



LOGOPEDYCZNA PERSPEKTYWA

Anna Cholewiak

KOMPETENCJA JĘZYKOWO-KULTUROWA OSÓB DOTKNIĘTYCH CHOROBY PARKINSONA

Streszczenie

W artykule przedstawione zostały wyniki badań nad kompetencją językowo-kulturową pacjentów z chorobą Parkinsona. Opisywane badania pozwalają określić stopień funkcjonowania chorych z parkinsonizmem idiopatycznym w przestrzeni językowo-kulturowej. Diagnoza ta opiera się na tworzonych przez osoby badane definicjach: ZIEMI, WODY, OGNIĄ i POWIETRZA. Narzędzie badawcze wykorzystane w toku pracy to językowo-kulturowe definicje czterech żywiołów. Artykuł zawiera ponadto opis zaburzeń poznawczych i językowych towarzyszących chorobie Parkinsona. Autorka opisuje przebieg prowadzonych badań, podaje fragmenty wypowiedzi pacjentów oraz przykładową ich analizę.

słowa kluczowe: choroba Parkinsona, kompetencja językowo-kulturowa, definicja językowo-kulturowa

Linguistic and cultural competence of patients with Parkinson's disease

Summary

The article shows the results of linguistic and cultural competence of patients with Parkinson's disease. Described research makes it possible to evaluate how the patients with Parkinson's disease are functioning in linguistic and cultural space. The diagnosis is based on the definitions of: EARTH, WATER, FIRE and AIR, which was created by patients. A research tool used here is linguistic and cultural definitions of the four elements. The article also contains descriptions of cognitive and language disorders, which are visible in patients with Parkinson's disease. The author describes the course of the research, giving parts of the patients speech and exemplary analysis.

keywords: Parkinson's disease, linguistic and cultural competence, linguistic and cultural definition

Wprowadzenie

Na prawidłowość językowego i kulturowego istnienia człowieka, a zatem jego zdolności poznawcze, komunikacyjne i socjalizacyjne, niekorzystnie wpływać będą zmiany biologiczne charakterystyczne dla postępującego procesu starzenia się¹, podczas którego obserwuje się zanik kolejnych zdolności fizycznych i intelektualnych, w tym także rozpad umiejętności komunikacyjnych². Obserwowalne w procesie starzenia się fizjologicznego postępujące zaburzenia psychofizyczne mogą być potęgowane w przebiegu starzenia się patologicznego. Wpływającymi na procesy komunikacji językowej zaburzeniami pojawiającymi się u osób dorosłych są choroby układu nerwowego, związane z regulacją napięcia mięśniowego i ruchu dowolnego, których przyczyną jest uszkodzenie układu pozapiramidowego³. Najczęstszym zespołem objawów charakterystycznych dla tych zaburzeń jest zespół parkinsonowski⁴, do którego zalicza się m.in. chorobę Parkinsona.

¹ Za Bogną Żakowską-Wachelką i Wojciechem Pędichem za dolną granicę starości przyjmuję 65 rok życia (1995: 13). Sam przebieg wieku starczego dzielony jest na okres wczesnej i późnej starości. Granicę między tymi okresami wyznacza 75 rok życia (Pędich 1995: 917). Można wymienić trzy rodzaje starzenia się: (1) fizjologiczne – „zachodzi w czasie i stopniu właściwym dla danego gatunku”, (2) przedwczesne – „ma cechy starzenia się fizjologicznego, lecz występuje we wcześniejszym wieku”, (3) patologiczne – „przyspieszające się w związku z niekorzystnym wpływem chorób lub środowiska” (Pędich 1995: 917).

² Stanisław Grabias wymienia trzy kompetencje uczestniczące w procesie komunikacji. Pierwszą z nich jest kompetencja językowa, rozumiana jako „programowana biologicznie, nieuświadamiana wiedza na temat zasad budowania zdań gramatycznie poprawnych” (Grabias 2012: 52). Determinantą tej kompetencji jest istniejący w umyśle pełen inwentarz fonemów stosowanych w polszczyźnie, zespół morfemów leksykalnych i gramatycznych, a także wiedza na temat reguł pozwalających łączyć najmniejsze elementy języka w rozbudowane całości. Stopień przyswojenia tej kompetencji wpływa na rozwój pozostałych. Kolejno wyróżnić należy kompetencję komunikacyjną stanowiącą „wiedzę na temat zasad użycia języka w grupie społecznej” (Grabias 2012: 52). Trzecią z kompetencji jest kompetencja kulturowa, czyli „wiedza na temat zjawisk rzeczywistości” (Grabias 2012: 52). To dzięki niej możliwe będzie funkcjonowanie jednostki w danej społeczności językowej.

³ Układ ten tworzą włókna nerwowe biegnące od kory mózgowej do rdzenia przez jądra podstawy (Jakimowicz 1981: 34).

⁴ Do schorzeń zespołu parkinsonowskiego zaliczane są zaburzenia hipokinetyczne układu pozapiramidowego, m.in.: zespoły „parkinsonizm plus” (postępujące porażenie nadjądrowe, zespoły otępienne, zanik wieloukładowy, zwyrodnienie korowo-podstawne), wtórne zespoły parkinsonowskie (toksyczne, pozapalne, pourazowe, naczyniopochodne, w przebiegu wodogłowia normotensyjnego, guza mózgu) i parkinsonizm pierwotny (choroba Parkinsona, parkinsonizm młodzieńczy) (Bogucki, Fiszer 2011: 281).

Zaburzenia poznawcze w chorobie Parkinsona

Kryteria rozpoznawcze choroby Parkinsona kierują uwagę diagnostów na specyficzne dla zespołów parkinsonowskich objawy ruchowe⁵, towarzyszące im natomiast objawy pozaruchowe są przez kryteria pomijane, mimo że zajmują istotne miejsce w obrazie klinicznym. Nie ma także wątpliwości, że znacząco oddziałują na przebieg choroby, dodatkowo obniżając poziom funkcjonowania chorych.

Objawami pozaruchowymi widocznymi już w pierwszych fazach choroby Parkinsona są zaburzenia funkcji poznawczych⁶, które mogą rozwijać się w otępienie. Częstość ich występowania wzrasta wraz z czasem trwania choroby (Jasińska-Myga, Sławek, Wieczorek 2006: 203). Początkowo dotyczą one pamięci i stanowią przejście między fizjologicznym starzeniem się a początkiem otępienia (Sławek, Wieczorek 2006: 42). Do zaburzeń poznawczych zalicza się: „(1) zaburzenia funkcji wykonawczych, (2) deficyty pamięci, (3) zaburzenia wzrokowo-przestrzenne, (4) spowolnienie przetwarzania informacji oraz (5) dołączające się w późniejszych stadiach zaburzenia językowe” (Sławek, Wieczorek 2006: 43). Ich następstwem będą widoczne u pacjentów: problemy z planowaniem działania i kierowaniem nim, trudności z wykorzystywaniem zdobytych wcześniej wiadomości, zaburzenia pamięci deklaratywnej i proceduralnej, a także problemy z rozpoznawaniem twarzy, przetwarzaniem wiadomości dotyczących przestrzeni czy użyciem pojęć charakteryzujących przestrzeń (Sławek, Wieczorek 2006: 43–48).

Narastające zaburzenia poznawcze przeradzają się u około jednej trzeciej osób z parkinsonizmem idiopatycznym w otępienie (Sławek 2008: 132)⁷, które opisywane jest jako „zespół zaburzeń zachowania wywołanych dysfunkcją mózgową o znanej lub nieznannej etiologii, prowadzący do ogólnego rozpadu funkcji poznawczych, emocji, osobowości oraz społecznego funkcjonowania człowieka” (Szepietowska, Daniluk 2008: 282).

⁵ Nie bez przyczyny schorzenia układu pozapiramidowego nazywane są: „zaburzeniami ruchowymi” (Sławek 2008: 129).

⁶ Jako pierwszy na występowanie zaburzeń poznawczych w przebiegu choroby Parkinsona zwrócił uwagę Jean-Martin Charcot, francuski neurolog, w 1875 roku (za: Sławek, Wieczorek 2006: 33).

⁷ Istnieje duża rozbieżność (20–90%) w wynikach badań określających częstość występowania otępienia w chorobie Parkinsona, co związane jest z kształtowaniem się przez ostatnie lata definicji zespołu otępiennego. Jarosław Sławek zaznacza jednak, że wprowadzona jasna klasyfikacja spowodowała ujednoczenie wyników obecnych badań: „częstość otępienia w PD ocenia się na 20–30%” (Sławek 2008: 130).

Zaburzenia językowe w chorobie Parkinsona

Mowę pacjentów z parkinsonizmem idiopatycznym opisuje się jako cichą, niewyraźną i jednostajną. Do tej wąskiej charakterystyki dodać należy całe spektrum dysfunkcji językowych, które nasilają się wraz z czasem trwania choroby, pogorszając społeczne funkcjonowanie pacjentów, spośród których: „ponad jedna czwarta [...] uważa zaburzenia mowy za jeden ze swoich największych problemów” (Osiejuk-Łojek 1998: 194).

W przedstawianych opisach językowych zaburzeń występujących w przebiegu choroby Parkinsona uwaga kierowana jest na cechy związane z prozodią wypowiedzi (niewyraźny akcent, obniżony ton i głośność) (Sławek, Wieczorek 2006: 48; por. także Osiejuk-Łojek 1998: 194), podkreśla się również zmniejszoną fluencję słowną, której występowanie może być związane z demencją (Daniluk, Szepietowska 2000: 127; por. także Osiejuk-Łojek 1998: 208) oraz słabą mimikę twarzy (Daniluk, Szepietowska 2000: 127). Nie ma wątpliwości, że podane deficyty wiążą się z zaburzeniami motorycznymi i poznawczymi występującymi w chorobie⁸.

Kompetencja językowo-kulturowa – definiowanie dziedziny

Źródłem doświadczeń, które nieustannie towarzyszą funkcjonującej w świecie jednostce i wpływają na jej rozwój, jest otaczająca ją rzeczywistość fizyczna (rzeczywistość pierwsza). Z niej wyłania się tzw. druga rzeczywistość (Fleischer 2000) – kultura, kształtowana i rozwijana przez człowieka dzięki zjawiskom semiotycznym, do których należą bez wątpienia ludzkie wytwory językowe (Anusiewicz, Dąbrowska, Fleischer 2000: 11). Właściwym wydaje się więc traktowanie języka jako „najważniejszego tworu kultury, jej podstawowego składnika, a zarazem czynnika sprawczego, [...] rezerwuaru, przenośnika i przekaznika treści kulturowych, wytworzonego przez człowieka i społeczeństwo” (Anusiewicz 1991: 17). Istnienie języka nie tylko pozwala utrwać i przekazywać kulturę, ale ją tworzyć „dzięki temu, że stanowi on formę myśli abstrakcyjnej”⁹ (Grzegorzczkowska 1991: 62). Należy przy tym pamiętać, że to

⁸ Zaburzenia językowe w przebiegu parkinsonizmu idiopatycznego autorka szczegółowo opisuje w artykule: *Dyzartria o podłożu choroby Parkinsona – aspekty neurolingwistyczne* (Cholewiak 2014).

⁹ Za podstawę abstrakcyjnego myślenia widoczną w mechanizmach językowych, Renata Grzegorzczkowska podaje m.in. zdolność języka do określania klas przedmiotów czy zjawisk, uła-

właśnie język, poprzez badanie jego konkretnych użyć, przyjmujących postać tekstu, pozwala dotrzeć do wytworów jednostkowego myślenia i działania, w których widoczny jest obraz świata członków danej społeczności językowej (Michalik 2006: 7–8). To natomiast daje możliwość sprawdzenia, „w jakim stopniu ci użytkownicy języka uczestniczą w przestrzeni językowo-kulturowej” (Michalik 2006: 8).

Przedmiot przeprowadzonych badań, którym była ocena poziomu kompetencji językowo-kulturowej osób z chorobą Parkinsona, wymaga wyjaśnienia samego terminu „kompetencja językowo-kulturowa”, wprowadzonego do rozważań nad kompetencją lingwistyczną specyficznych użytkowników języka, jakimi są uczniowie szkół specjalnych, przez Mirosława Michalika (2006)¹⁰. Definiowane pojęcie, dla którego tło stanowić będą biorące udział w komunikacji językowej kompetencje: językowa, komunikacyjna i kulturowa (Grabias 2012: 52), swym zakresem „obejmuje kompetencję lingwistyczną z wiedzą semantyczną”, która w prowadzonych badaniach stanowić będzie składnik kluczowy (Michalik 2006: 8).

W pracy przyjmuję następujące założenie zgodne z kulturową teorią języka autorstwa Janusza Anusiewicza:

istotą języka, jego podstawą oraz zasadniczą funkcją jest nie tylko komunikowanie wewnętrznych przeżyć jednostki czy społeczeństwa, dotyczących rzeczywistości przyrodniczej i społecznej, rzeczywistości myśli i [...] rzeczywistości samego języka, nie tylko ujmowanie i odzwierciedlanie tej rzeczywistości oraz jej wyrażanie, nie tylko przekazywanie informacji służące porozumiewaniu się, ale również – i przede wszystkim – sposób konceptualizacji i strukturalizacji tej rzeczywistości, sposób jej interpretacji, kategoryzacji i taksonomizacji, sposób jej oglądu i [...] jej wartościowanie (1991: 19).

Tym samym za najważniejszą funkcję języka przyjmuję funkcję poznawczą, bez której niemożliwe czy też nieskuteczne byłyby procesy komunikacji i socjalizacji jednostek danej zbiorowości językowej.

twijającą ich percepcję, możliwość przywoływania tego, co minione lub przyszłe czy zachowywania wiedzy (1991: 62).

¹⁰ W cytowanej pracy Mirosława Michalika, której celem była diagnoza stanu języka uczniów szkół specjalnych, autor podkreśla istnienie biologicznych determinantów, stanowiących barierę dla właściwego rozwoju kompetencji językowo-kulturowej (2006: 9). Z uwagi na wybór podmiotu badań niniejszej pracy, którym są osoby dorosłe, zaznaczyć należy, że tu biologiczne determinanty stanowić będą przyczynę rozpadu kompetencji wcześniej zbudowanej.

Zachodzące za pośrednictwem języka czynności poznawcze, których rezultatem jest „zorganizowana pojęciowo wiedza, tkwiąca w umyśle i będąca reprezentacją rzeczywistości” (Grabias 2012: 16), stanowią razem z tworzoną dzięki językowi kulturą „systemy orientacji człowieka w świecie” (Bytniewski 1991: 15). Językowe ujmowanie otaczającego nas świata, nazywane Językowym Obrazem Świata (Grzegorzczkova 2001; Anusiewicz 1990)¹¹, pozwala dotrzeć do ludzkich wyobrażeń czy interpretacji rzeczywistości. Dzięki temu, że przybierają one postać tekstów, możliwa jest ich analiza, pozwalająca wyłonić nie tylko sposoby widzenia świata pozajęzykowego, ale i jednostkową wiedzę dotyczącą tego świata.

W badaniach uwaga skierowana została na wpływ zaburzeń towarzyszących chorobie Parkinsona (motorycznych, psychicznych, poznawczych i językowych) na poziom umiejętności językowego odtwarzania konceptualizacji określonych zjawisk rzeczywistości przez jednostki obciążone biologicznie, których rozwój psychofizyczny w okresie przyswajania kompetencji lingwistycznej i wiedzy semantycznej przebiegał prawidłowo.

Uznając, że „rzeczywistym przejawem osiągnięcia kompetencji językowej i komunikacyjnej jest kompetencja kulturowa, rozumiana jako zdolność do posługiwania się środkami symbolicznymi, semiotycznymi, odpowiednim słownikiem i zróżnicowanym znaczeniem w działaniu językowym” (Rittel 1994a: 29), to ona właśnie staje się najistotniejszym elementem w ocenie zdolności językowo-kulturowych określonych jednostek. System językowy i zasady komunikacji językowej umożliwiają przekazywanie treści, które jako wyraz pracy umysłu ukazują całość wiedzy, doświadczeń i wyobrażeń jednostkowych. Ta wiedza i wyobrażenia determinowane są biologicznie, społecznie i kulturowo (Michalik 2006: 9).

Wymieniane wyżej kompetencje, w ujęciu lingwistyki edukacyjnej¹², to podstawowe składniki kompetencji lingwistycznej, która opisywana jest jako „wiedza gramatyczna, sprawność funkcjonalna i wiedza kulturowa rozumiana

¹¹ Językowy Obraz Świata (JOS) to „sposób ujmowania świata (jego percepcji i konceptualizacji), dający się odczytać z faktów językowych, tj. cech fleksyjnych, derywacyjnych, frazeologizmów, grup synonimicznych, świadczących o swoistej kategoryzacji świata, wreszcie z konotacji i stereotypów wiązanych z obiektami nazywanymi” (Grzegorzczkova 2001: 164).

¹² Lingwistyka edukacyjna, zajmująca się problematyką nabywania i kształcenia języka, za przedmiot swoich badań uznaje: „badania empiryczne mowy (język mówiony) prowadzone w aspekcie synchronicznym” (Rittel 1994a: 6). Rozwijane na gruncie lingwistyki edukacyjnej teorie kompetencji to: „teoria zintegrowanej kompetencji językowej”, „teoria mocy rozwijającej się kompetencji” i „teoria zaburzonej kompetencji” (Rittel 1994a: 8). W związku z tematem niniejszej pracy uwagę kieruję na ostatnią z wymienianych teorii, którą Teodozja Rittel opisuje jako „związaną z takimi zjawiskami, jak opóźnienie procesu nabywania języka czy też odbudowa utraconej zdolności” (1994a: 8).

jako zdolność do uczestnictwa w kulturze” (Rittel 1994a: 27). W obręb kompetencji lingwistycznej wpisuje się również składniki naddane i nabywane. Pomagają one w ocenie poziomu językowego jednostki. Wśród składników naddanych wymieniane są: subkompetencja i nadkompetencja. Subkompetencja „oznacza sprawność prajęzykową, wrodzoną i, jak twierdzi N. Chomsky, daną każdemu człowiekowi w postaci skomplikowanego aparatu mowy, słuchu i mózgu” (Rittel 1994a: 34). Sprawności subjęzykowe, w odniesieniu do poszczególnych składników podstawowych kompetencji lingwistycznej, określane są jako „przedjęzykowy poziom sprawności gramatycznej, niewerbalny poziom komunikacji i niewiedza kulturowa” (Rittel 1994a: 33). Nadkompetencja natomiast „obejmuje działania językowe stojące wyżej niż norma języka docelowego, ogólnego i oznacza twórczość językową” (Rittel 1994a: 32)¹³. Składnikami nabywanymi są kolejne poziomy nabywania kompetencji: przejściowy, przybliżony, docelowy (Rittel 1994a: 27).

Szczegółowe spojrzenie na kompetencje: językową, komunikacyjną i kulturową, a także podkreślenie znaczenia wiedzy semantycznej rysuje tło podjętych badań, w których zadaniem nadrzędnym było określenie przynależności i stopnia aktywnego udziału w przestrzeni językowo-kulturowej społeczeństwa osób z parkinsonizmem idiopatycznym.

Badanie kompetencji językowo-kulturowej

Termin „kompetencja językowo-kulturowa” został przez jego twórcę zespolony z: „podstawowym narzędziem diagnostycznym, czyli definicją językowo-kulturową” (Michalik 2006: 8). Narzędzie to służy ocenie poziomu „kompetencji językowej, komunikacyjnej, a nade wszystko kulturowej” (Michalik 2006: 14) osób dorosłych, dotkniętych chorobą neurodegeneracyjną.

Definicja językowo-kulturowa jest „semantyczną eksplikacją pojęć będących bytami w przestrzeni językowo-kulturowej danych użytkowników języka” (Michalik 2006: 10), dzięki czemu ukazuje, jak tworzący ją uczestnik określonej społeczności językowo-kulturowej subiektywnie porządkuje, dzięki znajomości wspólnego kodu i pod wpływem kultury, zjawiska rzeczywistości pozajęzykowej. W tworzonych przez konkretnych użytkowników języka definicjach ujawnia się nie tylko rozumienie tych zjawisk, ale i posiadana przez definiujących wiedza językowa. Oceniając poziom kompetencji językowo-kulturowej osób dorosłych, należy skierować uwagę na to, jak, realizując wypo-

¹³ Jak zaznacza T. Rittel „twórczość językowa” w tym wypadku nie powinna być rozumiana jako „każde użycie języka” (1994a: 32).

wiedź i przekazując w niej własną wiedzę, jednostka wykorzystuje możliwości, jakie daje jej system językowy.

Metoda badawcza, która pozwala ocenić kompetencję językowo-kulturową wybranych użytkowników języka, polega na zestawieniu stworzonych przez nich definicji wybranych składników rzeczywistości z definicjami wzorcowymi (Michalik 2006; 2006a). Do tego celu wykorzystane zostały definicje czterech żywiołów (ziemi, wody, ognia i powietrza)¹⁴, opracowane na podstawie licznych tekstów kulturowych przez Mirosława Michalika (2006), a także definicje przedstawione przez osoby badane. W dalszej części artykułu opisane zostaną wyniki badań empirycznych, opracowane w oparciu o metodę dyskursywno-analityczną (Michalik 2006a: 492).

Definicje, które stanowią wzór porównawczy dla definicji tworzonych przez osoby badane, powstały w oparciu o definicje leksykalne oraz zawarte w związkach frazeologicznych, przysłowia ludowych, literaturze dla dzieci i polskiej literaturze pięknej wyobrażenia dotyczące czterech żywiołów, a także relacje semantyczne antonimiczne i synonimiczne (Michalik 2006: 11). Stworzone na tej podstawie definicje zawierają w sobie wszelkie elementy, które doświadczony użytkownik języka w określonym stopniu powinien znać. Tworzone przez Michalika (2006: 105) definicje językowo-kulturowe żywiołów zawierają elementy centralne i peryferyjne, wyróżnione w związku z częstością ich występowania w tekstach kultury. Z uwagi na podmiot badań przyjmuję, że zarówno elementy prototypowe i nieprototypowe powinny znaleźć się w definicjach tworzonych przez osoby badane, aby ocena poziomu możliwości funkcjonowania tych osób wykazała, na ile możliwe jest aktywne uczestniczenie tych jednostek w społeczności językowo-kulturowej.

Aby dokonywana analiza porównawcza definicji wzorcowych z definicjami utworzonymi przez badanych przynosiła całościowy obraz stanu kompetencji językowo-kulturowej tych osób, uwzględnione zostały wszystkie aspekty wynikające z konkretnego użycia systemu językowego, w którym realizuje się znaczenie. Kompletna analiza zawiera więc ocenę stopnia rozumienia danego pojęcia, która ma „za zadanie określić lingwistyczne sprawności systemowe, przejawiające się bierną znajomością wiedzy semantycznej” (Michalik 2006a: 494). Z uwagi na podmiot badań należy zakładać, że poziom rozumienia analizowanych pojęć w tekstach budowanych przez osoby dorosłe powinien być możliwie najwyższy, czyli w pięciostopniowej skali: „0 – nieprzytoczenie żadnej definicji; 1 – zaczątkowe stadium rozumienia pojęć [...]; 2 – poziom konkretno-opisowy [...]; 3 –

¹⁴ Definicje językowo-kulturowe, stanowiące narzędzie badawcze, zamieszczam w aneksie.

wyodrębnienie cech mieszanych, przypadkowych [...]; 4 – poziom ogólny [...]" (Michalik 2006a: 495)¹⁵, byłyby to poziom czwarty, ogólny.

W etapie właściwym badania, czyli zestawiania przytoczonych wyżej definicji językowo-kulturowych z definicjami jednostek poddanych badaniu, oceniony zostaje poziom kompetencji lingwistycznej. Podane składniki omawianej kompetencji służą jej opisowi. Są to składniki naddane (subkompetencja i nadkompetencja¹⁶) i nabywane (kompetencja przejściowa, przybliżona i docelowa) (Michalik 2006a: 498). Przy czym zakładam, że osoby badane w okresie rozwoju językowo-kulturowego osiągnęły kompetencję docelową i były zdolne do rozumienia i tworzenia nowych znaczeń w przestrzeni kulturowej.

Ostatnim etapem w badaniach kompetencji językowo-kulturowej jest „pragmalingwistyczna analiza rodzajów definicji” (Michalik 2006a: 506). Dzięki niej pogłębiona zostaje analiza kompetencji komunikacyjnej poprzez włącznie do przekazywanych przez kod językowy informacji semantycznych danych pragmatycznych, zawartych w kontekście sytuacyjnym (Michalik 2006a: 506–507). Takich informacji dostarczają analizy budowy definicji stworzonych przez osoby badane. Badanie struktury formalnej definicji pozwoliło przyporządkować je określonemu rodzajowi definicji (kontekstowa, denotacyjna, klasyczna, hiperonimiczna, synonimiczna)¹⁷. Autor zaznacza, że „analiza strukturalna definicji jest uzupełnieniem ich analizy znaczeniowej (badania rozumienia pojęć) oraz pomostem w kierunku diagnozy wiedzy semantycznej i kompetencji językowo-kulturowej” (Michalik 2006a: 510–511). Najbardziej rozwiniętymi definicjami autor ten określa definicje klasyczne, czyli „te, w budowie których można wyodrębnić *genus proximum* [...] i *differentiam specificam*” (2006a: 510). Jako drugie podaje definicje hiperonimiczne, czyli takie

¹⁵ Każdemu poziomowi przyporządkowane zostają określone formy definicji. W przypadku „zaczątkowego rozumienia pojęć” są to definicje: „1) wskazujące na znajomość nazwy wyłączenie z brzmienia; 2) skojarzenia dźwiękowe; 3) tautologie; 4) skojarzenia nazwy z jednostkową sytuacją” (Michalik 2006a: 494–495). Kolejne formy definicji proponowane przez Elżbietę Jaszczyszyn, czyli: „5) określanie materiału, substancji, z jakiej desygnat odpowiadający pojęciu został wykonany; 6) wymiana desygnatów; 7) określanie celu, jako sposobu na przedstawienie rozumienia znaczenia; 8) fabularyzacje; 9) podawanie cech nieistotnych; 10) wyodrębnienie cech istotnych” przyporządkowane zostały do poziomu konkretno-opisowego. Poziomowi następnemu przypisano natomiast formy: „11) podawanie cech istotnych, ale niespecyficznych; 12) używanie pojęć nadrzędnych; 13) synonimy”, a „14) uogólnienia” stanowią poziom ostatni (Michalik 2006a: 495).

¹⁶ Subkompetencja wiązana jest z „nieznajomością znaku i jego roli w kulturze”, natomiast nadkompetencja to: „umiejętność tworzenia nowych symboli i nadawanie im sensu dotychczas niewystępującego” (Michalik 2006a: 498–499).

¹⁷ Propozycję tę autor podaje za Nawoją Mikołajczak-Matyją (Michalik 2006; 2006a).

w których „wyróżnić można jednostkę [...] leksykalną o znaczeniu zakresowo szerszym niż znaczenie *definiendum*” (2006a: 510). Pozostałe rodzaje definicji zostały uporządkowane w następującej kolejności: synonimiczne, w których znaczenie członu określanego równoważy się z budującymi definicję jednostkami leksykalnymi; kontekstowe, w nich znaczenie *definiendum* wynika z zawartego w *definiensie* przykładu użycia; denotacyjne, czyli zawierające w członie definiującym przykłady przedmiotów, do których można odnieść element definiowany (Michalik 2006a: 510–511).

Badania własne

Badania nad językiem osób z parkinsonizmem idiopatycznym opierają się na zebranych wypowiedziach pacjentów¹⁸. W tekstach tworzonych przez badane jednostki ujawnione zostały ich zdolności związane z trzema zakresami badawczymi: psycholingwistycznym, semantycznym i pragmatycznym (Michalik 2006a). Tym samym analiza wypowiedzi uwzględnia umiejętności rozumienia pojęć, a w związku z tym rozumienia świata przez osoby chore, funkcjonowania danych pojęć w umyśle jednostek, czyli posiadanej przez jednostki wiedzy semantycznej oraz badanie kontekstu pragmalingwistycznego, pozwalające pogłębić wiedzę na temat posiadanej przez osoby badane kompetencji komunikacyjnej (Michalik 2006a).

Spotkania z chorymi odbywały się w miejscach pobytu (zamieszkania) osoby badanej. Badanie właściwe w każdy wypadek odbywało się podczas jednego spotkania, którego długość nie była wcześniej określona¹⁹.

Wszystkie wypowiedzi chorych zostały nagrane za pomocą dyktafonu. Pytania zadawane osobom badanym brzmiały następująco:

- 1) Co to jest (ziemia/woda/ogień/powietrze)?
- 2) Z czym kojarzy się Pani/Panu (ziemia/woda/ogień/powietrze)?

¹⁸ Opiswane badania prowadzone były na przełomie marca i kwietnia 2014 roku podczas indywidualnych spotkań z pacjentami. Badanie poprzedzało spotkanie z opiekunem chorego, mające na celu zebranie niezbędnych informacji dotyczących samego pacjenta, historii jego choroby oraz wiadomości na temat ogólnego poziomu funkcjonowania chorego. Materiał empiryczny zebrany został podczas spotkań z chorymi, w których uczestniczyli: osoba badana, osoba badająca (w każdy wypadek ja) oraz w niektórych przypadkach także osoba będąca opiekunem pacjenta.

¹⁹ Czas trwania badania dostosowany był do indywidualnych możliwości psychofizycznych osób chorych. Podczas badania uwzględniane było samopoczucie chorego oraz jego chęć do rozmowy. Wszelkie objawy zmęczenia stanowiły sygnał do zakończenia badania.

Charakterystyka osób badanych

Badaniu poddane zostało pięć osób, u których zdiagnozowana została choroba Parkinsona. W każdym przypadku okres trwania choroby jest inny i mieści się w przedziale od 2 do 15 lat. Odmienne u pacjentów są także schorzenia towarzyszące chorobie Parkinsona, wynikające z samej choroby (będące jej następstwem) bądź związane z wiekiem starczym. Osoby badane od momentu postawienia diagnozy do okresu, w którym prowadzone były badania, znajdowały się pod stałą opieką medyczną. Wszystkie także objęte były farmakoterapią, która wprowadzana była w momencie postawienia diagnozy.

Osoby badane różniły się między sobą również wiekiem, wykształceniem i charakterystyką społeczną. W czasie badania dwoje spośród pacjentów przebywało w ośrodku opieki, pozostali mieszkali w domach rodzinnych. Wszyscy badani to Polacy, od narodzin przebywający na terenie naszego kraju.

Podstawowe informacje dotyczące osób badanych zamieszczam w tabeli 1.

Tab. 1. Podstawowe informacje dotyczące badanych pacjentów.

Pacjent	Wiek w latach	Czas trwania choroby (w latach)	Informacje ogólne (wykształcenie, charakterystyka społeczna)	Charakterystyka mowy	Pobyt w ośrodku opieki (TAK/NIE)
Maria	88	6	średnie, środowisko wiejskie	mowa przyspieszona, niedokładne ruchy narządów artykulacyjnych	Tak
Jan	81	12	średnie, środowisko wiejskie	redukcja akcentu, zwolnione tempo, głos słaby z nagłymi podniesieniami tonu	Nie
Janina	79	2	wyższe, środowisko wiejskie i miejskie (wielokrotna zmiana miejsca zamieszkania)	brak zaburzeń w warstwie prozodycznej	Nie
Krystyna	64	7	średnie, środowisko wiejskie i miejskie (wielokrotna zmiana miejsca zamieszkania)	zwolnione tempo, nagłe przyspieszenia	Tak
Paulina	70	15	średnie, środowisko miejskie	przyspieszone tempo, skrócone frazy, problem z rozpoczynaniem wypowiedzi	Nie

Źródło: opracowanie własne

Wypowiedzi osób badanych

Fragmenty definicji pacjentki Marii:

ZIEMIA – *pracowałam na roli od dziecka małego; sadziliśmy ziemniaki, buraki cukrowe.*

WODA – *woda jest wszędzie na świecie; jest tam, gdzie studnia.*

OGIEŃ – *Bóg stworzył, na to, żeby zapalić.*

POWIETRZE – *jest żebyśmy żyli; żebyśmy byli na świecie.*

Fragmenty definicji pacjenta Jana:

ZIEMIA – *duża, olbrzymia kula ziemiska, która obraca się wokół własnej osi, krąży bez przerwy; na pewno kiedyś, tak twierdzą uczeni, że się ten bieg skończy.*

WODA – *wody do picia, ze studni uciągało się, jak wracaliśmy do domu pierwsze co, szliśmy do studni.*

OGIEŃ – *żywił palący się.*

POWIETRZE – *są to zasoby gazu, o różnej zawartości, bez którego człowiek żył nie będzie, będzie ginął, zwierzęta będą się marnować.*

Fragmenty definicji pacjentki Janiny:

ZIEMIA – *jest jedną z planet w układzie słonecznym, na której nam przypadało żyć, chodzimy przecież po ziemi.*

WODA – H_2O ; *żywił; ma wielkie znaczenie w życiu człowieka i funkcjonowania świata, przyrody, dla zwierząt, ryb, ptaków; kwiatek też potrzebuje wody, podlewamy rośliny; ważna jest dla człowieka.*

OGIEŃ – *jest to bardzo groźny żywił; ogień może zniszczyć, spalić cały dobroć życia.*

POWIETRZE – *jest jednym z żywiłów; czasem nie jest świeże, przed burzą może być duszne, gęste, a po deszczu mokre.*

Fragmenty definicji pacjentki Krystyny:

ZIEMIA – *pracuje się na ziemi.*

WODA – *nie ma kształtu, tylko przybiera kształt naczynia, w którym się znajduje.*

OGIEŃ – *jak podłoży się drzewa troszeczkę i papieru chwyci się i już.*

POWIETRZE – *umarłby bez powietrza.*

Wyniki badań

Analiza wyników badań, mających na celu ocenę poziomu kompetencji językowo-kulturowej pacjentów, u których zdiagnozowana została choroba Parkinsona, przebiega w następującym porządku:

- A. analiza stopnia rozumienia pojęć;
- B. ocena kompetencji językowo-kulturowej z wiedzą semantyczną;
- C. wyróżnienie stosowanych rodzajów definicji (za: Michalik 2006; 2006a).

Diagnostując stopień przyswojenia kompetencji językowo-kulturowej z wiedzą semantyczną, wykorzystuję następujące ustalenia, dotyczące pięciu poziomów charakteryzujących opanowanie badanej kompetencji:

1. poziom subkompetencji – niewykorzystanie przez pacjenta żadnego z elementów semantycznych, spośród zawartych w ogólnych definicjach językowo-kulturowych;
2. poziom przejściowy – wykorzystanie w definicjach tworzonych przez pacjenta do 1/3, czyli do 33,3% elementów znaczeniowych, spośród zawartych w ogólnych definicjach językowo-kulturowych (z preferencją elementów prototypowych);
3. poziom przybliżony – wykorzystanie w definicjach tworzonych przez pacjenta do 2/3, czyli 66,6% elementów znaczeniowych, spośród zawartych w ogólnych definicjach językowo-kulturowych;
4. poziom docelowy – wykorzystanie w definicjach tworzonych przez pacjenta powyżej 2/3, czyli 66,6% elementów znaczeniowych, spośród zawartych w ogólnych definicjach językowo-kulturowych (z użyciem składników prototypowych i peryferyjnych);
5. poziom nadkompetencji – stworzenie przez pacjenta definicji wykraczających poza ogólne definicje językowo-kulturowe (Michalik 2006: 119–120).

Przykładowa pełna analiza definicji stworzonych przez pacjenta

Definicje pacjentki Pauliny

ZIEMIA – planeta; rosną drzewa; mieszkają ludzie.

WODA – ciało płynne; które pomaga na ziemi; ciecz; używamy do mycia, picia; potrzebna do podlewania, żeby nie uschło; jest źródłem życia; bez wody się nie da żyć; Morze Bałtyckie; słona, słodka.

OGIEŃ – *zjawisko fizyczne; wskrzesza się ogień; gotujemy na ogniu; parzy; zniszczyć może, bo się pożary robią; trzeba gasić; pali się; ogniska są; jest niebezpieczny, ale potrzebny.*

POWIETRZE – *życie; bez powietrza nie da się żyć; tlen, azot; oddycha się dzięki powietrzu; nie widać go; jest wszędzie; oczyszczamy powietrze.*

Analiza stopnia rozumienia pojęć

Tworząc definicje żywołów, pacjentka incydentalnie posługuje się wymianianiem desygnatów, np. WODA – *Morze Bałtyckie*; OGIEŃ – *ogniska są*. Częściej, aby przedstawić rozumienie znaczenia, określa cele, jakim służyć mogą poszczególne żywoły, np. WODA – *do mycia, picia; potrzebna do podlewania, żeby nie uschło*; OGIEŃ – *gotujemy na ogniu*; POWIETRZE – *bez powietrza nie da się żyć; oddycha się dzięki powietrzu*. Definiując POWIETRZE, pacjentka wymienia cechy nieistotne: *nie widać go; jest wszędzie*. Najczęściej jednak podawane są przez osobę badaną cechy istotne, np. WODA – *ciało płynne; jest źródłem życia*; OGIEŃ – *parzy; trzeba gasić; pali się*; POWIETRZE – *bez powietrza nie da się żyć*. Pacjentka wyodrębnia także cechy istotne, ale niespecyficzne, np. WODA – *słona, słodka*; POWIETRZE – *oczyszczamy powietrze*. W analizowanych definicjach ZIEMI, WODY i OGNIA użyte zostają pojęcia nadrzędne, są to: *planeta; ciało płynne; zjawisko fizyczne*. Definiując żywoły pacjentka stara się wychodzić od uogólnień, np. ZIEMIA – *planeta*; OGIEŃ – *zjawisko fizyczne*. Opisując poszczególne żywoły, osoba badana wykorzystuje formy definicji, które cechują zarówno poziom drugi, trzeci, jak i czwarty. Z uwagi na podejmowane próby uogólnień można przyjąć, że stopień rozumienia pojęć przez badaną sytuuje się w fazie trzeciej (wyodrębnianie cech mieszanych, przypadkowych), pomiędzy poziomem konkretno-opisowym a ogólnym.

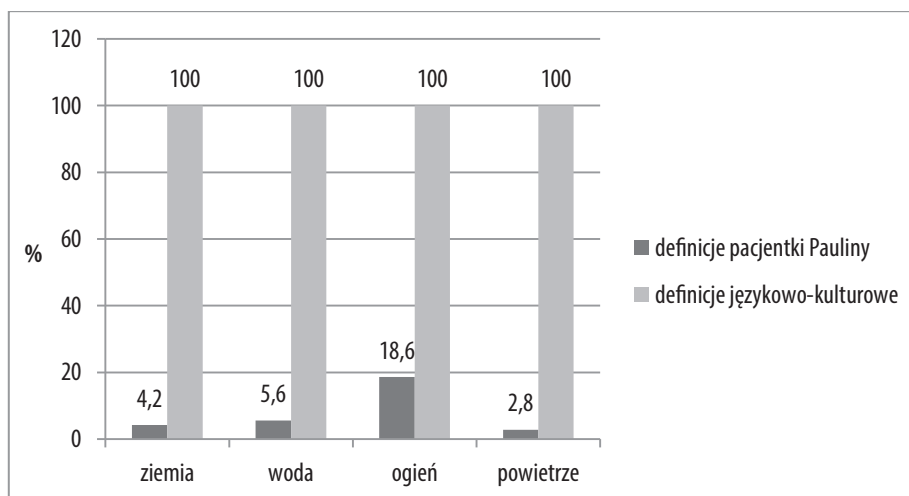
Ocena kompetencji językowo-kulturowej z wiedzą semantyczną

W definicji ZIEMI tworzonej przez pacjentkę użyte zostają dwa składniki semantyczne, które budują definicję językowo-kulturową, są to: *planeta; mieszkają ludzie*. Składniki te stanowią 4,2% wszystkich elementów semantycznych definicji ogólnej. Pacjentka w definicji WODY posługuje się pięcioma elementami, które stanowią około 5,6% składników semantycznych definicji językowo-kulturowej. Pacjentka mówi, że jest to: *ciało płynne; ciecz; używamy do mycia, picia; potrzebna do podlewania, żeby nie uschło*. W definicji OGNIA wykorzystane zostaje osiem elementów spośród budujących definicję ogólną:

wskrzesza się ogień; gotujemy na ogniu; parzy; zniszczyć może, bo się pożary robią; trzeba gasić; pali się; ogniska są; jest niebezpieczny, ale potrzebny. Stanowią one 18,6% wszystkich elementów semantycznych definiujących OGIEŃ. Opisu­jąc POWIETRZE, pacjentka wymienia jeden składnik znaczeniowy, który ma swój odpowiednik w definicji ogólnej, jest to: tlen, azot, stanowi on 2,8% wszystkich składników definiujących ten żywiół.

Relację procentową pomiędzy liczbą elementów semantycznych wykorzystanych przez pacjentkę podczas definiowania poszczególnych żywiółów a składnikami budującymi definicje językowo-kulturowe prezentuje wykres 1.

Ryc. 1. Definicje językowo-kulturowe pacjentki Pauliny



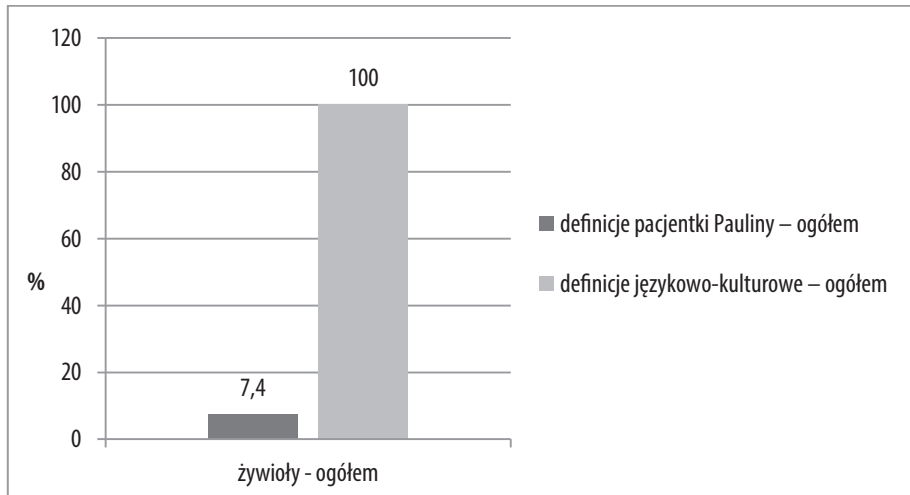
Źródło: opracowanie własne

W sumie w definicjach podanych przez pacjentkę użyte zostało szesnaście składników semantycznych, których odpowiedniki znajdują się w definicjach ogólnych. Osoba badana wykorzystuje więc 7,4% tychże składników. Kompetencja językowo-kulturowa z wiedzą semantyczną pacjentki znajduje się na poziomie kompetencji przejściowej. Opisane zależności procentowe przedstawione zostały na wykresie 2.

Jedenaście spośród wymienianych przez pacjentkę składników semantycznych zaliczyć można do elementów prototypowych definicji językowo-kulturowych. Należą do nich np. ZIEMIA – *planeta*; WODA – *używamy do mycia, picia*; OGIEŃ – *parzy; zniszczyć może, bo się pożary robią; trzeba gasić*. Pozostałe pięć składników to elementy peryferyjne (np. WODA – *potrzebna*

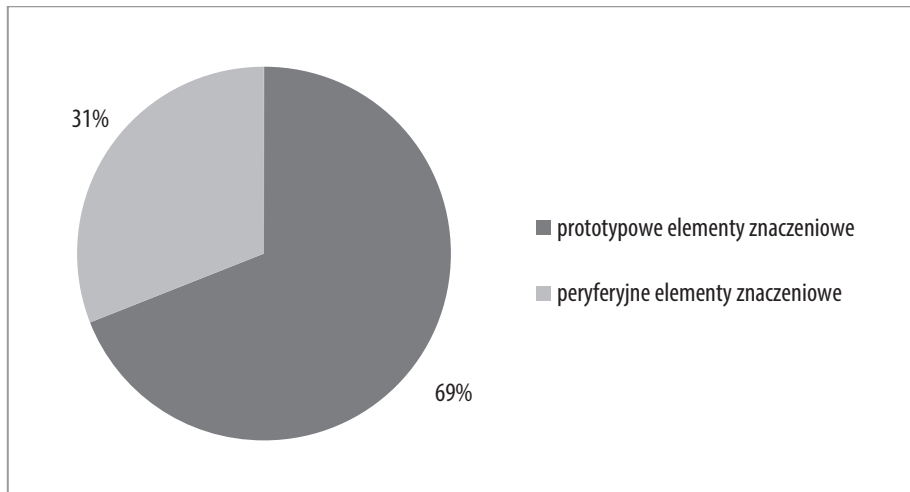
do podlewania, żeby nie uschło; OGIENŃ – gotujemy na ogniu). Stosunek procentowy składników prototypowych i peryferyjnych w definicjach pacjentki przedstawiono jest na wykresie 3.

Ryc. 2. Poziom kompetencji językowo-kulturowej pacjentki Pauliny



Źródło: opracowanie własne

Ryc. 3. Zależności między elementami prototypowymi a peryferyjnymi w definicjach pacjentki Pauliny



Źródło: opracowanie własne

Stosowane rodzaje definicji

Rodzajami definicji stosowanymi podczas charakterystyki żywności przez pacjentkę są definicje: kontekstowe, denotacyjne, hiperonimiczne oraz elementy definicji klasycznych. Definicje kontekstowe stosowane są na przykład podczas definiowania WODY – *używamy do mycia, picia; potrzebna do podlewania, żeby nie uschło*; OGNIĄ – *zniszczyć może, bo się pożary robią*. Definicje denotacyjne używane są przez pacjentkę przy definiowaniu WODY, OGNIĄ i POWIETRZA (np. *Morze Bałtyckie; ogniska są; tlen, azot*). Pacjentka wykorzystuje definicje hiperonimiczne podczas definiowania ZIEMI, WODY i OGNIĄ (np. *ZIEMIA – planeta; OGIEŃ – zjawisko fizyczne*). O wykorzystaniu definicji klasycznej można mówić w przypadku stworzonych przez pacjentkę opisów pojęć: ZIEMI, WODY czy OGNIĄ, np. *ZIEMIA – planeta; rosną drzewa; mieszkają ludzie*.

Podsumowanie wyników badań (wyniki zbiorcze)

Analiza definicji żywności pozwala określić stopień językowo-kulturowego funkcjonowania badanych osób. Wsnute na jej podstawie wnioski odnosić można wyłącznie do pacjentów poddanych badaniu, tym samym nie stanowią one podstawy do formułowania wniosków ogólnych.

Poziom rozumienia pojęć

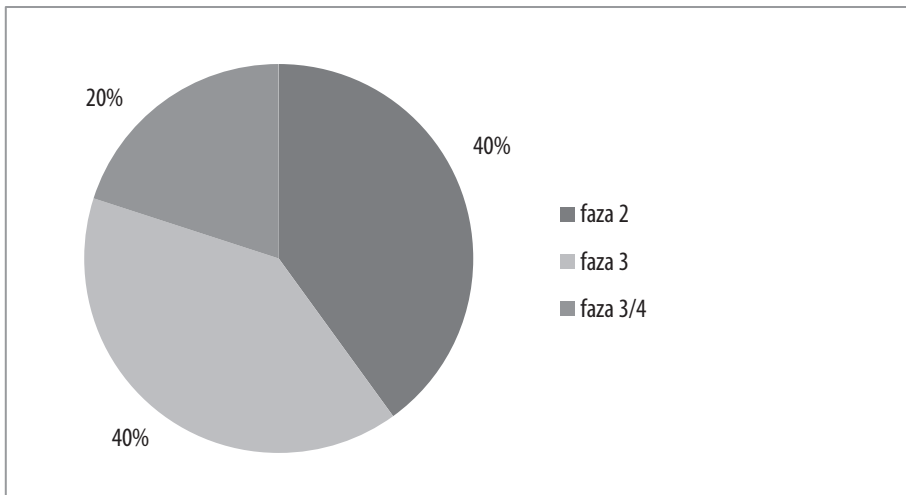
Oceny poziomu rozumienia pojęć w przypadku badanych pacjentów sytuują się między fazą drugą a granicą fazy trzeciej i czwartej. Wśród badanych dwoje pacjentów osiągnęło fazę drugą, czyli poziom konkretno-opisowy rozumienia pojęć. Formami definicji stosowanymi w przypadku tych pacjentów były: wymiana desygnatów; określanie celu, jako sposób na przedstawienie rozumienia znaczenia; fabularyzacje; wyodrębnianie cech istotnych²⁰. Na poziomie trzecim rozumienia pojęć (wyodrębnianie cech mieszanych, przypadkowych) również można usytuować dwie osoby. Odpowiadającymi tej fazie formami definicji są: podawanie cech istotnych, ale niespecyficznych; używanie pojęć nadrzędnych; stosowanie synonimów²¹. Tylko jedna spośród badanych osób znajduje się na

²⁰ Pacjentki, których poziom rozumienia pojęć usytuowany został w fazie drugiej, wybiórczo stosowały również formy definicji charakterystyczne dla fazy pierwszej i trzeciej.

²¹ W trakcie formułowania definicji także ci pacjenci stosowali formy definicji, które odpowiadały fazom wcześniejszym. Obserwowalne były w ich definicjach żywności również próby uogólnień, które charakteryzują fazę czwartą rozumienia pojęć.

granicy faz trzeciej i czwartej, czyli między wyodrębnianiem cech mieszanych, przypadkowych a poziomem ogólnym. Stosowanymi przez tę osobę formami definicji były: wyodrębnianie cech istotnych; podawanie cech istotnych, ale niespecyficznych; fabularyzacje; wymiana desygnatów; używanie pojęć nadrzędnych; uogólnienia. Wśród badanych nie było pacjentów, których poziom rozumienia pojęć można umiejscowić w fazach zerowej czy pierwszej. Podsumowanie analiz poziomu rozumienia pojęć przez badanych prezentuje wykres 4.

Ryc. 4. Poziomy rozumienia pojęć przez pacjentów z parkinsonizmem idiopatycznym

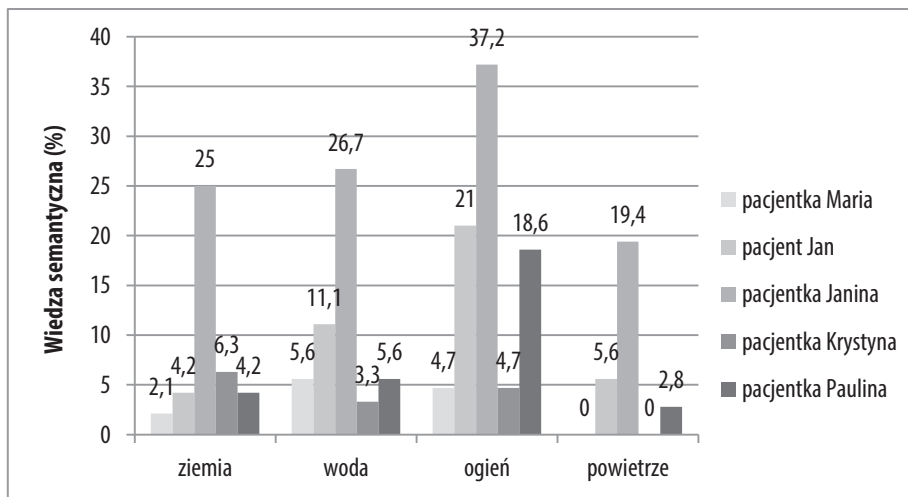


Źródło: opracowanie własne

Poziom kompetencji językowo-kulturowej z wiedzą semantyczną

Wszyscy pacjenci z chorobą Parkinsona poddani diagnozie znajdują się na poziomie przejściowym kompetencji językowo-kulturowej z wiedzą semantyczną. Ogółem w definicjach tworzonych przez osoby badane wykorzystane zostało 33,3% elementów semantycznych budujących definicję językowo-kulturową ZIEMI. W przypadku WODY również było to 33,3%. Najwięcej składników semantycznych, spośród tworzących definicję ogólną, wykorzystane zostało podczas definiowania OGNIĄ. Było to 37,2% wszystkich elementów znaczeniowych charakteryzujących ten żywiol. Definicje POWIETRZA zawierały w sobie 25% składników, budujących ogólną definicję językowo-kulturową żywiolu. Na wykresie 5 przedstawione zostały poziomy definiowania kolejnych żywiolów przez poszczególnych pacjentów.

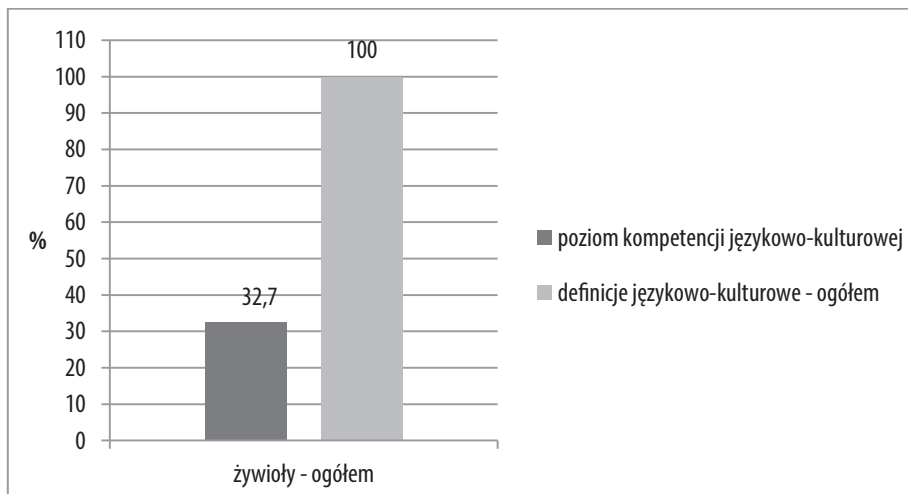
Ryc. 5. Poziomy definiowania żywności przez chorych z parkinsonizmem idiopatycznym



Źródło: opracowanie własne

Ogólnie kompetencja językowo-kulturowa badanych pacjentów z parkinsonizmem idiopatycznym mieści się na poziomie przejściowym. We wszystkich definicjach tworzonych przez osoby badane znalazło się 32,7% składników semantycznych spośród wszystkich budujących definicje stanowiące narzędzie diagnostyczne. Opisaną zależność prezentuje wykres 6.

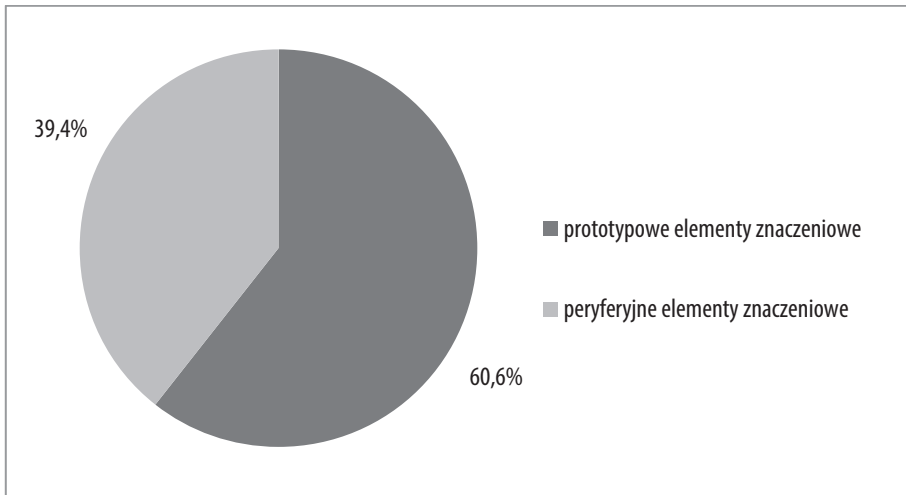
Ryc. 6. Poziom kompetencji językowo-kulturowej z wiedzą semantyczną chorych z parkinsonizmem idiopatycznym



Źródło: opracowanie własne

W tworzonych przez osoby badane definicjach częściej wykorzystywane są elementy znaczeniowe określone w definicjach ogólnych żywności jako prototypowe. Stosunek tych składników do elementów peryferyjnych definicji językowo-kulturowych wynosi 60,6% do 39,4 %. Relacja ta przedstawiona została na wykresie 7.

Ryc. 7. Stosunek między elementami prototypowymi a peryferyjnymi w definicjach pacjentów z parkinsonizmem idiopatycznym



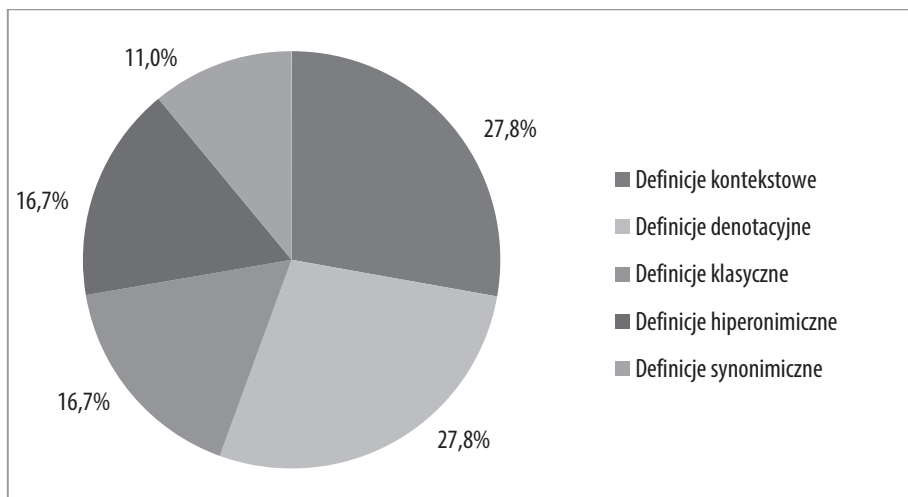
Źródło: opracowanie własne

Rodzaje definicji

Charakteryzując poszczególne żywności, badani pacjenci wykorzystali pięć rodzajów definicji: kontekstową, denotacyjną, klasyczną, hiperonimiczną i synonimiczną (za: Michalik 2006; 2006a). Najczęściej stosowane były definicje: kontekstowe, w których zamieszczone w *definiensie* przykłady użycia *definiendum* świadczą o jego znaczeniu oraz denotacyjne, w których znaczenie *definiendum* określone jest przez zawarte w *definiensie* przykłady obiektów odnoszących się do definiowanego słowa (Michalik 2006a: 510). Rzadziej wykorzystywane są definicje klasyczne (wyróżniamy w nich *genus proximum* i *differentiam specificam*), a także definicje hiperonimiczne (w *definiensie* zawierające leksemy o szerszym od *definiendum* znaczeniu) (Michalik 2006a: 510). Tylko dwoje pacjentów zastosowało natomiast definicje synonimiczne,

które w członie definiującym zawierają jednostki leksykalne równoważne znaczeniowo z członem definiowanym (Michalik 2006a: 510). Wykres 8 przedstawia stosunek procentowy użyciu poszczególnych rodzajów definicji stosowanych przez badanych pacjentów.

Ryc. 8. Rodzaje definicji stosowane przez chorych z parkinsonizmem idiopatycznym



Źródło: opracowanie własne

Zakończenie

Przeprowadzone analizy z wykorzystaniem definicji czterech żywiołów pokazały, że językowo-kulturowe funkcjonowanie osób poddanych badaniu dalekie jest od poziomu docelowego rozwoju badanej kompetencji. Z pewnością ogromny wpływ na stopień utrzymania nabytych zdolności językowo-kulturowych i wiedzy semantycznej zależy od długości trwania choroby, zaburzeń obok niej występujących, a także miejsca pobytu chorego (zdecydowanie gorzej funkcjonują osoby przebywające w domach opieki) oraz częstości jego wchodzenia w interakcje społeczne.

Podsumowanie wyników badań zamieszczono w tabeli 2.

Tab. 2. Zestawienie wyników badań uzyskanych przez poszczególnych pacjentów

	Faza poziomu rozumienia pojęć	Poziom kompetencji językowo-kulturowej		Rodzaje stosowanych definicji
		Poziom	%	
Pacjentka Maria	II	przejęściowa	3,7	kontekstowa, denotacyjna
Pacjent Jan	III	przejęściowa	10,6	kontekstowa, denotacyjna, synonimiczna, hiperonimiczna, klasyczna
Pacjentka Janina	III/IV	przejęściowa	27,2	kontekstowa, denotacyjna, synonimiczna, hiperonimiczna, klasyczna
Pacjentka Krystyna	II	przejęściowa	3,7	kontekstowa, denotacyjna
Pacjentka Paulina	III	przejęściowa	7,4	kontekstowa, denotacyjna, hiperonimiczna, klasyczna

Źródło: opracowanie własne

Bibliografia

- Anusiewicz J., Dąbrowska A., Fleischer M. 2000, *Językowy obraz świata i kultura. Projekt koncepcji badawczej*, [w:] *Język a kultura*, t. 13: *Językowy obraz świata a kultura*, red. A. Dąbrowska, J. Anusiewicz, Wrocław, s. 11–30.
- Anusiewicz J. 1990, *Problematyka językowego obrazu świata w poglądach niektórych językoznawców i filozofów niemieckich XX wieku*, [w:] *Językowy obraz świata*, red. J. Bartmiński, Lublin, s. 277–302.
- Anusiewicz J. 1991, *Kulturowa teoria języka*, [w:] *Język a kultura*, t. 1: *Podstawowe pojęcia i problemy*, (red.) J. Anusiewicz, J. Bartmiński, Wrocław, s. 17–23.
- Bogucki A., Fiszler U. 2011, *Choroby układu pozapiramidowego*, [w:] *Neurologia*, red. W. Kozubski, P. P. Liberski, Warszawa, s. 281–287.
- Budrewicz S., Podemski R. 2007, *Choroby układu pozapiramidowego*, [w:] *Neurologia kliniczna*, red. R. Mazur, Gdańsk, s. 286–295.
- Bytniewski P. 1991, *Język i kultura w koncepcji E. Sapira i B. L. Whorfa*, [w:] *Język a kultura*, t. 2: *Zagadnienia leksykalne i aksjologiczne*, red. J. Bartmiński, J. Puzyńska, Wrocław, s. 11–15.
- Cholewiak A. 2014, *Dyzartria o podłożu choroby Parkinsona – aspekty neurolingwistyczne*, [w:] *Synergia. Mowa – edukacja – terapia*, red. A. Hetman, M. Michalik, Jastrzębie-Zdrój–Kraków, s. 63–72.
- Daniluk B., Szepietowska E. M. 2008, *Demencja*, [w:] *Podstawy neuropsychologii klinicznej*, red. A.R. Borkowska, Ł. Domańska, Lublin, s. 281–297.
- Fleischer M. 2000, *Obraz świata. Ujęcie z punktu widzenia teorii systemów i konstruktywizmu*, [w:] *Język a kultura*, t. 13: *Językowy obraz świata a kultura*, red. A. Dąbrowska, J. Anusiewicz, Wrocław, s. 45–66.
- Friedman A. 2006, *Epidemiologia, etiopatogeneza, rozpoznawanie i leczenie choroby Parkinsona*, [w:] *Zaburzenia poznawcze i psychiczne w chorobie Parkinsona i innych zespołach parkinsonowskich*, red. J. Sławek, T. Sobów, Wrocław, s. 11–16.
- Friedman A. 1999, *Epidemiologia, etiopatogeneza, rozpoznawanie i leczenie choroby Parkinsona*, [w:] *Choroba Parkinsona*, red. A. Friedman, Warszawa, s. 30–50.

- Gorcowski M., Sobów T. 2006, *Objawy psychotyczne w zespołach parkinsonowskich*, [w:] *Zaburzenia poznawcze i psychiczne w chorobie Parkinsona i innych zespołach parkinsonowskich*, red. J. Sławek, T. Sobów, Wrocław, s. 139–142.
- Grabias S. 2012, *Teoria zaburzeń mowy. Perspektywy badań, typologie zaburzeń, procedury postępowania logopedycznego*, [w:] *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, red. S. Grabias, T. Kurkowski, Lublin, s. 15–70.
- Grabias S. 1994, *Język w zachowaniach społecznych*, Lublin.
- Grzegorzczkowska R. 2001, *Wprowadzenie do semantyki językoznawczej*, Warszawa.
- Grzegorzczkowska R. 1991, *Rola języka w tworzeniu kultury umysłowej*, [w:] *Język a kultura*, t. 1: *Podstawowe pojęcia i problemy*, red. J. Anusiewicz, J. Bartmiński, Wrocław, s. 61–65.
- Jakimowicz W. 1981, *Neurologia kliniczna w zarysie*, Warszawa.
- Jasińska-Myga B. 2010, *Zespoły pozapiramidowe u osób w podeszłym wieku*, „Polski Przegląd Neurologiczny”, t. 6, nr 4, s. 196–200.
- Jasińska-Myga B., Sławek J. 2006, *Depresja w chorobie Parkinsona*, „Polski Przegląd Neurologiczny”, t. 2, nr 4, s. 210–214.
- Jasińska-Myga B., Sławek J., Wieczorek D. 2006, *Zaburzenia poznawcze w chorobie Parkinsona*, „Polski Przegląd Neurologiczny”, t. 2, nr 4, s. 203–206.
- Krygowska-Wajs A. 2006, *Przedkliniczny i wczesny okres choroby Parkinsona – diagnostyka i możliwości leczenia neuroprotektynowego*, „Polski Przegląd Neurologiczny”, t. 2, nr 4, s. 177–179.
- Longstaff A. 2002, *Neurobiologia. Krótkie wykłady*, Warszawa.
- Michalik M. 2006, *Diagnozowanie kompetencji lingwistycznej ucznia szkoły specjalnej*, Kraków.
- Michalik M. 2006a, *Jak diagnozować język ucznia? – propozycje dla logopedów i nauczycieli*, „Annales Academiae Paedagogicae Cracoviensis. Studia Logopaedica VI”, t. 31, s. 490–521.
- Osiejuk-Łojek E. 1998, *Deficyty neuropsychologiczne w chorobie Parkinsona*, [w:] *Związek mózg zachowanie w ujęciu neuropsychologii klinicznej*, red. A. Herzyk, D. Kądzielawa, Lublin, s. 191–216.
- Pędich W. 1995, *Starość*, [w:] *Encyklopedia zdrowia*, red. W.S. Gomułka, W. Rewerski, t. 1, Warszawa, s. 917–918.
- Prusiński A. 1980, *Podstawy neurologii klinicznej*, Warszawa.
- Rittel T. 1994, *Metodologia lingwistyki edukacyjnej*, Kraków.
- Rittel T. 1994a, *Podstawy lingwistyki edukacyjnej*, Kraków.
- Sławek J. 2008, *Otępienie w zespołach pozapiramidowych*, „Polski Przegląd Neurologiczny”, t. 4, nr 3, s. 129–134.
- Sławek J., Wieczorek D. 2006, *Zaburzenia poznawcze w chorobie Parkinsona: rozpowszechnienie, patogenеза i obraz kliniczny*, [w:] *Zaburzenia poznawcze i psychiczne w chorobie Parkinsona i innych zespołach parkinsonowskich*, red. T. Sobów, J. Sławek, Wrocław, s. 33–65.
- Wichowicz H. 2009, *Zaburzenia psychiczne towarzyszące chorobie Parkinsona*, „Psychiatria w Praktyce Klinicznej”, t. 2, nr 1, s. 1–11.

- Anna Cholewiak
Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie
Wydział Filologiczny
studia doktoranckie

Aneks

I Definicje językowo-kulturowe nazw żywiolów

„**ZIEMIA** – ‘pole, ziemia uprawna, gleba; miejsce zamieszkane przez ludzi; ojczyzna; punkt odniesienia, podstawa. Ziemia to również planeta lub grób. Jest dobra. Ludzie ją orzą i chodzą po niej. Często przyjmuje postać piasku. Jest też ziemia święta.’

Ponadto ziemia to – ‘kraj, jednostka administracyjna, kraina, grunt, kula ziemiska, powierzchnia ładu lub podłoga. Może być pszeniczna, bogata; daje ludziom schronienie. Dla wielu ziemia to matka; przywołuje uczucia patriotyczne i jest tożsama z Polską, to rodzinna ziemia ojców. Jest nasza, własna, ale może być obca. Patrząc na nią ogarnia się wzrokiem pewną całość. Jest szczęśliwa, wolna, broniona, witana, żywna, obiecana, kochana, biedna, martwa i bolesciwa. Podlega prawom natury i kosmosu; śpi. Opływa miodem i mlekiem. Jest czymś bliskim, łączy się z niebem, ciąży człowiekowi. Może być goła lub gryziona przez ludzi. Można z nią coś zrównać. Drży’ (Michalik 2006: 105).”

„**WODA** – ‘służy do picia i jest zimna. Najczęściej występuje w morzu. Spotkać ją można w studni i w rzece, gdzie płynie. Jest jej najczęściej dużo; jest wielka i szeroka. Służy ludziom także do mycia. Jest niezbędna do życia rybom. Może być święcona. Może być cicha, czysta, gorąca, nawet wrząca. Napędza młyny, ale także niszczy i zatapia. Przyjmuje postać deszczu. Jest naturalnym środowiskiem dla żab i gęsi i kaczek. Spotyka się ją w strumyku, potoku, jeziorze i źródle.’

Ponadto woda to – ‘tlenek wodoru, zbiornik cieczy, słowa bez treści – pustosłowie, żywiol, źródło niepewności, ton. Może być mętna, głęboka, dobra, ale również zła, pożyteczna, ale i bezwartościowa, także mokra, srebrna, ciepła, świetlista, rozjaśniona, przejrzysta, destylowana, kolońska, królewska, mineralna, płodowa, sodowa, twarda, utleniona. Przyjmuje postać lodu, rosy, śniegu, kropli, ulewy, fal, mgły i szronu. Powstaje z chmur. Spotkać ją można w błocie, stawie, kałuży, wannie, Wiśle, bajorze, sadzie, obok drzew, w zdroju, łyżce, kubie i szklance. Podaje się ją ludziom; może wysychać. Ma moc uzdrawiania, zacierania śladów, drążenia skał i zrywania rzeczy zrobionych przez człowieka. Daje życie roślinom, szczególnie kwiatom. Można w niej pływać, żyją w jej pobliżu łabędzie. Woda się leje, spada, biegnie, idzie, odbija coś; sprawia ponadto, że ludzie są wyżsi, umożliwia im także kąpiele. Wywołuje strach’ (Michalik 2006: 107–108).”

„**OGIEŃ** – ‘to żywiol, który się rozpala i gasi się go; to strzał, strzelanina, pożar, ale także uczucie, zapał. Przyjmuje postać płomieni lub ogniska. Ma moc niszczenia, przez co wywołuje u ludzi strach. Parzy i walczy z wodą. Powstaje na skutek palenia się drewna i słomy.’

Ponadto ogień to – ‘zjawisko wydzielanie się ciepła i światła na skutek palenia się ciała; materiał, przedmiot palący się; żar; rumieniec lub pąs; werwa. Ogień to wojna, zamieszki, rewolucja lub animusz. Ogień może być pożyteczny, święty, zimny,

sztuczny, ohotny, słomiany. Spala, trawi, po czym zostaje popiół. Został skradziony istocie najwyższej, można go zaproszyć, skrzesać; służy do gotowania i pieczenia. Przyjmuje postać iskry. Nie powinno się go pożyczać; ludzie łączą go z mieczem, podkreślając jego niszczącą moc. Można go dać lub podać. Ogień to także piekło' (Michalik 2006: 110).”

„**POWIETRZE** – ‘żywiol; mieszanina gazów; atmosfera; połączenia azotu z tlenem; zaraza; epidemia. Najczęściej jest świeże, otwarte i wolne, ale może być duszne, wilgotne, zagęszczone, rozrzedzone, głuche, milczące, oniemiałe, ciężarne, a nawet morowe. To znak nietrwałości i nicości, choć można w nim wisieć lub w nie coś wysadzić. Przyjmuje najczęściej postać wiatru, wichru, wietrzyka, podmuchu, przez co jest w ogóle odczuwalne. Strząsa liście z drzew, pochyla drzewa, czesze włosy, wieje, szeleści, stoi, unosi ciała stałe, jest ciche. Mówi się o powietrzu prawdy. Dla niektórych powietrze to klimat’ (Michalik 2006: 111).”