

Univerzita Mateja Bela v Banskej Bystrici

Filozofická fakulta

Zborník materiálov

z 12. medzinárodnej vedeckej konferencie o komunikácii

**CENTRUM A PERIFÉRIA
V JAZYKOVEJ KOMUNIKÁCI**

Banská Bystrica 3. – 5. 9. 2024

Editori

Dr. h. c. prof. PaedDr. Pavol Odaloš, CSc.

Mgr. Gabriel Rožaj, PhD., univ. docent



Banská Bystrica 2025

<https://beztabu.com/forum/bez-tabu/seks/11860-pornografia-za-i-przeciw/page4>.

dr hab. Paweł GRAF prof. UAM
Instytut Filologii Polskiej
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza
ul. Fredry 10
61-701 POZNAŃ
Polska
lapsang3@amu.edu.pl

CENTRUM I PERYFERIA DYSKURSU MALADYCZNEGO

Magdalena Graf

THE CENTER AND PERIPHERY OF MALADIC DISCOURSE

Abstract: The subject of the article is issues related to contemporary discourse focused on disease. The latest research, e.g. in the field of medical sociology, treats disease as a cultural fact that characterizes contemporary societies. The term „maladic discourse“ is present in the literature on the subject, which is the sum of social contexts and meanings built around the concept of disease, present in scientific, journalistic and artistic texts, but also in the language of everyday communication. One of the problems discussed is the presence of lexis in medical communication that discriminates against the patient and the (im)possibility of talking about disease using completely objective language.

Keywords: maladic discourse, communication, linguistic discrimination, linguistic exclusion

„Choroba jest nocną stroną życia, naszym bardziej uciążliwym obywatelstwem. Od dnia narodzin każdy z nas posiada bowiem jakby dwa paszporty – przynależy zarówno do świata zdrowych, jak i do świata chorych” – tymi słowami swój esej poświęcony chorobie jako metaforze zaczyna Susan Sontag (2016, s. 5). Jej zdaniem każda epoka ma „swoją” chorobę i właściwy dla swoich czasów sposób pisania o niej – widać to szczególnie w XIX wiecznym stosunku do gruźlicy, obłądki czy syfilisu oraz we współczesnych relacjach o chorobie nowotworowej czy AIDS (Sontag 2016, s. 45 – 46).

Czym jest choroba? Prozaicznie można odpowiedzieć, że jest brakiem zdrowia i że towarzyszy człowiekowi od zawsze. Od zawsze też towarzyszy nam zarówno zapobieganie chorobie, jak i mówienie

o niej. Wyodrębnią się zatem pięć okresów rozwoju medycyny – ostatni z nich rozpoczął się w latach 70. XX w. i zapoczątkował tzw. medycynę przyszłości, nastawioną nie na leczenie chorób, ale na ich przewidywanie i zapobieganie im. Choroba to także byt kulturowy, a więc i lingwistyczny, a stąd już blisko do pojęcia **dyskurs maladyczny**, który jest sumą kontekstów społecznych i znaczeń budowanych wokół pojęcia choroby, obecnych w tekstach naukowych, publicystycznych, artystycznych, ale także w języku codziennej komunikacji (Szubert 2019, s. 19 – 21).

Reprezentacje dyskursu maladycznego dotyczą trzech wymiarów, w których uobecnia się i może być opisywana choroba (Uramowska-Żyto 2009, s.67): sfery **biologiczno-medycznej** (czyli fizycznego aspektu choroby), **psychologicznej** – uwzględniającej indywidualną interpretację reakcji człowieka na objawy choroby i jej subiektywne odczuwanie i **socjokulturowej** (gdym osoby chore są traktowane w sposób inny niż ludzie zdrowi, co może stanowić podstawę ich wykluczenia).

W efekcie, w zjawisko to wpisana jest wieloaspektowość, a to determinuje wiele sposobów jego opisu, jest też powodem zmian w hierarchii poszczególnych zagadnień. Jak zauważa przywoływany przez Mateusza Szuberta David Morris, modernistycznemu pędowi do systematyzacji i klasyfikowania choroby przeciwstawić możemy postmodernistyczną wizję choroby otwartej, zanurzonej w kulturze – „w postmodernizmie choroba jest (...) stwarzana i odczytywana przez kulturę”, jest metaforą współczesności i zanurzonego w niej człowieka akcentując to, co indywidualne i subiektywne (Szubert 2019, s.19). Można więc mówić o wielu obrazach choroby, która w obrębie właściwego sobie dyskursu przedstawia zróżnicowane językowo relacje z choroby. I to właśnie zagadnienie staje się centrum współczesnego dyskursu maladycznego. Ta wieloaspektowość dotyczy może choćby przyjęcia określonej perspektywy: nie tylko lekarza i pacjenta, ale też członka rodziny, badacza, dotkniętego chorobą lekarza czy pisarza w roli pacjenta. Zasadniczo, pisanie o chorobie implikuje dwa podstawowe typy tekstów: **patografie** – obiektywne objaśnienie, na czym polega choroba i **autopatografie** – subiektywne doświadczenie chorego (Boruszkowska 2016, s.128 – 129). Wydaje się jednak, że nie da się dziś rozdzielić obu typów refleksji, że przenikają się one choćby z tego powodu, że niemożliwe

jest stworzenie całkowicie obiektywnego, pozbawionego emocji czy wartościowania komunikatu o chorobie. I już w latach 80. i 90. ubiegłego wieku podkreślano, jak wiele pożytku może płynąć z przyjęcia przez lekarza postawy czytelnika lub narratora, że opowiadanie o chorobie można potraktować jako doskonałe zadanie diagnostyczne, dzięki któremu łatwiej będzie wyjaśnić pacjentowi, co się z nim dzieje i jak będzie przebiegało leczenie. Poszerzając zakres obserwowanych zjawisk, w kolejnych dekadach wskazywano nowe obszary dyskursu (np. Ładoń 2019), stąd w obszarze współczesnych narracji maladycznych zainteresowanie badaczy budzą m.in. sposób doświadczania choroby i cierpienia, problem destygmatyzacji chorych możliwy dzięki kulturowemu namysłowi nad chorobą oraz upodmiotowienie chorego wynikające z przemian współczesnej medycyny (zob. Bińczyk 2002, s. 181 – 193).

Co istotne – są to zagadnienia, które interesują nie tylko humanistów – także medycyna poświęca im coraz większą uwagę, stąd już nie tylko filolodzy znają i stosują w praktyce maksymę konwersacyjną Grice’a, zgodnie z którą należy mówić tyle, ile w danym momencie jest potrzebne; o tym, o czego prawdziwości jesteśmy przekonani; na temat i bez dwuznaczności. Zwraca się uwagę na różnice w komunikowaniu się – stąd coraz częściej mówi się nie o pacjencie, ale o jego stylu komunikacyjnym, zwraca się uwagę na zasady efektywnej komunikacji z pacjentem, na rolę aktywnego słuchania i znaczenie komunikatów niewerbalnych. Są to kompetencje, które lekarz może bez problemu opanować i nad którymi musi nieustannie pracować, bowiem nowe czasy przynoszą nowe wyzwania, np. teleporadę, czyli konsultacje przez telefon. Zdaniem Tomasza Sobierajskiego: „Lekarze próbują własnymi, „domowymi” sposobami „wyczuć” pacjentów i czasami ponoszą w tym starciu porażkę. Wysłano ich na pierwszą linię frontu, nie przygotowując wcześniej (...) do takiego rodzaju pracy. Myśleli, że będą tylko leczyć, a okazuje się, że muszą jeszcze – a czasem przede wszystkim – słuchać, bo słuchający i rozumiejący lekarz, to ideał większości pacjentów. Ale jak słuchać i jak rozumieć, a jednocześnie dobrze (...) wykonywać zawód lekarza?”⁹⁶.

96 <https://www.mp.pl/szczepienia/praktyka/komunikacja/73505,jak-skutecznie-rozmawiac-z-pacjentem>.

Zagadnienia te są w dyskursie medycznym obecne od dawna. W niniejszym tekście chciałabym zwrócić uwagę na problemy nowe, czyli na dyskusję nad słownictwem, które nie będzie stygmatyzowało chorych. W środowisku medycznym coraz częściej stawiane są pytania: jak neutralnie nazywać niektóre zaburzenia czy choroby, aby określenia te nie miały charakteru oceniającego, nie wzbudzały w pacjencie poczucia winy. Pilotażowe badania dowiodły np., że lekarze stosujący termin „nadużywający substancji psychoaktywnych” znacznie częściej oceniali tak zwaną osobę jako kogoś, kto „jest winny” i „zasługuje na karę”, niż miało to miejsce w przypadku pacjentów „z zaburzeniami używania substancji” (Bugajski, Klingemann 2021, s. 4–6). Zdaniem Moniki Ładoń (za: Serkowska 2021, s. 175) stygmatyzacji sprzyja nadmierna medykalizacja języka. W polskich badaniach od dawna mówi się o kulturowym wytwarzaniu i czytaniu choroby, a współczesna polszczyzna ochoczo przejmując i tworzy nowe określenia chorób i uzależnień oraz zjawisk im przeciwdziałających, np. *ageizm* i *antyageizm*. Z drugiej strony obserwujemy coraz silniejsze zjawisko detabuizacji języka, która dotyczy również takich tematów, jak np.: choroba, śmierć, cierpienie, samookaleczenia, uzależnienia, seksualność. Tabuizowane obszary, dotychczas identyfikowane za pomocą metafor lub eufemizmów są coraz częściej obecne w codziennej komunikacji i coraz łatwiej o nich mówić używając form bezpośrednich – stąd np. eufemistyczne określenie *te dni* zastępuje dziś leksem *okres*. Jest to proces, który obecnie możemy zaobserwować np. w przekazach reklamowych dotyczących męskich problemów z impotencją czy prostatą – te pierwsze wciąż podlegają tabuizacji, drugie już się zdetabuizowały. Potwierdza to też systematycznie malejąca znajomość związków frazeologicznych i przysłów związanych z chorobą, umieraniem, czynnościami fizjologicznymi czy medialna popularność leksemu *menopauza* (i idącej jej śladem *andropauzy*).

Medykalizacja języka sprzyja też jego ocenie dokonywanej z perspektywy relacji nadawczo-odbiorczych, kompetencji językowych czy subiektywnego poczucia odpowiedzialności języka (tzw. poprawności politycznej). Stąd, niegdyś neutralne leksemy dziś, w potocznej świadomości, często nabierają jednoznacznie

negatywnego znaczenia. Taki los spotkał choćby wyraz *kaleka*. *Słownik Języka Polskiego* PWN definiuje go następująco:

kaleka

1. ‘człowiek dotknięty kalectwem’
2. ‘o kimś niezręcznym lub niezaradnym’,

a jako synonimy wskazuje leksemy: *inwalida*, *ułamny* dodając, że dzieje się tak „po wypadku”. Tymczasem wśród nazw stowarzyszeń działających na rzecz osób niepełnosprawnych mamy m.in. *Polskie Towarzystwo do Walki z Kalectwem* (które w obszarze działań ma m.in. rehabilitację osób z wadami słuchu).

Przywoływany tu *Słownik uzależnień* zawiera więc propozycję terminów, które – zdaniem autorów – w sposób odpowiedni i neutralny opisują np. uzależnienie. Określenia te pochodzą z wywiadów z lekarzami oraz osobami uzależnionymi (czyli ekspertami przez doświadczenie). W opinii współautorki leksykonu, w literaturze fachowej, ale też w komunikacji zawodowej lekarze stosują zamiennie różne warianty pojęć, stąd konieczne są działania zmierzające do ujednoczenia terminologii:

Rozumiem taką ideę żeby rekomendować pewien standard – stwierdza – żebyśmy posługiwali się podobnym językiem, który nie tylko ułatwi komunikację, ale też **będzie kreował pewną rzeczywistość** [podkr. MG], która nie będzie stygmatyzująca. Chcemy zastąpić pewne stygmatyzujące pojęcia innymi bardziej neutralnymi między innymi dlatego, żeby w naszym języku starać się promować takie pojęcia, które nie będą miały (...) efektu stygmatyzującego (Bugajski, Klingemann 2021, s. 3).

Autorzy zalecają określanie osób uzależnionych jako osób z *zaburzeniem używania substancji*, odradzając stosowanie pojęć *nadużywający* substancji lub *uzależniony*. Osobom z *konsekwencjami* lub *ryzykiem*, ale nie cierpiącym na zaburzenie sugerowane są określenia: *niebezpieczne*, *ryzykowne*, *szkodliwe* lub *niezdrowe użytkowanie*. Zalecenia te prowokują do licznych pytań, np. o działalność grup AA (np. *Anonimowych Hazardzistów* lub *Anonimowych Jedzenioholików*, dawniej *Anonimowych Żartoków*), których członkowie wprost nazywają swoje uzależnienia? Czym zastąpić – z założenia stygmatyzujące – określenia *anonimowi alkoholicy*, *niepijący alkoholik* czy termin *wysokofunkcjonujący*

alkoholik? Czy da się przewidzieć wszystkie potencjalnie wykluczające konteksty i im zapobiec?

Moim zdaniem szukanie takiego odpowiedniego, niestygmatyzującego synonimu przypomina konstruowanie idealnej definicji realnoznaczeniowej w praktyce leksykograficznej. Np. za nieodpowiednie uznaje się określenie *choroba alkoholowa*, ponieważ w jej zakres nie wchodzi sytuacja, w której ktoś pije zbyt wiele, ale tylko w weekendy. Zresztą sam czasownik *pić* jest w tym kontekście aksjologizowany negatywnie. Problem tkwi często w samej nazwie czynności – co widać choćby w odniesieniu do hasła *używanie substancji psychoaktywnych*, które – w intencji autorów – powinno zastąpić takie sformułowania, jak: *używanie* narkotyków, *branie* narkotyków, *sięganie po* narkotyki, *zażywanie* substancji psychoaktywnych. Aż 3 z nich wskazywały na osobę (biorącą, sięgającą, zażywającą) substancje psychoaktywne, natomiast w 1. (oraz w proponowanym terminie) czasowniki mają zewnętrzny charakter przekraczając granice ludzkiego ciała, a tym samym sprawczości.

Słownik Języka Polskiego podaje pięć kontekstów użycia leksemu *używać*:

1. zastosować coś jako środek, narzędzie
2. skorzystać z czyichś usług, z czyjejś pomocy
3. wziąć coś jako lekarstwo, używkę, napój; też: zastosować coś jako przyprawę, kosmetyk
4. zrobić z czegoś użytek
5. doświadczyć czegoś przyjemnego

i dopiero na 3. miejscu pojawia się interesujące nas znaczenie.

Czy zatem zmieniający się nadawca i/lub odbiorca tekstu mają znaczenie w kontekście oceny działania? Czy skoro ktoś mówi o mnie, że zażywam jakiś środek, bo mam wysoką temperaturę to w pewien sposób (nieintencjonalnie) mnie stygmatyzuje?

Niespełna 10 lat temu bardzo silne argumenty przeciw językowemu stygmatyzowaniu i wykluczeniu, m.in. używaniu leksemu *kaleka*, stawiał Dariusz Galasiński. Poprzedzało je kategorię stwierdzenie, że:

Język nie należy do lingwistów i nie do lingwistów należy decyzja, jak użytkownicy języka piszą czy mówią. Lingwiści powinni to opisywać, a nie, wręcz

po lekarsku, przepisywać. Deklaracje językoznawców o „niedopuszczalności” jakichś wyrażen należy uznać co najwyżej za uzurpację praw, których językoznawstwo nie ma. (Galasiński 2013, s. 3)

Opowiadając się zatem za „dyskursywną” funkcją języka i postawą inkluzywną, badacz stawia tezę, z którą się całkowicie zgadzam:

Problem, jak mówić oraz jak pisać: „osoba niepełnosprawna” czy „osoba z niepełnosprawnością” czy „niepełnosprawnościami” w rzeczywistości nie powinien być rozstrzygany przez lingwistów ani tych, co nakazują i zakazują, ani tych, co tego nie chcą robić. Powinien zostać rozstrzygnięty przez osoby z niepełnosprawnością. (Galasiński 2013, s. 6)

I od razu dopowiem, że zgadzam się z nią dlatego, że – moim zdaniem – pozwala się ona uwolnić od konieczności każdorazowego uzgadniania potencjalnie wykluczającego znaczenia wyrazu, przewidywania jego możliwej roli medium wykluczenia. Empatyczne, ale i obiektywizujące spojrzenie na interesujące nas zagadnienie pozwala zauważyć, że wciąż nie otrzymaliśmy jednoznacznej odpowiedzi na zadane przez Galasińskiego pytanie. Co więcej, w moim przekonaniu uzyskanie takiej odpowiedzi jest niemożliwe. Bowiem nawet postulowane oddanie głosu osobom, których problem ten dotyczy bezpośrednio („eksperti przez doświadczenie”), nie przyniesie oczekiwanych rezultatów. W skrajnych przypadkach mamy więc i opinie ekspertów, na które powołują się autorzy wspomnianego słownika, i wpisy na forach internetowych poświęconych konkretnym chorobom/uzależnieniom, w którym pełno tego typu określeń. Wreszcie, materiał językowy dostarcza nam oficjalne nazewnictwo z obszaru socjochromatonimii, czyli nazwy organizacji, stowarzyszeń i fundacji zrzeszających osoby niepełnosprawne, np.: *Polski Związek Głuchych*, *Fundacja Pomocy Ludziom Niepełnosprawnym*, *Stowarzyszenie Rodzin Osób Chorujących Psychiczenie*.

Warto się więc zastanowić, czy przypadkiem nie jest tak, że to my – dziś zdrowi (choć jak mówi przysłowie: nie ma ludzi zdrowych, są tylko nieprzebadani) odbieramy te określenia jako stygmatyzujące? Wystarczy pierwszy z brzegu przykład: *Polski Związek Głuchych*,

nie *Osób z Upośledzeniem Słuchu*. Z drugiej strony widać w tym obszarze pewne zmiany, wynikające właśnie z kulturowego namysłu nad niepełnosprawnością stąd, zwłaszcza w nowych nazwach fundacji, widać odchodzenie od dosłowności na rzecz myślenia metaforycznego, osłabianie negatywnych asocjacji grą językową, np. *Fundacja „Nie Widzę Problemu”* czy *Stowarzyszenie „Nie ma głupich”*. Skoro osoby niepełnosprawne nie mają problemu z językową identyfikacją, dlaczego inni użytkownicy języka kreują rzeczywistość, w której takie określenia nie są zalecane lub wręcz znajdują się na indeksie? Na ile dyskurs konstruuje rzeczywistość, a na ile ją re- lub dekonstruuje? Wgląd w tocząca się w środowisku medycznym dyskusję prowokuje do stawiania tego typu pytań, na które – jak się wydaje – nie ma jednoznacznej odpowiedzi.

Przywoływany słownik zawiera więc określenia, których – zdaniem ekspertów – powinniśmy unikać i jest to doskonały przykład etyzacji dyskursu. Nie da się jednak w ten sposób określić wszystkie, potencjalnie negatywne zjawiska i założyć, że nazwy te będą funkcjonowały zarówno w profesjonalnej, jak i potocznej komunikacji. Czy *zakupomania* lub *zakupoholizm* (czyli *oniomania*, a także *szopoholizm* i niezbyt ładny *kupoholizm*) mają tak stygmatyzujący charakter, że powinny zostać zastąpione określeniami: *problemowe* lub *kompulsywne kupowanie*? Dodatkowo, wciąż identyfikowane są nowe źródła uzależnień: smartfon, kawa, opalanie (*tanoreksja*), dieta (*ortoreksja*), ćwiczenia (*fitoreksja*, *fitnessomania*, *sportowa anoreksja*), seriale (*binge watching*). Mówi się o *zjawisku FOMO*, *osobach z FOMO*, czyli osobach, które boją się niewykorzystania życiowych szans. Także w Polsce mieszkają osoby chore na *sylogomanię* – nałogowe, kompulsywne zbieractwo, *phubbing* – kompulsywne sprawdzanie wiadomości w telefonie, *bigoreksję* (uzależnienie od sportu). Detabuizowanie tych zjawisk przynosi kolejny zestaw terminów, np. *fattofobia* czy *antibody-shameing* (*ciałopozytywność*, *ciałoneutralność*).

Po co i dla kogo piszemy o chorobie? Hanna Serkowska (2021, s. 174) odpowiada:

„Narracje maladyczne pozwalają (...) zdjąć stygmat z chorego, popularyzując i szerząc wiedzę o chorobie, przesuwać cierpienie ze sfery stricte prywatnej

do publicznej (...). Przede wszystkim jednak opowieść o chorowaniu stanowi wyraz doświadczenia zmiany”.

Pisanie i mówienie o chorobie przeżywa w ostatnich latach prawdziwy renesans. Wiele osób – i tych znanych, i tych dotąd anonimowych, chce opowiedzieć o swoich doświadczeniach, tworząc *piciorysy* (biografie osób uzależnionych od alkoholu) *afazjografie* (biografie afatyków), *kancerografie* (biografie osób chorych onkologicznie), *neurografie* itd. Interesujące wyniki może przynieść analiza tekstów reklamowych, w których – jak w zwierciadle – odbijają się lęki współczesnego człowieka przed jedzeniem [m.in. *jadłowstręt psychiczny (anoreksja)* i *żarłoczność psychiczna (bulimia)*] czy starzeniem się [*geraskofobia* i *antyażyzm*]. Przekazy medialne niosą też informacje o uzależnieniu od technologii (czyli *cyberchondrii*) – nota bene specjaliści proponują zastąpić ją pojęciem: *problemowe używanie technologii*, zapewne czytelnym z perspektywy medycznej, jednak nieprecyzyjnym z perspektywy językowej (Bugajski, Klingemann 2021, s. 23).

Współczesność zachorowała na kult zdrowia i witalizmu, skazując na margines kultury wszystko to, co chore, kalekie – zauważa Mateusz Szubert (2019, s. 34), jednak w dalszej części szkicu badacz dodaje: „Istotą nowej ewangelii zdrowia jest przekonanie, że choroby można uniknąć” a za wzrost zainteresowania patografiami odpowiada postępująca medykalizacja życia. (Nad)obecność ciała i choroby zarówno w prywatnej, jak i publicznej przestrzeni pozwala – jego zdaniem – mówić o somatyzacji kultury, w której w kształtowaniu tożsamości prymarną rolę odgrywa ciało i to wokół niego skupia się życie społeczne. Skrajnym przejawem socjalizacji ciała jest jego indywidualizacja, np. praktyki wykorzystujące mechanizmy samodyscyplinowania czy traktujące ciało jako projekt. Pisząc o zaburzeniach odżywiania Bogusław Skowronek (2012, s. 285 – 286) zauważa: „Choroby te są (...) niczym innym, jak tylko derywatami obecnej sytuacji kulturowej, stanowią efekt działania dominujących dyskursów”. W tym ujęciu, sygnalizowane próby odejścia od identyfikowania człowieka poprzez cielesność i jej zaburzenia zdają się być projektem zgoła utopijnym. I tym bardziej wartym naszego – językoznawców – zainteresowania.

Literatura

- BIŃCZYK, Ewa. 2002. Nieklasyczna socjologia medycyny Michela Foucault: praktyki medykalizacji jako praktyki władzy. In: W. Piątkowski, A. Titkow (eds.): *W stronę socjologii zdrowia*. Lublin: Wydawnictwo UMCS, s. 181 – 193. ISBN 83-227-1906-X.
- BUGAJSKI, Michał, KLINGEMANN, Justyna. 2021. Słownik uzależnień. <https://stopuzaleznieniom.pl/artykuly/czy-jestem-uzalezniiony/slownik-uzalezniow-czyli-jak-mowic-o-zjawisku-uzaleznienia-a-jakich-zwrotow-unikac> [Online] (20.01.2025).
- GALASIŃSKI, Dariusz. 2013. Osoby niepełnosprawne czy z niepełnosprawnością? Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania. Nr 4, 2013(9), s. 3 – 6.
- ŁADOŃ, Monika. 2019. Choroba jako literatura. *Studia maladyczne*. Katowice: Stowarzyszenie Inicjatyw Wydawniczych, Wydawnictwo Naukowe „Śląsk”, 2019. 292 s. ISBN 978-83-7164-525-9.
- SKOWRONEK, Bogusław. 2012. Jedzenie jako tekst kultury. Zarys problemu. *Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis Studia Historicolitteraria*, nr 12, s. 281– 289.
- SŁOWNIK Języka Polskiego PWN <https://sjp.pwn.pl/> [Online] (20.01.2025).
- SERKOWSKA, Hanna. 2021. Mapowanie narracji maladycznych. *Teksty drugie*, nr 1, 2021, s. 172 – 183.
- SOBIERAJSKI, Tomasz. 2012. Jak skutecznie rozmawiać z pacjentem <https://www.mp.pl/szczepienia/praktyka/komunikacja/73505,jak-skutecznie-rozmawiac-z-pacjentem> [Online] (20.01.2025).
- SONTAG, Susan. 2016. Choroba jako metafora. AIDS i jego metafory, tłum. J. Anders. Kraków: Wydawnictwo Karakter, 2016. 175 s. ISBN978-83-65271-04-4.
- SZUBERT, Mateusz. 2019. Dyskurs maladyczny – perspektywy badawcze. In: M. Ganczar, I. Gielata, M. Ładoń (eds.): *Fragmety dyskursu maladycznego*. Gdańsk: Fundacja Terytorium Książki, 2019, s. 17 – 35. ISBN 978-83-7908-144-8.
- URAMOWSKA-ŻYTO, Barbara. 2009. Socjologiczne koncepcje zdrowia i choroby. In: A. Ostrowska (ed.). *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie analizy*. Warszawa: Instytut Filozofii i Socjologii PAN, 2009, s. 65–87. ISBN 978-83-7683-000-1.

prof. UAM dr hab. Magdalena GRAF
Uniwersytet im. A. Mickiewicza w Poznaniu
Wydział Filologii Polskiej i Klasycznej
ul. A. Fredry 10
61-701 POZNAŃ
Polska
m.graf@amu.edu.pl