

Jan Doroszewski

Odmiany języka medycyny

Język nauki i język praktyki klinicznej – obraz ogólny¹

Główne odmiany języka medycyny są następujące:

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

Język powyższych odmian dzieli się na język ogólny i język konkretny. Ogólny język opisu ludzi zdrowych i chorych ma charakter naukowy i dydaktyczny – opisuje stan ludzi zdrowych i chorych oraz współdziałania z tymi ludźmi, tj. badania i szeroko rozumiane leczenie, czyli metodologię postępowania klinicznego. Język konkretny, szczegółowy opisuje wyniki badania naukowego w konkretnych sytuacjach badawczych oraz szeroko rozumianego badania i leczenia poszczególnych ludzi, czyli pacjentów – jest to dokumentacja kliniczna.

Ogólny język relacji deontycznych opisuje filozoficzne i etyczne relacje łączące personel medyczny z ludźmi korzystającymi z ich pomocy, czyli z pacjentami. Szczegółowy język deontologii medycznej (patrz dalej) opisuje zobowiązania moralne i uczuciowe łączące lekarzy z ich pacjentami w konkretnych przypadkach. Ogólny język porozumienia lekarzy z pacjentami przedstawia teoretyczne podstawy tej działalności, jest wynikiem badań szczegółowych i doświadczenia praktycznego, jest też przedmiotem nauczania w komunikacji medycznej. Szczegółowy język porozumienia lekarzy z pacjentami jest językiem stosowanym przez nich w związku z diagnozą lekarską, projektem postępowania i podejmowaniem decyzji oraz realizacją pomocy medycznej. Język łączący ludzi zdrowych i chorych pomiędzy sobą oraz przedstawi-

¹ Serdecznie dziękuję Pani Profesor Renacie Grzegorzycowej za cenne uwagi do mojego tekstu i pomoc. Na moją prośbę Pani Profesor sporządziła zestawienie prac z dziedziny językoznawstwa łączących się tematycznie z niniejszą pracą. Ich wykaz znajduje się w bibliografii.

cieli zawodów medycznych między sobą jest przedmiotem nauk współpracujących z medycyną, zwłaszcza socjologii. Jest bowiem językiem stosowanym w relacjach społecznych.

W ogólnych odmianach wyżej wymienionych dziedzin można wyróżnić poziom operacyjny (najbardziej szczegółowy) oraz poziom mający charakter pośredni (specjalistyczny i interdyscyplinarny). Wszystkie odmiany języka medycyny wyrażają myśli, uczucia i dyspozycje ludzi zdrowych i chorych oraz lekarzy i innych członków personelu medycznego, którzy opiekują się ludźmi potrzebującymi ich pomocy. Ogólne odmiany języka medycznego są zbliżone do naturalnego systemu językowego i do języka rozumianego abstrakcyjnie jako *langue*. Języki mające charakter szczegółowy są zbliżone do języka poziomu *parole* i faktów językowych. Naturalny język medycyny ma różne odmiany fachowe i łączy się z językiem potocznym, zwłaszcza w zakresie porozumienia personelu medycznego z pacjentami.

Język medycyny, jak wszelkie odmiany języka naturalnego, jest podstawą tworzenia myśli, rozumowania, porozumiewania się i działania. Służy realizacji następujących celów. Są to:

- naukowy opis człowieka jako całości w zdrowiu i chorobie (zwłaszcza terminologia specjalistyczna) wraz z relacjami danej osoby ze środowiskiem i społeczeństwem,
- porozumiewanie się lekarzy i innych pracowników ochrony zdrowia z ludźmi wymagającymi ich pomocy,
- porozumiewanie się specjalistów między sobą,
- sformułowanie podstawowych zasad filozoficznych i etycznych, na których opiera się relacja personelu medycznego i pacjentów.

Wyżej wymienione dziedziny odznaczają się wielką różnorodnością treści, obejmują różne nauki i elementy codziennego życia, a jednocześnie stanowią jedną całość, co jest możliwe dzięki wykorzystaniu języka naturalnego jako podstawy nauki i praktyki medycznej. Pełna i szeroko rozumiana skuteczność medycyny wymaga jednak wykorzystania współpracy z innymi naukami i zastosowania formalnych metod rozwiązywania problemów. Język naturalny stosowany w medycynie jest wysoko rozwiniętym i wyspecjalizowanym językiem fachowym. Zadania związane z pomocą zdrowotną mają też ścisły związek z językiem potocznym.

Język medycyny składa się z terminów o znaczeniu ściśle związanym z medycyną oraz z wyrażen należących do języka ogólnego (powszechnego), używanych w jednym z ich znaczeń dotyczących medycyny.

Z najbardziej ogólnego punktu widzenia język medycyny składa się z wyrażen stanowiących ciągi artykułowanych dźwięków mowy i z artykułowanych językowo myśli, uczuć i dyspozycji. Formułowanie wypowiedzi i kierowanie przez świadomość procesami psychicznymi jest jednym z aspektów związku myśli i języka, co wyraża się w powiązaniu psychicznych procesów przedjęzykowych z rozumowaniem naturalnym, kompetencją i tak zwaną intuicją. Medyczny język naturalny jako

podstawa medycyny ma typową dla klasycznego rozumienia składnię i gramatykę, tj. wyraża się w zdaniach mających podmiot, orzeczenie i różnego rodzaju dopełnienia o bardzo złożonym znaczeniu². Znaczenie podstawowe jest podstawą struktury logicznej języka, obejmuje jednak tylko część znaczenia całości zdania. Uwzględnienie różnych elementów dopełniających podstawowe elementy zdania jest podstawą szczegółowego i wielostronnego rozumienia wypowiedzi. Struktura ściśle logiczna odróżniona od całości treści zdania przypomina rozróżnienie Pascala, ujęte jako *esprit geometrique* z jednej strony i *esprit de la finesse* z drugiej.

Zdania ogólne języka filozofii medycyny dotyczące życia i szczęścia wiążą się ze znaczeniem życia i szczęścia dotyczących człowieka jako całości z medycznego punktu widzenia, tj. ciała, psychiki i relacji z otoczeniem. Na tym polega charakterystyczna dla medycyny specyficzność znaczenia tych pojęć. Chodzi przede wszystkim o to, że budowa i funkcjonowanie ciała są warunkami koniecznymi dla procesów psychicznych i relacji z otoczeniem, zwłaszcza społecznym, przy jednoczesnej zależności procesów somatycznych od procesów psychicznych i środowiskowych.

Język porozumienia lekarza z pacjentem

Rozmowa lekarza z pacjentem jest jedną z podstawowych części działania mającego na celu utrwalenie lub przywrócenie pacjentowi zdrowia³. Ten sam cel przyświeca pacjentowi. Obie strony wiedzą więc, do czego dąży, czyli czego chce, każdy z rozmówców. Dlatego też wiele elementów rozmowy nie znajduje wyrazu językowego i jest przedmiotem domysłu na podstawie zachowania drugiej strony i sytuacji, w której odbywa się rozmowa. Podobnie jak w innych analogicznych sytuacjach językowego porozumienia rozmowa lekarza z pacjentem polega na przekazywaniu sobie nawzajem informacji, zadawaniu pytań i udzielaniu odpowiedzi oraz na formułowaniu dyrektyw. Szczególnie charakterystyczne dla rozmowy lekarza z pacjentem, która stanowi część postępowania lekarskiego, są następujące jej części:

- informacja o stanie pacjenta,
- projekt postępowania lekarza,
- uzgodnienie realizacji projektu,
- dyrektywy wykonawcze,
- psychiczne oddziaływanie lecznicze i opiekuńcze.

Lekarz uzyskuje informacje o stanie pacjenta na podstawie badania lekarskiego, którego podstawową częścią jest rozmowa stale towarzysząca innym instrumentalnym

² Zob. R. Grzegorzczkova, *Wykłady z polskiej składni*, Warszawa 1998; R. Grzegorzczkova, *Wprowadzenie do semantyki językoznawczej*, Warszawa 1995.

³ Zob. *Porozumienie z pacjentem. Relacje i komunikacja*, red. J. Doroszewski, M. Kulus, A. Markowski, Warszawa 2014; J. Doroszewski, *Podstawy współczesnej komunikacji lekarskiej*, [w:] *Porozumienie z pacjentem...*, s. 13–22.

i przedmiotowym metodom badania. Na drodze pytań i odpowiedzi lekarz dowiaduje się, co pacjent sądzi o swoim stanie zdrowia, jak go ocenia i jak chciałby stan ten zmienić lub utrwalić. Innymi słowy, lekarz dowiaduje od pacjenta o jego sądach, uczuciach i chęciach lub zamiarach związanych ze stanem zdrowotnym, tj. zdrowiem lub chorobą, czyli uzyskuje informację na temat perspektywy pacjenta. Pacjent z kolei dowiaduje się od lekarza, jakie jest rozpoznanie, czyli diagnoza stanu pacjenta, ustalana przez lekarza na drodze badania podmiotowego i przedmiotowego. Poznaje więc, co lekarz z fachowego punktu widzenia oraz w wyniku osobistego namysłu wie o jego stanie somatycznym i zależnym od niego stanie psychicznym oraz o relacjach z otoczeniem, zwłaszcza społecznym. Diagnoza dotyczy aktualnego oraz przewidywanego w przyszłości stanu zdrowia i życia pacjenta wraz z oceną prawdopodobieństwa i czasu wystąpienia zmian. Stopień szczegółowości rozpoznania lekarza może być różny w zależności od sytuacji, życzeń pacjenta i wycucia lekarza.

Z punktu widzenia formy językowej informacja o stanie zdrowia pochodząca zarówno od pacjenta, jak i od lekarza może mieć różnorodny charakter, zasadniczo jednak treść tej informacji zawiera się w zdaniach typu oznajmującego. Ważne jest tu wzajemne zrozumienie ściśle językowe, tzn. np. żeby lekarz dobrze zrozumiał opis objawów, o których mówi pacjent. Szczególnie charakterystyczny dla postępowania lekarza jest projekt działania terapeutycznego lub profilaktycznego, na który składa się przedstawiony pacjentowi przez lekarza opis czynności, które są niezbędne lub pożądane dla uzyskania stanu pacjenta jak najbardziej zbliżonego do stanu zdrowia przy możliwie małych skutkach ubocznych. Jest to więc wynik rozwiązania przez lekarza problemu decyzyjnego opartego na kryteriach fachowych i zasadach etycznych. Przedstawiony pacjentowi przez lekarza projekt jest poddany uzgodnieniu, tj. dyskusji lekarza z pacjentem dotyczącej stosunku pacjenta do różnych elementów projektu. Uzgodnienie polega na wyrażeniu przez pacjenta zapewnienia o współpracy w realizacji projektu opartego na zrozumieniu przez pacjenta tego, co i dlaczego ma być wykonane. Możliwe jest wspólne dojście do modyfikacji projektu z uwzględnieniem jednak faktu fachowej podstawy projektu lekarza. Dyskusja zawiera więc często wyjaśnienia udzielane przez lekarza, uzupełnienia i elementy perswazyjne. Dlatego też faza ta nazywana jest uzyskiwaniem świadomej zgody pacjenta. Typową językową formą tej fazy są zdania typu oznajmującego, których treść stanowi kompromis między ogólnymi prawami nauki medycznej a powszechną wiedzą pacjenta wyrażaną w języku potocznym.

Przeprowadzenie przez lekarza we współpracy z pacjentem postępowania terapeutycznego lub profilaktycznego zawiera przede wszystkim wypowiedzi typu dyrektywnego o różnym stopniu i rodzaju kategoryczności. Równie istotnym rodzajem rozmowy lekarza z pacjentem jest zachowanie lekarza mające na celu bezpośrednio wywołanie za pomocą środków językowych pożądanych przez niego zmian w stanie zdrowotnym pacjenta. Ta część rozmowy lekarza z pacjentem ma charakter wspierający i motywujący, stanowi też podstawę opieki psychicznej nad pacjentem.

Udzielanie wsparcia emocjonalnego i motywowanie pacjentów do przestrzegania zaleceń stanowią albo główną część postępowania językowego lekarza, albo towarzyszą innym rodzajom postępowania lekarskiego.

Język charakterystyczny dla porozumiewania się lekarza z pacjentem można podzielić na dwie kategorie. Jedną z nich stanowią wypowiedzi typowe dla wszelkiej rozmowy między dwojgiem ludzi, druga zaś wiąże się ze specjalnym dla medycyny sposobem porozumiewania się dotyczącym bezpośredniego działania lekarza.

Wypowiedzi pierwszej kategorii są to informacje, pytania i dyrektywy. Ściśle ujmując, pytania można uważać za pewnego rodzaju dyrektywy, zawierają bowiem życzenie określonego działania ze strony odbiorcy, a mianowicie zachowania językowego w przypadku pytań lub działania fizycznego przy typowych dyrektywach. Pacjent wyraża życzenie (nie zawsze w słowach), aby dany lekarz nim się zaopiekował, informuje go o swoim stanie zdrowia, np. o dolegliwościach, z somatycznego i psychicznego punktu widzenia, odpowiada na zadawane przez lekarza pytania i zadaje lekarzowi pytania. Lekarz potwierdza przyjęcie zadania opieki lekarskiej (również nie zawsze w słowach), pyta pacjenta o szczegóły związane z jego oceną stanu własnego zdrowia i sytuacji życiowej. Sposoby wyrażania przez pacjenta i lekarza ich opinii i zainteresowania bywają bardzo rozmaite i złożone. Główną treść wypowiedzi można jednak zazwyczaj przedstawić w postaci oddzielnych zdań, które mają charakter informacji, pytań, dyrektyw, czyli instrukcji lub propozycji, które dotyczą myśli, uczuć i pragnień pacjenta i lekarza. Treść tych wypowiedzi wiąże się z aktualnie istniejącą sytuacją i mającymi miejsce zdarzeniami, czyli z aktualną rzeczywistością.

Drugi rodzaj wypowiedzi występujących w rozmowie lekarza z pacjentem wiąże się zasadniczo z przyszłością, tj. ze zdarzeniami, które mogą zajść pod pewnymi warunkami, których spełnienie zależy od obu rozmówców. Ten typ wypowiedzi można określić mianem projektu lub wypowiedzi projektujących. Z punktu widzenia struktury językowej różnica polega na tym, że pierwszy rodzaj wypowiedzi stanowią zdania o charakterze typowych zdań oznajmujących, pytających lub dyrektywnych, podczas gdy zdania opisujące elementy projektu postępowania lekarza i pacjenta mają charakter zdań warunkowych, dotyczą rzeczywistości zamierzonej, wirtualnej. Treść tych zdań w pełni ujawnia się wówczas, gdy rozpatruje się większe ich zespoły utworzone, podobnie jak w pierwszym typie wyrażen, przez informacje, pytania i dyrektywy. Wśród zdań projektowych występują jednak również wypowiedzi szczególnie dla nich charakterystyczne, wyrażające stosunek pacjenta do propozycji lekarza, odpowiadający świadomej zgodzie pacjenta na projekt lekarza. Lekarz informuje pacjenta o tym, co ma zamiar uczynić i jakie są przewidywane skutki pozytywne i negatywne tego działania, oraz zadaje pytanie, czy pacjent zgadza się na takie a takie postępowanie lekarza. Pacjent może wyrazić zgodę lub ze swej strony zadać pytania, na które lekarz udziela odpowiedzi. Wyrażenie zgody przez pacjenta odpowiada zapewnieniu o współpracy z lekarzem przy jego działaniu. Stanowisko

pacjenta wiąże się nie tylko z przewidywanymi skutkami działania lekarza, lecz także z wyjaśnieniami udzielonymi przez lekarza. Wspólne rozważenie projektu lekarza i uwag pacjenta prowadzi do wzajemnego zobowiązania współpracy, co stanowi istotny element motywacyjny postępowania lekarza i pacjenta. Rekapitulując, na język bezpośredniego porozumienia pacjenta z lekarzem składają się zdania mające charakter informacji, pytań, dyrektyw, obopólnego zrozumienia, zgody i zobowiązania.

Dyrektywy kierowane przez lekarza do pacjenta są jednym z elementów realizacji projektu postępowania terapeutycznego lub profilaktycznego (patrz dalej). Ze względu na fakt, że projekt działania został poprzednio uzgodniony, treść dyrektyw i sposób ich wykonania są przedmiotami zobowiązania ze strony zarówno lekarza, jak i pacjenta. Mogą one mieć różny stopień kategoryczności w ramach podstawowego zobowiązania, które ma odmienny charakter ze strony lekarza i ze strony pacjenta. Z wypowiedziami dyrektywnymi wiąże się również zobowiązanie typu uczuciowego, społecznego i moralnego.

Uzyskanie zgody pacjenta na wybór odpowiedniego projektu terapeutycznego lub diagnostycznego odbywa się przy użyciu odpowiednich słów o różnym stopniu kategoryczności. Na tym etapie rozmowy rozmówcy wyrażają różne typy postaw. Są to:

- wątpliwość, niepewność,
- zamiar,
- powinność,
- konieczność,
- zobowiązanie.

Powinność i zobowiązanie mogą mieć charakter uczuciowy, społeczny lub moralny. Słowa oznaczające te postawy w zależności od tego, czy wypowiada je pacjent, czy lekarz, przybierają różną postać, a więc: *chciałbym, chcę, mogę, powinienem, muszę* bądź *może Pan/Pani, powinien Pan/powinna Pani* itd.

Wybór może być zatem podstawą decyzji dotyczącej własnego zachowania albo dyrektywy skierowanej do kogoś innego. Językowe odpowiedniki są następujące: *mam zamiar, powinienem, muszę, jestem zobowiązany* albo *może Pan/Pani, powinien Pan/powinna Pani, musi Pan/Pani, jest Pan/Pani zobowiązany/zobowiązana*. W maksymalnym uproszczeniu można przyjąć, że powyższe wyrażenia mają następujące znaczenia: wyrażenie *mogę* lub *chcę* oznacza dużą dowolność wyboru; wyrażenie *powinienem zachować się w pewien sposób* oznacza, że jest to najlepsza, lecz nie jedyna droga do uzyskania danego celu bezpośredniego; wyrażenie *muszę zachować się tak a tak* oznacza, że jest to jedyny sposób uzyskania pożądanego celu; wyrażenie *jestem zobowiązany* znaczy, że jeśli nie zachowam się w określony sposób, to nie uzyskam zadowolenia albo złamię zasadę wynikającą z ogólnych zasad etycznych lub popełnię czyn niemoralny. Jako podstawa dyrektyw powyższe sformułowania wiążą się z założeniem, że podmiot wydający dyrektywę zna cel i możliwości osoby,

której dyrektywa ta dotyczy. Powyższe sformułowania mogą mieć również charakter szeroko rozumianej porady.

W rozmowie lekarza z pacjentem ważny element stanowi uzasadnienie przedstawionego projektu. Przy uzasadnianiu wyboru projektu terapeutycznego lub diagnostycznego stosowane są różne rodzaje rozumowania. Dążąc do uzyskania zgody pacjenta na wybór sposobu leczenia i jego realizację, lekarz przedstawia pacjentowi projekt leczenia wraz z uzasadnieniem. Posługując się swoją wiedzą i znajomością stanu pacjenta, lekarz wybiera projekt najlepszego działania według kilku kryteriów. Są one następujące:

- Najlepsze jest takie działanie, którego pożądaný skutek występuje po najkrótszym czasie i z najwyższym prawdopodobieństwem.
- Oczekiwana wartość tego skutku obiektywna, subiektywna i deontologiczna (pożądana ze względu na dobro pacjenta), określona dla tego stanu wraz ze stanem sytuacji aktualnej, jest większa od analogicznej wartości każdego z pozostałych branych pod uwagę działań.
- Przez wartość działania rozumie się wartość przewidywanego rezultatu oraz sumę wartości ubocznych działań. Zwykle dominujące znaczenie dla lekarza ma obiektywna wartość działań i ich skutków, bierze się jednak pod uwagę wartość skutków subiektywnych dla pacjenta oraz wartości moralne.

Ocena wartości działań dokonywana przez pacjenta może w mniej lub bardziej istotny sposób różnić się od oceny dokonywanej przez lekarza. Jest to wynik odmiennej, w porównaniu z lekarzem, oceny wartości branych pod uwagę działań i skutków, m.in. ze względu na istotny udział czynników emocjonalnych, sytuacji osobistej lub zawodowej. W typowych sytuacjach rozumowania pacjenta i lekarza mogą być podobne i stosunkowo proste. W trudnych i rzadko spotykanych sytuacjach różnice mogą być jednak istotne. Przykładem może być następująca sytuacja: pacjent od dłuższego czasu skarży się na silne bóle w nadbrzuszu występujące w związku z jedzeniem. Badanie gastroskopowe wykazuje wrzód żołądka w okolicy odźwiernika. Poprzednie leczenie zachowawcze nie dało trwałego rezultatu. Lekarz proponuje operację ze względu na obawę powstania nowotworu, pacjent natomiast proponuje jeszcze jedną próbę leczenia zachowawczego z ewentualnym późniejszym leczeniem operacyjnym w razie potrzeby. Ze względu na istotne znaczenie jednego z czynników decyzyjnych, jakim jest możliwość powstania nowotworu, racjonalny wydaje się wybór leczenia proponowanego przez lekarza. Stanowisko pacjenta podyktowane jest względami emocjonalnymi oraz praktyczną sytuacją życiową.

Wyrażenia języka medycznego to takie wypowiedzi pomyślane lub wypowiedziane, które dotyczą stanu zdrowia i choroby, używane przez ludzi zdrowych i chorych oraz przez lekarzy i innych członków personelu lekarskiego, którzy się nimi opiekują. Ogólnie język medyczny służy do wyrażania myśli, uczuć i pragnień lub zamiarów związanych ze zdrowiem i chorobą z punktu widzenia przeżycia, poznania, działania i odpowiedzialności lekarza i chorego. Rekapitułując, w rozmowie lekarza

z pacjentem występują elementy typowe dla każdego porozumienia językowego, którymi są: informacje, pytania i odpowiedzi, dyrektywy oraz specyficzne zespoły tych wypowiedzi w postaci diagnozy stanu pacjenta, projektu postępowania lekarza, uzgodnienia dotyczące postępowania profilaktycznego lub terapeutycznego, a także diagnostycznego.

Rozumowanie a język w medycynie

W związku z rozwojem zastosowań w medycynie metod komputerowych szeroko stosowane są obecnie programy komputerowe wspomagające rozumowanie lekarza. Można tu wyróżnić dwa główne rodzaje: podejście typu statystycznego i podejście typu logicznego. Pierwsze opiera się w dużym stopniu na zastosowaniu modeli matematycznych, drugie wykorzystuje ogólne zasady logiki. Rozumowanie statystyczne daje stosunkowo mocno uzasadnione w sposób ilościowy wnioski przy znacznym uproszczeniu i izolacji przesłanek. Obejmuje zwykle tylko część problemu. Rozumowanie typu logicznego wymaga znacznego uproszczenia opisu językowego przesłanek oraz wybrania raczej sztywnego schematu rozumowania. Daje stosunkowo pewny wniosek dla niektórych aspektów problemu.

Podstawowe znaczenie ma jednak rozumowanie naturalne, które wykorzystuje wszystkie elementy istotne dla danej sytuacji i znane podmiotowi bez ustalonego schematu myślenia⁴. Prowadzi ono zwykle do kilku wniosków o różnym stopniu pewności. Wymaga wykorzystania całości wiedzy podmiotu i umiejętności w danej sytuacji. Możliwe, choć trudne, są kombinacje powyższych metod rozumowania. Rozumowanie naturalne wymaga nie tylko wiedzy i umiejętności, lecz także doświadczenia praktycznego. Schematy rozumowania typu statystycznego i logicznego są w dużym stopniu niezależne od treści danego problemu przy odpowiednio dobranym schemacie. Schemat rozumowania naturalnego jest bezpośrednio związany z treścią problemu. Rozwiązywanie różnych problemów wymaga zwykle zastosowania różnych schematów. Przy rozwiązywaniu problemów zdrowotnych schemat obejmuje zarówno aspekty racjonalne, jak i emocjonalne, dyspozycyjne i umiejętnościowe. Dużą rolę odgrywa subiektywna ocena sytuacji, a także intuicja.

Dla analizy zdrowia i choroby człowieka oraz porozumienia lekarza z pacjentem szczególnie ważne jest odwołanie się do języka naturalnego i języka fachowego jako narzędzia opisu, zrozumienia i porozumienia. Opis człowieka z całościowego punktu widzenia wymaga zastosowania wyrażen językowych, tj. słów, zdań i tekstów odznaczających się wysokim stopniem ogólności, tylko w ten sposób bowiem możliwe jest powiązanie w jedną całość opisu zjawisk somatycznych, psychicznych i relacji

⁴ Zob. R. Grzegorzycowa, *Teoretyczne problemy opisu znaczeń słów*, [w:] *Świat widziany poprzez słowa*, Warszawa 2012, s. 11–36.

środowiskowych. Biorąc pod uwagę szczególną rolę, jaką odgrywa język w pojęciowym ujmowaniu rzeczywistości, można, jak się zdaje, przyjąć, że sposób opisywania zjawisk psychicznych, będących desygnatami wyrażeń językowych (tzn. korelatami konwencjonalnych znaków), jest ważny dla problematyki lekarskiej. Nazwy zjawisk psychicznych, podobnie jak somatycznych i społecznych, opisują cechy człowieka, różniąc się od opisu zjawisk biologicznych i fizycznych przede wszystkim tym, że odnoszą się bezpośrednio do człowieka jako całości, a nie jako cechy części człowieka, co jest szczególnie istotne dla opisu zjawisk somatycznych i psychicznych. Znajduje to odpowiedni wyraz w budowie i znaczeniu wyrażeń językowych, w których podmiotem zdań jest pośrednio człowiek jako całość, a nie część człowieka.

Na przykład, gdy mówimy, że człowiek jest głodny, mamy na myśli, że głód odczuwa człowiek, a nie że jego przewód pokarmowy jest pusty albo że w mózgu lub w psychice zachodzą takie a takie zjawiska. Czyli mamy na myśli bezpośredni związek tego zjawiska z człowiekiem jako całością, nie zaś z jego częścią. Mówiąc, że człowiek trawi pokarm, chcemy powiedzieć, że w przewodzie pokarmowym, który jest częścią człowieka, zachodzą procesy trawienia mające wpływ na człowieka jako całość.

Zjawiska psychiczne w powyższym rozumieniu są bardzo różnorodne i bywają też rozmaicie nazywane. Schematycznie można wyróżnić następujące rodzaje zjawisk lub procesów psychicznych: myśli, uczucia (czyli emocje), dyspozycje (czyli motywacje) i umiejętności. Myśli i uczucia odnoszą się bezpośrednio do człowieka (człowiek myśli, człowiek się cieszy lub odczuwa ból). Dyspozycje są cechami złożonymi wyrażanymi zwykle jako chęć wykonania lub uzyskania czegoś, co oznacza, że człowiek uznaje, że coś ma pozytywną wartość. Umiejętność jest również cechą złożoną opisującą zdolność do wykonania jakiejś czynności fizycznej lub umysłowej.

Sposób rozumienia powyższych terminów jako odnoszących się do całości człowieka wiąże się z budową zdań, które je opisują. W zdaniach tych podmiot odnosi się do człowieka, orzeczenie opisuje cechy, procesy, stany przysługujące człowiekowi, dopełnienie zaś dokładniej cechy te precyzuje. W taki też sposób podmioty, orzeczenia i dopełnienia opisują zjawiska somatyczne. Podobna jest struktura i funkcja zdań opisujących elementy ciała i psychiki. Dzięki temu możliwe jest poprawne wnioskowanie, w którym przesłanki i wnioski mają podobny charakter niezależnie od szczegółowego ich znaczenia. Podobna jest też struktura i funkcja zdań opisujących elementy środowiska. Przy takiej interpretacji system językowy zastosowany do opisu ciała, psychiki i środowiska tworzy ramy dla poprawnego rozumowania na wysokim poziomie ogólności znaczeniowej, przy czym dla konkretnego rozwiązywania problemów niezbędne jest uzupełnienie konkretnymi szczegółami. Takie podejście zwraca uwagę z jednej strony na ogólne ramy rozumienia rzeczywistości, a z drugiej – na konkretne, jednostkowe, często niepowtarzalne elementy sytuacji, których dotyczy rozumowanie. Są to m.in. dwa aspekty rozumienia i rozumowania lekarza, które ma charakter jednocześnie przyrodniczy i humanistyczny. Przypomina

się tu powiedzenie Alfreda Whiteheada: „The function of reason is to promote the art of thinking”⁵.

Całościowy obraz człowieka, sugerowany przez język naturalny, pokazuje, że człowiek nie jest jedynie powiązanymi częściami, lecz całością. Medycyna zajmuje się całym człowiekiem.

Bibliografia

- Bariery i pomosty w komunikacji językowej Polaków*, red. J. Bartmiński, Lublin 2005.
- Chojnacka-Kuraś M., *O metaforycznej konceptualizacji bólu we współczesnej polszczyźnie*, [w:] „Prace Filologiczne” 2014, tom LXIV, cz. 2, s. 33–54.
- Doroszewski J., *Podstawy współczesnej komunikacji lekarskiej*, [w:] *Porozumienie z pacjentem. Relacje i komunikacja*, red. J. Doroszewski, M. Kulus, A. Markowski, Warszawa 2014, s. 13–22.
- Gramatyka współczesnego języka polskiego. Morfologia*, red. R. Grzegorzczkova, R. Laskowski, H. Wróbel, Warszawa 1998.
- Grzegorzczkova R., *Wykłady z polskiej składni*, Warszawa 1998.
- Grzegorzczkova R., *Wprowadzenie do semantyki językoznawczej*, Warszawa 1995.
- Grzegorzczkova R., *Świat widziany poprzez słowa*, Warszawa 2012.
- Mikołajczuk A., *O komunikacji językowej*, [w:] *Praktyczna stylistyka nie tylko dla polonistów*, red. E. Bańkowska, A. Mikołajczuk, Warszawa 2003, s. 17–49.
- Porozumienie z pacjentem. Relacje i komunikacja*, red. J. Doroszewski, M. Kulus, A. Markowski, Warszawa 2014.
- Współczesny język polski*, red. J. Bartmiński, Lublin 2000.

⁵ „Zadaniem rozumu jest wspieranie sztuki myślenia” – tłum. red.