistością, w której powstaje i którą opisuje, co wyraża się na planie znaczeń. Badacz wyjaśnia dalej:

„Samo bowiem urzeczywistnienie bliskiego powiązania między interpretacją lingwistyczną a analizą kultury, do której należy język, pokazuje przekonująco, że ani wyraz, ani jego znaczenie nie mają niezależnej i samowystarczalne egzystencji (...). Skoro cały świat »rzeczy mających być wyrażonymi« zmienia się wraz z poziomem kultury, wraz z warunkami geograficznymi, społecznymi i ekonomicznymi, konsekwencją tego jest, że znaczenie wyrazu należy zawsze dedukować nie z biernej kontemplacji tego wyrazu, lecz z analizy jego funkcji w odniesieniu do danej kultury. Każde pierwotne czy barbarzyńskie plemię tak samo jak każdy typ cywilizacji ma swój świat znaczeń i cały językowy aparat ludzi — zasób słów i swoją odmianę gramatyki — który można wyjaśnić jedynie w powiązaniu z ich mentalnym potrzebami” (tamże).

Znaczenie słów wynika więc z sytuacji, w której się pojawiają i z tego, jak sytuacji tej doświadcza ich użytkownik. Pozwala to Malinowskiemu taktować język jako przejawy ludzkiego działania — jest to więc koncepcja w istocie etnograficzna (Rakoczy 2012).

### **3.1.1.2. Kognitywizm**

Przejdźmy teraz na drugi obszar, z którego czerpała etnolingwistyka — sięgniemy w zasadzie do jej źródeł, do kognitywnie zorientowanego językoznawstwa, o którym badacze piszą, że posiada długą, bo wywodzącą się z dziewiętnastego stulecia, przeszłość i krótką historię (Nerlich, Clarke 2001).

Mimo spójnych podstaw językoznawstwo kognitywne nie jest jednolitą teorią lingwistyczną, ale plastyczną ramą dla teorii i podejść, które ze sobą w różnych

---

<sup>67</sup> Jego niedocenioną rolę jako językoznawcy, który sformułował ukierunkowaną funkcjonalnie teorię języka, rewalidowała u progu dwudziestego pierwszego stulecia Krystyna Pisarkowa (2000).

stopniach interferują (Lewandowska-Tomaszczyk 2007). Wymienić tu można — poza gramatyką kognitywną i profilowaniem Rolanda Langackera (1987, 1991) — teorię ram interpretacyjnych Charlesa Fillmore'a (1985), teorię map myślowych Gillesa Fauconniera (1997) oraz opracowaną wspólnie z Markiem Turnerem koncepcję przestrzeni mentalnych (2002), teorię prototypów Eleanor Rosch (1973, 1977), poetykę kognitywną Petera Stockwella (2006), językowe gestalty zaadaptowane z teorii Leonarda Talmy'ego przez George'a Lakoffa, który pracował też nad modelami poznawczymi (1987) i metaforą pojęciową (1993), a wraz z filozofem Markiem Johnsonem, specjalizującym się w schematach obrazowych (1987), odkrywał uniwersalia metaforycznego myślenia ujęte w kanonicznej pracy *Metafory w naszym życiu* (1980).

Wszyscy ci badacze — a z czasem kognitywiści w ogóle — uznali, że struktury, które tworzą językowy system konceptualny, są nierozdzielnie związane z ciałem, ze zmysłową percepcją, zachowaniem ludzkiego ciała w przestrzeni, z motoryką, a połączenia te stają się instrumentami pozwalającymi na rozszerzenie kompetencji poznawczych (Kardela 2006, s. 214). Traktują więc oni język jako jedną ze zdolności, której właściwością jest to, że pozwala dostrzec, jak odbija się w niej proces ludzkiego poznania (Tabakowska 1995, s. 5–7), co sprawia, że dla kognitywistów tekst — także literacki — stanowi „kolejny zbiór danych” (Stockwell 2006, s. 8). Oznacza to, że nie można go — ani języka, ani tekstu — traktować instrumentalnie, sprowadzając do roli narzędzia porozumiewania się, ale należy widzieć w nim źródło wiedzy człowieka o świecie, który postrzega i do którego należy, jak również wiedzy o sobie samym (Kardela 2006, s. 17). Istotny z takiego punktu widzenia był wygłos teorii Lakoffa i Johnsona podkreślający to, że możliwości percepcyjne kształtują się w oparciu o doświadczenie — fizyczne i społeczne, somatyczne i psychiczne. Badacze ci postulują, by elementarną kartezjańską zasadę dychotomii ciała i umysłu, zastąpić koncepcją realizmu doświadczeniowego, a później ideą „ucieleśnionego umysłu” i „filozofii w ciele” (1999). Koncepcje te dowodziły, że biologiczna płaszczyzna istnienia tworzy środowisko dla mechanizmów kognitywnych, dzięki czemu możliwe jest przeżywanie doświadczeń, które następnie przyjmują formę prostych schematów (pojemnika, drogi, ogniwa, siły, równowagi) występujących w różnych konfiguracjach (góra/dół, część/całość, przód/tył, centrum/periferia) metaforyzujących nasze życie (Lakoff 1987). Oznacza to więc, że schematy ujawniają się w wyniku interakcji ciała ze światem — w wyniku nie zawsze świadomego doświadczenia — na płaszczyźnie słów.

Na tych filarach teorię swoją ufundował Langacker (1991), który proponował, by gramatykę — przypomnę tylko, że na znaczenie tej kategorii zwrócił uwagę Whorf — integrować z takimi podejściami do języka, które ukierunkowane są funkcjonalnie — w tym miejscu pamiętam o Malinowskim — a więc z psychologią, psycholingwistyką, socjologią czy teorią komunikacji. Kognitywne procesy skłaniają także językoznawcę, by porzucił badanie komponentów języka tradycyjnie uważanych za autonomiczne, jak składnia, na rzecz badania języka w sposób, który dziś określilibyśmy jako *holistyczny* — a więc z uwzględnieniem szerokiego kontekstu interakcyjności w wymiarze kulturowym i społecznym. Odpowiada temu Langackerowska koncepcja obrazowania, rozumianego jako psychologiczny proces, w wyniku którego w umyśle powstają niewerbalne reprezentacje zdarzeń, przedmiotów, osób (Tabakowska, 1995, s. 39, 47). Dla badacza jest ono zdolnością pozwalającą postrzegać — konstruować — postrzeganą sytuację na różne sposoby (Langacker, 1987a, s. 10) przy pomocy wyrażen językowych organizujących treści tak strukturalnie, jak i na planie symbolicznym. Obrazowanie oczywiście nie było niczym nowym — znane było i w psychologii, i w teorii literatury — *novum* kognitywne polegało na wykorzystaniu kategorii obrazowania do wskazania wspomnianych „niedocenianych” dotychczas aspektów używania języka — a więc w sposób, który wychodzi poza tekst i otwiera drogę dyskursywności.

### **3.1.1.2.1. Lingwistyka etnokognitywna**

Na tle dwóch omówionych obszarów wpływów — lingwistyki antropologicznej i lingwistyki kognitywnej — wyraźne stają się tradycje aktualizowane także w badaniach polskich określonych na początku jako *etnolingwistyczne*. Ich osnową jest przekonanie o poznawczej funkcji języka, ukierunkowujące prace ośrodka lubelskiego, który bywa już w literaturze określany jako *lubelska szkoła etnolingwistyczna* dookreślana jako *kognitywna*<sup>68</sup>.

Osobliwością polskich badań etnolingwistycznych jest niejednoznaczne odniesienie do indywidualistycznie zorientowanego amerykańskiego kognitywizmu. Przywołuje się teorie Rolanda Langackera, ale w analizach brakuje bezpośrednich odwołań do psychologii, neurobiologii, a w końcu sztucznej inteligencji (Muszyński 1998). Badania polskie — jak się wydaje — nie uwyrażniają tego sejentystycznie

---

<sup>68</sup> Okeślenie to zaproponował Jörg Zinken (2014, s. 115–136).

ściśłego wymiaru, sięgają do antropologii, socjologii, folklorystyki, by rekonstruować utrwalone w kolektywie kulturowym językowe obrazy świata, których cechą jest interpersonalność (Winiarska 2011). A jednak paralelizmy lubelskiej etnografii i amerykańskiego kognitywizmu dostrzegają badacze rodzimi (Kalisz, Kubiński 2008), a także zagraniczni. Te podobieństwa są dziś oczywiste i charakterystyczne, ale nie jedyne. Bartmiński, przedstawiciel i protoplasta ośrodka lubelskiego, dodaje też, że prowadzone tam badania nawiązują do prac rosyjskich — semantycznych Jurija Apresjana, etymologicznych Włodimira N. Toporowa, dialektologicznych Nikity i Swietłany Tołstojów, anglojęzycznych prac Anny Wierzbickiej oraz rodzimej dialektologii, folklorystyki czy etnografii. Ostatecznie więc zasadne jest podkreślanie specyfiki polskich badań poprzez określenie ich *lingwistyką etnokognitywną* (Witosz 2012, s. 63, 69). Dziedzina ta „bada język w jego powiązaniach z historią określonych społeczności (środowiskowych, regionalnych, narodowych) i ich kulturą, zwłaszcza z mentalnością grupową, sferą zachowań i systemami wartości” i „zmierza do podmiotowej rekonstrukcji obrazu świata utrwalonego w języku, (...) wprowadzając pojęcie *człowieka* jako podmiotu mówiącego (*homo loquens*)”. Oznacza to więc, że „etnolingwistyka rozszerza badania z systemu językowego na funkcjonowanie języka” (Bartmiński 2002, s. 380–381). To daje już asumpt ku dyskursowi.

#### **3.1.1.2.2. Instrumentarium językowego obrazu świata**

Trzonowym pojęciem lingwistyki etnokognitywnej jest *językowy obraz świata* (JOS), o którym trzeba za Grzegorzyczką powiedzieć, że jest to termin, którym językoznawcy posługują się w sposób „intuicyjny” (1990, s. 42). Dlatego poczynię w tym miejscu pewne uszczegółowienia.

Polska etnolingwistyka wypracowała spójną koncepcję JOS — wielu językoznawców definiowało ten termin na użytek własnych badań poprzez dodanie, ujęcie, skonkretyzowanie istotnych dla nich aspektów (Pisarek 1978; Tokarski 1986; Grzegorzyczkowa 1990; Maćkiewicz 1999; Bartmiński 1999; Anusiewicz, Dąbrowska, Fleischer 2000). Inni z kolei próbowali odnieść się do koncepcji poprzez definicję negatywną, wyjaśniającą, czym JOS nie jest (Rak 2010).

W swoich badaniach podążam za wskazówkami zawartymi w definicji Bartmińskiego, ponieważ sądzę, że są one zintegrowane z proponowaną przez niego koncepcją lingwistyki w antropologicznych ramach Tworzy to więc spójne tło dla



dalszych rozważań. Przez JOS rozumiem zatem „zawartą w języku interpretację rzeczywistości, którą można ująć w postaci zespołu sądów o świecie. Mogą to być sądy bądź to utrwalone w samym języku, w jego formach gramatycznych, słownictwie, kliszowanych w tekstach (np. przysłów), bądź to przez formy i teksty z języka implikowane” (Bartmiński 1990, s. 110). Analizując dane językowe w tej perspektywie, badacz pyta więc o to, jakie elementy systemu językowego są nośnikami obrazu świata — będą to: syntaksa, fleksja, rodzaj, słowotwórstwo, leksyka, semantyka, etymologia, onomastyka, struktura, kompozycja tekstu, stylizacja, etykieta językowa (Anusiewicz, Dąbrowska, Fleischer 2000, s. 31). Nośniki językowego obrazu świata nie mają więc charakteru jedynie tekstowego, ale przez to, że ujmują kontekst, nabierają charakteru dyskursywnego.

Metodologia etnolingwistyczna spod znaku JOS daje badaczowi instrumentarium będące systemem pojęć o dużym potencjale eksplikacyjnym i wielorakich możliwościach operacjonalizacji, dzięki którym może on analizować uwikłane społecznie mechanizmy — kategoryzowanie (Grzegorzczkova 1996; Maćkiewicz 1990), definiowanie kognitywne i semantyczne (Bartmiński, Tokarski 1993), wartościowanie (Puzynina 1992; Bartmiński 2013), punkty widzenia (Bartmiński 1999), perspektywy (tamże), profilowanie (Bartmiński 1993), ramy interpretacyjne (Tokarski 1996), zakotwiczone w szerokim kontekście kulturowym i poddające się regułom relatywizmu językowo-kulturowego (Pajdzińska, Tokarski, red. 2010). Dzięki temu możliwa jest tak praca z „żywym słowem”, jak i z tekstami użytkowymi czy artystycznymi (Bugajski, Wojciechowska 1996; Kadyjewska 2001), tworzonymi przez podmioty konceptualizujące swoje doświadczenia. Uobecnienie podmiotu — tak nadawcy, jak i odbiorcy (Bartmiński 2008) — zwraca uwagę na to, że ludzkie poznanie jest formą zapośredniczonej przez język aktywności wobec świata, co przybiera formułę dynamicznego interpretowania rzeczywistości, a nie jej biernego odzwierciedlenia (Grzegorzczkova 1990, s. 42). „Staje się zatem rzeczą oczywistą — wyjaśnia Tabakowska — że w pojęciu kognitywisty język ludzki jako przedmiot badania językoznawcy musi zostać osadzony w szerokim kontekście psychologicznym, socjologicznym i kulturowym. Język człowieka jest obrazem naszego świata, a więc kontekstem, w jakim należy go widzieć, jest świat” (1995, s. 13).

JOS nie jest oczywiście jedynym — ani w kognitywistyce, ani w podejściu ukierunkowanym etnologicznie — sposobem obrazowania rzeczywistości. Zależnie od zebranych danych badacz może rekonstruować tekstowy obraz świata (Bugajski,

Wojciechowska 1996), kulturowy obraz świata (Anusiewicz, Dąbrowska, Fleicher 2000), a także związany z koncepcją Waldemara Czachura dyskursywny obraz świata (DOS; 2011). Badacz ten odwołuje się do JOS z definicji Bartmińskiego, ale ją — czego można się spodziewać — rozszerza tak, że obrazem świata staje się „dyskursywnie wyprofilowana interpretacja rzeczywistości dająca się ująć jako zespół sądów o świecie, o ludziach, rzeczach, zdarzeniach”. To sprawia, że DOS funkcjonuje „jako reprezentacja wiedzy — jest językowo konstruowany, negocjowany na bazie argumentów emocjonalnych lub racjonalnych albo medialnie dystrybuowanych” (2011, s. 87). Na podkreślenie zasługuje tu wskazanie związku z wiedzą — dokładniej z poziomem wiedzy reprezentowanym przez uczestników dyskursu — co sugeruje związek z tradycją foucaultiańską.

Koncepcja JOS cieszy się niesłabnącą popularnością (Żuk 1010) i aplikowalnością w badaniach lingwistycznych, a także w badaniach nad dyskursem (Duda 2015).

### **3.1.2. Tło lingwistyczne**

#### **3.1.2.1. Holistyczna koncepcja polonistyczna**

Językoznawcy kognitywni pokazali — sięgając po obrazowanie — jak blisko jest od lingwistyki do stylistyki i poetyki, sytuowanej tradycyjnie w kręgu badań o literaturze, czego confirmacją było wypracowanie *narzędziarium* poetyki kognitywnej (Stockwell 2006). W tym duchu Elżbieta Tabakowska podkreśliła, że

„tradycyjne rozdzielanie linią demarkacyjną domeny językoznawstwa od domeny teorii literatury jest równie sztuczne i niepotrzebne, jak rozgraniczanie »języka« od »sztuki słowa«. W długiej historii obu tych nauk stosunki między językoznawcami i literaturoznawcami przeszły wiele radykalnych przemian. Często bywały przypadki zapuszczania się na cudze terytorium i równie często ważkie okazywało się wzajemne oddziaływanie obu nauk oraz próby zbliżenia ich do siebie” (2001, s. 7–8).

Nie jest to jednak „pomysł” kognitywistów, bo i Roman Jakobson, inspirowany myślą antropologiczną — przypomnijmy tylko, że w swojej typologii funkcji języka wykorzystał pomysł Malinowskiego — nie zakotwiczył znaczenia w zdaniu, ale w dynamice sytuacji komunikacyjnej. Jak pisał w *Poetyce w świetle językoznawstwa*

(1960), lingwista nie może relegować z nauki o języku jego elementów emotywnych (jak choćby nastawienie psychiczne mówiącego), nie może też z niego wyosobnić poetyki, która rozpatruje przecież zagadnienia związane ze strukturami słownymi.

Drogą afiliowania dyscyplin podążyli także autorzy wielokrotnie już przywoływanej *Tekstologii* (2009) — nie mogło zresztą być inaczej, skoro wywodzą się ze środowiska badawczego dyskонтującego amerykański kognitywizm. Bartmiński piszą tam:

„na użytek niniejszego opracowania nie ustanawiamy sztywnego podziału między podejściem lingwistycznym i literaturoznawczym do tekstu, przeciwnie w miarę możliwości łączymy je zgodnie z integracyjnym nastawieniem współczesnej filologii i antropologii słowa, jakie dominowało na krakowskim Zjeździe Polonistów w roku 2004” (2009, s. 11).

Taki też „holistyczny” charakter mają zamieszczone na końcu tomu analizy i interpretacje utworów literackich (s. 330–357). Również Bożena Witosz zwróciła uwagę na to, że badania nad dyskursem wymagają — podobnie jak stylistyka funkcjonalna — analizy integralnej (2012, s. 68).

Koncepcja integracyjna z mocą powróciła w czasie Zjazdu Polonistów w marcu 2022 roku i ukonstytuowała się w Rozporządzeniu Ministra Edukacji i Nauki z dnia 11 października 2022 r. w sprawie dziedzin nauki i dyscyplin naukowych oraz dyscyplin artystycznych wyodrębniającym polonistykę jako samodzielną dyscyplinę naukową, która miałaby — pozostawiam tryb przypuszczający, ponieważ dotychczas niewiele o niej wiadomo — łączyć kompetencje literaturoznawcze i językoznawcze filologów polskich, być może na kształt *Polish studies* (Koziołek 2022).

Sądzę, że z natury interdyscyplinarne badania zorientowane na dyskurs mogą się świetnie zakorzenić w *nowej polonistyce*, co pokazuje niniejsza praca. Mimo że ma charakter językoznawczy — dobitnie podkreślony w tytule — nie jest wolna od inklinacji literaturoznawczych. Chociaż można lingwiście wybaczyć koligacje z antropologią, socjologią, kognitywistyką czy logopedią, naleciałości literaturoznawcze mogą — wśród zwolenników rozdzielności dyscyplin — uchodzić za dyletanctwo bądź impertynencję. A jednak, w świetle przyszłości polskiej filologii mogą też stać się przymiotem — paradoksalnie w świetle jej przeszłości również, na co zwrócił uwagę Ryszard Koziołek, polonista i rektor Uniwersytetu Śląskiego, o ile uzmysłowimy sobie, jaką filologię uprawiali Maria Janion czy Henryk Markiewicz (2022).

### 3.1.2.2. Językoznawstwo publiczne

Z nader językoznawczej perspektywy wypowiadał się natomiast Stanisław Gajda, który w referacie *Językoznawstwo XXI wieku* wygłoszonym podczas jubileuszowej konferencji Instytutu Języka Polskiego PAN *Przyszłość językoznawstwa — językoznawstwo przyszłości* 11 czerwca 2013, opublikowanym jako *Lingwistyka XXI wieku* (2013), zwrócił uwagę na „lingwistykę publiczną” nietożsamą z popularyzatorstwem operującym przekazem wiedzy eksperckiej o charakterze światopoglądowórczym, ale bez intencji zaspokajania praktycznych potrzeb. Tymczasem lingwistyka publiczna — ją widzi Gajda — to taka, która „współkreuje debaty publiczne na ważne tematy z udziałem równorzędnych partnerów (publiczności), w tym lingwistów. Wchodzi w te debaty, kształtujące opinię publiczną, wnosząc racjonalne argumenty” (tamże, s. 11). Realizuje więc Habermasowski „wspólny interes”, podobnie jak „socjologia publiczna” (Burawoy 2009).

Lingwistyka publiczna, w której widzę ukłon w stronę najlepszych tradycji humanistycznych, jest reakcją na przemiany w świecie nauki. Gajda zauważa, że od lat 80. XX wieku jej (nauki) rolą było „odkrywanie rzeczywistości”, później natomiast — znajdowanie sposobów „zastosowania wiedzy” (2013, s. 11). Myślę, że ramami tej reorientacji stał się wyrosły z racjonalności neoliberalnej (Dardot, Laval 2016) zwrot w stronę przedsiębiorczości (*entrepreneurial turn*), który nie ominął życia uczelnianego (Peters, Besley 2013). Propozycja Gajdy — lingwistyka publiczna — stanowi więc krytycznie przemyślaną — ślady tych przemyśleń znajdujemy na pozostałych kartach artykułu — przeciwwagę dla uniwersyteckiego kapitalizmu (Slaughter, Leslie 1997). Dramatycznym pokłosem *odnaukowienia* nauki zdaje się właśnie wyodrębnienie polonistyki jako dyscypliny naukowej ze względu na jej potencjalną wartość ewaluacyjną, a nie w myśl choćby renesansowych ideałów wszechstronności.

### 3.1.2.3. Krytyczna analiza dyskursu medycznego

Krytyczna refleksja uobecniona w wypowiedziach Stanisława Gajdy sprawia, że raz jeszcze w tym właśnie miejscu wypada wrócić do tego, co może zaproponować inne krytyczne podejście — mowa o krytycznej analizie dyskursu. Jej podstawy zostały już omówione<sup>69</sup>, ale chcę je tu połączyć z namysłem Michela Foucaulta nad kwestiami związanymi z tą sferą życia społecznego, jaką wyznacza medycyna. Jego

<sup>69</sup> Zob. 2.2.3.2. *Krytyczna analiza dyskursu*.

zainteresowanie tą tematyką nie było przypadkowe, choć zwykle mówi się o nim, że był filozofem, socjologiem i historykiem, a pomija to, że studiował także psychologię i psychopatologię, brał udział w „demonstracjach przypadków” w uchodzącym za „sanktuarium psychologii eksperymentalnej” szpitalu św. Anny w Paryżu. W medycynę był też uwikłany biograficznie — jako syn i wnuk chirurgów oraz osoba zmagająca się z depresją i próbami samobójczymi (Eribon 2005).

Z tymi jego doświadczeniami koreluje spora część publikacji, które wyszły spod jego pióra: *Choroba umysłowa a psychologia* (1954, pl. 2000), *Historia szaleństwa w dobie klasycyzmu* (1961, pl. 1987), a następnie *Narodziny kliniki* (1963, pl. 1999), gdzie opisuje „doświadczenie medyczne”, w którym partycypowały medyczne instytucje, stany społeczne i różne formy wiedzy; *Narodziny biopolityki* (1978/79, pl. 2011) przedstawiające koncepcję *biowładzy*; w końcu trzypięciotomowa *Historia seksualności* (1976, 1984, pl. 1995) ujawniająca „medyczną waloryzację seksualności”, wiążącą się z „wścibskimi” — jak je nazywa Foucault — praktykami lekarskimi (1995, s. 36) .

W swoich pracach tradycyjnie, a więc lingwistycznie, rozumiane pojęcie *dyskursu* Foucault rekonceptualizuje — przekształca w „kategorię *par excellence* epistemologiczną, służącą analizie nie tyle języka, ile systemów wiedzy” (Szacki 2005, s. 905). Poza wiedzą w strukturze dyskursu zawierają się przekonania społeczności, wartości oraz mechanizmy generowania znaczeń podlegających władzy rozumianej jako rozproszony zespół legitymizowanych kulturowo praktyk społecznych — „reżim prawdy”. Foucault otwiera też pasaż między refleksją humanistyczną i medyczną.

### **3.1.3. Tło medyczne**

Jest to obszar wiedzy konkretnej, spluralizowanej, dyscyplinarnej, ukonstytuowanej w paradygmacie biomedycznym (Ostrzyżek, Marcinkowski 2012)<sup>70</sup>, w której jednak pojawiają się przebłyski holizmu czy humanizowania namysłu przez antropologię czy... literaturę, których wpływy omawiają kolejne podrozdziały.

---

<sup>70</sup> Jest to paradygmat świata Zachodu, opozycyjny, a może nawet zwalczający inne formy medycyny określanej jako tradycyjna, komplementarna czy alternatywna (WHO, 2010). Formy te są często jedyną opcją ochrony zdrowia w krajach rozwijających się; dla przykładu w Mali z leczenia takiego korzysta trzy czwarte społeczeństwa. Obserwuje się jednak ich rosnącą popularność w krajach rozwiniętych, gdzie stanowią przeciwwagę dla państwowych systemów opieki zdrowotnej. W krajach takich jak Niemcy czy Kanada z niebiomedycznych terapii korzysta nawet połowa populacji. Również w Polsce rośnie zainteresowanie tymi formami pomocy (tamże, s. ii, ix; Saniewska 2018, s. 233).

### 3.1.3.1. Antropologia medyczna i etnomedycyna

Rozdzielność nazw tych dziedzin, które zarysowały się w horyzoncie naukowym w latach 70. XX wieku podobnie jak etnolingwistyka, wynika — ponownie — z ich niesymetrycznego rozwoju w Stanach Zjednoczonych i w Europie (Penkala-Gawęcka 1994). Po zachodniej stronie Atlantyku badacze poszukiwali praktycznych możliwości wykorzystania wiedzy ekspertów-antropologów w projektowaniu i wdrażaniu programów zdrowotnych w krajach Trzeciego Świata. Część badaczy europejskich — na przykład w Niemczech — skupiała się natomiast bardziej na badaniu lokalnych form medycyny ludowej niż na pozaeuropejskich tradycjach medycznych; inni — na przykład w Wielkiej Brytanii — w ogóle nie postrzegali antropologii stosowanej jako prawdziwej nauki. Dzisiejsze spektrum zainteresowań antropologii medycznej pokrótce zarysowuje Danuta Penkala-Gawęcka:

„w centrum zainteresowań antropologii medycznej znajduje się zdrowie, choroba, niepełnosprawność, ale także »dobre samopoczucie« (*well-being*) czy »złe samopoczucie« — nieodłącznie związane z człowiekiem, jego doświadczeniem oraz usytuowaniem społecznym i kulturowym. Inaczej mówiąc, antropologia medyczna skupia się na człowieku, który zabiega (lub nie) o swoje zdrowie, choruje i cierpi, szuka pomocy, wyleczenia czy uzdrowienia, przy czym dzieje się to w określonych warunkach politycznych, gospodarczych i społeczno-kulturowych. Jednocześnie interesuje ją medycyna – odpowiadająca na wołanie człowieka cierpiącego – w jej różnorodnych formach, a więc zarówno tzw. medycyna tradycyjna bądź ludowa, jak i rozmaite dziedziny medycyny komplementarnej i alternatywnej (*complementary and alternative medicine* — CAM), biomedycyna oraz „medycyna integracyjna”, łącząca terapie biomedycyny z pewnymi metodami spoza jej obszaru” (2020, s. 308).

W horyzoncie zainteresowań pojawia się więc „krajobraz medyczny” o nieostrych granicach między praktykami biomedycznymi a innymi, o hybrydycznych formach (Hsu 2008). Predykccyjnie nadal traktowane są jednak te pierwsze, mimo jednak że ich hegemonia została już zakwestionowana, „poprzez współczesną tradycję wiedzy biomedycznej przywiązani jesteśmy (...) do pewnego szczególnego podejścia do chorego i do jego ciała” (Rakowski 2013, s. 335) — uprzywilejowuje ono patrzeć na ciało w sposób biologiczny. To, co biologiczne — jak choroba, ból, dyskomfort —

przynależy do repertuaru zainteresowań medycyny. Dlatego też przedstawiciele tej nauki nieufnie podchodzą do wszelkich przekroczeń swoistej linii demarkacyjnej między tym, co naturalne, biologiczne, medyczne a tym, co kulturowe, humanistyczne (Kleinman, Benson 2006).

Warto też zwrócić uwagę na wypracowane przez antropologię medyczną *pojęciarium* — *disease, illness* (Fabrega 1972, 1973), *sickness* (Kleinman 1978) — dzięki któremu choroba została ukazana jako konstrukt społeczny<sup>71</sup>, ujmujący pięć zintegrowanych elementów systemu: etiologię, symptomy, patofizjologię, przebieg choroby oraz leczenia. Kategoria *disease* wyjaśnia te kwestie z perspektywy profesjonalnych praktyków, odnosi się do specjalistycznych teorii etiologicznych, nozologii wyrażonych w wyraźnie abstrakcyjnej, wysoce technicznej formie, zwykle bezoosobowej (choroba jako patologiczny proces biomedyczny — tu też odbijają się foucaultiańskie kategorie biowładzy i biopolityki). Natomiast *illness* odnosi się do perspektywy laika, potocznych modeli wyjaśniania, a także do ludowej sfery leczniczej (Kleinman 1978, s. 88). W tej koncepcji *illness* jest „sposobem, w jaki chora osoba, jej rodzina i sieć społeczne postrzega, nazywa, wyjaśnia i odpowiada na chorobę” (tamże) — to zatem doświadczenie choroby i społeczne reakcje na nią. *Sickness* z kolei wprowadza kwestie negocjowane społecznie, a więc społeczną rolę chorego, aspekty zdrowia publicznego (Boyd 2000).

W pewnym zbliżeniu antropologii medycznej do szkoły interpretatywnej, „zakładającej istnienie pewnego kulturowego tekstu możliwego do odczytania i zinterpretowania” (Wierciński 2015, s. 61), uwidaczniają się także odkrycia socjologii lingwistycznej, a szczególnie „konstatacja, iż opowieść to więcej niż zwyczajny tekst, to modus myślenia, tryb i sposób konstruowania zdarzeń, które w rzeczywistości mogły mieć zupełnie odmienny obraz lub w ogóle nie istnieć” (tamże, s. 60–61). Jest to więc propozycja traktowania choroby jako kulturowego tekstu, który może zostać poddany analizie — w ramach różnych dyscyplin zorientowanych na pracę z tekstem lub z dyskursem.

Należy tu zaznaczyć, że pewne niezrozumienie — by nie powiedzieć sprzeciw — budzą te mariaże medycyny z humanistyką i humanistyki z naukami stosowanymi. Są jednak i tu pionierzy. W artykule *Antropologia medyczna jako stosowana nauka humanistyczna* Tomasz Rakowski zauważa, że praktykując tę wiedzę, możemy

---

<sup>71</sup> Dotychczas w języku polskim nie ma odpowiedników tych terminów. Nie funkcjonują one też w potocznej świadomości, zdaje się, że mają jedynie wymiar akademickich rozróżnień.

poprawić zarówno rozpoznanie chorób, jak i leczenie ludzi chorych. „Antropologia medyczna może (...) próbować zaspokajać bardzo realne i bardzo palące potrzeby społeczności ludzi chorych, może również budować bardzo trafne strategie zachowania zdrowia” (2013, s. 370–371). Wyraźnie więc zwraca się uwagę na stosowany charakter tej dziedziny, w ramach której powstała koncepcja semantycznej sieci choroby Barona J. Gooda. Zdaniem badacza choroba ewokuje „sieć” składającą się z leksyki, sytuacji, emocji oraz symptomów z nią związanych, poprzez które doświadczający choroby (w znaczeniu *illness*) człowiek nadaje jej znaczenie i wpisuje ją w swoją biografię (1994, s. 40).

Istotne jest tu więc skupienie się na doświadczeniu człowieka, a szczególną wartość wnosi „umiejętność i potrzeba zrozumienia ciała, choroby i życia człowieka w sposób przede wszystkim humanisty” (Rakowski 2013, s. 355). Antropologia stosowana zwraca szczególną uwagę na wykorzystanie kontekstu w badaniach, to czyni ją szczególnie wrażliwą na niuanse, odcienie znaczeniowe czy — by tak to ująć — *indywidualny czynnik ludzki*, co predysponuje ją do podejmowania badań w nurtach dyskursywnych, szczególnie tych o nastawieniu krytycznym.

Pozycję tę wzmacniają ustalenia płynące z „siostrzanej” dyscypliny — socjologii medycyny. Erving Goffman w esejach zebranych pod tytułem *Instytucje totalne* (1961, pl. 2011) wpisał szpital psychiatryczny i szpital w ogóle w szereg instytucji, które scharakteryzował jako „totalne” — domy opieki, domy seniorów, szkoły z internatem, klasztory, seminaria duchowne, koszary, więzienia, obozy pracy i obozy koncentracyjne. Rozpoznanie to potwierdził później Foucault w pracy *Nadzorować i karać* (1975, pl. 1993), w której zrównuje strukturalny porządek szpitala z więzieniem. Z czasem *totalny* charakter poszczególnych instytucji związanych z leczeniem przypisano całemu systemowi opieki (sic!) medycznej (Czapliński 2021, s. 10) — opresyjnemu, o czym powszechnie wiadomo, wobec pacjenta.

### **3.1.3.2. Medycyna narracyjna**

Połączenie kategorii medycznych z narracyjnymi wywodzi się z przełomu lat 80. i 90. XX wieku, i wyłania się z propozycji, które przyniosły zwrot narratywistyczny i kognitywny (Burzyńska 2004). Nie bez znaczenia były też intensyfikujące się globalnie procesy, które Przemysław Czapliński rozpoznał jako: weryfikację posuniętej do totalizmu autonomii systemu medycznego, walkę o prawa pacjenta oraz „napór opo-



wieści o chorowaniu dochodzący spoza obszaru opieki zdrowotnej — to one współtworzą kontekst dla pojawienia się medycyny narracyjnej” (2021, s. 12). Jednak jej wprowadzenie do systemu opieki medycznej spotkało się z ambiwalentnymi reakcjami (Szugajew 2019, s. 111), co wynikało poniekąd z niejasności co do jej statusu. Właściwie należy rozumieć *medycynę narracyjną* jako „praktykę kliniczną wspomaganą przez wiedzę o tym, co robić z opowieściami” (tamże, s. 116), które wyłaniają się z wypowiedzi pacjentów — innych niż ankiety, formularze zgód i niezgód, które mają wartość statystyczną, a nie jakościową.

Propagatorką medycyny narracyjnej jest Rita Charon z nowojorskiego Uniwersytetu Columbia, lekarka i literaturoznawczyni. W kanonicznej już pracy *Narrative medicine. Honoring the stories of illness* wyjaśnia, że ta nowa dziedzina to „medycyna stosująca w praktyce kompetencję narracyjną do rozpoznawania, przyswajania, interpretowania i emocjonalnego otwierania się na opowieści o chorobach” (2006, s. 7, cyt. za: Czaplński, 2019, s. 8). Kompetencja narracyjna w jej ujęciu — omówiona w *The principles and practice of narrative medicine* (2017, pl. 2020) — obejmuje umiejętności takie jak: „dostrzeżenie (*recognize*), wchłanianie (*absorb*) i interpretowanie narracji pacjentów (*interpret*) oraz doświadczanie wewnętrznego poruszenia za sprawą tych narracji (*be moved by the stories*)” (Chojnacka-Kuraś 2021, s. 86). Za ich fundament przyjmuje się „uważność” (tamże).

Takie podejście wynika z przyjęcia założenia, że „cały proces opieki nad chorym ma formę opowieści” (Chojnacka-Kuraś 2021, s. 85), co wpisuje się w ugruntowaną już koncepcję „narracji jako sposobu rozumienia świata” (Trzebiński 2002). Dla powodzenia tego procesu istotne jest więc, by pracownik medyczny — nie tylko lekarz, co warto zaznaczyć — wiedział, „co robić z opowieściami pacjentów” (Chojnacka-Kuraś 2021, s. 86). Narzędzi dostarczają tu teorie kognitywne, które wprowadziły lingwistykę i psychologię w sferę badań nad metaforami, konceptualnymi i konwencjonalnymi odnotowywanymi w dyskursach wszystkich kultur. Charon stwierdza wręcz, że „Literaturoznawstwo w ogóle, a medycyna narracyjna w szczególności, mogą się wiele nauczyć z tych nowych koncepcji, aby badać, co ludzie robią słowami” (2017, s. 207). By to uchwycić, badaczka zaproponowała model bliskiego czytania (*close reading*<sup>72</sup>) jako podstawę praktycznie zorientowanej medycyny narracyjnej ukierunkowanej na kształcenie kompetencji narracyjnej.

---

<sup>72</sup> *Close reading* nie jest autorską propozycją, ale metodą znaną w amerykańskim literaturoznawstwie od dawna. Na stronie Harvard College Writing Center można znaleźć wytyczne wykorzystania jej w praktyce

Aplikowalność tej metody przybliżają polskiemu czytelnikowi Aleksandra Szugajew w artykule *Metoda uważnego czytania (close reading) w medycynie narracyjnej* (2019) oraz Marta Chojnacka-Kuraś w pracy *Cele i metody kształcenia kompetencji narracyjnej w ujęciu Rity Charon (na przykładzie opowiadania Alice Munro „Wiszący most”)* (2021). Omowiona tam analiza tekstu obejmuje pięć parametrów:

— ramę — zawierają się w niej informacje o pochodzeniu tekstu, okolicznościach powstania, autorze, projektowanym i realnym odbiorcy, a także ogólne konstatacje o tym, co i jak tekst przedstawia; jest to przestrzeń na skonfrontowanie tego, co biomedyczne, z tym, czego doświadcza nadawca jako indywiduum;

— formę — uwaga kierowana jest tu na to, jak wpływają na siebie i na odbiorcę strukturalne (formalne) elementy tekstu; analizie poddawane są: gatunek, styl, metaforyka (figuratywność), segmentacja tekstu, intertekstualność, instancja narratora;

— czas — nie sprowadza się jedynie do chronologii, linearności wydarzeń, ale też do jego właściwości gramatycznych przekładających się na sytuację egzystencjalną nadawcy; ważnym aspektem jest wychwycenie specyfiki postrzegania czasu z perspektywy bycia chorym;

— fabułę — jej interpretacja związana jest z kategoriami formy i czasu, w innym wypadku nie będziemy mieli do czynienia z bliskim czytaniem, ale ze „zwykłym” czytaniem rekreacyjnym; jest to poszukiwanie (składanie) sensu z dostępnych na różnych poziomach elementów i dostrzeżenie tych brakujących;

— pragnienie — to opis dość osobistego stanu, w jakim czytelnik pozostaje po kontakcie z tekstem; w praktyce klinicznej „daje się przełożyć na stan lekarza po rozmowie z pacjentem, który już wyszedł z gabinetu — wyniki badań leżą na biurku, a lekarz staje w obliczu kluczowego pytania: czy usłyszałem i zobaczyłem wszystko?” (tamże, s. 91).

Z czasem Charon zmodyfikowała aspekty analizy, w której pojawiły się cztery parametry: czas, przestrzeń, styl, metafora (2017, s. 114–127).

W Polsce, jak pisze naukowa redaktora pokonferencyjnej monografii *Medycyna narracyjna. Opowieści o doświadczeniu choroby w perspektywie medycznej i humanistycznej*, „tematyka medycyny narracyjnej jest (...) stosunkowo mało

---

lekturowej (Kain 1998), pozwalającej dostrzeżec kwestie, które przy zastosowaniu innego instrumentarium zostałyby przeoczone. Jest to opis odsyłający do trójkąta hermeneutycznego (retoryka, autor, tekst, odbiorca, przekaz) (de Castilla 2023).

rozpoznana” (2019, s. 7). Lukę tę wypełnia cykl ogólnopolskich konferencji naukowych „Komunikacja w medycynie” (2016, 2017, 2018, 2019, 2021, 2022) oraz „Medycyna narracyjna” (2018, 2019, 2022) i seminariów (2020) firmowanych przez tak rozpoznawalne instytucje, jak: Zespół Języka Medycznego Rady Języka Polskiego PAN oraz działające w strukturach Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego Centrum Nauk Humanistycznych i Społecznych Medycyny, Studium Komunikacji Medycznej, a także Akademia Komunikacji Medycznej i Polskie Towarzystwo Komunikacji Medycznej<sup>73</sup>.

Choć koncepcja medycyny narracyjnej wywodzi się z idei literaturoznawczej, należy zaznaczyć, że przynajmniej w Polsce cieszy się zainteresowaniem lingwistów zorientowanych komunikacyjnie, między innymi z ośrodka warszawskiego, oraz przedstawicieli innych dyscyplin nie tylko około(medycznych)<sup>74</sup>.

#### **3.1.4. Etnografia afazji**

Etnografia badająca złożone struktury życia społecznego i kulturowego stworzyła też ramy dla jakościowych badań nad zaburzeniami komunikacji, korzystających z tradycji nauk społecznych, dla których fundamentalne jest przyglądanie się ludziom i grupom w ich „naturalnym środowisku” (Kirk, Miller 1986, s. 9). Autorzy pracy *Qualitative methods in aphasia research* zwracają uwagę na to, że pojawia się coraz więcej prób badania zaburzeń komunikacyjnych ukierunkowanych na analizowanie zachowań uczestników aktu komunikacji w sposób, który uwzględnia ich perspektywę (Simmons-Mackie, Damico 1999, s. 681). Preferowane jest tu korzystanie z wielu źródeł pozwalających stworzyć „kolekcję danych” pozyskiwanych w czasie: dokumentowanej obserwacji uczestniczącej (Spradley 1980) czy wywiadów etnograficznych *odslaniających* punkt widzenia mówiącego i *zasłaniających* stereotypy słuchającego (Spradley 1979) bądź analizy nagrań wideo. Dodatkowe dane wniosą natomiast „artefakty” związane z badanym zjawiskiem: pamiętniki, notatki, dzieła sztuki (Simmons-Mackie, Damico 1999, s. 682).

Tak szeroki przekrój źródeł wymaga także specyficznego nastawienia odbiorcy. Po pierwsze: przyjęcia tego, że źródła etnograficzne mają charakter semiotyczny, a nie

---

<sup>73</sup> Komunikacja w medycynie, <https://komunikacja.wmedycynie.wum.edu.pl> [dostęp: 13.02.2023 r.].

<sup>74</sup> Komunikacja medyczna to nie tylko kontakty lekarzy i z lekarzami, pacjentów i z pacjentami, ale też sfera marketingu społecznego. Kwestiom tym poświęcony był współautorski referat wygłoszony na V konferencji „Komunikacja w medycynie”, przyjęty do druku jako „*Wilk opowiada o SMA*” — *terapia, informacja, komunikacja marketingowa i medyczna* (Saniewska, Rutkowski 2023, w druku).

statystyczny i dają ich odbiorcom namiastkę odczucia tego, czego doświadczał etnograf podczas prowadzenia badań (tamże). Po drugie: zaakceptowania tego, że w opisie zaprezentowano dokładnie zbadane, reprezentatywne przykłady, wybrane tak, by „tchnęły życie” w opowieść etnografa. Po trzecie: uwzględniania tego, że celem takich badań jest przedstawienie *innych* sposobów widzenia pewnych zjawisk. Oznacza to, że etnograf i odbiorca jego pracy muszą dzielić „wyobraźnię etnograficzną” (Atkinson 1990).

Zastosowanie jakościowych metod etnograficznych w badaniach nad zaburzeniami komunikacji jest dość nowym podejściem, ale dającym już afazjologom interesujące perspektywy wglądu w świat afatyków oraz ich bliskich „od środka”, z ich perspektywy (Parr i wsp. 1997). W etnograficznym ujęciu opisano na przykład strategie kompensacyjne w afazji (Simmons 1993) oraz różne odmiany feedbacku (Simmons-Mackie, Damico, Damico 1999; 1996).

### **3.1.5. Badania nad *innością***

Na zakończenie tej sekcji wspomnę tylko o inspiracjach, których dostarczają szeroko rozumiane badania nad *innością* — między innymi gender studies, queer studies, disability studies — w nowej humanistyce i nowej etyce (Smoter 2020).

Kiedy Hubert Wierciński pisał o kobiecych narracjach onkologicznych, zwrócił uwagę na to, jak na antropologiczne refleksje akademickie wpłynął feminizm drugiej fali wsłuchujący się w indywidualne opowieści i dający badaczkom wgląd w kobiece biografie z ich subiektywnymi doświadczeniami wyrażanymi poprzez różne formy narracji mówionych i pisanych (2015, s. 62). Ta kobieca perspektywa inności i wykluczenia — przyjmowana dziś przez badaczy z innych nurów — jest mi bardzo bliska.

### **3.1.6. Konkluzje: o potrzebie postdyscyplinarności**

Rozwinięty tu — z oczywistych względów w niepełnym zakresie — wachlarz inspiracji teoretycznych i metodologicznych podpowiada już, jak ukierunkowana będzie dalsza refleksja. Olbrzymi wpływ wywarły na nią impulsy płynące z kręgu krytycznej analizy i formacji postmodernistycznej, na którą złożyły się okruchy wielu teorii.

Tym, na co chcę zwrócić uwagę w tym miejscu, jest koncept *postdyscyplinarności*. Określenie to — odnotowane przez Obserwatorium Językowe

UW wśród nowych wyrazów w 2018 roku — oznacza ‘wzajemne przenikanie się modeli teoretycznych oraz kierunków badań w obrębie humanistyki, które tworzy zupełnie nową jakość naukową’<sup>75</sup>. W takim anturazie mogło dojść do niebezdyskusyjnej filiacji lingwistyki z medycyną, na wspólnym — jak by się wydawało — polu logopedii. Być może jest to zarzewie spełniania filologicznej fantazji, którą Aneta Wysocka zarysowała tak: „Mam marzenie, ale to bardzo mglisty pomysł (nawet nie projekt), żeby jakoś zbliżyć lingwistykę — niekoniecznie polonistyczną — do neuronauk (czy wężiej: neurokognitywistyki) (...). Ścieżki tak naprawdę jeszcze nie ma, logopedzi (głównie, choć nie tylko oni) próbują ją wytyczać, jak podróżnicy wycinający maczetą przejście w dżungli” (cyt. za: Filip 2018). Podzielam to marzenie jako polonistka, logopedka i literaturoznawczyni pretendująca do miana językoznawczyni. Mam nadzieję, że moje badania zorientowane na dyskurs medyczny dadzą asumpt do bliższych filiacji, jak choćby opisanie przez lingwistę „fraktalnego modelu komunikacji” (tamże). Tymczasem jednak wypada wrócić do meritum.

### **3.2. Porządek tego dyskursu**

Tak zatytułowany podrozdział sugeruje powrót do refleksji spod znaku Foucaulta, która odbija się w anglosaskich badaniach nad dyskursem, do których szczególnie zbliżają się badania polskich lingwistów (Witosz 2012, s. 66). Na tym tle chcę jednak zaproponować autorskie podejście do lingwistycznej pracy z dyskursem — praktykę gęstego czytania.

#### **3.2.1. *Pojęciarium*: wybory i uporządkowania terminologiczne**

##### **3.2.1.1. Definicja afazji**

*Afazję* za Maruszewskim definiuję jako „spowodowane organicznym uszkodzeniem odpowiednich struktur mózgowych częściowe lub całkowite zaburzenie mechanizmów programujących czynności mowy u człowieka, który już uprzednio opanował te czynności” (1966, s. 98). Do analizy wybrane zostaną teksty opisujące afazję spełniającą to kryterium.

---

<sup>75</sup> Obserwatorium Językowe UW, *Nowe wyrazy*, <https://nowewyrazy.uw.edu.pl/haslo/postdyscyplinar-nosc.html> [dostęp: 13.02.2023 r.].

### 3.2.1.2. Definicje tekstu i dyskursu

Za ramy dla swoich badań przyjmuję najbliższą mojej wizji krytyczną analizę dyskursu, w której tekst i dyskurs nie są tożsame (Wodak 2011, s. 17).

*Dyskurs* — według Normana Fairclougha, którego definicję przyjmuję jako ramową — „jest sposobem nadawania znaczenia pewnemu konkretnemu obszarowi życia społecznego postrzeganemu z określonej perspektywy (1995, s. 14, cyt. za Wodak 2008, s. 189). Obszarowi temu można przypisać określoną tematykę, która ustanawia typy dyskursów — między innymi interesujący mnie dyskurs medyczny.

Definicję Fairclougha łączę z koncepcją van Dijka, dla którego „dyskurs jest zdarzeniem komunikacyjnym. Oznacza to, że ludzie używają języka, by przekazywać różne idee i przekonania (lub by wyrażać emocje). Robią to zaś w ramach wyznaczonych przez przebieg bardziej złożonych sytuacji społecznych. (...) Cokolwiek by zachodziło w ramach owych złożonych sytuacji, uczestnicy komunikacji robią coś, co wykracza poza poziom przekazywania przekonań: wchodzi w interakcje” (2006, s. 1021).

Koncepcję dyskursu jako zdarzenia komunikacyjnego — co istotne ze względu na to, że praca ta ma charakter lingwistyczny — przyjmują także autorzy polskiej *Tekstologii* (Bartmiński, Niebrzegowska-Bartmińska 2012, s. 32). *Zdarzeniowość* wiąże się z wyróżnieniem jej składników, a więc tego, kto i jak używa języka (tamże, s. 33), które uzupełniam o pozostałe parametry zachowań językowych opisanych przez Grabiasa: do kogo kierowana jest wypowiedź, w jakim celu i w jakiej sytuacji (1994, s. 231), będące praktycznymi warunkami formułowania wypowiedzi zależnie między innymi od intelektualnego klimatu epoki.

Biorę także pod uwagę wskazówkę Haliny Grzmił-Tylutki o tym, że „w praktyce różne aspekty rozumienia dyskursu mogą się łączyć, krzyżować” (2010, s. 19). Mam więc świadomość, że mogą one wyłonić się w dalszych prowadzonych analizach tym bardziej, że mimo wskazania wyborów definicyjnych, nie utożsamiam się z żadną koncepcją badawczą — najbliższa mi, jak zauważyłam, jest KAD podbudowana odniesieniami do refleksji Foucaulta o zjawiskach z historycznego i współczesnego świata medycznego. Takie nieutożsamiające podejście nie jest w badaniach nad dyskursem niczym nowym, prezentuje je na przykład Małgorzata Lisowska-Magdziarz w *Analizie tekstu w dyskursie medialnym* (2006). Co więcej, teoretycy krytycznej

analizy dyskursu są zdania, że „teoretyczny eklektyzm” w tego typu badaniach jest ich zaletą, a nie wadą (Jabłońska 2013, s. 59).

Dalej w dyskursie jako zdarzeniu komunikacyjnym umieszczam „zespół zachowań językowych” (Lisowska-Magdziarz 2006, s. 16), rozumianych jako produkowanie wypowiedzi-tekstów. Tak zarysowana zależność między dyskursem a tekstem podpowiada, że „opis dyskursu polega na opisie cech tekstowych” (tamże). Pozwala to przyjąć definicję *tekstu*, który jest „fragmentem dyskursu, utrwalonym poprzez zapis i poddanym analizie (tamże, s. 17).

Oznacza to — jak wyjaśniają Bartmiński — że „tekst dziedziczy wszystkie aspekty dyskursu” (2009, s. 33), a więc relacje do nadawcy, odbiorcy, sytuacji. Może więc stać się obiektem (krytycznej) analizy dyskursu „z powodu śladów, jakie wytwarzanie dyskursu w określonej sferze życia” w nim pozostawiło (Dutka-Mańkowska 2016, s. 61).

Podsumowując uporządkowania terminologiczne, podkreślę jeszcze lingwistyczne profilowanie moich badań słowami Waldemara Czachura, który stawia tezę, że „miejscem, w którym język w formie znaków językowych i innych multikodowych systemów oraz reguł ich łączenia przybiera moc tworzenia znaczeń i tym samym modelowania wizji rzeczywistości (a więc wiedzy, podmiotów i władzy), jest właśnie wypowiedź w dyskursie” (2020, s. 151).

### 3.2.1.3. Selekcja nazewnictwa

Kolokatywna typologia Doroty Brzozowskiej (2014) podpowiada, jak dookreślić stosowane w rozprawie nazewnictwo. Do sformułowania *dyskurs medyczny* nie można mieć zastrzeżeń, jest ono powszechnie potocznie i akademicko stosowane, choć różnie rozumiane. Formuła rzeczownikowo-przymiotnikowa jest, jak już wspomniałam, najczęstsza. Analogicznie więc wypadałoby określić drugi z analizowanych elementów — byłby to więc *dyskurs afazyjny* (prymarnie traktujący chorobę — *afazję*) bądź *dyskurs afatyczny* (pierwszoplanowo ujmujący chorego — *afatyka*). Wariantywność ta z jednej strony działa niekorzystnie na rozumienie pojęcia tym bardziej, że — jak podpowiada NKJP — słowo *afazja* i jego derywaty nie mają wysokiej frekwencji użytkowej. Z drugiej natomiast — nie odpowiadała horyzontowi mojej refleksji, która obejmuje tak namysł nad chorobą, jak i nad chorym.

Kolokacje podpowiadają dalej, że mógłby to być dyskurs *czegoś* — *dyskurs afazji*. Nadal jest to zestawienie nietrafne, ponieważ antropomorfizuje afazję, jest więc zbyt metaforyczne. Następnie wyszczególnić można dyskurs *nad* — *dyskurs nad afazją*. Tu niefortunność wynika ze skojarzenia *dyskursu z debatą* czy *dyskusją*, sugerującego, że mielibyśmy do czynienia z rozważaniami poświęconymi afazji, prowadzonymi z naukowej czy publicznej perspektywy, co byłoby ujęciem zbyt wąskim w stosunku do planowanego zakresu badań. Kolejne połączenie dyskurs *w* — *dyskurs w afazji* — odsyła jednoznacznie do sfery logopedycznych poczynań diagnostycznych i terapeutycznych, w których *dyskurs* traktowany jest zupełnie inaczej<sup>76</sup> niż w KAD wyznaczającej perspektywę moich eksploracji.

Pozostało więc określenie *dyskurs o afazji*. W tym połączeniu ufundowanym na przyimku *o* ‘wyraz nadrzędny oznacza czynność mówienia, przekazywania informacji, a wyraz podrzędny w miejscowniku — przedmiot, temat, treść owej informacji’ (SJD). Podobnie słownik charakteryzuje połączenie z przyimkiem *nad*, który ‘tworzy z rzeczownikami w narzędniku wyrażenia, wskazujące na przedmiot tego, co oznacza wyraz nadrzędny’ (SJD). Semantyka *nad* implikuje jednak wspomnianą już *dyskusyjność* czy *debatowalność*, ponieważ ‘w połączeniu z wyrazami oznaczającymi procesy myślowe, wypowiedzi, wymianę zdań, zbiorowe roztrząsanie czego’ (SJD). Tymczasem wybrane do analizy przykłady, które zostaną omówione niżej, sytuują się w sferze „roztrząsań” prywatnych<sup>77</sup>.

Świadomie więc, rozpatrzywszy te konteksty, uznałam sformułowanie *dyskurs o afazji* za najbardziej udane. Zdziwienie może więc budzić jego nieobecność w tytule i pojawianie się w treści pracy. Wprowadzenie eliptycznego biernika podyktowane było względami stylistycznymi — uznałam, po pierwsze, że w ośmioelementowym tytule nie ma miejsca na dwie konstrukcje z rzeczownikiem *dyskurs*; po drugie — że zastosowana elipsa jest oczywista i nie wprowadza luki interpretacyjnej.

Dyskurs nie jest monolityczny, ale — jak ujął to Foucault — „prolifera”, co oznacza, że dyskursy istnieją obok siebie, a ich ramach typy dyskursów, które też nazywane są *dyskursami*. Zdaję sobie sprawę, że może to powodować pewien chaos nazewniczy, ale przyjmuję, że przynajmniej w badanej sferze życia, jaką jest — by tak to w uproszczeniu ująć — medycyna, intuicyjnie rozróżniamy zależność *dyskursu w*

---

<sup>76</sup> Zob. 4.2.4. *Dyskurs w logopedii*.

<sup>77</sup> Wymienić można jeszcze sformułowanie *dyskurs wokół*, ale nie został on wyróżniony w pracy o kolokacjach Brzozowskiej, toteż je pomijam.



*dyskursie* (np.: dyskurs choroby w dyskursie medycznym, dyskurs o afazji w dyskursie choroby, ale też dyskurs o afazji w dyskursie medycznym), czemu zresztą sprzyja również intuicyjne wyróżnianie pól znaczeniowych w ich obrębie.

Relacje między dyskursami bywają przedmiotem namysłu badaczy, a niektórzy z nich wprowadzają własne systematyzacje „dyskursywności” — jedną z nich znajdziemy u Haliny Grzmil-Tylutki operującej przedrostkami: *archi-*, *intra-*, *inter-*, *meta-*, *dia-* które odzwierciedlają to, jak „dyskurs wchodzi w relacje ze swoimi derywatami” (2010, s. 272). Nie wprowadzam podobnych rozstrzygnięć, ponieważ wykracza to poza ramy tej pracy, której przedmiotem nie jest teoria dyskursu jako takiego.

### **3.2.2. Pryncypia tożsamości przedmiotu i metody oraz przedmiotu i badacza**

Specyfiką badań nad dyskursem jest tożsamość przedmiotu i metody badań, czemu przyglądał się Robert Szwed w pracy *Nieswoistość analizy dyskursu w nauce o komunikacji. Dyskurs jako przedmiot i metoda badań* (2011). W jej świetle okazuje się, że często potykamy się o nie tak jednoznaczne — jak by się mogło wydawać — sformułowanie *analiza dyskursu*, które może wskazywać, że mamy do czynienia tak z teorią, jak i ze sposobem badania empirycznego przedmiotu jakim jest *dyskurs*. Przyjmuję więc, że „Badania empiryczne prowadzone z wykorzystaniem teorii dyskursu opierają się na przekonaniu, że analiza dyskursu nie jest tylko technicznym środkiem służącym do »wglądu« w badane zjawiska, lecz istotną częścią całościowego podejścia teoretyczno-metodologicznego” (Glynos, Howarth 2007, s. 7).

Na drugą swoistość utożsamienia zwrócił uwagę Edward Kasperski, kiedy pisał o antropologicznym wymiarze dyskursu: „dyskurs o człowieku charakteryzuje się tym, że jego autorzy lub uczestnicy są zarazem jego tematem i bohaterami. Każda ogólna refleksja antropologiczna z natury rzeczy stosuje się również do tego, kto ją wypowiada. W szerokim znaczeniu dyskurs taki stanowi tedy postać zbiorowego gatunkowego dyskursu autobiograficznego” (2007, s. 153). Zgadza się to z konstatacją Foucaulta o tym, że „nie można wyjść poza dyskurs”, nie można go analizować *spoza*. W pełni przekonanie to odbija się po zwrocie autoetnograficznym uprzywilejowującym autoetnografię — w formule *dotknięć, zranień, odkształceń* — w której badacz jest i częścią metody, i narzędziem (Kalinowska 2017).

### 3.2.3. Propozycja praktyki gęstego czytania

Swój sposób pracy z dyskursem konceptualizuję jako *strumień refleksji* badawczej zorientowanej językoznawczo, odpowiadającej *strumieniowi tekstów* i *strumieniowi świadomości*. W analogiach tych uwidacznia się literaturoznawcze podłoże, ma którym tworzę kompilację metod antropologicznych (jakościowych), etnolingwistycznych (JOS), narracyjno-medycznych (*close reading*) oraz krytycznej analizy (KAD). Pozwala mi to zaproponować jako sposób postępowania badawczego<sup>78</sup> praktykę, którą nazywam *gęstym czytaniem*.

Propozycja ta powstała w odniesieniu do znanej w antropologii metody jaką jest „gęsty opis”. Clifford Geertz zapożyczył ten termin od Gilberta Ryle’a, brytyjskiego filozofa<sup>79</sup>, i zaadaptował do potrzeb antropologii, co omówił w pracy *Opis gęsty: w poszukiwaniu interpretatywnej teorii kultury* (2005).

Gęsty opis jest taką perspektywą badawczą, której nie da się ująć w skodyfikowane protokoły postępowania, czego przyjmujący ją badacze są *krytycznie* świadomi, w związku z czym nie przypisują swoim analizom ani uniwersalności, ani skończoności. Można jednak wyróżnić jej swoiste cechy: interpretatywność, skupienie analizy na „strumieniu dyskursu społecznego”, utrwalanie tego, co ulotne, mikroskopijna skala badań (Bomba 2009), oznaczająca pracę z poszczególnymi przypadkami. Metoda ta jest więc zależna od okoliczności towarzyszących tym „przypadkom”. Dlatego — jak wyjaśnia Radosław Bomba — „służy przede wszystkim sformułowaniu wniosków klinicznych, a nie ogólnych, diagnozując ich charakter w oparciu o bieżący kontekst, w którym się one pojawiają” (2009). Kontekstem tym jest kultura tworząca ramę dla poszukiwań odpowiedzi na pytania o to, jak i dlaczego

---

<sup>78</sup> Zdaję sobie sprawę z tego, że istnieją gotowe metody pracy z dyskursem, jak choćby ta, którą zaproponowali Ingo H. Warnke i Jürgen Spitzmüller — *Wielopoziomowa lingwistyczna analiza dyskursu* — *DIMEAN* (2009). Nie korzystam z niej świadomie, ponieważ uznaję ją za *niewystarczającą dyskursywnie*.

<sup>79</sup> „W celu zobrazowania znaczenia tego terminu Ryle w swoich rozważaniach przywołuje przykład dwóch chłopców, którzy gwałtownie mrugają. Pierwszy z chłopców mruga z powodu nerwowego tiku, w sposób od niego niezależny, natomiast drugi z nich mruga, aby przekazać jakiś sekretny, porozumiewawczy sygnał. Filozof zauważa, że obserwator patrzący na te mrugnięcia z boku, ograniczając się jedynie do bezpośredniego opisu tego, co widzi nie zauważyłby pomiędzy tymi zjawiskami żadnej różnicy. Mimo to różnica pomiędzy nerwowym tikiem, a celowym mrugnięciem jest zasadnicza. Pierwszy chłopiec mrugając z powodu tiku nerwowego wykonuje jedną czynność — zaciska powieki. Drugi natomiast mrugając porozumiewawczo wykonuje znacznie więcej działań, gdyż podjęta przez niego czynność nie jest tylko prostym zamknięciem i otwarciem powiek, a składa się na nią: (1) określony cel mrugającego, (2) mrugający zwraca się do konkretnego odbiorcy, (3) przekazuje określoną wiadomość, (4) używa społecznie zrozumiałego kodu, (5) działa w tajemnicy przed resztą otoczenia” (Bomba 2009).

aktorzy społeczni utożsamiają się z pewnymi systemami znaczeń (Grzmil-Tylutki 2010, s. 74) oraz o to, jak określone sensory zależą od okoliczności.

Według Geertza gęsty opis jest tworzonym przez badacza konstruktem, interpretacją. *Gęste czytanie* jest więc jego uzupełnieniem na polu badań okoł antropologicznych, stworzonym jednak z myślą o filologach. Jako lingwistka pracuję z danymi językowymi, jako dyskursywiści — z kontekstem, w którym one funkcjonują. Perspektywy te łączą się w gęstym czytaniu. Do wprowadzenia tego terminu zainspirowało mnie też to, co Foucault napisał w *Porządku dyskursu*: „Jeśli istnieje coś takiego jak dyskurs, to czymże on może być w swej prawomocności, jeśli nie dyskretną lekturą” (2002, s. 35). To, że przyjmuję w swojej rozprawie tożsamość przedmiotu i metody analizy, pozwala mi uznać, że skoro dyskurs jest lekturą, jego badanie również jest lekturą — czytaniem: gęstym, refleksyjnym, krytycznym.

Jednostkowość jest cechą, która gęsty opis dzieli ze studium przypadku (*case study*) jako „formą badań nauk medycznych i społecznych” (Kuć 2021, s. 78; Yin 2015), wykorzystywaną w afazjologii (Kuć 2021) czy neuropsychologii (Kądzielawa 2002) zorientowanej jakościowo. Ideą studium przypadku jest przyjrzenie się pewnemu zjawisku w jego naturalnym kontekście<sup>80</sup> w perspektywie holistycznej, uwzględniającej odniesienia do rzeczywistości, dzięki czemu sprawdza się w badaniach klinicznych przypadków rozmaitych zaburzeń (Kuć 2021, s. 78, 79).

Często wybór „przypadku” nie jest ani łatwy, ani oczywisty, dlatego wspomaga się go procedurą przesiewową. Charakter *screeningowy* ma w moich rozważaniach rekonesans dyskursu medycznego, a w nim — dyskursu o afazji. Na podstawie poczynionych tam rozpoznań wybrałam jako „przypadek” książkę *Wolga przez Afazję* Karoliny Wiktor. Jej z kolei opis — powstały w praktyce gęstego czytania — ma charakter deskryptywny.

### **3.2.3.1. Projektowanie przedmiotu badań**

Odnosząc się do typologii, można wskazać, że w najoczywistszy sposób *dyskurs medyczny* jako sfera życia społecznego skonceptualizowany został tematycznie, podobnie jak *dyskurs o afazji*. Wskazać tu jednak można interferujące autoramenty. W nawiązaniu do propozycji Haliny Grzmil-Tylutki można go uzupełnić o dyskurs wyróżniony przez kategorię podmiotu i miejsca (2010). Z kolei z propozycji

---

<sup>80</sup> Idea studium przypadku koresponduje więc też z założeniami etnografii afazji — zob. 3.1.4.

Małgorzaty Lisowskiej-Magdzarz dołączyłabym wariant dyskursu jako języka w użyciu konkretnej osoby (2006). Zgadzam się z badaczką dyskursu francuskiego odnośnie do tego, że choć wybieramy dominantę analizy, pozostałe kategorie pozostają w polu widzenia (2010, s. 47). Podobnie przedstawiają się wytyczne Waldemara Czachura dotyczące projektowania dyskursu jako przedmiotu badań<sup>81</sup>. Swoje podejście sytuuję więc w perspektywie poznawczej, ukierunkowanej na wyjaśnienie tego, co mnie — jako badaczkę — interesuje w dyskursie z dominującą komponentą tematyczną (2022, s. 86), pozwalającą jednak odnieść się do pozostałych wymiarów: instytucjonalnego, substancjalnego oraz ideologicznego (tamże, s. 88).

Należy podkreślić, że w podejściu antropologicznym konstrukcja przedmiotu badań nie jest jednorazowym aktem erekcyjnym, ale pasmem przybliżeń czy procesem *wrastania* rozumianego jako po wielokroć podejmowany namysł nad interpretowanym materiałem oraz literaturą przedmiotu — „To myślenie długodystansowe, pogłębione, wielowymiarowe, wymagające czasu, zobowiązujące do zanurzenia się w danej kwestii, bez gwarancji natychmiastowego sukcesu” (Korzeniecka-Bondar 2018, s. 79). W rezultacie dochodzi do przyrostu „wiedzy i rozumienia” (tamże).

### **3.2.3.2. Co będzie analizowane**

Gęste czytanie wyrasta z antropologii i badań etnograficznych, które „użyczają” — i staje się to coraz bardziej rutynowe — swojego instrumentarium badaniom zorientowanym na dyskurs i wielu innym dyscyplinom (Oberhuber, Krzyżanowski 2011, s. 283). Propozycja ta ukierunkowana inaczej niż *close reading* w amerykańskim wydaniu literaturoznawczym bądź w adaptacji do potrzeb medycyny narracyjnej — pozwala zachować dyskursywistyczne przeznaczenie i wyrazistą komponentę lingwistyczną. Etnograficzne pochodzenie sprawia, że dość łatwo aplikuje się ona do etnolingwistyki, z której aparatu pojęciowego może z powodzeniem korzystać w opisie przedmiotu badań. Wpływów jest tu jednak więcej, wstępnie wyekscerpuję je ze *sztfaża inspiracji*.

Z planu (socjo/antropo)językowego będą to: słownictwo (Tokarski 1993), formy gramatyczne, klisze (Bartmiński 1990), syntaksa, słowotwórstwo, semantyka, etymologia, onomastyka (Anusiewicz, Dąbrowska, Fleischer 2000); z planu tekstu (tekstologii): struktura, kompozycja tekstu, styl, gatunek. Dalej kognitywne

---

<sup>81</sup> Zob. s. 98.

mechanizmy językowe<sup>82</sup>: kategoryzowanie, definiowanie, wartościowanie, punkty widzenia, perspektywy, profilowanie, ramy interpretacyjne. Następnie „teksty z języka implikowane”, przez które rozumiem odniesienia intertekstualne (Bartmiński 1990), uruchamiające konteksty: kulturowy, społeczny, sytuacyjny, intensjonalny (Kiklewicz 2012).

Z planu medycyny narracyjnej: rama, forma, czas, fabuła, pragnienie, przestrzeń, metafora (Charon 2006; 2017).

Z antropologicznej teorii semantycznej sieci choroby: słowa, sytuacje, emocje (Good 1994).

Z myśli Foucaulta i krytycznej analizy dyskursu: przedmioty, do których odnosi się tekst; miejsca, z których padają wypowiedzi; pojęcia konstytuujące dyskurs, wywodzące się z nich teorie (2002).

Z jakościowej analizy dyskursu: leksyka, semantyka, styl, gatunek, akty mowy, retoryka (Wodak 2011, s. 21).

Zestawienie to pokazuje, że pewne kategorie analizy wskazywane przez różne obszary badawcze powielają się, inne się zazębiają, zawierają (co można wydedukować, znając ich charakterystykę, np. czas zawiera się w kontekście sytuacyjnym) w sobie pojedynczo lub w wielości. Wybieram więc spośród nich te, które się powtarzają i w ten sposób otrzymuję amalgamat kategorii<sup>83</sup>:

— podmiot(y) — nadawca, odbiorca, osoby zaludniające świat dyskursu; ich pozycje; relacje między nimi (równość/ dominacja/ hegemonia); interakcje (empatia/ wrogość/ wykluczenie/ zagrożenie); pozycja społeczna i komunikacyjna; punkt widzenia; wizja społeczności (mieszkaniec/ przybysz/ obcy);

— rama — okoliczności powstania tekstu; konteksty (kulturowy, społeczny, sytuacyjny, intensjonalny); relacja medycyna/ człowiek; usytuowanie wśród innych dyskursów;

— forma (kompozycja, styl, gatunek);

— przestrzeń — granice rzeczywistości (otwarta/zamknięta; artefakty);

— sytuacja — punkty widzenia;

— czas — chronologia, linearność, luki, perspektywa;

---

<sup>82</sup> Zob. *Instrumentarium językowego obrazu świata*, s. 101.

<sup>83</sup> Choć nie ujęłam w tej systematyce wszystkich elementów wyekscerpowanych z tła etnolingwistycznego i medycznego, muszę zastrzec, że mogą się one pojawić w analizie, co wynika z koncepcji amalgamatu.

— słownictwo (tu na różnych poziomach szczegółowości możliwe jest wykorzystanie: np. słowotwórstwa, onomastyki, fleksji);  
— metaforyka — wraz z symboliką;  
— wartościowanie — wraz z emocjami; nacechowanie aksjologiczne i emocjonalne;  
— fabuła — wydarzenia, wydźwięk, antycypacje;  
— retoryka — wpływanie na reakcję odbiorcy; emocjonalizacja; racjonalizacja;  
— strategie — potwierdzenie/podważenie wiedzy i władzy symbolicznej; wyrażanie zaangażowania, redefiniowanie.

Zbiór kategorii analizy nazywam *amalgamatem* dlatego, że w części analitycznej nie porządkuję refleksji według poszczególnych kategorii. Filologiczną — nie tylko lingwistyczną — pracę z tekstem, z dyskursem widzę raczej jako twórczą niż rzemieślniczą, raczej eseistyczną niż katalogową. W innym wypadku analiza byłaby mniej lub bardziej rozbudowanym spisem przykładów. Jestem daleka od takich praktyk. O swoich badaniach muszę więc powiedzieć, że są nielinearne w sposób, który wyróżnia wśród innych typów postępowania naukowego badania etnograficzne, o których można powiedzieć, że: „proces badawczy nie przypomina linii prostej, lecz raczej serię pętli, ponieważ każdy krok prowadzi badacza do refleksji nad wcześniejszymi krokami, a nawet do ich zrewidowania” (Delmont 2004, s. 223).

By stworzyć ramy dla tego amalgamatu, wróć do Foucaulta. Kiedy pisze on o „miejscach, skąd padają wypowiedzi” (2002, s. 36–45), wskazuje, że podmioty wypowiadają się z określonych pozycji, które należy określić jako zinstytucjonalizowane (np. lekarz, pacjent). Zwraca też uwagę na to, że w społeczeństwach istnieją mechanizmy wytwarzania dyskursu, jego organizowania, kontrolowania, selekcjonowania, redystrybucji (2002, s. 7) — to one stanowią jego *porządek*<sup>84</sup>.

Zaznaczyć też muszę, że podzielam opinię językoznawców o tym, że z ich punktu widzenia badania zorientowane na dyskurs należy określić „lingwistykę nieprecyzyjnego przedmiotu badań” (Warnke 2007, s. 18, cyt. za.: Czachur, 2022, s. 89). By go sprecyzować, wybrałam cztery domeny porządkujące, do których zaszeregotałam wyznaczone wcześniej kategorie:

---

<sup>84</sup> Mechanizmy te jedynie zidentyfikuję, ale nie będę ich szczegółowiej analizować, dla zrealizowania celu tej rozprawy wystarczy bowiem ich rozpoznanie.

— **tło** — rama — okoliczności powstania tekstu; konteksty (kulturowy, społeczny, sytuacyjny, intensjonalny); relacja medycyna/człowiek; usytuowanie wśród innych tekstów, dyskursów (intertekstualność, referencyjność), recepcja;

— **tekst** — podmiot(y) — nadawca, odbiorca, osoby zaludniające świat dyskursu; ich pozycje; relacje między nimi (równość/dominacja/hegemonia); interakcje (empatia/wrogość/wykluczenie/ zagrożenie); pozycja społeczna i komunikacyjna; punkt widzenia; wizja społeczności (mieszkaniec/przybysz/obcy); — sytuacja — punkty widzenia; — przestrzeń — granice rzeczywistości (otwarta/zamknięta); — artefakty; — czas (chronologia, linearność, luki, perspektywa chorego) — forma (kompozycja, styl, gatunek) — fabuła (wydarzenia, antycypacje);

— **język** — słownictwo (tu na różnych poziomach szczegółowości możliwe jest wykorzystanie: np. słowotwórstwa, onomastyki, fleksji) — metaforyka wraz z symboliką; — wartościowanie wraz z emocjami;

— **wydźwięki** — retoryka (wpływanie na reakcję odbiorcy; emocjonalizacja; racjonalizacja) — strategie (potwierdzenie/podważenie wiedzy i władzy symbolicznej; wyrażanie zaangażowania, redefiniowanie).

Dwa środkowe elementy analizy mają charakter językoznawczy, pierwszy i ostatni stają się klamrą kontekstową. Jak wspomniałam, nie analizuję ich oddzielnie, ale wracam do nich w podsumowaniu jako punktu odniesienia i usystematyzowania wyników analizy.

### 3.2.3.3. Dobór materiału językowego

Sekretu dobrych badań jakościowych — a w takim paradygmacie sytuuję swoje — należy upatrywać w możliwości korzystania z różnych źródeł, które potwierdzają wyciągane przez badacza wnioski (Agar 1996, s. 37). Dostrzeżenie istniejących między nimi powiązań jest elementem kreatywnym (Oberhuber, Krzyżanowski 2011, s. 305). Jego obecność wynika z nieuniknionej „semantycznej otwartości dyskursu”, którą Stanisław Gajda wiąże ze „złożonością oznaczanych obiektów oraz ciągłą zmianą sytuacji poznawczej” (2005, s. 10). Czas więc, by zaprezentować rzeczzone „obiekty”, czyli teksty będące „namacalnym” przedmiotem analizy dyskursu (Czachur 2022, s. 87).

Zgodnie z koncepcją Foucaulta<sup>85</sup> dyskurs jest zespołem rozproszonych wypowiedzi, którym przypisuje on status zdarzeń. To one będą przedmiotem analizy — w myśl tego, co zostało napisane, nie będzie to jednostkowa egzemplifikacja, ale zespół „zdarzeń” satelitarnych wobec tekstu bazowego. W doborze materiału językowego jako nadrzędne wykorzystałam kryterium tematyczne — afazję<sup>86</sup> i frekwencyjne, które pozwoliło doprecyzować wybór afazji poudarowej, którą diagnozuje się najczęściej.

Punktem wyjścia dla analizy jest książka Karoliny Wiktor<sup>87</sup> *Wolną przez Afazję* (2014), do której dobrałam teksty w oczywisty sposób tworzące z nią „zespół” — pochodzące ze znanych mediów zapisy rozmów z autorką: *W pończosze istota jest...* *Rozmowa z Karoliną Wiktor* — Klaudia Muca (2016, M); *Moje niekonieczności. Rozmowa z Karoliną Wiktor* — Monika Stelmach (2018, S); *Dzięki sędziemu nie bałam się afazji* — z Karoliną Wiktor rozmawia Eliza Gaust (2017, G); *Jestem Cyceronem afazji* — z Karoliną Wiktor rozmawia Beata Igielska (2022, I).

By zobrazować potencjał dyskursywny, kryterium tematyczne połączyłam z autobiograficznym<sup>88</sup>, co pozwoliło mi dodać do analizy teksty innych afatyków: Tadeusza Kaczmarka<sup>89</sup> — *Udar mózgu i afazja. Wspomnienia Tadeusza T. Kaczmarka* (2016) oraz Jacka Rozenka<sup>90</sup> — *Padnij, powstań. Życie po udarze* (2022).

---

<sup>85</sup> U zarania tradycji foucaultiańskiej to, co dykurologicy nazywają *korpusem tekstów* wykorzystywanych w analizie, był mocno zideologizowany, obejmował więc teksty historyczne, społeczne, polityczne, pozwalające odtworzyć reguły ich powstania. Dziś korpusy mogą tworzyć „wszystkie wypowiedzi w ramach ich instytucjonalizacji” (Grzmil-Tylutki 2010, s. 31), tworzące spójną całość wyróżnioną na podstawie przynależności tematycznej.

<sup>86</sup> Zgodnie z definicją wskazaną w podrozdziale 3.2.1.1. kryterium nie stanowił typ afazji ze względu na dynamikę zmian obrazu zaburzeń.

<sup>87</sup> **Karolina Wiktor (1980)** — artystka sztuk wizualnych. W latach 2001–2010 tworzyła z Aleksandrą Kubiak legendarny duet performerski Sędzia Główny. Ze względu na stan zdrowia zrezygnowała z działalności performerskiej, twórczo przepracowuje swoje doświadczenie choroby. Przeszła udar w 2009 roku, w wieku dwudziestu dziewięciu lat.

<sup>88</sup> *Autobiografizm* traktuję tu jako kategorię nadrzędną wobec *autobiografii*, której rysy mają też pamiętnik, dziennik, blog, poemat. Pojęcia te bywają używane zamiennie, co nie zawsze jest właściwe. Wyjaśnia to Edward Kasperski, zdaniem którego *autobiografia* ma węższe znaczenie, genologiczne, jest to „typ (gatunek) wypowiedzi, który w granicach określonego systemu form specjalizuje się w relacjonowaniu faktów i wydarzeń życia autora tej wypowiedzi”. *Autobiografizm* z kolei jest przez niego postrzegany jako pewien kompleks wykraczający poza genologię. To: „ogół relacji (wypowiedzi), z których każda spełnia minimum dwa warunki: 1) dotyczy życia określonej jednostki, 2) jest relacją tej samej jednostki, której życia dotyczy”, ponadto charakteryzuje się polimorfizmem gatunkowym, stylistycznym oraz językowym (2001, s. 10).

<sup>89</sup> **Tadeusz Teofil Kaczmarek (1936–2021)** — dr hab. nauk ekonomicznych, wieloletni wykładowca Uczelni Łazarskiego, ekspert z dziedziny zarządzania ryzykiem i finansów, autor ponad stu publikacji naukowych. Przeszedł udar w 2014 roku, w wieku siedemdziesięciu ośmiu lat.

<sup>90</sup> **Jacek Rozenek (1969)** — absolwent warszawskiej Państwowej Wyższej Szkoły Teatralnej, brał udział w produkcjach telewizyjnych, filmowych, teatralnych oraz dubbingowych; animator kultury i trener biznesu; ojciec trzech synów. Przeszedł udar w 2019 roku, w wieku pięćdziesięciu lat.



Wszystkie one są — by posłużyć się określeniami ze słownika Foucaulta — „rozsiane w polu dyskursu” o afazji, w którego tle znajduje się dyskurs medyczny. Nie są jednak jednorodne, ale tworzą różnorodną próbę podmiotów afatycznych: artyści (Wiktor), naukowiec (Kaczmarek), celebryty (Rozenek).

#### 3.2.3.4. Jak czytać gęste czytanie

Próba gęstego czytania w rozdziale piątym okaże się tekstem specyficznym — taka ma być w moim założeniu — może nawet awangardowym, co wynika zapewne z tego, że ma korespondować z przedmiotem swojego opisu. Jak wspomniałam, analizę kategorii analitycznych zaplanowałam jako *amalgamatyczną*, co odbija się w strukturze podrozdziału 5.1. Tekst przypomina tam amalgamat, ale też strumień dyskursu. Dlatego jedyną segmentację stanowią światła między akapitami, pozbawionymi wcięć akapitowych, co odzwiercidla *strumieniowość*, *amalgamatyczność*, *nierozdzielność*.

W praktyce gęstego czytania wyróżniam dwa etapy. Pierwszy — podrozdział 5.1. — to studium przypadku tekstu bazowego, którego znaczenie wyłania się w dyskursie z tekstami satelickimi, uzupełniającymi, dopełniającymi, związanymi z nim bezpośrednio poprzez osobę autorki. Jest to kompozycja cytatów z książki *Wolga przez Afazję*<sup>91</sup>, której strony nie mają paginacji, dlatego żadne numry nie pozwalają na identyfikowanie miejsc cytowanych. By zachować jednorodność, zrezygnowałam ze wskazywania cytowanych stron z pozostałych tekstów, co nie było trudne, ponieważ większość z nich pochodzi z internetowych wydań; poza jednym — oznaczonym jako M — z papierowej wersji, który musiał się poddać tej zasadzie. Zależało mi jednak na tym, by móc je od siebie odróżniać, dlatego wprowadziłam oznaczenia literowe<sup>92</sup>. Oznaczenia takiego nie posiadają cytaty z *Wolgą...*, ponieważ chciałam je w ten sposób wyróżnić. Tradycyjne odnośniki znajdują się natomiast przy cytatach z prac, które traktuję jako konteksty.

Podrozdział 5.2. ma natomiast charakter porównawczy oraz inferencyjny. Ilustruje kwestie, które pojawiły się w gęstym czytaniu w podrozdziale 5.1., przykładami z tekstów innych afatyków. Pozwala to na naświetlenie miejsc wspólnych, które tworzą razem „mapę” afazji z ośmioma punktami orientacyjnymi.

---

<sup>91</sup> Zachowałam pisownię oryginalną, z wszelkimi niekonsekwencjami interpunkcyjnymi.

<sup>92</sup> Zob. s. 132.

W gęstym czytaniu balansuję między etycznym — jestem tam przecież voyeurką w autobiograficznym *privatissimum* — i empatycznym analizowaniu materiału językowego a prezentacją wyników tej praktyki, podszytej poropozycjami ponowoczesnych metodologii. Mogę mieć tylko nadzieję, że zapoznanie się z nimi — choć może być trudne — będzie intelektualną przygodą w świecie może egzotycznym, mało znanym, ale będącym tuż obok i najprawdopodobniej rozwijającym się oraz inkluzyjnym na tyle, że w którymś momencie wielu z nas może stać się jego rezydentami.

### **3.2.4. Dylematy badacza**

Poza omówionymi już rozstrzygnięciami w sferze pojęciowej jako badaczka dyskursu medycznego, a w jego „ramach” dyskursu o afazji, zetknęłam się z kilkoma problemami, które może nie tyle wymagały rozstrzygnięć — bo nie zawsze są one możliwe — ile uświadomienia sobie ich wpływu na dalej podejmowane refleksje.

#### **3.2.4.1. Pozycja naukowca**

Rola badacza dyskursu jest specyficzna ze względów wynikających z omówionej już tożsamości przedmiotu i metody oraz przedmiotu i badacza. Jednak w wypadku badań obejmujących dyskurs medyczny kwestia pozycji badacza problematyzuje się jeszcze bardziej. Z jednej strony mamy bowiem naukowców-scjentyistów, którzy ten dyskurs głównie współtworzą, z rzadka tylko prowadząc rewidujące metaanalizy, z drugiej zaś — naukowców-humanistów, którzy go nie tylko współtworzą, ale też w większym stopniu analizują, interpretują, krytykują, przyglądają mu się z różnych punktów widzenia. Uświadamia nam to, że żaden tekst nie jest „dany”, ale konstruowany w dyskursie, którego zakorzenienie w świadomości badacza, w jego wyobraźni, światopoglądzie jest niepodważalne, co Hayden White udowodnił w *Poetyce pisarstwa historycznego* (2000).

Językoznawstwo jest również *uwikłane w pisanie* — tak jak antropologia i etnografia, na których podobieństwo znosi „klasyczny” autorytet badacza-językoznawcy nieopuszczającego swojego gabinetu, by badać świat i język wokół. Językoznawca zorientowany dyskursywnie nie pracuje z wypreparowanym ze związków ze światem zewnętrznym „martwym” tekstem na podobieństwo anatoma w prosektorium. Pracuje raczej na podobieństwo etnografa — z żywym, tkliwym, często

interakcyjnym, dynamicznym, rozrastającym się strumieniem doświadczeń stekstualizowanych, dziś zwirtualizowanych. Nie jest przy tym wolny od własnych psychosensualnych predylekcji ani od kontekstów czasoprzestrzennych, ani od klimatu swoich czasów. Takie podejście — wzmocnione duchem postmodernizmu — weryfikuje dotychczasową pozycję badacza: nie może on dłużej uzurpować sobie stanowiska wszechwiedzącego, niezależnego od okoliczności podmiotu poznania. Przeciwnie, może swoje stanowisko — by posłużyć się językiem kognitywistyki — *sprofilować*, przyjmując, że idące za tym ograniczenia nie dyskredytują jego badań, ale uwiarygodniają je jako „zakorzenione” w zastanym świecie.

Zorientowanego etnograficznie językoznawcy nie oddziela od świata szklana tafla, za którą odbywają się eksperymenty, autopsje i wiwisekcje, często nie oddzielają go też „rękawiczki” — by tak ująć bezpośredniość uczestniczenia w uniwersum języka. Kontakt z językiem staje się nie tylko audialny, ale też wizualny, audiowizualny, jak również haptyczny — w tym wypadku nie chodzi tylko o odczytywanie pisma braille’owskiego opuszkami palców, ale o możliwość dotykowego kontaktu z artefaktami semiotycznymi, które można wypreparować z książki *Wolga przez Afazję* (paszport Afazjanina).

#### **3.2.4.2. Pokusy badacza**

W związku z tak zarysowującą się pozycją badacza, lingwistyczne badania nad dyskursem zorientowane etnograficznie mierzą się z problemem tego, że mają „zawsze charakter wybiórczy oraz subiektywny, gdyż z konieczności odzwierciedla[ją] konkretne doświadczenia każdego badacza związane z danym obszarem” (Oberhuber, Krzyżanowski 2011, s. 304). W związku z tym należy przyjąć zasady ustrukturyzowujące podejmowane refleksje. Są to: przejrzystość, adekwatność metod, oparcie na empirycznych danych, a nie apriorycznych modelach, gromadzenie niejednorodnych danych — pamiętałam o tym przy komponowaniu materiału językowego, by unikać „doboru danych do zilustrowania jakiejś teorii”. Wzięłam więc pod uwagę to, że „przy doborze próby należy uwzględnić przypadki skrajne lub kontrastujące ze sobą, aby poznać rozkład prawidłowości na badanym obszarze (lub obalić hipotezę)” (tamże). Ostatnią zasadę wyznacza autorefleksyjność — „jawne wyrażanie osobistych uwarunkowań i zainteresowań oraz prowadzenie systematycznej

refleksji nad rozwojem” przemysłów badawczych (tamże) — której ślady znajdują się w wielu miejscach niniejszej pracy.

Podkreślenia wymaga to, że w podejściu krytycznym pojawia się jeszcze ryzyko wystąpienia „tendencyjnej postawy krytycznej”. By sobie z tym poradzić, praktycy zalecają korzystanie z zasady triangulacji (Cicourel 1969). Oznacza to podejmowanie wysiłku, by z dyskursem pracować interdyscyplinarnie, z wykorzystaniem różnorodnych danych, a także by wychodzić poza czysto językowy wymiar analizy (Wodak 2011, s. 25).

### 3.2.4.3. Językoznawca w klinice

Omówiony wyżej sposób pracy nie jest jednak powszechny na pograniczu dyscyplin tak od siebie odległych jak lingwistyka i medycyna. Można odnieść wrażenie, że wejście w dyskurs medyczny musi być legitymizowane zawodową przynależnością z zastrzeżeniem jednak, że partnerstwo jest tu możliwe jedynie między adeptami studiów lekarskich — nie jest partnerem dla polskiego lekarza ani pielęgniarka, ani logopeda, ani przedstawiciel humanistycznej dyscypliny związanej z medycyną, jak antropologia czy socjologia<sup>93</sup>. Hubert Wierciński w pracy *Etnograf w szpitalu...* (2016) — do której nawiązuje tytuł tego podrozdziału — zauważył, że trudno polskiego antropologa spotkać w klinice, choć jest to miejsce badań często wybierane przez jego amerykańskich kolegów. Natomiast w książce *Rak. Antropologiczne studium praktyk i narracji* pisal:

„Prowadzenie badań etnograficznych w świecie biomedycznym nie jest łatwe. Etnografowie przez długi czas niechętnie zapuszczali się do szpitali i (...) dopiero pogłębiona refleksja nad kolonializmem i zerwanie z powiązaną z nim tradycją badawczą skłoniły badaczy do odwiedzenia placówek medycznych, które okazały się równie »egzotyczne« i ciekawe, jak dalekie krainy. Dostęp do tych miejsc nie jest łatwy, a sami antropolodzy muszą zmagać się z licznymi przeszkodami i barierami, do których nie nawykli” (2015, s. 11).

Kłopot wynika z tego, że medykom *szalenie* trudno „zrozumieć, że chorobę (...) można badać inaczej, niż robią to lekarze” (tamże, s. 10)<sup>94</sup>. Dopiero w tym kontekście można

---

<sup>93</sup> Zob. s. 114.

<sup>94</sup> Jedną z badaczek etnograficznych, które prowadziła takie badania w ośrodkach medycznych, była Ruth Wodak. Jej analizy dyskursu medycznego w przychodniach, obejmujące wywiady z pracownikami i pacjentami, pokazały, jak wypowiedzi te uzależnione są między innymi od pory dnia.

zrozumieć, z jakimi trudnościami spotka się językoznawca chcący prowadzić badania w szpitalu. Nie mówię tu o językoznawcy-logopedzie, który jest pożądanym członkiem zespołu terapeutycznego, ale o językoznawcy, który chciałby — jak antropolog Wierciński — badać narracje lub jak ja — prowadzić badania spod znaku językowego obrazu świata. Takich językoznawców — śmiem twierdzić — nie ma, dlatego że nie wyobrażają sobie, że mogliby dane językowe pozyskiwać w szpitalu, a jeśli sobie wyobrażą i spróbują, spotkają się z niezrozumieniem urastającym do niechęci wobec *intruza* zaburzającego rutynę dnia instytucji totalnej, jaką jest szpital, w którym podmiotowość pacjenta zostaje zawieszona (Tarkowski 2021d).

Wspominam o tym, ponieważ podjęłam próbę zbierania danych językowych w szpitalnym oddziale rehabilitacji, a więc tam, gdzie pacjenci z afazjami przebywają w stanie, który nie zagraża już ich życiu. Mimo uzyskania zgodny od „cywilnych” władz placówki na pracę z pacjentami, spotkałam się z nieprzychylnymi reakcjami personelu medycznego. I mimo że sami pacjenci wyrażali zainteresowanie rozmową ze mną, nie udało się stworzyć odpowiednich ku temu warunków. Nie znalazło się miejsce, gdzie te rozmowy mogły się odbywać w kameralnej atmosferze, a prowadzenie ich w wieloosobowych salach chorych uznałam za niewłaściwe, a nawet nieetyczne.

Gdyby jednak ten projekt prowadzenia badań językoznawczych w szpitalu się powiodł, praca ta miałaby zupełnie innych charakter. Owszem, nadal zorientowana byłaby na dyskurs, ale w odmianie mówionej, a to implikowałoby chociaż odniesienie się do metod analizy konwersacji. Z tym jednak wiązałyby się dalsze komplikacje.

#### **3.2.4.4. Dlaczego nie analiza konwersacji**

„Konwersacja — wyjaśnia Halina Grzmil-Tylutki — jak każda inna interakcja, przynależy do dyskursu i podlega jego metodologii badawczej, stanowiąc pełny, zinstytucjonalizowany, koherentny i kohezyjny tekst, tworzony w określonych „warunkach” (2010, s. 238). Nie leży więc ona w centrum zainteresowania lingwistyki, ale znajduje się wśród zainteresowań: dyskursywistów, etnometodologów, socjologów, pragmatyków nawiązujących do teorii Austina, Searle’a, Grice’a czy Wittgensteina, a także w aspekcie terapeutycznym psychologów ze szkoły Palo Alto (tamże). Terapeutycznie konwersacją jako elementem dyskursu — rozumianego jako działanie społeczne — zajmują się także logopedzi<sup>95</sup>.

---

<sup>95</sup> Zob. 4.3.4. *Dyskurs w neuro/logopedii*.

Gdyby praca ta dotyczyła wypowiedzi osób z afazjami, niemożliwe byłoby pominięcie sposobu realizacji tych wypowiedzi, ich defektywności. Takie opisy powstają od dawna, choć w innych — logopedycznych — warunkach metodologicznych. W wypadku osób z afazją wypowiedzi ustne siłą rzeczy wymagałyby też analizy logopedycznej, która nie mieści się w zakresie podjętych tu badań.

Nie zdecydowałam się w końcu na wykorzystanie wypowiedzi ustnych także dlatego, że moje rozumienie materiału językowego jako dyskursywnego korpusu tekstów wyklucza z niego „wypowiedzi o charakterze czysto lokucyjnym (w sensie pragmatycznym) (...), bezmyślne powtarzanie formuły, wszelkie wypowiedzi o charakterze symptomów, znaków niezwrrotnych i nieznaczących, typu: Aj! — w reakcji na ból” (Grzmil-Tylutki 2010, s. 130).

Mimo że w czterech tytułach z korpusu pojawia się określenie *rozmowa*, traktuję je jako składniki tytułu, a nie gatunek, ponieważ mają one formę zredagowanego zapisu, należą więc do tekstów pisanych. Rozmowa jako tekst mówiony musiałaby mieć charakter audio-wizualny. By zachować jednorodność materiału pod tym względem, zrezygnowałam z rozmów nagranych i dostępnych online oraz z wystąpień Karoliny Wiktor, autorki bazowego tekstu. Sądzę jednak, że mogą być świetnym przedmiotem inaczej sprofilowanych badań.

Warto jeszcze dodać, że dyskursywna formuła rozmowy pozwala zarysować to, jak tekst podstawowy jest rozumiany przez odbiorców. Na potrzebę uwzględnienia w badaniach nadawcy i odbiorcy zwracała uwagę Małgorzata Lisowska-Magdziarz (2006). Pozwala to bowiem zaprezentować *rezultat* zdarzenia językowego.

### **3.3. Poetyka tego dyskursu**

W obowiązującym obecnie modelu podstawą badań nad dyskursem jest analiza językowych elementów dyskursu oraz kontekstów. Wydaje się więc, że to językoznawcy są predestynowani do prowadzenia tego typu badań tym bardziej, że mamy do czynienia z działalnością badawczą, która „częstokroć nie ma wspólnych założeń epistemologicznych i teoretycznych z antropologią, lecz zaprzęga badania etnograficzne do pracy w kontekście innych strategii analitycznych i interpretacyjnych” (Oberhuber, Krzyżanowski 2011, s. 283). Ewolucja ta sprawiła, że zmieniły się

sposoby pracy w tej perspektywie — badania terenowe przestają być domeną akademicko wykształconych antropologów, ale mogą być podejmowane — i są — przez badaczy zorientowanych na dyskurs, jak: lingwistyka, socjologia, pedagogika, kulturoznawstwo, medycyna, psychologia oraz inne dyscypliny szczegółowe, które ośmielają się sięgnąć po tak dynamiczne instrumentarium etnograficzne oraz otwarte schematy badawcze po to, by przyglądać się interakcjom na różnych poziomach.

Pytanie tylko, czy lingwista pracujący z tekstami w dyskursie jest raczej archeologiem pracującym z artefaktami czy etnografem, który musi najpierw zdobyć dane, które dopiero podda analizie, interpretacji, opisowi? Sądzę, że lingwiście pracującemu z dyskursem bliżej jednak do etnografa, ponieważ jego kontakt ze zbiorem tekstów przypomina badania terenowe — w polu dyskursu, współtworzonym przez wiele praktyk językowych o często niehomogenicznym statusie. Polem tym nie jest zamknięta biblioteka czy archiwum — choć nietrudno sobie wyobrazić, że tam właśnie pracował Foucault, ale on jednak w swojej metodzie był archeologiem. Polem — terenem badań — dla badacza zorientowanego etnograficznie jest — poza biblioteką, z której nie można go relegować choćby ze względu na status badacza — Word Wide Web (*światowa rozległa sieć internetowa*) z jej multimodalnym przekazem oraz — oczywiście — są to te wszystkie środowiska i wspólnoty ludzkie, w których może prowadzić badania terenowe w tradycyjnym znaczeniu. Jest to więc w szerokim znaczeniu teren dyskursu.

Rozszerzenie to — kolejne, o którym mowa w tej pracy — wynika tym razem z przeobrażeń dotyczących samych badań etnograficznych, które nie pretendują jedynie do badania *odległych* kultur, ale też do badania tego, co jest *blisko*. Widać to właśnie w polskiej etnolingwistyce — ale z krytycznym weryfikującym nastawieniem do tego, co zachodnie czy ponowoczesne (Oberhuber, Krzyżanowski 2011, s. 283).

Praca ta jest bez wątpienia *dyskursem o dyskursie* powstałym w anturazie etnolingwistycznym, co odbija się w jej „poetyce” dość oddalonej od klasycznego stylu refleksji naukowej. Najbardziej oczywistą implikacją zasady autorefleksyjności są ślady autora — w wypadku tej pracy autorki — na różnych poziomach tekstu. Omówię kilka z nich.

Po pierwsze — mam nadzieję, że udaje mi się zachować indywidualny styl prowadzenia wywodu, korespondujący ze stylem anglosaskim, który „kładzie nacisk na przejrzystość i przystępność warstwy treściowej tekstów oraz dąży do kontaktu z adresatem” (Mareš 2013, s. 339). Wyrazem tego interakcyjnego nastawienia jest

fluktuacyjne stosowanie form pierwszoosobowych. Zwykle w tekstach naukowych — i tak też robię — stosuje się „my” inkluzyjne, by włączyć czytelnika w tok myślenia (Kłosińska 2017). Tam natomiast, gdzie dokonuję rozstrzygnięć, wyborów czy zaznaczam swój punkt widzenia, zachowuję liczbę pojedynczą.

Współgra z tym — po drugie — zachowanie *kobięcych* właściwości stylu (R. Lakoff 1975), który charakteryzują: specjalizacja słownictwa, co może sprawiać, że praca staje się hermetyczna, wrażliwość na kolory, skłonność do hiperboli, cytowanie poprzez dosłowne przytoczenia zamiast typowego dla stylu męskiego parafrazowania (Zadykowicz 2015, s. 275) oraz „opanowanie zasobu językowego właściwego dla grup mniejszościowych” (Handke 2008, s. 144). Zwracam na to uwagę, ponieważ — co pokazał już sztafaż inspiracji — bliskie mi jest *feminatywne* nachylenie badań.

Po trzecie — dokładam starań, by zaznaczać wewnętrzną autoreferencyjność tekstu. Wynika to z tego, jak widzę proces czytania, a także z własnych nawyków lekturowych i permanentnego kontaktu z hipertekstami. Myślę, że jest to też pewne ułatwienie dla odbiorcy. Taka koncepcja tekstu rozprawy koresponduje z konceptualizacją jej przedmiotu i metody — dyskurs *rozbiega się*, a znaczniki autoreferencyjne pokazują, w które strony *biegnie* myśl. Podobnie widzę spis treści, któremu można by zarzucić zbytnią drobiazgowość. Jest to jednak zamierzony zabieg ułatwiający orientację w tekście i korelujący z konceptem mapy, który w różnych odniesieniach pojawia się w treści pracy. Proponuję więc, by na szczegółowy spis treści patrzeć jak na *mapę tego dyskursu*.

Po czwarte — wprowadzam neologizmy (*pojęciarium, narzędziarium*) oraz propozycje terminologiczne (*gęste czytanie, językoznanstwo krytycznie zaangażowane*). Nie mam pewności, czy będą nośne na tyle, by chcieli z nich korzystać inni badacze, ale uważam je za użyteczne i aplikowalne do moich dalszych badań. Posługuję się też sformułowaniami, wobec których zachowuję autorski dystans lub na które chcę zwrócić uwagę — zapisuję je wówczas kursywą, by odróżnić je od użyć typowych.

Chcę zaznaczyć, że są to świadome wybory odzwierciedlające moją naukową tożsamość i przekonanie o tym, że językoznanstwo nie musi być najbardziej ścisłą wśród dziedzin humanistyki — do czego przekonywało podejście tradycyjne; w prezentowanej tu perspektywie językoznanstwo jest dziedziną humanistyki bardzo *ludzką*.



### CZEŚĆ III

#### ROZDZIAŁ 4. Fragmenty dyskursu medycznego

Dyskurs medyczny jako sfera ludzkiej aktywności obejmuje wszystkie teksty-zdarzenia poruszające temat medycyny wprost bądź w formie cytacji, odniesień, aluzji, trawestacji o różnym stopniu czytelności, wynikającym z kompetencji odbiorcy.

Zakres tematyczny dyskursu medycznego wyznacza więc czterdzieści osiem lekarskich specjalizacji podstawowych<sup>96</sup>, pięćdziesiąt sześć podspecjalizacji<sup>97</sup> oraz dziewięć specjalizacji lekarsko-dentystycznych (Solecka, 2016), wśród których można wyróżnić typy medycyny (np. ratunkowa, sądowa). I nie jest to koniec odniesień, ponieważ nieustannie powstają nowe dziedziny, nieukonstytuowane przepisami, ale zależne od kierunków komercjalizacji medycyny jako przestrzeni usługowej i obieguo funkcjonujące wśród klientów, którzy nie są pacjentami — dla przykładu wymienię tylko medycynę snu, medycynę estetyczną, medycynę anti-aging (zwaną przeciwstarzeniową) czy medycynę regeneracyjną. Inny jest status medycyny narracyjnej, o której była już mowa i do której jeszcze wrócę.

Przywołany na marginesie spisu specjalizacji uświadamia nam, jak wiele wymiarów ludzkiej egzystencji należy do porządku medycznego: fizycznych od prenatalnego po postnatalny oraz psychicznych, a także łączących psyche i somę. Każda z tych siedemdziesięciu czterech dziedzin usankcjonowanych przepisami, a także te wszystkie dziedziny nazywane doraźnie, zwyczajowo czy nawet z powodów

---

<sup>96</sup> Np.: anesteziologia i intensywne terapie, audiologia i foniatria, chirurgia dziecięca, chirurgia klatki piersiowej, chirurgia ogólna, chirurgia plastyczna, chirurgia stomatologiczna, chirurgia szczękowo-twarzowa, choroby wewnętrzne, choroby zakaźne, dermatologia i wenerologia, diagnostyka laboratoryjna, epidemiologia, genetyka kliniczna, kardiochirurgia, kardiologia, medycyna nuklearna, medycyna pracy, medycyna ratunkowa, medycyna rodzinna, medycyna sądowa, medycyna transportu, mikrobiologia lekarska, neonatologia, neurochirurgia, neurologia, okulistyka, onkologia kliniczna, ortodoncja, ortopedia i traumatologia narządu ruchu, otorynolaryngologia, patomorfologia, pediatria, periodontologia, położnictwo i ginekologia, protetyka stomatologiczna, psychiatria, psychiatria dzieci i młodzieży, radiologia i diagnostyka obrazowa, radioterapia onkologiczna, rehabilitacja medyczna, stomatologia dziecięca, stomatologia zachowawcza z endodoncją, transfuzjologia kliniczna, urologia, zdrowie publiczne (Solecka 2016).

<sup>97</sup> Np.: alergologia, angiologia, balneologia i medycyna fizykalna, chirurgia naczyniowa, chirurgia onkologiczna, choroby płuc, diabetologia, endokrynologia, farmakologia kliniczna, gastroenterologia, geriatria, ginekologia onkologiczna, hematologia, hipertensjologia, immunologia kliniczna, kardiologia dziecięca, medycyna paliatywna, medycyna sportowa, nefrologia, neurologia dziecięca, neuropatologia, onkologia i hematologia dziecięca, otorynolaryngologia dziecięca, reumatologia, seksuologia, toksykologia kliniczna, transplantologia kliniczna, urologia dziecięca (Solecka 2016).

marketingowych, mają dyskursy *o* sobie czy *wokół* siebie. Nie istnieją samodzielnie, ale przede wszystkim przynależą do dyskursu medycznego traktowanego hiperonimicznie. Interferują ponadto z dyskursami (około)medycznymi, o których mowa będzie za chwilę, a także z dyskursami wyznaczającymi inne sfery ludzkiej aktywności — ekonomicznym, prawnym, politycznym, religijnym, edukacyjnym. Interferencje te bywają dramatyczne, bo często uwarunkowane są politycznie i światopoglądowo (Kocańda, Pańtak, Wolak 2022).

W tak zarysowanych kontekstach relację między dyskursem medycznym i zawierającym się w nim dyskursem o afazji widzę w tej pracy jako konceptualny układ poznawczy figura — tło, toteż dalej przyglądać się im będę w dwóch optykach: panoramy i zbliżenia.

#### **4.1. Panorama: dyskurs medyczny**

Namysł nad dyskursem medycznym podejmują przedstawiciele różnych dyscyplin, począwszy od samej medycyny, przed historię (medycyny), socjologię (medycyny), antropologię (medycyny), etnografię (medycyny), a także dziedzin związanych z ciałem, zdrowiem i chorobą — ponownie mamy tu historię, socjologię, antropologię, etnografię. Refleksje spod tego znaku znajdziemy również w pracach filologów, tak literaturoznawców, jak i językoznawców.

By ukierunkować ten rozległy ogląd dyskursu medycznego, posłużę się czterema wymiarami profilowania dyskursu zaproponowanymi przez Waldemara Chachura (2022)<sup>98</sup>. Dominującym aspektem — co wynika z przyjętej tematycznej perspektywy oglądu dyskursu — będzie wymiar tematyczny. Pozostałe, jak zostało wspomniane, nie znikają z pola widzenia, ale mniej rozległe i stanowią swego rodzaju „dodatek”.

##### **4.1.1. Tematyzacja**

Wymiar tematyczny profiluje dyskurs medyczny poprzez podejmowane zagadnienia, którym można nadać charakter pól znaczeniowych. Pierwszą ich grupę stanowią odniesienia do wspomnianych specjalizacji<sup>99</sup>. Trzeba tu zauważyć, że niektóre z nich są

---

<sup>98</sup> Zob. s. 98.

<sup>99</sup> Zob. s. 141.

bardziej dyskursywne niż inne — na przykład więcej reprezentacji tekstowych ma dyskurs onkologiczny, co łączyć można prawdopodobnie z jego miejscem w domenie zdrowia publicznego. Nowotwory stanowią bowiem drugą przyczynę zgonów w Polsce i pierwszą w grupie kobiet między dwudziestym piątym a sześćdziesiątym czwartym rokiem życia (Didkowska, Wojciechowska, Olasek 2021), nic więc dziwnego, że zwrócono uwagę na „kobietą stronę dyskursu onkologicznego” (Czerner, Nieroba 2015). Z innej strony — choroby onkologiczne stały się społecznie widzialne dzięki kampaniom edukacyjnym i profilaktycznym. Duży rezonans społeczny mają także media społecznościowe, kształtujące dziś wizerunek choroby nowotworowej. Warto tu przywołać blog Joanny Saługi — *Chustka*, na podstawie którego powstała autobiograficzna książka pod tym samym tytułem, oraz dokument Anety Kopacz nominowany do Oscara w kategorii najlepszy film krótkometrażowy — *Joanna* (2015) (Saniewska 2018).

Innej tematykacji dyskursu medycznego można dokonać poprzez wyznaczenie dwóch podstawowych domen w tej sferze — zdrowia i choroby<sup>100</sup>, nietraktowanych jednak opozycyjnie, ale jako pewne kontinuum, a następnie wskazanie w nich warstwowych pól semantycznych, którym można by przypisać status (mini)dyskursów. Dojdzie tu do rozmaitych interferencji: powielenia, ponieważ w domenie chorób pojawiają się odniesienia do specjalizacji, co pokazał już przykład onkologii (dyskurs onkologiczny — dyskurs o chorobach onkologicznych); przeniesień (dyskurs zdrowia psychicznego — dyskurs o chorobach psychicznych), przekroczeń (dyskurs zdrowia psychicznego będzie należał i do dyskursu medycznego, i do dyskursu terapeutycznego<sup>101</sup>). Procesy te — jak sądzę — wpisane są w naturę dyskursu — etymologiczne rozbieganie się i foucaultiańskie proliferowanie. Tu również okazuje się, że dyskursywnie wyeksponuje się jeden temat — choroba.

#### **4.1.1.1. Dyskurs choroby w pracach literaturoznawczych**

To, że w dyskursie medycznym najpokaźniej prezentuje się dyskurs choroby, wynika zapewne z właściwości perceptywnych człowieka — większą wagę przykładamy do tego, co nieprzyjemne, mocniej zapamiętujemy doświadczenia traumatyczne, mamy

---

<sup>100</sup> Dodać do tego można śmierć, której dyskurs znajduje się na pograniczu dyskursu medycznego (Kozibut 2016) oraz żałobę interferującą z dyskursem terapeutycznym (Szubert 2016); zob. 4.2. *Dyferencjacje*.

<sup>101</sup> Zob. 4.2. *Dyferencjacje*.

większą potrzebę, by o nich opowiadać, co ma też znaczenie terapeutyczne, bo ostatecznie pozwala oswoić to, co ostateczne (Saniewka 2017) .

Choroba jest leitmotiwem literackim od zarania piśmiennictwa i wpisuje się w najstarsze porządki rzeczywistości, z czego wynika początkowy sposób jej postrzegania jako kary boskiej — tak było i w Biblii, i w *Odysei*. Świadomy literacki namysł nad chorobą znajdujemy w eseju Virginii Woolf *O chorowaniu* (1925, pl. 2010). Autorka dziwi się tu, że

„choroba nie zajęła wraz z miłością, orężem i zazdrością miejsca pośród głównych tematów literatury. Wszak o grypie można by pisać całe powieści, poematy poetyckie o tyfusie, ody do zapalenia płuc, liryki poświęcone bólowi zębów. Ale nie. Poza kilkoma wyjątkami — De Quincey próbował pójść w tę stronę w *Wyznaniach angielskiego opiumisty*, jakiś tom czy dwa zebrałyby się, gdyby przejrzeć wszystkie stronicę Prousta — literatura robi co może, by przekonać nas, że jej dziedziną jest umysł, że ciało to czysta szklana tafla, zza której dusza wyziera jasno i bezpośrednio, a jeśli pominąć tych parę namiętności — pożądanie czy chciwość — jest ono nieważne, nieistotne i nieistniejące. Tymczasem prawda jest zupełnie inna” (2010, s. 30).

Dziś — po bez mała stuleciu — uobecnia się ona w kulturze popularnej, humanistycznych naukach medycznych i naukach fundujących zwrot somatyczny (Turner 1996), którego „świadectwem są lata dziewięćdziesiąte ubiegłego wieku, a także lata ostatnie” (Dziadek 2014, s. 14), pokazujące, że nasze społeczeństwo ma charakter „somatyczny” (Turner 1996, s. 6), choć niejednorodny, co Woolf opisała tak:

„Chorzy to dezercerzy, refuznicy. Odmawiają przyjęcia „pospólnych” konwencji. Otwarcie mówią, co myślą. Zniechęcają współczujących bliźnich. Nie pracują. Leżą. Marnują czas. Fantazjują. Nie chodzą do kościoła i nie wierzą w Niebo. (...) Po drugiej stronie lustra jest „armia wyprostowanych”, którzy wykorzystują energię, jeżdżą samochodami, chodzą do pracy i do kościoła, porozumiewają się i cywilizują” (2010, s. 22).

Podział na „dezercerów” i „armię wyprostowanych” jest tu wyraźnie wartościujący. Ale już pół wieku później ta przynależność do dwóch światów była dla Susan Sontag nieuniknioną konsekwencją bycia człowiekiem:

„Choroba jest nocną stroną życia, naszym bardziej uciążliwym obywatelstwem. Od dnia narodzina każdy z nas posiada bowiem jakby dwa paszporty – przynależy zarówno do świata zdrowych, jak i do świata chorych. I choć wszyscy wolimy przyznawać się do tylko do lepszego z tych światów, prędzej czy później, chociażby na krótko, musimy uznać również nasz związek z tym drugim” (1978, pl. 2016, s. 74).

Kolejne półwiecze później sytuacja zmienia się diametralnie, ponieważ wykluczonymi stają się nie chorzy, ale ci, którzy nie należą do wspólnoty pacjenckiej (Zierkiewicz 2012, s. 52). Ponieważ społeczeństwo stało się „społeczeństwem remisji” (Frank 2010), outsiderami są ci, którzy pozostają w zdrowiu...

Związek literatury i medycyny — obecnie już spluralizowany — zaistniał w końcu w omówieniach naukowych. Nie można tu nie wspomnieć o dwóch *nowych* pozycjach. Pierwsza to *Choroba jako literatura. Studia maladyczne* Moniki Ładoń (2019), a druga to powstała przy jej udziale monografia współautorska *Fragmenty dyskursu malarycznego* (2019). Pierwsza przywołuje koncepcję Sontag *choroby jako metafory*, druga — Barthes’a *Fragmenty dyskursu miłosnego* (1977, pl. 2011). Są to więc prace znamienne, pokazujące pewną ciągłość w namyśle nad chorobą i jego umiejscowieniem w pracy z dyskursem.

Szczególnie znaczący dla mnie jest koncept Moniki Ładoń w artykule *Ślady Barthesa’a: migrena, symbolizacja, fragment* (2019) otwierającym drugą monografię. Nie chodzi mi tu po jednak pokazanie relacji między dyskursem choroby i miłości, na co zwykle zwracają uwagę komentatorzy (np. Łebkowska 2020, s. 566). Zwracam natomiast uwagę na komponentę autobiograficzną: z biografii Barthes’a wiadomo, że zmagał się z migrenami, o czym pisał: „Migrena to zatem dolegliwość psychosomatyczna (a nie neurotyczna)” (2011, s. 137). Interesuje mnie właśnie to podobieństwo doświadczenia choroby u Barthes’a i Foucaulta, którzy stali się później twarzami dyskursywizmu.

Wartu tu jeszcze przywołać Iwonę Boruszkowską z pracą *Defekty. Literackie auto/pato/grafie — szkice* (2016) z konceptem podmiotu defektywnego (2019) oraz Mateusza Szuberta z monografią *Choroba, ciało, grzech: kulturowe studia maladyczne* (2022) i Mariana Stępnia z *Między literaturą a medycyną* (2015). Odnotowania godna jest też dziesięciotomowa już lubelska seria *Między literaturą a medycyną*, a wśród

monografii pokonferencyjnych także *Emocje — literatura — medycyna* (Saniewska 2016).

To zainteresowanie chorobą jest sfokusowanym zainteresowaniem ciałem w ogóle, dla którego asumpt dawała uwaga Jerzego Płuciennika o tym, że „Nie można zachowywać się tak, jakbyśmy w ogóle nie mieli ciała i psychiki, i jakbyśmy niczego o nich nie wiedzieli z nauk przyrodniczych” (2004, s. 18–19). Być może właśnie upowszechnienie wiedzy (około)medycznej prowokuje zanikanie „niechęci do autobiografizacji choroby w jej charakterze mocno somatycznym, przekraczającym tabu kulturowe — diagnozuje Łebkowksa. — Przyznać trzeba, że sytuacja wyglądała inaczej w ramach fikcji literackiej czy nawet liryki. Obecna tendencja — po stopniowych, ale wyraźnych przemianach — sytuuje się na przeciwległym krańcu: charakteryzuje ją skrajna detabuizacja, mówienie bez osłon i to właśnie w pierwszej osobie” (2020, s. 566). Autobiografie chorych oraz ich biografie dają literaturoznawcom nieprzebrany materiał eksploracyjny.

#### 4.1.1.2. Metafory choroby

W interpretacji Susan Sontag<sup>102</sup> choroba staje się metaforą<sup>103</sup> zjawisk o negatywnym wydźwięku społecznym: „Metafory choroby używane są nie po to, by osądzać społeczeństwo jako niestabilne, lecz by wskazywać na jego represyjny charakter” (2016, s. 74). Jako stygmatyzujące Sontag wskazuje choroby przewlekłe — w XIX wieku była to gruźlica, w XX — rak, a później AIDS — często zagrażające życiu i letalne, wymagające drastycznych poczynań terapeutycznych i spychające chorego na społeczny margines, wykluczające. „Metaforyka gruźlicy i raka przywołuje procesy biologiczne szczególnie szokujące i odrażające” (tamże, s. 10), chociaż odnoszące się do różnych sfer, a przez to inaczej odczytywane: gruźlica w społecznym przekonaniu dotyczy przede wszystkim płuc, a więc organu usytuowanego w górnej części ciała, podczas gdy rak często dotyka organów z dolnej części — tych, o których mówi się z „zażenowaniem” (tamże, s. 19). Inaczej także są waloryzowane w konceptualizacjach orientacyjnych (DOBRZE TO GÓRA; ŹLE TO DÓŁ), których podstawą — jak chcą Lokoff i Johnson — jest doświadczenie fizyczne, czyli doświadczenie ciała, inaczej —

---

<sup>102</sup> Polemicznie do jej koncepcji podchodzi Monika Ładoń w artykule *Wokół Susan Sontag. Czy metafora może zabić?* (2019).

<sup>103</sup> Metaforyce choroby przglądałam się w pracy *Alzheimer. Sposoby językowego konceptualizowania choroby na podstawie książki Still Alice* (2019) — pochodzą z niej fragmenty wykorzystane w tym podrozdziale.

doświadczenie somatyczne. Nie może więc dziwić to, że gruźlica, przez związek z GÓRĄ wpisująca się w porządek psychofizyczny, dała się estetyzować, podczas gdy rak, należący raczej do porządku biologicznego — nie, a AIDS związane z genitaliami, które są najniższą w sensie topografii ludzkiego korpusu sferą i owianą tabu seksualnością, zyskało oblicze choroby najpodlejszej. Dla porównania: przypadłości związane z najwyższą usytuowaną częścią ciała, z głową, zyskiwały, w czasach, których symbolem była gruźlica, zupełnie inny status — choroba umysłowa, obłąd, implikowały „przeświadczenie, że chory jest niespokojną, niepohamowaną istotą żyjącą w świecie emocjonalnych skrajności, kimś nazbyt wrażliwym, by znieść okrutną pospolitość codziennego życia” (tamże, s. 37). W takim ujęciu choroby muszą wiązać się ze społeczną oceną wpływającą na postrzeganie i samopostrzeganie chorego oraz jego status, a także na samo doświadczenie bycia chorym: „Niezwykle trudno jednak żyć w świecie chorych, nie ulegając uprzedzeniom wywoływanym przez ponure metafory” (tamże, s. 5). Sformułowanie „ponure metafory” sugeruje jednoznacznie, że mamy do czynienia z czymś zaburzającym przyjemny porządek — albo chociaż *normalność* — życia.

Dwa lata po ukazaniu się pracy Sontag w eseju *Metafory w naszym życiu* George Lakoff i Mark Johnson stwierdzili natomiast, że „metafora jest wszechobecna w języku codziennym i w codziennym myśleniu” (2009, s. 24), a pod koniec lat 90. XX wieku Michael Bradie uznał, że także nauka bez metaphor nie jest możliwa (1999, s. 165). Metafory zyskały tym samym status uniwersalnych mechanizmów poznawczych i komunikacyjnych, służących rozumieniu i objaśnianiu rzeczywistości, a także informowaniu o niej, a nie jedynie — jak się tradycyjnie pojmowało na przykład personifikacje, metonimie czy synekdochy — środkami stylistycznymi czy figurami retorycznymi.

Zatrzymamy się tu przy rozumieniu *metafory*. W klasycznym, Arystotelesowskim ujęciu, jest ona przeniesieniem nazwy jakiejś rzeczy na inną przy użyciu analogii, rozumianej jako odniesienia proporcjonalne. Mamy w ten sposób do czynienia z zespołem słów, które tworzą nową całość semantyczną. Z kolei w ujęciu nowoczesnym, kognitywnym u Lakoffa i Johnsona „Istotą metafory jest rozumienie doświadczenia pewnego rodzaju rzeczy w terminach innej rzeczy” (tamże, s. 31). Badacze zauważają, że „najczęściej konceptualizujemy zjawiska niefizyczne w *terminach* fizycznych — to znaczy, konceptualizujemy zjawiska mniej wyraźnie zarysowane za pośrednictwem zjawiska bardziej wyraźnie zarysowanych” (tamże, s.

97). W ten sposób „Metafora jest naszym podstawowym narzędziem do częściowego rozumienia tego, co nie może być rozumiane całkowicie” (tamże, s. 251). W tym duchu, analizując udział metafor w kontakcie pacjenta w lekarzem, Jan Domaradzki stwierdza: „Przydatność metafor w nauce uwidacznia się zwłaszcza, gdy mowa o zjawiskach trudnych i złożonych, które wymagają myślenia abstrakcyjnego, a takimi są niewątpliwie pojęcia *zdrowia* i *choroby*” (2015, s. 28). Dla laików abstrakcyjne są łacińskiego pochodzenia nazwy poszczególnych chorób, ich patogeneza i symptomatologia. Funkcję ukonkretnienia pełnić tu mogą właśnie metafory, będące niezbywalnym elementem relacji terapeutycznej (Soroko 2006), traktowane też często jako *narzędzia* przekazywania treści poznawczo-emocjonalnych (Shubina 2011).

Zainteresowanie metaforą zdradzają nie tylko filolodzy, ale także antropolodzy i kognitywiści, a także dyskursolodzy i badacze zorientowani na medycynę narracyjną. Jak wyjaśnia Huber Wierciński, antropolog pracujący z klinikach

„Wybór metafory jako ważnego konceptu analitycznego i teoretycznego nie jest przypadkowy. Także w tej pracy [Wiercińskiego — *Rak...*] metafory, których używali rozmówcy, stanowią ważne źródło wiedzy o kulturze chorych, a także o ich doświadczeniach i emocjach towarzyszących chorobie i leczeniu”, są to „formy porządkowania i odmalowywania rzeczywistości, ale także klucz do symbolicznego i społecznego w porządku. To wrota do kultury i moduły objaśniające doświadczenia, a także do walki ze strachem” (2015, s. 35).

Na to, że metafory oswajają strach, zwrócił również uwagę Anatole Broyard, chorujący onkologicznie felietonista „The New York Times”: „Metafory są w chorobie równie niezbędne jak w języku, dają bowiem [pacjentowi] poczucie komfortu, jak własny szlafrok i kapcie” (2010, s. 33).

#### **4.1.1.3. Dyskurs choroby w lingwistyce**

Lingwistów od dawna interesowało to, jak choroby ujawniają się na różnych poziomach języka. Konrad Szamryk zwrócił uwagę na to, że „Choroby wieków minionych i związane z nimi słownictwo zostały przez badaczy polszczyzny dość obszernie opisane” (2021, s. 145) i są opisywane nadal, o czym świadczy praca wspomnianego autora, gdzie znaleźć można pokaźną bibliografię, do której odsyłam. Z kolei Monika Buława w *Nazwach chorób w gwarach polskich* (2019) prezentuje nieczęste podejście dialektologiczne, a Magdalena Stec — konceptualizacyjne (2007).



Powstają też prace poświęcone konkretnym jednostkom chorobowym. Badacze przyglądali się migrenie z perspektywy językowo-kulturowej (Chojnacka-Kuraś 2018b), podobnie chorobie Alzheimera (Saniewska 2017, 2), która dostarczyła egzemplifikacji metaforycznych (Saniewska 2019), śledzili metafory depresji (Kuncy-Zajac 2017).

Jednak do najlepiej rozpoznanych w polskiej lingwistycznie tematów medycznych należy ból, symptom wielu chorób, któremu przyglądano się: semantycznie (Chojnacka-Kuraś 2016), leksykalnie (Chojnacka-Kuraś 2010a), metaforycznie (Chojnacka-Kuraś 2012a), konceptualizacyjnie (Chojnacka-Kuraś 2014), definicyjnie (Chojnacka-Kuraś 2012d), w kontekście ram interpretacyjnych (Chojnacka-Kuraś 2012b), porównawczo (Chojnacka-Kuraś 2012f), w odniesieniu do uczuć (Chojnacka-Kuraś 2010b). Namysł nad bólem dało się także ująć w ramy socjokulturowe (Szubert 2017) i biokulturowe (Szubert 2016).

Językoznawczo opisano też doświadczenie chorowania w nawiązaniu do metaforyki walki i podróży (Chojnacka-Kuraś 2019c, Dąsal 2017). Poza chorobą w namyśle lingwistów pojawiają się także elementy wspólne z naukami o życiu — fenomen DNA (Zawisławska 2015, Domaradzki 2015b).

Warto zauważyć, że dyskurs medyczny jest koniunkturalny, reaguje na to, co dzieje się w świecie — już w czasie pandemii COVID-19 pole dyskursu uzupełniły teksty lingwistów poświęcone zjawiskom tego okresu: neologizmom (Chojnacka-Kuraś, Falkowska 2021b), *neologicznym* złożeniom (Cierpich-Kozieł 2020), przyrostowi leksyki okazjonalnej (Kuligowska 2020), a także językowi potocznemu (Falana-Jafra 2020) i komunikacji medialnej (Makowska 2021).

Dodać trzeba, że w lingwistycznych badaniach nad dyskursem pojawiają się kwestie morfologii (Bączowska 2018) oraz onomastyki (Saniewska 2018a, 2018b). Inne z kolei aspekty zarysowują się w pozostałych wymiarach dyskursu.

#### **4.1.2. Instytucjonalizacja**

Wymiar instytucjonalny odnosi się do tego, jak w danej domenie — tu medycynie — komunikują się ze sobą podmioty, ich grupy oraz instytucje. By go opisać, należy przyjrzeć się formom komunikacji, strategiom i gatunkom.

Zacząć wypada od gatunku. Choć historia literatury pokazuje, że motywy maladyczne pojawiały się w zróżnicowanych genologicznie utworach, obecnie

obsługuje je gatunek określany jako „patografia” (Koper 2019), urastający do „zjawiska kulturowego” (Zierkiewicz 2012). Mianem tym można dziś „intuicyjnie” — choć można też sięgnąć do etymologii: greckiego pochodzenia cząstka *pathos* oznacza chorobę, cierpienie; a *graphein* oznacza pisanie — określać grupy tekstów, konkretnych form, jaki i fragmenty większych całości (Koper 2019, s. 107). Patografie i autopatografie są gatunkami „pisarstwa biograficznego i autobiograficznego”<sup>104</sup>, którego głównym wyznacznikiem jest temat: choroba i jej doświadczenie” (tamże). Nie istnieją one jednak bez kontekstu społecznego — i to czyni je tak interesującym przykładem dyskursywności<sup>105</sup>.

Patografia jest gatunkiem, który wyewoluował z obszaru *stricte* medycznego, początkowo nazywano tak profesjonalne opisy chorób i dolegliwości zgłaszanych przez pacjenta, a także diagnozę i zalecenia terapeutyczne (posługując się medycznym słownictwem, można by je nazwać anamnezami, epikryzami). Takie zapisy — przybierające formę notatek w karcie chorobowej po prace naukowe — sięgają w europejskiej tradycji medycznej do praktyk hipokratejskich (Epstein 1992, s. 24). Status pantografii można więc przypisać wszystkim rozmaicie profilowanym medycznym tekstom użytkowym i naukowym: podręcznikom, monografiom, artykułom, a także — w szczególny sposób — atlasom anatomicznym czy histologicznym..

W ewolucji tego gatunku uwyraźnia się jednak cezura XX wieku wprowadzająca obok przywoływanej już narracyjności jako sposobu uczestniczenia w świecie także *autobiografizm*<sup>106</sup> rozumiany jako „sposób postrzegania i opisywania świata polegający na przepuszczaniu go przez filtr odczuć i doświadczeń autora” (Wnuk 2011, s. 15). Ówczesne przemiany społeczno-kulturowe dały więc chorym nie tylko

---

<sup>104</sup> O pantografii można jeszcze powiedzieć, że być może nie określeniem *zbyt literaturoznawczym*. Analogiczny obszar tekstów można bowiem opisać za pomocą terminów takich jak *medical fiction* oraz *medical non-fiction*, wśród których można by jeszcze wyróżnić *illness (non)fiction*.

W takiej konwencji Wydawnictwo Czarne zaproponowało swoim czytelnikom serię Przez Rzekę, na którą, poza esejem *O chorowaniu*, składają się tak znane tytuły, jak: David Rieff, *W morzu śmierci. Wspomnienie syna*, Wołowiec 2009; D. Draaisma, *Fabryka nostalgii. O fenomenie pamięci wieku dojrzałego*, Wołowiec 2010; Carl-Henning Wijkmark, *Nadchodzi noc*, Wołowiec 2011; P.F. Thomése, *Cień mojego dziecka*, Wołowiec 2011; Andrea Gillies, *Opiekunka. Życie z Nancy. Podróż w świat Alzheimera*, Wołowiec 2012; Daniel Tammem, *Urodziłem się pewnego błękitnego dnia. Pamiętniki nadzwyczajnego umysłu z zespołem Aspergera*, Wołowiec 2012; oraz pozycje szczególnie inspirujące ze względu na literackie koneksje autorów: Małgorzata Baranowska, *To jest wasze życie. Być sobą w chorobie przewlekłej*, Wołowiec 2011; Anatole Broyard, *Upojony chorobą. Zapiski o życiu i śmierci*, Wołowiec 2010. O idei serii zob. <http://czarne.com.pl/katalog/serie/przez-rzeke> [dostęp: 13.02.2023 r.].

<sup>105</sup> Na ten ich wymiar nie zwrócono jeszcze uwagi.

<sup>106</sup> Przywołać tu trzeba trzy koncepcje: paktu autobiograficznego (Philippe Lejeune), sytuacji autobiograficznej (Janet Verner Gunn) i trójkąta autobiograficznego (Małgorzata Czerwińska) (Czerwińska 2000).

świadomość egzystencjalną, ale też świadomość przeżywania roli chorego czy pacjenta — w ten sposób autobiografie stały się patografiami. Proces ten nie był jednorodny, można wyróżnić w nim metamorfozy: w latach 60. XX wieku patografie były świadectwami, by w latach 70. stać się interwencjami naświetlającymi problemy systemu opieki zdrowotnej<sup>107</sup>, a w kolejnym dziesięcioleciu — poszukiwaniem alternatywnych metod leczenia (Hawkins 1993, s. 3–11). Koreluje to z przemianami w autobiografizmie, które Małgorzata Czerwińska opisała jako: świadectwo, wyznanie, wyzwanie (2000). Inni autorzy widzą w patografiach kontynuację sztuki dobrego umierania (Kaczmarek 2016), a także współczesne opowieści przygodowe (Hawkins 1986); jeszcze inni szukają w nich motywów niewoli (Okupnik 2018). Wśród pantografii wyróżnia się także zbiory tekstów dotyczących konkretnej choroby i bezpośrednio ją wskazujące, jak choćby „kancerografie” będące opowieściami o chorobach nowotworowych (Okupnik 2018).

Beata Koper zwraca jeszcze uwagę na funkcjonujące w sferze medycznej opowieści o konkretnych pacjentach tworzone przez profesjonalistów i przypominające literackie biografie — nazywane są one „klinicznymi opowieściami” (Hawkins 1986). Taki podtytuł Olivier Sacks, profesor neurologii na Uniwersytecie Columbia, nadał swojej książce *The man who mistook his wife for a hat and other clinical tales* (1985) — niezachowany jednak w polskim tłumaczeniu (2003). Na łamach czasopisma „Literature and Medicine” neurolog wyjaśniał:

„Opowieści takie są »kliniczne« o tyle, o ile posiadają oparcie w faktach oraz są klinicznymi czy medycznymi analizami. «Opowieściami» są z kolei o tyle, o ile ani ich przedmiot, ani styl nie są zdominowane przez opis czy historię przypadku” (cyt. za: Koper, 2019, s. 114).

Sacks określa siebie jako autora „powieści neurologicznej” oraz „neuroantropologa”. Podobnym imaginariem posługuje się Aleksandera Łuria jako autor „biografii neurologicznej” lub „neurografii” *Świat utracony...* (1976), której — jednak — jest tylko współautorem.

Przywołane przykłady pokazują też, jak ewoluował gatunek jakim jest studium przypadku (Zabielska 2018), co pozwoliło lingwistom przyjrzeć się mu przez pryzmat

---

<sup>107</sup> Uzyskanie pewnej „świadomości” społecznej można wiązać z intensyfikacją w latach 60. XX wieku nurtu antypsychiatrii, kwestionującej psychiatrię głównego nurtu oraz psychoanalizę. Jej obrazem stała się głośna powieść *Lot nad kukulczym gniazdem* Kena Kinseya (1962). Z nurtem tym wiąże się koncepcja instytucji totalnych Goffmana oraz wątki podejmowane przez Foucaulta (Nasrallah 2011).

specjalizacyjności (Żelazowska, Zabielska, 2016). Joanna Kuć, opiując znaczenie *case study* w afazjologii, zwraca uwagę na to, że ten typ opisu zyskuje szczególne znaczenie, gdy „pacjent ma wykształcenie kierunkowe, ułatwiające rozpoznanie objawów, dysfunkcji mózgu i ich interpretację zgodnie z procedurą medyczną” (2021, s. 81). Wśród medyków, którzy taką autopatografię popełnili, wymienić trzeba Sacksa opisującego w książce *Stanąć na nogi* (1996) nie tylko kwetie medyczne, dotyczące rozpoznania, leczenia, rekonwalescencji, ale też egzystencjalne i psychologiczne.

Podsumowując, można stwierdzić, że patografie powstają dziś głównie w obiegu nieprofesjonalnym, ale wywodzą się z użytkowych form komunikacji medycznej (Koper, 2019, s. 116) — i do nich teraz przejdziemy.

Komunikacja medyczna staje się obszarem nie tylko akademickiego namysłu, ale też poszukiwania praktycznych rozwiązań minimalizujących opresyjny charakter systemu — jako taka stała się już przedmiotem badań lingwistycznych (Chojnacka-Kuraś 2017, 2019b). Językoznawcy podejmują się kształcenia kompetencji narracyjnej kard medycznych (Chojnacka-Kuraś 2021a) i wprowadzania komunikacji medycznej oraz medycyny humanistycznej do szkół (Chojnacka-Kuraś 2021b).

Powiedziane już zostało, że pryncypium w dyskursie medycznym należy do jego „właściwych” dysponentów — adeptów studiów medycznych, lekarzy. Komunikacja jest tu z natury niesymetryczna, oparta na władzy (Stefaniak 2011), dostępności i sposobie przekazywania informacji, toteż opisywane są pożądane i niepożądane modele kontaktu lekarza z pacjentem, a także związanych z nimi werbalizacji reakcji emocjonalnych pacjentów (Koronkiewicz 2016).

Generalnie formy bezpośredniej komunikacji lekarz — pacjent można podzielić na „tradycyjne” — autorytarne i „ponowoczesne” — partnerskie (Gordon 1999). Pierwszy model jest silnie zinstytucjonalizowany, asymetryczny i stawiający lekarza w pozycji uprzywilejowanej na tyle, że może zdecydować, jaką *prawdę* powie pacjentowi, a jaką rodzinie<sup>108</sup>; ten lekarz reprezentuje instytucję i system, i jest przez to *odczłowieczony*. Drugi model projektowany jest jako włączający pacjenta w proces leczenia przez nadanie mu podmiotowości i decyzyjności. W założeniu ma on przełamywać zinstytucjonalizowanie interakcji, ale w związku z tym, że system opieki

---

<sup>108</sup> Praktyki takie wpisują się w porządek totalnych instytucji, w których zwykło się nie informować pacjentów o tym na przykład, że ich stan jest terminalny, ale przekazywać tę informację rodzinie bądź na jej prośbę zatajać przed pacjentem powagę diagnozy. W obu wypadkach pacjentowi odbierana jest podmiotowość.

medycznej jest skostniały w swojej *totalności*, model partnerki należy uznawać za deklaratywny.

Ze względu na to, że kontakt lekarz — pacjent ma charakter językowy, lingwistów zajmują kwestie jego „usprawnienia”, dlatego analizuje się zrozumiałość opisów badań (Bączkowska, Kościałkowska-Okońska 2020), epikryz (Łomzik 2021), proponuje uproszczenia (tamże), by wyjść naprzeciw potrzeb „statystycznych” użytkowników języka.

#### **4.1.3. Substancjalizacja oraz ideologizacja**

Wymiar substancjalny odnosi się do nośnika dyskursu. Anglojęzyczne prace silnie dyferencjonują dyskurs medyczny mówiony i pisany. Pierwszy odnosi się do komunikacji lekarz — pacjent czy personel medyczny — pacjent, niekiedy z uwzględnieniem rodziny czy opiekunów, i jest charakterystyczny dla anglosaskiego nurtu ukierunkowanego etnograficznie oraz dla analizy konwersacji. W Polsce badania takie nie są popularne ze względu na omówione wcześniej problemy z dostępem do środowiska medycznego i jego utrwalonej niechęci wobec *obcych* na oddziałach czy w przychodniach<sup>109</sup>.

Zdecydowanie popularniejsze są u nas badania dyskursu medycznego w wersji zapisanej. Analizuje się strony internetowe, blogi, media społecznościowe, fora internetowe — tak tworzone przez chorych, jak i medyków. W sferze medycznej główny obszar badań stanowi tu Internet jako źródło informacji medycznej (Trojanowska 2013), o chorobie (Ulatowska-Szostak 2009), a także jako odzwierciedlenie zachowań w zdrowiu i chorobie (Doroszevska 2010) czy tendencji medialnych dotyczących medycyny — jak *fake newsy* (Burzyńska 2021). Kanał ustny reprezentuje głównie serwis youtube.com, stający się przestrzenią kreowania odpowiedzialności za zdrowie (Łaska-Formejster, Messyasz 2020).

Ideologizacja natomiast, jako element profilujący, to „reprezentacja mentalna, obejmująca aspekt poznawczy, systemy przekonań, rodzaje wiedzy i postaw członków danej grupy” (Witosz 2012, s. 70–71). Perspektywa ideologiczna wskazuje więc na sposób prowadzenia dyskursu. W odniesieniu do medycyny trzeba by tu mówić o politycznym uwikłaniu, wymiarze lokalnym, ludycznym i globalnym oraz o aspekcie kulturowym przejawiającym się w medykalizacji (Moskalewicz 2012).

---

<sup>109</sup> Zob. 3.2.4.3. *Językoznawca w klinice*.

Zwracającym uwagę elementem dyskursu medycznego jest proliferujący dyskurs epidemii. Nie odnosi się on bowiem jedynie do epidemii jako zjawiska medyczno-społeczno-antropologicznego, a więc do tego wszystkiego, co obejmuje historia epidemii (Ruffie, Sournia 1996), ale wskazuje obszary stygmatyzacji, czego przykładem jest dyskurs epidemii AIDS (Kościańczuk 2012), a obecnie — wyznacza narastające problemy zdrowia publicznego, czyli przede wszystkim egalitarne choroby będące ogromnym obciążeniem dla systemów opieki zdrowotnej. Dlatego mamy wspomnianą epidemię udarów, epidemię urazów mózgu, a w końcu — epidemię chorób cywilizacyjnych, jak donosi „Dental Tribune Poland”<sup>110</sup> (2013). Wymagają one podporządkowania mechanizmom władzy i wiedzy, których narzędziem staje się strach<sup>111</sup>, a przewlekły charakter wymusza wprowadzenie reżimów „zarządzania chorobą” tak na poziomie świadczeń gwarantowanych, a więc w systemie opieki zdrowotnej, jak i na poziomie egzystencjalnym<sup>112</sup>.

W aspekcie ideologizacyjnym wyróżnia się też z pewnością „celebrytyzacja dyskursu”, o której Anna Łebkowska pisała w recenzji *Fragmentów dyskursu malarycznego* (2020), a także „celebryckie epatowanie każdym problemem zdrowotnym (także po stronie lekarzy-celebrytów dbających o reklamę i własne programy telewizyjne)” (tamże, s. 566). Dość nowy temat lekarzy-celebrytów prezentowała Monika Miłosz w referacie *Lekarz na Instagramie i jego rola we współczesnej edukacji zdrowotnej — analiza językowo-retoryczna* wygłoszonym podczas V Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej „Komunikacja w medycynie” (2021). Natomiast pacjentom-celebrytom przyglądał się Mateusz Szubert w artykule *Chorowanie na ekranie. Casus onkocelbrytów* (2019).

Aspekt ideologizacyjny obejmuje również postawy uczestników dyskursu. Mamy więc pacjentów — najczęściej kobiety — których postawę można opisać jako *roszczeniową, manipulacyjną*, określaną jako „trudni” (Drozd R. 2019). Nie mamy natomiast „trudnych” lekarzy, choć kwerenda for internetowych oraz opinii w serwisie *znanylekarz.pl* pozwoliłaby wskazać ich personalnie i w dramatycznie wysokiej liczbie.

---

<sup>110</sup> Dental Tribune Poland, 2013, Grozi nam epidemia chorób cywilizacyjnych, <https://pl.dental-tribune.com/news/grozi-nam-epidemia-chorob-cywilizacyjnych> [dostęp: 13.02.2023 r.].

<sup>111</sup> Doskonałą ilustracją tych mechanizmów jest pandemia COVID-19 w komunikacji medialnej (Makowska 2021) oraz w koncepcji „retoryki strachu” (Frach 2021).

<sup>112</sup> Propozycje takie w odniesieniu do stwardnienia rozsianego (SM) przedstawia przygotowany przez Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarzkiego w Warszawie raport *Stwardnienie rozsiane — zarządzanie chorobą. Propozycje rozwiązań problemów* (Gałązka-Sobotka, red. 2016).

Mamy za to — choć niewielu — lekarzy, których postawę można określić jako głęboko humanistyczną i obecną w przestrzeni publicznej. Co ciekawe, mają oni w swoich biografiach *flirty* z literaturą. Mam tu na myśli Sacksa z jego pokazną bibliografią nienaukową — a przecież i tę naukową musiał mieć niemałą jako profesor nauk medycznych — oraz felietonistycznym *Notesem neurologa* (*A Neurologist's Notebook*) na wirtualnych łamach „The New Yorkera” (1992–2019)<sup>113</sup>.

W Polsce trudno znaleźć lekarza będącego autorem biografii klinicznych, choć znaleźliby się beletryści. Najbardziej znanym medykiem o paraliterackim zacięciu był Andrzej Szczeklik, profesor w krakowskiej klinice chorób wewnętrznych — lekarz Czesława Miłosza — autor trzech zbiorów eseistycznych: *Kore...* (2007), *Katharis...* (2009), *Nieśmiertelność...* (2012) oraz ponad sześciuset publikacji naukowych (Samborska-Kukuć 2021, s. 103). Jego eseje pokazują, że myślał on o medycynie jak o nauce komplementarnej i „konwergencyjnej wobec filozofii, sztuki, religii i... magii” (tamże), a o lekarzu jak o wytrawnym interpretatorze w przestrzeni spotkania z pacjentem, a więc tej wyznaczanej przez medycynę narracyjną. Pisał:

„Chory przychodzi ze swym bólem, cierpieniem, wołaniem o pomoc. A lekarz, nie bacząc na lęk chorego (i swój własny), wiedząc, jak mało wie (zawsze za mało), mówi: Stanę przy tobie. Razem spojrzymy niebezpieczeństwu w twarz. (...) Będę z tobą. Nie opuszczę cię. Nie zostaniesz sam” (2007, s. 370–371).

Postawa Sacksa i Szczeklika sprzeciwiała się dehumanizacji medycyny i warta jest propagowania w środowisku lekarskim..

## 4.2. Dyferencjacje

Kiedy mowa o dyskursie medycznym jako sferze aktywności ludzkiej, należy zwrócić uwagę na pewne rozwarstwienia i rozróżnienia. Dyskurs medyczny nie jest tożsamy z dyskursem terapeutycznym czy psychoterapeutycznym (Szehidewicz 2014), farmaceutycznym (Grabowski 2020) ani z dyskursem o niepełnosprawności (Karaś 2013), choć tematycznie istnieją między nimi zależności. Jako dyskursy, czyli *sferę życia*, również interferują one ze sobą, zazębiają się, ale niecałkowicie. Tworzą więc sferę *interdykursywną*.

---

<sup>113</sup> O. Sacks, *A Neurologist's Notebook*, <https://www.newyorker.com/magazine/a-neurologists-notebook> [dostęp: 13.02.2023 r.].

Dla lingwistów szczególnie interesujący okazał się dyskurs terapeutyczny, który stał się przedmiotem badań Ewy Ficek, w jego uwarunkowaniach (2012), językowych manifestacjach (2016) i rozpoznaniach dotyczących charakterystycznego dlań gatunku, jakim jest poradnik oraz jego aktualizacje (2011, 2013, 2015), a także w wymiarze autopromocji związanej z (tele)poradnictwem (2018). Badaczkę zainteresowała także „totalność terapii” (2019). Maria Wojtak zajęła się natomiast stylem poradnikowym (Wojtak 1994).

W szerokiej perspektywie językoznawczej przyglądano się również kulturze terapii (Skowronek 2016), a także całościowo rozumianemu dyskursowi psychoterapeutycznemu (Szihidewicz 2014), który zidentyfikowano w perspektywie ideologizacyjnej jako kulturowy (Józefik 2011). W wymiarze instytucjonalnym rozpatrzono także relacje nadawczo-odbiorcze (Piętkowa, Witosz 1994). Ponadto wyodrębniono i opisano nowy *hybrydyczny tekstowo* (Sośniak 2006) gatunek „piciopis” — rodzaj biografii osoby zmagającej się z chorobą alkoholową, ukierunkowanej na uzyskanie terapeutycznego wglądu (Żmigordzka 2018).

### **4.3. Zbliżenia: dyskurs o afazji**

Dyskurs o afazji jest przykładem dyskursu medycznego o konkretnej jednostce klinicznej — *chorobie*. Oznacza to, że dziedziczy on *porządek* dyskursu, w którym się zawiera i w takim — analogicznym — odniesieniu go omawiam.

#### **4.3.1. Tematyzacja**

Afazja, jak zostało już napisane, stanowi przedmiot badań wielu dziedzin nauki, którym przypisać można specjalistyczne — synchroniczne, diachroniczne czy komparatystyczne — dyskursy na jej temat. Dalej stematyzować można każdy z typów afazji, epidemiologię, sposoby diagnozowania, prowadzenia terapii. Tak zarysowany dyskurs o afazji określilibyśmy jako profesjonalny, w dużej mierze kliniczny, czyli związany z dziedzinami (około)medycznymi — jego przekrój zawiera się w pierwszym rozdziale tej pracy<sup>114</sup>.

---

<sup>114</sup> Trzeba tu zauważyć, że inaczej, choć również profesjonalnie, sprofilowany będzie poświęcony afazji dyskurs cybernauki



Mniej klasyczny — a nawet można powiedzieć, że *świeży* — jest dyskurs poświęcony psychospołecznemu funkcjonowaniu osoby z afazją, marginalnie dotychczas poruszanemu (Humeniuk 2022)<sup>115</sup>. Wyróżnić się tu dają problemy natury: psychospołecznej (Żulewska-Wrzosek 2021); emocjonalnej tak chorych, jak i członków ich rodzin czy opiekunów — jedni i drudzy zmagać się mogą z lękiem i depresją (Grawburg i wsp. 2019); komunikacyjnej w relacji z partnerami (Leaman, Edmonds 2020), z dziećmi (Killmer i wsp. 2022); pełnienia roli rodzica, co jest szczególnie istotne w rosnącej populacji osób w wieku produkcyjnym, które doświadczyły udaru (Harris, Bettger 2018), a w końcu także jakości życia (Zielińska i wsp. 2020). Dostrzega się aktualnie, że pomocy potrzebują całe „rodziny afatyczne” (Tiar, Dumas 2015), toteż z całymi rodzinami powinni pracować tak logopedzi, jak i zespoły terapeutyczne (Shrubsole i wsp. 2020).

Widać tu, że namysł nad afazją wychodzi poza klinikę i przenosi się — by nie powiedzieć *wchodzi* — do sfery prywatnej, przybierając wymiar praktyczny. Nie chodzi już tylko o terapię mowy, która umożliwi komunikację, ale o wypracowanie — rzadko można mówić o przywróceniu — porządku życia, który zastąpi ten sprzed zachorowania. Upatruję w tym symptomu holistycznego podejścia do potrzeb afatyków widzianych nie jako wyizolowane jednostki poddawane oddziaływaniom *naprawczym*, ale jako część społeczności. To przełamanie tradycyjnej optyki klinicznej, w której pacjenta widzi się jako chorobę, a nie osobę.

Zauważenia wymaga jednak to, że w dyskursie o afazji doświadczanej przez osoby dorosłe pominięte zostały ich dzieci i wnuki, które również wchodzi w świat choroby, nieznaney i przerażającej innością rzeczywistości — co myślą, co mogą myśleć o tym, że mama czy babcia, tato czy dziadek mówi niezrozumiałe słowa, nie rozumie słów kierowanych do nich albo mówi, że chce kubek, pokazując na jabłko. Potrzeba w tym obszarze dobrych praktyk, które mogą zostać zaadaptowane z tych już sprawdzonych — mam tu na myśli publikacje oswajające chorobę, informujące o niej w sposób przyjazny dla percepcji najmłodszych odbiorców. Ich odpowiednikami w świecie dorosłych są — dostępne od dawna i w sporym wyborze — różnego sortu poradniki dla chorych i opiekunów. Takie kierowane do dzieci książki nie są w dyskursie medycznym częste, ale można znaleźć godne naśladowania przykłady. Dla

---

<sup>115</sup> Nie można jednak pominąć tego, że na aspekty pozakliniczne Pąchalska zwróciła uwagę już w pierwszej *Afazjologii*, gdzie znalazły się rozdziały *Reintegracja psychospołeczna chorego z afazją*, *Reintegracja rodziny chorego z afazją*, a także *Dylematy społeczne* (1999, s. 296–328; 328–346; 346–366). Nie były jednak one w tej pracy najważniejsze.

przykładu tylko wymienię: *Listy do A.* z podtytułem *Mieszka z nami Alzheimer* Anny Sakowicz (2019)<sup>116</sup>, opowiadające o tym, jak zmienia się życie Anielki, kiedy do ich domu wprowadza się nieproszony lokator, nieopuszczający na krok ukochanej babci.

Warto nadmienić, że dobre praktyki popularyzuje w tym zakresie WHO, która niebawem po wybuchu pandemii koronawirusa wydała *oswajającą* publikację dla dzieci, której towarzyszyła akcja publicznego czytania. Część organizacji pacjenckich już sięga po to narzędzie o sporym potencjale terapeutycznym, by oswajać małych pacjentów z chorobami, z którymi sami się zmagają — znajdziemy książeczki przeznaczone dla dzieci chorych onkologicznie, a także medialną publikację poświęconą rzadkiej chorobie, jaką jest rdzeniowy zanik mięśni — *Wilk opowiada o SMA* (Casiraghi 2021; zob. Saniewska, Rutkowski 2023).

#### 4.3.1.1. Metafory afazji

Afazja, jak inne *choroby*, wpisuje się w konceptualizacje metaforyczne, wśród których wyróżnić można metafory waliki: „mowa w starciu z udarem” (Matukiewicz 2013), „kłęska” (Mrozek 2006), „atak” (K, 7), „uderzenie” (K, 42); sądu „wyrok” (K, 12); niepowodzeń egzytencjalnych: „przejścia” (T, 38); zdarzeń fizycznych: „wypadek” (K, 12, 38), „katastrofa” (K, 25), „trzęsienie ziemi” (K, 31), a także koncepty religijne: „piekło” (K, 30). Bardziej reprezentatywne pod względem oddania natury afazji wydają się jednak metafory „złodziejki słów” (Knychalska-Zbierańska 2014) czy „dziury w mózgu” (Kokot 2019). Pierwsza pokazuje zakres pewnej *utraty*, ale z potencjałem na odzyskanie (bo to, co skradzione, można odzyskać, odszukać); druga również nie jest pozbawiona optymistycznego wydźwięku — *dziurę* można załatać, a to, co do niej wpadło, wyjąć, ten z kolei, kto w nią wpadł, może wyjść. Niemniej, obie te metafory mają charakter procesualny — prymarnie przywołują właśnie *utrata*, coś negatywnego, przykre, ale nadbudowuje się na tym sens głębszy, wynikający z tego, że samo słowo *utrata* się nie pojawia. Definitywność implikowanej przez nie informacji jest więc zawieszona, a konotacje *kradzieży* i *dziury* wybrzmiewają ostatecznie pozytywnie, choć wymagają pewnych operacji semantycznych i odpowiedniego nastawienia poznawczego.

---

<sup>116</sup> Publikację rekomenduje Polskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera; w 2020 roku trafiła na listę Białych Kruków prowadzoną przez Internationale Jugendbibliothek w Monachium; z opisu wydawcy.

Z innej strony można spojrzeć na *afazję jako metaforę* (analogicznie do *choroby jako metafory*). Taki koncept wykorzystał Przemysław Dakowicz tytułując swoją — uhonorowaną później Nagrodą Literacką „Skrzydła Dedala” przyznawaną przez Bibliotekę Narodową — książkę *Afazja polska* (2015). Ten symboliczny tytuł — diagnoza<sup>117</sup> — odnosi się do „człowieka, który w wyniku ciężkiej choroby lub traumatycznych doświadczeń utracił zdolność mówienia, zamknął się w sobie i nie potrafi uwolnić się od tragicznych wspomnień” — to „Polska po komunizmie”<sup>118</sup>. Dakowicz opowiada mało znane fragmenty historii XX wieku, by znaleźć odpowiedź na pytanie o to, jak rozumiemy historię czy kulturę i co to rozumienie ukształtowało. W ten sposób „Pamięć historyczna odzyskuje utraconą ciągłość, wypełnia się, pogłębia i — zaczyna mówić”<sup>119</sup> — pokonuje swoją *afazję*.

Nie mogę tu nie wspomnieć, że inną metaforą rzeczywistości stają się dziś zaburzenia dementyjne, ujęte w drugiej *Afazjologii* — „We współczesnej kulturze alzheimer skupia w sobie i wyraża nasz lęk przed utratą kontroli nad własnym ciałem i umysłem, przed utratą siebie i świata. Staje się figurą akcentującą brak, podkreślającą deficyt” (Serkowska 2021, s. 79). Lęk ten wybrzmiewa w literaturze pięknej, która wciąż jest *zwierciadłem przechadzającym się po gościńcu życia*, w uhonorowanych National Book Award *Korektach* Jonathana Franzena (2004) czy nagrodzonej Bronte Prize, a później oscarowo zaadaptowanej, *Still Alice* (pl. *Motył*) (Saniewska 2019).

#### 4.3.2. Instytucjonalizacja

Aspekt instytucjonalny pokazuje z kolei, jak w temacie afazji komunikują się poszczególne podmioty. Podobnie jak w dyskursie medycznym wyróżnimy tu na początku dyskurs personelu medycznego, głównie lekarzy, których prymarna pozycja wynika z pozycji, jaką przypisuje im funkcjonujący system opieki zdrowotnej; dalej — ponieważ interesuje mnie perspektywa lingwistyczna — będzie dyskurs logopedyczny. Różnią się one swoim ukierunkowaniem — pierwszy ma charakter głównie diagnostyczny, drugi terapeutyczny. Obu można przypisać zdolność przekazywania informacji na różnych poziomach sprofesjonalizowania. Komunikować się tu będą:

---

<sup>117</sup> Sformułowanie „afazja polska” jako przypadłość, z którą zmagają się Polacy w swojej historii po roku 1939, nie może nie przypomnieć o innej, historycznej przypadłości mieszkańców kraju nad Wisłą, jaką w XIX wieku był kołtun polski, *plica polonica* (Łukasiewicz, 1996). Podobieństwo nie opiera się tu na etiologii, ale na swojskości, lokalności, na endemicznym występowaniu pewnego typu zaburzeń rozumianych niekoniecznie dosłownie.

<sup>118</sup> Z opisu wydawcy.

<sup>119</sup> Z opisu wydawcy.

specjaliści ze specjalistami ze swojej dziedziny oraz z dziedzin współpracujących (historie choroby, notatki w kartach chorych, jak również prace naukowe), ale też specjaliści z chorymi, ich rodzinami, opiekunami, a także specjaliści i chorzy z instytucjami (państwowymi, jak i organizacjami pożytku publicznego) — tak ustnie, jak i pisemnie (w formach popularnonaukowych i poradnikowych, ale też praktycznych, jak ulotka dla pacjenta farmakologiczna bądź profilaktyczna czy systematyzująca postępowanie lecznicze).

Komunikacja chorego z personelem medycznym odbywa się głównie drogą przekazu ustnego, werbalnego, co należy uznać za paradoksalne w kontekście istoty problemu, którego doświadczają pacjenci afatyczni. Na kłopotliwość tej sytuacji zwraca uwagę personel, który ma do czynienia z afatykami więcej niż lekarze — pielęgniarki (Cheba i wsp. 2014). W końcu też komunikują się chorzy ze swoimi bliskimi, a także z przypadkowymi osobami spotykanymi w życiu osobistym, zawodowym i — chciałoby się powiedzieć — leczniczym. W perspektywie komunikacyjnej dyskurs o afazji przybiera formułę dyskursu afatyków czy z afatykami nie zawsze jednak czy nie tylko o afazji.

Sposób wyjścia poza tekst organizują gatunki. Poza wzmiankowanymi już gatunkami pojawiającymi się w komunikacji profesjonalistów wymienić trzeba jeszcze gatunki, które pozwalają zabrać głos także chorym. Dominują tu naturalnie patografie, które można by określić konkretnie jako *afazjografie*. Pierwsze z nich były opisami klinicznymi popełnionymi przez lekarzy, którzy sami doświadczali afazji, jak doktor S. Johnson, którego listy pisanie w czasie choroby w latach 80. XVIII wieku są świetnym źródłem dla afazjologów (Pąchalska 2012, s. 65), jednak niedocenionym, bo mało dostępnym. Rezonans w dyskursie o afazji wzbudzają natomiast wzmianki o rozpoznawalnych osobach, które zmagaly się z afazją, jak: Włodzimierz Ilia Lenin (1924 r.), Winston Churchill (1953 r.), Dwight D. Eisenhower (1957 r.), Joseph Kennedy (1962 r.), a — ostatnio Bruce Willis (2022 r.). Dalej wyróżnić można cały nurt patografii spisywanych przez afatyków od lat 60. XX wieku, a także poradników dla rodzin i przyjaciół już — warto odnotować — z końca lat 50. XX wieku.

Najciekawsze polskie patografie afatyków zostały wymienione w prezentacji materiału językowego. Każda z nich reprezentuje inaczej profilowany namysł nad

afazją<sup>120</sup>. W pracy *Wolga przez Afazję*, choroba była Karoliny Wiktor nie tylko terapią, ale też przygodą, wyzwaniem nie tyle „pisarskim”, co artystycznym i egzystencjalnym. Tadeusz Kaczmarek w *Udarze mózgu i afazji...* chciał edukować, podobnie<sup>121</sup> deklaruje Rozenek w *Padnij, powstań...*: „Widziałem, jak wiele osób wokół mnie boryka się z podobnymi problemami, zadaje te same pytania i szuka na nie odpowiedzi, które — dobrze to wiem c niełatwo znaleźć. Chcę wam pomóc. Dlatego piszę tę książkę” (R, 139). Ma ona, co należy podkreślić, walory poradnikowe oparte na bezpośrednim doświadczeniu i poleceniu (padają tu konkretne nazwiska, placówki terapeutyczne), a przy tym została wydana w atrakcyjny graficznie sposób.

Patografie o dużych walorach artystycznych komentowane są nie przez lekarzy<sup>122</sup>, ale przez filologów. Książkę Wiktor w kontekście afazji jako doświadczenia tożsamościotwórczego analizowała Klaudia Muca w pracy *Poiesis doświadczenia, poiesis tożsamości* (2019), w której wyróżniła trzy konteksty narracji o afazji: neurolingwistyczny, lingwistyczny i antropologiczny (2016).

Ślady afazji w twórczości artysty parającego się słowem opisują także rozproszone prace poświęcone dysfunkcjom Leo Lipskiego (Osińska 2019, 2020). Co interesujące, one też nie skupiają się na logopedycznej analizie patologii języka, ale na tym, jak defektywny język wyraża doświadczenie afazji jako traumy.

W kręgu tematycznym dyskursu o afazji znajdują się również strony internetowe instytucji terapeutycznych, fundacji, stowarzyszeń, gabinetów logopedycznych, fora internetowe — ich sytuacja jest analogiczna jak w dyskursie medycznym: przekazują merytoryczne, acz przystępne, informacje, prowadzą edukację zdrowotną i profilaktykę.

Warto tu zwrócić uwagę na studia przypadków autorstwa lekarzy, którzy doświadczyli udaru, na przykład profesora anatomii Uniwersytetu w Oslo Alfa Brodala

---

<sup>120</sup> Nie ma w tym zbiorze *Baltazara* Mrożka, choć wiemy, że autor porusza w tej pracy problem afazji, której doświadczył po udarze w 2002 roku. Afazja jest tu jedynie fragmentem — nienajważniejszym — opowieści, dlatego nie ujęłam jej w badanym materiale.

<sup>121</sup> Choć nie jest to z pewnością motywacja jedyna.

<sup>122</sup> Trzeba jednak przyznać, że i lekarzy interesują znane przypadki historyczne. Najślynniejszym afatykiem XIX wieku był kolei francuski „poeta wyklęty” Charles Pierre Baudelaire. Z jego biografii wiadomo, że poeta libertyn, miłośnik kobiet lekkich obyczajów, chorował wenerycznie, między innymi na będący *epidemią* jego czasów syfilis. Nieleczona przypadłość intymna przeszła w postać neurologiczną, która doprowadziła do rozwoju choroby naczyń mózgowych. Przekazy z epoki, po roku 1866, opisują go jako osobę z klasycznymi objawami poudarowymi, które w końcu przybrały postać prawostronnej hemiplegii i afazji. Jego problemy z mową stały się oczywiste, kiedy po przybyciu do klasztoru, w którym miał zadbać o poprawę zdrowia, na każde zadane mu pytanie odpowiadał „Non, non, cré nom, nom!” lub „Cré nom, cré nom!”, a więc wyrażeniem stanowiącym skrót od uchodzącego wówczas za bluźniercze „Sacré nom de Dieu”. Uważa się, że artysta w tym momencie cierpiał na afazję ekspresyjną, ale na podstawie jego dokumentów badaczom udało się stwierdzić także afazję globalną (Lebrun i wsp. 1971; Dieguez, Bogousslavsky 2007).

(1973) — o klinicznej wartości tej patografii świadczy to choćby, że została opublikowana w prestiżowym piśmie naukowym „Brain”.

W zakresie instytucjonalizacji dyskursu o afazji należy zwrócić uwagę na jeszcze jedną kwestię — dotychczas niepodejmowaną. Chodzi o korzyści płynące z połączenia perspektywy badacza afazji (klinicznej) i chorych z afazją (doświadczenie) jako „współpracowników” w badaniach nad zdrowiem (McMenamin i wsp. 2021). To kolejny zwiastun reorientacji na chorego w medycynie.

#### 4.3.3. Substancjalizacja oraz ideologizacja

Te wymiary dyskursu o afazji są zbieżne z paralelnymi w dyskursie medycznym. Ma on zróżnicowane nośniki, od tradycyjnych (telewizja, radio), przez nowe media (Internet), po nowe nowe media, czyli te o charakterze społecznościowym (strony internetowe, blogi, fora, Facebook, YouTube). Za ich pośrednictwem przekazywane są treści dotyczące afazji — pisane, audialne, audiowizualne. Tę ich różnorodność należy uznać za ukłon w stronę chorych, którzy — na przykład — nie mogą czytać, ale mogą słuchać i rozumieć. Dlatego Karolina Wiktor przygotowała *Niezbędnik Afazjanina* w postaci filmu dostępnego w serwisie YouTube<sup>123</sup>.

W warstwie ideologicznej dyskursu o afazji wyróżniają się sensacyjność doniesień o takich rozpoznaniach — echem odbiła się historia afazji aktora Bruce’a Willisa<sup>124</sup> czy aktorki Emilii Clarke<sup>125</sup>, a także komercjalizacja, którą uznaję za jeden z motywów powstania książki Rozenka, dystrybuowanej jednie poprzez poświęconą jej stronę<sup>126</sup>. Wyróżnienie tej motywacji nie ma tu charakteru oceniającego, tym bardziej, że autor przyznał w książce, że w wyniku udaru — jako aktor pracujący głosem — stracił możliwość zarobkowania, oszczędności wydał na leczenie oraz długotrwałą,

<sup>123</sup> *Niezbędnik Afazjanina*, <https://www.youtube.com/watch?v=IRyHO0FKnzE> [dostęp: 13.02.2023 r.].

<sup>124</sup> W 2022 roku żona aktora opublikowała w mediach społecznościowych informację, że Willis kończy karierę w wieku sześćdziesięciu siedmiu lat, ponieważ „Została u niego zdiagnozowana afazja, która wpływa na jego zdolności poznawcze”. Biorąc jednak pod uwagę wiek aktora oraz definicję *afazji*, a także wypowiedzi osób towarzyszących mu na planie filmowym („wyglądał czasami, jakby był zagubiony”), można domniemywać, że chodzi o demencję — w przywołanym artykule (którego autorką jest *dziennikarka*, jak czytamy w stopce) pojawiają się zresztą oba te określenia bez odniesień do klinicznego różnicowania (Rozmus 2022).

<sup>125</sup> W 2011 roku gwiazda serialu *Gra o tron* w wieku dwudziestu czterech lat przeżyła pęknięcie tętniaka i afazję. Dwa lata później doszło do kolejnego udaru i kolejnych dwóch operacji. W wywiadach wspominała: „W pewnym momencie nie mogłam sobie przypomnieć nawet własnego imienia. Były takie chwile, że nie chciałam żyć. Prosiłam lekarzy, by pozwolili mi umrzeć”. Z czasem objawy ustąpiły i Clarke wróciła do zawodu (Gałązkiewicz 2022).

<sup>126</sup> *Padnij, powstań*, <http://padnijpowstan.pl> [dostęp: 13.02.2023 r.].

nierefundowaną rehabilitację i stał się „bankrutem”. Warto raczej widzieć w tym posunięciu publikacyjnym — niepozabawionym przecież empatycznych gestów wobec innych afatyków — wyraz operatywnego radzenia sobie z przeciwnościami życia.

Dyskurs osób znanych w dyskursie o afazji nie jest może tak nachalny, jak w dyskursie medycznym. Wynika to — jak sądzę — z tego przede wszystkim, że afazja nie jest przypadłością obecną w społecznym imaginarium, dlatego bardziej trzeba o niej edukować niż na niej zarabiać. Przychodzi tu na myśl Krzysztof Globisz, który przez wiele lat po udarze skutkującym afazją, „wracał do siebie”. Nie dawano mu szans na powrót do zawodu, ale dziś pracuje — występuje w filmie z wątkami autobiograficznymi *Wyśnione życie aniołów* — uczy, jak pracować z mikrofonem i został twarzą ATAST — pierwszej bezpłatnej, polskiej aplikacji, która umożliwia afatykom podejmowanie terapii w domu (Kim 2020).

Ten wymiar dyskursu o afazji odsłania jeszcze jedną z jego współczesnych twarzy — marketingową. Krótka kwerenda internetowa pokazuje, że cztery na dziesięć pierwszych wyników wyszukiwania dla hasła *afazja* odsyła do stron internetowych aptek. Znaleźć tam można popularnonaukowe informacje, często formatowane zgodnie z zasadami optymalizacji dla potrzeb wyszukiwarek internetowych (SEO). Blogi firmowe bowiem traktować należy przede wszystkim jako narzędzia marketingowe ukierunkowane na budowanie marki online (Mazurek 2004; Wicińska 2017), a także na docieranie do klientów. Świadomość istnienia tych mechanizmów winna uchronić potencjalnych konsumentów przed pochopnymi zakupami — afazja to nie gól gardła, nie da się jej „zaleczyć” — choć stosowana jest farmakoterapia (Pawlak, Kamiński 2022) — jednak można wpaść w pułapkę suplementacji specyfikami niebędącymi produktami leczniczymi, ale reklamowanymi jako źródło witamin, minerałów, substancji odżywczych czy wykazujących efekt fizjologiczny (Grzela 2021). Pokusą jest więc suplementacja, wsparcie, uszkodzonego przecież mózgu afatyka, która w wyniku dobrych chęci przekracza granice rozsądku.

#### **4.3.4. Dyskurs w neuro/logopedii**

Dyskurs medyczny tak jak dyskurs o afazji odbijają się w neuro/logopedii tematycznie. I oczywiście logopedia ma swój dyskurs o afazji — zorientowany informacyjnie i terapeutycznie, i przede wszystkim skupiony na pacjencie. Nie ma jeszcze w Polsce dobrych praktyk w zakresie pracy logopedycznej z rodziną afatyka, choć — co zostało

już wspomniane — są one potrzebne. Brak ten wynika z jednej strony z uwarunkowań systemowych, a z drugiej — niestety z przyzwyczajzeń. Włączenie rodziny w przestrzeń oddziaływań terapeutycznych — które mam nadzieję w końcu nastąpi — w terapii mowy uważam za ukłon w stronę dyskursywności rozumianej jako uczestniczenie w pewnej sferze życia, a nie tylko jako pragmatyczne aspekty posługiwania się językiem.

Tymczasem jednak z sukcesami utrzymuje się pokusa *logopedyzacji dyskursu*, czyli zawężenia go do sposobu realizacji wypowiedzi przez afatyków. *Dyskurs* rozumiany jest tu funkcjonalnie jako możliwość nawiązania efektywnej komunikacji, rozmowy, wymiany zdań, tworzenia wypowiedzi będących częścią całości mającej miejsce tu i teraz (Panasiuk 2013, s. 250–251). W logopedii zwykło się przyjmować te poglądy lingwistów, którzy uważają, że pojęcia *tekst* oraz *dyskurs* są dubletami, a wprowadzenie tego drugiego uznają za terminologiczną redundancję (Boniecka 1997, s. 30; 1999, s. 32). W takim jednak odniesieniu za minimalną jednostkę dyskursu uznaje się parę przyległą, na przykład pytanie i odpowiedź — co sprowadza dyskurs do dialogu — dla której można wyróżnić początek i koniec. Przykładami będą tu — jak wymienia Ida Kucz — rozmowa, opowiadanie, wykład, sesja parlamentarna czy szkolna lekcja (2000, s. 147). W ujęciu silnie eksploatowanym w tradycjach badawczych zakorzenionych w psychologii<sup>127</sup> widać predylekcję do badania dyskursu w ramach analizy konwersacji, czyli tego, co powiedziane, oraz tego, co powiedzianemu towarzyszyło. Pozwala to jako *znak* potraktować także zachowanie skonwencjonalizowane, jak i okazjonalne, jednostkowe — w neuro/logopedii włączanie tych czynników esktralingwalnych nadal nie jest powszechne (Panasiuk 2013, s. 209–216).

Logopeda pracujący z afatykiem nad jego zdolnością uczestniczenia w dyskursie zwróci uwagę na adekwatność wypowiedzi do tematu, jej spójność oraz pragmatykę, a więc odniesienie do sytuacji komunikacyjnej. Przyjrzy się też realizacji poszczególnych „typów” dyskursu: opisowego, proceduralnego i narracyjnego, łączącego elementy dwóch wymienionych. Takim dyskursem będzie opowieść pacjenta o przebiegu swojego epizodu udarowego z zachowaniem logiki, gradacji tego, co istotne i nieistotne oraz chronologii zdarzeń. Trudno jednak oprzeć się wrażeniu, że z określeniem *dyskurs* interferuje tu jeszcze inne — poza *tekstem* — równie „rozmyte” pojęcie, jakim jest *narracja*. W wariancie opisowym, proceduralnym i narracyjnym mamy w istocie do

---

<sup>127</sup> Dodać tu można, że w neuropsychologii poznawczej analiza procesów dyskursu ma ogromny wpływ na projektowanie terapii osób po uszkodzeniach mózgu, między innymi afatyków (Osiejuk 1994).



czynienia z narracją<sup>128</sup>. Oczywiście rozstrzygnięcia definicyjne nie są tu przedmiotem moich refleksji, ale nie mogę nie zwrócić uwagi na to, że mnogość terminów generuje problemy „zawodowe” — dla przykładu: to, co dla mnie jest *narracją*, dla innego „specjalisty od języka” może być *dyskursem* i odwrotnie, a jeszcze inny może te pojęcia utożsamiać. Podkreślę więc raz jeszcze, że w pracy tej dyskurs poprzez teksty odsyła do rzeczywistości pozatekstowej. Nie da się go zamknąć w ramach sesji terapii mowy czy lekcji szkolnej. Pacjent, kiedy wychodzi z gabinetu logopedycznego, i uczeń, kiedy wychodzi z sali lekcyjnej, nadal uczestniczą w dyskursie, ponieważ konstytuują go temat — medyczny lub edukacyjny. Nie jest tak, że dyskursy się kończą — w przeciwieństwie do tekstów i narracji — jesteśmy w nich „zanurzeni” — w strumieniu „zdarzeń dyskursywnych” (Foucault 2002, s. 38).

Jeśli jednak nawet uznać dyskurs po prostu za komunikację, mam wrażenie, że możliwości terapeutyczne neuro/logopedii okazują się niewystarczająca. Oczywiście, kształcenie kompetencji dyskursywnej odbywa się na poziomie edukacji systemowej i zgodnie z koncepcją *lifelong learning*. Pytanie jednak, co z kompetencją dyskursywną zaburzoną, defektywną, uszkodzoną w wyniku różnych chorób, nie tylko uszkodzeń organicznych, ale też deficytów intelektualnych czy ruchowych — jestem bowiem przekonana, że w tych grupach osób z takimi ubytkami jest ona realizowana z różnego typu odstępstwami od *normy*. Naturalnie, przedmiotem logopedii są biologiczne uwarunkowania rozwoju i zaburzeń mowy (Grabias 2010), ale mowa nie jest dyskursem, nawet jeśli rozumiemy go *tylko* komunikacyjnie. *Dyskurs* rozumiany jako sposób uczestniczenia w określonej sferze życia nie jest uczestnictwem jedynie językowym, ale odnajdywaniem się wśród tekstów-zdarzeń, wchodzeniem z nimi w interakcje, manifestowaniem siebie mimiką, gestem, postawą, zachowaniem, a nawet ubiorem, ponieważ wszystko to jest znakiem. Znamienne, że w głęboko humanistycznych podejściach medycznych odczytuje się właśnie znaki:

„Chory przychodzi ze swym bólem, zgryzotą, cierpieniem, trwogą, woła o pomoc. To wołanie, oczywiście, rzadko jest dosłowne. Ma ono różne formy wyrazu. Może to być potok słów, ażeby zażegnać trwogę, albo skamieniałe rysy twarzy, za którymi kryje się nieufność do lekarza” (2009, s. 12).

---

<sup>128</sup> Narracje afatyków badała Hanna Ulatowska: *Kilka uwag o znaczeniu badań nad afazją dla teorii narracji* (2011; z G.S Olness); *Narracje transformacyjne (quest narratives): wizerunki afazji* (2014). Badaczka zauważyła, że ich wyrazistą komponentę stanowią: strach, utrata, dezorientacja (2011, s. 78), a język zwykły, codzienny okazuje się niewystarczające, by odczucia te wyrazić (tamże, s. 83).

Sądzę, że to szerokie — semiotyczne wręcz — ujęcie pokazuje, że brakuje przynajmniej w polskiej praktyce językoznawstwa klinicznego, może nawet semiotyki klinicznej. W moim przekonaniu to lingwista kliniczny, a nie logopeda, powinien pracować z osobą, która potrzebuje terapii, by w pełni móc uczestniczyć w dyskursie.

#### 4.4. Właściwości dyskursu medycznego oraz o afazji

Rozeznanie w dyskursie medycznym panoramiczne i zbliżenie na dyskurs o afazji pokazują, że nie da się o nich mówić, nie odnosząc się do myśli Michela Foucaulta, która zresztą meandruje w całej tej pracy, udowadniając, że bez Foucaulta nie sposób myśleć *dyskursywnie*. Przede wszystkim chcę w kontekście *Porządku dyskursu* odnieść się do właściwości dyskursu medycznego, a więc pewnych zasad, które go organizują.

Po pierwsze jest to reglamentacja dostępu. Foucault nazywa to „prawem do egzystencji wypowiedzi” (Bytniewski 2017, s. 65):

„w każdym społeczeństwie wytwarzanie dyskursu jest równocześnie kontrolowane, selekcjonowane, organizowane i poddane redystrybucji przez pewną liczbę procedur, których rolą jest zaklinać moce i niebezpieczeństwa, zawładnąć przypadkowością zdarzeń, wymknąć się ciężkiej, niepokojącej materialności” (Foucault 2002, s. 8).

Niepodważalne prawo istnienia w dyskursie medycznym mają wypowiedzi profesjonalistów — lekarzy, należy podkreślić, że równego im autorytetu nie mają wykonawcy zawodów terapeutycznych, jak neuro/logopeda czy neuropsycholog, których praktyczna rola jest w obcowaniu z chorym z afazją — bo tacy nas tu najbardziej interesują — niewyobrażalnie bardziej znacząca. A jednak, dyskurs dewaluuje ich status. Głos pacjentów z kolei, co pokazuje historia patografii, bywa uznawany za cokolwiek znaczący najwyżej od siedmiu dekad — to niedawno, biorąc pod uwagę historię medycyny sięgającą czasów hipokrateckich, bez mała dwa i pół tysiąca lat temu. Wydaje się, że monopol wypowiedzi lekarskich został przełamany, ale pozycje lekarza i pacjenta długo jeszcze nie będą symetryczne ani na poziomie roli, ani komunikacji.

We współbrzmieniu tych głosów — profesjonalnego i laickiego — wyłaniają się mechanizmy „porządkowania” dyskursu z naczelną procedurą wykluczenia,

zinterioryzowaną na tyle, że „dobrze wiemy, że nie mamy prawa powiedzieć wszystkiego, że nie możemy mówić o wszystkim w każdej sytuacji, wreszcie — że byle kto nie może mówić o byle czym” (tamże, s. 8). To właśnie ta zasada opierająca się na podziale i odrzuceniu — stwierdza Foucault — formowała dyskurs medyczny, wskazując pewne wypowiedzi jako prawdziwe i uprzywilejowane oraz znaczące, a inne jako pozbawione prawdy, nieważne — do nich zaliczały się wypowiedzi „szaleńców”, „obłąkanych”<sup>129</sup>.

W wyniku funkcjonowania tych zasad następuje „rozrzedzenie podmiotów mówiących” (tamże, s. 27) w niektórych sferach wypowiedzi i aktywności życiowej. Foucault wyjaśnia:

„nie wszystkie obszary dyskursu są w równym stopniu otwarte i podatne na penetrację. Niektóre są ściśle chronione (rozdzielane i rozróżniające), podczas gdy inne wydają się niemal otwarte na wszystkie wiatry i bez wstępnych ograniczeń oddane są do dyspozycji każdego mówiącego podmiotu” (tamże).

Dyskurs medyczny jest właśnie *nieotwarty*, z czego wynika — po drugie — konieczność legitymizacji wypowiedzi o dyskursie. Mechanizm ten Foucault opisuje tak: „nikt nie wejdzie w porządek dyskursu, jeśli nie sprostą pewnym wymaganiom lub jeśli nie jest, od początku gry, uprawniony, by to czynić” (tamże). Wydawać by się mogło, że wszyscy są uprawnionymi uczestnikami — aktorami — dyskursu, ponieważ wszyscy wcześniej czy później stajemy się pacjentami, ale pamiętać tu trzeba o tym, że bardziej uprzywilejowani są ci, którzy reprezentują dominującą, a więc kliniczną, *stronę* dyskursu.

Po trzecie należy dostrzec, że w dyskursie medycznym wyróżnia się dyskurs stanowiący, czyli ten po stronie klinicznej — on też funduje dominację medyków. Jest pierwszy, autorytatywny, samoaktualizujący, równoległy jest samostanowiący i stanowi punkt odniesienia dla innych dyskursów, które przenika i dla których tworzy zinstytucjonalizowaną przestrzeń. Taką rolę pełnił w dyskursie religijnym — Biblia, w filozoficznym — rozprawy Platona, Arystotelesa i kolejnych wielkich, w prawnym — Deklaracja Praw Człowieka (Grzmil-Tylutki 2010, s. 197–199). W dyskursie

---

<sup>129</sup> Interesująca w tym kontekście — wykluczeń dystrybuowanych przez dyskurs medyczny — jest lektura najśłynniejszej wypowiedzi polskiej „somniaambuliczki” — Mickiewiczowskiej Karusi. W tej perspektywie *Romantyczność* okazuje się poetyckim obrazowaniem treści medycznych (Saniewska 2015). Podobne mechanizmy obrazowania wykorzystuje Karolina Wiktor w *Wolgą przez Afazję*; zob. s.213.

medycznym będą to: międzynarodowe klasyfikacje ICD-10, DSM-V<sup>130</sup> i chciałoby się powiedzieć — przez analogię do dyskursu prawnego, dla którego stanowiący charakter ma Deklaracja Praw Człowieka — że w dyskursie medycznym taką rolę pełnić też będą Karta Praw Pacjenta (1984) czy Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności (1950)<sup>131</sup>.

O stanowiącym charakterze dyskursów świadczy to, że są one wciąż czytane, przywoływane, komentowane, potwierdzane, negowane, „pełniąc funkcję referencjalną dla innych tekstów danego dyskursu i budując tym samym heterogeniczność dyskursywną” (Grzmil-Tylutki 2010, s. 201). Dają one przy tym wgląd w sposób myślenia danego społeczeństwa, choć jego członkowie nie muszą być świadomi ich istnienia, między innymi ze względu na wykształcenie i kompetencje kulturowe, a także — jak pokazuje praktyka — językowe.

Język w dyskursie medycznym okazuje się aporyczny na poziomie przekazu informacji — zapośrednicza więc na poziomie symbolicznym zasady reglamentacji i wykluczenia. Oczywiście jest, że wpływ ma na to stosowana terminologia, specjalistyczność języka, do której lekarze podchodzą najczęściej bezrefleksyjnie, to znaczy bez świadomości tego, że odbiorca ich wypowiedzi na ogół nie jest lekarzem, co oznacza, że posługuje się innym profesjolektem bądź jedynie językiem potocznym. Kwestia, na którą chcę tu zwrócić uwagę, to czytelność tekstów kierowanych do pacjentów. Za przykład posłużą poradniki medyczne dotyczące chorób krwi, które Adam Dombrowski analizował pod kątem czytelności przy użyciu narzędzia Jasnopis<sup>132</sup>. Autor stwierdza: „Tekst poradnika medycznego napisany jest językiem trudnym, gdyż jedynie 1 z 10 analizowanych fragmentów przypisano klasę 4 (tekst nieco trudniejszy zrozumiały dla osób z wykształceniem średnim lub mających duże doświadczenie życiowe), a pozostałym 9 — klasę 5 (tekst trudniejszy, zrozumiały dla ludzi wykształconych) lub 6 (tekst trudny w odbiorze dla przeciętnego Polaka)” (2018, s. 44). Statystycznie, każdy z analizowanych fragmentów składał się średnio z dziesięciu siedemnastowyrazowych zdań, w których wystąpiło od 3 do 13 wyrazów

---

<sup>130</sup> Zob. s. 45.

<sup>131</sup> Mam jednak wątpliwości, czy udział *Karty...* i *Konwencji...* w stanowieniu jest faktyczny poza warstwą deklaratywną. W praktyce sądzę, że nie są one równorzędne, ale nie podejmę się tu wyjaśnienia, dlaczego.

<sup>132</sup> Jasnopis jest narzędziem informatycznym, które mierzy zrozumiałość tekstu; aplikacja powstała pod kierownictwem prof. dr. hab. Włodzimierza Gruszczyńskiego; zob. Jasnopis, <https://www.jasnopis.pl> [dostęp: 13.02.2023 r.]

nieznacznych powszechnie, czyli trudnych. Zatem, by zrozumieć taki tekst — kierowany do uniwersalnego pacjenta — należy mieć wyższe wykształcenie (tamże).

Podobny problem dotyczy ulotek przylekowych, choć zostały podjęte odgórne działania, by zminimalizować ich nieczytelność — ograniczyć ich wykluczający charakter — od początku listopada 2005 roku w Unii Europejskiej obowiązują badania czytelności ulotek<sup>133</sup>, regulowane w Polsce odpowiednimi rozporządzeniem ministerialnym<sup>134</sup>, określającym wygląd i zawartość treściową w tego typu drukach informacyjnych. Mimo istnienia tych przepisów, w wielu ulotkach wciąż pojawiają się miejsca aporyczne właśnie na poziomie możliwości percepcji języka specjalistycznego. Dla przykładu: analiza ulotek dołączonych do analgetyków opioidowych pokazała, że „nie wszystkie ulotki zawierają wyjaśnienia terminów medycznych, które mogą być niezrozumiałe dla pacjentów i ich bliskich”, przez co „mogą wprowadzać w błąd zarówno pacjentów, jaki i lekarzy oraz farmaceutów” (Pawłowska i wsp. 2016, s. 22). Sytuacja ta — którą można za Foucaultem określić jako „rozwarstwienia w tym, co można nazwać społecznym przyswajaniem dyskursów” (2002, s. 32) — ma w moim odczuciu znamiona co najmniej reglamentowana świadomego uczestniczenia w dyskursie medycznym i jest etycznie kontrowersyjna<sup>135</sup>.

#### **4.5. Konkluzje: niemożność monografizowania**

Badania nad dyskursem medycznym odsłoniły i odsłaniają wiele problemów, których naturę można syntetycznie opisać jako antropologiczną. Zdrowie i choroba, a także fizyczny i psychiczny dobrobyt, rozszerzają zakres dyskursu medycznego poza to, co kliniczne i (około)medyczne, prowadząc do medykalizacji życia codziennego (Conrad 1992; Sasz 2007) i wyborów konsumenckich (Conrad 2004).

Postępująca nieprzerwanie „prolifercja” dyskursu medycznego, jego rozwarstwienie, konieczność dyferencjonowania, perspektywy oglądu tematycznego, instytucjonalnego, substancjalnego czy ideologicznego — to wszystko wpływa na to, że nie da się stworzyć homogenicznego opisu o charakterze podręcznikowym. Dyskurs

---

<sup>133</sup> Dyrektywa 2001/83/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 6 listopada 2001 r. w sprawie wspólnotowego kodeksu odnoszącego się do produktów leczniczych stosowanych u ludzi.

<sup>134</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lutego 2009 r. w sprawie wymagań dotyczących oznakowania opakowań produktu leczniczego i treści ulotki.

<sup>135</sup> Kwestie te dotyczą jednak szerszego zagadnienia, jakim jest Big Pharma, o którym nie mogę nie wspomnieć, ale którego nie będę tu rozważać (Woś 2021).

takim ujęciom się wymyka, ponieważ trwa w nim gra zasad i porządków, które „przecinają się, wzmacniają i kompensują, tworząc złożoną sieć, nieustannie ulegającą modyfikacjom” (Foucault 2002, s. 8).

Pozostają więc fragmenty — poza wspomnianymi już literaturoznawczymi *Fragmentami dyskursu chorobowego* — zebrane w pracy *Dyskurs (para)medyczny. Gatunki — style — przeobrażenia* (2018). Jej redaktorzy piszą, że zdrowie — i w domyśle zapewne choroba jako jego rewers — „stanowi interesującą perspektywę badawczą nie tylko dla nauk medycznych, ale także dla językoznawstwa” (tamże, s. 7). Perspektywa ta pozbawiona jest jednak aspiracji integrujących czy uniwersalizujących, dlatego znacznie „gęściej” reprezentują ją publikacje czasopiśmiennicze, wśród których można trafić na jeszcze większe „zagęszczenia” — jak numer ósmy „Poradnika Językowego” z 2021 roku poświęcony komunikacji medycznej czy pierwszy tom „Tekstów Drugich” z 2021 roku o medycynie narracyjnej, a wcześniej w „Res Publice Nowej” z początku 2018, gdzie możemy przeczytać, że „Medycyna stała się już piątą władzą”<sup>136</sup> — po foucaultiańsku rozumana „biowładzą”.

W pracach anglojęzycznych spotykamy natomiast wprost wyrażoną przeglądowość (Ofica 2018) czy sfokusowanie na postępy badań spod znaku dyskursu medycznego (Gotti, Salager-Meyer, red. 2006).

Ambicją tego rozdziału nie jest monografizowanie dyskursu medycznego<sup>137</sup>. Podpowiada to zresztą już jego tytuł, korespondujący z kanonicznymi fragmentami Barthes’a w odniesieniu do których powstały *Fragmenty dyskursu chorobowego. Monografia dyskursu medycznego*, jeśli jest możliwa, to właśnie w formule fragmentarycznej — której w żaden sposób nie należy krytykować — nawet wówczas jednak przekracza granice jakiegokolwiek pracy doktorskiej. Dlatego zależało mi na tym, by w tym subiektywnym przecież przeglądzie naświetlić zróżnicowane potencjały dyskursu medycznego, które sprawiają, że jest on tak frapującym dla wielu badaczy polem eksploracji.

---

<sup>136</sup> RPN: *Wszyscy jesteśmy pacjentami*, 2018, <https://publica.pl/teksty/rpn-wszyscy-jestesmy-pacjentami-63330.html> [dostęp: 13.02.2023 r.]

<sup>137</sup> Nie ma zresztą homogenicznych autorskich monografii dyskursów tak rozległych jak dyskurs medyczny. Dla przykładu: praca o monografizującym brzmieniem tytule *Dyskurs prawny. Języki, teksty i konteksty* (Szczepankowska 2016) okazuje się zbiorem osobnych studiów autorki, publikowanych wcześniej w czasopiśmie.

Warto tu jeszcze odnotować, że dyskurs medyczny w czasopiśmie specjalistycznych w swojej pracy doktorskiej analizowała Barbara Drozd (2021).

Wszechobecność dyskursu medycznego jest bezdyskusyjna, ponieważ od momentu narodzin do momentu śmierci należymy do systemu opieki zdrowotnej. W momencie zachorowania ta obecność w dyskursie się *zagęszcza*. Każda diagnoza otwiera dyskurs choroby, który dziedziczy cechy dyskursu medycznego, ale ma też własne zasady odznaczające się w codziennych praktykach językowych. Odkrywaniu specyfiki afazji — jako przykładu takiego *zagęszczenia* — poświęcony jest kolejny rozdział.

## ROZDZIAŁ 5. *Wolga przez Afazję Karoliny Wiktor*

### 5.1. Próba gęstego czytania

Był sobotni wieczór 28 sierpnia 2009 roku, Karolina<sup>138</sup> była z mężem i znajomymi na koncercie. Zabawę przerwał jej silny, uciskowy ból głowy — opisała go tak: „jakbym miała ją [głowę] w imadle” (I) — nie dotarła już do znajomych, straciła przytomność. Piotrek, jej mąż, myślał, że dosypano jej coś do napoju. Wezwano pogotowie ratunkowe. Przez kolejne „aż” (I) dwadzieścia cztery godziny w różnych szpitalach sprawdzano, jaki środek odurzający zażyła, zakładając, że młoda kobieta przywieziona z imprezy tym właśnie sposobem popadła w nieprzytomność. Dopiero po południu kolejnego dnia, w niedzielę, lekarz z Bielańskiego szpitala, miast opierać się na stereotypach, odwołał się do zasobów swojej klinicznej wiedzy, co pozwoliło mu stwierdzić: „Przecież ona ma wylew!” (I). Szczegółowe badania przeprowadzono dopiero nazajutrz — w weekendy pracownie neuroobrazowanie bywają nieczynne — i to one, niemal dwa dni po zdarzeniu, pokazały, że miał miejsce „wylew podpajęczynówkowy na tętnicy kręgowej lewej” (I) — „lub — jak kto woli — udar krwotoczny” (M) — do którego doszło w wyniku pęknięcia niewielkiego, genetycznie uwarunkowanego, tętniaka.

Pacjentka z takim rozpoznaniem zostaje skierowana do „prof. Anatola Dowżenko, radiologa, neurochirurga” (I)<sup>139</sup>. „Totalną embolizację”, czyli „zabieg zabezpieczenia tętniaka przez zamknięcie światła chorobowo zmienionych naczyń krwionośnych” (M), przeprowadzono we wtorek, 1 września (M). Późno. Statystycznie, „Z przechodzonym wylewem podpajęczynówkowym ludzie umierają bardzo szybko. Zabiegowicz do mózgu dostaje się przez prawą pachwinę. Na szczęście, to XXI wiek” (I). Zależność czasowa jest tu oczywista — to, co jest możliwe dziś, nie było możliwe wcześniej. Karolina ma tego zupełną świadomość: „Gdybym miała wylew w latach 70., to bym nie przeżyła — wszyscy mi o tym mówią. Miałam wylew w XXI wieku, mogli mnie zoperować i choć dostałam drugiego udaru, to byłam w stanie zrehabilitować się do tego stopnia, że mogę (...) rozmawiać” (M). Operacja się więc udaje, ale „rodzice i mąż

---

<sup>138</sup> W gęstym czytaniu autorów afazjografii traktuję personalnie, dlatego posługuję się ich imionami.

<sup>139</sup> Wyjaśnijmy: radiologa i neuroradiologia, zmarłego w 2020 roku, by nie pomylić go z Anatolem seniorem — ojcem (1905–1976), neurologiem (Wikipedia).



[pacjentki] dowiadują się, że może być różnie” (I). Karolina nie pamięta „wybudzenia po embolizacji” (I). Podobno mówiła „jakieś bzdury po rosyjsku” (I). To jednak nie koniec historii, ponieważ „Operacja zrobiona dopiero w trzeciej dobie powoduje, że za tydzień dochodzi do drugiego udaru, tym razem niedokrwiennego” (I) z „niedowładem połowicznym prawostronnym i afazją” (M). Był 7 września. Pacjentkę wprowadzono w „śpiączkę farmakologiczną” (I), z czasem podejmowano próby wybudzania, ale „Afazja [całkowita] nie zmieniała się”, chora nie rozumiała, co się do niej mówi, dlatego przywracano stan śpiączki. Z tego okresu przypomina sobie tylko, że ktoś coś do niej mówił, ale „była w malignie” (I). Co kilka dni sprawdzano, czy „krew się wchłonęła”, a kiedy to się w końcu stało, kolejne wybudzenie zakończyło się sukcesem. Przeżyła, mimo że „dawali (...) na to 40 procent” (G). Trwało to „dwa miesiące” (I).

„Wybuchy mózgu” — bo tak Karolina nazywa udary — wprowadzają w jej opowieść perspektywę kosmogoniczną. Jak Wielki Wybuch powołują do istnienia nowy świat, nową „kraję” — Afazję, która wyłania się w pęknięciu rzeczywistości nazywanej odąd „realem”. Ta środowiskowa nazwa odpowiada ‘rzeczywistości realnej w przeciwstawieniu do rzeczywistości wirtualnej’ (SJP). Można zatem przypuszczać, że Afazja jest rodzajem rzeczywistości wirtualnej — ‘stworzonej w ludzkim umyśle, ale prawdopodobnie istniejącej w rzeczywistości lub mogącej zaistnieć’ (SJP) — i w ten sposób wpisuje się w surrealistyczne koncepcje awangardowe, tak bliskie autorce. W końcu powstaje też „noworeal”, dualna rzeczywistość po wybuchu.

Karolina trafia do krainy Afazji w wyniku działania „filozofii przypadku”, więc jest to dla niej „przymusowa emigracja” bądź „wygnanie”. Przejście z reala do Afazji odbywa się przez śmierć. Można ją rozumieć symbolicznie — Afazjanin jest umarły dla świata, ponieważ traci *właściwości* człowieka, *drewnieje* po niedowładnej stronie ciała, upodabniając się do „połówkowego Pinokia”. Karolina ujmuje to tak: „żyłam w realu, umarłam w realu”. Można też rozumieć śmierć biologicznie — i tak też obrazuje ją Karolina: „to była ciepła noc ,, ,, nagle bardzo ostry zakręt na prostej szosie ---- i znalazłam się w długim tunelu bez świateł ,, ,, szybko skończyła się benzyna ,, ,, później szłam wzdłuż starego krawężnika ,, ,, było zimno, bardzo ciemno .... plus ten ciągły remont tunelu .... i tak przez następnych kilka tygodni .... nagle rozbłysło światło ,, ,, stałam przez wielką komisją ,, ,, — proste pytanie — jak się czujesz ??? — ,, ,, ,, ,, inaczej ,, ,, — odpowiedziałam na migi wyrok — obwód rozumienia” zwany też „dystryktem rozumienia”.

Opis ten przywołuje popkulturowe — o religijnej proveniencji — wyobrażenia o przejściu do innego świata, z życia do *życia po życiu*, raczej w wyniku wypadku niż zachorowania, być może dlatego, że jest to bardziej dramatyczne. Progiem między światami jest więc zdarzenie komunikacyjne, do którego dochodzi w niesprzyjających warunkach wizualnych — choć sama noc przedstawiona zostaje pozytywnie (ciepła noc, co ważne — nie ciemna; frazem „ciepła noc” obrazuje noc letnią, prawdopodobnie rozświetloną gwiazdami — był przecież koniec sierpnia); w dwuznacznych okolicznościach topograficznych — droga była prosta, co umożliwiło rozwinięcie prędkości, ale pojawił się zakręt. Przelóżmy tę metaforę na wersję, w której drogą jest życie. Karolina żyła bezproblemowo — jak się to mówi — po drodze swojego życia jechała szybko, aż do chwili, kiedy znalazła się na zakręcie, przez który można rozumieć ‘moment, w którym następuje radykalna zmiana’ (SJP). To nie tyle zmiana kierunku, co zmiana miejsca. Z dającej wiele możliwości otwartej szosy (życia) przenosi się do tunelu — przestrzeni zamkniętej, ograniczającej, ciemnej, nieprzyjaznej. Droga niby trwa (trwają procesy życiowe), ale kończy się paliwo (wytracają się siły witalne mechanistycznie ujmowanego organizmu). Metafora tunelu jest na ogół metaforą przejścia między światami żywych i umarłych, zawieszania między światami. Na ogół jednak — co zdradzają nieweryfikowalne naukowo, ale obecne w powszechnym imaginariu, opisy — oznacza kliniczną śmierć. W opisach tych ciemny tunel prowadzi do majaczącego w oddali światła. Jedni podążają ku niemu bez namysłu, inni trwają na początku tunelu, widząc je tylko z oddali. Tunel Karoliny jest jednak z początku inny, ciemny, można się więc domyślać, że jeśli dokąds prowadzi, nie są to zaświaty, zapraszające przecież hipnotyzującą jasnością. Tu natomiast drogę wyznacza stary krawężnik, coś najzupełniej materialnego, fizycznie zakotwiczonego w ziemi, która symbolizuje życie doczesne. Doświadczenia, które towarzyszą tej drodze, nie są przyjemne — to zimno i ciemność. Tym wrażeniom sensorycznym, które przywołują smutek (ciemny) i martwość (zimny), towarzyszą jeszcze wrażenia akustyczne, bo tak odczytać można „remont tunelu” — remonty zwykle bywają uporczywie głośne lub co najmniej irytująco drażniące słuchowo. W mechanistycznym wyobrażeniu o ciele z dawniejszych epok medycznych remont odpowiadałby więc leczeniu, procesowi, który trwał w tym przypadku „kilka tygodni”. Ciągłość doświadczeń zmysłowych świadczy o tym, że bycie w tunelu nie oznacza śmierci. Był to czas „negocjowania życia ze śmiercią”, zgoła inny od wyobrażeń: „Okazało się że obraz śmierci jest tak samo

zwyczajny jak my sami, może dlatego nic nie pamiętam” (I). Nie pamięta, bo była w śpiączce — to ona jest „tunelem”.

W końcu jednak pojawia się światło. Powinno nastąpić rozliczenie z życia. I sytuacja faktycznie przybiera formułę przesłuchania — stanięcia w świetle reflektora przed tymi, którzy decydują, co dalej. To obraz bardzo podobny do osadzonego w religijnym anturazju sądu, który decyduje o losie człowieka po przejściu między światem i zaświatami. A ponieważ symptomem życia jest czucie, pada pytanie „jak się czujesz”, co podpowiada, że śmieć się nie dokonała. Odpowiedź zostaje przekazana migowo: „inaczej”, a jej znaczenie wskazuje, że dokonało się *jakieś* przejście. Teraz czas na znalezienie nowego miejsca. „Wielka komisja” — uosabiająca *konsylium*, czyli ‘naradę lekarzy mającą na celu rozpoznanie choroby i ustalenie sposobu leczenia’ (SJP) albo po prostu zespół terapeutyczny na obchodzie — decyduje, że jest to „obwód rozumienia”. Interesujące, że komisja nie *informuje*, ale *wyrokuje*, co zabarwione jest pejoratywnie, a więc podaje *wyrok* — ‘ostateczną decyzję lub opinię w jakiejś kwestii’ (SJP). *Wyrok* ma też jednak znaczenie wykraczające poza plan ludzkich możliwości — jest tym, ‘co niesie los’ (SJP) i w tym sensie oddaje przypadkowość — „filozofię przypadku” — zachorowania. Wyrok „obwód rozumienia” oznacza afazję sensoryczną, w którą przeszła początkowa afazja całkowita. Klinicznie rzecz ujmując, „obwód rozumienia” jest ilustracją znanych od dziewiętnastego stulecia koncepcji funkcyjnych ośrodków mowy. *Obwód* jest ‘wydzielonym umownie obszarem’ (SJP), a rozumiany jako ośrodek staje się ‘skupiskiem komórek nerwowych w mózgu lub rdzeniu kręgowym, kierujących określonymi czynnościami organizmu’ (SJP). Mowa naturalnie o ośrodkach mowy — Broki i Wernickego, który przypadł w udziale ten pacjentce.

Dotarliśmy do Afazji — krainy, którą Karolina z jednej strony „trochę sobie wyobrażała”, a z drugiej „głęboko odczuwała przez kilka lat” (S) — poprzez „doświadczenie graniczne, jak na przykład wylew krwi do mózgu”. Cały ten proces staje się „mocnym stresem pourazowym” (I).

Zacznijmy jednak od uobecnienia się w tym świecie. Wejście w nową krainę jest dezorientujące: otwiera się oczy jakby zaraz po ich zamknięciu, różnica czasoprzestrzenna nie istnieje: „Po obudzeniu myślałam — relacjonuje Karolina — »Gdzie jestem, dlaczego w szpitalu, przecież byłam na koncercie. O jejku, musiało być ostro, coś narozrabiałam...«. Do rzeczywistości przywołuje ją ciało, pisze: „uwierała mnie rzeczywistość” i wyjaśnia, że po wybudzeniu „Nie mówiłam jeszcze, miałam

porażenie ręki, nogi, języka, przełyku. Cała prawa strona mojego ciała była porażona, byłam karmiona od wewnątrz, wychudzona. Z czasem przełykałam papki, piłam przy tym bardzo dużo wody, bo wtedy było mi łatwiej przełykać” (I) — „byłam jednym wielkim deficytem” (G), z „niepamięcią dwóch miesięcy”, podsumowuje. Nazywa ten stan „byciem w czarnej dupie”: „Pamiętam, że w szpitalu, po trzech miesiącach od wylewu, jak już się obudziłam i zrozumiałam, że jestem w »czarnej dupie« — tak, to była »czarna dupa«, to nie była choroba, tylko »czarna dupa«, w której nie jesteś w stanie zrozumieć nic” (M).

Jej afazjografia zaczyna się od pokazania tragizmu tej sytuacji: „Marzyłam o locie złotym samolotem przez Afazję,,, tymczasem udało mi się przehandlować stacjonarny rower na ultramarynową wołgę”. Te dwa zdania nabierają sensu, kiedy „lot złotym samolotem” — najwyrazistszą podpowiedzią jest tu określenie „złoty” — zastąpi się „złotym strzałem”, eufemizmem oznaczającym zadaną sobie śmierć<sup>140</sup>. Karolina wyjaśnia: „To jest metafora tego, że chciałam polecieć z dziewiątego piętra. Bo uświadomiłam sobie, że doświadczam absolutnego regresu, nie mogę czytać, mówić, nic nie mogę. I w pewnym momencie wymyśliłam, jak mam się skończyć. Wszystko sobie zaplanowałam. Tata wyjechał do szpitala na badanie, mama już spała. Wjechałam na dziewiąte piętro, patrzę na to okno i myślę sobie: ale zaraz zaraz... skoro tak sobie wszystko wymyśliłaś, to chyba nie jest z tobą aż tak źle? Zaczęłam się śmiać” (G). To był moment, w którym zdecydowała, że będzie przyjmować leki — nazwała je „sztuczną radością”, której „szybko potrzebowała” i która „pozwala na więcej”. O wdrożeniu farmakoterapii mówi tak: „to mi uruchomiło myślenie, że mimo, że jestem w czarnej dupie, to coś się jednak da zrobić. I dlatego pojechałam Wołgą. Regres się zatrzymał” (G). „Pastylki dały perspektywę,,, wyobraźnia jest na miejscu”.

Zamiast spektakularnego samostanowionego wyjścia z kraju Afazji, w którym celem egzystencji jest korzystanie ze stacjonarnego rowera, upostaciawiającego rehabilitację ruchową, wybrała więc siermiężną — zmetaforyzowaną przez „wołgę” — drogę przezeń. I tak od myśli „Przeklinam ten kraj, w którym stoję”, bo jest to „intelektualne pustkowie”, przeszła do pomysłu na „podróż”, w której przyjęła rolę („pracę”) „korespondenta” piszącego „puste” (bo mowa afatyków bywa pusta) „reportaże” (treści o zróżnicowanym charakterze: od informacyjnych po relacjonujące) „z pustki” (‘stanu niemocy intelektualnej’, SJP). To była jej „pierwsza radość” — świadomość *możności*.

<sup>140</sup> Eufemizm ten odnosi się do przedawkowania narkotyku kończącego się śmiercią.

Mówi o tym tak: „Celowo napisałam o sobie jako korespondent, ponieważ przyjechałam do Afazji przez przypadek i jako korespondent chcę wrócić do realu” (M). *Korespondent* to ‘współpracownik czasopisma, radia lub telewizji przesyłający reportaże z terenu, zwłaszcza z zagranicy’ (SJP), ktoś, kto ma pracę do wykonania, a po jej zakończeniu wróci; to status przejściowy, sytuujący się na pozycji przybysza, obserwatora. Historia literatury dostarczy nam przykładów korespondencji z podróży krajoznawczych typu sienkiewiczowskiego, ale też korespondencji wojennych jak u Tochmana czy Jagielskiego.

Ta dualność podpowiada, że możemy tu mieć do czynienia z metaforyzowaniem choroby jako podróży — bo tak zdecydowała narratorka — ale nie możemy zapomnieć, że jest i inna opcja. Przyglądając się postaci korespondenta umieszczonego w innym świecie, nie można nie dostrzec analogii z postaciami korespondentów wojennych, a więc reporterów specjalizujących się w relacjonowaniu konfliktów zbrojnych, walk, wojen, zwycięstw bądź przegranych (w optykę taką wpisują się choćby „wybuchy mózgu”). Analogia ta okazuje się wyjątkowo trafna, kiedy zestawia się ją z klasyczną metaforą choroby jako wojny. Zwykle w dyskursach dotyczących chorób praktycznie uzasadniona jest — i od stuleci wyjątkowo nośna — metafora militarna, o której Sontag pisała: „Ta najbardziej ogólna metafora przetrwała jednak w języku edukacji publicznej, gdzie chorobę przedstawia się zazwyczaj jako *atakującą* społeczeństwo, a próby ograniczenia śmiertelności wywoływane jakąś chorobą nazywa się walką, batalią lub wojną” (2016, s. 91). Wyrażenia z tego kręgu są w języku polskim silnie zleksykalizowane, ale w tej opowieści nie padają wprost. Znamienne, że Karolina nie wybiera metaforyki wojennej czy militarnej — jej mechanizm konceptualny miałby zresztą inny wpływ na ukształtowanie świata Afazji (Dąsał, 2017) — ale sięga po wariant optymistyczny, poznawczo interesujący<sup>141</sup> i nie tak w narracjach pacjentów powszechny. Wyjaśnia: „Pomimo całej grozy sytuacji, pojawiła się we mnie pewna ciekawość sytuacji, w której się znalazłam” (S). Jeszcze bardziej frapujące jest skorelowanie metafor — podróży, wojny — z jeszcze jedną, z której Karolina uczyniła

---

<sup>141</sup> Skojarzenie choroby z podróżą przywołuje jeszcze kilka wyjątków z annałów historii literatury, w której zapisali się lekarze z pokolenia mickiewiczowskiego. Podejmowali oni podróże w celach naukowych: doktor Aleksander Siemaszko — *do Azji w przedmiocie historii naturalnej* (1827), a doktor Stanisław Morawski, by poznać „żywoć” — historię naturalną — choroby, która pojawiła się w guberniach nadwołżańskich w roku 1831 — była to cholera, która niedługo później stała się epidemią. Dygresja ta pokazuje, że mamy już spore tradycje w *korespondencyjnym* podchodzeniu do choroby.

dominantę metaforyczną — to metafora choroby jako miejsca<sup>142</sup>, którym jest „nieznany kraj Afazji” (M), wzbudzający w niej poznawcze zainteresowanie: „Mówiłam: OK, zobaczmy, co będzie, jak przejdę jeszcze kawałeczek; przekonajmy się, co jest za rogiem” (S).

Zanim wejdziemy w Afazję, zatrzymam się przy mechanizmach metaforyzowania<sup>143</sup>. W poetyce Arystotelesowskiej *metafora* oznaczała przeniesienie nazwy jakiejś rzeczy na inną poprzez zastosowanie analogii, w wyniku czego powstawał zespół słów tworzących semantyczną całość. W ujęciu kognitywnym natomiast metafora pozwala na „rozumienie doświadczania pewnego rodzaju rzeczy w terminach innej rzeczy” (Lakoff, Johnson 2010, s. 31), a więc ich konceptualizowanie. „Najczęściej konceptualizujemy zjawiska нефизyczne w »terminach« fizycznych — to znaczy, konceptualizujemy zjawiska mniej wyraźnie zarysowane za pośrednictwem zjawisk bardziej wyraźnie zarysowanych” (tamże, s. 97). W ten sposób „Metafora jest naszym podstawowym narzędziem do częściowego rozumienia tego, co nie może być rozumiane całkowicie” (tamże, s. 251). Wynika z tego, że „gdy mówimy o rzeczach, których nie postrzegamy za pomocą zmysłów, musimy uciekać się do metaforycznego użycia języka. Książki dotyczące psychologii, ekonomii czy polityki są w równym stopniu metaforyczne co książki dotyczące poezji czy kultu religijnego. Nie ma innego sposobu mówienia, o czym wie dobrze każdy filolog” (tamże, s. 7).

Karolina przybywa do Afazji „nocą” — bo „choroba jest nocną stroną życia” (Sontag, 2015, s. 5) — co już wiemy — „niebieską Wołgą”. Niebieską, bo jest to kolor powszechnie kojarzony z instytucjami, do których trafia na początku. Jego semantyka oddaje cechy tych instytucji: *czysty* — kliniczny, *opiekuńczy* — jako rodzaj władzy, *mądry* — wiedza (Tokarski 2004, s. 122), a także skojarzenie ze *śmiercią* (tamże).

---

<sup>142</sup> Autorka ma jeszcze inne pomysły na obrazowanie afazji jako miejsca, zaczerpnięty z opowiadania Lema *Ze wspomnień Ijona Tichego z Dzienników gwiazdowych*: „Czasem wyobrażam sobie te wybuchy; udar to rodzaj takiego leja w twojej głowie. Wszystko w tym leju i wokół niego obumiera i dlatego drogi komunikacji muszą zostać utworzone na nowo. Bardzo często to się udaje, ale czasem te drogi tworzą się długo, ponieważ są np. ... (...) było takie super opowiadanie Lema, oczywiście nie pamiętam tytułu, jak to mam w zwyczaju – nowa uroda niepamięci. To opowiadanie, w którym naukowiec opiekuje się siedmioma czy ośmioma lejami i każdy ten lej ma swoją własną świadomość. Jeden jest świadomością kobiety, drugi lej ma świadomość jakiegoś badacza itd. Naukowiec dogląda tych lejów, podlewa je, robi z nimi wiele rzeczy i komunikuje wyniki badań innym naukowcom. Jest jeden lej, który jest świadomy, że jest człowiekiem w leju, i kim jest? Jest teoretycznie szaleńcem, czyli ma problem z czym? Z mózgiem, czyż nie? W każdym leju w środku był człowiek i każdy miał swoje życie, tylko że to życie to był lej. I tylko jeden człowiek mówi: halo, jestem w leju, nie mogę już tu być, chcę stąd wyjść!” (M).

<sup>143</sup> W kontekście choroby Alzheimera analizowałam je w pracy *Alzheimer. Sposoby językowego konceptualizowania choroby na podstawie książki Still Alice (pl. Motyl) Lisy Genovy* (2019). Wykorzystuję tu fragmenty tej pracy.

Pierwszy w ciągu instytucjonalnym jest „przybytek zdrowia i chorób”, w którym „Ministerstwo Wielkiego Neurologa jest najważniejsze i największe”<sup>144</sup> — „w ministerstwie był remont” stąd dosłownie wspomniane niedogodności sensoryczne na progu — i „łączy się z Ministerstwem Psychiatrii”. „Kolejne Ministerstwa — stwierdza — są bardzo bardzo przyjemne, to Ministerstwo logopedii i Ministerstwo rehabilitacji”, co sugeruje, że dwa pierwsze przyjemne nie były, ponieważ panowała w nich sytuacja „czarnej dupy”, „mentalna szara strefa”.

Pracownicy instytucji „są przeskalowywani i sklonowani w białych uniformach i wszyscy mają na imię Anatol”; jest „wielka komisja”, „minister psychiatrii”, każdy ma tu „wielkiego prywatnego neurologa”, jest „pilot” czy „stalker”. Personel jest więc zunifikowany i zdystansowany, autorytatywny. Reprezentuje „instytucje publiczne [które] mają to do siebie, że istnieją nie tylko w Afazji, ale tylko tu pozornie sprawują władzę. Nie potrzeba nam sądów, więzień, obozów i archipelagu GUŁAGU”, bo „ustrój Afazji jest zwyczajnym total’liryzmem” uświetnianym „narodowym świętem Afazji”, kiedy czci się „nadmiar czerni” i „niedomiar małego szczęścia”, bo na tyle można sobie pozwolić „ze zniewolonym umysłem” „w zamknięciu szpitalnym” (I), które trwało cztery miesiące. Totalność tych instytucji jest oczywista dla tych, którzy do nich trafili. Określenia „Archipelag GUŁAG” i „Kamczatka” podszyte nie tyle egzotyką, co ideologią pokazują, że trafiło się „do getta medycznego” (M).

W „ministerstwach” panują określone interakcje oparte na zawodowej znieczulicy pozbawiającej personel wyobraźni. Tak pacjentka odmalowuje portret terapeutów pierwszego kontaktu, z którymi zetknęła się w czasie zinstytucjonalizowanej rehabilitacji. Pani terapeutka mówi do niej: „„»Teraz napisz słowo *dom*«. Hmm... Mam skręconą bardzo mocno, spastyczną rękę, nie pamiętam jak wyglądają litery d, o, m... Terapia zaczęła się więc absurdalnie, źle” (I). Inny przykład: „Pamiętam moment, gdy próbuję wstać i nie mogę. Mięśnie nie działają, porażenie jest bardzo mocne. Widzę przed sobą wózek inwalidzki i wtedy myślę: »Jest naprawdę źle«. W dodatku jedna z neuropsycholożek, z całym szacunkiem dla osób wykonujących ten zawód, podchodzi do mnie, osoby po dwóch udarach i pokazując na swój łokieć, pyta: »A co to jest?«. Pomyślałam: »To ty nie wiesz, że to jest łokieć?«. Pani zdecydowanie nie wykazywała

---

<sup>144</sup> Z kontroli, którą NIK przeprowadziła w polskich szpitalach, wynika, że takich ośrodków, w których strukturach znajduje się oddział udarowy, jest w Polsce za mało, mimo że statystyki jednoznacznie wskazują, że przeżywalność pacjentów jest tam najwyższa, zmniejsza liczbę zgonów (poniżej 20%) (NIK).

się empatią. Przecież nie mogłam mówić!” (I). „Terapia zaczęła się więc absurdalnie, źle: (I). Trudno nie sądzić, że właśnie takie interakcje przyczyniają się do powstania i nasilania „stresu pourazowego” (I); sądzę, że działają traumatyzująco.

Sytuacja staje się jeszcze bardziej dotkliwa w domu, gdzie „zamiast wychodzić z opresji — wyjaśnia Karolina — zaczęłam schodzić w dół, do głębokiej depresji” (I). I dalej: „Siada ci wszystko, co jest neuro i co jest psycho. Uświadomiłam sobie to dopiero, kiedy zaczęłam móc czytać i od razu chwyciłam za książki o mózgu” (I). Później z wachlarza emocji wyłania się „sceptyczne wkurwienie”, które — paradoksalnie — może motywować do tego, by mierzyć się z nierówną topografią Afazji i „pokonywać kolejne stopnie powrotu do sprawności” (S). „Proces nie jest ani łatwy, ani szybki” (S), ale zauważa pacjentka: „Codziennie robiłam jakiś krok do przodu” (S). Było to doświadczenie na tyle swoiste w jego językowej naturze, że nazwała je „literowaniem luk codzienności” (S), ponieważ w wyniku afazji „pamięć i rzeczywistość podziurawiona jest jak sito” (S).

Jednak nieszczęsny rezydent Afazji „literują”. Karolina opowiada o chłopaku, który „miał jedynie niesprawną rękę, ale do dziś nie mówi” (I). Kiedy go zapytała, dlaczego tak jest, odpowiedział: „Cza, czu, czu, cza” (I). Dalej wyjaśnia: „Faktycznie, niektóre osoby nie mogą mówić, ale on po prostu zrezygnował z neurologopedy, bo tak mu było wygodniej, skoro żona za niego wszystko załatwiała i ona go rozumiała”. Zwraca tu uwagę na dwie kwestie. Po pierwsze: pułapkę „Zrobię to za ciebie” (I), której mechanizm wyjaśnia tak: „Teoretycznie nie jesteśmy ubezwłasnowolnieni, a w praktyce wygląda to tak, że bliscy nas uwsteczniają. Z miłości” (I). I po drugie: warunkowane płciowo podejście do chorowania: „Dla tego mężczyzny, który zawsze był bardzo sprawny fizycznie, mocny intelektualnie, to było za wiele. Moje podejście — rozważa — jest też chyba związane z płcią — kobiety są bardzo zadaniowe. Mają też inną konstrukcję psychofizyczną” (I). O tym się w „ministerstwie neurologii” nie pamięta.

Komunikacja z personelem nie jest ani mocną, ani dobrą stroną instytucji, do których trafiała Karolina. Brakuje też wrażliwości na potrzeby informacyjne: „W afazji początkowo mówisz monosylabami albo wcale, nie piszesz i nie czytasz. Ludzie cię nie rozumieją i wydaje się, że tak będzie już zawsze. Wtedy nie rozumiałam nawet sama siebie. Nikt mi nie tłumaczył, czym jest afazja, ani co czeka mnie w przyszłości. W tym najtrudniejszym momencie żaden lekarz nie powiedział mi: słuchaj, Karolina, jeśli będziesz nad tym pracować, to wrócisz do sprawności intelektualnej. Absolutny brak



perspektyw” (S). To, że afazja „zrywa wszystkie kody komunikacji” (S), nie znaczy, że porozumienie nie jest możliwe, Karolina często wspomina, że przekazywała to, co chciała powiedzieć, „na migi”. Udawało się, ale wymagało czasu i zaangażowania z obu stron. Czasu jednak — oraz zbytków takich jak empatia — w „ministerstwach” jest niedostatek.

Administracyjnie Afazja podzielona jest na „obwody” czy „dystrykty” podległe wymienionym instytucjom. Obwody szczególnie — semantycznie i przestrzennie — przypominają kręgi, co upodabnia tę krainę do konstrukcji piekła składającej się z kręgów. Pod względem urbanistycznym można w niej wyróżnić: „budynek Ministerstwa”, „place”, „zakręty”, „sfera pikniku”, „przygraniczne miasta okalające różne niedomagania”. Miejsca te mają szczególne właściwości sensualne — które mogłyby się stać przedmiotem zainteresowania geografii humanistycznej — „tutaj wszystkie biblioteki księgarnie antykwariaty stoiska z gazetami nie istnieją. Tutaj są domy dźwięku, nawet galerię dźwięku jak supermarkety, nazwy ulic też mają dźwięki wydobywające się z głośników” — to nieznośne „autostrady dźwięku” (M). W krainie tej natrafić można również na elementy nieantropopochodne: „morza”, „plażę”. Odzwierciedlają one podstawową opozycję cywilizacji i natury. I w tym „obwód rozumienia afazji jest jednak nieprzyzwoicie podobny do realu, właściwie wszystko jest na kształt. Z tą różnicą że tutaj wszystko jest prawie”. „Prawie” zależy natomiast od psychofizycznych możliwości: „prawie wszystko rozumiesz, prawie dobrze mówisz, prawie dostatecznie piszesz, prawie to, prawie tamto”.

Karolina trafiła do „Ministerstwa Wielkiego Neurologa” na konsultację do Anatola w białym uniformie, ale okazało się „trzy miesiące trwała ta konsultacja jak rezydencja na Kamczatce” — konstatuje sarkastycznie. Forma przebywania w Afazji to właśnie „rezydowanie” o nieukonstytuowanej właściwości chronologicznej, pozwalającej ‘mieszkać gdzieś stale lub czasowo’ (SJP).

Przedłużający się pobyt wymusza przyjęcie pracy reportera, która ma służyć poznaniu — rozpoznaniu — tej krainy, co odbywa się na drodze „szlajania się” podejmowanego po ustąpieniu „szoku chaosu”. Nawet ono podlega jednak pewnym regułom: „spacer po terenie obwodu rozumienia jest legalny, w granicach opisanych ustawowo „,, na przykład — nie można bez zezwolenia oddalać się bez telefonu na dłużej niż jedną godzinę”. Mimo tej reglamentacji, można w Afazji trafić na „zamknięte kolorowe drzwi z napisem czytanie”. Uświadamiają one, że „zakaz jest głównym narzędziem przymusu

i nagrody, nie piszę, nie czytam, nie mówię”, „Niby możesz się poruszać, chodzić, ale nie możesz pisać, czytać, myśleć”, co więcej, że „nie wiesz gdzie jest dół, a gdzie góra, prawa i lewa strona,,, wypowiedzenie daty Twoich urodzin trwa dwie godziny”. To z kolei pokazuje, że czas w Afazji „przybrał kształt bezładu i tym samym pustki”, wzbudził „bezsenne noce” z całym ich „brakiem marzeń sennych”.

A jednak — można się w Afazji poczuć jak u siebie. Karolina mimo podkreślonej roli korespondenta czuje się mieszkanką tej krainy, co potwierdzają sformułowania: „w moim nowym kraju”, „mój nowy kraj”. Nie czuje obcości wobec mieszkańców, których nazywa „ziomami z Afazji” i w których poczet z czasem się włącza, asymiluje się, o czym świadczy zestawienie „my, Afazjanie”, zdradzające poczucie wspólnoty.

Określenie „Afazjanie” to neologizm będący wyrazem sprzeciwu wobec ukonstytuowanej, skostniałej i dla laików nieczytelnej nomenklatury medycznej na rzecz terminu ukutego — poprzez zastosowanie sufiksu *-anin* — analogicznie do nazw mieszkańców, co podkreśla człowieczeństwo nosiciela tej nazwy. Stworzenie tego określenia było realizacją świadomej decyzji. Karolina mówi: „Schematyczności myślenia z lat 70. XX w., że ludzie z afazją to afatycy, mówię stop. Nie jestem afatyczką, jestem Afazjanką. Afatyk to brzydkie, obraźliwe słowo” (I).

Z innej jednak strony, „Afazjanin”, co wynika z natury neologizmu, brzmi obco i przez kategorię obcości przywołuje kolejną tego typu nazwę — *Marsjanin*, czyli mieszkaniec *innej* planety. Tak rozumiany *inny* jest ‘różny’ (SJP), definiowany hiatustycznie, czyli przez rozdźwięk. Dlatego „Afazjanin” jak *Marsjanin* to ‘człowiek niezorientowany w codziennych sprawach lub obco i dziwacznie wyglądający’ (SJP) — *inny*, a więc ‘zmieniony’ w stosunku do Ziemianina. Inność Afazjanina jest jednak daleko bardziej posunięta — może on być nawet *innym*, czyli ‘nowym’ (SJP).

Inność ta najszybciej i najwyraźniej manifestuje się w wyglądzie i możliwościach ciała, o którym powiedzieliśmy już, że w wyniku udaru „drewnieje”, a chory upodabnia się do Pinokia. Jednak nie tylko marionetka Carla Collodiego ma „cielesne” właściwości osoby z porażeniem poudarowym. Równie literacką — a może bardziej popkulturową — analogię tworzą istoty z Tolkienowskiej mitologii – entowie, którzy nie umierają, tylko przestają się poruszać i mówić — *drzewieją* (chciałoby się może powiedzieć: *afazjanieją*). Taką siebie Karolina widzi w lustrze, przygląda się sobie, a właściwie ona i *ten inny*, *obcy*, *ten ent* przyglądają się sobie. Nie podoba jej się to, co

widzi, towarzyszy temu taki komentarz: „Przeżywałam wstyd. Fizyczną niepełnosprawność widać, dodatkowo czujesz ten element intelektualnego niedoboru” (I). To powoduje, że nie lubi być fotografowana, nie robi *selfie*, nie chce, by ją filmować, ponieważ widać wtedy, że jest „lekko niepełnosprawna” (I).

Wspomniany „element intelektualnego niedoboru” (I) wprowadza też nowość w tożsamości. W kontekście afazji najczęściej mówi się (!) o tym, że odbiera możliwość komunikacji, ale odbiera „w pewnym sensie również tożsamość — język i dorobek intelektualny, który konstruujemy przez lata” (S). Człowiek zostaje zamknięty — „fizycznie, psychicznie, mentalnie. Trzeba mieć dużo samoświadomości, żeby z niego [zamknięcia] wyjść” (M), żeby odbudować siebie, odtworzyć się lub stworzyć na nowo. Autorka przestrzega: „Nie można myśleć o człowieku po udarze, że jest sparaliżowany. On jest znacznie głębiej niepełnosprawny. Wszystkie funkcje poznawcze ma zaburzone” (I).

Być może właśnie neologizm „Afazjanie” połączony ze wspólnotowym zaimkiem „my” pokazuje zmianę statusu — od kogoś, kto przybył z zewnątrz, w kogoś, kto jest zdomowiony. Pokazuje też, że w przypadku afazji stan bycia chorym staje się chroniczny, ale nie pozwala zapomnieć o poprzednim „wcieleniu”. Powstaje więc tożsamość dualna, którą Karolina opisuje tak: „z jednej strony opieram się na odczuciach i przemyśleniach o tym, jak się czuję, ale nie tylko jako ja — Karolina Wiktor — lecz także o tym, jak czuje się Afazjanin” (M).

Afazjanie dzielą pewne uniwersalne w ich świecie doświadczenia. Po pierwsze — i najbardziej słyszalne — są „niekonieczności językowe”: „Mieszkańcy Afazji mają duży problem z rozpoczynaniem lub zakończeniem wypowiedzi”, ponadto „mają w zwyczaju mówić bardzo długo i bardzo wolno, rozkładają akcenty w dużych odległościach tylko w jednym celu: *clou* idei ma być przestrzenne i wieloznaczne choć nie zawsze logiczne i zrozumiałe dla innych”. To zniechęca postronnych do nawiązywania kontaktu, którego tak potrzebują Afazjanie, podobnie jak możliwości „bycia z ludźmi na równych zasadach” (S), bo chociaż „wciąż krzywo wychodzą (...) rozmowy, to są one czymś niezmiernie ważnym i inspirującym” (S). Tymczasem sytuację komplikuje to, że „Matrioszka mózgu ma cały czas problem z koordynacją pamięci, ruchu, obrazu, emocji”, czego skutkiem jest „Nieumiejętność planowania, wielość niemożności na

raz”. To powoduje utrudnienia komunikacyjne, które Afazjanka opisuje tak<sup>145</sup>: „im więcej osób mówi, tym mniej rozumiemy. Niestety, doświadczam tego do dzisiaj, kiedy np. jestem w jakiejś dużej przestrzeni i wszyscy zaczynają mówić, tworzy się komunikacyjny chaos nie do wytrzymania i przestają rozumieć cokolwiek” (M). Zerwanie kodów komunikacji w kontekście lingwistycznym oznacza dla Karoliny powrót do „punktu wyjścia, czyli dnia urodzenia, w którym np. ja znalazłam się ponad trzydzieści lat temu”, „do momentu pacholeństwa” (I), kiedy trzeba „uczyć się na nowo liter, pisania, czytania, dodawania, odejmowania” (I). To zmienia nie tylko sposób komunikowania, ale wiele zwyczajnych elementów życia: „Nagle jesteś osobą niepełnosprawną z dysfunkcją intelektu, która powoduje, że nie jesteś w stanie przekazać tego, co myślisz lub chcesz, a chcesz po prostu szklankę wody albo np. Marlboro Light w miękkim opakowaniu — dlatego przestałam palić, ponieważ nagle uświadomiłam sobie, że pójdę do sklepu i powiem: hmmymmymy? Więc myślę sobie: no dobra, to chyba już w ogóle nie będę palić — i do dzisiaj nie palę” (M).

Jedną z największych *dotkliwości* afazyjnych Karoliny była niemożność czytania, która z afazji czyniłaby w realnym świecie „przewlekłą cywilizacyjną chorobę nieczytania [która] dotyka 80% populacji naczelnych”, powodując skutki takie jak „wtórny analfabetyzm zdrowych i chorych osobników połączony z marazmem intelektualnym”. Na to sobie w krainie Afazji nie mogła pozwolić. Kiedy tylko było to możliwe, wróciła do czytania, które traktowała jako specyfik przyspieszający rehabilitację dysfunkcji poznawczych, a jednocześnie diagnozujący jej postęp: „Po wylewie okazało się, że co mogę czytać? Poezję, ponieważ jest krótka, ponieważ moja logika jest tak pokiereszowana i nastawiona na niuans, na nieoczywiste przejścia i wyjścia” (M); „przestałam czytać prozę. Czasem sięgam po prozę futurystyczną. Czytam poezję, ponieważ jest mi łatwiej. Jeśli jestem w stanie przeczytać coś oprócz poezji, to są to książki o mózgu” (M).

Z wypowiedzi tych wynika, że dysfunkcja poznawcza również działa degradująco na ośrodki przyjemności, odbierając ulubione stymulanty — Karolina przyznaje: „Dla mnie przyjemność to jest właśnie obcowanie z tkanką intelektualną” — taką jak literatura, jak sztuka. Zaprzestanie obcowania z nimi jest z jej punktu widzenia ahedonistyczne: „I nagle jak tracisz tę możliwość, to przestajesz mieć przyjemności”, a

---

<sup>145</sup> Podobnych trudności doświadczają także inni chorzy — na przykład z chorobą Alzheimera czy Parkinsona.

te są nieodłączną częścią życia, które nie sprowadza się wyłącznie do biologicznego przetrwania. W każdym razie na takie uproszczenie Afazjanka się nie zgadza: „Czasem ktoś mi mówi: no przecież żyjesz. Świetnie, też się cieszę, że żyję, tylko że życie nie polega tylko na oddychaniu i na jedzeniu, i na oglądaniu słabych filmów. Wówczas boli mnie życie, zważywszy na to, że bardzo dużo czytałam przed wylewem. Po wylewie okazało się, że utraciłam największą i najważniejszą przyjemność, jaką posiadałam, czyli przyjemność czytania” (M). Autorka sprytnie też tłumaczy — sobie? — niemożność czytania prozy: „nieoczekiwanie zaczęły mnie nudzić powieści fabularne. Życie w Krainie Afazji jest na tyle niewyobrażalne, że trudno to przebić” (S) albo: „Nie jestem w stanie przejść przez fikcję literacką. Wiesz, dlaczego? Bo życie w Afazji jest jak fikcja. Surrealna i niewyobrażalna. Futuryzm w czystej postaci. I kiedy zaczynam czytać beletrystykę, to się nudzę” (G).

Jest też samotnie, ponieważ „Niemożność komunikacji spycha w samotność” (S). Jest ona tym trudniejsza, że afazja nie jest — jak by się mogło wydawać — całkowitym regresem. „Ludziom po udarach lewostronnych uaktywnia się intuicja i empatia, czyli cała sfera rzeczywistości, którą wypieramy, dopóki jesteśmy zdrowi. Działa to tak, że skoro nie masz do dyspozycji języka, to dostajesz narzędzia do komunikacji niewerbalnej, zaczynasz odczuwać drugą osobę, porozumiewać się poza słowami” (S). Regres „nie dotyka sfery emocjonalnej — wręcz przeciwnie, rozwija sferę emocjonalną ponad miarę”. Równoległe dzieje się coś na pozór tylko paradoksalnego — pojawia się „fobia społeczna”, popychająca Afazjan do tego, by chować się „pod chodnikową płytą”. Karolina komentuje: „po udarach boimy się ludzi” (I), „My, Afazjanie, mamy duży problem z lękiem w ogóle. Wiele osób myśli, że boimy się ośmieszenia, ale tu chodzi o coś zupełnie innego” (M). Niektórzy się tej fobii poddają, inni — nie. Karolina opisuje to tak: „w pewnym momencie stwierdziłam, że właściwie to ja dobrze się mam pod chodnikową płytą, że w ogóle nie potrzebuję was wszystkich, ale jak wyszłam spod chodnikowej płyty, to nagle się okazało, że na zewnątrz jest dużo przyjemniej i można więcej” (M).

Następnym problemem okazują się dźwięki — ich wpływ na Afazjan Karolina ujmuje tak: „nadmiar docierających do nas bodźców, wypycha nas na margines. Przez trzy lata — opowiada — nie byłam w stanie znieść hałasu kawiarni” (I). „My, Afazjanie, mamy np. duży problem z dźwiękami” (M) — wyjaśnia. „Domy dźwięków” są

obezwładniające, ulica wymaga wyciszenia, a wejście w przestrzeń miasta możliwe jest tylko z „różowymi stoperami w uszach”.

Okazuje się więc, że „pozostała cała sfera emocjonalna”, którą trzeba opanować, zrozumieć, rozpoznać, ponieważ jej jakość jest zupełną nowością: „Ta sfera była zupełnie przeze mnie niedoceniana, nie wiedziałam, że jest tak bardzo rozbudowana” (M). Wydaje się też nieokiełznana, dlatego wypowiedzi Afazjan bywają mocno nacechowane emocjonalnie, często pejoratywnie. Emocjonalizm staje się wulgaryzmem — tym silniejszym, im bardziej dotyczy spraw, które bezpośrednio dotyczą Afazjanek, która niewybrednie upomina: „Do cholery jasnej, pamiętajcie też o tym!” (M). Takie wypowiedzi należy uznać za symptomatyczne dla jej stanu psychicznego i potraktować jako sposób na poradzenie sobie z frustracją — opisuje ją rozdział *Afazyjne emocje, czyli sceptycznie wkurwiona*. Ta stosowana intuicyjne, by się tak wyrazić, strategia (choć może wydawać się kontrowersyjna) jest klinicznie umotywowana, wpływa na tolerancję bólu i nieprzyjemnych dla organizmu bodźców<sup>146</sup>. Powszechnie wiadomo też, że przekleństwa należą do automatyzmów językowych. Jedna z rozmówczyń zapytała Karolinę: czy „po otwarciu oczu, powiedziałaś »o k...a«?”, na co ta odpowiedziała: „Nie, ten automatyzm językowy przyszedł długo później” (I).

Istotne jest też to, że obok frustracji pojawia się entuzjazm, co wiąże się ze zmienną — niekiedy odczuwaną ambiwalentnie z dnia na dzień — kondycją fizyczną i psychiczną, które w dodatku na siebie oddziałują: „my, Afazjanie, na początku odczuwamy świat sinusoidalnie, tzn. jednego dnia czujemy się prawie dobrze, a następnego dnia czujemy się absolutnie beznadziejnie” (M). Częścią tej przypadłości jest też „luka w pojmowaniu szczęścia” — Karolina wyjaśnia: „my Afazjanie nie potrafimy cieszyć się ze szczęścia”, ponieważ „Przeżycie granicznej sytuacji powoduje, że nic już nie jest takie samo” (S).

Okazuje się, że bycie i uczestniczenie w świecie odbywa się nie tylko drogą rozumową, ale także emocjonalną — i w przypadku neurologicznej dysfunkcji intelektu ta druga droga jest przywilejowana: „My [Afazjanie] bardziej czujemy, niż wiemy” (M). Dysfunkcyjny intelekt zostaje zastąpiony przez ekspansywną sferę emocjonalną pełną „uczuć, odczuć, które są trochę wyobrażeniowe, nawet nadmiarowo wyobrażeniowe” (M). Co więcej, Afazjanom „Oprócz wyobraźni została też empatia” (M), co pozwala

---

<sup>146</sup> W literaturze psychologicznej znane są przykłady eksperymentów, które dowiodły, że wymawianie słów wulgarnych i przekleństw wpływa na stan fizjologiczny organizmu poddanego działaniu przykrych bodźców, między innymi podnosi tolerancję na ból; podkreśla się jednak, że mechanizm ten wymaga dalszych badań (Stephens, Umland 2011).

im kontaktować na podstawie własnego doświadczenia: „mamy bardziej rozwiniętą sferę wrażliwości — trochę tak, jak ludzie, którzy nie widzą albo nie słyszą, nagle dotykają w szczególny sposób, mają taki inny *sluch* (M)”.

Kluczowe dla poprawy jakości życia chorego jest dostrzeżenie potencjału interakcji społecznych, mimo że interakcje w sytuacji dysfunkcji intelektualnej i komunikacyjnej jawią się jako stresogenne, a nawet alienujące — jest to doświadczenie tyleż niekorzystne, co powszechne: „My, Afazjanie, zamykamy się w sobie, ponieważ wielu z nas ma problem z emocjami, bardzo się denerwujemy” (M). Przez to „Wielu Afazjan zamyka się w sobie i nie chce się otworzyć na drugiego człowieka, a przecież logika zdrowego myślenia mówi o tym, że to drugi człowiek da ci to poczucie istotności, o którym zapominasz, ponieważ masz intelektualne braki czy niepamięć tego, co tak naprawdę jest najistotniejsze” (M). Jest to też doświadczenie zubażające i zaprzeczające hedonistycznym potrzebom, ponieważ „Bez drugiego człowieka nie mamy zbyt wiele przyjemności”, co w efekcie powoduje powstawanie i pogłębianie braków (M), choć w niektórych przypadkach wzmacnia potencjał twórczy: „Samotność wpływa na rozwój wyobraźni, wtedy jesteś w stanie czytać poezję i rozumieć np. Peipera czy Czyżewskiego bardziej” (M).

Wiele afazyjnych *dotkliwości* kompensuje się w czasie terapii opierającej się na neuronalnej plastyczności mózgu, który Karolina woli jednak nazywać „naszym najważniejszym mięśniem” albo „niewiarygodną maszyną” (S). Podkreśla jednak, że jako ludzie i Afazjanie „działania [tej maszyny] nie rozumiemy i w pełni nie wykorzystujemy”, choć wiadomo, że „Możliwości mózgu są niesamowite, jest plastyczny i ma ogromne możliwości rekompensacyjne<sup>147</sup>” (S)<sup>148</sup>. Systematyczna praca przynosi efekty — dają się zauważać postępy, które pacjentka relacjonuje tak: „im więcej ćwiczę fizycznie, tym lepiej mówię. Mało tego, im więcej ćwiczę, tym lepiej działa moja wyobraźnia, moje funkcje poznawcze zaczęły być w dobrej komitywie z innymi obwodami rzeczywistości” (M); „Powoli odzyskuję swój intelektualny dorobek” (S). By wspomóc, przyspieszyć rehabilitację neurologopedyczną, wymyśliła, że będzie pisać blog o afazji<sup>149</sup>. Odezwała się w niej artystka, która pomyślała: „Skoro cały czas

---

<sup>147</sup> W języku medycznym powinno być *kompensuje*.

<sup>148</sup> Wczesną rehabilitacją neurologiczną powinni być objęci — w myśl wytycznych Deklaracji Helsińborskiej — wszyscy chorzy po udarze, bez selekcji (Nyka 2009). Tymczasem system pod tym względem zawodzi — w 2017 roku proces ten po wyjściu ze szpitala po przebytych udarze w optymalnym okresie do dwóch tygodni rozpoczęło tylko 22,1% pacjentów (NIK).

robię ćwiczenia logopedyczne, to można przełożyć to na coś, co będzie tylko moje” (M). Mówi o tym tak: „Pamiętam, był marzec i byłam po prostu zachwycona tą myślą” (M), ale do wcielenia myśli w życie minęło jeszcze wiele czasu, który trzeba było poświęcić na uporanie się z kwestiami technicznymi; pierwszy post pojawił się „chyba 24 kwietnia” (M).

Później zapisy blogowe złożyły się na niewielką książkę, wydaną pięć lat po pęknięciu tętniaka. Podobnie jak blog, jest ona zbiorem fragmentów, połączonych nieliniowo, przybierającym formę niezależnych refleksji pierwszoosobowych przerywanych elementami wizualnymi. Można jej przypisać nacechowanie gatunkowe typowe dla picturebooka — multimodalnego kodu, tekstu kultury składającego się z współistniejących warstw: werbalnej oraz ikonicznej (Cackowska 2010); makroznaku, który ma „swój podmiot (nadawcę), rozpoznawalną intencję umożliwiającą interpretację przez odbiorcę, określone nacechowanie stylowe i gatunkowe, poddaje się całościowej interpretacji, wykazuje integralność strukturalną oraz spójność semantyczną, podlega wewnętrznemu podziałowi semantycznemu, a w wypadku tekstów dłuższych — także logicznemu i kompozycyjnemu” (Bartmiński, Niebrzegowska-Bartmińska 2012, s. 36).

W momencie inicjalnym — jakim dla książki jest okładka — mamy do czynienia z erupcją zapętleń przypominających znaki kreślone ołówkiem na papierze — raczej niezdarnie, jakby ręką pacholęcia. Na środku widnieje niebieska wołga, która wygląda jak nalepka — surrealistyczna, z innego świata, o której dopiero z czasem dowiemy się, że jest ultramarynowa. Na dalszych stronach zapętlenia przybierają kształty nieporadnych szlaczków, dalej koślawych liter, niewyraźnych wyrazów, ich połączeń o semantyce zachwianej bądź umyślnie literackiej, w końcu grafik literowo-słownych umieszczanych między *fragmentami dyskursu afatycznego*.

Sama autorka wielokrotnie nazywała swoją pracę „poematem wizyjnym”. Określenie to z pewnością nie jest ani przypadkowe, ani nieprzemyślane, choć genologicznie tekst ten poematem nie jest. Nie napisano go wierszem, trudno uznać, by miał charakter epicki — choć z pewnością opisuje wydarzenie epickie w biografii autorki — a i liryzm został — już w pierwszych wersach — zaprzeczony. Sądzę, że określenie „poemat” wskazuje

---

<sup>149</sup> *Kultura i Neuronauka*, <https://afazja.blogspot.com> [dostęp: 13.02.2023 r.].



raczej tradycje, na bazie których autorka dokonuje remediacji<sup>150</sup> gatunku<sup>151</sup>. Z jednej strony artystka przyznaje w wywiadach, jak inspirujące są dla niej lingwistyczne propozycje awangardowe, zdradza zamiłowanie do poezji Peipera, Wata, Brzękowskiego czy Czyżewskiego spod futurystycznego znaku „Minimum słów, maksimum treści”. Z drugiej jednak, trzeba oamiętać, że *poematyczność* charakteryzuje Drugą Awangardę z jej wizjonerską liryką naznaczoną ekspresjonizmem, odbijającym się w tematyce zapośredniczonej poprzez marzenie, sen czy skojarzenie. Nie jest to miejsce na dokładniejsze analizowanie w kontekście historycznoliterackim intertekstualności pracy Karoliny Wiktor, ale warto w tym miejscu wspomnieć, że jest ona oczywista tak dla samej autorki, jak i dla odbiorców: „Pamiętam, jak któregoś razu podarowałam pewnej kobiecie z Warszawy jeszcze niewydaną książkę i poprosiłam, żeby powiedziała mi coś na jej temat. I ona mówi: wiesz co, to takie krakowskie bardzo. — A co to znaczy krakowskie? — Taki futuryzm krakowski. (Zaznaczam, że jej emocje były bardzo negatywne.) — O jakie beznadziejne określenie, nawet jeżeli to będzie Pcim Dolny, to jakie to ma znaczenie? (śmiech) Uwielbiam futuryzm i jeśli jakiś zarzut wobec książki ma właśnie dotyczyć jej futurystyczności, to ja taki zarzut przyjmuję. Inspiruję się twórczością tych wszystkich poetów, ale czy tak naprawdę się inspiruję...? Ja tych poetów po prostu dobrze rozumiem” (M).

Awangardyzm i futuryzm bywają zarzutami, które — jak sędzę — wynikają z nierozumienia. *Wołga...*, mimo że niewielka objętościowo, jest lekturą specyficzną. Skondensowaną, stworzoną z klisz kulturowych i językowych, słowem — na pierwszy rzut oka — trudną i nie dla każdego. Przy pierwszym czytaniu ujawnia się cała jej literackość i to ona może okazywać się aporyczna. W dodatku to odautorskie określenie „poemat wizyjny” przywołuje też romantyczne proweniencje. *Wizyjność* z tego kręgu odsyła do znaczeń typu profetycznego, wizjonerskiego, a te są nieobce także poetyce awangardowej, awangardowym poematom i prezentowanej w nich wizji świata. O poematach poetów Drugiej Awangardy pisze się, że „Świat przedstawiony tych utworów zawsze odsyła do rzeczywistości, lecz nigdy w sposób bezpośredni, łatwo czytelny. Realność pozostaje w nich głęboko ukryta, zaszyfrowana w warstwie mitów i

---

<sup>150</sup> Zgodnie z zasadą remediacji nowe medium, zachowując cechy starego, poszerzone zostaje jednak o nowe atrybuty (w tym wypadku środki wyrazu dostępne online), będące formą ulepszenia, przeobrażenia formy, ale nie absolutnej nowości; koncepcja Jaya Boltera i Richarda Grusina została przedstawiona w pracy *Remediation: understanding new media* (2000).

<sup>151</sup> O różnych odmianach poematu lat 30. XX wieku (poemat aktualny, poemat imaginacyjny, poemat opisowy, model „powieściowy”) pisze między innymi Tarnogórska (1977).

symboli, we fragmentach fabuł niepołączonych żadną zasadą logiczną, niedyskursywnych, nieprzekładalnych na opowieść” (Kryszak, 1985, s. 127–128). Nic więc dziwnego, że poza *wizyjnymi*, nazywa się je także *imaginacyjnymi* czy *parabolicznymi*. Prezentują one kosmogonie (zrównuje się tu znaczenie Wielkiego Wybuchu i „wybuchów mózgu”) stwarzające *nowe* jakości. To z kolei wprowadza perspektywę kosmogoniczną, charakterystyczną — jak zauważa Marek Zaleski — dla awangardowego poematu parabolicznego, w którym „kategoriami organizującymi świat przedstawiony (...) były: »mit«, »mitologizacja«, »kosmo-gonia«, »poemat-baśń«», »groteska poetycka«, »wizja«, »opowieść»” (1984, s. 218).

Opisy te z pewnością można odnieść do *Wolgą przez Afazję*, choć — jak już zaznaczyłam — nie jest to tekst wierszowany. Nie jest też tekstem prozatorskim w klasycznym rozumieniu. Recenzenci, którzy przywołują — owszem — określenie autorki, dodają własne interpretacje genologiczne — na przykład „reportaż”, sytuujący pracę tę w kręgu literatury faktu. Literackość *Wolgą...* — jeśli się ją rozumie jako pewien naddatek — jest tymczasem niezaprzeczalna. Jednym z jej wymiarów jest wspomniana intertekstualność pozwalająca połączyć reportażowy charakter z żywiołem poematyczności, kiedy za kontekst przyjmie się inne *casusy* z historii literatury<sup>152</sup>. Kiedy Stefan Napierski pisał o *Reporterze róż*, poemacie Mariana Czuchnowskiego, nazywał ten utwór „poematem imaginacyjnym”, w którym Janusz Kryszak dostrzegał „»wizyjną plastykę« o trudnej do uchwycenia zasadzie kompozycyjnej, irracjonalizm zatomizowanej rzeczywistości ujmowanej w sugestywnych obrazach, o których następstwie decyduje (...) nadwrażliwość emocjonalna, znajdująca ujście w gwałtownej przemienności obrazów” (Kryszak 1985, s. 128). Tę „wizyjną plastykę” dostrzegam w książce Karoliny Wiktor — tak bardzo przecież przestrzennej.

Wspomniałam już, że w opowieści tej metafora choroby jako wojny ustępuje metaforom choroby jako miejsca i podróży. Można tu już dodać, że nie wykluczają się one. Te ponadczasowe konceptualizacje płynnie tu na siebie nachodzą — metafora choroby jako miejsca pokazuje sytuację po walce, po wojnie, po „wybuchu”. Świat po klęsce przywołuje poematyczne asocjacje, by przywołać tylko *Dno* Bujnickiego. Los ludzki zasadza się tu na katastrofie, która będąc końcem, staje się początkiem z towarzyszącymi temu antynomiami. Pojawia się nowa *przestrzeń*. Wydaje się więc, że

---

<sup>152</sup> Na połączenie reporterskości z poematycznością i z poetycznością zwraca uwagę sama autorka, wskazując w kręgu swoich ulubionych poetów Bursę i Białoszewskiego, którzy — przecież — parali się dziennikarstwem, od którego tak niedaleko do reporterstwa.

Wiktor dzieli z twórcami międzywojennych poematów typ wyobraźni ufundowany na fantazjotwórczym wizjonerstwie, w wyniku którego powstają dość wyraziste *fantazmaty* — ‘osoba, rzecz, miejsce itp. będące wytworem wyobraźni’ (SJP) — jak kraina zwana Afazją, którą poznajemy, towarzysząc korespondentowi-Afazjaninowi. Mowa była już o tym, że nie mamy tu do czynienia z dwiema postaciami, ale z ewolucją jednego podmiotu, który dokonuje opisu na zasadach autoetnograficznych (Kacperczyk 2014). Opis ten powstaje w wyniku świadomej decyzji o podjęciu usystematyzowanego rozpoznania terenu — takiego, jakiego dokonuje się na nowym terytorium. Powstanie wówczas coś w rodzaju przewodnika, werbalnej mapy.

Zatem „korespondent z Afazji” powinien posiadać jeśli nie umiejętności, to przynajmniej zacięcie kartografa. Tak też o sobie mówi autorka: „zawsze myślałam, że jestem kartografem, ale teraz jestem tego pewna (...). Mało tego, powinnam studiować architekturę, a nie malarstwo, dlatego że widzę przestrzennie bardzo wiele rzeczy i rozplanowuję wiele spraw w przestrzeni” (M). Kartograficzno-korespondencyjne zacięcie narratorki inicjuje plan, by „Przejechać wszystkie przystanki Afazji, które sobie wyobraziłam. Nie wiem, czy wszystkie przejadę, ponieważ nie wiem, które będą istotne, a które nie. Po prostu intuicyjnie je odwiedzam, nie tylko dlatego, że jestem przeświadczona o prawdziwości tych przystanków. Nie mam zielonego pojęcia, co tam będzie, ponieważ przecież nigdy nie byłam w Afazji, ale jednocześnie mam dużą przyjemność podróży” (M).

W konceptualizacji choroby jako miejsca uruchamiana jest więc „wewnętrznie” metafora choroby jako podróży implikującej element przygody, która wyrasta z szerszego kompleksu życia jako podróży, a więc stworzonego na procesualnych podstawach percepcji. Przystankowa koncepcja zwiedzania nowego miejsca przywołuje też skojarzenie z paraboliczną opowieścią o Małym Księciu, który poznaje mieszkańców i zwyczaje pewnej planety, którą ostatecznie opuści. Typowe dla paraboli jest to, że tak jej temat, jak i akcja są jedynie symboliczną reprezentacją figuratywnych sensów, które się nad nią nadbudowują, przynależąc jednocześnie do innego porządku znaczeniowego. Saint-Exupéry’owska podróż ma więc charakter rozwojowy, a podróż Karoliny przybiera formę samopoznania, stając się formą „podróży w głąb siebie”.

Autorka przyznaje, że Afazję stworzyła „z tego, co czuję jako artystka, z drugiej, z tego, czego doświadczam jako niepełnosprawna osoba” (M), nadając jej przestrzenność: „Przechodzę z jednego przystanku do drugiego, jeżdżę wołgą i nagle się okazuje, że ten

świat ma swoją architekturę” (M). Wyjaśnia też, że tym ujęciem nawiązuje do „książki Tomasza Szlendaka *Architektonika romansu*” (M). Aż chciałoby się powiedzieć w końcu, że jej książka też jest romanssem — bo jest, jeśli pamięta się o tym, że początkowo *romansami* nazywano opowieści przygodowe.

„Przechodzenie” w niektórych miejscach Afazji zastępuje inna forma ruchu — Karolina pisze, że chce „przejechać wołgą od jednego przystanku do kolejnego”. „Przejechanie” wydaje się może bardziej adekwatne przynajmniej na początku podróży choćby dlatego, że bardzo możliwe jest, że aparat ruchowy korespondenta nie jest całkiem sprawny, w związku z czym potrzebny jest środek lokomocji, a jego wybór podyktowany jest „możliwościami psychofizycznymi” i... możliwościami wyobraźni. Okazuje się jednak, że pojazd, o którym mowa — „ultramarynowa wołga”, a więc o ‘barwie intensywnie niebieskiej’ (SJP) — nie jest wytworem wyobraźni autorki, ale faktycznym doświadczeniem wzrokowym — „pierwszy raz zobaczyłam [wołgę] podczas wycieczki na Krym” — które zaktualizowało się akurat w postaci tak egzotycznej, jak cała kraina Afazji, przetransponując medyczną niebieskość w artystyczną ultramarynę. Proces ten Karolina opisuje tak: „W trakcie rehabilitacji zrozumiałam, że mój świat jednak się nie skończył, a choroba nie zabrała mi wszystkiego — np. samoświadomości, że jestem artystką” (S).

Ostatecznie Karolina Wiktor nie opuściła Afazji permanentnie, pozostaje korespondentką-Afazjanką. O swojej tam rezydencji wypowiada się tak: „Wracam [tam], kiedy np. kończy się konferencja. Najbardziej męczy mnie mówienie. Dwa miesiące po pierwszej konferencji prawie przestałam mówić. Zbiegło się to z momentem silnej depresji, spowodowanej śmiercią mojego taty. Im bardziej jestem zmęczona, tym gorzej mówię, kojarzę, piszę. Prawa strona znowu zaczyna być drewniana. Wtedy wracam do Afazji. Ona nie zniknęła” (G). Wynika to z tego, że — jak szacuje — „1/4 (...) [jej] mózgu nie działa” (I).

W opowieści tej chcę wyróżnić kontrapunkty, które stają się miejscami ekspansji poza Afazję.

Zacznę od tego, że na horyzoncie interpretacji, wyraźnie uwidacznia się poczucie misji, które pojawia się w sytuacji uświadomienia sobie, że skoro się zostało, skoro się przeżyło, to ma się „jeszcze coś do zrobienia” (G). Karolina mówi: „Doświadczenie otarcia się o śmierć spowodowało, że dojrzałam” (S), a „choroba impuls, żeby przyjrzeć

się rzeczywistości z nieco innej perspektywy” (S). Zaczęło się od blogu, który miał być terapią, a stał się zarzewiem działalności na rzecz Afazjan, a której wyróżnia się kilka nurtów.

Pierwszy to sztuka: drugi blog<sup>153</sup> oraz działania w realu. Mówi się o sztuce Karoliny Wiktor, że „jest bardzo osobista” (S), ale Karolina widzi są inaczej „Nie polega to na wywewnętrzaniu się w celu wyrzucenia z siebie emocji. Wychodzę z własnych doświadczeń, żeby przejść na poziom uniwersalny” (S). Wyrazić go pomógł własny system językowy — „Alfabet brakującej czcionki” (S) zaprezentowany na wystawie Andrzeja Turowskiego w Atlasie Sztuki w 2016. Geneza tego projektu wiąże się ze „słowem *brak* oraz nowofalowym zespołem muzycznym o tej samej nazwie, który posługiwał się brutalną, czerwoną czcionką, z której wycięto elementy liter”. Różnica między tym inspirującym zapisem a jej projektem tkwi w „minimalistycznej linii, moje litery — wyjaśnia — mają bardzo konstruktywistyczny charakter” (S).

Karolina zawsze była artystką wizualną, ale po udarze, za afazją musiała przeprofilować swoją działalność — opisuje to tak: „Nie mogłam już robić performance, bo teraz ciało jest mi potrzebne do życia, a nie do kreacji artystycznej (I); „Mój ostatni performance to był wylew i udar” (G). I on właśnie, ten epizod, odsłonił „nowe przestrzenie komunikacji i rozumienia choroby” (G). Opowiada: „Wcześniej zajmowałam się sztuką i to dzięki niej nie bałam się niesprawności, ale również przekraczania granic” (M), „nie bałam się wyjść poza schemat” (I). Stwierdza w końcu: „Bez sztuki nie byłabym w tym miejscu, w którym jestem” (S), „Robienie sztuki dało mi siłę do działania” (S). Samą sztukę, z jej inspirująco-otwierającym potencjałem, rozumie jako „po prostu kawałek wolnej przestrzeni, w której nic cię nie ogranicza, tam nie ma żadnego deficytu” (M). Okazało się, że artystka chce „mówić o deficytach, ale też pokazać możliwości mózgu, robiąc konferencje, instalacje i książki” (S).

I tu autorka wchodzi w drugi nurt — edukacyjny, któremu towarzyszą wątki profilaktyczne i sprzeciw wobec stereotypów. W książce Karolina stwierdza: „afazja jest taką luką w zbiorze komunikacyjnych haseł”, a w rozmowie dodaje „Afazja w powszechnej świadomości jest bardzo słabo obecna” (M), co więcej według niej „świat nie interesuje się takimi przypadkami jak my” — Afazjanie. Dlatego o niej mówi — w

---

<sup>153</sup> *Narracje*, <https://narracje.eu/narracje2018/artysta/karolina-wiktor-2> [dostęp: 13.02.2023 r.].

swoich pracach, ale też w wywiadach i w prestiżowej przestrzeni publicznej, jaką wyznaczają konferencje TED — zaproszono ją tam w 2014 roku<sup>154</sup>.

Na ogół mówi życiowo i metaforycznie, bo to pozwala jej uzyskać uniwersalny obraz: „Chciałam wejść w afazję, aby uzyskać bardziej uniwersalne doświadczenie tego, jaka ona tak naprawdę jest poza historią medyczną” (M). Autorka zrezygnowała z medycznego ujęcia świadomie, ale najpierw doskonale się z nim zapoznała dzięki książkom o mózgu — między innymi Mateusza Hohola (2017), co dawało jej też dużą przyjemność. Swoje upodobania wyjaśniła tak: „mnie to kręci (...). Mało tego, przez to, że poznałam swoją neurologię i wniknęłam w afazję nie tylko językowo, ale też neurologicznie, więcej rozumiem i mogę pomóc komuś innemu” (M). Dopiero z tak rozpoznany temat mogła właściwie wykorzystać inne dostępne jej środki wyrazu i przedstawienia: „Tu nie chodziło o medyczną informację, tylko o artystyczną wrażliwość tekstu i sytuacji niepełnosprawności” (M).

Karolina definiuje *afazję* przede wszystkim przez pryzmaty poznawcze — można o niej powiedzieć, że jest „niemożnością porozumiewania się ze światem, która następuje w wyniku uszkodzenia mózgu” (S) albo że „Ta dysfunkcja mózgu częściowo pozbawia też człowieka pamięci o minionych zdarzeniach” (S) bądź że jest „to dysfunkcja intelektu. To nie jest choroba, to dysfunkcja intelektu spowodowana uszkodzeniem mózgu — może to być wylew, czyli udar krwotoczny lub udar niedokrwienny (zawał mózgu), ale też uderzenie głowy podczas wypadku samochodowego. To tak naprawdę wynik zrzędzenia losu lub nieszczęśliwego upadku” (M). Zwraca też uwagę na to, jak niejednorodne efekty daje „afazja jest bardzo subiektywną, indywidualną sytuacją niesprawności” (M), a „Każdy przypadek ma własne, odmienne cechy i wszystko zależy od tego, jak wielki był ubytek, jak mocny był udar lub w którym miejscu pojawił się i jak duży był tętniak” (M), co prowadzi do ogólniejszego wniosku: „że o niepełnosprawności poudarowej można myśleć zupełnie inaczej, nie trzeba tego tak systematyzować, bo każdy udar i każda afazja jest inna” (I).

*Afazja* rozumiana jako niepełnosprawność, a nie utożsamiana z chorobą, ma pewną cechę, która „odróżnia afazję od innych niepełnosprawności neurologicznych” (M). Wynika to właściwie z umiejscowienia „siedliska” przypadłości, plastyczności mózgu

---

<sup>154</sup> TED (*Technology, Entertainment and Design*) to marka organizowanych lokalnie i co roku przez amerykańską Sapling Foundation konferencji, na których prezentowane są idee warte propagowania ze społecznego punktu widzenia.

(młodsze mózgi są bardziej plastyczne) oraz zaangażowania w terapię. Karolina stwierdza: „Jestem dowodem na to, że owszem, afazja jest regresem, ale bardzo szybko można zlikwidować jej skutki, usprawnić to, co nie działa — właśnie ze względu na to, że afazja związana jest z mózgiem. Gdyby to był regres w przypadku nogi już nigdy nie mogłabym być sprinterem — to byłaby nieodwracalna dysfunkcja” (M).

Pewne rzeczy można jednak powstrzymać, dlatego tak istotna jest profilaktyka na bazie edukacji. Karolina wyjaśnia: „Wiele osób ma predyspozycje do tworzenia się tętniaków, bo najzwyczajniej w świecie mają słaby układ krwionośny, tak jak ja mam po moim tacie i dziadku. Zdaję sobie sprawę, że mogę mieć kolejnego tętniaka. Dlatego co roku badam się pod tym kątem: robię angiografię lub rezonans. Ale nie każdy musi robić takie inwazyjne badania, żeby zapobiec tragedii” (I). Każdy natomiast może dać o zdrowie w sposób banalny: „dobre odżywianie i picie dużo wody. Te proste rady mogą uratować życie”.

Sztuka dość łatwo dała się połączyć z terapią i nauką — „Tak narodził się pomysł na organizowanie konferencji i warsztatów” (I). Odbywające się początkowo, od 2014 roku, cyklicznie w Zachęcie konferencje „Kultura i Neuronauka” zainicjowane zostały potrzebą chwili. „Osiem lat temu — wyjaśnia pomysłodawczyni — nie mogłam nawet o tym przeczytać. Pomyślałam, no dobrze, skoro nie mogę czytać, to może ktoś mi opowie [„o mózgu i jego możliwościach” (I)]. Może jest więcej osób, które chcą na ten temat usłyszeć nieco więcej” (S), bo „jak możemy się rozwijać, mimo że nie możemy czytać” (I). Potrzeba wiedzy jest znamienna dla osób zmagających się z długotrwałą chorobą, staje się sposobem radzenia sobie ze strachem — zauważył Hubert Wierciński badający narracje onkologiczne. Zaobserwowany przez siebie fenomen wyjaśnia tak: „głód informacji oraz danych, kulturowo określanych i klasyfikowanych jako pewne (...), wynika właśnie z poczucia niestałości, a tym samym niepewności życia po diagnozie. Moje badania przekonują, że dane postrzegane jako obiektywne mogą stanowić cenne źródło nadziei, potrafią też wpływać na proces konstruowania przyszłości i dalszych losów chorych” (2015, s. 49). Ma to też wymiar poznawczy, ponieważ „przykłady inkorporacji języka i rozumowania biomedycznego do indywidualnych opowieści chorych nakazują twierdzić, że biomedycyna pozwala w pewien sposób kreować wizję własnej przyszłości” (tamże).

Tu pojawia się nurt trzeci — ludzki, skoncentrowany na „społeczności afazjan” (I), która powstaje w wyniku rozmów oraz samodzielnych i kolektywnych eksploracji,

których cel Karolina ujmuje tak: „Skoro mamy deficyty mówienia, musimy to przełożyć na inne możliwości” (I). Jej działania spotykają się z pozytywnym odzewem, przywołajmy tu jedno wydarzenie ze spotkania promującego książkę: „W pewnym momencie wstała jedna pani i powiedziała: ja bardzo dziękuję, że pani przeczytała tę książkę, że mogę ją zrozumieć, bo dokładnie tak się czuję, też jestem z Afazji. Strasznie się ucieszyłam, zaczęłam krzyczeć: mój człowiek! [śmiech]” (G). Dlatego wymyśliła kolejną akcję, którą streszcza tak: „ostatnio wymyśliłam, żeby wydać „Wołgę...” jako audiobook i dołączyć do jakiejś gazety, razem z paszportem Afazjanina. Bardzo mi na tym zależy” (G).

Autorce zależy na humanizacji „getta medycznego” (M): „Walczę, by ludzie zaczęli myśleć inaczej, czym jest udar, afazja, kim jest człowiek z afazją” (I). Dlatego wprowadziła określenie *Afazjanin*, dlatego opowiada o niej artystycznie, a nie medycznie. Zwraca uwagę na to, by widzieć to *człowieczeństwo*: „Afazja to nie tylko niemożność mówienia. Wszyscy w ten czy inny sposób możemy się komunikować, nawet jeśli mamy ogromne ubytki z powodu rozległego wylewu. Tak naprawdę problem dotyczy funkcji poznawczych, motorycznych, wszystkiego, czym jesteśmy jako człowiek, a nie jako jednostka chorobowa” (M). A pomijanie go jest powszechne: „wiele osób, które opisują afazję, mówi o zjawisku, niedostatecznie interesując się samym człowiekiem, a afazja jest związana z człowiekiem, nie z jego nogą, tylko z jego jestestwem” (M).

Jej wrażliwość na człowieka wiąże się z przekraczaniem granic, na które pozwala sztuka, wiąże się też z transcendencją — wyjściem *poza*. Jej odmianą może być empatia rozumiana jako wyjście poza siebie, otwarcie na drugiego. Empatia u Karoliny Wiktor oznacza dostrzeżenie tego, że obok Afazji istnieją inne kraje, które mają swoich korespondentów — niewidocznych z realu. Dopiero będąc w Afazji, można ich dostrzec, zbliżyć się do nich i zrozumieć. To „doświadczenie sprawia, że ma się więcej empatii, która może przydać się przy czytaniu takich tekstów, jak teksty Peipera czy Wata” (M). Symptomatyczny jest tu przykład Peipera osądzonego jako szaleńca, którego wypowiedzi są tak chyba niezrozumiałe jak wypowiedzi Afazjanina. Wiktor zapoznała się z jego przypadkiem: „Peiper tak naprawdę pisał cały czas, tylko nie wiemy, co jest w tych zapiskach. One zostaną opublikowane za kilka lat, zmarł w 1969 roku, więc niedługo minie ten okres, kiedy są chronione prawem autorskim. Może to być zwykły bełkot, ale mogą to też być perełki ze świata neurologicznie



pokiereszowanego człowieka. Peiper nie zwariował, on był po prostu chory neurologicznie. Jeśli zaczniemy rozumieć ten kontekst trochę inaczej, to dostrzeżemy wielowątkowość działań wielu artystów. My po prostu nie chcemy zastanowić się albo zatrzymać się na chwilę, by pomyśleć: a może to było trochę inaczej, niż mi się wydaje... To jest chyba kwestia naszej nieumiejętności wniknięcia w drugiego człowieka, a może po prostu braku edukacji” (M).

W jej interpretacji mamy do czynienia z innymi światami — tak ukonstytuowanymi jak Afazja — do których dostęp dla obywateli realu jest ograniczony, choć są obok. Artystce zależało bardzo na tym, by „uświadomić łączność tych światów i niestety ich wzajemne niezrozumienie. Zaskakuje mnie — twierdzi — jak bardzo jedna i druga strona nie chcą wniknąć w sytuację obopólnej zależności” (M). Przyjęcie punktu widzenia Afazjanina uświadamia, że „W podobnej niemożności jest wiele osób z neurologicznymi problemami poznawczymi: udarem, depresją<sup>155</sup>, Alzheimerem, stwardnieniem rozsianym” (S). Te światy — co pokazuje mój punkt widzenia — wymagają jeszcze nazwania i rozpoznania swoich „korespondentów”.

Autorka wychodzi także naprzeciw praktycznym potrzebom osób po udarach i z afazjami — nazwijmy to czwartym nurtem, praktycznym — prowadząc „warsztaty dla Afazjan” (S) i dając im — ich bliskim oraz innym zainteresowanym — praktyczne pomoce. Po to potrzebna jej była mapa Afazji — ze wszystkimi jej przystankami. Czytelnikowi tej mapy wyjaśnia: „wchodzisz w mój świat — świat afazji, więc muszę go jakoś ułożyć w przestrzeni mojej głowy i na papierze, by również odbiorcy mogli go lepiej poznać” (M). Wydaje się, że konieczność istnienia mapy jest oczywista nie tylko w wypadku Afazji, ale też innych chorób, ponieważ to ona właśnie pozwala na rozpoznanie w innym świecie w sposób, który nie doprowadzi do jego zlekceważenia: „bez takiej mapy jesteśmy jak przed abstrakcyjnym obrazem — albo mamy wolę i czas, by go obejrzeć, albo nie i idziemy dalej” (M).

*Wolga przez Afazję* stało się „mapą”, ponieważ powstaniu tej książki od początku przyświecała idea zrobienia „papierowego przewodnika po afazji, który możesz włożyć do kieszeni, miało to być wydane jako ulotka” (M). Rodzajem interfejsu przydatnego na granicy światów stał się paszport Afazjanina, który współtworzył ojciec autorki w momencie, kiedy zdecydowała ona, że samodzielnie uda się do stolicy realu: „Na

---

<sup>155</sup> Jedną z konferencji „Kultura i Neuronauka” poświęconą była depresji, „która jest chorobą neurologiczną, o czym wiele osób zapomina” (G), podkreślała organizatorka.

początku zrobiłam taką wersję dla udarowców, żeby móc sama pojechać do Warszawy. I dałam to tacie. Mówię: tato, wypisz to. Tata zaczyna to czytać i mówi: co to jest? To jest taki mój niezbędnik. Oczywiście nie użyłam słowa »niezbędnik« albo jakiegoś innego, tylko powiedziałam: hyhmmhm (śmiech). I on mówi: co ty chcesz dalej z tym zrobić? Pojechać do Warszawy” (M).

Od początku podróży po Afazji Karolinie bardzo zależało na samodzielności, dlatego tak mocno sprzeciwia się „ubezwłasnowolnianiu” Afazjan przez ich rodziny: „Apeluję więc do bliskich osób po udarze, nie ubezwłasnowolniajcie nas! Nie powtarzajcie nam: »Nie możesz pójść na spacer, bo się zgubisz«. Przecież są aplikacje, są telefony. Miejcie przy sobie dowód, »paszport afazjanina«, czyli małą kartkę z informacją: »Mam afazję, tu jest numer telefonu do osoby bliskiej«. W 2009 r. nie było takich możliwości” (I). Paszport/dowód Afazjanina znajduje się na końcu książki, gotowy do skopiowania i uzupełnienia (można go też pobrać z blogu Karoliny). Kilka stron wcześniej można znaleźć spis „gadżetów dla uwiarygodnienia rzeczywistości”: telefon, stopery oraz „monokl z wklęsłą soczewką do zadań kreatywnych”. Bo kreatywności tej Afazjance nie brakuje. W roku 2017 nagroda im. Katarzyny Kobro, przyznawana przez Muzeum Sztuki w Łodzi, trafiła do Karoliny Wiktor, którą wyróżniono za „konsekwentną i emancypacyjną twórczość, w której opór wobec kryzysu ciała posłużył do stworzenia nowego języka (...). Za wyjątkową wiarę w sztukę jako narzędzie do opisu doświadczeń ciała i umysłu, a także środek do pokonywania ich ograniczeń” (G).

„Ograniczenia” wskazują drugi kontrapunkt podróży przez Afazję, która odbywała się nie tylko wołgą, ale też „po morzach afazji”. Tę zmianę przestrzeni potraktuję jako otwarcie na interpretację symboliczną — morze ma symbolikę tak bogatą, że zawiera się w niej cały koncept Afazji: miejsca, podróży, choroby, doświadczenia, życia. Ale też symbolizuje ono ludzkie namiętności, zmysłowość, płodność i Wielką Matkę (Kopaliński, 2001, passim) — a także powrót, który dokonuje się rok po rozpoczęciu podróży, Karolina ujmuje to porównawczo: „Tętniak pękł 28 sierpnia 2009 roku, a 15 sierpnia 2010 roku dowiedziałam się, że jestem w ciąży. Pomyślałam: to się nazywa zwrot akcji” (G). W krainie Afazji wyglądało to tak: „po roku wróciłam w podwójnym bycie jako korespondent z afazji w realu i jako człowiek z nadzieją w brzuchu”. Cięża okazała się „redefinicją życia”, ale też „mentalnym i emocjonalnym kosmosem” — kolejną kosmogonią.

## 5.2. Mapowanie afazji: punkty orientacyjne

Gęste czytanie książki *Wolga przez Afazję* pokazuje, jaką moc — świadomie używam tego słowa — ma język. To język, choć defektywny po powrocie z zaniku, stworzył Afazję i Afazjan, proponując inny — nieoczywisty — sposób myślenia i mówienia o chorobie i niesprawności. To, że te nowe nazwy zostały wprowadzone, świadczy o tym, że istnieją pewne zjawiska, które wymagają rekateryzowania w społeczno-kulturowych kontekstach, bo medycyna w zachodnim — biomedycznym wydaniu jest tylko jedną z możliwych praktyk społecznych czy kulturowych (Lupton 2003). Te same obiekty w różnych praktykach mogą być różnie profilowane przez różnych użytkowników języka, którzy dokonują wyboru ich cechy dominującej (Brzozowska M. 1998) w zgodzie z typem wiedzy, którym dysponują (Bartmiński 1993). Powstają w ten sposób dwa języki mówienia o afazji — medyczny, którego Karolina Wiktor unika w swojej książce, i którym posługuje się w rozmowach, oraz artystyczny, który jest dominantą jej afazjografii. Przedstawiona tu próba gęstego czytania pozwala te dwa języki potraktować komplementarnie, pozwolić im wypełnić dyskurs, w którym jest nie tylko miejsce na wypowiedzi sprzeczne, ale też na języki różnie konceptualizujące rzeczywistość.

Tytuł tego podrozdziału nie jest oczywiście przypadkowy, ponieważ kiedy mowa o konceptualizowaniu rzeczywistości, przydatna okazuje się metafora mapy. Z jednej bowiem strony koresponduje z praktykami podejmowanymi pod wpływem zwrotu spacji (Gajda 2016, s. 16), z drugiej natomiast współgra z metaforą podróży i miejsca, na których stworzona została kraina Afazji Karoliny, a przez to nawiązuje do *Mapowania narracji maladycznych* — recenzji *Fragmentów dyskursu maladycznego* (Serkowska 2021).

W tak przedstawionej optyce gęste czytanie staje się procesem mapowania dyskursu, co wynika z przekonania o tym, że tekst „dziedziczy” właściwości dyskursu, który z kolei dzieli je z dyskursami wewnątrz siebie zawierającymi. Powstaje w ten sposób obustronna zależność: kiedy mapuję dyskurs o afazji, mapuję dyskurs medyczny. Nadal oczywiście pozostajemy tu w *pryncypium* fragmentu, uwzględniając jednak foucaultiańskie rozrzedzenia i zagęszczenia. W tym miejscu przyjrę się kilku punktom indykatywnym uwyrażnionym w praktyce gęstego czytania i odwołam się do kontekstów pojawiających się w autopatografiach innych afatyków.

### 5.2.1. Chory

Nie można zacząć inaczej niż od statusu osoby ze zdiagnozowaną afazją — chorej. W systemie opieki zdrowotnej jest ona pacjentem — afatykiem, ale już w instytucjach niepublicznych może być klientem. Ten jednak status jest elitarny, trzeba go — dosłownie — kupić. Bywa, że jest to jedyna droga ratunku w sytuacji, w której wykorzystane zostaną opcje oferowane — w limitowany przecież sposób — przez państwowy system opieki zdrowotnej. Kwestie te mocno rzutują na kondycję wewnętrzną chorego: „jak tu odpoczywać — zastanawia się Jacek — gdy wciąż myślę o fatalnej sytuacji finansowej, w której się znalazłem” (R, 92)<sup>156</sup>.

Niektóre nazwy chorych mają stygmatyzujący wydźwięk — na przykład „seropozytywny” w odniesieniu do osoby zakażonej wirusem HIV. Karolina tak odbiera określenie *afatyk*, dlatego wprowadza *Afazjanina*, co pokazuje, że nie przyjmuje strategii potwierdzania dyskursu, przeciwnie — wprowadzone przez nią neologizmy, które zastępują tradycyjne określenia pełniące „funkcję instytucjonalnego narzędzia utrzymywania pewnego porządku wewnętrznego” (Czerwiński 2007, s. 258), stają się próbą reorientacji. Oczywiście, pamiętać trzeba i o tym, że nazwy nie istnieją w oderwaniu od osób, które się nimi posługują (Szadura 2015, s. 129), świadczą o ich intelektualnych władzach, światopoglądzie, wartościach. Szczególnie znamienne jest to, że określenie *Afazjanin* pokazuje, jak ważna dla artystki jest podmiotowość człowieka chorego, troska o to, by mogło mu być lepiej, *przyjaźniej* w realu. By jej propozycja nazewnicza była faktycznie funkcjonalna, musi ulec apelatywizacji, dlatego w tej części pracy zapisuję afazjanina małą literą — tak jak afatyka, co sprowadza te nazwy do tego samego porządku znaczeń. Zastanawia mnie jeszcze możliwość wprowadzenia innego określenia, utworzonego na podobieństwo *rakowca* czy *zawałowca*, ale warunki morfologiczne nie są tu sprzyjające: *afazjowiec* się raczej nie przyjmie.

Afazjanin, o czym była już mowa, wpisuje się w metaforykę choroby jako miejsca, które można w tym momencie określić jako *inną planetę*. W kartograficznym kontekście przywołuje to jeszcze skojarzenie z *białą plamą*, czyli takim miejscem na mapie, które nie zostało opisane, scharakteryzowane, zobrazowane. Dawniej tak

---

<sup>156</sup> Choroba w ogóle wpływa na kondycję finansową, odbierając możliwość zarobkowania, co staje się przyczyną zmartwień. Warto zauważyć, że w ekonomicznie trudniejszej sytuacji są — o czym się rzadko mówi — osoby żyjące w pojedynkę. Nie mają bowiem poduszki finansowej, którą zapewnia partner. Kwestie te gnębiły także Tadeusza, który miał i stałe źródło dochodu, i żonę: „Zamartwiałem się, czy emerytura wystarczy nam na życie? A wiedziałem, że mamy mieszkanie, dom na wsi, drobne oszczędności. To był lęk egzystencjalny” (K, 27).

mówiło się o terenach nieodkrytych (*terra incognita*) (SK). Afazja pozostaje taką białą plamą w społecznym imaginariu, miejscem rozrzedzenia dyskursów: publicznego, zdrowia publicznego i medycznego<sup>157</sup>. Na łamach publikowanego pod szyldem Komisji Europejskiej „HORIZON. The EU Research & Innovation Magazine” można przeczytać, że „afazja wciąż jest nieodkrytym terytorium” (D’Alessio 2022)<sup>158</sup>. *Nieodkrytym* w sposób dwuznaczny, ponieważ (neuro)nauka z pewnością nie wyjaśniła jeszcze wszystkich mechanizmów funkcjonowania mózgu, dlatego o afazji wiele się jeszcze prawdopodobnie dowiemy. Równocześnie jednak niewiele o afazji wiemy społecznie. Tak zresztą — w perspektywie niewiedzy — o afazji mówiła też w przywołanych wcześniej rozmowach Karolina. Nie kryła też zdziwienia tym stanem rzeczy: „Dlaczego ciągle słyszę: a co to jest afazja? Trzecia z kolei przyczyna śmierci to udar, a wy nie wiecie, co to jest afazja?” (M).

Z kwestią (nie)wiedzy łączą się stereotypy dotyczące choroby i chorego. W wypadku afazji determinuje je przede wszystkim wiek. Uważa się, że udar, będący przyczyną afazji, dotyka seniorów. Karolina to powszechne myślenie ujmuje tak „O, babcia miała, nie mogła mówić” (M). Dodaje: „Udar jest chorobą cywilizacyjną, a zatem każdy może mieć udar, nie tylko twoja babcia” (M), „nie jest związany z wiekiem pacjenta. Jak słyszę: moja ciocia miała udar, ale ja przecież mam tylko 40 lat, po co sprawdzać, gotuje się we mnie. Miałam lat 30 i miałam tętniaka” (I). Podaje też czynniki ryzyka — modyfikowalne: „Masz nadciśnienie, ponieważ źle się odżywasz, więc możesz mieć udar” (M); i niemodyfikowalne, które na nią oddziaływały: „Przy zanieczyszczeniu powietrza metalami ciężkimi, w Katowicach, Koninie, skąd pochodzę, w regionach uprzemysłowionych, liczba udarów zwiększa się” (I). Zwraca też uwagę na to, że nie ma odpowiedniej edukacji zdrowotnej „wszystko jest też związane z tym, że są ewidentne braki w edukacji” (M) i luki profilaktyczne: „Ludzie zaszczepiają się przeciwko różnym chorobom, ale nie sprawdzają mózgu” (M).

Skoro udary są przyczyną nawet 61% afazji (Pąchalska 2012, s. 95), można uznać, że udarowe czynniki ryzyka są też czynnikami ryzyka wystąpienia afazji<sup>159</sup>. Możemy tu dokonać odniesień do historii chorób autorów omawianych afazjografii, by mieć punkt odniesienia dla danych naukowych. Karolina paliła; Jacek prowadził aktywny tryb życia, ale zmagał się z chorobą serca; oboje mieli mniej niż 55 lat;

---

<sup>157</sup> Zob. s. 51.

<sup>158</sup> „Aphasia is still unexplored territory” (D’Alessio 2022).

<sup>159</sup> Por. czynniki ryzyka na s. 56.

Tadeusz był od nich dużo starszy. Różniło ich wykształcenie, styl życia, a jednak — wszystkich po udarze *dotknęła* afazja.

WHO podkreśla, że udarom mózgu można w dużym stopniu zapobiegać. Na częstość ich występowania wpływają bowiem dwie grupy czynników ryzyka: niemodyfikowalne (wiek — po ukończeniu 55. r.ż. ryzyko wystąpienia udaru zwiększa się dwukrotnie w każdej kolejnej dekadzie życia; płeć (zapadalność jest większa wśród mężczyzn), rasa, czynniki etniczne i genetyczne. Druga grupa ma charakter potencjalnie modyfikowalny i obejmuje dziesięć wyróżnionych w badaniu INTERSTROKE czynników: nadciśnienie tętnicze, choroby serca, cukrzycę, otyłość, palenie papierosów (także bierne), nadużywanie alkoholu, niewłaściwą dietę, małą aktywność fizyczną, nieprawidłowy stosunek apolipoprotein B do A1, a także stres jako czynnik społeczny. Uważa się, że rozpowszechnienie czynników ryzyka narasta z wiekiem. Należy podkreślić, że czynniki niemodyfikowalne można wyróżnić jedynie w 10% wszystkich udarów, natomiast modyfikowalne tworzą mechanizm powstania pozostałych 90%. Pokazuje to, jak ważna jest profilaktyka i jak szeroko musi być zakrojona, by objęła i osoby starsze, i młodsze, które na udary zapadają w wyniku różnych patomechanizmów (Ryglewicz 1994; O'Donnel i wsp. 2016).

Badanie INTERSTROKE oraz wytyczne Polskiego Towarzystwa Neurologicznego wskazują jeszcze jeden newralgiczny obszar edukacji w kontekście udaru i afazji — rozpoznawanie symptomów udaru<sup>160</sup>. W tym kontekście sięgniemy do tych fragmentów afazjografii Tadeusza, w których opisuje on przebieg epizodu mózgowego: „Niespodziewanie nagle poczułem silny ból głowy. W skroniach pulsowało. Ból był tępy. Jakby tego było mało, zaczęły boleć mnie oczy, właściwie uciskać. Starłem się je zamknąć i usnąć, ale nadal nie mogłem. / Zaczęło mi drętwieć lewe przedramię. Zaniepokoiłem się i wstałem. Prawe przedramię drżało i wydawało mi się że krew przestała krążyć. To było przerażające uczucie. Zacząłem rozcierać przedramię. Ręka była martwym kłocem. Chciałem ożywić krążenie, ale mi się nie udało. Zacząłem energicznie machać rękami. Miałem nadzieję, że rozruszam obie ręce i przywrócę krążenie. Ale nic się nie działo, a ja popadłem w strach na granicy paniki. Tępy ból nie ustępował. Zacząłem podejrzewać, że to może zawał serca, kolejny, bo pierwszy miałem w 2005 roku. Jednak serce było spokojne. Po kilku minutach

---

<sup>160</sup> Ma to ogromne znaczenie, ponieważ pozwala wdrożyć leczenie trombolityczne u pacjentów z udarem niedokrwiennym przed zamknięciem „okna terapeutycznego” (Członkowska 2013), co pozwala rozpuścić zator i ograniczyć uszkodzenia mózgu.

pomyślałem, że to problemy z krążeniem, ale nie skojarzyłem tego zdarzenia z udarem mózgu, bo i dlaczego? / (...) Poszedłem do łazienki i polewałem przedramię zimną wodą, ale drętwienie nie chciało ustąpić. Myślałem, że ciepła woda pomoże, jednak to też nic nie dało. Wróciłem do łóżka, zaczął mnie atakować sen” (K, 9–10).

Tadeusz podaje trzy typowe symptomy udaru: ból głowy, drętwienie kończyn, problemy z widzeniem. Stwierdza też, że nagłe dolegliwości skojarzył z już zdiagnozowanymi problemami zdrowotnymi — zawałem — ale okazały się nieporównywalne. Ta komparatystyczna perspektywa jest oczywista — w rozpoznawaniu tego, co nowe, najpierw odnosimy się do tego, co znane.

W dalszej kolejności chory podejmuje kolejną próbę różnicowania — ze społecznie rozpoznawalnymi problemami z krążeniem, z którymi próbował sobie poradzić w sposób zdroworozsądkowy, zgodny z potoczną wiedzą. Poczynania te świadczą o próbach zintelektualizowania doświadczenia somatycznego, znalezienia prostego, powszechnego wyjaśnienia — zmęczenia („Swoją niedyspozycję tłumaczyłem i żonie, i sobie zmęczeniem”; K, 10) lub meteopatii („Może tylko z powodu wahającego się ciśnienia i zmiennej pogody poczułem się gorzej”; K, 11) — ale też o braku wiedzy na temat sygnałów świadczących o tym, że właśnie doświadcza się udaru bądź obserwuje się go u kogoś. Mylące mogło tu być to, że chory chodził — „wstał”, „poszedł”, „wrócił” — choć nie wiemy, jak jego mobilność wyglądała. Za znaczące należałoby natomiast uznać sformułowanie „Ręka była martwym kłosem” — to więcej niż powszechnie znane zdrętwienie kończyny w wyniku jej niewłaściwego ułożenia powodującego ucisk, co czasem zdarza się we śnie lub na skutek długotrwałego przykucnięcia. Zastanawiające więc, że objaw ten został zbagatelizowany. Pewnym wyjaśnieniem — choć w szerszej perspektywie niepokojącym — jest stosunek autora do chorowania w ogóle. Dodajmy może od razu, że nie jest on niczym niezwykłym. Badania wyraźnie wskazują na istnienie „nierówności w stanie zdrowia między kobietami a mężczyznami w kontekście płci biologicznej oraz społeczno-kulturowej” (Królikowska 2011). Mężczyźni — w ogóle — mają bardzo niefrasobliwy stosunek do zdrowia, profilaktyki, badań kontrolnych, co w konsekwencji przekłada się na niższą oczekiwaną długość życia. Kobiety natomiast — przeciwnie. Poza tym, że — by spojrzeć na to z perspektywy praktyk życia codziennego — są nie tylko strażniczkami domowego ogniska, ale również zdrowia. Obrazuje to sytuacja państwa Kaczmarków: „Na samą myśl — wyjaśnia Tadeusz — że mam iść do lekarza, ogarniała mnie złość, bo uważałem, że to strata czasu (...) Ale żona

była nieugięta” (K, 9). Kiedy już doszło do wizyty, swój stan opisał tak: „Znaczne spowolnienie mowy, kłopoty ze znalezieniem odpowiednich słów uniemożliwiły mi opowiedzenie jej o moich kłopotach” (K, 11). Wyniki badań miały być dostępne za „3–4 dni” (K, 11), ale lekarka wykazała ogromną czujność, sprawdziła je wcześniej i skontaktowała się z pacjentem.

Sięgnijmy do badań, których niechlubnym obrazem jest opowieść Tadeusza. Obecnie mniej niż połowa dorosłych Polaków potrafi prawidłowo rozpoznać udar, a 65% ankietowanych zwleka z wezwaniem pomocy dłużej niż godzinę (Błażejewska-Hyżorek i wsp. 2019). Jeśli aż co czwarta osoba nie zna żadnych objawów udaru mózgu, to w konsekwencji może wiązać się z brakiem szybkiego powiadamiania służb medycznych w nagłych przypadkach (Wiszniewska i wsp. 2012). Dlatego edukacja powinna objąć: osoby po udarze (o którym już wiemy, że może się powtórzyć), ich bliskich, personel medyczny, a także organizacje pozarządowe, urzędników czy decydentów w ochronie zdrowia mających wpływ na kierunki prowadzenia działań profilaktycznych. To ważne, jeśli weźmie się pod uwagę wyniki badań pokazujących, że ponad 6% ogółu ankietowanych wskazało, że w przypadku wystąpienia udaru wystarczającym działaniem jest położenie się lub zażycie paracetamolu (Wiszniewska i wsp. 2000).

Tadeusz poznał diagnozę dopiero w szpitalu: „W klinice dowiedziałem się, że miałem udar mózgu, a jego efektem jest afazja” (K, 11). Rozpoznanie było nieoczekiwane i nieznanne: „O afazji nigdy wcześniej nie słyszałem” (K, 11).

### **5.2.2. Postawa lekarza**

Z punktu widzenia czynionych tu analiz nie jest możliwe ocenianie kompetencji merytorycznych, możliwe jest przyjrzenie się nastawieniu lekarza do pacjenta. Medycy zajmujący się procesem diagnostycznym nie są nastawieni komunikacyjnie: „lekarze niewiele mówili, zaślaniając się potrzebą dłuższej obserwacji, a ja — zauważa chory — żyłem w niepewności i drżałem o każdy kolejny dzień” (K, 12). To połączenie „niepewności i niepokoju” (K, 12)<sup>161</sup> jest dotkliwie i długotrwałe: „nie wiedziałem, co to dla mnie oznacza, a przede wszystkim, co będzie dalej...” (K, 11). Wszystko wyjaśnia się, kiedy diagnoza zostaje potwierdzona: „Pani Profesor wyjaśniła mi skąd potrzeba ciągłego mówienia, a przede wszystkim to, dlaczego pamiętam wiele rzeczy z

---

<sup>161</sup> Zob. badania Ulatowskiej o narracjach afatyków, s. 167.



dzieciństwa i młodości, a nie pamiętam niczego z ostatnich dni. Osobom, które pracują umysłowo pozostaje pamięć historyczna (wsteczna), natomiast nie są w stanie »zapisać« w pamięci zdarzeń z momentu udaru i tego, co dzieje się po nim. Spokojnie wyjaśniła mi, że nie nadają się do żadnej rehabilitacji grupowej, bo jednak mówię (choć brakuje mi słów lub je gubię). Moja rehabilitacja afazji to przede wszystkim samodzielna praca, współpraca z otoczeniem. Znakomitą pomocą okazał się polecony przez panią Profesor program komputerowy” (K, 13)<sup>162</sup>.

Tadeusz wyraża zadowolenie z opieki, którą go otoczono: „byłem pod opieką doskonałych lekarzy i personelu” (K, 11), „Opieka lekarzy i pozostałego personelu była wspaniała. Wszyscy byli wyjątkowo cierpliwi i życzliwi” (K, 54); „Lekarze byli bardzo taktowni” (K, 11), „Lekarze byli fair wobec mnie i obiektywnie mówili, że jakiś tam postęp stwierdzają, ale daleko jeszcze do sukcesu. To było bardzo uczciwe” (K, 28). Spotkał się ze zrozumieniem i zachętą: „Wiem że dla nauczyciela akademickiego [mówiła pani profesor] to bardzo trudne, ale proszę pamiętać, że tylko codzienna praca i wysiłek pozwolą panu częściowo przywrócić sprawność intelektualną. Oczywiście nie będzie ona taka jak przed udarem, ale pozwoli na lepszy kontakt ze światem” (K, 13). Warunki szpitalne też sprzyjały rehabilitacji: „W klinice miałem doskonałe warunki, samodzielny pokój, ciszę i spokój” (K, 12). Szczególnie ważny był ten *własny pokój*, ponieważ „pozwalał na samodzielne ćwiczenia i powtarzanie »na głos« ćwiczeń wykonanych z logopedą. Nikomu nie przeszkadzałem, ale też nie miałem poczucia wstydu, że dorosły, a właściwie stary, człowiek nauczyciel akademicki uczy się słów, które zna każde małe dziecko” (K, 14). Doceniał to: „Miałem szczęście, że trafiłem do dobrej kliniki, gdzie fachowcy pracowali nad moją zdolnością czytania” (K, 28).

Zastanawia mnie to opisywane przez Tadeusza pozytywne nastawienie personelu, ale być może taka jego interpretacja wynika z postawy chorego, który godzi się na pewien stopień niewiedzy: „To był już piąty dzień mojego pobytu w klinice. Otrzymywałem regularnie różnego rodzaju lekarstwa. Nie pamiętam ich nazw, ponieważ lekarze nie mają zwyczajną informowania pacjentów o lekach, które im

---

<sup>162</sup> Programy komputerowe zrewolucjonizowały terapię afazji. Świetnym przykładem jest „Afast! Powiedz to”, bezpłatna, udostępniona w 2017 roku, aplikacja opracowana przez zespół logopedów w ramach projektu finansowanego przez NCBiR. Aplikacja ta wypełnia lukę w dostępie do terapii mowy dla osób po ogniskowym uszkodzeniu mózgu: „Niestety w kraju brakuje osób specjalizujących się w terapii afazji. Duża liczba chorych oraz trudny dostęp do terapii logopedycznej skłoniły nas do opracowania tego narzędzia” — wyjaśniała prof. Grażyna Jasieńska, Prezes Fundacji Salus Publica na rzecz Zdrowia Publicznego, współtworzącej konsorcjum realizujące projekt; zob. Afast, <https://afast.pl> [dostęp: 13.02.2023 r.]. Zob. Markiewicz (2021).

zlecają. I słusznie” (K, 54). Zastanawia mnie to tym bardziej, że w czasie hospitalizacji pojawiły się komplikacje, ostre zapalenie jelita, operacja, a później drugi udar: „Z punktu widzenia lekarza chirurga, który mnie operował — pisał Tadeusz — byłem zdrowy i mogłem iść do domu, tylko... nikt chyba nie zauważył, że wystąpił drugi udar” (K, 42).

Różnica w komunikacji z personelem medycznym ujawnia się w porównaniu pracowników publicznej i niepublicznej opieki zdrowotnej w afazjografii Jacka. O sytuacji w warszawskim szpitalu pisał tak: „nikt się tu mną specjalnie nie zajmuje” (R, 81). Natomiast w Gryficach: „rozmawiam za to z lekarzami. Nareszcie. Bo medycy w Warszawie nie chcieli ze mną gadać. Tutaj nad morzem [w prywatnym ośrodku] jest na szczęście inaczej” (R, 105).

Jacek zauważa jeszcze jedno zjawisko w szpitalnym świecie — to, że niekiedy udaje się nawiązać nić porozumienia z medykami — w państwowym szpitalu udało mi się to z rehabilitantką i „młodą lekarką, która właśnie robi habilitację” (R, 91). Podszedł do tych relacji utylitarnie: „Muszę te relacje podtrzymywać za wszelką cenę, bo widzę że te dziewczyny naprawdę się starają i mają w sobie empatię” (R, 91). Domniemuje jednak, że inni — ci, którzy będą pacjentami za jakiś czas — nie „skorzystają” już z tej pomocnej postawy: „Boję się, że wieczne przepracowanie i nieuniknione zawodowe wypalenie wkrótce zamkną je w twardych skorupach obojętności. Trzeba korzystać, póki jeszcze nie są zmielone przez niewydolny system i mają siłę podchodzić do pacjentów po ludzku” (R, 91–92). Konstatacja ta pokazuje też, że lekarze są... ofiarami niewydolności systemu tak samo jak pacjenci<sup>163</sup>.

W tym kontekście można też wspomnieć o tym, jak lekarze profilują swoje wypowiedzi — Jacek opisuje to tak: „jak to z lekarzami bywa wolą zawsze przedstawiać rzeczywistość w ciemnych barwach” (R, 105). To *czarnowidztwo* należy uznać nie za cechę mentalną nadawcy wypowiedzi, ale za reprezentację systemu — zachowawczo przedstawiane rokowania *chronią* lekarzy przed zarzutami zaniedbania terapii, a w konsekwencji przed odpowiedzialnością za niepomyślny wynik leczenia.

---

<sup>163</sup> Myślę, że interesujące perspektywy badawcze odsłoniłoby porównanie obrazu pacjenta afatycznego i obrazu jego lekarza zrekonstruowane odpowiednio na podstawie wypowiedzi lekarza i pacjenta. Pozostaje to jednak w sferze projektu moich dalszych badań.

### 5.2.3. Sfera psychiczna chorego

Z pozytywnym obrazem szpitala nie zgadza się jeszcze jedno — pomijanie sfery psychicznej — tu sytuuje się trzeci punkt orientacyjny. Tadeusz pisze stanowczo: „W klinice nie zwrócono na to uwagi” (K, 30). Tymczasem i on, i Karolina otwarcie piszą, że doświadczali tam „stresu” (K, 29). Tadeusz stwierdza: „Ale to nie wszystko, bo... przyszła depresja<sup>164</sup>” (K, 29), która „powoduje zmiany w myśleniu i w podejściu do życia (...) myśli samobójcze i poczucie izolacji” (K, 30).

Częstość diagnozowania depresji uzależniona jest od czasu, który upłynął od udaru: w pierwszych dwóch tygodniach rozpoznaje się ją u 6–30% chorych, w ciągu kolejnych trzech miesięcy u 47–53%, natomiast po roku u 21%–47%, a po 5 latach nawet u 35%. To generuje w dłuższej perspektywie konieczność leczenia psychiatrycznego i psychoterapeutycznego oraz farmakoterapii (Ryglewicz 2005).

Tadeuszowi towarzyszyło to, co nazywa „lękiem uogólnionym” (K, 26): „co będzie dalej?” (K, 27) lub „lękiem egzystencjalnym” (K, 27) — zawodowym: „że nie będę już dobrym wykładowcą, że w ogóle nie będę prowadził wykładów, że nie będę pisał artykułów i książek naukowych” (K, 26) i osobistym: „że będę ciężarem dla żony” (K, 27). Stan ten trwał „prawie rok” (K, 27), na przestrzeni którego chory zmagął się z nim sam: „Z nikim o tym nie rozmawiałem. Bałem się!” (K, 27). Wpłynęło to w końcu na jego postawę wobec medyków: „lekarzy to nie interesowało. Dlatego też uważałem, że lekarze są niekompetentni. Zacząłem się ich bać!” (K, 26); „Bałem się też pielęgniarek i logopedy” (K, 26). W tle pojawiały się „wstyd” i „złość” (K, 26): „Złościłem się, że nie mogę sam iść do toalety, umyć się i żona zajmuje się mną jak niemowlakiem” (K, 42). W końcu też nadeszła niechęć do „takiego” życia: „Nie chciało mi się żyć i moim jedynym marzeniem było zasnąć i już się nie obudzić” (K, 42), „Miałem wszystkiego dosyć i chciałem po prostu aby moje życie się skończyło” (K, 42), a to spowodowało — przyznawał — że „Zacząłem myśleć o śmierci. Uważałem, że śmierć rozwiąże ten trudny problem” (K, 27). Tak mu też podpowiadały lektury: „Z literatury przedmiotu wynikało, że udar mózgu, szczególnie u osób starszych, a ja mogłem się spokojnie do takich zaliczyć, prowadzi do szybkiej śmierci” (K, 27). Ta jednak nie nadchodziła. Na stan pacjenta — paradoksalnie chciałoby się powiedzieć — wpływał „pobyty w klinice, rozmowy z innymi chorymi [które] pogłębiają depresję” (K,

<sup>164</sup> Z objawami takimi jak: „trudności z koncentracją, niska samoocena, poczucie strachu i lęku, dokuczliwe było spowolnienie procesów myślowych, zmniejszenie napędu psychoruchowego, pewne objawy somatyczne, takie jak osłabienie fizyczne, bóle głowy i serca” (K, 29).

30). Jacek z tym stanem kojarzy „depresyjne dźwięki szpitala” (R, 93), ale okazało się, że w domu wcale nie było lepiej: „Tak czekałem na ten moment, gdy wreszcie wyjdę ze szpitala, wrócę do domu, a teraz leżę na własnym łóżku i czuję, jak paraliżuje mnie strach” (R, 97). Psychicznego pogorszenia w warunkach domowych doświadczyła też Karolina.

Stan psychiczny — tak w medycynie szpitalnej *przeoczany* — ma jednak niebagatelne znaczenie dla rehabilitacji, która nie kończy się w szpitalu, ale jest procesem długotrwałym i wymagającym olbrzymiej motywacji, którą wielu chorych wraz z upływem czasu *wytraca*. Pisała o tym Karolina, Jacek natomiast dodał uwagę o *pozornej* rehabilitacji, kiedy chorzy poddają się fizjoterapii, bo płacą za nią, bez zaangażowania i bez celu: „Po kilku tygodniach zauważyłem, że mało kto jest gotowy na to, by naprawdę poświęcić swój czas i siły na powrót do zdrowia. Gdy przyjadę do *Leśnej Polany* drugi raz po pół roku, zobaczę wiele tych samych osób, wykonujących te same ćwiczenia w podobny sposób” (R, 102).

Nie można nie zwrócić tu uwagi na to, że na przebieg rehabilitacji — także w perspektywie lat — wpływa kondycja psychiczna chorego. Depresja, o której piszą autorzy afazjografii, jest „niedocenianym czynnikiem ryzyka” (Dylewicz 2012), ponieważ zwiększa: możliwość wystąpienia następnych epizodów naczyniowych, śmiertelność, zaburza funkcje poznawcze, pogarsza jakość życia, a także ogranicza, utrudnia bądź uniemożliwia rehabilitację (Pidantye 2021) i może przyczynić się do wystąpienia depresji także u partnera/ opiekuna afatyka — doświadczyli tego państwo Kaczmarkowie.

Obok depresji można wyróżnić jeszcze inny „skutek uboczny” (R, 106) — emocjonalną tkliwość, o której pisała Karolina i której doświadczył też Jacek: „sam się sobie dziwię, bo udar uruchomił we mnie jakieś nieznane mi wcześniej pokłady wrażliwości. Łapię się na tym, że dopada mnie wzruszenie. Oglądam film i ocieram dłonią łzy” (R, 106). Ten jednak „skutek uboczny” jest dla niego do *przyjęcia*.

#### **5.2.4. Komunikacja**

Czwarty punkt orientacyjny wskazuje potrzebę komunikacji. W szpitalu jest ona zupełnie zaniedbana, w wyniku czego pacjent zostaje pozbawiony rzetelnej informacji o swoim stanie. Co więcej: istnieją niepisane zasady transferu wiedzy — to lekarze wykreowani na omnipotentów są jej dysponentami i oni decydują o jej zakresie. Jacek

widział to tak: „lekarze nie są zbyt rozmowni, a pielęgniarki (...) nie chcą mówić o postępkach leczenia. Odsyłają do lekarzy. A oni robią wrażenie, że wiedzą wszystko, ale świadomie nie mówią mi prawdy” (R, 82). Tadeusz zwrócił uwagę na jeszcze inne kwestie: „nie miałem z kim rozmawiać, bo ani lekarze, ani personel szpitala nie mają za wiele czasu dla każdego pacjenta, nie są też przygotowani do tego, jak rozmawiać chorymi po udarze mózgu” (K, 12). Chory zauważa nie tylko brak czasu, ale przede wszystkim brak przygotowania, który nie najlepiej świadczy o personelu medycznym. Jacek natomiast kieruje uwagę na to, że sposób prowadzenia rozmowy przez personel może być przez pacjenta odbierany jako uwłaczający, czego personel najczęściej sobie nie uświadamia. Komunikacja bywa więc rażąco niesymetryczna pod względem pozycji podmiotów biorących w niej udział. Pracownicy opieki zdrowotnej zaskakująco często — i w niezrozumiały dla pacjenta sposób — poddają się stereotypom. W wypadku niesprawności fizycznej z afazją po udarze objawia się to infantyлизacją chorego — pozbawionego możliwości ruchu i mówienia. Jacek opisuje taką sytuację:

— „A teraz będziemy jeść obiadek...

Wiem, że mówię niewyraźnie. A to ośmiela ludzi do tego, by zwracać się do mnie jak do małego dziecka. Ale do jasnej cholery! Pielęgniarka na oddziale poudarowym powinna wiedzieć, że problemy z aparatem mowy nie świadczą o tym, że cofnąłem się w rozwoju do poziomu przedszkolaka.

— Otworzymy buzię i zjemy łyżeczkę zupki...

— Błagam. Niech mnie pani traktuje poważnie!

Widzę na jej twarzy zmieszanie.

— Nie smakuje zupka?

— Smakuje. Tylko proszę tak do mnie nie mówić.

— Jak mam nie mówić?

Zamykam oczy.

Muszę przetrwać. Za wszelką cenę. Nawet za cenę upokorzenia” (R, 79).

To infantyлизujące pacjenta udarowego podejście — najzupełniej niewłaściwe niezależnie od sytuacji — jest refleksem infantyлизacji osób starszych<sup>165</sup> (Szostakowska 2019), stanowiących większość pacjentów po udarach. Stan mentalny będący wynikiem

---

<sup>165</sup> Na potrzeby komunikacyjne pacjentów senioralnych w kontekstach logopedycznych zwracają uwagę Talaśka, Milewski, Kaczorowska-Bray (2020).

choroby wpływa też na postrzeganie pacjenta jako przesuniętego poza intelektualną normę.

Nieprzygotowani do rozmów są też członkowie rodzin — jest to o tyle dramatyczne, że oni właśnie spędzają z chorym czas po powrocie do domu. Trudności jest wiele. Począwszy od tego, jak trudne jest mówienie o kwestiach tak przykrych, jak choroba, niesprawność, niemoc, po fizyczne realizowanie rozmowy. Tadeusz miał jednak świadomość, że droga rozmowy jest jedyną możliwą: „wiedziałem, że trzeba rozmawiać” (K, 31), ale też, że choroba bardzo mocno wpływa na jakość tych rozmów — „Afazja nie ułatwiała nam kontaktu” (K, 31) — i co więcej odbija się na nastawieniu chorego do podejmowania kontaktów werbalnych: „wydawało mi się, że denerwuje i drażnię żonę. To było dla mnie źródłem irytacji, a nawet złości” (K, 31).

Była już mowa o tym, że chorzy odczuwają „głód rozmowy” — Tadeusz wspomina o tym kilkakrotnie („Moją największą potrzebą było mówienie do kogoś, rozmowa z kimś. Dzisiaj już wiem, że potrzeba mówienia jest nierozłączna z afazją”; K, 12; „chory »udarowiec« łaknie kontaktu z innymi ludźmi. Szczególnie, gdy jest dotknięty afazją. Bo ta dolegliwość wywołuje potrzebę mówienia, a wręcz gadania”; K, 32) — i zachowują aktywną postawę komunikacyjną wbrew rozległości swoich deficytów, a nawet na przekór im — Karolina mówiła o tym, że w czasie najgłębszej afazji porozumiewała się „na migi” z lekarzami i z rodzicami. Pokazuje to więc, jak ogromna część komunikacji wybrzmiewa gestami, na co zwraca się niewielką uwagą (Nispen i wsp. 2017). Problematiczny okazuje się też niedobór terapii logopedycznej: „zajęcia z logopedą trwają tylko godzinę, na dodatek co drugi dzień. Za mało... Sytuację »ratowały« wizyty żony, z którą mogłem rozmawiać, właściwie mówiłem głównie ja, a ona słuchała” (K, 12).

Potrzeba rozmowy wiąże się z chęcią uzyskania satysfakcjonującego kontaktu, dlatego jako partnerzy komunikacji nie sprawdzają się inni afatycy: „inni chorzy mówią dużo, lecz trudno ich zrozumieć. Osoby te mają też problem ze zrozumieniem języka innych osób. Komunikacja jest zakłócona. Jest to trudna (przykra) sytuacja dla chorego na afazję” (K, 19).

Tadeusz zwraca też uwagę na to, że rozmowa jest konieczna ze względu na higienę życia psychicznego: „Wiedziałem, że gromadzenie emocji i problemów nie pomoże mi wyjść z tego stanu” (K, 31). Ma więc znaczenie psychoterapeutyczne, nawet jeśli nie odbywa się w obecności psychoterapeuty. Pacjent z czasem nauczył się traktować rozmowy z żoną terapeutycznie również w sensie poznawczym i

logopedycznym: „Nasze rozmowy traktuję jak seanse rehabilitacyjne. Żaden szpital, nawet najlepsza klinika, nie jest w stanie przywrócić sprawności intelektualnej chorego. Lekarze zajmują się przywróceniem sprawności fizycznej. Z przywróceniem sprawności intelektualnej chory musi poradzić sobie sam” (K, 62). Rzadko udaje się odzyskać sprawność sprzed zachorowania: „Co prawda już samodzielnie czytam, ale trwa tygodniami. Kiedyś potrafiłem czytać 100 stron dziennie, a dzisiaj cieszę się (ale co to za radość), że udało mi się samodzielnie przeczytać, a co najważniejsze zapamiętać, 4–5 stron dziennie” (K, 63). Bywa to powodem dużej frustracji.

W kontekście zaburzeń komunikacji nie można nie wspomnieć o tym, że wpływają one na jakość życia chorego, co pokazały badania wśród pacjentów laryngektomowanych: „Osoby, które nie wykształciły mowy przełykowej, posiadają niższą ocenę poszczególnych wymiarów jakości życia w zakresie: ogólnego samopoczucia (...), w zakresie sytuacji życiowej, oceny spójności wyobrażeń dotyczących pracy szpitala i faktycznego stanu rzeczy, w zakresie relacji rodzinnych i subiektywnej oceny pracy”. I odwrotnie „Osoby, które mówią całkowicie zrozumiale, wysoko oceniają swoją jakość życia”. (Lipińska 1998, s. 137, 137). Podobnie niemożność rozmowy odczuwają wentylowani w warunkach domowych — choć właściwie należałoby powiedzieć *życiowych* — obciążeni ciężkimi typami rdzeniowego zaniku mięśni. Ankiety przeprowadzone w tej grupie chorych pokazują, że za pogorszającą jakość życia uważają oni utratę niektórych funkcji charakterystycznych dla codziennego życia — pisanie długopisem (41,4%) oraz pisanie na klawiaturze (44,6%) (Rouault i wsp. 2017) — podobnych *utrat*, choć o innej etiologii, doświadczają też afatycy<sup>166</sup>, a szczególnie dotkliwie odczuwają je kobiety (Lipińska 1998, s. 139), co przekłada się na wspomniane przez Karolinę silniejsze wśród nich zaangażowanie w rehabilitację mowy. Krystyna de Walden-Gałużko wyjaśnia, że ma to związek z tym, że „kobiety są bardziej egocentryczne (...). Charakteryzuje je ponadto większa ekspresywność wyrażania przeżywanego stanów emocjonalnych” (1994, s. 92–93).

---

<sup>166</sup> Więcej o tej grupie pacjentów pisałam w pracach: *Niewypowiedziany dramat. Możliwości komunikacyjne osób wymagających inwazyjnego wsparcia oddechu (na przykładzie pacjentów z rdzeniowym zanikiem mięśni, SMA)* (2020); *Logopedyczne zaniedbanie. O (nie)mówieniu osób wymagających przewlekłego inwazyjnego wsparcia oddechu* (2018).

### 5.2.5. Tożsamość

Piąty punkt orientacyjny odnosi się do tożsamości bardzo często — tak jak w przypadku afatyków, których wypowiedzi tu przywołuję — wiążącej się z rolami zawodowymi. Afazja zwykle powoduje długą absencję zawodową, często odbiera możliwość powrotu do uprzednio wykonywanej pracy, dlatego że deficyty komunikacyjne, którym często towarzyszą ubytki motoryczne, zaburzają komunikację w znacznym stopniu. Szczególnie dotkliwie odczuwają to pacjenci, którzy pracowali intelektualnie. Tadeusz wspomina o tym w kilku miejscach swojej afazjografii: „myślałem o tym, że na uczelni będę musiał tłumaczyć się z tego, że udar zniszczył mi mózg. Jakbym stał się głupkiem? Jakbym utracił swoją wartość intelektualną?” (K, 26); „Czułem się i byłem jakby gorszy!” (K, 26). Prowokowało to u niego pytania tożsamościowe: „nie opuszczało mnie pytanie: kim ja teraz jestem? To był dla mnie poważny problem” (K, 27). Odpowiedź natomiast nie była pokrzepiająca: „Czy ja jestem sobą? Chyba już nie jestem. Udar odebrał mi moją wiedzę, intelekt, umiejętności!” (K, 27). Udar jednak odbiera znacznie więcej.

Zwrócił na to uwagę Jacek, kiedy pisał o tym, że ceną przetrwania po udarze jest upokorzenie (R, 79). Mało kiedy komentuje się sytuacje takie jak ta opisywana przez mężczyznę w sile wieku — będąca przecież szpitalną codziennością — „pielęgniarki mierzą mi ciśnienie i temperaturę, karmią myją i zmieniają pampersy” (R, 82). Do rangi marzenia urasta prosta czynność: „Chcę dowiec się do toalety. Odzyskać odrobinę godności” (R, 81). Zdolność do zadbania o podstawowe potrzeby, te biologiczne, staje się wyrazem poczucia człowieczeństwa, z którego pacjenta odzierają choroba i leczenie: „Otwieram drzwi i powoli holuję swoje ciało w stronę ubikacji. Udało mi się! Naprawdę mi się udało. Po raz pierwszy od udaru czuje się człowiekiem, a nie szmacianą lalką, którą trzeba obsługiwać nawet w tak trywialnych sprawach, jak toaleta” (R, 85).

Fizjologiczna strona bycia chorym i niesprawnym nie pojawia się tak dosłownie w innych afazjografiach. W warunkach szpitalnych wpisuje się w rutynę codziennych obowiązków, wśród natłoku których mało kto dostrzeże, że to, co dla jednego jest pracą, dla drugiego jest życiem. Podobnie w sytuacjach domowych: to, co wydaje się *zwyczajne* dla domowników, dla afatyka z niedowładem jest osiągnięciem potwierdzającym to, że *nadal jest człowiekiem*: „Zrobić zakupy, przyrządzić sobie coś



do jedzenia, umyć się. Zachować ludzką godność” (R, 127). Wypowiedzi Jacka uświadamiają, jak ogromna jest przepaść między odczuciami *zwykłości*.

### 5.2.6. Relacje międzyludzkie

Docieramy tu do punktu szóstego — relacji międzyludzkich, które co prawda nie zostają odebrane natychmiast, ale wchodzą w fazę zaniku. Inicjują ją okoliczności oczywiste — hospitalizacja, rekonwalescencja, depresja, które składają się na „kwestię izolacji chorego” (K, 31). Często w wymiarze społecznym jest ona nieodwracalna. Tadeusz opowiada: „Po kilku miesiącach kończą się kontakty z osobami z miejsca pracy i otoczenia. Telefon odzywa się coraz rzadziej” (K, 31). Zanikają też kontakty bezpośrednie, co wynika z nieprzygotowania na *trudne* kontakty. Tadeusz wyjaśnia: „Z moich obserwacji wynika, że otoczenie nie wie, jak się zachować, jak traktować tego niby-chorego. Bo z jednej strony jest on sprawny trochę inaczej, a z drugiej — mówiłby bez przerwy. Do tego trochę szybciej się męczy i nie wiadomo, czy jeszcze posiedzieć trochę, czy już się pożegnać i wyjść” (K, 32). Ma też świadomość, że nie jest to sytuacja *prosta* dla obu stron: „To się wszystko tak prosto i łatwo mówi, że chory musi..., że otoczenie powinno...” (K, 63).

Jacek natomiast pisze o życiu w pojedynkę — w kontekście swoich przewlekłych problemów zdrowotnych — z ulgą: „dziękuję Bogu, że rozstałem się z Roksaną jeszcze przed udarem” (J, 304), ponieważ nie chciałby być ciężarem, nie chciałby, by kobieta czuła się zobowiązana do bycia z nim, dlatego że *jest* chory albo żeby go opuściła, *bo jest* chory. Bez wątplenia ma świadomość tego, że przewlekłe chorowanie i niesprawność wpływają na każdą relację.

### 5.2.7. Rodzina

W siódmym punkcie światło pada na relacje rodzinne, o których Tadeusz mówi bez pardonu: „Prawda jest taka że o życie »udarowców« martwi się najbliższa rodzina, żona, czasami dzieci” (K, 30). Intensywność kontaktów rodzinnych wymuszona na przykład koniecznością całodobowej opieki, wizyt lekarskich, rehabilitacji wpływa na jakość życia rodzinnego i partnerskiego: „Udar mózgu jest źródłem swego rodzaju kryzysu w małżeństwie. Nagle coś się rozwała” (K, 30). Nie zawsze udaje się to odbudować, ale państwo Kaczmarkowie mieli za sobą trzydziestoczteroletnie doświadczenie, podbudowane dużą świadomością sytuacji, dlatego udało się im

wypracować sposób nowego bycia ze sobą. Tadeusz ogromną rolę przypisuje w tym żonie: „Dopiero stanowcza postawa żony i stwierdzenie, że albo będę kooperatywny, albo oboje się »wykończymy«, uświadomiły mi, że jednak muszę nad sobą popracować” (K, 59). Był to wielomiesięczny proces: „Powrót »do pionu« zajął nam pół roku” (K, 59).

Jeszcze inny aspekt relacji międzyludzkich i rodzinnych przedstawiam w podrozdziale 6.1. *Dyskurs przemilczeń*.

### **5.2.8. Korzyści z chorowania**

W końcu docieramy do punktu — ósmego — w którym można dostrzec pozytywne aspekty schorowania, choć jest to kwestia bardzo indywidualna i zależna w dużej mierze od nastawienia pacjenta. Tadeusz zauważył: „Może to zabrzmie przewrotnie, ale jednak pewne, niewielkie korzyści też są” (K, 37). W jego przypadku dotyczą zweryfikowania jakości relacji międzyludzkich: „Dziwnie to może brzmie, ale dla mnie to jednak jest korzyść, bo przestałem być tak bardzo naiwny i pełen wiary w dobrych ludzi” (K, 37). Ponadto, choroba daje wgląd w siebie: „Każda choroba, a szczególnie taka, której pozornie nie widać, »prostuje« nasze postrzeganie otoczenia i siebie samych” (K, 37). Innym z kolei — na przykład Karolinie czy Jackowi — daje impuls, by działać.

Korzyści z chorowania są „przewrotne” także dlatego, że mogą je odczuć inni chorzy albo ci, którzy mogliby być chorzy. Afazjografie widzę właśnie jako taką wtórną *korzyść*, która pozwala oswoić chorobę — tym, którzy jej doświadczają, oraz tym, którzy im towarzyszą.

### **5.3. Konkluzje: „czuły” badacz i „zraniony” narrator**

Praktyka gęstego czytania wymaga przyjęcia postawy „czułego” badacza — na podobieństwo „czułego narratora” (Tokarczuk 2020), dla którego „czułość” staje się instrumentem nieodzownym w pracy z afazjografiami — i patografiami w ogóle — w dyskursie medycznym. Czułość bowiem „pojawia się tam, gdzie z uwagą i skupieniem zaglądamy w drugi byt, w to co nie jest Ja” (tamże, s. 288). Jest niezbywalna, kiedy uświadomiamy sobie, że badając dyskurs, jesteśmy jego częścią, dlatego staje się „świadomym, choć może trochę melancholijnym współdzieleniem losu” (tamże).

*Czuły badacz* to ten ‘odnoszący się do kogoś z tkliwą miłością, serdecznością’, ‘wrażliwy, wyczulony na coś’, ale też ‘precyzyjny’ (SJP). Z takimi właściwościami badawczymi podchodzę do — zapowiadanej — syntezy domen porządkujących mój namysł nad dyskursem medycznym na przykładzie afazji.

**Tłem**, które zarysowało się w analizie materiału językowego, są relacje z medycyną oraz w instytucjach medycznych — zdradzają one wciąż cechy instytucji totalnych, co wpływa tak na pacjentów, jak i na personel. Implikuje to niesymetryczny status podmiotów, prowadzący do uprzedmiotowienia strony zależnej (pacjenta) wobec strony decydującej (lekarza). Analizowane afazjografie pokazują zapaść — „niewydolność” (R, 92) — systemu opieki zdrowotnej, ukrytą za skostniałym murem instytucjonalizacji.

**Teksty** afazjograficzne pojawiają się w rozrzedzonych miejscach w polu dyskursu medycznego, co wynika z *marginalnego* statusu afazji w obszarze zdrowia publicznego oraz w społecznym imaginariu. Są nielinearne — „Trudno jest w sposób uporządkowany i chronologiczny opisać to wszystko, co działo się po udarze” (K, 25) — co jest konsekwencją bycia afatykiem. Nielinearność — również na planie graficznym — jest pochodną stanu poznawczego, ponieważ w umyśle afatyka myśli „kotłują się (...) w głowie”, a on nie może „ich przekazać otoczeniu” lub robi to „w formie zdeformowanej, niedoskonałej” (K, 18), ponieważ jego „Mózg nie radzi[ł] sobie z mówieniem” (K, 25).

**Język** afazjografii — ze względu na możliwości poznawcze afatyków — można określić jako *biolektalny* (Panasiuk, 2013, s.664), co oznacza, że jego właściwości (forma *pozadaniowa* u Karoliny, krótkie zdania, często z inicjalną pozycją wyrazów asemantycznych u Jacka, nieporadności składniowe i przeskoki myślowe u Tadeusza), nie powinny być rozpoznawane na planie idiolektu, ale właśnie biologicznych możliwości realizacji aktu mowy.

W wymiarze symbolicznym ujawniają się dwa języki mówienia o afazji — medyczny oraz potoczny, w którym ogromną rolę odgrywa obrazowanie<sup>167</sup>, szczególnie znamienne dla afazjografii Karoliny. Dla przykładu: jej „obwód rozumienia” odpowiada medycznemu „obszarowi mowy”, a koncept architektoniki krainy Afazji koreluje z rozpoznaniem cytoarchitektoniki mózgu. Dostrzeżenie tych korelacji wymaga jednak od czytelnika pewnej wiedzy medycznej (terminologia medyczna),

---

<sup>167</sup> Zob. s. 167.

którą autorka zdobyła w konsekwencji zachorowania i zainteresowania swoim stanem *niezdrowia*.

W kontekście książki *Wolga przez Afazję...* gęste czytanie pokazuje w końcu, że *dyskurs* rozumiany jako uczestniczenie w pewnej sferze życia może stać się dyskursem konkretnej osoby, jej sposobem uczestniczenia w tej sferze. Powstaje więc — pożyczam tu metaforę Karoliny — „matrioszka” dyskursu: w dyskursie medycznym jest dyskurs choroby, konkretnie dyskurs o afazji, a w nim dyskurs Karoliny Wiktor o afazji, mający miejsca wspólne — opisane tu jako osiem aproksymatów — z dyskursami innych afatyków-afazjografów. Wśród punktów orientacyjnych najwydatniej prezentuje się „chory”, co jest potwierdzeniem antropocentryczności utrwalonych w języku — uniwersalnych, jak pokazują analizowane afazjografie — doświadczeń (Bartmiński 1994, s. 13).

**Wydźwięki** afazjografii wyrastających z dyskursu medycznego są w moim odczuciu frapujące: dzielą one bowiem — mglisty, ale jednak obecny — zamysł podważania wiedzy skostniałej i władzy symbolicznej. Poświadczeniem tego jest wyłonienie w procesie rekonstrukcji językowego obrazu z nurtu dyskursu medycznego reprezentowanego przez dyskurs o afazji dwóch typów pacjentów. Podstawą rozróżnienia jest ich wiek, co pokazuje, że przeobrażenia te w tym momencie można uchwycić synchronicznie z nadzieją, że w niedalekiej perspektywie zmiany pokoleń staną się częścią historii.

Pierwszy typ uosabia Tadeusz (ur. 1936). Jest to pacjent wdzięczny za to, co oferuje system opieki medycznej, wyrażający *rozumienie* czy pewną *pobłażliwość* dla jego niewydolności. Pacjent bierny — „udar atakuje mózg, a mózg, jak wiemy, jest delikatny i wrażliwy. Co można zrobić? Niewiele!” (K, 28). Wiąże się to ze zgodną na przyjęcie roli chorego i jej konsekwencji (w postaci choćby izolacji społecznej). Zgodnie z typologią Artura Franka, afazjografia napisana z takiego punktu widzenia jest narracją chaosu, ukonstytuowaną na bezsilności (Frank 1995, *passim*).

Drugi typ reprezentują Karolina (ur. 1979) i Jacek (ur. 1969) — pacjenci świadomi, ale nie roszczeniowi, którzy obrali strategię radzenia sobie z chorobą opartą na działaniu. To pacjenci aktywni i wyrażający sprzeciw wobec przyjęcia roli chorego podwójnie wyalienowanego: w getcie medycyny i w getcie afazji. Ich afazjografie to

narracje dążenia, charakterystyczne dla osób, które zaangażowały się w działalność na rzecz innych chorych (Frank 1995, *passim*)<sup>168</sup>.

W rozdzwieku między tymi postawami wybrzmiewa idea *Afazji* Dakowicza — reorientacji światopoglądowych związanych z przemianami ustrojowymi w historii Polski i otwarcia na idee Zachodu, wśród których znajduje się krytyka medycyny jako systemu opresyjnego. Remedium staje się świadome uczestniczenie we wspólnocie dyskursywnej utożsamianej ze „społecznością ludzi związanych z określoną, zinstytucjonalizowaną działalnością mającą swój wyraz w warstwie semiologicznej” (Grzmił-Tylutki 2010, s. 10) — tworzą ją podmioty w rozmaity (społeczny, kulturowy, językowy) sposób związane z opieką zdrowotną i wyrażające się poprzez teksty zawierające ślady działania społecznego (tamże, s. 145). Cechy takie ma proklamowana przez Karolinę wspólnota Afazjan funkcjonująca w dyskursie medycznym.

Trudno w tym konkludującym miejscu uniknąć pytania, czy ta książka, będąca podstawą analiz — *Wolgą przez Afazję* — to jest dyskurs medyczny. Z pewnością nie jest prototypowy — bo takim jest dyskurs kliniczny, który zmajoryzował pierwszy rozdział tej pracy. Książka ta — poemat, picturebook, patografia czy afazjografia — umiejscawia się gdzieś poza centrum, na peryferiach, ale w doskonałym towarzystwie prac tak wyrafinowanych jak *Na szczytach rozpaczy* Emila Ciorana. Jednak to *marginalne* usytuowanie daje — paradoksalnie — przywilej przyglądania się temu, co w centrum, ustanawia punkt oporu wobec płynącym stamtąd opresjom. Inkongruencja ta pokazuje też, że tylko „czuły” badacz może sondować „zranionego” narratora (*wounded storyteller*, Frank 1995).

---

<sup>168</sup> Uwagę zwraca brak reprezentacji narracji przywrócenia (restytucji) typowej dla tych chorych, którzy wierzą, że postęp medycyny przywróci im zdrowie i życie sprzed zachorowania. Świadczy to jednak o zdroworozsądkowym podejściu do choroby oraz o zorientowaniu w możliwościach nauki.

## ROZDZIAŁ 6. Językoznawstwo krytycznie zaangażowane

Kiedy myślę o językoznawstwie, które chciałabym uprawiać, przypominam sobie to, co zapisała Joanna Bielecka-Prus:

„Analizy prowadzone przez językoznawców skupiają się przede wszystkim na aspekcie językowym, kontekst społeczny traktowany jest jako przestrzeń dla procesów semiozy lub narzędzie kontekstualizacji znaczeń. (...) Tymczasem analiza językowa mogłaby w większym stopniu wykorzystywać dorobek nauk społecznych, dzięki czemu może w sposób bardziej pogłębiony opisywać kontekst, uwzględniając jego złożone wymiary społeczne” (2015, s. 101).

Najbliższy mi jest dorobek nauk spod znaku antropologicznego i po jego *narzędziarium* sięgam, analizując *dyskurs* rozumiany jako uczestniczenie w pewnej sferze życia wyróżnionej ze względu na temat reprezentowany przez teksty, które są „zdarzeniami dyskursu” (Foucault 2002, s. 38). Praca ta jest kolejnym z tych zdarzeń i pokazuje, że w badaniach zorientowanych na dyskurs nie jest możliwe odseparowanie pozycji obserwatora i uczestnika, choć jest to możliwe w *tradycyjnym językoznawstwie* — tym, które skupia się na „aspekcie językowym”. Nie jest natomiast możliwe, jak sądzę, w *językoznawstwie* — jak je nazywam — *krytycznie zaangażowanym*. Te dwa określenia pokazują pozycję lingwisty, który podejmuje badania zorientowane na dyskurs. Tradycyjny — uprawia analizę dyskursu jako zewnętrzny obserwator; krytycznie zaangażowany — krytyczną analizę dyskursu jako zaangażowany obserwator wewnętrzny (Piekot 2014).

Badacz, który jest zaangażowany, traci wiarygodność, ale restytuuje (*resycytuje?*) ją właśnie poprzez świadome krytyczne nastawienie, które można zaprojektować, obierając za przedmiot badań zjawiska istotne społeczne oraz przyjmując perspektywę grupy zdominowanej i podejmując (autor)refleksje<sup>169</sup> w procesie badania. Idzie za tym uzmysłowienie sobie, że triada *języka, tekstu i dyskursu* różnicuje „zdarzenia dyskursu”: „Ich związek z człowiekiem (lub grupą) jest tak naturalny i trwały, jak związek dymu z ogniem. Założenie to obejmuje także teksty naukowe, czyli znaki indeksujące konkretnych naukowców” (tamże), którzy — jak

<sup>169</sup> Tomasz Piekot wyjaśnia, że należy je rozumieć po Habermasowsku, jako akty odkrywania tego wszystkiego, co może zaburzać skuteczną komunikację (2014).

wszyscy ludzie — widzą „świat w kategoriach wartości, tzn. stykając się wprost, albo też myślowo z poszczególnymi przedmiotami lub stanami rzeczy, odczuwa je, a także osądza jako dobre lub złe pod jakimś względem” (Puzynina 1997, s. 195)<sup>170</sup>.

Język, tekst i dyskurs są więc wartościujące i nie tylko wtedy, kiedy dotyczą polityki czy ekologii (Grzmił-Tylutki 2010, s. 316), ale też wielu innych sfer życia jak medycyna czy prokreacja. I jeśli przyglądamy się im przez pryzmat językowego obrazu świata, znajdujemy się w takim punkcie rozważań nad tekstem, w którym JOS „dotyka życia”, dając wgląd w sferę mentalną nadawcy wypowiedzi. Tu otwiera się przestrzeń wspólna lingwistyki publicznej (Gajda 2013, s. 11) i krytycznej analizy dyskursu, którą zajmują społeczne konsekwencje użycia języka i takie ich opisywanie, które uświadamia społeczeństwu konieczność zmiany zachowań czy postaw. Rzuca to nowe światło na to, co nazywamy *społeczną odpowiedzialnością nauki*, do której zobowiązani są także językoznawcy. Paradygmat systemowy lingwistyki uległ już wyczerpaniu; paradygmat dyskursywny z całym zapleczem krytycznej analizy staje się natomiast „działaniem społecznym o charakterze informacyjnym i perswazyjno-edukacyjnym” (Piekot 2014). Nie może więc być bezrefleksyjny.

Przyjęcie perspektywy zaangażowanego krytycznie językoznawcy pozwala mi więc zwrócić uwagę na kwestie istotne społecznie w dyskursie medycznym i dyskursie o afazji. Gęste czytanie afazjografii odsłoniło dwa takie zagadnienia — newralgiczne, drażliwe, trudne.

### **6.1. Dyskurs przemilczeń**

Wokół pierwszego zagadnienia ogniskuje się dyskurs przemilczeń konstytuujący się poprzez „Tabu przedmiotowe, rytuał okoliczności, uprzywilejowane lub wyłączne prawo podmiotu mówiącego”, które Foucault określa grą „trzech typów zakazu, które przecinają się, wzmacniają i kompensują, tworząc złożoną sieć, nieustannie ulegającą modyfikacjom” (2002, s. 8). Współczesną polszczyznę charakteryzje rozdźwięk między faktycznymi prywatnymi odczuciami a przekazem medialnym, w którym wiele kwestii o charakterze intymnym jest szeroko dyskutowanych (Dąbrowska 2008) na przykład w „eksperckim” dyskursie polskiej telewizji śniadaniowej przez „specjalistów” telewizji śniadaniowej (Dąbrowska-Cendrowska 2013). Wśród obszarów językowego tabu można — na podstawie deklaracji — wyróżnić (wymieniam tylko te należące

---

<sup>170</sup> Jerzy Bartmiński przez *wartości*, których nośnikiem jest JOS, rozumie „intencje, wizję świata i wiedzę o nim, typ racjonalności, a także system aksjologiczny (1999, s. 116).

do dyskursu medycznego): choroby, śmierć, cierpienie, samookaleczenia, uzależnienia, seksualność (Rogodzińska, Obrębska 2018). Na podstawie eksperymentów można natomiast stwierdzić, że następuje stopniowa detabuizacja tych obszarów (tamże). Pozwala to zastanowić się nad tym, na ile działa tu mechanizm ekspozycji, czyli stałego kontaktu z bodźcami ze sfery tabu. Foucault zauważa, że w tych właśnie tabuizowanych, wykluczonych obszarach sieć dyskursu jest najrzadsza i „mnożą się wolne przestrzenie” — identyfikuje je jako „obszary seksualności i polityki” (2002, s. 8).

Seksualność została włączona przez Foucaulta w porządek zdrowia i choroby, dlatego przynależy do dyskursu medycznego, gdzie jest badana, diagnozowana i terapeutyzowana. A ponieważ dyskurs ten — zgodnie z aktualną definicją zdrowia — obejmuje jakość życia, także seksualność postrzega się w tych kategoriach, choć silnie nakłada się na nią perspektywa polityczna, co sprawia, że pewne aspekty seksualności funkcjonują w podwójnym wykluczeniu. Dotyczy to jednak seksualności osób *zdrowych*. Za *białą plamę* należy uznać seksualność osób przewlekle chorych, z defektywnymi ciałami, niesprawnych, choć jako symptom odtabuizowania uznać można odważną, świeżą jeszcze, książkę ginekolożki-seksuolożki Moniki Łukasiewicz *Seks bez cyków* (2022).

Podjęmę tu temat seksualności, który jest nieobcy filologicznym badaczom dyskursu<sup>171</sup>, aczkolwiek robię to z poczuciem, że nadal — a zwraca się na to uwagę od lat — mamy trzy języki obsługujące tę sferę: biomedyczny, potoczny często nacechowany wulgarnie oraz ezopowy. W analizowanych afazjografiach pojawiają się passusy poświęcone kwestiom tabuizowanym, samobóstwu, depresji<sup>172</sup> — ale aspekty seksualności są tam co najmniej eufemizowane. Jacek pisze tak: „udar jest (...) trzęsieniem ziemi na wszystkich frontach, także tym najbardziej intymnym” (R, 103). I mimo że wspominał o tym, jak *odczłowieczająca* jest niemożność samodzielnego korzystania z toalety, nie rozwija *frontu intymnego* być może dlatego, że utrata poczucia męskości jest trudniejsza do zwerbalizowania niż utrata poczucia bycia człowiekiem. Wzmianka ta jest więc tylko prognostykiem istnienia problemów intymnych, do których

---

<sup>171</sup> Zob. np.: Marzeny Makuchowskiej *Kreacyjny charakter dyskursów o aborcji* (2016) w monografii *Dyskurs i jego odmiany* czy Marcina Maciejewskiego *Słowa-klucze w dyskursie o antykoncepcji* w „Tekst i Dyskurs — Text und Diskurs” (2017).

<sup>172</sup> Są to obecnie tematy nośne społecznie, bo związane z niewydolnością systemu opieki psychiatrycznej, którą odśloniła pandemia koronawirusa (Pajor 2021).



można zaliczyć tak osamotnienie w wyniku braku partnera, jak i powtarzające się dysfunkcje seksualne (Mosiołek i wsp. 2022).

Choć wygląda na to, że w krainie Afazji Karoliny seksualność nie istnieje — istnieje konsekwencja aktywności seksualnych — ciąża. Wydaje się to znamienne dla polskiej kultury: seksualność jest tabuizowana, ale ciąża nobilitowana, co wiąże się z silną pozycją rodziny i kobiety-matki w światopoglądzie tradycyjnym deprecjonującym przy tym przyjemność, wolność i wybór. Afazjanki więc *nie uprawiają seksu*, ale mają dzieci. Być może jedyną aluzją istnienia seksualności jest „pływanie po morzach Afazji”, ale symbolika morza jest tak bogata, że ten aspekt może umknąć.

W swoich działaniach edukacyjnych i pro-Afazyjnych Karolina Wiktor podejmuje temat seksualności, otwarcie mówi o: stereotypach („Słyszałam: osobom po udarze i wylewie seks nie służy. Jest wręcz przeciwnie”; I), reakcjach znajomych („No jak to, ty, osoba niepełnosprawna, uprawiasz seks?! Nie powinnaś!”; I), doświadczeniu ciąży („choć była dużym obciążeniem dla organizmu, okazała się pozytywnym”; I), obawach lekarzy („obawiali się, że w trakcie ciąży, nawet w połowie, mój organizm nie wytrzyma i będzie kolejny udar”; I). Zwraca uwagę na wartość zaznajomienia z fizjologią i potrzebę edukacji seksualnej wśród kobiet po udarach: „Trzeba mówić, że młode kobiety po wylewach i udarach nie mają okresu, zaburzeniu ulega cała gospodarka hormonalna. Ale im więcej ćwiczysz, tym lepiej funkcjonujesz. Po kilku miesiącach wraca okres” (I).

Mówi też o tym, że ciąża stawia — stawiała? — kobietę z Afazji w sytuacji wyboru: „Kiedy rok po wylewie byłam w ciąży, lekarze proponowali mi aborcję, ponieważ zagrażała życiu. Wybrałam inaczej. Najważniejsze jest jednak to, że sama mogłam podjąć tę decyzję. Chciałam urodzić Igę, miałam ogromne wsparcie rodziny i partnera. Przeżyłam, a Iga jest zdrowa. Ale wyobraźmy sobie, że kobieta po wylewie zachodzi w ciążę, która zagraża jej życiu, może urodzić chore dziecko, znikąd nie ma pomocy i nikt jej nie daje tego wyboru. Dlaczego ma cierpieć z powodu czyichś ideologii. Nie zgadzam się na to” (S).

Tę niezgodę wyrażała też wcześniej — jako artystka Sędziego Głównego w 2003 roku wzięła udział w akcji zorganizowanej w odpowiedzi na działania Młodzieży Wszechpolskiej i LPR, które chciały usunąć z portu we Władysławowie holenderski statek nazywany „kliniką aborcyjną”. Wraz z Aleksandrą Kubiak

przygotowały performance „o uprzedmiotowieniu, o władzy nad drugim człowiekiem” — „rodziły” „jajka, wkładając je sobie do ust i wyjmując z pochwy” (S).

Temat relacji damsko-męskich pojawia się też w nowej *Afazjologii*, którą otwiera rozmowa Zbigniewa Tarkowskiego i Olgi Jauer-Niworowskiej *Życie z niepełnosprawnością* (2022c). Jest w niej fragment, który kiedyś — mam nadzieję — będzie jedynie akademicką anegdotą o niefrasobliwości naukowca. Tarkowski opowiada w nim o wywiadzie z trzydziestodwuletnim mężczyzną z afazją poudarową i lekką niepełnosprawnością komunikacyjną, który zainspirował go do przeprowadzenia pewnego eksperymentu. Zapytał studentów kierunków medycznych, czy mężczyzna ten „ma szansę na poślubienie kobiety, która dałaby mu wsparcie”. „Odpowiedzi (głównie kobiet) były z reguły negatywne. Ich zdaniem mężczyzna z afazją, niezależnie od swoich zasobów, nie ma szans, bo jest postrzegany jako chory i niepełnosprawny. Powinien to zaakceptować i korzystać z tego, co oferuje system rehabilitacyjny”. Profesor stwierdza w końcu: „Nie zgadzam się z takim podejściem” i przedstawia remedium: „Jako próbę rozwiązania problemu proponuję szukanie kandydatki na żonę wśród cudzoziemek, które dostrzegają korzyści z poślubienia przystojnego, młodego, majątnego mężczyzny oraz nie dostrzegają jego dysfunkcji językowych, ponieważ mogą mówić po polsku nie lepiej od niego” (tamże, s. 5). Muszę przyznać, że propozycja ta wprawiła mnie w konsternację<sup>173</sup> i nie jestem pewna, czy potrafiłabym zareagować tak dyplomatycznie, jak rozmówczyni profesora, która stwierdziła: „Nie wydaje mi się, aby we wspomnianej sytuacji wyjściem było szukanie cudzoziemki, raczej szukanie kogoś z dużą dozą empatii, wrażliwego, chętnego na poznanie drugiej osoby” (tamże, s. 5).

Należy tu zauważyć, że wypowiedź Tarkowskiego pada z pozycji podwójnie uprzywilejowanej: profesora reprezentującego dziedzinę (około)medyczną i zdrowego mężczyzny. Godnym uwagi jest to, że wypowiedzi o seksualności śmiało padają właśnie z pozycji eksperta<sup>174</sup>, pokazując chyba, że w nauce nie ma tabu, ale — jak pokazuje przywołany przykład — nie ma też wycucia. Chciałabym usłyszeć odpowiedź Afazjanina na tę *receptę*.

---

<sup>173</sup> Przeczytałam ten fragment kilku zaprzyjaźnionym przedstawicielom zawodów medycznych, którzy bez zastanowienia uznali go za zabawny. Dopiero gdy zaproponowałam analogię: *to tak, jakby osobie poruszającej się na wózku powiedzieć: szukaj partnera niewidomego, to nie będzie widział, że jesteś na wózku*, dostrzegli niestosowność uwagi profesora.

<sup>174</sup> Zwrócił na to uwagę Foucault, dla którego rolę „ekspertów” pełnią lekarze. W takim układzie, twierdzi, możliwe jest tylko odtwarzanie wzorów seksualności kształtowanych przez relacje wiedzy i władzy (Foucault 1988, s. 233).

## 6.2. Dyskurs pseudoinspiracji

Drugim zagadnieniem, które zarysowało się w gęstym czytaniu, jest zjawisko o krzykliwej, ale wiele mówiącej nazwie — *inspirational porn*. Zwykło się tym określeniem charakteryzować postawę wobec osób z niepełnosprawnościami, ale sądzę, że analogia z sytuacją osób zmagających się z przewlekłymi przypadłościami zdrowotnymi — jak te po udarze, wśród których znajduje się afazja — jest oczywista.

Manifestem krytyki *inspirational porn* było wystąpienie poruszającej się na wózkach z powodu wrodzonej łamliwości kości australijskiej aktywistki Stelli Young na konferencji TED<sup>175</sup>. Jej wystąpienie zatytułowane *I'm not here for your inspiration*<sup>176</sup> jawi się jako trawestacja tytułu utworu *I'm not here for your entertainment* amerykańskiej wokalistki Pink, co podkreśla jego zakorzenienie we współczesnej kulturze.

By zobrazować zjawisko, którego dotyczy wystąpienie, Young przywołuje historie ze swojej biografii. Dzieciństwo — które nazywa „normalnym” — spędziła w niewielkiej miejscowości, gdzie uczęszczała do szkoły, spędzała czas z rówieśnikami, kłóciła z młodszymi siostrami. Kiedy miała piętnaście lat, do jej rodziców zwrócili się przedstawiciele lokalnych władz z informacją, że chcą ich córce przyznać wyróżnienie za „osiągnięcia”. Rodzice uprzejmie, acz ze zmieszaniem, stwierdzili, że ich córka „przecież nic nie osiągnęła”. Young przyznaje im rację — była nastolatką, uczyła się, miała dobre stopnie, po szkole pracowała w salonie fryzjerskim swojej mamy, a w międzyczasie sporo czasu zajmowało jej oglądanie popularnych młodzieżowych seriali „Buffy: postrach wampirów” i „Jezioro marzeń”. Nie robiła nic niezwykłego, nic, czego nie robiły inne dzieciaki w jej wieku, nic, co mogłoby pretendować do miana „osiągnięcia”. Nic — poza byciem niepełnosprawną.

Kilka lat później, w czasie praktyk w liceum w Melbourne, prowadziła zajęcia z prawa, jeden z uczniów zapytał ją, kiedy zacznie — a zajęcia trwały już jakiś czas — swoje przemówienie. Na pytanie, o jakie przemówienie chodzi, chłopak odpowiedział, że ma na myśli jej wystąpienie motywacyjne, takie jak te, które zwykle w auli wygłaszają osoby na wózkach, które goszczą w szkole. To uświadomiło jej, że uczeń ten — i nie jest to jego winą — stykał się jedynie z osobami niepełnoprawnymi jako

---

<sup>175</sup> Prelegentką na konferencji z tego cyklu była też Karolina Wiktor.

<sup>176</sup> S. Young, *I'm not here for your inspiration, thank you very much*, <https://www.youtube.com/watch?v=8K9Gg164Bsw> [dostęp: 13.02.2023 r.]; tłum. własne.

„obiektemi inspiracji”. Dla niego — i dla wielu innych — osoby na wózkach nie są nauczycielami, lekarzami czy manikiurzystkami. Nie są „realnymi ludźmi”, ale są po to, by inspirować. W końcu Young zwraca się do publiczności: „nie jestem tu po to, by inspirować”, ale po to, by powiedzieć, że „zostaliśmy oszukani co do niepełnosprawności”. Dalej wyjaśnia: „Powiedziano nam, że niepełnosprawność to coś złego, a życie z tą złą rzeczą, z niepełnosprawnością, czyni człowieka wyjątkowym” i zgadza się przewrotnie: „Tak, to jest coś złego, ale nie czyni wyjątkowym”. A jednak to „kłamstwo” krąży od lat i rozprzestrzenia się w mediach społecznościowych w postaci sloganów: „Jedyna niepełnosprawność to złe nastawienie” („The only disability in life is a bad attitude”) lub gier słownych: „Your excuse is invalid”<sup>177</sup>, wzmacnianych obrazami: dziewczyny, która nie ma rąk, więc maluje ustami, dziecka, które może biec dlatego, że ma wykonaną z włókna węglowego protezę nogi. To wszystko — podsumowuje Young — to jest *inspirational porn*. Wyjaśnia, że celowo używa określenia „porn”, ponieważ uprzedmiotawia jedną grupę osób dla korzyści drugiej grupy. W przypadku *inspirational porn* mamy do czynienia z sytuacją, w której osoby niepełnosprawne są uprzedmiotawiane dla korzyści osób pełnosprawnych. Przywołane obrazy niepełnosprawności mają je — osoby pełnosprawne — inspirować, motywować, by mogły powiedzieć sobie: „jakkolwiek nie podoba mi się moje życie, mogło być gorsze, mogłem być tą osobą ze zdjęcia”, by mogły „spojrzeć na swoje obawy z innej perspektywy”. Dodaje, że określenia „osoby niepełnosprawne”<sup>178</sup> używa również celowo, ponieważ wpisuje się ono w „społeczny model niepełnosprawności”, zgodnie z którym osoby niepełnosprawne są bardziej niepełnosprawne w wyniku oddziaływań społecznych niż faktycznych możliwości swoich ciał opisywanych przez różne diagnozy.

Podsumowując, Young mówi: „Chcę żyć w świecie, w którym niepełnosprawność nie jest czymś wyjątkowym, ale normą”. „Chcę żyć w świecie, w którym oczekiwania wobec osób niepełnosprawnych nie są tak niskie, że sprowadzają się do gratulowania nam, że wstaliśmy rano z łóżka i wiemy, jak się nazywamy”. „Chcę żyć w świecie, w którym jedenastolatek z Melbourne nie jest zaskoczony tym, że jego nauczycielka porusza się na wózku”.

Magdalena Zdrodowska wyjaśnia, że:

---

<sup>177</sup> W polskim tłumaczeniu zanika nawiązanie do inwalidztwa.

<sup>178</sup> Tłumacząc dosłownie, ale ze świadomością, że właściwe określenie to *osoby z niepełnosprawnościami*, a obecnie jeszcze bardziej pożądane — *osoby ze szczególnymi potrzebami*.

„Kategoria porno ujawnia eksploatacyjny charakter pozornie pozytywnego przekazu. Niepełnosprawni zostają wystawieni na widok i wykorzystani do wywołania emocji, których beneficjentami są wyłącznie sprawni widzowie. Stają się obiektem inspiracji, tak jak aktorzy porno są obiektem pożądania — w obydwu przypadkach podmiotowością obdarzeni są oglądający. Dzięki *inspirational porn* ich problemy mają zyskać nową wymowę: mogło być gorzej” (2016, s. 13).

Wspominam o *inspirational porn* dlatego, że dyskurs ten pojawia się w horyzoncie analiz dyskursu medycznego oraz dyskursu o afazji od niedawna, dlatego warto pokazywać przeciwne doń — dobre praktyki. Mam tu na myśli inspirowanie inkluzyjne. Myślę, że nie można mówić o *inspirational porn*, kiedy Karolina Wikotr prowadzi warsztaty dla Afazjan, ale można by je było rozpoznać, gdyby w ten sam sposób chciała motywować mieszkańców realu. Choroba, niesprawność nie są tym, czym można animować zawsze i każdego.

*Inspirational porn* wskazuje też dość nowy obszar dla analiz dyskursywnych i kształtowania wypowiedzi w zgodzie z etyką językową, a więc w sposób, który nie prowadzi do uprzedmiotowienia człowieka. Jest to więc sfera kształtowania postawy odpowiedzialności za użycie języka i promowania języka inkluzyjnego, czyli takiego, który wyraża szacunek dla osób, „które w różny sposób często są wykluczane lub traktowane bez empatii” (Klaus 2021).

Podsumowując ten podrozdział, podkreślam, że od dawna filologowie uzurpują sobie prawo do pracy z dyskursem i nikt go im nie odmawia i nie odbiera, ponieważ znajdują się niejako na drugiej linii frontu — jako analitycy tego, co napisali inni. Myślę, że sytuacja ta może się zmienić, kiedy zaczną występować w roli krytycznie zaangażowanych językoznawców w publicznych debatach poświęconych choćby temu, jak określa się *osoby z niepełnoprównościami* i jakie społeczne konsekwencje to niesie.

### **6.3. Cztery funkcjonalności**

Poza *trudnymi* obszarami interesującymi dla językoznawstwa krytycznie zaangażowanego są również takie, które określiłabym jako *praktyczne*. W dyskursie medycznym wyróżniłam cztery obszary potencjalnych aplikacji możliwości różnych dziedzin lingwistycznych.

**1. Terapia.** Pisanie<sup>179</sup> afazjografii chcę widzieć jako element (auto)terapii — tak neuro/logopedycznej, w której nie jest powszechne, więc byłoby pewnym *novum* wspierającym też terapię ręki po udarze, ale również w terapii procesów poznawczych oraz w obszarze psychoterapii, gdzie terapeutyczny wymiar pisania autobiograficznego o emocjonujących doświadczeniach (Pennebaker 1997) jest już zdomowiony w formułach ekspresywnego pisania (Baikie, Wilhelm 2005) czy pisania refleksyjnego (Shafer 2006). W kontekście uwag poczynionych w odniesieniu do przedstawionej tu praktyki gęstego czytania można uznać, że modele te dają się przetransponować na pisanie autopatograficzne. O terapeutycznym charakterze różnego typu zapisków — dzienników, pamiętników, wspomnień, listów do... — decyduje perspektywa, w jakiej są one prowadzone — chodzi o świadome pisanie o swoim doświadczeniu, ze skupieniem „przede wszystkim na sobie, na swoich czynach i dziełach, myślach, poglądach, przeżyciach” (Cieński 1992, s. 15).

W takiej (auto)terapii mogliby asystować logopedzi, dla których zapiski afatyków mogłyby zresztą mieć wartość diagnostyczną w ocenianiu dynamiki zaburzeń. Przede wszystkim jednak byłyby to — w moim odczuciu — przestrzeń pracy dla językoznawców klinicznych.

**2. Komunikacja (około)medyczna.** Komunikowanie się w sferze życia wyznaczonej przez medycynę jest zbiorem zróżnicowanych interakcji, w których biorą udział podmioty o różnym statusie, wypowiadające się z różnych miejsc. Zarysowują się tu więc różnorodne sfery komunikacji: między specjalistami, specjalistów z pacjentami, specjalistów z rodzinami/ opiekunami/ bliskimi, pacjentów z innymi pacjentami, pacjentów z rodzinami/ opiekunami/ bliskimi, specjalistów z organizacjami i pacjentów z organizacjami.

W podręczniku *Komunikacja medyczna dla studentów i lekarzy* (2018) *komunikacja* ujmowana jest jako „wymiana werbalnych, wokalnych i niewerbalnych sygnałów podejmowana w określonym kontekście w celu osiągnięcia lepszego współdziałania”, czyli „wszystko, co podlega naszemu spostrzeganiu w wyglądzie i zachowaniu innych, także jest dla nas komunikatem” (cyt. za: Chwieralska, Witt 2018, s. 11). Ujawniają się tu więc aspekty interakcji, które można celowo kształcić i świadomie rozwijać. W świecie kontaktów profesjonalnych lekarz — pacjent służy

---

<sup>179</sup> Właściwiej może *tworzenie*, ponieważ wyobrażam sobie, że afazjografie mogą mieć też formę obrazkową lub multimodalną w przestrzeni wirtualnej.

temu proponowane przez medycynę narracyjną kształcenie kompetencji narracyjnej poprzez warsztatową pracę z metodą *close reading*. Nie jest to metoda jedyna i moim zdaniem można ją zastąpić praktyką gęstego czytania, którą widzę jako autorską pozycję przeznaczoną do wykorzystania w ramach równie autorskiego projektu kształcenia kompetencji komunikacyjnych pracowników ochrony zdrowia. Jestem przekonana, że w roli przewodnika może tu wystąpić językoznawca, co zresztą pokazywałoby potencjał językoznawstwa stosowanego. Analiza dostępnych na rynku wydawniczym afazjografii dokonana przez pracowników (około)medycznych dawałaby im wgląd w świat afatyków<sup>180</sup>, do którego często nie mają wstępu z powodu rozległości ich zaburzeń, z braku czasu, a często też z braku kompetencji narracyjnych. W afazjografiach w uniwersalnym wymiarze ujawnia się to, co Olga Tokarczuk nazywa „instynktem ekspresji”, który jest „równie silny jak inne instynkty, które projektują nasze życie” (2020, s. 266). Instynkt ekspresji, dzięki swojemu terapeutycznemu wymiarowi, może zostać usytuowany w porządku przetrwania: efektywna ekspresja w komunikacji medycznej wpływa bowiem na poprawę stanu zdrowia.

Komunikacja lekarza z pacjentem nie ogranicza się jedynie do empatycznego podejścia do tego, co pacjent mówi. Jej jakość odbija się też w wymiarze informacyjnym. To, jak przekazywane są treści, wpływa bowiem na postawę pacjenta. Badania pokazują, że dobra komunikacja lekarza i pacjenta, budowanie relacji „jest jedną ze skutecznych metod poprawy przestrzegania zaleceń terapeutycznych i warunkiem *sine qua non* systematycznego leczenia” (Gosiewska 2012). Poprawę przestrzegania zaleceń należy uznać za cel arcyważny, ponieważ ze światowych danych statystycznych wynika, że po pół roku od rozpoczęcia leczenia kontynuuje je jedynie co drugi pacjent, a w Polsce nawet 84% pacjentów z chorobami przewlekłymi do zaleceń się nie stosuje (tamże). Są więc wśród nich osoby po udarach, doświadczające ich skutków długotrwale i długotrwale doświadczające objawów afazji.

Kolejny aspekt to zwrócenie uwagi na to, jak komunikować się z chorym w relacjach rodzinnych, rodzicielskich, partnerskich, a także intymnych. W przypadku afatyków inicjalną rolę można tu przypisać logopedom, którzy winni jeszcze w warunkach szpitalnych wyjaśnić, jak po udarze dana osoba funkcjonuje językowo, jakie ma możliwości komunikacji, jak mogą się zmieniać, jak można je wspomagać w kontaktach z dziećmi czy z partnerem, jak reedukować — choć wydaje się to oczywiste,

---

<sup>180</sup> Analogicznie działa to w wypadku innych chorób; patografie można by więc dobierać do specjalności medyka.

nie jest częste. Na dalszych etapach bądź w wymiarze bardziej praktycznym niż informatywnym jest to zadanie dla wyspecjalizowanych w tej dziedzinie *trenerów komunikacji medycznej*, którzy mogliby się rekrutować spośród logopedów i językoznawców, a nie tylko trenerów komunikacji interpersonalnej o niefilologicznym przygotowaniu.

**3. Językowy savoir-vivre medyczny.** Wyszczególniłam grzeczność językową z komunikacji medycznej, ponieważ jest to obszar dobrze językoznawczo rozpoznany w pracach Małgorzaty Marcjanik (np. 2000) czy Haliny i Tadeusza Zgólków (1992), i powinien — w moim odczuciu — pozostać specjalnością lingwistyczną. Brakuje jednak prac poświęconych grzeczności językowej w sytuacjach kontaktów z chorymi — odbiorcami byłiby tu nie tylko pracownicy systemu opieki zdrowotnej, ale też wszyscy, w których otoczeniu pojawiła się osoba z określoną przypadłością i którzy chcieliby się z nią porozumiewać w sposób, który nie będzie dla niej przykry. W zasobach wirtualnych można już znaleźć wiele poradników językowego savoir-vivre'u w kontaktach z osobami z niepełnosprawnościami ruchowymi, ale nie ma takich poświęconych na przykład komunikacji z afatykiem<sup>181</sup>, z dyzartrykiem czy pacjentem laryngektomowanym lub wymagającym przewlekłego inwazyjnego wsparcia oddechu — respiratora.

Warto zauważyć, że językoznawcy podejmują już kwestie savoir-vivre'u w kontekście szczególnych potrzeb, czego przykładem jest praca *Grzeczność językowa związana ze zmysłem wzroku w komunikacji z osobami niewidomymi* (Jankowski, Szamryk 2022). Wspominam o niej, ponieważ łączy unikalną perspektywę lingwistyczną z faktycznym doświadczeniem, prezentuje więc nie tylko naukowy punkt widzenia, ale też punkt widzenia *od środka*.

**4. Copywriting medyczny.** Z komunikacji medycznej wyodrębniłam także copywriting, czyli tworzenie unikalnych, wysokiej jakości treści marketingowych (tekstów na ulotki, broszur, haseł reklamowych, ofert sprzedażowych, opisów produktów, usług, tekstów na strony internetowe firm oraz instytucji oraz do ich social mediów), a także *content marketingu* (artykułów, wpisów blogowych, poradników, raportów, a także podcastów czy webinarów), często z uwzględnieniem zasad

---

<sup>181</sup> Zwrócił na to uwagę Tadeusz Kaczmarek, kiedy pisał, że otoczenie nie wie, jak się zachować wobec afatyka.



pozycjonowania pod wyszukiwarki internetowe (SEO)<sup>182</sup>. Jest to działalność rozległa tematycznie, ale specyficzna w obszarze medycyny. Zgodnie z polskim prawem, lekarzy obowiązuje zakaz reklamy udzielanych przez siebie świadczeń zdrowotnych (Patryn 2020). Sporą swobodę daje tu jednak rzeczywistość wirtualna: online można znaleźć strony internetowe lekarzy, ich blogi, media społecznościowe. Część z nich powstała po to, by specjaliści ci mogli funkcjonować na rynku komercyjnych usług medycznych<sup>183</sup> — wówczas, często w ramach zinstytucjonalizowanych praktyk, ale też w wypadku jednoosobowych gabinetów — treści zamieszczane online nie są tworzone przez lekarzy, ale przez agencje, które odpowiadają za to, by oferta danego specjalisty trafiła do preferowanej grupy klientów. Przy tworzeniu tych treści — mam tu na myśli głównie blogi firmowe pełniące funkcję pozycjonującą w wyszukiwarce — konieczna jest nie tylko znajomość aktualnych algorytmów i zasad *budowania* komunikatów, ale także wycucie granicy między zabronioną reklamą a możliwym — i często potrzebnym — tekstem informującym bądź edukacyjnym. Od copywritera wymagać się powinno odpowiedzialności za język, a więc nie tylko za warsztat, ale też za jakość, by nie *zaśmiecać Internetu*. Sądzę, że kluczowe powinno tu być wykształcenie filologiczne, pozwalające wykorzystać stylistykę i pragmatykę w działaniach dyskursywnych.

Copywritingowi medycznemu przypisuję więc użytkowy charakter tworzenia treści marketingowych, ale też w obszarze komunikacji farmaceutycznej — być może receptą na niezrozumiałe dla pacjentów ulotki przyłękowe jest zlecenie ich językowego redagowania czy upraszczania<sup>184</sup> copywriterom medycznym.

Zarysowane tu funkcjonalności lingwistyki w dyskursie medycznym realizują dewizę konsilencji, czyli poszukiwania zależności między zjawiskami reprezentującymi różne dziedziny wiedzy (Wilson 2011, s. 39). Następnie pozwalają konkretyzować zobowiązanie do kognitywizmu<sup>185</sup>, wpisują się w zwrot ku

---

<sup>182</sup> Zob. s. 163.

<sup>183</sup> Ogromne zapotrzebowanie na usługi tworzenia treści marketingowych generują obecnie *komercyjne* dziedziny medycyny: estetyczna, anti-aging, regeneracyjna i każda ukierunkowana na poprawę jakości życia, a nie leczenie, co pokazała moja ośmioletnie współpraca z agencją marketingu i internetowego jako specjalista SEO, redaktor językowy i copywriter.

<sup>184</sup> Zob. s. 153.

<sup>185</sup> Zob. s. 8.

przedsiębiorczości i koncept komercjonalizowania nauki<sup>186</sup>, a w końcu — urzeczywistniają społeczną odpowiedzialność humanistyki<sup>187</sup>.

#### 6.4. Konkluzje: w stronę nieinteligibilności dyskursu

Przestrzeń dyskursu — medycznego, o afazji i, jak sędzę, każdego innego — z jej *porządkiem* odczytywana jest jako *inteligibilna*, a więc ‘racjonalna, logiczna’ (SJP)<sup>188</sup>. Wskazane tu funkcjonalności lingwistyki w dyskursie medycznym umożliwiają wejście<sup>189</sup> w sferę działań językowych pokrywających *krytyczne* miejsca dyskursu, komentujących społeczne konsekwencje posługiwania się słowem i wyjście naprzeciw autentycznym, praktycznym potrzebom społecznym, które nie muszą być racjonalne, ale mogą być — i bywają — emocjonalne. Językoznawca krytycznie zaangażowany wychodzi więc z *rozumowego* kręgu uniwersytetu do *żywych* ludzi o *nieprzeźroczystych* ciałach (Chirpaz 1998), wśród których są ci ze *szczególnymi potrzebami* fizycznymi i komunikacyjnymi. Uzmysławia to nam, że w dyskursie medycznym, któremu się tu przyglądamy, z wolna zagęszczają się miejsca „czułości wobec każdego odmiennego od nas bytu” (Tokarczuk 2020, s. 288), uświadamiając, że poznanie może odbywać się *nieinteligibilnie*.

---

<sup>186</sup> Zob. s. 114.

<sup>187</sup> Zob. s. 218.

<sup>188</sup> Zob. s. 76.

<sup>189</sup> W podobnie rozumianą przestrzeń dyskursu wchodzi także np. ekolingwistyka (Steciąg 2022) czy humanistyka prewencyjna (Domańska, red. 2022), co czyni z nich — podobnie jak z językoznawstwa krytycznie zaangażowanego — problemowy, a nie tematyczny, dział lingwistyki.

## ZAKOŃCZENIE

Gęste czytanie jako praktyka odbioru tekstu rozumianego jako „zdarzenie dyskursu” (Foucault 2002, s. 38) pozwala odnieść doń Łotmanowską koncepcję tekstu artystycznego:

„Struktura przestrzeni tekstu staje się (...) modelem struktury Wszechświata, a wewnętrzna syntagmatyka elementów wewnątrz tekstu — językiem modelowania przestrzennego”. „Odbijając odrębne wydarzenie jednocześnie przedstawia on [tekst (...)] cały obraz świata, opowiadając o tragicznym losie bohaterki, mówi o tragizmie świata jako całości. Dlatego tak ważny jest dla nas dobry albo zły koniec: świadczy nie tylko o zakończeniu tej czy innej fabuły, ale i o konstrukcji całości świata” (cyt. za: Bartmiński, Niebrzegowska-Bartmińska 2012, s. 17).

Zatem: struktura podstawowego tekstu (*Wolgą przez Afazję*) odsłania strukturę dyskursu, w którym funkcjonuje, z wyraźną, zinstytucjonalizowaną infrastrukturą władzy medycznej — skostniałe obecnej, autorytatywnej, ale niewydolnej, funkcjonującej pośród stereotypów i domysłów. Pokazuje, że osoby z afazją — jak też stwierdzają afazjolodzy — to „nadal jedna z najgorzej zaopiekowanych grup pacjentów. Powinniśmy wiedzieć i pamiętać, że afazja spycha ludzi w dół drabiny społecznej, w tym zawodowej, odbiera im ich dotychczasowe życie, o które trzeba na powrót z logopedą i rodziną walczyć” (Rutkiewicz-Hanczewska 2021).

Na przestrzeni ostatniego dwudziestolecia — między pierwszą *Afazjologią* i nową — zarysowują się przeobrażenia zachodzące w tej dziedzinie, będące rezultatem naturalnego rozwoju cywilizacyjnego i kulturowego. Symptomatyczne są tu już okładki publikacji, zachęcające do podjęcia choćby pobieżnej analizy semiotyczno-kulturowej. Pierwsza z nich utrzymana jest w tonacji niebieskiej, znajduje się na niej emblemat ludzkiego mózgu, a w tle grafika imitująca korę mózgową; druga ma kolor pomarańczowy, znajduje się na niej jedynie kilkakrotnie powtórzony tytuł, którego zniekształcony graficznie zapis naśladuje — co podkreślam, antycypując dalsze rozważania — *niepełność* słów. Zmiana ta obrazuje przejście od zimnego, medycznego spojrzenia, któremu odpowiada semantyka barwy niebieskiej, określanej jako „największy antyseptyk świata”, do spojrzenia ocieplonego kolorem ognia

i naznaczonego optymizmem odcienia pomarańczowego (Tokarski 2004, s. 97, 125, 136, 165). Ta zmiana kolorystyczna odzwierciedla jeszcze inną reorientację. Barwa niebieska jako podstawowa symbolizuje afazjologię monolityczną, choć cechującą się pluralizmem, ale dającą się ująć w ramy monografii autorskiej. Barwa pomarańczowa natomiast, jako mieszana, oddaje zatamizowanie afazjologii dzisiejszej, która w swojej monograficznej reprezentacji jest konglomeratem autorskim. Pomarańczowa okładka jest też dużo bardziej krzykliwa niż stonowane połączenie niebieskiego i granatu, co z kolei wpisuje się w komercyjny obraz współczesnej nauki. Nie kojarzy się przy tym *medycznie*, więc pokazuje, że treści tam zaprezentowane nie muszą być kliniczne (i nie są, o czym za chwilę). Kolor więc współtworzy *uniwersum dyskursu*.

Zaznajomiwszy się z afazjografią Karoliny Wiktor, bezwzględnie należy zwrócić uwagę na grafikę okładki drugiej *Afazjologii*. Przypomina ona niepełne litery na okładce książki Klaudii Mucy *Poiesis doświadczenia, poiesis tożsamości*, o których wiemy — i z lektury *Wolgą przez Afazję* i ze strony redakcyjnej — że są stworzonym przez Karolinę Wiktor „alfabem brakującej czcionki”. Niestety, nawet wzmianka o takim podobieństwie nie pojawia się w *Afazjologii*. A szkoda, bo wpisaliby ją w dyskurs o afazji znacznie rozleglejszy niż naukowo-kliniczny, który prymarnie reprezentuje i który próbuje przekroczyć zabiegami etnografizującymi, jak otwierający ją zapis rozmowy profesorów związanych z logopedią i zamykający publikację wywiad ucznia z mistrzem (Tarkowski, Czachora 2021a). Zabiegi te są jednak dość skromne, jeśli pamięta się o zakresie badań etnografii afazji<sup>190</sup>. Takich propozycji w polskiej afazjologii nie mamy i być może w lukę tę wpisuje się niniejsza praca.

Afazjologia — między innymi dzięki przyjęciu rozszerzonej formuły samodefiniowania — zajmuje wyraźne, choć niecentralne miejsce w dyskursie medycznym. Sam dyskurs medyczny podlega foucaultiańskiemu prawu zagęszczeń i rozrzedzeń. Przyjrzenie się tu dyskursowi afazji na tle dyskursu medycznego pokazało miejsca rozrzedzeń — widzę w nich potencjał do lingwistycznego zagospodarowania. Nie mam tu na myśli akademickich rozważań, ale praktyczne działania. Te obszary, które czekają na wzięcie ich w posiadanie przez zorientowanych krytycznie językoznawców, to: medycyna narracyjna, lingwistyka kliniczna, afazjologia etnograficzna ze wszystkimi możliwościami rozpoznawania problemów, terapeutyzowania i poprawiania jakości życia poprzez adekwatne użycia języka

---

<sup>190</sup> Zob. s. 119–120.

(medyczny *savoir-vivre* językowy) w komunikacji specjalistów z pacjentami (copywriting medyczny).

Jestem przekonana, że w podobny sposób — jak *Wolgą przez Afazję* — można przeczytać autopatografie innych jednostek chorobowych, wykorzystać instrumentarium JOS, by odsłonić świat chorego. Nie taki, jakim go zapisano w podręczniku medycznych, ale taki, jakim go widzi pacjent, by rozumieć chorego na wszystkich etapach jego rezydowania w krainie Afazji.

Etnograficzne badania zorientowane na dyskurs — a tak sprofilowana jest praktyka gęstego czytania — ukierunkowane są na rekonstruowanie, interpretowanie i rozumienie światów, do których wkracza badacz. Ich celem nie jest uzyskanie powtarzalnych wyników, ale odsłonięcie pewnych prawidłowości. Dlatego dążenie do subiektywności czy neutralności staje się bezcelowe. Wynika z tego specyficzny status pojęcia *prawdy* w naukach zorientowanych kognitywnie — dobitnie eksplikują go George Lakoff i Mark Johnson: „Nie wierzymy, że istnieje coś takiego jak obiektywna (absolutna i bezwarunkowa) prawda, jakkolwiek przeświadczenie to ma wieloletnią tradycję w kulturze Zachodu. Wierzymy, że istnieją prawdy, lecz sądzimy, że pojęcie prawdy nie musi być wcale powiązane z poglądami obiektywistycznymi” (1988, s. 187). Zatem — mnogość „prawd” uzasadniona jest przyjęciem nadrzędnej roli kategoryzacji rozumianej jako „środek do rozumienia świata” (1988, s. 150). To ona porządkuje świat w procesie interpretacji, w wyniku której konstruowany jest taki obraz świata, który umożliwia człowiekowi efektywne funkcjonowanie w otaczającym go „doświadczalnym chaosie” (Maćkiewicz 1990, s. 56–57). Obraz świata, który wyłonił się z gęstego czytania *Wolgą przez Afazję*, ma takie właśnie znamiona — pozwolił autorce-afatycze — ale też pozostałym afazjografom — efektywnie funkcjonować po dramatycznej zapaści zdrowia. „Gdy jedna osoba odnajduje swój głos, wielu ludzi zaczyna mówić przez jej opowieść” — pisał twórca koncepcji zranionego narratora (Frank 1995, s. 16).

W finalnym miejscu moich rozważań chcę przywołać kategorię analizy *close Reading* w ujęciu Rity Charon — pragnienie<sup>191</sup>. Dla przedstawiciela zawodu medycznego lepiej jest, kiedy *pragnienie* zostaje spełnione, kiedy ma przekonanie, że miało miejsce „wszystko”. Obawiam się jednak, że pracujący z dyskursami krytycznie zaangażowany językoznawca zawsze pozostaje w niedosycie, który wie

---

<sup>191</sup> Zob. s. 118.

go w najodleglejsze rejony dyskursu. Dlatego, choć za chwilę postawię ostatnią kropkę, mam świadomość tego, że w dyskursie medycznym rozpatrywanym w perspektywie lingwistycznej na przykładzie afazji to jeszcze długo nie będzie „wszystko”.

## BIBLIOGRAFIA

### MATERIAŁ JĘZYKOWY(i skróty)

- Wiktor K., *Wolgą przez Afazję*, Warszawa 2014.
- K – Kaczmarek T., *Udar mózgu i afazja. Wspomnienia Tadeusza T. Kaczmarka*, Warszawa 2016.
- R – Rozenek J., *Padnij, powstań. Życie po udarze*, b.m.w. 2022.

### KONTEKSTY (i skróty)

- M – *W pończosze istota jest... Rozmowa z Karoliną Wiktor* — Klaudia Muca (2016), <https://rcin.org.pl/dlibra/doccontent?id=62964>  
[dostęp: 13.02.2023 r.].
- S – *Moje niekonieczności. Rozmowa z Karoliną Wiktor* — Monika Stelmach (2018), <https://www.dwutygodnik.com/artukul/7844-moje-niekoniecznosci.html>  
[dostęp: 13.02.2023 r.].
- G – *Dzięki Sędziemu nie bałam się afazji* — z Karoliną Wiktor rozmawia Eliza Gaust (2017), <http://miejmiejsce.com/sztuka/dzieki-sedziemu-nie-balam-sie-afazji-karolina-wiktor>  
[dostęp: 13.02.2023 r.].
- I – *Jestem Cyceronem afazji* — z Karoliną Wiktor rozmawia Beata Igielska (2022), <https://zdrowie.pap.pl/wywiady/byc-zdrowym/jestem-cyceronem-afazji>  
[dostęp: 13.02.2023 r.].

## LITERATURA

- Agar M.H., *The professional stranger: an informal introduction to ethnography*, San Diego 1996.
- Ambrosius W., Mejnartowicz J.P., Kozubski W., *Strukturalne podstawy afazji w świetle czynnościowych metod neuroobrazowania*, „Udar Mózgu” 2003, 5, 2, s. 25–30.

- Anusiewicz J., Dąbrowska A., Fleischer M., *Językowy obraz świata i kultura. Projekt koncepcji badawczej*, w: *Język a Kultura*, t. 13: *Językowy obraz świata i kultura*, red. A. Dąbrowska i J. Anusiewicz, Wrocław 2000, s. 11–44.
- Ardila A., *A proposed reinterpretation and reclassification of aphasic syndromes*, „Aphasiology” 2010, 24, s. 363–394.
- Ardila A., *Aphasia handbook*, Miami 2014.
- Austin J., *Mówienie i poznawanie*, Warszawa 1993.
- Bachman D.D.L., Albert M.L., *The cerebral organization of language*, w: *Normal and altered states of function*, red. A. Peters, E.G. Jones, 1991, s. 213–262.
- Baikie K., Wilhelm K., *Emotional and psychical health benefits of expressive writing*, „Advances in Psychiatric Treatment” 2005, 11, s. 338–346.
- Ball M., Müller N., Klopfenstein M., Rutte R. B., *The importance of narrow phonetic transcription for highly unintelligible speech: Some examples*, „Logopedics Phoniatrics Vocology” 2009, 34 (2), s. 84–90.
- Barnal B., Ardila A., *The role of the arcuate fasciculus in conduction aphasia*, „Brain” 2009, 32, s. 2309–2316.
- Barr W.B., Bilder R.M., Goldberg E., Kaplan E., Mukherjee S., *The neuropsychology of schizophrenic speech*, „Journal of Communication Disorders” 1989, 22 (5), s. 327–349.
- Barthes R., *Roland Barthes*, Gdańsk 2011.
- Barthes R., *Dyskurs historii*, „Er(r)go. Teoria – Literatura – Kultura” 2010, 20/21, s. 95–107
- Bartmiński J., *Język naturalny. O przedmiocie badań etnolingwistycznych*, „Przegląd Akademicki” 1994, 13–14, s. 12–13.
- Bartmiński J., *Językowe podstawy obrazu świata*, Lublin 2007.
- Bartmiński J., *Miejsce wartości w językowym obrazie świata*, w: *Język w kręgu wartości. Studia semantyczne*, red. J. Bartmiński, Lublin 2003, s. 59–85.
- Bartmiński J., Niebrzegowska-Bartmińska S., *Tekstologia*, Warszawa 2012.
- Bartmiński J., *O profilowaniu i profilach raz jeszcze*, w: *O definicjach i definiowaniu*, red. J. Bartmiński, R. Tokarski, Lublin 1993 s. 269–275.



- Bartmiński J., *Punkt widzenia, perspektywa, językowy obraz świata*, w: *Językowy obraz świata*, red. J. Bartmiński, Lublin 1990, s. 109–127.
- Bartmiński J., *Tekst jako przedmiot tekstologii lingwistycznej*, w: *Tekst. Problemy teoretyczne*, red. J. Bartmiński, B. Boniecka, Lublin 1998, s. 9–25.
- Bartmiński J., Tokarski R., *Definicja semantyczna: czego i dla kogo?*, w: *O definicjach i definiowaniu*, red. J. Bartmiński, R. Tokarski, Lublin 1993, s. 47–61.
- Bartmiński J., Tokarski R., *Językowy obraz świata a spójność tekstu*, w: *Teoria tekstu. Zbiór studiów*, red. T. Dobrzyńska, Wrocław 1986, s. 65–81.
- Bartmiński J., *Warianty języka*, Lublin 2003.
- Bartmiński, *Etnolingwistyka, lingwistyka kulturowa, lingwistyka antropologiczna*, „Język a Kultura” 2008, s. 15–33.
- Bartmiński, *Etnolingwistyka*, w: *Wielka encyklopedia PWN*, t. VIII, Warszawa 2002, s. 380–381.
- Bartmiński J., *Derywacja stylu*, w: *Pojęcie derywacji w lingwistyce*, red. J. Bartmiński, Lublin 1981, s. 31–54.
- Bateman F., *Darwinism as tested by language*, London 1877.
- Bateman F., *On aphasia and the localisation of the faculty of speech*, „Med Times Gazette” 1869, s. 486–488, 540–502.
- Bateman F., *On aphasia or loss of the power of speech; with remarks on our present knowledge of its pathology*, „Lancet” 1865, s. 532–533.
- Bączkowska A., Kościałkowska E., *Leksykalna analiza zrozumiałości tekstów medycznych na podstawie opisów badań obrazowych i wypisów ze szpitala*, „Forum Filologiczne Ateneum” 2020, 2 (8), s. 7–35.
- Bączkowska, A., *Funkcjonalna analiza zbitek leksykalnych w dyskursie medycznym*, „Conversatoria Linguistica” 2018, 12, s. 7–24.
- Beaugrande R.-A. de, Dressler W.A., *Wstęp do lingwistyki tekstu*, Warszawa 1990.
- Béjot Y., Bailly H., Durier J., Giroud M., *Epidemiology of stroke in Europe and trends for the 21st century*, „La Presse Médicale” 2016, 45, s. 391–398.
- Benson D.F., *Classical syndroms of sphasia*, w: *Handbook of neuropsychology*, red. F. Boller, J. Grafman, New York 1988, s. 267–280.

- Benton A., Joynt R.J., *Early descriptions of aphasia*, „Archives of Neurology” 1960, 3, s. 205–222.
- Benveniste E. *O subiektywności w języku*, w: *Podmiot w języku i kulturze*, red. J. Bartmiński, A. Pajdzińska, Lublin 2008, s. 21–29.
- Berthier M., *Transcortical aphasias*, Hove 1999.
- Bhogal S.K., Teasell R., Speechley M., *Intensity of aphasia therapy, impact on recovery*, „Stroke” 2003, 34 (4), s. 987–993.
- Białkowska J., Mroczkowska D., *Analiza częstości występowania zaburzeń funkcji poznawczych i mowy u chorych po udarze mózgu*, „Szkice Humanistyczne” 2014, 14 (4), s. 111–119.
- Białkowska J., Nowodzielska K., *Ocena wiedzy Polaków w różnych grupach wiekowych na temat zakresu działań logopedy*, w: *Zdrowie. Diagnostyka, profilaktyka, bezpieczeństwo*, red. J. Soin, M. Wojciechowska, G. Henrykowska, Kraków 2021, s. 143–153.
- Bielecka-Prus J., *Problem kontekstu społecznego w analizie dyskusji*, „Studia Socjologiczne” 2012, 1, 204, s. 19–37.
- Bigos K., *Badanie rozumienia wypowiedzi w afazji – propozycja metodologiczna*, „Logopedia” 2021, 49/1, s. 125–151.
- Bilut-Homplewicz Z., *Intertekstualność i dyskursywność w germanistycznej analizie dyskursu*, w: *Dyskurs i jego odmiany*, red. B. Witosz, K. Sujkowska, E. Ficek, Katowice 2016, s. 329–349.
- Błażejewska-Hyżorek B. i wsp., *Wytyczne postępowania w udarze mózgu*, „Polski Przegląd Neurologiczny” 2019, 15, s. 1–156.
- Bogucki M., Gierczyński J., Gryglewicz J., i wsp., *Udary mózgu. Konsekwencje społeczne i ekonomiczne*, Warszawa 2013.
- Bohra V., Khwaja G.A., Jain S., Duggal A., Ghuge V.V., Srivastava A., *Clinicoanatomical correlation in stroke related aphasia*, „Annals of Indian Academy of Neurology” 2015, 18 (4), s. 424–429.
- Bolter J. Grusin R., *Remediation: understanding new media*, London 2000.
- Bomba R., *Opis gęsty. Charakterystyka metody badawczej*, 2009, <http://rbomba.pl/archives/105> [dostęp: 13.02.2023 r.].
- Boniecka B., *Lingwistyka tekstu, teoria i praktyka*, Lublin 1999.

- Boniecka B., *O pojęciu tekstu*, w: *Dyskurs edukacyjne*, red. T. Rittel, J. Ożdżyński, Kraków 1997, s. 21–30.
- Boniecka B., *Tekst potoczny a dyskurs*, w: *Tekst. Problemy teoretyczne*, red. J. Bartmiński, B. Boniecka, Lublin 1998, s. 45–62.
- Borkowska E.M., Szepietowska A., *Diagnoza neuropsychologiczna. Metodologia i metodyka*, Lublin 2000.
- Boruszkowska I., *Defekty. Literackie auto/pato/grafie – szkice*, Kraków 2016.
- Boruszkowska I., *Écriture patographique, język i pismo podmiotu defektywnego*, w: *Fragmety dyskursu maladycznego*, red. M. Ganczar, O. Gielata, M. Ładoń, Gdańsk 2019, s. 36 – 52.
- Boudouin de Courtenay J.N., *Spostrzeżenia nad językiem dziecka*, Wrocław 1974.
- Boudouin de Courtenay J.N., *Z patologii i embriologii języka*, „Prace Filologiczne” 1889–1886, I, z. 1, s. 14–58; z. 2–3, s. 318–344.
- Boyd K.M., *Disease, illness, sickness, health, healing and wholeness: exploring some elusive concepts*, „Medical Humanities” 2000, 26, s. 9–17.
- Broca P., *Localisation des fonctions ce' re'brales. Sie`ge du langage articule*, „Bull Soc Anthropol (Paris)” 1863, s. 200–204.
- Broca P., *Perte de la parole, ramollissement chronique de destruction partielle du lobe ante'rieur gauche du cerveau*, „Bull Soc Anthropol (Paris)” 1861, s. 235–238.
- Broca P., *Sur le sie`ge de la faculte' du langage articule*, „Bull Soc Anthropol (Paris)” 1865, s. 377–393.
- Brodal A., *Self observation and neuroanatomical considerations after astrok*e, „Brain” 1973, 96, s. 675–694.
- Brown J.W., *The natural organiation of language aphaia and lateralization*, „Brain and Language” 1976, 3, s. 482–494
- Broyard A., *Upojony chorobą. Zapiski o życiu i śmierci*, Wołowiec 2011.
- Brzozowska D., 2014, *Dyskurs i jego kolokacje*, w: *Dyskurs w perspektywie akademickiej. Materiały z międzynarodowego okrągłego stołu 3–5 kwietnia 2009 r.*, Mińsk (Białoruś), Olsztyn 2014, s. 12–13.
- Brzozowska M., *Profilowanie a nominacja i etymologia*, w: *Profilownie w języku i w tekście*, red. J. Bartmiński, R. Tokarski, Lublin 1998, s. 249–258.

- Buckingham H., *A pre-history of the problem of Broca's aphasia*, „Aphasiology” 2006, 20 (8), s. 779–810.
- Buckingham H.W., Christman S.S., *Disorders of phonetics and phonology*, w: *Handbook of the neuroscience of language*, red. W.B. Stemmer, H.A. Whitaker, Amsterdam 2008, s. 127–136.
- Bugajski M., Wojciechowska A., *Teoria językowego obrazu świata w badaniu idiolektu pisarza*, „Poradnik Językowy” 1996, 3, s. 17–25.
- Buława M., *Nazwy chorób w gwarach polskich*, Kraków 2019,
- Buława, M., *Kulturowe uwarunkowania gwarowych nazw chorób*, „Polonica” 2019, 36, s. 259–274.
- Burawoy M., *Osocjologię publiczną*, w: *Nowe perspektywy teorii socjologicznej*, red. A. Manterys, J. Mucha, Kraków 2009, s. 525–561.
- Burzyńska A., *Kariera narracji. O zwrocie narratystycznym w humanistyce*, „Teksty Drugie” 2004, 1–2, s. 43–64.
- Burzyńska J., Kruk W., *Zdrowie, Internet i postprawda – dyskurs o zdrowiu i chorobie w erze fake newsów*, w: *Medycyna, zdrowie a styl życia. Człowiek wobec wyzwań XXI wieku*, red. K. Antosik, Łódź 2021, s. 27–38.
- Cackowska M., *O pojęciu i pojmowaniu książki obrazkowej na świecie i w Polsce*, w: *Przestrzenie terażniejszości i ich społeczno-edukacyjne sens*, red. M. Szczepka-Pustkowska, M. Lewartowska-Zychowicz, A. Kożyczkowska, Toruń 2010, s. 341–355.
- Castilla de, *Close Reading* w: *The SAGE Encyclopedia of Communication Research Methods*, 2023, <https://methods.sagepub.com/reference/the-sage-encyclopedia-of-communication-research-methods/i2533.xml> [dostęp: 13.02.2023 r.].
- CDC – Centers for Disease Control and Prevention, *Surveillance report of traumatic brain injury-related deaths by age group, sex, and mechanism of injury – United States, 2018 and 2019*, Washington 2022.
- Chaika E., Lambe R.A., *Cohesion in schizophrenic narratives, revisited*, „Journal of Communication Disorders” 1989, 22 (6), s. 407–421.
- Charon R. i wsp., *The principles and practice of narrative medicine*, New York 2017.
- Charon R. *Narrative medicine. Honoring the stories of illness*, Oxford – New York 2006.

Chebda M., Żuralska R., Skrzypek-Czerko M., *Trudności w porozumiewaniu się z pacjentem z afazją w opinii personelu pielęgniarskiego*, „Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne” 2014, 3, 2, s. 75–80.

Chirpaz F., *Ciało*, Warszawa 1998.

Chojnacka-Kuraś M., *Badania porównawcze nad językową konceptualizacją ‘ból’*, „Poradnik Językowy” 2012d, s. 48–64.

Chojnacka-Kuraś M., *Ból wśród opisów uczuć w polszczyźnie*, w: *Humanistyka XXI wieku. Badania doktorantów Wydziału Polonistyki UW*, Warszawa 2010b, s. 95–103.

Chojnacka-Kuraś M., *Cele i metody kształcenia kompetencji narracyjnej w ujęciu Rity Charon (na przykładzie opowiadania Alice Munro „Wiszący most”)*, „Teksty Drugie” 2021a, 1, s. 81–100.

Chojnacka-Kuraś M., *Cele i metody kształcenia kompetencji narracyjnej w ujęciu Rity Charon (na przykładzie opowiadania Alice Munro Wiszący most)*, „Teksty Drugie” 2021, nr 1, s. 81–100

Chojnacka-Kuraś M., *Choroba w ujęciu językowo–kulturowym i medycznym (na przykładzie rekonstrukcji obrazu migreny w polszczyźnie)*, w: *Tyle się we mnie słów zebrало... Szkice o języku i tekstach*, red. B. Pędzich, M. Wanot-Miśtura, D. Zdunkiewicz-Jedynak, Warszawa 2018, s. 61–77.

Chojnacka-Kuraś M., *Czy wyrażenia ból głowy i ból rozstania odsyłają do tego samego pojęcia ‘ból’?*, w: *Odkrywanie znaczeń w języku*, red. A. Mikołajczuk, K. Waszakowa, Warszawa 2012b, s. 170–186.

Chojnacka-Kuraś M., *Emocje w obliczu choroby, czyli jak wprowadzić do szkoły rozważania na temat medycyny humanistycznej i komunikacji medycznej*, w: *Od uwielbienia do wzdąrdy. O języku emocji w różnych typach dyskursu*, red. E. Wierzbicka-Piotrowska, M. Wanot-Miśtura, Warszawa 2021b, s. 247–263.

Chojnacka-Kuraś M., Falkowska M., *Neologizm plandemia jako amalgamat formalny i pojęciowy na tle innych wyrażen związanych z negowaniem pandemii koronawirusa*, w: „Język Polski” 2021, CI, 3, s. 61–74.

Chojnacka-Kuraś M., *Głowa mi pęka, w gardle mnie drapie, ząb ćmi, a w krzyżu łupie. Metaforyczne obrazowanie bólu we współczesnej polszczyźnie*, w: *Tělo, smysly, emoce v jazyce*, red. I. Vaňková, Praha 2012a, s. 147–157.

Chojnacka-Kuraś M., *Kiedy WALKA staje się PODRÓŻĄ. O przeobrażeniach metafor opisujących doświadczenie chorowania z uwzględnieniem typu i fazy choroby*, „Prace Filologiczne” 2019b, LXXIII, s. 33–48.

Chojnacka-Kuraś M., *Komunikacja medyczna jako obszar badań lingwistycznych*, „Prace Filologiczne” 2017, LXXI, s. 45–57.

Chojnacka-Kuraś M., *Komunikacja medyczna w literaturze przedmiotu. Problemy definicyjne i terminologiczne z perspektywy językoznawczej*, w: *Językowe, prawne i dydaktyczne aspekty porozumiewania się z pacjentem*, red. M. Kulus, A. Doroszevska, M. Chojnacka-Kuraś, Warszawa 2019d, s. 23–39.

Chojnacka-Kuraś M., *Medycyna narracyjna z perspektywy lingwistyki i poetyki kognitywnej*, w: *Medycyna narracyjna. Opowieści o doświadczeniu choroby w perspektywie medycznej i humanistycznej*, red. M. Chojnacka-Kuraś, Warszawa 2019a, s. 73–93.

Chojnacka-Kuraś M., *O metaforycznej konceptualizacji bólu we współczesnej polszczyźnie*, „Prace Filologiczne” 2014, LXIV, , s. 33–54.

Chojnacka-Kuraś M., *Rama interpretacyjna pojęcia ‘ból’ we współczesnej polszczyźnie*, w: „Beiträge der Europäischen Slavistischen Linguistik (POLYSLAV)”, Band 15, red. E. Kislova, K. Knapik–Gawin, E. Kubicka, K. Szafraniec, M. Tomancová, S. Ulrich, München – Berlin – Washington 2012c, s. 40–47.

Chojnacka–Kuraś M., *Semantyka bólu we współczesnej polszczyźnie*, Warszawa 2016.

Chojnacka-Kuraś M., *Środki leksykalne służące wyrażaniu różnych faz bólu w języku polskim*, w: Beiträage der Europäischen Slavistischen Linguistik (POLYSLAV), Band 13, red. K.B. Fischer, G. Krumbholz, M. Lazar, J. Rabiega–Wiśniewska, München – Berlin 2010a.

Chomsky N., *Knowledge of language: it’s nature, origin and use*, New York 1986.

Christensen A.L., *Luria’s neuropsychological investigation manual*, New York 1975a.

Christensen A.L., *Luria’s neuropsychological investigation test card*, New York 1975b.

Chwieralska B., Witt M., *Podstawy komunikacji z pacjentem*, w: *Komunikacja medyczna dla studentów i lekarzy*, red. M. Nowina Konopka, W. Feleszko, Ł. Małecki, Kraków 2018, s. 11–27.

Cicourel A.V., *Method and Measurement in Sociology*, New York 1969.

- Cieński A., *Pamiętniki i autobiografie światowe*, Wrocław – Warszawa – Kraków 1992.
- Ciepiela K., *Kognitywizm w badaniach nad afazją*, w: *Kognitywistyka. Problemy i perspektywy*, red. H. Kordela, Z. Muszyński, M. Rajewski, Lublin 2005, s. 219–230.
- Cierpich-Kozieł A., *Koronarzeczywistość – o nowych złozeniach z członem korona – w dobie pandemii*, „Język Polski” 2020, 100, 4, s. 102 – 117.
- Cieślukowska T., *W kręgu geneologii, intertekstualności, teorii sugestii*, Warszawa – Łódź 1995.
- Conrad P., Leiter V., *Medicalization, markets and consumer*, „Journal of Health and Social Behavior” 2004, 45, s. 158–176.
- Conrad P., *Medicalization and social Control*, „Annual Review of Sociology” 1992, 18, s. 209–232.
- Cooley Ch., *Social organization*, New York 1909.
- Corbett I., *Genre and Genre Analysis*, w: *Encyclopaedia of language and linguistics*, t. 5, red. K. Brown, Amsterdam 2006, s. 26–32.
- Cow T.J., *Language and psychosis: common evolutionary origins*, „Endeavor” 1996, 20, s. 105–109.
- Crystal D., *The Cambridge encyclopedia of language* (2nd ed.), Cambridge 1997
- Cummings L., *Clinical linguistics*, Edinburgh 2008.
- Czachur W., *Czym jest lingwistyka dyskursu?*, w: *Dyskurs, przekład, poezja. 40-lecie pracy Anny Dutki-Mańkowskiej w Instytucie Romanistyki UW*, red. M. Grycan, W. Fijałkowska, A. Kieliszczyk, E. Pilecka, Warszawa 2022, s. 81–94.
- Czachur W., *Dyskursywny obraz świata. Kilka refleksji*, „Tekst i Dyskurs – Text und Diskurs” 2011, 4, s. 79–97.
- Czachur W., *Lingwistyka dyskursu jako integrujący program badawczy*, Wrocław 2020.
- Czachur W., *Niemiecka lingwistyka dyskursu*, „Stylistyka” 2010, 19, s. 385–392.
- Czapliński P., *Opiekuńcza utopia*, „Teksty Drugie” 2021, 1, s. 7–18.
- Czerwińska M., *Autobiograficzny trójkąt. Świadectwo, wyznanie i wyzwanie*, Kraków 2000.
- Czerner A., Nieroba E., *Kobięca strona dyskursu onkologicznego. Empiryczne spojrzenie na demokratyzację wiedzy medycznej*, „Acta Universitatis Lodzianensis. Folia Sociologica” 2015, 55, s. 167–181.

Czerwiński M., *Dyskursy i ich porządek w społecznej heteroglosji*, „Studia z Filologii Polskiej i Słowiańskiej” 2007, 42, s. 247–268..

Członkowska A., *Leczenie trombolityczne udaru niedokrwienego mózgu – rozszerzenie wskazań*, „Neurologia po Dyplomie” 2013, 8 (5), s. 6–13.

Członkowska A., Ryglewicz D., Weissbein T., Barańska–Gieruszczak M., Hier B.D., *A prospective community-based study of stroke in Warsaw, Poland*, „Stroke” 1994, 25, s. 547–551.

D’Alessio V., *Lost for words – the devastation caused by aphasia*, 2022, [https://ec-europa-eu.translate.google.com/research-and-innovation/en/horizon-magazine/lost-words-devastation-caused-aphasia?\\_x\\_tr\\_sl=en&\\_x\\_tr\\_tl=pl&\\_x\\_tr\\_hl=pl&\\_x\\_tr\\_pto=sc](https://ec-europa-eu.translate.google.com/research-and-innovation/en/horizon-magazine/lost-words-devastation-caused-aphasia?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=pl&_x_tr_hl=pl&_x_tr_pto=sc) [dostęp: 13.02.2023 r.].

Dakowicz P., *Afazja polska*, Warszawa 2015.

Damasio A., *Aphasia*, „The New England Journal of Medicine” 1992, 326, s. 531–539.

Dardota P., Lavalá CH., *The New way of the world: on neoliberal society*, London 2016.

Dąbrowska A., *Zmiany obszarów podlegających tabu we współczesnej kulturze*, „Język a Kultura” 2008, 20, s. 173–196.

Dąbrowski A., *Terminologia medyczna w poradnikach zdrowia dotyczących chorób krwi a zrozumiałość tekstu*, w: *Dyskurs (para)medyczny – gatunki – funkcje – przeobrażenia*, red. A. Dąbrowski, W. Źarski, Wrocław – Kraków 2018, s. 39–56.

Dąsal M., *Choroba to wojna. Metaforyzacja kategorii choroby w świetle językoznawstwa kognitywnego oraz konsekwencje tego mechanizmu konceptualnego*, w: *Zdrowie i choroba w badaniach humanistycznych i społecznych*, red. K. Szmigiero, D. Gonigroszek, Piotrków Trybunalski 2017, s. 49–60.

Delamont S., *Ethnography and participant observation*, w: *Qualitative Research Practice*, red. C. Seale, G. Gobo, J.F. Gubrium, D. Silverman, London 2004, s. 217–230.

Dental Tribune Poland, 2013, *Grozi nam epidemia chorób cywilizacyjnych*, <https://pl.dental-tribune.com/news/grozi-nam-epidemia-chorob-cywilizacyjnych> [dostęp: 13.02.2023 r.].

Derrida J., *Ta dziwna instytucja zwana literaturą*, rozm. D. Attridge, „Literatura na Świecie” 1998, 11/12, s. 176–225.



Di Carlo A., Lamassa M., Baldereschi M. i wsp., *Sex differences in the clinical presentation, resource use, and 3 month outcome of acute stroke in Europe: data from a multicenter multinational hospital-based registry*, „Stroke” 2003, 34, s. 1114–1119.

*Diagnoza i terapia chorych z afazją. Holistyczne podejście do chorego*, red. A. Balejko. Białystok 1988.

Didkowska J., Wojciechowska U., Olasek P., Caetano dos Santos F., Michałek I., *Nowotwory złośliwe w Polsce w 2019 roku*, Warszawa 2021.

Dieguez S., Bogousslavsky J., *Baudelaire's aphasia: From poetry to curling*, w: *Neurological disorders in famous artists. Part 2*, „Frontiers of Neurology and Neuroscience” 2007, 22, s. 121–149.

Dijk T. van, *Badania nad dyskursem*, w: *Dyskurs jako struktura i proces*, red. T. van Dijk, Warszawa 2001, s. 9–44.

Dijk T. van, *Critical discourse analysis*, w: *The handbook of discourse analysis*, red. D. Schiffrin, D. Tannen, H.E. Hamilton, Oxford 2001, s. 354–371.

Dijk T. van, *Discourse and context. A sociocognitive approach*, Cambridge 2008.

Dijk T. van, *From text grammar to critical discourse analysis. A brief academic autobiography*, 2004, [https://www.academia.edu/39535936/From\\_Text\\_Grammar\\_to\\_Critical\\_Discourse\\_Analysis\\_A\\_brief\\_academic\\_autobiography](https://www.academia.edu/39535936/From_Text_Grammar_to_Critical_Discourse_Analysis_A_brief_academic_autobiography) [dostęp: 13.02.2023 r.].

Dijk T. van, *Kontekstualizacja w dyskursie parlamentarnym*, w: *Krytyczna analiza dyskursu*, red. A. Duszak, N. Fairclough, Kraków 2008, s. 215–244.

Dijk T. van, *Some aspects of text grammar. A study in theoretical linguistics and poetics*, Mouton 1972.

Dijk T. van, *Text and context: explorations in the semantics and pragmatics of discourse*, London 1977.

Dobrzyńska T., *Pojęcie tekstu. Tekst – całościowy komunikat*, w: *Lingwistyka tekstu w Polsce i w Niemczech. Pojęcia, problemy, perspektywy*, red. Z. Bilut-Homplewicz, W. Czachur, M. Smykała, Wrocław 2009, s. 35–44.

Domańska E., „Zwrot performatywny” we współczesnej humanistyce, „Teksty Drugie” 2007, 5, s. 48–61.

Domańska Ł., Borkowska A.R., *Podstawy neuropsychologii klinicznej*, Lublin 2008.

- Domański C.W., *Mysterious „Monsieur Leborgne”: the mystery of the famous patient in the history of neuropsychology is explained*, „Journal of the History of the Neurosciences” 2013, 22, 1, s. 47–52.
- Domaradzki J., *DNA i jego metafory*, „Respectus Philologicus” 2015b, 32 (27), s. 74–84.
- Domaradzki J., *Medycyna i jej metafory. O roli metafor w komunikacji lekarz–pacjent*, „Kultura i Edukacja” 2015a, 3 (109), s. 27–46.
- Doroszevska A., *Wpływ Internetu na zachowania w zdrowiu i chorobie*, w: *Zdrowie i choroba w kontekście psychospołecznym*, red. K. Popielski, M. Skrzypek, E. Albińska, Lublin 2010, s. 299–311.
- Drozd B., *Dyskurs medyczny w czasopiśmie specjalistycznym na przykładzie „Medical Tribune” i „Medycyna po Dyplomie”. Rozprawa doktorska napisana pod kierunkiem dr hab. prof. UR Marii Krauz*, Rzeszów 2021, <https://repozytorium.ur.edu.pl> [dostęp: 13.02.2023 r.].
- Drozd R., *Czy roszczeniowy pacjent istnieje i dlaczego jest kobietą?*, „Medical Tribune” 2019, <https://podyplomie.pl/medical-tribune/32856,czy-rozsczeniowy-pacjent-istnieje-i-dlaczego-jest-kobieta> [dostęp: 13.02.2023 r.].
- Duda B., *Dyskursywne i tekstowe reprezentacje współczesnej przestrzeni miejskiej. Rozprawa doktorska napisana pod kierunkiem prof. zw. dr hab. Bożeny Witosz*, Katowice 2015, <https://rebus.us.edu.pl> [dostęp: 13.02.2023 r.].
- Duranowska-Serocka A., *Zaburzenia czynności językowych i aktywności w kontaktach z otoczeniem po uszkodzeniu struktur podkorowych w wyniku udaru mózgu*, „Logopedia” 2000, 27, 93–112.
- Duszak A., *Tekst, dyskurs, komunikacja Międzykulturowa*, Warszawa 1998.
- Dziadek A., *Projekt krytyki somatycznej*, Warszawa 2014.
- Eckkrammer E.M., *Czy potrzebujemy nowego pojęcia tekstu?*, w: *Lingwistyka tekstu w Niemczech. Problemy, pojęcia, perspektywy*, red. Z. Bilut-Homplewicz, W. Czachur, M. Smykała, Wrocław, 2009 s. 316–342
- Eco U., *Czytelnik Modelowy*, „Pamiętnik Literacki” 1987, LXXVIII, 2, s. 287–303.
- Eling P., Withaker H., *History of aphasia: from brain to language*, „Handbook of Clinical Neurology” 2010, 95, s. 571–582.

- Encyklopedia kultury polskiej XX wieku*, t. II: *Współczesny język polski*, red. J. Bartmiński, Wrocław 1993.
- Engelter S., Papa S.T., Gostynski M., Papa S., Frei M., Born C., Ajdacic-Gross V., Ferro J.M., Crespo M., *Young adult stroke: neuropsychological dysfunction and recovery*, „Stroke” 1988, 19, s. 982–98.
- Epstein J., *Historiography, diagnosis, and poetics*, „Literature and Medicine” 1992, 1, s. 23–44..
- Eribon D., *Michel Foucault. Biografia*, Wydawnictwo 2005.
- Etmolingwistyka – bilans dyscypliny. Metody i postulaty badawcze*, red. S. Niebrzegowska-Bartmińska, A. Głaz, Lublin 2022.
- Fabrega H., *Disease and social behavior: an interdisciplinary perspective*, Cambridge Mass, 1973.
- Fabrega H., *Medical Anthropology*, w: *Biennial Review of Anthropology*, red. B.J. Siegel, Stanford 1972, s. 167–229.
- Falana-Jafra, A., *Ślady pandemii wywołanej wirusem SARS-CoV-2 w potocznym języku polskim. Analiza wstępna*, „Com.press” 2020, 3 (2), s. 38–49.
- Fauconnier G, Turner M., *The way we think: conceptual blending and the mind's hidden complexities*, New York 2002.
- Fauconnier G., *Mappings in thought and language*, Cambridge 1997.
- Ficek E., *Autoprezentacja à rebours? Podmiot w zwierciadle wybranych (auto)narracji terapeutycznych*, w: *Autopromocja, autoprezentacja, wizerunek w komunikowaniu masowym. Błąd, kryzys, skandal*, t. 5, red. E. Biłas-Pleszak, A. Kalisz i E. Tyc, Katowice 2019, s. 61–74.
- Ficek E., *Dyskurs terapeutyczny i jego uwarunkowania – rekonesans badawczy*, „Tekst i dyskurs – Text und Diskurs” 2012, 5, s. 249–259.
- Ficek E., *Językowe manifestacje dyskursu terapeutycznego (na wybranych przykładach)*, w: *Dyskurs i jego odmiany*, red. B. Witosz, K. Sujkowska-Sobisz, E. Ficek, Katowice 2016, s. 95–102.
- Ficek E., *Non nova, sed nove? O dzisiejszym (tele)poradnictwie i towarzyszących mu strategiach autopromocyjnych i/lub autoprezentacyjnych myśli kilka*, w: *Autopromocja, autoprezentacja, wizerunek w mediach audiowizualnych*, t. 4. Red. A. Kalisz, E. Tyc, Katowice 2018, s. 21–32.

- Ficek E., *Totalność terapii? Dyskursu terapeutycznego filiacje i translokacje*, w: *Reprezentacje świata w dyskursach (modele, obrazy, wizje)*, red. B. Ciesek-Ślizowska, B. Duda, E. Ficek, K. Sujkowska-Sobisz, Katowice 2019, s. 253–263.
- Ficek E., *Współczesny poradnik: próba lingwistycznej charakterystyki gatunku i jego wielorakich aktualizacji*, „Linguarum Silva” 2011, 1, s. 151–166.
- Ficek E., *Poradnik. Model tekstowy i jego aktualizacje*, Katowice 2013.
- Filip G., *Niepokojąca polonistyka* *Forum akademickie* 11, 2018, <https://prenumeruj.forumakademickie.pl/fa/2018/11/niepokojaca-polonistyka/> [dostęp: 13.02.2023 r.].
- Fillmore Ch., *Frames and the semantics of understanding*, „Querendi di Semantica” 1985, s. 222–255.
- Finger S., *Origins of neuroscience. A history of explorations into brain function*, New York 1994.
- Fishman J.A., *Socjologia języka*, w: *Język w świecie nauki*, red. B. Stanisław, Warszawa 1980, s. 225–239.
- Fiske J., *Wprowadzenie do badań nad komunikowaniem*, Wrocław 1999.
- Fix J.D., *Neuroanatomia*, Wrocław 1997.
- Flinker A., Korzeniewska A., Shestiyuk A.Y., Franaszczuk P.J, Dronkers N.F, Knight R.T, Crone N.E., *Redefining the role of Broca’s area in speech*, „Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America” 2015, 112, s. 2871–2875.
- Fodor J.A., *The modularity of mind*, Cambridge MA 1983.
- Foucault M., *Choroba umysłowa a psychologia*, Warszawa 2000.
- Foucault M., *Człowiek i jego sobowtór*, „Literatura na Świecie” 1988, (6), s. 220–234.
- Foucault M., *Historia seksualności*, t. 1–2, Gdańsk 2020.
- Foucault M., *Historia szaleństwa w dobie klasycyzmu*, Warszawa 1987.
- Foucault M., *Narodziny biopolityki. Wykłady z Collège de France 1978/1979*, Warszawa 2011.
- Foucault M., *Narodziny kliniki*, Warszawa 1999.
- Foucault M., *Porządek dyskursu (Wykład inauguracyjny wygłoszony w Collège de France 2 grudnia 1970)*, Gdańsk 2002.

- Fox R., Kasner S., Chatterjee A., Chalela J., *Aphemia: an isolated disorder of articulation*, „Clinical Neurology and Neurosurgery” 2001, 103, s. 123–126.
- Frach S., *Retoryka strachu w czasie pandemii COVID–19. Przypadek Emmanuela Macrona*, „Atheneum. Polskie Studia Politologiczne” 2021, 70 (2), s. 7–19.
- Fragmenty dyskursu chorobowego*, red. M. Ganczar, I. Gielata, M. Ładoń, Gdańsk 2019.
- Frank A.W., *The wounded storyteller. Body, illness, and ethics*, Chicago 1995.
- Franzen J., *Korekty*, Warszawa 2004.
- Fridriksson J., de Ouden D.B., Hilli A.E., Hickok G., Rorden C., Basilakos A., Yourganov G., Bonilha L., *Anatomy of aphasia revisited*, „Brain” 2018, 141 (3), s. 848–862.
- Furedi F., *Therapy culture. Cultivating vulnerability in an uncertain age*, London – New York 2004.
- Gajda S., *Intertekstualność a współczesna lingwistyka*, w: *Intertekstualność we współczesnej komunikacji językowej*, red. J. Mazur, A. Małyńska, K. Sobstyl, Lublin 2010, s. 13–23.
- Gajda S., *Lingwistyka XXI wieku*, „Polonica” 2013, XXXIII, s. 5–14.
- Gajda S., *Podstawy badań stylistycznych nad językiem naukowym*, Warszawa – Wrocław 1982.
- Gajda S., *Stylistyka funkcjonalna, stylistyka pragmatyczna, stylistyka kognitywna*, w: *Stylistyka a pragmatyka*, red. B. Witosz, Katowice 2001, s. 15–22.
- Gajda S., *Tekst/dyskurs oraz jego analiza i interpretacja*, w: *Współczesne analizy dyskursu*, red. S. Gajda, M. Krauz, Rzeszów 2005, s. 11–20.
- Gajda S., *Współczesna polska przestrzeń dyskursywna*, w: *Dyskurs i jego odmiany*, red. B. Witosz, K. Sujkowska-Sobisz, E. Ficek, Katowice 2016, s. 15–21.
- Gajda S., *Współczesny polski dyskurs naukowy*, w: *Dyskurs naukowy – tradycja i zmiana*, red. S. Gajda, Opole 1999, s. 9–17.
- Gałązkiewicz K., *Emilia Clarke miała dwa tętniaki i walczyła z afazją. „Prosiłam lekarzy, by pozwolili mi umrzeć”*, 2022, <https://portal.abczdrowie.pl/emilia-clarke-o-przebyciu-afazji-byly-takie-chwile-ze-nie-chcialam-zyc> [dostęp: 13.02.2023 r.].

- Gawińska E., *Epidemiologia*, w: *Udary mózgu – rosnący problem w starzejącym się społeczeństwie*, red. F. Raciborski, M. Gujski, Warszawa 2016a, s. 32–46.
- Gawińska E., *Profilaktyka*, w: *Udary mózgu – rosnący problem w starzejącym się społeczeństwie*, red. F. Raciborski, M. Gujski, Warszawa 2016b, s. 63–72.
- Geertz C., *Interpretacja kultur*, Kraków 2005.
- Glynos J., Howarth D., *Logics of critical explanation in social and political theory*, New York 2007.
- Godefroy O., Dubois C., Debachy B., Leclerc M., Kreisler A., *Vascular Aphasia: Main Characteristics of Patients Hospitalized in Acute Stroke Unit*, „Stroke” 2002, 33, s. 702–705.
- Goffman E., *Instytucje totalne: o pacjentach szpitali psychiatrycznych i mieszkańcach innych instytucji totalnych*, Sopot 2011.
- Goldstein K., *Aftereffects of brain injuries in war: their evaluation and treatment*, New York 1942.
- Goldstein K., *Language and language disturbances*, New York 1948.
- Good B.J., *Medicine. Rationality, and experience. An anthropological perspective*, Cambridge 1994.
- Gordon T., *Pacjent jako partner*, Warszawa 1999.
- Gorelick P.B., Alter M., Deekker M., *Handbook of neuroepidemiology*, New York – Basel – Hong Kong 1994.
- Gotti M., Salager-Meyer F., *Advances in medical discourse analysis: oral and written contexts*, Bern – Berlin – Bruxelles – Frankfurt am Main – New York – Oxford – Wien 2006.
- Grabias S., *Język w zachowaniach społecznych*, Lublin 1997a.
- Grabias S., *Logopedia – nauka o biologicznych uwarunkowaniach języka i zachowaniach językowych*, „Logopedia” 2010–2011, 39–40, s. 9–34.
- Grabias S., *Logopedyczna klasyfikacja zaburzeń mowy*, „Audiofonologia” 1994, 6, s. 7–22.
- Grabias S., *Mowa i jej zaburzenia*, „Audiofonologia” 1997, 10, s. 9–36.

- Grabowska P., Klimaszewska K., *Opieka pielęgniarska nad pacjentem z afazją*, w: *Sytuacje trudne w ochronie zdrowia : praca zbiorowa*, t. 2, red. A. Lankau, D. Kondzior, E. Kułak-Krajewska, Białystok 2017, s. 16–236.
- Grabowski Ł., *Teksty farmaceutyczne i dyskurs farmaceutyczny*, 2020, <https://dspace.uni.lodz.pl/bitstream/handle/13.02.2023> [dostęp: 13.02.2023 r.].
- Grawburg M., Howe T., Worrall L., Scarinci N., *Family-centered care in aphasia: assessment of third-party disability in family members with the family aphasia measure of life impact*, „Topics in Language Disorders” 2019, 39 (1), s. 29–54.
- Grucza S., *Od lingwistyki tekstu do lingwistyki tekstu specjalistycznego*, Warszawa 2004.
- Grzegorzczkowska R., *Filozoficzne aspekty kategoryzacji*, w: *Językowa kategoryzacja świata*, red. R. Grzegorzczkowska, A. Pajdzińska, Lublin 1996, s. 11–26.
- Grzegorzczkowska R., *Głos w dyskusji o pojęciu tekstu i dyskursu*, w: *Tekst. Problemy teoretyczne*, red. J. Bartmiński, B. Boniecka, Lublin 1998, s. 37–43.
- Grzegorzczkowska R., *Pojęcie językowego obrazu świata*, w: *Językowy obraz świata*, red. J. Bartmiński, Lublin 1990, s. 41–49.
- Grzegorzczkowska R., *Wstęp do językoznawstwa*, Warszawa 2017.
- Grzela E., *W pułapce nadużycia antybiotyków i suplementów diety*, „Puls Medycyny” 2021, <https://pulsmedycyny.pl/w-pulapce-naduzycia-antybiotykow-i-suplementow-diety-1118473> [dostęp: 13.02.2023 r.].
- Gusin M., *Psychoanaliza wobec ideologii. Lacana teoria czterech dyskursów*, w: *Władza, sens, działanie: studia wokół związków ideologii i edukacji*, red. P. Rudnicki, M. Starnawski, M. Nowak-Dziemianowicz, Wrocław 2012, s. 107–114.
- Habrajska G., *Komunikacyjna analiza i interpretacja tekstu*, Łódź 2004.
- Halina Grzmil-Tylutki, *Francuska lingwistyczna teoria dyskursu. Historia, tendencje, perspektywy*, Kraków 2010.
- Handke K., *Język a determinanty płci*, w: *Język a kultura*, t. 9: *Płeć w języku i kulturze*, Wrocław 1994, s. 15–29.
- Handke K., *Socjologia języka*, Warszawa 2008.
- Harris G.M., Bettger J. P., *Parenting after stroke: a systematic review*, „Topics in Stroke Rehabilitation” 2018, 25 (5), s. 384–392.

- Harris Z.S., *Analyse du discours*, „Langages” 1952, 13, s. 8–45.
- Hawkins A.H., *A.R. Luria and the art of clinical biography*, „Literature and Medicine” 1986, 5, 1–15.
- Hawkins A.H., *Reconstructing illness: studies in pathography*, West Lafayette 1993.
- Heinemann W., *Lingwistyka tekstu a lingwistyka dyskursu?*, w: *Lingwistyka tekstu w Niemczech. Pojęcia, problemy, perspektywy*, red. Z. Bilut-Homplwicz W. Czachur, M. Smykała, Wrocław 2009, s. 361–374.
- Heiss W., Karbe H., Weber-Luxenburger G. i wsp., *Speech-induced cerebral metabolic activation reflects recovery from aphasia*, „Journal of the Neurological Sciences” 1997, 145, s. 213–217.
- Helm-Estrabook N., Albert M.L., Nicholas M., *Manual of aphasia and aphasia therapy*, Austin 2014.
- Herzyk A., *Taksonomia afazji. Kryteria klasyfikacji i rodzaje zespołów zaburzeń*, „Audiofonologia” 1997, X, s. 83–101.
- Hier D.B., Yoon W.B., Mohr J.P., Price T.R., Wolf P.A., *Gender and aphasia in the stroke data bank*, „Brain and Language” 1994, 47, s. 155–167.
- Hohol M., *Wyjaśnić umysł*, Kraków 2017.
- Howard S.J., *Articulatory constraints on a phonological system: A case study of cleft palate speech*, „Clinical Linguistics & Phonetics” 1993, 7 (4), s. 299–317.
- Howarth D., *Dyskurs*, Warszawa 2008.
- Hsu E., *Medical pluralism*, w: *International encyclopedia of public health: J–O*, t. 4, red. K. Heggenhougen, S. Quah, Amsterdam 2008, s. 316–321.
- Humanistyka przewencyjna*, red. E. Domańska, P. Słodkowski, M. Stobiecka, Warszawa – Poznań 2022.
- Humeniuk E., *Psychospołeczne funkcjonowanie osoby z afazją*, w: *Afazjologia*, red. Z. Tarkowski, Warszawa 2021, s. 239–252.
- Hymes D., *Socjolingwistyka i etnografia mówienia*, w: tegoż, *Język i społeczeństwo*, Warszawa 1980, s. 41–82.
- Jabłońska B., *Krytyczna analiza dyskursu w świetle założeń socjologii fenomenologicznej (dylematy teoretyczn–metodologiczne)*, „Przegląd Socjologii Jakościowej” 2013, IX, 1, s. 48–61.



- Jackendorf R., *The architecture of language faculty*, Cambridge MA 1997.
- Jackendorff R., *Patterns in tehe iond. Language and human nature*, New York 1994.
- Jackson J.H., *Notes on the physiology and pathology of language*, „Med Times Gazette” 1866, 1, s. 659.
- Jakobson R., *Dwa aspekty języka i dwa typy zakłóceń afatycznych*, w: *Podstawy języka*, red. R. Jakobson, M. Halle, Wrocław 1964, s. 107–133.
- Jakobson R., *Poetyka w świetle językoznawstwa*, „Pamiętnik Literacki” 1960, 51/2, s. 431–473.
- Jakościowa analiza dyskursu w naukach społecznych*, red. R. Wodak, M. Krzyżanowski, Warszawa 2011.
- Jakość życia w chorobie*, red. S. Stauden, Lublin 2006.
- Jankowski H., Szamryk K.K., *Grzeczność językowa związana ze zmysłem wzroku w komunikacji z osobami niewidomyi*, w: *Z problematyki kształcenia językowego*, t. IX, red. E. Awramiuk, K. Szamryk, Białystok 2022, s. 241–259.
- Jarzewicz A., *Semantyczna teoria prawdy a zwrot lingwistyczny*, „Homo Communicativus” 2008, 1 (3), s. 7–16.
- Jauer-Niworowska O., *Diagnoza różnicowa afazji i dyzartrii*, w: *Afazjologia*, red. Z. Tarkowski, Warszawa 2021, s. 265–280.
- Jodzio K., Biechowska D., Leszniewska-Jodzio B., *Selectivity of lexical-semantic disorders in Polish-speaking patients with aphasia. Evidence from single-word comprehension*, „Archives of Clinical Neuropsychology” 2008, 23 (5), s. 543–551.
- Jodzio K., *Diagnostyka neuropsychologiczna w praktyce klinicznej*, Warszawa 2011.
- Johnson M., Lakoff J., *Why cognitive linguistics requires embodied realism*, w: „Cognitive Linguistics” 1999a, 13–3, s. 245–263.
- Józefik B., *Psychoterapia jako dyskurs kulturowy*, „Psychiatria Polska” 2011, 45, 5, s. 737–748.
- Kabus J., *Analiza dyskursu w naukach społecznych*, „Język w Komunikacji” 2012, 2, s. 37–50.
- Kacperczyk A., *Autoetnografia – technika, metoda, nowy paradygmat? O metodologicznym statusie autoetnografii*, „Przegląd Socjologii Jakościowej” 2014, 10 (3), s. 32–75.

- Kaczmarczyk R., Kaczmarczyk R., *Urazy czaszkowo-mózgowe. Część I*, „Medycyna Rodzinna” 2001, 3–4, s. 121–125.
- Kaczmarek A., *Od milczenia do opowieści: kulturowe dyskursy o umieraniu i śmierci*, Poznań 2016.
- Kaczmarkowski M., *Lingwistyka tekstu. Geneza, rozwój, stan obecny*, „Roczniki Humanistyczne” 1987, XXXV, 3, s. 105–125.
- Kadyjewska A., *Problematyka obrazu świata w badaniach języka pisarza (na przykładzie pism Cypriana Norwida)*, w: *Semantyka tekstu artystycznego*, red. Pajdzińska, R. Tokarski, Lublin 2001, s. 321–332.
- Kain P., *How to do a close reading*, 1998, <https://writingcenter.fas.harvard.edu/pages/how-do-close-reading> [dostęp: 13.02.2023 r.].
- Kalinowska K., *O autoetnografii dotknięć, zranień i odkształceń*, „Kultura i Społeczeństwo” 2017, 3, s. 9–31
- Kalisz R., Kubiński W., *Dwadzieścia lat językoznawstwa kognitywnego w USA i w Polsce – próba bilansu*, w: *Językoznawstwo kognitywne. Wybór tekstów*, red. W. Kubiński, R. Kalisz i E. Modrzejewska, Gdańsk 2008, s. 7–27.
- Kapusta A., *Filozofia ekstremalna. Wokół myśli Michaela Foucaulta*, Lublin 2002.
- Karaś M., *Władza, wiedza i dyskurs a niepełnosprawność. Konstruowanie podmiotu „niepełnosprawnego” w kontekście filozofii Michela Foucaulta*, „Przegląd Prawniczy, Ekonomiczny i Społeczny” 2013, 2, s. 19–30.
- Kardela H., *Metodologia językoznawstwa kognitywnego*, w: *Metodologie językoznawstwa. Podstawy teoretyczne*, red. P. Stelmaszczyk, Łódź 2006, s. 196–233.
- Kasperski E., *Autobiografia. Sytuacja i wyznaczniki formy*, w: *Autobiografizm – przemiany, formy, znaczenia*, red. H. Gosk, A. Zieniewicz, Warszawa 2001, s. 9–34.
- Kasperski E., *Dyskurs antropologiczny: o antropologii literatury. Zasady pierwsze*, „Słupskie Prace Filologiczne. Seria Filologia Polska” 2007, 5, s. 153–169.
- Kawka M., *Dyskurs szkolny*, Kraków 1999.
- Kazibut A., *Od milczenia do opowieści. Kulturowe dyskursy o umieraniu i śmierci*, Poznań 2016.
- Kądzielawa D., *Afazja i jej mózgowo-mechanizmy*, „Teksty Drugie” 2011, 1/2, s. 190–198.

- Kądziaława D., *Rozwój metody studium przypadku w neuropsychologii*, w: *Jakościowy opis w neuropsychologii klinicznej*, red. A. Herzyk, B. Daniluk, Lublin 2002, s. 87–102.
- Kądziaława D., *Zaburzenia językowe po uszkodzeniach struktur podkorowych mózgu*, w: *Związek mózg–zachowanie w ujęciu neuropsychologii klinicznej*, red. A. Herzyk, D. Kądziaława, Lublin 1997, s. 111–155.
- Kertesz A., *Anomia*, w: *Concise encyclopedia of brain and language*, red. H.A. Whitaker, Amsterdam–Tokyo 2010.
- Khan S.G., Noreen H., Butt A.K., Iftikhar N., Khan M., Azmat R., *Perception of speech and language pathologists towards augmentative and alternative communication in Pakistan*, „Journal of Pakistan Medical Association” 2019, 69 (2), s. 164–167.
- Kiklewicz A., *Czwarte królestwo. Język a kontekst w dyskursach współczesności*, Warszawa 2012.
- Kilkewicz A., *Profilowanie kontekstu w paradygmatach językoznawstwa*, w: *Metodologie językoznawstwa: od genu języka do dyskursu*, red. P. Stelmaszczyk, Łódź 2011, s. 83–110.
- Killmer H., Svenneving J., Beeke S., *Requests to children by parents with aphasia*, „Aphasiology” 2022, 1–23, <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/02687038.2022.2094335> [dostęp: 13.02.2023 r.].
- Kirschner H.S., *Zaburzenia języka i mowy. Afazja*, w: *Neurologia w praktyce klinicznej. Zasady diagnostyki i postępowania*, red. A. Prusiński, Lublin 2006, s. 171–193.
- Klakus P., *Prosty język inkluzywny*, 2021, <https://patrycjaklakus.pl/czym-jest-jezyk-inkluzywny> [dostęp: 13.02.2023 r.].
- Klebic J., Salihovic N., Sotic R., Salihovic D., *Aphasia disorders outcome after stroke*, „Medical Archives” 2011, 65 (5), s. 283–286.
- Kleinman A., *Concepts and model for the comparison of medical systems as cultural systems*, „Social Science and Medicine” 1978, 12, s. 85–93.
- Kleinman, A., Benson, P., *Anthropology in the clinic. The problem of cultural competency and how to fix it*, „PLOS Medicine”, 2006 3(10), s. 1673–1676.
- Klimczuk A., *Hipoteza Sapira-Whorfa – przegląd argumentów zwolenników i przeciwników*, „Kultura–Społeczeństwo–Edukacja” 2013, 1 (2013), s. 165–182.
- Klimkowski M., *Recenzja: Jolanta Panasiuk: Język a komunikacja w afazji*, Lublin, Wydawnictwo UMCS 2019, „Logopedia Silesiana” 2019, 8, 517–518.

- Kloc W., Sierpowska J., Zdun-Ryżewska A., Iżycka-Świeszewska E., Sebastyańska-Targowska I., Maksymowicz S., Libionka W., Bartosińska-Wiśniewska A., *Leczenie operacyjne guzów w elokwentnych obszarach mózgu*, w: *Afazjologia*, red. Z. Tarkowski, Warszawa 2021, s. 467–492.
- Kłak A., *Etiologia*, w: *Udary mózgu – rosnący problem w starzejącym się społeczeństwie*, red. F. Raciborski, M. Gujski, Warszawa 2016, s. 21–31.
- Kłosińska K., *Dyskurs*, 2018a, <https://sjp.pwn.pl/poradnia/haslo/Dyskurs;18746.html> [dostęp: 13.02.2023 r.].
- Kłosińska K., *Dyskusja czy dyskurs*, 2018b, <https://sjp.pwn.pl/poradnia/haslo/Dyskusja-czy-dyskurs;18727.html> [dostęp: 13.02.2023 r.].
- Kłosińska K., *Liczba mnoga w tekstach naukowych*, 2017, <https://sjp.pwn.pl/poradnia/haslo/Liczba-mnoga-w-tekstach-naukowych;17900.html> [dostęp: 13.02.2023 r.].
- Knychalska-Zbierańska M., *Afazja – złodziejka słów. Studium przypadku*, „Logopedia Silesiana” 2014, (3), <https://journals.us.edu.pl/index.php/LOGOPEDIASILESIANA/article/view/3183>[dostęp: 13.02.2023 r.].
- Kocańda K., Pańtak P., Wolak P., *Władza rodzicielska i dobro dziecka w dyskursie leczenia zgodnego z przekonaniami religijnymi*, „Folia Cardiologica” 2022, 17 (3), s. 195–198.
- Kociuba M.T., *Językomania i obrazofobia. Od zwrotu lingwistycznego do ikonicznego*, w: *Obrazy i poznanie*, red. M.T. Kociuba, Lublin 2015, s. 11–20.
- Komunikologia. Teoria i praktyka komunikacji*, red. E. Kulczycki, M. Wendland, Poznań 2012.
- Konarski J., *Integracyjna działalność mózgu*, Warszawa 1969.
- Koper B., *Patografia od historii przypadku do klinicznych opowieści*, „Kultura Współczesna” 2019, 4 (107), s. 107–117.
- Kordys J., *Mózg i znaki*, Warszawa 1991.
- Koronkiewicz K., *Emocje doświadczane przez pacjentów i ich rodziny w interakcjach z lekarzami. Analiza wypowiedzi użytkowników forów internetowych dotyczących raka piersi*, „Przegląd Pedagogiczny” 2016, 2, s. 204 – 226.
- Korzeniecka-Bondar A., *Codzienny czas w szkole. Fenomenograficzne studium doświadczeń nauczycieli*, Kraków 2018.

- Kościańczuk M., *AIDS w języku. Marginalizacja i dyskurs epidemii jako mechanizmy stygmatyzacji osób HIV-pozytywnych w mediach*, „Teraźniejszość – Człowiek – Edukacja” 2012,15(57), s. 63–73.
- Kowal S.J., *Emotion as cause of cancer: 18th and 19th century contributions*, „Review od Psychoanalysis” 1955, 42, 3, s. 217–227.
- Koziółek R., *Polonistyka jako powinność*, FA 12/2022, <https://forumakademickie.pl/sprawy-nauki/polonistyka-jako-powinnosc/> [dostęp: 13.02.2023 r.].
- Kreisler A., Godefroy O., Delmaire C., Debachy B., Leclercq M., Pruvo J.P., Leys D., *The anatomy of aphasia revisited*, „Neurology” 2000, 54, s.1117–1123.
- Królikowska S., *Nierówności w stanie zdrowia między kobietami a mężczyznami w kontekście płci biologicznej oraz społeczno-kulturowej*, „Acta Universitatis Lodzensis. Folia Sociologica” 2011, 39, s. 33–52.
- Kryszak J., *Próba sensu*, w: tegoż, *Katastrofizm ocalający. Z problematyki poezji tzw. „Drugiej Awangardy”*, Bydgoszcz 1985, s. 127–128.
- Krytyczna Analiza Dyskursu. Interdyscyplinarne podejście do analizy społecznej*, red. A. Duszak, N. Fairclough Norman, Kraków 2008.
- Kubus J., *Interdyscyplinarność dyskursu*, „Językoznawstwo” 2001, 1, 5, s. 49–55.
- Kuć J., *Studium przypadku w afazjologii*, w: *Afazjologia*, red. Z. Tarkowski, Warszawa 2021, s. 77–100.
- Kuligowska K., *Język w czasach zarazy. O wpływie pandemii na system leksykalny języka polskiego i rosyjskiego*, „Acta Polono-Ruthenica” 2020, XXV, 3, s. 109–125.
- Kuncy-Zajac A., *Depresja w metaforze, metaforyka depresji*, „Acta Philologica” 2017, 50 (50), s. 177–189.
- Kurcz I., *Psychologia języka i komunikacji*, Warszawa 2000.
- Kurdyła T., *Funkcje formantów rzeczownikowych w polszczyźnie ludowej (na przykładzie trzech wsi podkarpackich)*, Kraków 2011.
- Kyrozis A., Potagas C., Ghika A., Tsimpouris P.K., Virvidaki E.S., Vemmos K.N., *Incidence and predictors of post-stroke aphasia: the Arcadia Stroke Registry*, „European Journal of Neurology” 2009, 16, s. 733–739.
- Labocha J., *Lingwistyka tekstu w Polsce*, w: *Lingwistyka tekstu w Polsce i w Niemczech. Pojęcia, problemy, perspektywy*, red. red. Z. Bilut-Homplewicz, W.Czachur, M. Smykała, Wrocław 2009, s. 45–56.

- Labocha J., *Tekst, wypowiedź, dyskurs w procesie komunikacji językowej*, Kraków 2008.
- Labocha J., *Tekst, wypowiedź, dyskurs*, w: *Styl a tekst*, red. S. Gajda, M. Balowski, Opole 1996, s. 49–53.
- Lakoff G., 1993, *The contemporary theory of metaphor*, w: *Metaphor and thought*, red. O. Andrew, Cambridge 1993, s. 202–251.
- Lakoff G., Johnson M., *Metafory w naszym życiu*, Warszawa 2010.
- Lakoff G., Johnson M., *Philosophy in the flesh*, New York 1999.
- Lakoff G., *Women, fire, and dangerous things. What categories reveal about the mind*, London 1987.
- Lakoff G., *The invariance hypothesis: is abstract reason based on image-schemas?*, „Cognitive Linguistics” 1990, 1 (1), s. 39–74.
- Lakoff R., *Language and woman's place. Text and commentaries*, New York 2004.
- Langacker R., *Gramatyka kognitywna*, wpr. i red. E. Tabakowska, M. Buchta, Kraków 2009.
- Langacker W.R., *Foundation of cognitive grammar*, t. 1: *Theoretical prerequisites*, Stanford 1987.
- Langacker W.R., *Foundation of cognitive grammar*, t. 2: *Descriptive application*, Stanford 1991.
- Laska A.C., Hellblom A., Murray V., Kahan T., Von Arbin M., *Aphasia in acute stroke and relation to outcome*, „Journal of Internal Medicine” 2001, 249, 5, s. 413–422.
- Lassan E., *Analiza dyskursu jako analiza świadomości dyskursu jako perspektywa badawcza*, w: *Dyskurs w perspektywie akademickiej. Materiały z międzynarodowego okrągłego stołu 3–5 kwietnia 2009 r.*, Mińsk (Białoruś), Olsztyn 2014, s. 65–72.
- Leaman M.C., Edmonds L.A., „By the way” ... *How people with aphasia and their communication partners initiate new topics of conversation*, „American Journal of Speech-Language Pathology” 2020, 29 (1S), s. 375–392.
- Lebrun Y., Hasquin-Deleval J., Brihaye J., Flament J., *Charles Baudelaire's aphasia*, „Revue Neurologique” 1971, 125, s. 310–316.
- Leonowicz R., *Zarys francuskiej teorii dyskursu*, w: *Aspekty współczesnych dyskursów. Język a komunikacja 5*, t. I, red. P. Chruszczewski, Kraków 2004, s. 191–202.

- Lewandowska-Tomaszczyk B., *Polysemy, prototypes, and radial categories*, w: *The Oxford handbook of cognitive linguistics*, red. D. Geeraerts, Oxford 2007, s. 139–169.
- Lewicka T., Szmal A., *Afazja jako zaburzenie mowy po urazie mózgu – studium przypadku*, „Logopedia Silesiana” 2012, 3018, 1, s. 133–139.
- Lieberman P., *Human language and our reptilian brain*, Cambridge 2000.
- Lingwistyka tekstu w Niemczech. Pojęcia, problemy, perspektywy*, red. Z. Bilut-Homplewicz, W. Czachur, M. Smykała, Wrocław 2009.
- Lingwistyka tekstu w Polsce i w Niemczech. Pojęcia, problemy, perspektywy*, red. Z. Bilut-Homplewicz, W. Czachur, M. Smykała, Wrocław 2009.
- Lipińska A., *Jakość życia pacjentów po leczeniu operacyjnym raka krtani*, „Acta Universitatis Lodzianensis. Folia Psychologica” 1998, 2, s. 123–143
- Lisowska-Magdziarz M., *Analiza tekstu w dyskursie medialnym*, Kraków 2006.
- Litwin M., *Narzędzia diagnostyczne w neurologopedii dorosłych*, 2020, <https://forumlogopedy.pl/arttykul/narzedzia-diagnostyczne-w-neurologopedii-doroslych> [dostęp: 13.02.2023 r.].
- Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, red. S. Grabias, M. Kurkowski, Lublin 2012.
- Logopedia: standardy postępowania logopedycznego: podręcznik akademicki*, red. S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak, Lublin 2015.
- Lorch M.P., *The merest logomachy: the 1868 norwich discussion of aphasia by Hughlings Jackson and Broca*, „Brain” 2008, 131, 6, s. 1658–1670.
- Lupton D., *Medicine as culture. Illness, disease and the body in western societies*, London 2003.
- Ładań M., *Choroba jako literatura. Studia maladyczne*, Katowice 2019.
- Ładoń M., *Wokół Susan Sontag. Czy metafora może zabić?*, w: *Fragmenty dyskursu maladycznego*, red. M. Ganczar, O. Gielata, M. Ładoń, Gdańsk 2019, s. 11–27.
- Łaska-Formejster A., Messyasz K., *Youtuberzy kreujący styl życia i zdrowia młodzieży. Nowe media jako narzędzie indywidualizacji odpowiedzialności za zdrowie*, w: *Internet, zdrowie i choroba – powiązania społeczne, kulturowe i edukacyjne*, red. P. Siuda, M. Pluta, Bydgoszcz 2020, s. 69–98.

- Łebkowska A., *O dyskursie maladycznym (Fragmenty dyskursu maladycznego, red. Maciej Ganczar, Ireneusz Gielata, Monika Ładoń, wyd. Fundacja Terytoria Książki, Gdańsk, 2019)*, „Ruch Literacki” 2020, LXI, 5 (362), s. 565–573.
- Łojek-Osiejuk E., *Główne szkoły terapii chorych z afazją*, w: *Diagnoza i terapia chorych z afazją. Holistyczne podejście do chorego*, red. A. Balejko, Białystok 1998, s. 46–58.
- Łomzik M., *Prosty polski język medyczny – próba uproszczenia fragmentu epikryzy*, „Świat i Słowo” 2021, 37, 2, s. 257–274.
- Łukasiewicz D., *Warkocz znad Wisły. Pruski stereotyp brudnej Polski czy prawda historyczna?*, „Medycyna Nowożytna. Studia nad Historią Medycyny” 1996, 2, 2, s. 84–86.
- Łuria A., *O pamięci, która nie miała granic*, Warszawa 1970.
- Łuria A., *Problemy neuropsychologii i neurolingwistyki*, Warszawa 1976.
- Łuria A., *Schemat badania neuropsychologicznego*, Warszawa 1996.
- Łuria A., *Świat utracony i odzyskany. Historia pewnego zranienia*, Warszawa 1976.
- Łuria A., *Zaburzenia wyższych czynności korowych wskutek ogniskowych uszkodzeń mózgu*, Warszawa 1967.
- Maciejewski M., *Słowa-klucze w dyskursie o antykoncepcji*, „Tekst i Dyskurs – Text und Diskurs” 2017, 10, s.41–61.
- Maćkiewicz J., *Kategoryzacja a językowy obraz świata*, w: *Językowy obraz świata*, red. J. Bartmiński, Lublin 1990, s. 51–59.
- Magowska A., *Empirycznie czy racjonalistycznie? Dylematy i praktyka medycyny uniwersyteckiej w Wilnie w latach 1781–1842*, Poznań 2015.
- Majewski P., *Językoznawca w poszukiwaniu kontekstu*, w: R. Harris, *Racjonalność a umysł piśmienny*, Warszawa 2014.
- Majkowska G., *O języku mediów*, w: *Dziennikarstwo i świat mediów*, red. Z. Bauer, P. Chudziński, Kraków 2000, s. 232–243.
- Makowska M., *Język i obraz wobec koronawirusa. Przyczynek do rozważań nad komunikacją medialną w czasach pandemii*, „Forum Lingwistyczne” 2021, 8, s. 1–14.
- Makuchowska M., *Kreacyjny charakter dyskursów o aborcji*, w: *Dyskurs i jego odmiany*, red. B. Witosz, K. Sujkowska-Sobisz, E. Ficek, Katowice 2016, s. 132–145.



- Malewska-Szałygin A., *Tradycja stosowania pojęcia „dyskurs” i jego przydatność w antropologii współczesności*, „Etnografia Polska” 2004, 48, 81–96.
- Malinowski B., *Problem znaczenia w językach pierwotnych w: Językoznawstwo Bronisława Malinowskiego*, t. II, red. K. Pisarkowa, Kraków 2000, s. 5–48.
- Marcjanik M., *Polska grzeczność językowa*, Kielce 2000.
- Mareš P., *Miejsce stylu indywidualnego w dyskursie naukowym*, „Tekst i Dyskurs” 2013, 6, s. 337–346.
- Markiewicz P., *Rehabilitacja funkcji językowych z wykorzystaniem metod komputerowych w warunkach domowych*, w: *Afazjologia*, red. Z. Tarkowski, Warszawa 2021, s. 401–418.
- Markowicz A., *Dyskurs – praktyki dyskursywne – tekst*, w: *Dyskurs w perspektywie akademickiej. Materiały z międzynarodowego okrągłego stołu 3–5 kwietnia 2009 r.*, Mińsk (Białoruś), Olsztyn 2014, s. 17<sup>–19</sup>.
- Maruszewski M., *Afazja. Zagadnienia teorii i terapii*, Warszawa 1966.
- Maruszewski M., *Chory z afazją i jego usprawnianie*, Warszawa 1974.
- Maruszewski M., Mierzejewska H., *Zastosowanie analizy lingwistycznej w badaniach nad afazją*, „Studia Psychologiczne” 1963, 5, s. 73–103.
- Maruszewski M., *Mowa a mózg. Zagadnienia neuropsychologiczne*, Warszawa 1970.
- Matukiewicz D., *Mowa w starciu z udarem*, 2013, <https://www.tabita.waw.pl/onas/abc-pacjenta/mowa-w-starciu-z-udarem-mgr-danuta-a-matukiewicz-neurologoped/2013> [dostęp: 13.02.2023 r.].
- Mayenowa M.R., *Poetyka teoretyczna. Zagadnienia języka*, Wrocław 1974.
- Mazur R., Świerkocka-Miastkowska M., *Udar mózgu – pierwsze objawy*, „Choroby Serca i Naczyń” 2005, 2 (2), s. 84–87.
- Mazurek G., *Blog jako narzędzie marketingowe*, „Marketing w Praktyce” 2004, 9, s. 19–22.
- Mazurkiewicz-Sokołowska J., *Transformacje i strategie wiązania w lingwistycznych badaniach eksperymentalnych*, Kraków 2006.
- McCarthy M., Clancy B., *From language as system to language as discourse*, w: *Routledge handbook of English language teacher education*, red. S. Walsh, S. Mann, London 2019, <https://dspace.mic.ul.ie/handle/10395/2718> [dostęp: 13.02.2023 r.].

- McLuhan M., *Galaktyka Gutenberga: tworzenie człowieka druku*, Warszawa 2019.
- McMenamin R., Griffin M., Grzybowska B., Pound C., *Working together: experiences of people with aphasia as co-researchers in participatory health research studies*, „Aphasiology” 2021, <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/02687038.2021.1923948> [dostęp: 13.02.2023 r.].
- Mecner P., *Elementy gramatyki umysłu*, Kraków 2005.
- Medycyna narracyjna. Opowieści o doświadczeniu choroby w perspektywie medycznej i humanistycznej*, red. M. Chojnacka-Kuraś, Warszawa 2019.
- Medycyna Praktyczna, W Polsce co 6,5 minuty ktoś doznaje udaru mózgu*, 2019, <https://www.mp.pl/pacjent/udar/aktualnosci/219462,w-polsce-co-65-minuty-ktos-doznaje-udar-u-mozgu> [dostęp: 13.02.2023 r.].
- Mesulam M.M., *Primary progressive aphasia*, „Annals of Neurology” 2001, 49, 4, s. 425–432.
- Miah A., Rich E., *The medicalization of cyberspace*, London 2008.
- Mickiewicz, J., Rutkiewicz-Hanczewska, M., Kaźmierski, R., *Zaburzenia mowy i języka u pacjentów po przebytych udarach mózgu. Studium epidemiologiczne*, „Prace Językoznawcze” 2022, 24 (2), s. 135–149.
- Milewski T., *Językoznawstwo*, Warszawa 2005.
- Mitosek Z., *Teorie badań literackich*, Warszawa 2005.
- Mosiółek J., Jakubczak P., Choma A., *Dysfunkcje seksualne u pacjentów po przebytych udarach mózgu*, „Journal of Sexual and Mental Health” 2022, 2, s. 62–68.
- Moskalewicz M., *Medykalizacja: patogeneza i objawy*, „Czas Kultury” 2012, 6, s. 24–35.
- Mrożek S., *Baltazar*, Kraków 2006.
- Muca K., *Poiesis doświadczenia, poiesis tożsamości: narracje o afazji*, Gdańsk 2020.
- Murdoch B.E., Whelan B.-M., *Speech and language disorders associated with subcortical pathology*, Chichester 2009.
- Nasrallah H.A., *The antipsychiatry movement: who and why*, „Current Psychiatry” 2011, 10 (12), s. 4–53.

NCSL – National Conference of State Legislatures, *Traumatic brain injury report 2019*, <https://www.ncsl.org/research/civil-and-criminal-justice/traumatic-brain-injuries-report.aspx> [dostęp: 13.02.2023 r.].

Nerlich B., Clarke D.D., *Mind, meaning, and metaphor: the philosophy and psychology of metaphor in nineteenth-century Germany*, „History of the Human Sciences” 2001, 14, 2, s. 39–61.

Nęcki Z., *Komunikacja międzyludzka*. Kraków 2000.

NIK – Najwyższa Izba Kontroli, *Informacja o wynikach kontroli pt. „Przygotowanie szpitali do leczenia pacjentów z udarem mózgu”*, LKA.410.015.2015 Nr ewid.43/2016/P/15/072/ LKA, Warszawa 2016.

Nispen van, K., van de Sandt-Koenderman M., Sekine K., Krahmer E., Rose M.L., *Part of the message comes in gesture: how people with aphasia convey information in different gesture types as compared with information in their speech*, „Aphasiology” 2017, 31, 9, s. 1078–1103.

Noińska M., *O źródłach wieloznaczności pojęcia dyskurs w językoznawstwie (na materiale języków polskiego rosyjskiego i angielskiego)*, „Progrss – Journal of Young Researchers” 2017, 2, s. 72– 82.

Nowacki P., Porębska A., *Nawrotowy udar mózgu*, „Polski Przegląd Neurologiczny” 2004, 1, s. 8–14.

Nycz R., *Lekcja Adorna: tekst jako sposób poznania, albo o kulturze jako palimpseście*, „Teksty Drugie” 2012, 3, s. 34–50.

Nyka W., *Zasady wczesnej rehabilitacji chorych z udarem*, 2009, <https://journals.viamedica.pl › article › viewFile>[dostęp: 13.02.2023 r.].

O'Donnell M.J., Chin S.L., Rangarajan S., Xavier D., Liu L., Zhang H., Rao–Melacini P., Zhang X., Pais P., Agapay S. i wsp., *Global and regional effects of potentially modifiable risk factors associated with acute stroke in 32 countries (interstroke): a case-control study*, „The Lancet” 2016, 388, s. 761–775.

Oberhuber F., Krzyżanowski M., *Analiza dyskursu a badania etnograficzne*, w: *Jakościowa analiza dyskursu w naukach społecznych*, red. R. Wodak, M. Krzyżanowski, Warszawa 2011, s. 283–312.

Ofica D., *An Overview of Medical Discourse Studies: Cultural Variation across Genres and Registers*, 2018, [https://www.researchgate.net/publication/326143366\\_An\\_](https://www.researchgate.net/publication/326143366_An_)

Overview\_ofMedical\_Discourse\_Studies\_Cultural\_Variation\_across\_Genres\_and\_Registers[dostęp: 13.02.2023 r.].

Ojeman G., Ojeman J., Lettich E., Berger M., *Cortical language localization in left, dominant hemisphere. An electrical stimulation mapping investigation in 117 patients*, „Journal of Neurosurgery” 1989, 71 (3), s. 316–326.

Okupnik M., *Uwięzieni w swoich ciałach: O motywie niewoli w patografiach*, w: *Dyskurs (para)medyczny. Gatunki – funkcje – przeobrażenia*, red. A. Dombrowski, W. Żarski, Wrocław 2018, s. 155–168.

Olempska-Wysocka M., *Dziecko z zaburzeniami mowy w systemie oświaty*, „Studia Edukacyjne” 2014, 32, s. 211–224.

Osiejuk W., *Problematyka dyskursu w neropsychologii poznawczej*, Warszawa 1994.

Osińska O., *„Ja rozumiałem, tylko nie mogłem mówić”. O twórczości Leo Lipskiego jako afatyka. Rekonesans*, w: *Medycyna narracyjna. Opowieści o doświadczeniu choroby w perspektywie medycznej i humanistycznej*, red. M. Chojnacka-Kuraś, Warszawa 2019, s. 187–204.

Osińska O., *Afazja Leo Lipskiego: perseweracje, przesunięcia, zblokowania*, „Rana. Literatura – Doświadczenie – Tożsamość”, 2020, 1, s. 89–108.

Ostrzyżek A., Marcinkowski J.T., *Biomedyczny versus holistyczny model zdrowia a teoria i praktyka kliniczna*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2012, 93, 4, s. 682–686.

Otrębowski A., *Neuraanatomiczne podstawy procesu komunikatywnego*, w: *Afazjologia*, red. Z. Tarkowski, Warszawa 2021, s. 35–56.

Pajdzińska A., Tokarski R., *Językowy obraz świata – konwencja i kreacja*, „Pamiętnik Literacki” 1996, 4, s. 143–158.

Pajor P., *Psychiatria w dobie pandemii – czy COVID-19 zmienia psychiatrię?*, „Advances in Psychiatry and Neurology” 2021, 30 (2), s. 113–121.

Panasiuk J., *Afazja a interakcja. Tekst – metatekst – kontekst*, Lublin 2013.

Panasiuk J., *Język a komunikacja w afazji*, Lublin 2019.

Panasiuk J., *Kompetencja językowa a kompetencja metajęzykowa w afazji*, „Logopedia” 2004, 33, s. 171–189.

- Panasiuk J., *Metodologia badania afazji a praktyka logopedyczna*, w: *Metodologia badań logopedycznych z perspektywy teorii i praktyki*, red. S. Milewski, K. Kaczorowska-Bray, Gdańsk 2015, s. 171–197.
- Panasiuk J., *Metodologiczne podstawy badań nad interakcją w afazji*, „Logopedia” 2010/2011, 39/40, s. 147–184.
- Panasiuk J., *Model opisu interakcji osób z afazją*, „Poradnik Językowy” 2018, 5, s. 21–37.
- Panasiuk J., *Postępowanie logopedyczne w przypadkach afazji*, w: *Logopedia: standardy postępowania logopedycznego*, red. S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak, Lublin 2015, s. 869–916.
- Panasiuk J., *Repetitorium z terapii zaburzeń mowy o podłożu neurologicznym, cz. IV, Diagnozowanie afazji według podejścia analitycznego*, „Biuletyn Logopedyczny” 2009, 1 (23), s. 51–62.
- Panasiuk J., Turzańska D., *Dynamika wycofywania się zaburzeń afatycznych u chorego po urazie mózgowo-czaszkowym. Studium przypadku*, „Logopedia” 2000, 27, s. 113–143.
- Panasiuk J., *Uwięzione słowa: o języku w afazji*, w: *Język(i) w czasie i przestrzeni*, red. P. Stelmaszczyk, Łódź 2021, s. 237–265.
- Panasiuk J., *Zaburzenia czynności pisania i czytania u chorych z afazją w perspektywie komunikacyjnej*, „Conversatoria Linguistica” 2007, 1, s. 27–63.
- Panasiuk J., *Zaburzenia języka a komunikacja w przypadkach afazji*, „Beiträge der Europäischen Slavistischen Linguistik” 1999, 2, s. 213–222.
- Parr S., Byng S., Gilpin S., Ireland C., *Talking about aphasia*, Buckingham 1997.
- Paszyńska E., *Dyskurs nad ubytkami tkanek twardych zęba pochodzenia niepróchnicowego*, „Stomatologia po Dyplomie” 2021, <https://podyplomie.pl/stomatologia/35948,dyskurs-nad-ubytkami-kanek-twardych-zeba-pochodzenia-nieprochnicowego> [dostęp: 13.02.2023 r.].
- Patologia mowy*, red. Z. Tarkowski, Gdańsk 2017.
- Patryn R., *Zakaz reklamy lekarzy w myśl zapisów Kodeksu etyki lekarskiej*, „Neurologia Praktyczna” 2020, 2, s. 87–91.

- Pawlak D., Kamiński T., *Farmakoterapia zaburzeń mowy u pacjentów neurologicznych – przegląd literatury, aktualne wytyczne oraz perspektywy nowych rozwiązań farmakologicznych*, w: *Afazjologia*, red. Z. Tarkowski, Warszawa 2021, s. 493–512.
- Pawłowska I., Pawłowski L., Kocić I., Lichodziejewska-Niemierko M., *Treść ulotek dołączonych do analgetyków opioidowych – ocena wybranych informacji z perspektywy pacjenta i innych użytkowników*, „*Medycyna Paliatywna w Praktyce*” 2016, 10, 1, s. 22–27.
- Pąchalska M., *Afazja u dzieci: nowe podejście teoretyczne, diagnostyczne i terapeutyczne*, w: *Afazjologia*, red. Z. Tarkowski, Warszawa 2021, s. 123–146.
- Pąchalska M., *Afazjologia*, Warszawa 2021.
- Pąchalska M., *Aphaia rehabilitation in Poland*, w: *Proceedings of the First European Conference on Aphasiology, October 3–6*, red. E. Scherzer, R. Simon, J. Stark, Vienna 1987, s. 42–50.
- Pąchalska M., *Kompleksowy model rehabilitacji chorych z ogniskowym uszkodzeniem mózgu i afazją całkowitą*, Kraków 1986.
- Pąchalska M., *Neuropsychologia kliniczna. Urazy mózgu*, Warszawa 2007.
- Penkala-Gawęcka D., *Antropologiczne spojrzenie na chorobę jako zjawisko kulturowe*, „*Medycyna Nowożytna*” 1994, 1/2, s. 5–16.
- Penkala-Gawęcka D., *Od badania lecznictwa ludowego do polskiej antropologii medycznej (i komu jest ona potrzebna)*, w: *Myśli – pasje – działania. 100 lat etnologii uniwersyteckiej w Poznaniu*, red. A.W. Brzezińska, W. Dohnal, Poznań 2020, s. 307–329.
- Pennebaker J., *Writing about emotional experiences as a therapeutic process*, „*Psychological Science*” 1997, 8, 3, s. 162–166.
- Peters M.A., Besley T., *Introduction: competing conceptions of the creative university*, w: *Re-imagining the creative university for the 21st century*, red. T. Besley, M.A. Peters, Rotterdam 2013.
- Pędziwiatr M., *Holizm i redukcjonizm jako paradygmaty medyczne*, „*Acta Universitatis Lodzensis. Folia Sociologica*” 2003, 30, s. 27–39.
- Pęzik P., *Wyszukiwarka PELCRA dla danych NKJP*, w: *Narodowy Korpus Języka Polskiego*, red. A. Przepiórkowski, M. Bańko, R. Górski, B. Lewandowska-Tomaszczyk, Warszawa 2012, s. 253–273.

- Pidanty J., *Depresja po udarze*, 2021, <https://vrtierone.com/pl/depresja-po-udarze/> [dostęp: 13.02.2023 r.]
- Piekot T., *Dyskurs polskich wiadomości prasowych*, Kraków 2006.
- Piekot T., *Refleksyjność jako autoidentyfikacja w Krytycznej Analizie Dyskursu*, w: *Dyskurs w perspektywie akademickiej. Materiały z międzynarodowego okrągłego stołu 3–5 kwietnia 2009 r.*, Mińsk (Białoruś), Olsztyn 2014, s. 96–99.
- Piętkowa R., Witosz B., *Relacje nadawczo-odbiorcze w tekście terapeutycznym*, w: *Kształcenie porozumiewania się. Materiały konferencji naukowej Opole 26–28.09.1994*, red. S. Gajda, J. Nocoń, Opole 1994, s. 309–315.
- Pinker S., *The language instinct: how the mind creates language*, New York 1994.
- Pisarek W., *Językowy obraz świata*, w: *Encyklopedia wiedzy o języku polskim*, red. S. Urbańczyk, Wrocław 1978, s. 143.
- Pisarkowa K., *Językoznawstwo Bronisława Malinowskiego*, t. II, red. K. Pisarkowa, Kraków 2000.
- Pleszczyński J., *Dyskurs medialny z perspektywy epistemologicznej*, w: *Dyskursy komunikacji medialnej*, red. A. Filipczak-Białkowska, Łódź 2011, s. 11–16.
- Pluciennik J., *Literackie identyfikacje i oddźwięki. Poetyka a empiria*, Kraków 2004.
- Pragmatic disorders and theory of mind*, w: *Handbook of communication disorders*, red. L. Cummings, Cambridge 2013.
- Psychologiczne studia nad językiem i dyskursem*, red. I. Kurcz, J. Bobryk, Warszawa 2001.
- Puchowska-Florek M., Książkiewicz B., Nowaczewska M., *Ocena przydatności wybranych skal i testów do oceny afazji u pacjentów w ostrym okresie udaru mózgu*, „Udar Mózgu” 2005, 7, 2, s. 39–47.
- Puls Medycyny, 2019, *W Polsce odnotowuje się 90 tys. udarów niedokrwiennych rocznie*, <https://pulsmedycyny.pl/w-polsce-odnotowuje-sie-90-tys-udarow-niedokrwienych-rocznie-971045> [dostęp: 13.02.2023 r.].
- Puzynina J., *Język wartości*, Warszawa 1992.
- Puzynina J., *Słowo – Wartość – Kultura*, Lublin 1997.
- Raciborski F., Gujski M., red., *Udary mózgu – rosnący problem w starzejącym się społeczeństwie*, Warszawa 2016.

- Radick G., *Language, brain function, and human origins in the Victorian debates on evolution*, „Studies in History and Philosophy of Science Part C Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences” 2000, 31, s. 55–75.
- Rak M., *Czym nie jest językowy obraz świata?*, w: *Symbolae grammaticae in honorem Boguslai Dunaj*, red. R. Przybylska, J. Kaś, K. Sikora Kraków 2010, s. 485–495.
- Rakoczy M., *Słowo – działanie – kontekst. O etnograficznej koncepcji języka Bronisława Malinowskiego*, Warszawa 2012.
- Rakowski, T., *Antropologia medyczna jako stosowana nauka humanistyczna. Założenia, cele, praktyki*, w: *Antropologia stosowana*, red. M. Ząbek, Warszawa 2013, s. 355–374.
- Rasiński L., *Pojęcie „dyskursu” w poststrukturalizmie: Derrida, Lacan, Foucault*, „Teraźniejszość — Człowiek — Edukacja” 2009, 3 (47), s. 7–23.
- Raymer A., Foundas A., Maher L. i wsp., *Cognitive neuropsychological analysis and neuroanatomic correlates in a case of acute anomia*, „Brain and Language” 1997, 58, s. 137–156.
- Rehabilitacja chorych z afazją*, red. M. T. Nowakowska, Wrocław 1963.
- Rejter A., *Styl czy dyskurs naukowy? Perspektywa historyczna*, „Forum Lingwistyczne” 2018, 5, s. 17 – 25.
- Renkema J., *Introduction to discourse studies*, Amsterdam, 2004.
- Rewers E., *Język i przestrzeń w poststrukturalistycznej filozofii kultury*, Poznań 1996.
- Ricoeur P., *Język, tekst, interpretacja. Wybór pism*, Warszawa 1989.
- Rogodzińska K., Obrębska M., *Współczesne tabu językowe, czyli o czym nie mówią Polacy*, „Człowiek i Społeczeństwo” 2018, XLV, s. 127–147.
- Rorty R., *The linguistic turn*, Chicago 1967.
- Rosch E., *Human categorization*, w: *Studies in cross-linguistic psychology*, red. E. Warren, London 1977, s. 1–49.
- Rosch E., *On the internal structure of perceptual and semantic categories*, w: *Cognitive development and the acquisition of language*, red. T.E. Moore, London 1973, s. 111–44.
- Rouault F., Christie-Brown V., Broekgaarden R., Gusset N., Henderson D., Marczuk P., Schwersenz I., Bellis G., Cottet C., *Disease impact on general well-being and therapeutic expectations of European Type II and Type III spinal muscular atrophy patients*, „Neuromuscular Disorder” 2017, 27 (5) s. 428–438.



- Rozmus K., *Dlatego pożegnał się z zawodem. Objawy afazji pojawiły się u Bruce'a Willisa pięć lat temu*, 2022, <https://portal.abczdrowie.pl/dlatego-pozegnal-sie-z-zawodem-objawy-afazji-pojawily-sie-u-bruce-a-willisa-piec-lat-temu> [dostęp: 13.02.2023 r.]
- Rubens A., *The transcortical aphasias*, w: *Neurology of aphasia*, red. H.S. Kirshner, F.R. Freeman, Amsterdam 1982, s. 113–125.
- Ruffie J., Sourina J.Ch., *Historia epidemii: Od dżumy do AIDS*, Warszawa 1996.
- Rutkiewicz-Hanczewska M., *Afazja w ujęciu holistycznym*, w: *Afazjologia*, red. Z. Tarkowski, Warszawa 2021, s. 147–170.
- Rutkiewicz-Hanczewska M., *Apraksja mowy*, „Logopedia” 2017, 46, s. 193–210.
- Rutkiewicz-Hanczewska M., *Diagnoza i terapia osób z afazją*, w: *Afazjologia*, red. Z. Tarkowski, Warszawa 2021, s. 171–200.
- Rutkowska M., *Cranial-cerebral injuries – an epidemic of the 21st century*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2010, 2, z. 16, s. 192–200.
- Ryan B., Pitt R., „*It took the spark from him for a little while*”: a case study on the psychological impact of parental stroke and aphasia on a young boy, „Aphasiology” 2018, 32 (1), s. 189–190.
- Ryglewicz D., *Czynniki ryzyka w udarach mózgu*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii” 1994, 5, s. 33–40.
- Ryglewicz D., *Depresja poudarowa*, „Polski Przegląd Neurologiczny” 2005, 1, s. 44–48.
- Ryglewicz D., *Epidemiologia udaru mózgu*, w: *Udar mózgu*, red. A. Szczudlik, A. Członkowska, H. Kwieciński, A. Słowik, Kraków 2007, s. 85–95.
- Ryglewicz D., Milewska D., *Epidemiologia afazji u chorych z udarem mózgu*, „Udar Mózgu” 2004, 6, 2, s. 65–70.
- Rzeszutko-Iwan M., *Pojęcie tekstu w badaniach tekstologicznych*, w: *Lingwistyka tekstu w Polsce i w Niemczech. Pojęcia, problemy, perspektywy*, red. Z. Bilut-Homplewicz, W. Czachur, M. Smykała, Wrocław 2009, s. 57–69.
- Sacco R.L., Kasner S.E., Broderick J.P. i wsp., *An updated definition of stroke for the 21st century: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association*, „Stroke” 2013, 44, s. 2064–2089.

- Sachs H., Schegloff E., Jefferson G., *A simplest systematics for the organization of turn-taking for conversation*, „Language” 1974, 50, s. 1938–2008.
- Sacks O., *Clinical tales*, „Literature and Medicine” 1986, 5, 1, s. 16–23.
- Sacks O., *Mężczyzna, który pomylił swoją żonę z kapeluszem*, Poznań 2003.
- Sacks O., *Neurologist’s Notebook*, 1992 – 2019, <https://www.newyorker.com/magazine/a-neurologists-notebook> [dostęp: 13.02.2023 r.].
- Sacks O., *Stanąć na nogi*, Poznań 1996.
- Sakowicz A., *Listy do A. Mieszka z nami Alzheimer*, Warszawa 2019.
- Samborska-Kukuć D., *Spotkanie pacjenta z lekarzem oraz anamneza jako clou medycyny narracyjnej w eseistyce Andrzeja Szczeklika*, „Teksty Drugie” 2021, 1, s. 101–116.
- Saniewska D., *Alzheimer. Sposoby językowego konceptualizowania choroby na podstawie książki Still Alice (pl. Motyl) Lisy Genovy*, „Białostockie Archiwum Językowe” 2019, 19, s. 329–354
- Saniewska D., *Choroba i terapia. Świątek medycyny wileńskiej pierwszej połowy XIX wieku*, Białystok 2018.
- Saniewska D., *Logopedyczne zaniedbanie. O (nie)mówieniu osób wymagających przewlekłego inwazyjnego wsparcia oddechu*, w: *Białostockie Spotkania Młodych Logopedów. Med*, red. D. Saniewska, Białystok 2018, s. 101–120.
- Saniewska D., *Niewypowiedziany dramat. Możliwości komunikacyjne osób wymagających inwazyjnego wsparcia oddechu (na przykładzie pacjentów z rdzeniowym zanikiem mięśni, SMA)*, w: *Z problematyki kształcenia językowego VIII*, red. E. Awramiuk, U. Andrejewicz, Białystok 2020, s. 221–247.
- Saniewska D., *Obraz choroby Alzheimerera. Rekonstrukcja na podstawie książki „Motyl” Lisy Genovy*, w: *Białostockie Spotkania Młodych Logopedów. Varia*, red. D. Saniewska, Białystok 2017, s. 65–81.
- Saniewska D., *Obraz wileńskiej medycyny w pamiętnikach lekarz – Józefa Franka i Stanisława Morawskiego*, w: *Romantyzm uniwersytecki. Kulturotwórcza rola ośrodków akademickich w pierwszej połowie XIX wieku*, red. E. Dąbrowicz, Białystok 2019, s. 105–122.

- Saniewska D., *Od listu do blogu. Teksty intymistyczne jako historia choroby sui generis (wiek XIX–XXI)*, w: *Dyskurs (para)medyczny – gatunki, funkcje, przeobrażenia*, red. A. Dombrowski, W. Żarski, Wrocław 2018, s. 199–208.
- Saniewska D., *Polimorfizm smutku. Przypadek Juliusza Słowackiego*, w: *Uczucia i emocje w tekstach kultury*, red. J. Kuć, Kraków 2017, s. 25–42.
- Saniewska D., red., *Emocje – literatura – medycyna*, Kraków 2016.
- Saniewska D., Rutkowski J., „*Wilk opowiada o SMA*” – *terapia, informacja, komunikacja marketingowa i medyczna*, w „*Komunikacja medyczna – wyzwania i źródła inspiracji*”, red. A. Doroszevska, M. Chojnacka-Kuraś, Warszawa 2023 [w druku].
- Saniewska D., *Strukturalno-semantyczna analiza nazw białostockich gabinetów rehabilitacji/ fizjoterapii, cz. 1: wprowadzenie*, „*Białostockie Archiwum Językowe*” 2018a, nr 18, s. 227–244.
- Saniewska D., *Strukturalno-semantyczna analiza nazw białostockich gabinetów rehabilitacji/fizjoterapii, cz. 2: omówienie wybranych chrematonimów*, „*Białostockie Archiwum Językowe*” 2018b, nr 18, s. 245–275.
- Schiffrin D., *Approaches to discourse*, Oxford 1994.
- Seniów J., *Deficyty neurologiczne w udarach mózgowych*, „*Postępy Psychiatrii i Neurologii*” 1994, 3, s. 259–264.
- Serkowska H., *Po pierwsze nie metaforyzuj! O tropach demencji*, „*Teksty Drugie*” 2021, 1, s. 59–80.
- Shapiro J., Kasman D., Shafer A., *Words and words: a model of reflective writing and its uses in medical education*, „*Journal of Medical Humanities*” 2006, 227, s. 231–244.
- Shapiro K., Caramazza A., *The representation of grammatical categories in the brain*, „*Trends in Cognitive Sciences*” 2003, 7, s. 201–206.
- Shriberg L.D., *Developmental phonological disorders: Moving toward the 21<sup>st</sup> century – forwards, backwards, or endlessly sideways?*, „*American Journal of Speech–Language Pathology*” 1994, 3 (3), s. 26–28.
- Shrubsole K., Pitt R., Till K., Finch, E., Ryan, B., *Speech language pathologists’ practice with children of parents with an acquired communication disability: a preliminary study*, „*Brain Impairment*” 2020, 22, 2, s. 1–17.

- Shubina I., *Metafora jako sposób komunikowania treści poznawczo–emocjonalnych*, w: *Dziecko w edukacyjnej przestrzeni międzypokoleniowej*, red. A. Gołębiowski, Radom 2011, [https://www.researchgate.net/publication/322821290\\_Metafora\\_jako\\_sposob\\_komunikowania\\_tresci\\_poznawczo-emojconalnych](https://www.researchgate.net/publication/322821290_Metafora_jako_sposob_komunikowania_tresci_poznawczo-emojconalnych) [dostęp: 13.02.2023 r.].
- Shusterman R., *The somatic turn: coar of the body In contemporary culture. Performing live*, Ithaca 2000.
- Simmons N., *An ethnographic investigation of compensatory strategies in aphasia*, Ann Arbor 1993.
- Simmons-Mackie N., Damico J., Damico H., *The many faces of feedback in aphasia treatment. Poster presentation at the annual meeting of the American Speech Language Hearing Association*, Seattle 1996.
- Simmons-Mackie N., Damico J.S., *Qualitative methods in aphasia research: ethnography*, „Aphasiology” 1999, 13, 9–11, s. 681–687.
- Siudak A., *Afazja w ujęciu lingwistycznym, czyli co strukturalizm, generatywizm i kognitywizm wnoszą do współczesnej afazjologii*, „Socjolingwistyka” 2–15, XXIX, s. 89–104.
- Skowronek K., *Kultura konsumpcji – kultura terapii, Studia językoznawcze*, Kraków 2016.
- Slaughter S., Leslie L.L., *Academic Capitalism: Politics, Policies, and the Entrepreneurial University*, Baltimore 1997.
- Sławkowa E., *Dyskursywnie o dyskursie*, „Białostockie Archiwum Językowe” 2006, 6, s. 89–96.
- Słowik A., *Leczenie przyczynowe udaru niedokrwienego mózgu*, w: *Udary mózgu – rosnący problem w starzejącym się społeczeństwie*, red. F. Raciborski, M. Gujski, Warszawa 2016b, s. 74–78.
- Smoter K., *Inny i inność a obszar „nowej etyki”. Refleksje na pograniczu filozofii i edukacji międzykulturowe*, „Filozoficzne Problemy Edukacji” 2020, 3, s. 93–107.
- Sokołowska M., *Socjologia medycyny*, Warszawa 1986.
- Solecka M., *Lista specjalizacji według zespołu przy MZ*, „Kurier MP” 2016, <https://www.mp.pl/kurier/153112,lista-specjalizacji-wedlug-zespołu-przy-mz> [dostęp: 13.02.2023 r.].

- Sontag S., *Choroba jako metafora w choroba jako metfora. AIDS jego metafory*, Kraków 2016.
- Soroko E., *Obecność metafory w relacji terapeutycznej*, w: *Od systemu terapeutycznego do interwencji*, red. Ł. Kaczmarek, A. Słysz, E. Soroko, Poznań 2006, [https://www.researchgate.net/publication/256090987\\_Obecnosc\\_metafory\\_w\\_relacji\\_terapeutycznej](https://www.researchgate.net/publication/256090987_Obecnosc_metafory_w_relacji_terapeutycznej) [dostęp: 13.02.2023 r.].
- Sośniak K., *Historie picia alkoholików – terapeutyczne hybrydy tekstowe*, w: *Język a Komunikacja 12: Oblicza komunikacji I. Perspektywy badań nad tekstem, dyskursem i komunikacją*, t. 2, red. I.Kamińska-Szmaj, T. Piekot, M. Zaśko-Zielińska, Kraków 2006, s. 863–875.
- Spradley J., *Participant observation*, New York 1980.
- Spradley J., *The ethnographic interview*, New York 1979.
- Springer S.P., Deutsch G., *Lewy mózg, prawy mózg z perspektywy neurobiologii poznawczej*, przeł. I. Szatkowska, Warszawa 2004.
- Stec M., *Konceptualizacja pojęcia CHOROBA w polszczyźnie*, „Poradnik Językowy” 2007, 1, s. 20–32.
- Steciąg M., *Ekolingwistyka w dobie antropocenu: w stronę integracji i konsilencji*, „Biuletyn PTJ” 2021, LXXVII (77), s. 59–71.
- Stefaniak K., *Władza i tożsamość w komunikacji lekarz – pacjent*, Wrocław 2011.
- Stephens R., Umland C., *Swearing as a response to pain-effect of daily swearing frequency*, „The Journal of Pain” 2011, 12 (12), s.1274–1284.
- Stępień M., *Między literaturą a medycyną*, Warszawa 2015.
- Stockwell P., *Poetyka kognitywna*, red. E.Tabakowska, Kraków 2006.
- Stroke Alliance for Europe, Udar Mózgu. Plan Działania Dla Europy*, Bruksela 2018.
- Stwardnienie rozsiane – zarządzanie chorobą. Propozycje rozwiązań problemów*, red. M. Gałązka-Sobotka, Warszawa 2016.
- Synowiec A., *W stronę analizy tekstu – wprowadzenie do teorii dyskursu*, „Zeszyty Naukowe. Organizacja i Zarządzanie” 2013, 65, s. 383 – 396.
- Szacki J., *Historia myśli socjologicznej*, PWN, Warszawa 2005.

- Szadura J., *Sposoby nazywania przedmiotu jako narzędzie profilowania jego wyobrażenia bazowego, na przykładzie polskich nazw śniegu*, „Etnolingwistyka” 2015, 7, s. 129–145.
- Szamryk K.K., *Choroby i ich objawy w XIX-wiecznym „Słowniku polsko-lacińsko-lotewskim” Jana Kurmina*, „Poznańskie Studia Polonistyczne.Seria Językoznawcza” 2021, 28 (48), 2, s. 143–157.
- Szasz T., *The medicalization of everyday life. Selected essays*, New York 2007.
- Szczeklik A., *Katharsis. O uzdrowicielskiej mocy natury i sztuki*, Kraków 2009.
- Szczeklik A., *Kore., O chorych, chorobach i poszukiwaniu duszy medycyny*, Kraków 2007.
- Szczeklik A., *Nieśmiertelność. Prometejski sen medycyny*, Kraków 2021.
- Szczepankowska I., *Dyskurs prawny. Języki, teksty i konteksty*, Białystok 2016.
- Szczepankowska I., *Konstelacja dyskursów związanych tematycznie i funkcjonalnie ze sferą prawa – próba typologii*, w: *Dyskurs i jego odmiany*, red. B. Witosz, K. Sujkowska-Sobisz, E. Ficek, Katowice 2016, s. 31–40.
- Szehidewicz E., *Dyskurs psychoterapeutyczny w perspektywie językoznawczej – przegląd badań*, w: *Studi@ Naukowe*, t. 17: *Języki specjalistyczne wczoraj, dziś i jutro*, red. M. Łukasik, B. Mikołajewska, Warszawa 2014, s. 399–410.
- Szostakowska K., *Infantylicyzacja osób starszych nie tylko w sferze języka – raport z badań*, „Praca Socjalna” 2019, 34 (5), s. 7–21.
- Szubert M., *Anatomia bólu: ujęcie socjokulturowe*, „Ethos” 2017, 30, 4, s.102–122.
- Szubert M., *Ból w perspektywie biokulturowej*, w: *Biological turn: idee biologii w humanistyce współczesnej*, red. D. Wężowicz–Ziółkowska, E. Wieczorkowska, Katowice 2016, s.146–162.
- Szubert M., *Choroba, ciało, grzech: kulturowe studia maladyczne*, Opole 2022.
- Szubert M., *Chorowanie na ekranie. Casus onkocelbrytów*, „Kultura Popularna” 2019, 60, 2, s.102–116.
- Szubert M., *Ból po stracie dziecka – wirtualne świadectwa żałoby*, w: *Emocje – język – literatura*, red. D. Saniewska, Kraków 2016, s.287–302.

Szugajew A., *Metoda uważnego czytania (close reading) w medycynie narracyjnej*, w: *Medycyna narracyjna. Opowieści o doświadczeniu choroby w perspektywie medycznej i humanistycznej*, red. M. Chojnacka-Kuraś, Warszawa 2019, s. 109–124.

Szumaska J., *Metody rehabilitacji afazji*, Warszawa 1980.

Szwed R., *Nieswoistość analizy dyskursu w nauce o komunikacji. Dyskurs jako przedmiot i metoda badań*, w: *Zawartość mediów, czyli rozważania nad metodologią badań medioznawczych*, red. T. Gackowski, Warszawa 2011, s. 10–31.

Śpiewak P., *Słowniczek słów modnych i niemodnych (w humanistyce)*, „Res Publica Nowa”, październik 2002, 10, [http://niniwa22.cba.pl/spiewak\\_slowniczek\\_slow\\_modnych\\_i\\_niemodnych.html](http://niniwa22.cba.pl/spiewak_slowniczek_slow_modnych_i_niemodnych.html) [dostęp: 13.02.2023 r.].

Tabakowska E., *Gramatyka i obrazowanie. Wprowadzenie do językoznawstwa kognitywnego*, Kraków 1995.

Tabakowska E., *Językoznawstwo kognitywne a poetyka przekładu*, Kraków 2001.

Talaśka K., Milewski S., Kaczorowska-Bray K., *Pacjent w wieku podeszłym i jego potrzeby komunikacyjne w ocenie lekarzy*, w: *Starość – język – komunikacja. Nowe obszary logopedii*, red. S. Milewski, K. Kaczorowska-Bray, B. Kamińska, Gdańsk 2010, s. 33–64.

Taras B., *Leksem „dyskurs” i jego derywaty w polskich źródłach leksykograficznych*, w: *Tekst. Dyskurs. Komunikacja*, red. A. Buk, A. Hanus, A. Mac, D. Miller, M. Smykała, I. Szwed, Rzeszów 2020, s. 321–331

Taras B., *Pragmalingwistyka jako metoda badawcza dyskursu*, „Oblicza Komunikacji” 2006, 1, s. 92–102.

Tarkowski Z., Czochra M., *Miej oczy szeroko otwarte*, w: *Afazjologia*, red. Z. Tarkowski, Warszawa 2021a, s. 513–524.

Tarkowski Z., *Diagnoza dla potrzeb terapii w afazjologii*, w: *Afazjologia*, red. Z. Tarkowski, Warszawa 2021b, s. 57–76.

Tarkowski Z., Jauer-Noworowska O., *Życie z niepełnosprawnością*, w: *Afazjologia*, red. Z. Tarkowski, Warszawa 2021c, s. 1–20.

Tarkowski Z., *Osoba z niepełnosprawnością komunikacyjną w instytucji totalnej*, w: *Afazjologia*, red. Z. Tarkowski, Warszawa 2021d, s. 419–432

Tarkowski Z., red., *Afazjologia*, Warszawa 2021.

- Tarkowski Z., *Wprowadzenie do afazjologii*, w: *Afazjologia*, red. Z. Tarkowski, Warszawa 2021e, s. 21–34.
- Tarnogórska M., *Poemat międzywojenny. Studium z poetyki historycznej gatunku*, Wrocław 1997.
- Taylor Ch., *Źródła podmiotowości, Narodziny tożsamości nowoczesnej*, Warszawa 2001.
- Tesak J., Code C., *Milestones in the history of aphasia. Theories and protagonists*, London 2008.
- Thomas P., *What can linguistics tell us about thought disorder?*, w: *Communication and the mentally ill patient: Developmental and linguistic approaches to schizophrenia*, red. J. France, N. Muir, London 1997.
- Thompson C.K., *Neurocognitive recovery of sentence processing in aphasia*, „Journal of Speech, Language, and Hearing Research” 2019, 62, s. 3947–3972.
- Tiar A.M.V., Dumas J.E., *Impact of parental acquired brain injury on children: review of the literature and conceptual model*, „Brain Injury” 2015, 29 (9), s. 1005–1017.
- Tłokiński W., *Wprowadzenie*, w: M. Pąchalska, *Afazjologia*, Warszawa 2012, s. 7–8.
- Tokarczuk O., *Czuły narrator*, w: tejże, *Czuły narrator*, Kraków 2020, s. 261–289.
- Tokarska U., *Narracja autobiograficzna w terapii i promocji zdrowia*, w: *Narracja jako sposób rozumienia świata*, red. J. Brzebiński, Gdańsk 2002, s. 221–261.
- Tokarski R., *Ramy interpretacyjne a problemy kategoryzacji ( przyczynek do tzw. definicji kognitywnej)*, w: *Językowa kategoryzacja świata*, red. R. Grzegorzczakowa, A. Pajdzińska, Lublin 1996, s. 97–112.
- Tokarski R., *Semantyka barw we współczesnej polszczyźnie*, Lublin 2004.
- Tokarski R., *Słownictwo jako interpretacja świata*, w: *Encyklopedia kultury polskiej XX wieku*, t. 2: *Współczesny język polski*, red. J. Bartmiński, Wrocław 1993, s. 335–362.
- Tokarz F., *Nerwowe ośrodki i obwodowe zaburzenia mowy oraz głosu (afazja, dyszartria, dysfonia, mutyzm)*, w: *Foniatria kliniczna*, red. A. Pruszewicz, Warszawa 1992, s. 263–278.
- Tołstojowa S., *Władimir Toporow i jego teksty*, „Etnolingwistyka” 2007, 19, s. 11–30.
- Trojanowska A., *Informacja medyczna w Internecie*, „Forum Bibliotek Medycznych” 2013, 6, 1, s. 89–100.



- Trzebiński J., *Narracja jako sposób rozumienia świata*, Gdańsk 2002.
- Turner B.S., *The body and society. Explorations In social theory*, London 1996.
- Turner B.S., *The body and society. Explorations in social theory*, London 1996.
- Ulatowska H., *Narracje transformacyjne (quest narratives): wizerunki afazji*, w: *Studia z neuropsychologii klinicznej*, red. A. Bolewska, E. Łojek, H. Okuniewska, Warszawa 2014, s. 97–111
- Ulatowska H., Olness G.S., *Kilka uwag o znaczeniu badań nad afazją dla teorii narracji*, „Teksty Drugie” 2011, 1–2, s. 183–189.
- Ulatowska-Szostak E., *Badania nad Internetem jako źródłem informacji o chorobie*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2009, 90 (2), s. 246–253.
- Urban A., *Analiza wybranych sprawności językowych jako wskaźnik funkcjonowania poznawczego u osoby z afazją akustyczno–mnesticzną*, „Conversatoria Linguistica” 2021, XII, s. 95–110.
- Wade D.T., Hewer R.L., David R.M., Enderby P.M., *Aphasia after stroke: natural history and associated deficits*, „Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry” 1986, 49, s. 11–16.
- Wafa H.A., Wolfe C.D.A., Emmet E., Roth G.A., Johnson C.O., Wang Y., *Burden of stroke in Europe. Thirty-year projections of incidence, prevalence, deaths, and disability—adjusted life years*, „Stroke” 2020, 51, s. 2418–2427.
- Walden-Gałuszek de K., *Jakość życia w chorobie nowotworowej*, Gdańsk 1994.
- Walsh K.W., *Neuropsychologia kliniczna*, Warszawa 1998.
- Warnke I., *Żegnaj tekście – witaj dyskursie? O sensie i celu poststrukturalistycznego uwolnienia pojęcia tekstu*, w: *Lingwistyka tekstu w Niemczech. Pojęcia, problemy, perspektywy*, red. Z. Bilut–Homplewicz, W. Czachur, M. Smykała, Wrocław 2009, s. 343–360.
- Warnke I.H., Spitzmüller J., *Wielopoziomowa lingwistyczna analiza dyskursu – DIMEAN*, „Tekst i dyskurs – Text und Diskurs” 2009, 2, s. 123–147.
- Warnke I.H., Spitzmüller J., *Wielopoziomowa lingwistyczna analiza dyskursu – DIMEAN*, „Tekst i dyskurs. Text und Diskurs” 2009, 2, s. 123–147.
- Wernicke C., *Der Aphasische Symptomencomplex*, Breslau 1874.

- Wernicke C., *Der Aphasische Symptomenkomplex. Eine Psychologische Studie auf Anatomischer Basis*, Breslau 1874.
- White H., *Poetyka pisarstwa historycznego*, red. E. Domańska, M. Wilczyński, Kraków 2000.
- WHO – World Health Organization, *Benchmarks for training in traditional/complementary and alternative medicine. Benchmarks for training in Osteopathy*, Geneva 2010.
- WHO – World Health Organization, *Cancer, fact sheet N°297*, 2015, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en> [dostęp: 13.02.2023 r.].
- WHO – World Health Organization, *Manual of the international statistical classification of diseases, injuries and causes of death*, Geneva 1977.
- WHO – World Health Organization, *The atlas of heart disease and stroke: global burden of stroke*, 2004, [http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/resources/atlas/en](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en) [dostęp: 13.02.2023 r.].
- Whorf B.L., *Język, myśl, rzeczywistość*, Warszawa 1982, s. 284–285.
- Wicińska K., *Media społecznościowe jako narzędzie rozwijające działania marketingowe przedsiębiorstw*, „Rynek – Społeczeństwo – Kultura” 2017, 3 (24), s. 115–121.
- Wierciński H., *Rak. Antropologiczne studium praktyk i narracji*, Warszawa 2015.
- Wierciński H., *Etnograf w szpitalu. Uwagi na temat kłopotów z biomedycyną*, „Zeszyty Etnologii Wrocławskiej” 2016, 2 (25), s. 71–92.
- Wilson E., *Konsiliencja. Jedność wiedzy*, Poznań 2011.
- Wise R.J., Greene J., Buchel C., Scott S.K., *Brain regions involved in articulation*, „Lancet” 1999, 353, s. 1057–1061.
- Wiszniewska M., Świdorski W., Fryze W. i wsp., *Knowledge of stroke problems among adults in Poland*, „Neurologi i Neurochirurgia Polska” 2000, 34 (6), s. 1129–36.
- Witosz B., *Badania nad dyskursem we współczesnym językoznawstwie polonistycznym*, „Oblicza Komunikacji” 2012, 5, s. 61–77.
- Witosz B., *Dyskurs i stylistyka*, Katowice 2009.
- Witosz B., *Lingwistyka tekstu – stan aktualny i perspektywy*, w: „Poradnik Językowy” 2007, (7), s. 3–19.

- Witosz B., *Miejsce stylistyki w obrębie współczesnych badań dyskursu*, w: *Polonistyka w przebudowie*, red. M. Czermińska i wsp., t.1, Kraków 2005, s. 66–78.
- Witosz B., Sujkowska-Sobisz K., Ficek E., *Wprowadzenie*, w: *Dyskurs i jego odmiany*, red. B. Witosz, K. Sujkowska-Sobisz, E. Ficek, Katowice 2016, s. 9–11.
- Wnuk A., *Powieść poetycka wobec autobiografii*, „Świat Tekstów. Rocznik Słupski” 2011, z. 9, s. 15–34.
- Wodak R., *Dyskurs polityczny: retoryka wykluczenia a gatunki języka pisanego*, w: *Krytyczna analiza dyskursu, interdyscyplinarne podejście do komunikacji społecznej*, red. A. Duszak, N. Fairclough, Kraków 2008, s. 185–213.
- Wodak R., *Wstęp: Badania nad dyskursem – ważne pojęcia i terminy*, w: *Jakościowa analiza dyskursu*, R. Wodak, M. Krzyżanowski, Warszawa 2011, s. 11–37.
- Wojtak M., *Dyskurs asekuracyjny w dyskursie naukowym*, w: *Dyskurs naukowy – tradycja i zmiana*, red. S. Gajda, Opole 1999, s. 139–147.
- Wojtak M., *O relacjach dyskursu, stylu, gatunku i tekstu*, „Tekst i Dyskurs – Text und Diskurs” 2011, 4, s. 69–79.
- Wojtak M., *Przyjacielsko, miło, zrozumiale, czyli o stylu poradnika*, w: *Kształcenie porozumiewania się. Materiały konferencji naukowej Opole 26–28.09.1994*, red. S. Gajda, J. Nocoń, Opole, s. 301–307.
- Wolańska E., *Gatunek wypowiedzi, Praktyczna stylistyka nie tylko dla polonistów*, red. E. Bańkowska, A. Mikołajczuk, Warszawa 2003, s. 94–107.
- Woolf V., *O chorowaniu*, Wołowiec 2010.
- Woś R., *Porozmawiajmy o „Big Pharmie”*, 2021, <https://www.tygodnikpowszechny.pl/porozmawiajmy-o-big-pharmie-166340> [dostęp: 13.02.2023 r.].
- Woźniak T., *Narracja w schizofrenii*, Lublin 2005.
- Wójcicka M., *Picturebook w świetle teorii aktów mowy i obrazu (na podstawie „Mama zawsze wraca” Agaty Tuszyńskiej i Iwony Chmielewskiej)*, „Prace Językoznawcze” 2022, XXIV, 1, s. 253–268.
- Yang Z.H., Zhao X., Wang C.X., Chen H.Y., Zhang Y.M., *Neuroanatomic correlation of the post-stroke aphasia studied with imaging*, „Neurological Research” 2008, 30, s. 356–360.
- Yin R.K., *Studium przypadku w badaniach naukowych projektowanie i metody*, Kraków 2015.

Young S., *I'm not here for your inspiration, thank you very much*, <https://www.youtube.com/watch?v=8K9Gg164Bsw> [dostęp: 13.02.2023 r.].

Zabielska M., *Medyczny opis przypadku – ewolucja gatunku i obrazu pacjenta*, w: *Dyskurs (para)medyczny. Gatunki – funkcje – przeobrażenia*, red. A. Dombrowski, W. Żarski, Wrocław 2018, s. 275–288.

Zabielska M., Żelazowska-Sobczyk M., *Obraz pacjenta w opisach przypadku z psychologii / psychiatrii na tle opisów z dziedzin kliniczno-diagnostycznych. Studium kontrastywne wybranych elementów narracyjnych*, „Polonica” 2021, 41(1), s. 61–80.

Zadykowicz A., *Lingwistyczne aspekty dyskursu genderowego*, w: *Dyskurs: aspekty lingwistyczne, semiotyczne i komunikacyjne*, red. A. Kiklewicz, I. Uchwanowa-Szmygowa, Olsztyn 2015, s. 273–283.

Zaleski M., *Przygoda drugiej awangardy*, Wrocław 1984.

Zarębina M., *Niektóre językoznawcze zagadnienia metodologiczne w związku z interdyscyplinarnym charakterem badań nad afazją*, w: *Badania lingwistyczne nad afazją: księga referatów wygłoszonych na międzynarodowej konferencji naukowej (Warszawa, 10–12 XII 1975)*, red. H. Mierzejewska, Wrocław 1978, s. 109–118.

Zarzycka G., *Dyskurs – dyskursologia – glottodydaktyka polonistyczna*, „Acta Universitatis Lodzianis. Kształcenie Polonistyczne Cudzoziemców” 2018, 25, s. 27–42.

Zawisławska M., *DNA – księga życia. Jak metafora wpływa na znaczenie wyrazów?*, „Język a Kultura” 2015, 25, s. 177–188.

Zdrodowska M., *Między aktywizmem a akademią. Studia nad niepełnosprawnością*, „Teksty Drugie” 2016, 5, s. 384–403.

Zgółko H., Zgółko T., *Językowy savoir-vivre*, Poznań 1992.

Zielińska J., Zieliński M., Ślusarz R., *Wpływ zaburzeń afatycznych na jakość życia pacjentów po udarze niedokrwiennym mózgu*, „Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne” 2020, 9, 3, s. 108–113.

Zierkiewicz E., *Patografia jako zjawisko kulturowe i jako narzędzie nadawania znaczeń chorobie przez współczesnych pacjentów*, „Teraźniejszość – Człowiek – Edukacja” 2012, 157, s. 49–61.

Zierkiewicz E., *Patografia jako zjawisko kulturowe i jako narzędzie nadawania znaczeń chorobie przez współczesnych pacjentów*, „Teraźniejszość – Człowiek – Edukacja” 2012, 1, 57, s. 49–61.

Zinken J., *Metaphors, stereotypes, and the linguistic picture of the world: Impulses from the Ethnolinguistic School of Lublin*, „Metaphorik.de” 2014, s. 115–136.

Ziółek M., *Prof. Rutkiewicz-Hanczewska: Połowa świata nie mówi...*, 2021, <https://uniwersyteckie.pl/nauka/prof-rutkiewicz-hanczewska-polowa-swiata-nie-mowi> [dostęp: 13.02.2023 r.].

Żelazkowska M., Zabielska M., *Opis przypadku jako tekst specjalistyczny w dyskursie medycznym – przegląd badań*, „Lingwistyka Stosowana” 2016, 16, s. 165–190.

Żmigrodzka B., *Piciorys w przestrzeni dyskursu terapeutycznego. Wstęp do lingwistycznej charakterystyki gatunku*, „Socjolingwistyka” 2018, XXXII, s. 107–122.

Żuk G., *Językowy obraz świata w polskiej lingwistyce przełomu wieków, Przeobrażenia w języku i komunikacji medialnej na przełomie XX i XXI wieku*, red. M. Karwatowska, A. Siwiec, Chełm 2010, s. 239–257.

Żulewska-Wrzosek J., *Problemy chorych z afazją w kontekście psychospołecznym*, „Praca Socjalna” 2012, 36 (1), s. 121–137.

## **STRONY INTERNETOWE**

Afast, <https://afast.pl/>, [dostęp: 13.02.2023 r.].

Jasnopis, <https://www.jasnopis.pl/> [dostęp: 13.02.2023 r.].

Kokot M, 2019, Pionek w grze, <https://afazja.org.pl/pionek-w-grze> [dostęp: 13.02.2023 r.].

Komunikacja w medycynie, <https://komunikacjawmedycynie.wum.edu.pl> [dostęp: 13.02.2023 r.].

Kultura i Neuronauka, <https://afazja.blogspot.com> [dostęp: 13.02.2023 r.].

Narracje, <https://narracje.eu/narracje2018/artysta/karolina-wiktor-2> [dostęp: 13.02.2023 r.].

Niezbędnik Afazjanina, <https://www.youtube.com/watch?v=IRyHO0FKnzE> [dostęp: 13.02.2023 r.].

NKJP – Narodowy Korpus Języka Polskiego, <http://nkjp.pl> [dostęp: 13.02.2023 r.].

Nowe wyrazu, <https://nowewyrazy.uw.edu.pl/haslo/postdyscyplinarnosc.html> [dostęp: 13.02.2023 r.].

Padnij, powstań, <http://padnijpowstan.pl> [dostęp: 13.02.2023 r.].

RPN, Wszyscy jesteśmy pacjentami, 2018, <https://publica.pl/teksty/rpn-wszyscy-jestesmy-pacjentami-63330.html> [dostęp: 13.02.2023 r.]

Wydawnictwo Czarne, seria Przez Rzekę, <http://czarne.com.pl/katalog/serie/przez-rzeke> [dostęp: 13.02.2023 r.].

## **ROZPORZĄDZENIA**

Dyrektywa 2001/83/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 6 listopada 2001 r. w sprawie wspólnotowego kodeksu odnoszącego się do produktów leczniczych stosowanych u ludzi.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 kwietnia 2010 r. w sprawie badania czytelności ulotki (Dz.U. 2010 nr 84 poz. 551).

Rozporządzenie Ministra Edukacji i Nauki z dnia 11 października 2022 r. w sprawie dziedzin nauki i dyscyplin naukowych oraz dyscyplin artystycznych dziedzina nauk humanistycznych (Dz. U. z 2022 r., poz. 2202).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lutego 2009 r. w sprawie wymagań dotyczących oznakowania opakowań produktu leczniczego i treści ulotki. Wytyczne ustawodawstwa polskiego i europejskiego (Dz.U. 2009 nr 39 poz. 321).

## **SŁOWNIKI**

(DHED) – Douglas Harper's Etymology Dictionar, <https://www.etymonline.com>.

(SJP) – Słownik języka polskiego PWN, <https://sjp.pwn.pl>.

(SJD) – Słownik języka polskiego pod red. W. Doroszewskiego, <https://sjp.pwn.pl/doroszewski>.

(SS) – Słownik synonimów, <https://www.synonimy.pl/synonim/cz%C4%99%C5%9B%C4%87>.

(SK) – Kopaliński W., *Słownik symboli*, Warszawa

(SWil) – *Słownik języka polskiego, obejmujący oprócz zbioru właściwie polskich,*

*znaczną liczbę wyrazów z obcych języków polskiemu przyswojonych; nomenklatury tak dawne, jak też nowo w użycie wprowadzone różnych nauk, umiejętności, sztuk i rzemiosł; nazwania monet, miar i wag główniejszych krajów i prowincij; mitologję plemion słowiańskich i innych ważniejszych, tudzież oddzielną tablicę słów polskich nieforemnych z ich odmianą; do podręcznego użytku, Wilno 1861,*  
<https://pbc.gda.pl/dlibra/publication/3369/edition/17147>.

## SUMMARY

### *Medical discourse in a linguistic perspective on the example of aphasia*

The title of the dissertation informs us of the existence two co-objects of reflection - these are the medical discourse and the elliptically framed aphasia discourse. The diagnoses in the medical discourse are of a screening nature, bringing out what succours the aphasia discourse not identical to the aphasia discourse, although both can be looked at from a JOS perspective.

The aim of this work is to discover and describe the world of the patient - the aphatic - through his or her language; the world as the patient experiences it, as he or she thinks about it, using the instrumentarium of the linguistic world picture.

The linguistic material was excerpted from aphasia autobiographies, or *aphasiographies*, showing the unique perspective of the patient. I see the material analysed here as texts in all their entanglement, i.e. with all that happens in and around the text, i.e. in the discourse. The base text - the initial 'discourse event' (Foucault 2002, p. 38) - is the book *Volga by Aphasia* by Karolina Wiktor, around which satellite texts - publications of *interviews* with the author - appear. Jack Rozenk's aphasiographs appear alongside *Dall down, rise up Life after stroke* and Tadeusz Kaczmarek *Stroke and aphasia. Memories of Tadeusz T. Kaczmarek*.

The research work I did on the aphasia discourse represented by aphasiographers, after screening the medical discourse, proceeded in two stages. First, in a practice of dense reading, I reconstructed the image of aphasia in Karolina Wiktor's statements. Then, in the inference procedure, I introduced contexts from other aphasiographies and scientific references: medical, sociological, anthropological. The idea behind the practice of dense reading, designed in this way, is to obtain an affirmation of the universality of meanings arising from overlapping individual experiences. This confirmation can only be obtained through discourse.

In part one of this theoretical work, I take a broad look at the *phenomenon of aphasia and discourse* understood as 'an empirical fact that is the starting point of scientific research' (SJP). The state of research shows that these phenomena have a long history of scientific reflection, but also many areas of obscurity. In order to illuminate them, I introduce a division into two chapters.



In the one on aphasia, after presenting the history of the field called *aphasiology*, I analyse the possible approaches to view: medical, neuropsychological, neurolinguistic, linguistic, communicative, neuro/logopaedic, which allows me to note the absence of reflections from clinical linguistics and finally ask the rhetorical question of whether there is an aphasiological point of view. I go on to describe aphasia as a disease entity that can be characterised by definitions, classifications, taxonomies, symptoms, pathomechanisms and epidemiological data, and differentiated from disorders with different aetiologies. It is therefore a largely clinical picture reconstructed from neuro/logopaedic knowledge.

In the next chapter, I turn to discourse and the concepts that influence its understanding: *language, text, style, genre, communication, contexts* Pointing out the interrelationships between them provokes the rhetorical question also posed in this chapter as to whether we need such a field as *discursology*. I then turn my attention to the ambiguities associated with the term *discourse* and the possibilities of operationalising and conceptualising it - through hitherto unverified concordances and collocations excerpted from the National Corpus of the Polish Language - and finally typologising it. The next step is to identify the peculiarities of the spatio-temporally dependent currents of discourse-oriented research: German, French, Anglo-Saxon, and to point out the peculiarities of Polish research, whose distinctive feature is a strong affiliation with indigenous ethnocognitive linguistics. Confronting these approaches reveals the many extensions between them, but also the rifts, resulting in the coexistence of variously focused approaches to working with discourse: discourse analysis, critical discourse analysis, qualitative analysis and linguistic analysis. The image of discourse - described as a universe - is here reconstructed on the basis of linguistic knowledge.

In the second, methodological part, I identify a relay of inspirations developed against an ethnolinguistic (anthropology, cognitivism, linguistic worldview), linguistic (holistic conception of Polish studies, public linguistics, critical analysis of medical discourse) and medical (medical anthropology, narrative medicine) background, as well as in contexts of *otherness*. I pay particular attention here to the ethnography of aphasia. The next chapter presents the *conceptual* framework of the dissertation (the adopted definitions of *aphasia, discourse, text* and the process of selecting the nomenclature I use). Here I mark the typical identity of object and method and subject and researcher in discourse-oriented research. I then discuss my proposed *practice of dense reading* as a

research procedure in an ethnographic-linguistic paradigm with the typical dilemmas of qualitative research. This section concludes with a characterisation of the *poetics of this dissertation*. In this segment of the work, I rely on ethnographic knowledge.

In the third, researchpart, I reintroduce the dual division into chapters. Initial here is a panoramic view of medical discourse through aspects of thematisation (I discuss here: discourse of illness in literary studies, metaphors of illness, and discourse of illness in linguistic studies), institutionalisation, and substanceisation and ideologisation. The introduction of the main differentiation with the therapeutic discourse allows me to change the optics to an approximation and move on to the aphasia discourse. Here I analogously analyse its dimensions: thematisation (metaphors of aphasia), institutionalisation, and substanceisation and ideologisation. I write separately about the peculiarities of the treatment of discourse in neuro/logopaedics, as well as the universal properties of medical discourse that aphasia discourse also *inherits*. In the secondary research field, I undertake a dense reading practice that results in *aphasia mapping*, by identifying landmarks that confirm the universality of the underlying text in the context of other aphasiographies. I identify eight such indicators: the patient, the doctor's attitude, the patient's psychological sphere, communication, identity, interpersonal relationships, family, and the benefits of being ill. In the conclusion, I propose to refer to the categories of 'sensitive researcher' and 'wounded narrator', which link literary linguistic material to perspectives of ethnographic reading.

In the final chapter, I present a concept that provides a framework for the practice of dense reading - this is *critically engaged linguistics*. In its light, two more fields of analysis specific to medical discourse are revealed: the discourse of silence (around sexuality) and the discourse of pseudo-inspiration (around the phenomenon of *inspirational porn*). Second: four areas of practical applications of linguistics in medical discourse: in post-stroke speech therapy, in narrative medicine aimed at training narrative competence, in linguistic *savoir-vivre* and in medical copywriting.

I conclude by emphasising that discourse-oriented ethnographic research - and this is how the practice of dense reading is profiled in the framework of critically engaged linguistics - is directed towards reconstructing, interpreting and understanding the worlds the researcher enters. It is my conviction that, upon reaching the final page of this dissertation, the world of aphasics - the land of Aphasia - will prove to be not as alien and not as hostile as the clinical discourse portrays it.