

PIOTR MÜLDNER-NIECKOWSKI
Warszawa

UWAGI O ODMIANACH JĘZYKA LEKARSKIEGO

W typologiach gatunków i stylów wypowiedzi próżno szukać języka lekarskiego znanego lekarzom. Na ogół jest mowa o języku lekarskim czy ogólniej – biomedycznym naukowym (zob. Ross 1965; Masłowski 1977; PSM; Wysocka 1994; WSM), który z rzeczywistością komunikacji „medycznej” ma tylko jedną wspólną ścieżkę, tę opartą na terminologii i na pewnym charakterystycznym dla tekstów naukowych stylu (por. Gajda 2001).

Próbę przybliżenia problematyki kontaktu lekarz–pacjent, jednej z istotniejszych kategorii komunikacyjnych w medycynie, podjęła m.in. Urszula Kokot (2008), ale w jej pracy znajdziemy jedynie kognitywne omówienie teoretycznych cech tego rodzaju dyskursu. Nie ma tam analiz leksyki ani stylu. Podobnie jest z równie ciekawą i wartościową pracą Piotra Zaborowskiego (1990). Autor zajmuje się dyskursem lekarz–pacjent z pozycji nauczyciela zawodu, pisze więc, jak lekarz powinien rozmawiać z pacjentem, ale i tu nie ma informacji, jak takie rozmowy wyglądają w rzeczywistości.

Ogólnie z literatury medycznej i filozoficznej (etycznej) da się wyłowić sporo wiadomości o „mówieniu lekarzy”, ale mają one wymiar instruktywny, najczęściej odnoszący się do moralności i skuteczności diagnostyczno-terapeutycznej. Nie dowiadujemy się, do jakiej kategorii tekstologicznej rzeczywiście należą wypowiedzi medyków, być może dlatego, że nad typologią tej odmiany języka polskiego jeszcze nie pracowano.

Niewiele pomaga przeszukiwanie literatury pięknej. Swego czasu zbadalem dużą bibliotekę literacką. Wybrałem setki powieści i zbiorów opowiadań, w których występują lekarze albo w których tłem jest medycyna z całym jej sztafażem (zob. Müldner-Nieckowski 1976). Okazało się przy tym, że znający się na rzeczy pisarze-lekarze, którzy mogliby dokonać opisów rejestrujących rzeczywistość, na ogół unikają nie tylko tej scenografii, ale w ogóle tematyki medycznej, i nieraz ukrywają swój medyczny rodowód, wypowiadając kwestie narracyjne i dialogowe na sposób „nielekarSKI”. Pisarze niemedycy w kwestiach medycznych i lekarskich odtwarzają jedynie znane, naiwne stereotypy (typu „dobroduszny doktor w złotych okularkach” albo „tyran zmuszający do picia tranu”). Mimo upływu lat i stałego śledzenia literatury nie znalazłem niczego innego; wiele interesujących zapisów można natomiast napotkać w licznych pamiętnikach lekarzy (np.: *Pa-*

miętniki... 1964, *Pamiętniki...* 1968, *Pamiętniki...* 1987, *Pamiętniki...* 2004, *Pamiętniki...* 2011) i ten rodzaj źródeł może być dla ustaleń dotyczących typologii języka lekarskiego obiecujący. We wspomnieniach i dziurach medyków pojawia się autentyczny język pokoju lekarskiego, sali operacyjnej, życia koleżeńskiego i domowego, zwłaszcza jeśli tekst wychodzi spod ręki autora, który z niejednego pieca chleb jadł i potrafi opisywać szczegóły życia. Przykładem mogą być atrakcyjne zapiski Artura Dziaka (2009-2010), profesora ortopedii, autora licznych książek lekarskich naukowych i popularnonaukowych. O funkcji języka w codzienności lekarskiej wiele mówi zbiór Zbigniewa Kostrzewy *Leksykon wyrazów i zwrotów lekarskich* (Kostrzewa 2011), budową wewnętrzną rzeczywiście imitujący słownik. Jest to w istocie książka literacka, nietypowa proza w postaci jednoakapitowych ułamków – rzekomo słownikowych haseł. Każde z nich interpretuje wyrazy, wyrażenia, powiedzenia często spotykane w kontaktach lekarzy ze sobą nawzajem i lekarzy z pacjentami. Nie są to jednak regularne eksplikacje; nieraz – zamiast definiowania, choćby kontekstowego – sprowadzają się do zwięzłego opisu sytuacji, zbyt ogólnikowego objaśniania pojęcia za pomocą synonimu, odsyłacza do innych haseł, krótkiego opisu zachowania osób, a nawet charakterystycznego dla praktyki lekarskiej dowcipu językowego, chwilami dość ciężkiego. Książkę tę przyjęto jako autentyczny językowy opis świata lekarskiego i medycyny, co powinno wzbudzić zainteresowanie lingwisty. Nie jest to jednak opis ani kompletny, ani do końca wiarygodny, ponieważ wśród akapitów-haseł spotyka się wyrazy i wyrażenia okazjonalne, raz zasłyszane, niepotwierdzone i niefunkcjonujące na co dzień. Mimo to pozwala on na wyodrębnienie pewnych obszarów tematycznych, „grup sytuacyjnych” charakteryzujących się językiem o wyraźnej autonomiczności (np. język pokoju lekarskiego, żargon medyczny).

Można mieć trudności z ustaleniem, czy język lekarski dzieli się na subkategorie tylko stylistyczne, czy już gatunkowe (por. rozważania na temat konkurencyjności pojęć *gatunek* i *styl* w: Witosz 1999); czy jest tylko wąskim profesjolektem, czy już rozgałęzionym socjolektem, i czy oddziela się od języka ogólnego w stopniu wystarczającym, aby można było mówić o pewnej odrębności. Spróbujmy się temu przyjrzeć.

Medyczny język naukowy

Panuje przekonanie, że język lekarski jest w pewnym swym obszarze hermetyczny z powodu trudno dostępnej dla ogółu terminologii medycznej. Zawsze miał on bogate powiązania leksykalne z językami obcymi, przede wszystkim z łaciną i greką, w wieku XIX także z francuszczyzną i niemczyzną, a w XX

i XXI – coraz silniej z angielszczyzną. Rozwijała się i uściślała terminologia, po części w formie eponimów dokumentujących historię medycyny i dzieje ludzi, którzy ją tworzyli – odkrywców i wynalazców.

Pod koniec XIX wieku naukowy język lekarski stopniowo zyskiwał na precyzji i zwięzłości, głównie za sprawą autorów drukujących pod egidą Kasy im. Józefa Mianowskiego, lekarzy publikujących w założonej i redagowanej przez Zygmunta Kramsztyka „Krytyce Lekarskiej” (1897-1907), a także twórców pierwszych słowników lekarskich, jeszcze tylko przekładowych, niezawierających eksplikacji haseł (zob. STLP; SLP), i znacznie bogatszych w coraz doskonalsze definicje podręczników w okresie dwudziestolecia międzywojennego. Ton tym zmianom nadawała ogólnoswiatowa tendencja do ujednociania nazw anatomicznych. Początki nastąpiły na dziewiątym kongresie Anatomische Gesellschaft w Bazylei w 1895 roku, kiedy postanowiono zredukować liczbę terminów z około 50 000 do 5500, likwidując przede wszystkim nieudane i niejednoznaczne synonimy, nazwy wymyślne i o nieznanym rodowodzie. System nazewnictwa anatomicznego doskonalono jeszcze dziewięciokrotnie (po raz ostatni na światowym kongresie anatomów w 1989 roku w Rio de Janeiro na podstawie prac International Anatomical Nomenclature Committee – IANC).

W ślad za anatomami poszli inni przedstawiciele nauk morfologicznych, chemicznych i klinicznych z nauką o chorobach wewnętrznych i chirurgią na czele. Wprowadzono rygorystyczne zasady nazywania nowych jednostek chorobowych, oparte na regułach nazewnictwa z zakresu nauk podstawowych i na teorii poznania lekarskiego (gnoseologii), której podwaliny stworzył m.in. polski lekarz i filozof Władysław Biegański (1857-1917), autor klasycznego (z punktu widzenia rozwoju naukowego języka lekarskiego i logiki w medycynie) dzieła *Diagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych* (1891). W rozwoju naukowego języka lekarskiego niepoślednią rolę odegrał także Witold Orłowski (1874-1966), autor m.in. ośmiotomowego podręcznika *Choroby wewnętrzne* (1949-1958) i *Zarysu ogólnej diagnostyki lekarskiej* (1956), redaktor naczelny „Polskiego Archiwum Medycyny Wewnętrznej” (dziś wydawanego niestety tylko po angielsku), pionier fizjopatologii i biochemii klinicznej. Jego dzieła stały się wzorcowe dla polskiej medycznej literatury naukowej, a nawet przyczyniły się do zapanowania swoistego „terroru językowego” zarówno na uczelniach medycznych, jak i w jedynej wówczas oficynie medycznej – Państwowym Zakładzie Wydawnictw Lekarskich, a także w praktyce zawodowej, w codziennej dokumentacji lekarskiej, na kongresach naukowych i w czasie spotkań towarzyskich lekarzy. Na ile to było możliwe, czyszczono terminologię z niepotrzebnych zapożyczeń, a nawet obmyślano nowe polskie nazwy, nie zawsze szczęśliwe (np. *krztusiec* zamiast *koklusz*, *plonica* zamiast *szkarlatyna*, *blonica* zamiast *dyfteryt*). Przestrzegano niezwykle precyzyj-

nego, jasnego, logicznego i dosłownego sposobu wyrażania się, co przejawiało się m.in. w rugowaniu metaforyki i eponimów. Już nie mówiono, że *pacjent dostał zawału*, ale: *u pacjenta wystąpił zawał*; pacjent nie miał już *temperatury*, ale *gorączkę*; przestała istnieć *choroba Heinego i Medina*, pojawiło się *wirusowe zapalenie rogów przednich rdzenia kręgowego*. Rozróżniono terminy *pacjent* 'osoba, która zgłasza się do lekarza po poradę', *chory* 'osoba chorująca' i *chory pacjent* 'osoba chora, która zgłasza się po poradę lub jest pod opieką lekarską'. Dla zwykłego lekarza *ręka* przestała być tym, czym była dla równie zwykłego nielekarza. Nazwa ta (do dziś, i słusznie) jest zarezerwowana dla końcowej części kończyny górnej, od nadgarstka do końca palców. Wszystkie części ciała ludzkiego i zwierzęcego mają swoje jednostkowe nazwy i od tego właściwie odstępstw nie ma. Z rzadka powracają w tekstach podręcznikowych (podawane zwykle w nawiasach) łatwiejsze do zapamiętania i wymówienia eponimy, takie jak *przewód Botalla* czy *trąbka Eustachiusza*.

Prace nad mianownictwem tłumaczono m.in. koniecznością precyzyjnego definiowania poleceń i zaleceń, a także wypowiedzenia dyrektyw i instrukcji w sytuacjach krytycznych (na przykład w czasie operacji chirurgicznej, patrz dalej). Słowo *diagnoza* jako obce i uznane za pospolite zostało zastąpione rodzimym, mniej wieloznacznym i – zdaniem uczonych – bardziej eleganckim *rozpoznanie*, przy czym *diagnozę* zawsze się *stawiało*, a *rozpoznanie* zaczęto wyłącznie *ustalać*. Niedokładne pojęcia typu *bicie serca* usunięto na rzecz *czynności serca*; *bulgotanie w brzuchu* – na rzecz *kruczenia jelit*. *Puls* i *arteria* ustąpiły miejsca *tętnu* i *tętnicy*. *Puls* – mówili nauczyciele medycyny, a za nimi jej adepti – to nazwa z zakresu kultury, *arteria* to szeroka ulica. Przebudowie takiej uległ cały język biomedycznej komunikacji naukowej, co wyraziście oddzieliło medycynę od wszelkich praktyk znachorskich (posługujących się według lekarzy językiem potocznym, prostackim). Nauki biomedyczne (podobnie jak wiele innych dziedzin) stały się bardziej tajemne niż kiedykolwiek w historii, a nowe pokolenia lekarzy nie wyobrażały już sobie innego sposobu wyrażania się. Tak pozostało do dzisiaj, choć tu i ówdzie można zauważyć pewne powracające odstępstwa od tych zwyczajów. Na przykład do łask wraca *diagnoza*, ale mimo wszystko opornie i tylko w publikacjach wychodzących z małych wydawnictw medycznych. Ukoronowaniem dwudziestowiecznych prac nad terminologią było wydanie dwóch definicyjnych słowników lekarskich (PSM; WSM). Wysoki poziom poprawności lekarsko-językowej podtrzymują czołowe czasopisma naukowe, takie jak „Medycyna Praktyczna” i „Medycyna po Dyplomie”, a także środowiskowe: „Gazeta Lekarska” i „Puls”.

Na podstawie znajomości naukowego języka medycznego lekarze identyfikują się nawzajem. Jeśli ktoś mówi *woreczek żółciowy* (zamiast *pęcherzyk żół-*

ciowy), przeszczepianie organów (zamiast *narządów*) czy lekarstwo (zamiast *lek*), to jego „lekarskość” może zostać zakwestionowana. Należy dodać, że chodzi tu nie tylko o ścisłość wypowiedzania się. Kod jest do pewnego stopnia tajny również na skutek oddziaływania założeń obyczajowo-moralnych i psychologicznych medycyny, które pielęgnują tajemnicę lekarską i mają na celu ochronę pacjentów przed komunikatami szkodliwymi dla ich psychiki (i tym samym dla procesu zdrowienia). Jednocześnie jest to język zawierający składniki porozumiewawcze, instryktywne, fatyczne i wszelkie inne właściwe językowi ogólnemu. Język lekarski korzysta z tych elementów, ale traktuje je jako szkielet wypowiedzi, bo sam jest odczuwany jako przymusowy. Możemy to zaobserwować, kiedy wyrwany z gabinetu lekarz staje przed kamerą telewizyjną i musi zacząć mówić „normalnie”, to znaczy zrozumiale dla ogółu. Zanim dostroi się do właściwego stylu (publicystycznego, potocznego, oświatowo-zdrowotnego), musi minąć kilka chwil, a i tak jego wypowiedź będzie się mieściła na granicy intersubiektywności.

Język naukowy, dobrana terminologia, leksykalna i stylistyczna ścisłość wyrażania się podkreśla wartość merytoryczną wypowiedzi albo przeciwnie – obnaża pustkę, nieporadność myślową tekstu. Pod zręcznym piórem ten sam język może służyć do napisania pięknej pracy albo do zamaskowania miałkiej treści, m.in. za pomocą neologizmów, wymyślnych wyrazów obcych, pseudołaciny, *quasi*-greki, anglicyzmów, a także przez stosowanie długich i zawiłych okresów zdaniowych, zdań wielokrotnie złożonych, dygresji itp. Dlatego zaleca się konstruowanie zdań pojedynczych lub co najwyżej dwusegmentowych. Dobrze napisana praca naukowa jest rozpoznawalna przede wszystkim na podstawie treści. Podana w logicznej kolejności zawartość tekstu ułatwia rozpoznawanie samodzielności naukowej autora, wartości merytorycznej opisu i rozważań, a tym samym zwiększa bezpieczeństwo antyplagiatowe. Brak w wielu tekstach tej właściwości powoduje, że zastosowany w nich plagiat bywa trudny do wykrycia: bełkotliwy tekst jest niecharakterystyczny i programy komputerowe mogą w nim nie rozpoznać fragmentów kopiowanych od innego autora, zwykle dla niepoznaki nieco stylistycznie i leksykalnie (np. za pomocą synonimów) zaciemnionych. Potrzeba unikania zbędnej zawiłości to jeden z tych powodów, dla których warto pielęgnować język naukowy i zatrudniać redaktorów, aby prostowali niezręczności.

Żargon lekarski

W codziennym użyciu terminy dwu- i wielowyrazowe stają się kłopotliwe, mimo że w typowym porozumiewaniu się specjalistów działa niemal kompulsja ich stosowania. To powoduje, że pojawiają się dalsze komplikacje językowe,

zmierzające przede wszystkim do przyspieszenia wymiany informacji i ułatwienia porozumiewania się w dobrze znającej się grupie zawodowej. Polegają one przede wszystkim na wszelkiego rodzaju skrótach, typowych dla żargonu lekarskiego. Są to zarówno stosowane w dokumentacji lekarskiej skrót (na przykład *dgn.* – *diagnosis*, rozpoznanie; *bz.* – bez zmian; *kłp.* – klatka piersiowa), jak i akronimy (skrótowce i pseudoskrótowce, na przykład *ACTH* – hormon adrenokortykotropowy, *RTG* – badanie rentgenowskie) oraz defektywne frazy. Te ostatnie zasługują na szczególną uwagę, bo o ile skrót i skrótowce są jednolite i jednolicie rozumiane we wszystkich placówkach służby zdrowia, o tyle frazy okrojone mają charakter lokalny. To one stanowią o tym, że „język pokoju lekarskiego” jest żargonem. Po pierwsze, jego rozumienie wymaga dobrej znajomości języka naukowego i obycia w danym środowisku, po drugie – jest on najzupełniej tajny, i to we wszystkich elementach. Dla obcych niezrozumiała jest zarówno jego leksyka, jak i semantyka, a czasem nawet składnia.

Oto typowe zdanie wypowiedziane przez lekarza, a zanotowane (z pewnymi odmianami, które tu zostały zunifikowane) w trzech różnych oddziałach szpitalnych – w klinice Uniwersytetu Medycznego w Warszawie i w dwóch oddziałach Szpitala Wolskiego w Warszawie: „Zrób te dwie cukrzyce na trójce, bo już późno / bo zmierzcha / bo jeszcze pełno roboty”. Jest ono jednoznaczne tylko tam, gdzie zostało powiedziane. Sam wyraz *cukrzyca* może być tu rozumiany na trzy sposoby, to znaczy jako: a) ‘choroba’, b) ‘pacjent chory na cukrzycę’, c) ‘dyspozycje lekarskie związane z pacjentem chorym na cukrzycę’. *Trójka* to ‘sala numer trzy’. Istotny jest sens zestrojenia znaczeń wyrazów: *cukrzyce* i *zrób*. W jednym wypadku chodziło o podanie insuliny, w drugim – o wypełnienie skierowania na badanie dobowego profilu stężenia glukozy we krwi, w trzecim – o zmianę opatrunków (na ranach niezwiązanych z patologią cukrzycową). W każdym oddziale zdanie miało dokładną i jednoznaczną wartość semantyczną, ponieważ „tam się tak mówi zawsze, w dokładnie określonych sytuacjach”. Ale to samo zdanie mogło być też rozumiane inaczej w innej, nowej sytuacji, znanej w szczegółach tylko danemu nadawcy i danemu odbiorcy, jednak nie obserwatorom. Aby takie działanie miało sens, nieodzowne jest porozumienie nadawcy i odbiorcy co do rozpoznania okoliczności, w których fraza jest wypowiedziana. Inni, nawet zdomowieni miejscowi, mogą jej nie zrozumieć. Analiza takich treści i wyrażającej je leksyki musiałaby być oparta na ocenie konkretnych (typowych lub możliwych do przewidzenia) sytuacji.

Tak funkcjonują wszelkie żargony i żargon lekarski nie jest tu wyjątkiem. Istotne jest to, że ludzie (tu: medycy) mówiący stale żargonem z biegiem czasu przestają dostrzegać skrótowość i głęboką metaforyzację swojej mowy. Zaczyna

im się wydawać, że tak się mówi zawsze i we wszystkich placówkach służby zdrowia. Co więcej, są skłonni przenosić ten styl również do tekstów. Początkowo może to być dokumentacja (historie choroby), później także prace naukowe, oświata zdrowotna, wywiady dla mediów, rozmowy z pacjentami. Na niekorzyść osób posługujących się żargonem działa to, że mają znikome poczucie hermetyczności takiego języka. Towarzyszą temu zaburzenia semantyki, polegające na wtórnym przypisywaniu znaczeń słowom, które poza żargonem znaczą co innego. Oto prosty przykład zaczerpnięty z materiałów redakcyjnych „Polskiego Tygodnika Lekarskiego” (zob. Müldner-Nieckowski 1981), a mianowicie tytuł artykułu: *Zachowanie się poziomu glukozy w surowicy krwi szczurów z obniżoną funkcją komórki wątrobowej*. Autor niewątpliwie napisał tak, jak mówi w pokoju lekarskim. **Poziom glukozy* widzi jako krzywą na wykresie (krzywa ta istotnie ma poziomy – wyższe lub niższe), ale zapomina, że nie chodzi tu o wykres, lecz o stężenie mierzone glukometrem. Zupełnie tak samo traktuje końcową część frazy – wyrażenie **obniżona funkcja* świadczy o tym, że autor znowu dostrzega w wyobraźni jakąś linię z grafu. Ponieważ „zagubił się językowo”, prawdopodobnie wydaje mu się, że gdyby zastąpił słowo *obniżoną* wyrazem *osłabioną*, a *funkcję* – *czynnością*, użyłby formuł potocznych. Razi także **zachowanie się* na początku wypowiedzenia; wymaga ono poprawienia na *zmiany*. Żargon stał się w zasobach językowych autora odpowiednikiem języka naukowego; uszkodzona intuicja podpowiada mu już tylko to.

Język komunikacji lekarza z pacjentem

Niektórzy redaktorzy czasopism naukowych uważają, że żargon „pokoju lekarskiego” jest dużą przeszkodą w rozwoju rodzimego medycznego piśmiennictwa naukowego. W tym duchu wypowiedali się uczestnicy konferencji „Polityka wydawnicza i antyplagiatowa w uczelniach medycznych” we wrocławskiej Akademii Medycznej w kwietniu 2012 roku. Można dodać, że niejeden lekarz unika pisania prac naukowych właśnie z powodu obciążenia żargonem. Obawia się kompromitacji. Jeśli już zdecyduje się na publikację, to chętniej napisze tekst po angielsku niż po polsku z powodu lęku przed trudnościami, jakie stwarza przesiąknięcie językiem skrótu i nieuprawnionej (niejasnej, niezrozumiałej, nie trafnej) metafory oraz *quasi*-neosemantyzacji.

Z podobnym, ale dodatkowo pogłębianym problemem styka się ten, kto uważa, że jego kontakt z chorym jest ubogi albo wręcz nieskuteczny. Niektórzy z tego powodu w ogóle przestają z pacjentami rozmawiać. Tymczasem rozwój

mediów i komputeryzacja spowodowały, że indywidualny zasób słów Polaków, a więc i pacjentów, znacznie się powiększył (zob. Grzenia 2006). Być może jest to u większości język wciąż tylko potoczny i wyrazy pochodzenia obcego nadal są raczej niezrozumiałe, ale wzrosły wymagania co do rozmowy z lekarzem, objaśniania istoty choroby, trybu terapii i rokowania. Jeszcze pół wieku temu chorzy przyjmowali zapisane leki bezrefleksyjnie, a lekarz był dla nich władcą absolutnym. Dziś pacjenci wymagają znacznie więcej, toteż i komunikacja z lekarzem musi być żywsza, bardziej treściwa i dokładniejsza w zakresie informacji, poleceń i oświaty zdrowotnej (w związku z konkretną chorobą). Lekarz musi właściwie „reagować językowo”, to znaczy przede wszystkim zdawać sobie sprawę z tego, że jest pod kontrolą (wielu pacjentów uprawia swoistą komparatystykę i sprawdza orzeczenia lekarskie u innych lekarzy, czyta dokładnie ulotki dołączane do leków, przeszukuje Internet etc.). Jego mówienie powinno być dostosowane do świadomości językowej rozmówcy. Przed laty Karol Dejna pytał w tytule artykułu: *Ile mamy języków polskich?* (zob. Dejna 1980). Zapytany w ten sposób doświadczony lekarz odpowie dzisiaj: „Znam ich tyle, ilu mam pacjentów”.

Przede wszystkim w rozmowie z chorym lekarz powinien zaniechać stosowania języka naukowego i żargonu, i to bez względu na to, czy rozmowa ma charakter diagnostyczny (wywiad lekarski), czy objaśniająco-dyskusyjny. Niezrozumiałe mogą być niektóre polskie wyrazy lekarskie, nawet jeśli chory kiedyś już je słyszał (na przykład powszechnie słabo znane są następujące terminy: *stolec, śledziona, kość gnykowa, globulka, napar, wgłobienie, dawka, dawka podzielona, kropłomierz, wrzód, mózdzek, krwiał, opaska uciskowa, powięź, ścięgno, paliczek, wlew* i setki innych), dlatego słowa takie powinny być przez lekarza na bieżąco definiowane, stosownie do rozpoznanego poziomu wykształcenia odbiorcy. Język porozumienia z konieczności musi tu być ograniczany, najczęściej do 5000-6000 wyrazów, zdania są krótkie, prosto skonstruowane i logicznie powiązane, tak, aby wypowiedź lekarza była spójna i na temat. Nauczyciele medycyny (zob. np. Zaborowski 1990) zwracają uwagę na konieczność unikania dygresji, które tematycznie nie wiążą się z osobą i problemami pacjenta, chyba że zawierają pouczający albo instruktywny przykład, a także na niekorzystne skutki wtrącania wyrazów pozornie eksplikujących, ponieważ stanowią one zakłócenie komunikacyjne – zamiast objaśniać, zaciemniają treść. Zbyt długie wypowiedzi są natychmiast zapominane, jako że pacjenci często odczuwają kontakt z lekarzem jako stresogenny i mają ograniczoną uwagę. Innymi słowy – należy mówić krótko i łatwo, ale dobitnie, wyczerpująco. To wymaga znacznej dyscypliny leksykalnej (ubogiego, ale trafnego słownictwa) i biegłości składniowej.

Język oświaty zdrowotnej

Różnica między językiem dyskursu lekarz–pacjent a językiem oświaty zdrowotnej jest taka, jak między językiem mówionym a pisanim. Za przykład tego stylu mogą posłużyć dwusegmentowe artykuły *Encyklopedii zdrowia PWN*, napisanej przez doświadczonych lekarzy – popularyzatorów medycyny, zdrowego życia, higieny i profilaktyki (zob. *Encyklopedia...* 2011). Główki haseł są pisane językiem ściśle naukowym, a definicje i objaśnienia – językiem komunikacji lekarza z pacjentem. Czytelnik otrzymuje z jednej strony informację ścisłą, z drugiej – prostą, zrozumiałą, klarowną. Obecnie niemal zupełnie zanikła systemowa oświata zdrowotna prowadzona przez państwo, w której autorami opracowań byli doświadczeni lekarze-pisarze. Pojawiły się natomiast niezliczone ulotki reklamowe firm farmaceutycznych o małej wartości dydaktycznej, formułowane w języku trudnym albo ogólnikowym. Funkcjonują także portale medyczne, które w dużym stopniu przejęły rolę dawnej oświaty systemowej. Daje się zaobserwować „wędrowanie” po Internecie tych samych autorów, co ma ten zbawienny skutek, że teksty pochodzą od fachowców – na ogół są przystępne i odpowiadają na zapotrzebowanie czytelników. Można mieć jednak zastrzeżenia do poprawności językowej tych wypowiedzi. O ile leksyka, a w szczególności terminologia i jej definiowanie, wydaje się zwykle właściwa, o tyle poprawność stylistyczna, składniowa i – co za tym idzie – interpunkcyjna pozostawiają wiele do życzenia. Nieraz są to niezbyt udane przekłady z języków obcych. Oto przykład błędnie skonstruowanego zdania (utrudniający rozumienie brak przecinka połączony z anglosaskim szykiem wyrazów) pobrany z jednego z serwisów popularnomedycznych, nastawionych bardziej na reklamę niż pomaganie ludziom: „Aby spowodować gojenie szybkie zwolnienie tempa ćwiczeń może być potrzebne”.

Wyrażenie *oświata zdrowotna* ma trzy znaczenia. Po pierwsze, jest to ‘dziedzina edukacji w zakresie zdrowia’, po drugie – ‘prozdrowotna polityka edukacyjna instytucji zajmującej się zdrowiem publicznym’. Nas interesuje znaczenie trzecie: ‘typ wypowiedzi kierowanej do osób nieznających medycyny w celu wyjaśnienia konkretnych problemów dotyczących zdrowia i / albo choroby’. Teksty takie (pisane lub mówione) mogą być inspirowane przez instytucje zdrowia publicznego w związku z systemem ochrony zdrowia, ale znacznie częściej nie są one związane z żadną działalnością państwową. Ich zadaniem bywa przyciągnięcie czytelników do pewnych produktów przy jednoczesnym zachowaniu poprawnych funkcji instruktażowych. Występują w nich wartościowe wskazówki medyczne, sprawdzone pod względem merytorycznym, odpowiadające obowiązującemu piśmiennictwu lekarskiemu. Coraz rzadziej

spotyka się artykuły i książki z zakresu oświaty zdrowotnej pisane z wewnętrznej potrzeby autorów, które w Polsce dominowały jeszcze w końcowych latach XX wieku.

Język oświaty zdrowotnej w dużej mierze odpowiada stylowi popularno-naukowemu, ale nie jest to jedyna jego cecha. Teksty oświatowo-zdrowotne wyraźnie sterują zachowaniami czytelników. Autorzy stosują rozmaite techniki i zabiegi perswazyjne, od zupełnie jawnych – nakazów, wskazówek, sugestii i ostrzeżeń, po dobrze ukryte w postaci presupozycji, zaleceń wyboru z niejawnym wskazaniem elementu najlepszego, zestawiania bloków treści w taki sposób, aby czytelnik zapamiętywał to, co jest dla niego najwartościowsze. Teksty takie nie są typowymi przekąźnikami wiedzy; ich zadaniem jest kształcenie pewnego zachowania, nawyku, stosunku do zjawisk biologicznych, który może mieć wpływ na zachowanie lub odzyskanie zdrowia. Owszem, tak jak w publikacjach popularnonaukowych istnieje tu potrzeba upraszczania języka naukowego, wymiany terminów fachowych i medycznych skrótów myślowych na poszerzone opisy zrozumiałe dla laików, ale autorzy muszą szczególnie ważyć słowa i unikać wyrażen wieloznacznych i potocznych. W przeciwieństwie do prac popularnonaukowych z innych dziedzin właściwie nie ma tu miejsca na metaforę czy metonimię, anegdotę, grę słowną, ton żartobliwy, dygresję, ponieważ każdy taki środek wyrazu może być opacznie rozumiany. Zbytняя swoboda stylistyczna dla jednych jest odstręczająca, w innych budzi nieufność. Informacje powinny być jednoznaczne i pozbawione ozdobników. Prace takie są czytane i zapamiętywane z największą powagą jako przekaz osobisty w sprawie dla odbiorcy najważniejszej, bo dotyczącej jego zdrowia, jego choroby, jego cierpienia. Nieprecyzyjnie napisany tekst oświatowo-zdrowotny może być ponadto przyczyną choroby urojonej (wzmówionej albo wymyślonej, zasugerowanej przez tekst). Każde słowo błędnie odczytane przez nieznanego odbiorcę (*de facto* pacjenta) może decydować o przyjęciu przezeń niepożądanego stylu życia, o utracie zdrowia. W pewnych wypadkach prace takie mogą inspirować zachowania groźne dla pacjenta, i to bez żadnej kontroli, choćby takiej, jaką zapewniają lekarze udzielający wskazówek w przychodni, w której w wypadku pojawienia się niepokojącego zjawiska można szybko zasięgnąć porady ponownej, korygującej. Tekst oświatowo-zdrowotny nie daje także możliwości zindywidualizowania porad ani ich weryfikacji, nie pozwala reagować na skargi ani życzenia; może być więc niebezpieczny. Stąd w pracach tych występuje wiele zastrzeżeń; pojawiają się w nich również informacje o konieczności weryfikowania informacji u lekarza, ponieważ w biologii nie istnieją dwa jednakowe organizmy. Język takich tekstów musi być przejrzysty i łatwy w odbiorze, ale adresowany do czytelnika w taki sposób, aby miał on uzasadnione przeświadczenie, że jest odbiorcą jedynym, najważniejszym, o którego z całą pieczołowitością zadbano.

Frazeologia lekarska ścisła

Frazeologia ścisła to piąta kategoria, którą udaje się wyraźnie wydzielić w obrębie języka lekarskiego. Jest najstąbiej poznana, ponieważ prawdopodobnie nie występują żadne jej egzemplifikacje pisane. Nazwa tej odmiany nawiązuje do pierwotnego znaczenia wyrazu *frazeologia*, to jest do umiejętności formułowania zdań, oraz do swego rodzaju technologii językowej stosowanej m.in. w lotnictwie, marynarce, straży pożarnej, służbach szybkiego reagowania. Określenie *ścisła* odróżnia ten termin od *frazeologii* rozumianej tradycyjnie; wskazuje ono na konieczną jednoznaczność i precyzję wypowiedzi tego wariantu języka. Pewne dziedziny działalności zawodowej wymagają w szczególnych sytuacjach komunikacji niezakłóconej żadną potocznością, logicznie dokładnej, pozbawionej synonimii oraz wyrazów bliskobrzmiących, z przewagą równoważników zdań i ze schematem dialogowym: „wypowiedź – (obowiązkowa) reakcja”. Taki typ porozumiewania się i związanego z nim języka występuje także w medycynie, zwłaszcza w chirurgii i ratownictwie medycznym. Różni się od języka naukowego przede wszystkim leksyką. Tylko wyjątkowo posługuje się pełnymi terminami, zawiera natomiast swoiste, utarte, niewymienne formuły, właściwe tylko danej dziedzinie wykonawstwa medycznego (laryngologiczne w sali operacyjnej laryngologicznej, okulistyczne tylko w okulistycznej itd.), w tym skrócenia i metafory typu: *bosa igła!* ‘proszę podać uchwyconą kleszczami igłę bez nici’; *Hegar numer cztery!* ‘proszę podać uchwyconą kleszczami Hegara igłę z nicią numer cztery’. Takim językiem mówi się wyłącznie w czasie operacji, dlatego wielu specjalistów dziedzin niezabiegowych albo go nie rozumie, albo nie potrafi się nim czynnie posługiwać.

W tej odmianie przeważają komunikaty dyrektywne (na podstawie których odbiorca samodzielnie podejmuje decyzję), komendy (rozkazy, nakazy), komunikaty sytuacyjne (o tym, co się dzieje), prognozy (zapowiedzi lub przewidywania tego, co może nastąpić), komunikaty fatyczne (zmierzające do nawiązania kontaktu), instrukcje (opisy procedur), terminy (do oznaczania obiektów i czynności; zwykle skrócone lub zmodyfikowane).

Frazeologia ścisła została skodyfikowana dla komunikacji i wojska, przede wszystkim dla lotnictwa. Ustalono słowniki i sposoby posługiwania się jednostkami tego języka. Inne dziedziny używają jej wrywkowo, w dużym stopniu na zasadzie obyczaju językowego. Mimo że od czasu upowszechnienia się kontrolowanej anestezji z intubacją (w połowie XX wieku) zabiegi chirurgiczne są przeprowadzane metodycznie i bez przesadnego pośpiechu, nadal obowiązuje tu oszczędność czasu, reżim operacyjny i dbałość o bezpieczeństwo. Wymaga to jednoznacznego sposobu informowania i wydawania poleceń; zwięzłej, dokładnej i zapobiegającej nieporozumieniom komunikacji między samymi lekarza-

mi-operatorami oraz między nimi a obsługą zabiegów. Dotyczy to także języka, którym posługują się ratownicy medyczni.

Wiele zespołów wypracowało własne „języki operacyjne”, ale częsta wymiana specjalistów między zakładami chirurgicznymi, także zagranicznymi, wykonywanie operacji za pomocą robotów przez Internet oraz konieczność współpracy ekip ratowniczych z różnych ośrodków powodują, że coraz pilniejsze wydaje się systemowe spisanie tego kodu, ułożenie i następnie regularne aktualizowanie słownika chirurgicznej frazeologii ścistej.

Podsumowanie

Dotychczas nie prowadzono szczegółowych badań języka lekarskiego, koncentrowano się jedynie na terminologii biomedycznej. Dysponujemy materiałem językowym dawnych i współczesnych słowników terminologii, podręczników lekarskich i prac na temat metod prowadzenia dyskursu lekarzy z pacjentami w celach diagnostycznych i terapeutycznych. W literaturze pięknej występują naiwnie stereotypowe opisy lekarzy i praktyki leczniczej. Znacznie więcej wiarygodnych informacji o leksyce i stylu języka lekarskiego można uzyskać z analizy dzienników i pamiętników lekarskich, ale nie mają one charakteru systemowego, co oznacza, że materiał w nich zawarty można badać dopiero po uprzednim przyjęciu podziału na style i gatunki języka lekarskiego. Rodzi to potrzebę ułożenia typologii tego profesjolektu. Język lekarski należałoby rozpatrywać w następujących kategoriach: 1. medyczny język naukowy, oparty na terminologii i ogólnym stylu naukowym; 2. żargon lekarski, oparty na przekształceniach języka naukowego, nasycony skrótami i uproszczeniami pojęć, dostosowany do swoistych sytuacji zawodowych w medycynie; 3. język komunikacji lekarza z pacjentem, operujący pojęciami, tekstami diagnostycznymi, formułami zaleceń i odpowiedziami na pytania pacjentów; 4. język oświaty zdrowotnej – forma pośrednia między językiem naukowym a językiem dyskursu lekarz – pacjent; wreszcie 5. frazeologia lekarska ścista – kod porozumiewawczy w sytuacjach działania szybkiego i precyzyjnego (w dziedzinach zabiegowych) i zagrożenia (w ratownictwie).

LITERATURA

- Dejna K., 1980, *Ile mamy języków polskich?*, „Język Polski” 1, s. 30-43.
Dziak A., 2009-2010, *Zagrajcież mi, niechaj cofnie się świat*, „Puls. Miesięcznik Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie”, 2009 nr 9-10, 2010 nr 2, 3, 5.

- Encyklopedia zdrowia*, 2011, red. W. S. Gumułka, W. Rewerski, t. 1-2, Warszawa.
- Gajda S., 2001, *Styl naukowy*, w: *Współczesny język polski*, red. J. Bartmiński, Lublin, s. 183-199.
- Grzenia J., 2006, *Komunikacja językowa w Internecie*, Warszawa.
- Kokot U., 2008, *Dyskurs perswazyjny medyka w kontakcie z pacjentem*, w: *Rozmowy o komunikacji 2. Motywacja psychologiczna i kulturowa w komunikacji*, red. G. Habrajska, Pruszków k. Łasku, s. 197-213.
- Kostrzewa Z., 2011, *Leksykon wyrazów i zwrotów lekarskich*, Łódź.
- Masłowski J., 1977, *Polskie słownictwo lekarskie*, Wrocław.
- Müldner-Nieckowski P., 1976, *Postawy lekarskie w powieści*, „Archiwum Historii Medycyny” 39, s. 209-224.
- Müldner-Nieckowski P., 1981, *Zachowanie się obniżenia poziomu*, „Polski Tygodnik Lekarski” 18, s. 874.
- Pamiętniki lekarzy*, 1964, Warszawa.
- Pamiętniki lekarzy*, 1968, Warszawa.
- Pamiętniki lekarzy*, 1987, wyb. J. Borkowski, Kraków.
- Pamiętniki lekarzy*, 2004, wyb. i opr. E. Drobnik, J. Wunderlich, Warszawa.
- Pamiętniki lekarzy*, 2011, wyb. i opr. J. Borkowski, Warszawa.
- PSM: *Polski słownik medyczny*, 1981, red. T. Roźniatowski, Warszawa.
- Ross J., 1965, *Z dziejów polskiego słownictwa lekarskiego*, „Język Polski” 4, s. 226-234.
- SLP: *Słownik lekarski polski*, 1905, red. T. Browicz, S. Ciechanowski, S. Domański, L. Kryński, Warszawa.
- STLP: *Słownik terminologii lekarskiej polskiej*, 1881, red. S. Janikowski, A. Oettinger, A. Kremer, J. Majer, Kraków.
- Witosz B., 1999, *Czy gatunek i styl są we współczesnej stylistyce pojęciami konkurencyjnymi?*, „Stylistyka” 8, s. 37-51.
- WSM: *Wielki słownik medyczny*, 1996, red. zbiorowa, Warszawa.
- Wysocka F., 1980, *Polska terminologia lekarska do roku 1838*, t. I., *Anatomia, proste prymarne nazwy niemotywowane*, Wrocław.
- Wysocka F., 1994, *Polska terminologia lekarska do roku 1838*, t. II., *Anatomia, jednowyrazowe nazwy motywowane*, Kraków.
- Wysocka F., 2007, *Polska terminologia lekarska do roku 1838*, t. III., *Anatomia, nazwy dwuwyrzowe*, Kraków.
- Zaborowski P., 1990, *Filozofia postępowania lekarskiego*, Warszawa.

REMARKS ABOUT VARIANTS OF MEDICAL LANGUAGE

Summary

So far there has not been conducted regular research of everyday using of Polish medical language. We have at our disposal ancient and contemporary dictionaries of terminology, medical textbooks and works about the manner of talking of doctors to patients for diagnostic and therapeutic purposes only. In literature, we are meeting only stereotyped statements about doctors and the medical practice. It is possible to obtain more information from numerous doctors' diaries and memoirs, but they are not systemic. In order to obtain a closer characterization of medical language, it is necessary to create a preliminary categorization of its variants. A medical scientific language (1st variant) which constitutes the base is leading the way. This language has existed for a few hundred years and is still being improved, thus doctors are studying and are applying it from the first day of medical education. This language is undergoing transformations in everyday professional conversations at hospitals and clinics. These transformations consist in simplifying the nomenclature, shortening the statements and adapting to the local style of saying. At every unit of Health Services they are said to be slightly different. This is a medical jargon (2nd variant). It is not suitable for the communication with patients or for writing scientific works. Next, in conversations with patients the doctor must give many specialist names up for more understandable, popular ones. The style of conversations with patients (3rd variant) is closer to a general language than to a scientific one and to a jargon. Another medical language variant (4th) is that of the health education which is similar to doctor-patient conversation, but assumes in principle a written form. In medical language a variant consisting of explicit and brief statements finally appears. This is a not yet described set of unique sounding and non-synonymous orders, directives, forecasts, instructions and terminological names which are used for a communication in dangers and emergency, namely in the surgery and the rescue. It is the strict medical phraseology (5th variant), an equivalent of the known aircraft phraseology.

PRACE JĘZYKOZNAWCZE
INSTYTUTU FILOLOGII POLSKIEJ UKSW

Znaczenie Tekst Kultura



Prace ofiarowane
Profesor Elżbiecie Janus

redakcja
Anna Kozłowska, Agnieszka Świątek

Tom 5



Wydawnictwo
Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego
Warszawa 2014

© Copyright by
Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego
Warszawa 2014

Komitet redakcyjny: *Magdalena Danielewicz, Jerzy Duma, Elżbieta Janus,
Halina Karaś, Ewa Wolnicz-Pawłowska, Jadwiga Puzynina, Wanda Szulowska,
Jadwiga Wajszczuk, Anna Zielińska*

Redakcja serii: *Ewa Dziegiel, Tomasz Korpysz, Anna Kozłowska*

Recenzenci: *prof. dr hab. Jadwiga Linde-Usiekniewicz
prof. dr hab. Ewa Sławkowa
prof. dr hab. Wojciech Kudyba*

Współpraca przy opracowaniu tekstów rosyjskich: *Halyna Dubyk*

Redakcja i korekta: *Julian Mach*

Projekt okładki: *Stanisław Stosiek*

ISBN 978-83-64181-83-2

Skład tekstu:

Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie
01-815 Warszawa, ul. Dewajtis 5, tel. (22) 561-89-23; fax (22) 561-89-11
*e-mail: wydawnictwo@uksw.edu.pl
www.wydawnictwo.uksw.edu.pl*

Druk i oprawa:



EXPOL, P. Rybiński, J. Dąbek, sp.j.
ul. Brzeska 4, 87-800 Włocławek
tel. (54) 232-37-23, e-mail: sekretariat@expol.home.pl