

## MAGDALENA ZABIELSKA

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Wydział Anglistyki

ORCID: 0000-0002-9806-1981

## MAGDA ŻELAZOWSKA-SOBCZYK

Uniwersytet Warszawski

Wydział Lingwistyki Stosowanej

ORCID: 0000-0001-7024-1246

# **Obraz pacjenta w opisach przypadku z psychologii / psychiatrii na tle opisów z dziedzin kliniczno-diagnostycznych**

## **Studium kontrastywne wybranych elementów narracyjnych**

### **Wstęp**

Medyczne opisy przypadku charakteryzują nowe choroby, jak również innowacyjne aspekty dotyczące ich diagnozy lub leczenia. O ile jednak teksty z dziedzin kliniczno-diagnostycznych, które są bardziej popularnym i rozpowszechnionym mikro gatunkiem pisarstwa opisowego, zawierają opisy fizycznych objawów choroby, o tyle w tych z zakresu psychologii i psychiatrii pacjent jest przedstawiony o wiele bardziej szczegółowo – ujęta jest tu perspektywa badanego, jego odczucia, emocje, relacje rodzinne i społeczne, a także m.in.: wpływ choroby na jego dobrostan społeczny, zawodowy, bytowy, co wynika z charakteru psychologii i psychiatrii, zajmujących się odpowiednio badaniami naukowymi zachowań i procesów psychicznych oraz zaburzeniami psychicznymi (Rathus, 2004). Bez względu jednak na dziedzinę, której dotyczą opisy przypadku, jako przykład dyskursu specjalistycznego mogą one bez wątpienia stanowić wartościowy materiał w nauczaniu medycznego języka specjalistycznego studentów medycyny czy przyszłych tłumaczy, np. leksyki oraz cech strukturalnych.

W niniejszym artykule scharakteryzowano typy narracji o pacjencie i jego chorobie rozwijające się w części opisującej badanego, porównując je z poszczególnymi częściami

opisów przypadków z psychologii i psychiatrii oraz środki językowe charakterystyczne dla różnych pojawiających się w nich informacji<sup>1</sup>. Celem takiego zestawienia jest zobrazowanie stopnia różnic między tymi dziedzinami pod względem wpływu na charakter narracji oraz na konkretne frazy i kolokacje użyte w opisie pacjenta, co z kolei oddziałuje na jego obraz w całym tekście. Analiza ta została przeprowadzona w dwóch grupach tekstów: w 30 opisach przypadku obejmujących różne dziedziny medycyny oraz w 30 opisach przypadków z zakresu psychologii i psychiatrii. Warto tu zauważyć, że taka próbka tekstów jest reprezentatywna, gdyż wieloletnie badania i obserwacje autorek mogą sugerować, iż polskojęzyczne opisy przypadku mają względnie stałą strukturę (Żelazowska-Sobczyk, 2019; Żelazowska-Sobczyk i Zabielska, 2016c). Wyniki pokazują zdecydowanie inny charakter narracji oraz częściowe różnice w użytej leksyce, które wynikają głównie z różnic strukturalnych między tekstami. Wyniki tego typu badań mogą posłużyć jako przyczynek do przygotowania poradnika dla lekarzy i studentów, jak ująć perspektywę pacjenta, oraz jako gotowe listy słownictwa / glosariusze do wykorzystania podczas zajęć z terminologii medycznej.

## **Sformułowanie przypadku a medyczny opis przypadku jako dwa mikrogatunki pisarstwa opisowego – tło teoretyczne**

### **Definicje**

Przyjęta w niniejszej sekcji perspektywa ma charakter gatunkowy, podkreśla tzw. wyznaczniki gatunkowe, celem analizy będzie natomiast skupienie się na tzw. cechach rejestru medycznego (por. Biber i Conrad, 2009)<sup>2</sup>.

Podążając za klasyczną definicją Swalesa (1990, s. 58), gatunek to „wydarzenie komunikacyjne”, które charakteryzuje się przede wszystkim swoją funkcją, a także formą. Gatunki mogą tworzyć tzw. konstelacje (Hjemslev, [1943] 1963) w ramach poszczególnych dyskursów. Analogicznie opis przypadku jako przykład tekstu specjalistycznego „jest mniej lub bardziej szczegółowym raportem dotyczącym objawów, badania fizykalnego, wyników badań obrazowych i laboratoryjnych, diagnozy, leczenia i odpowiedzi na nie, wreszcie możliwych komplikacji czy nietypowego zejścia choroby” (Czapiewski, 2015, s. 283). Należy on do makrogatunku raportowania o przypadkach (ang. *macro-genre of case-reporting*)<sup>3</sup>, razem z odmianami pokrewnymi, takimi jak prezentacja przypadku (ustne zaprezentowanie przypadku pacjenta podczas obchodu,

<sup>1</sup> W opisach kliniczno-diagnostycznych nosi nazwę *opis przypadku*, dlatego celowo autorki nie nazywają jej tak w tekście, aby odróżnić ją od samego typu artykułu, tj. pracy kazuistycznej – tzw. opisu przypadku.

<sup>2</sup> Autorki wyrażają podziękowanie anonimowemu recenzentowi pierwszej wersji artykułu za zwrócenie uwagi na to rozróżnienie.

<sup>3</sup> Autorki zdecydowały się na podawanie terminów anglojęzycznych, ponieważ badania nad opisami przypadków medycznych jako mikrogatunku publikowane są przeważnie w języku angielskim.

ang. *case presentation*) czy zapis w dokumentacji szpitalnej (ang. *case record*). Opisuje on jednostkowy przypadek zachorowania i terapii, co czyni go bardziej związanym z praktyką medyczną aniżeli z badaniami, gdzie z kolei opisuje się diagnostykę większych populacji lub innowacyjne metody leczenia (Schryer, 1994). Ze względu na typ wywodu jest to tekst opisujący i prezentujący informacje (Salager-Meyer i in., 1989, s. 151), o strukturze problem – rozwiązanie. Z punktu widzenia badaczy przyjmujących perspektywę dyskursywną jest to powtarzalna, wieloetapowa konstrukcja przypadku konkretnego pacjenta (tzw. ang. *illness script*, Schmidt i in., 1990), co przekłada się zarówno na konkretną strukturę tekstu, jak i na zastosowane słownictwo.

W odniesieniu do psychiatrycznych opisów przypadków medycznych w języku angielskim często używanym określeniem jest „sformułowanie”, „opracowanie” lub „konceptualizacja” przypadku (ang. *case formulation*, zwana także *case conceptualisation*) (Słysz, 2017, s. 11). Definiowane jest ono jako „[...] proces, w którym tworzony jest zbiór hipotez o etiologii i czynnikach utrwalających obecny problem pacjenta oraz przełożenie diagnozy na konkretną, zindywidualizowaną interwencję terapeutyczną. [...] na konceptualizacji przypadku opiera się cała działalność kliniczna”. Co więcej, jak zauważają Eells i inni (2011, s. 385), jest ona też „sercem” praktyki w świetle medycyny opartej na faktach (ang. *evidence based medicine*).

Pod względem budowy opis przypadku ma stałą zawartość odzwierciedlającą dyskursywną konstrukcję przypadku choroby u pacjenta, na którą składają się: opisy zgłaszanego problemu, dotychczasowa historia pacjenta, wyniki badania fizykalnego oraz ewentualnie wyniki badań laboratoryjnych, postawione diagnozy, a także zalecenia dotyczące leczenia oraz dyskusja. O ile konkretne opisy przypadku pojawiające się w różnych czasopismach fachowych mogą różnić się pod względem długości czy nazw sekcji, o tyle nie ma to wpływu na schemat przedstawianego w niej przypadku. Znaczące różnice pojawią się jednak przy porównaniu opisów przypadku z dziedzin kliniczno-diagnostycznych oraz tych z zakresu psychologii / psychiatrii, szczególnie z perspektywy narracji oraz obecności i przedstawienia obrazu pacjenta w tekście.

Podsumowując i przechodząc do dalszych rozważań, warto powołać się na słowa Bhatii (2002, s. 9), który zauważa, że „jak się wydaje, granice pomiędzy zakresami tematycznymi nie tylko odzwierciedlają różnice w systemach wiedzy, ale również wyrażają znacząco różne założenia, co do tego, czym jest dyskurs i komunikacja”<sup>4</sup>.

### Cechy strukturalne i retoryczne

Uzasadnione wydaje się rozpoczęcie analizy od przybliżenia struktury opisów przypadku z dziedzin kliniczno-diagnostycznych, które są bardziej rozpowszechnione w piśmiennictwie naukowym, tj. czasopismach naukowych. W poniższej tabeli struktura ta zostanie porównana ze strukturą opisów psychologiczno-psychiatrycznych.

<sup>4</sup> Tłumaczenie autorki.

Struktura kliniczno-diagnostycznych opisów przypadku	Struktura psychologiczno-psychiatrycznych opisów przypadku
<b>Wstęp</b> (ang. <i>introduction</i> )	<b>Wprowadzenie</b> (ang. <i>introduction</i> )
<b>Część główna</b> , tzw. opis przypadku (ang. <i>case report body</i> ), zawierająca takie informacje, jak: historia choroby, badanie fizykalne / testy diagnostyczne, diagnoza, leczenie.	<b>Charakterystyka pacjenta i powód zgłoszenia do specjalisty</b> (ang. <i>patient identification and reason for referral</i> ) <b>Strategie oceny</b> (ang. <i>assessment strategies</i> ) <b>Konceptualizacja przypadku</b> (ang. <i>clinical case formulation</i> ) <b>Leczenie</b> (ang. <i>treatment</i> ) <b>Wybór leczenia</b> (ang. <i>choice of treatment</i> ) <b>Zastosowanie leczenia</b> (ang. <i>treatment implementation</i> ) <b>Czynniki związane z osobą terapeuty</b> (ang. <i>therapist-related factors</i> ) <b>Projekt badania</b> (ang. <i>study design</i> ) <b>Analiza danych</b> (ang. <i>data analysis</i> ) <b>Efektywność i wydajność interwencji</b> (ang. <i>effectiveness and efficiency of the intervention</i> )
<b>Dyskusja / konkluzje</b> (ang. <i>discussion / conclusions</i> )	<b>Dyskusja</b> (ang. <i>discussion</i> )
	<b>Zastosowanie i zalecenia</b> (ang. <i>implications and recommendations</i> )

Porównanie struktury opisów przypadków z dziedzin kliniczno-diagnostycznych z opisami z dziedziny psychologii i psychiatrii (Rowley-Jolivet, 2007; Virués-Ortega i Moreno-Rodriguez 2008; Wytyczne American Psychological Association)

Można zauważyć, że o ile części niezwiązane z opisywanym pacjentem są wspólne dla obydwu schematów (tj. „Wstęp” i „Wprowadzenie” oraz „Dyskusja / konkluzje” i „Dyskusja” – odpowiednio dla opisów z dziedzin kliniczno-diagnostycznych oraz z zakresu psychologii / psychiatrii), o tyle pozostałe elementy, dotyczące opisu samego pacjenta, są znacząco różne, co wpływa na obraz pacjenta i sposób narracji. W obu przypadkach mamy do czynienia z opisem problemu zdrowotnego pacjenta i jego leczeniem. W opisach z zakresu psychologii / psychiatrii relacja ta jest jednak bardziej rozbudowana, uwzględnia odczucia i stan emocjonalny pacjenta, a wybrane formy leczenia są wyraźnie uzasadnione i ocenione (por. „Wybór leczenia” oraz „Efektywność i wydajność interwencji”, a także „Zastosowanie i zalecenia”). Co więcej, autor przeprowadza badanie na podstawie opisywanego przypadku oraz analizuje swoją rolę w terapii (por. „Czynniki związane z osobą terapeuty”). Te elementy nie są obecne w opisach kliniczno-diagnostycznych, co wynika z typu problemów zdrowotnych, które opisują obydwie grupy raportów. Różnica ta została trafnie ujęta przez Jellinka i McDermotta (2004), którzy rozumieją diagnozę i sformułowanie przypadku jako odpowiednio „naukę” i „sztukę”.

Autorki (Żelazowska-Sobczyk i Zabielska, 2019a, b) porównały sformułowania przypadku z ich kliniczno-diagnostycznymi odpowiednikami i pokazały, iż mają one wiele cech wspólnych, ponieważ oba podgatunki należą do makrogatunku raportowania przypadku (ang. *case reporting*). Odróżnia je jednak struktura oraz narracyjny charakter; ten ostatni umożliwia większe skupienie się na opisywanym pacjencie. Celem takiej prezentacji jest przedstawienie danego pacjenta i jego przypadłości, a nie jego typu, pokazując rozbieżność okoliczności sytuacji chorobowych (Bolton, 2014, s. 182). W tym znaczeniu słowo *przypadek* (*przypadłość*) oznacza konkretnego pacjenta wraz z unikalnością okoliczności jego stanu zdrowia, które kontrastują z redukcjonistyczną konstrukcją pacjenta jako przypadku. W szczegółowej analizie struktury i charakteru sformułowań przypadku wobec kliniczno-diagnostycznych opisów Rzepa (2005) zwraca uwagę na ewolucję w postrzeganiu przypadku od schorzenia do osoby. Zdaniem badaczki ten element umożliwił uzyskanie statusu naukowego tego typu sformułowań, ponieważ zaczął wiązać konkretne wydarzenia z życia pacjenta z logiką konkretnych symptomów (2005, s. 27–28). Jak zauważają Zurzycka i Radzik (2015), odpowiedzią na ten stan i podejście do pacjenta jest stworzenie medycyny narracyjnej, która w centrum zainteresowania stawia jednostkę oraz jej podmiotowość i indywidualność. Karkowski (2016, s. 86–87) wskazuje również, że „[...] rozwój wiedzy i technologii medycznych doprowadził do skupiania się na metodach ilościowych (pomiar, analiza wyników badań) i minimalizacji potrzeb pacjenta wyrażanych w postaci opowieści (danych jakościowych). Wobec powyższego obiektywnie mierzalna choroba stała się naczelną wobec subiektywnych odczuć i opinii pacjenta”. Ponadto badacz podkreśla, że medycyna narracyjna to niejako uzupełnienie współczesnego podejścia opartego na faktach (ang. *evidence-based medicine*) a nie jego zamiennik.

Narracja to podstawowa metoda poznawcza w medycynie (Hunter, 1989, s. 209), a elementy narracyjne można znaleźć zarówno w psychiatrii, jak i w psychologii. Opisy przypadków medycznych to jednak teksty specjalistyczne autorstwa lekarzy, przedstawiające swego rodzaju opowieść (por. Coker, 2003, s. 907), która nazywa opisy przypadku „minihistoryjkami”, (ang. *mini medical tales*). Są „relacją z postępu choroby pacjenta” (ang. *narrative account of the patient's illness career*) – „seri[ą] medycznych wydarzeń” (ang. *a series of medical events*) (Atkinson, 1999, s. 87), chronologicznie zaprezentowanych, począwszy od przedstawienia pacjenta i jego problemu, przez historię choroby, szeroko pojęte badania i diagnozę, aż do leczenia (Hunter, 1991, s. 54; Atkinson, 1999, s. 86–87; Pujari, 2004; Jackson i in., 2014, s. 23). Jak już wspomniano, w sformułowaniach przypadków element narracyjny odgrywa znacznie większą rolę ze względu na inny charakter przekazywanych informacji.

Na koniec warto wspomnieć, że badania i inicjatywy w zakresie uwrażliwienia personelu medycznego na podejście narracyjne są coraz powszechniejsze, także w Polsce. W kontekście prac polskojęzycznych wymienić można monografię pod redakcją Marty Chojnackiej-Kuraś „Medycyna narracyjna. Opowieści o doświadczeniu choroby w perspektywie medycznej i humanistycznej” (2019) oraz inne publikacje, m.in. Nowaczyk (2014), Zurzycka i Radzik (2015), Karkowski i in. (2016). O zainteresowaniu

świadczą również odbywające się konferencje naukowe, np. „Medycyna narracyjna. Wartość opowieści o doświadczeniu choroby w praktyce klinicznej, badaniach i edukacji” (m.in. Jankowska i Żelazowska-Sobczyk, 2018) lub Ogólnopolska Konferencja Naukowa „Komunikacja w medycynie”.

### **Przegląd badań pod kątem cech leksykalnych (terminologia, typowe frazy / kolokacje) oraz strukturalnych w opisie pacjenta**

Rozważania nad stanem badań warto rozpocząć od podkreślenia, że charakterystyka dyskursu i języka medycznego została przedstawiona w licznych pracach polskich oraz zagranicznych. Badania polskojęzyczne, skupiające się głównie na terminologii, przeprowadzili m.in.: Doroszewski (1996, 1999), Gorbacz-Pazera (2000), Iluk (1998)<sup>5</sup>, Kokot (1997, 2000, 2007<sup>6</sup>); Musiołek-Choiński (1986), Wysocka (1980, 1994, 2007, 2013), Wysocka (1997)<sup>7</sup>, Zieliński (2004), Żelazowska-Sobczyk (2019), w zakresie języka lekarskiego badania prowadziła Hoder-Mackiewicz (2007). Leksyka oraz struktury tekstów specjalistycznych, w tym przypadku tekstów medycznych z perspektywy nauczania języka fachowego, w najszerszym ujęciu została przedstawiona w badaniu języka biomedycznego w korpusie tekstów naukowych (Salazar i in., 2013), a także cech leksykalnych oraz strukturalnych w medycznych abstraktach i artykułach naukowych (Méndez-Cendón i López-Arroyo, 2003). Warto wspomnieć również o wykazie terminologii występującej w artykułach naukowych, tj. „Studenckim słowniku terminoelementów angielskiego języka medycyny” przygotowanym przez Koło Naukowe BAJT z Katedry Języków Specjalistycznych UW oraz „Lekarskim poradniku językowym” (w zakresie języka polskiego). W kontekście makrogatunku raportowania przypadku (pisarstwa opisowego) należy wymienić listę słownictwa z dziedziny medycyny klinicznej na podstawie ilościowej analizy słownictwa używanego w historiach chorób (w zakresie języka angielskiego, Mungra i Canziani, 2013), przegląd terminologii zapisów przypadku (ang. *case record*, Garzone, 2011) oraz w opisach przypadku (ang. *case report*) w zakresie zrozumiałości jej użycia przez pacjentów (Estopà i Amor Montané, 2020), a także ich cech stylistycznych (Lysanets i in., 2017). W ujęciu jakościowym opisy przypadku zostały zanalizowane gatunkowo (Helán, 2012; Mijomanović i in., 2021) oraz bardziej szczegółowo pod kątem portretu pacjenta utrwalonego w tym gatunku (Zabielska, 2014; Zabielska i Żelazowska, 2016a). Wśród obszerniejszych opracowań teoretycznych dotyczących medycznego dyskursu specjalistycznego należy wymienić prace zagranicznych badaczy (Gotti i Salager-Meyer, 2006; Loiacono i in., 2011; Loiacono 2012).

Wśród badań językoznawczych dotyczących sformułowania przypadków z zakresu psychologii i psychiatrii można wymienić prace: Hak i Boer (1994), Antaki i in. (2005),

<sup>5</sup> Także w zakresie języka niemieckiego.

<sup>6</sup> Por. wyżej.

<sup>7</sup> Także w zakresie języka angielskiego.



Beckwith i Crichton (2010), Korner i in. (2010), Fitzgerald i Leudar (2012), Walsh i in. (2016), gdzie zwraca się szczególną uwagę na stosowanie konkretnych środków językowych oraz ich użycie w kontekście nauczania przyszłych lekarzy. Celem tych badań jest uwrażliwienie specjalistów na charakter dyskursu w psychologii i psychiatrii. Warto również wspomnieć o opracowaniu Berkenkotter (2008), która zestawiała dyskurs opisów przypadku w ujęciu historycznym z tekstami współczesnymi, uzupełniając swoją analizę wywiadami z autorami tych drugich. Barrett (1988) skupił się z kolei na sformułowaniu przypadków w Australii, a Coker (2003) w Egipcie.

Pod względem warstwy leksykalnej tzw. sformułowania bliższe są dyskursowi naukowemu z porównywalnie prostszą strukturą zdania, znaczną gęstością leksykalną oraz nominalizacją. Zaobserwować można bezosobowy charakter wyводу, który bardziej wypukła wewnętrzne stany pacjenta niż samą jego aktywność (Korner i in., 2010, s. 217). Zilustrowano to w badaniu Francis i Kramer-Dahl (2004), w którym porównano tekst literacki oraz opis przypadku z zakresu neuropsychologii. Drugi tekst, jak zauważają autorzy, należy do gatunku opisu przypadku. Fakt, że został zaczerpnięty z dziedziny neuropsychologii, może sugerować przynajmniej częściowe podobieństwo do sformułowań przypadku (charakterystycznych dla kontekstu psychiatrii i psychologii). Taka konkluzja jest możliwa w świetle przykładów zaczerpniętych z owego opisu przypadku, które podają autorzy, np.: rzeczownikowe „oderwanie” tematu (w sensie funkcjonalnym), zobrazowanie pacjenta jako tego, który poddawany jest procedurom medycznym (tamże, s. 178), którego wypowiedzi są niejako „przywłaszczone” przez autora (tamże, s. 201), jak również dystans, jaki stwarza autor tekstu, kiedy używa struktur bezosobowych (tamże, s. 178). Podkreślane są też elementy narracyjne, takie jak dbałość o spójność i pewną organizację doświadczenia ludzkiego (Zabielska i Żelazowska, 2016b), a także stosowanie metafor, które umożliwiają bardziej zindywidualizowany przekaz (Korner i in., 2010, s. 217, por. Smith, 2014).

## Cele, dane i metoda

Niniejsze badanie zostało przeprowadzone na dwóch grupach tekstów: 30 opisach przypadku z czasopism „Pneumologia i Alergologia Polska” („Advances in Respiratory Medicine”) (18), „Otolaryngologia Polska” (8), „Choroby Serca i Naczyń” (2) oraz po jednym z „Arterial Hypertension” oraz „Folia Cardiologica”, opublikowanych między 2006 a 2021 rokiem<sup>8</sup> i obejmujących różne dziedziny medycyny, oraz 30 psychiatrycznych i psychologicznych opisach przypadku z trzech polskich czasopism specjalistycznych:

<sup>8</sup> Autorki zdecydowały się na wybranie artykułów z ostatnich 15 lat, ponieważ jako jedno z kryteriów doboru materiału badawczego wybrano teksty, które dostępne są na zasadach otwartego dostępu w zasobach internetowych. Nie wszystkie czasopisma prowadzą archiwum wydań w witrynach internetowych lub umieszczają najnowsze wydania z kilku ostatnich lat. Z kolei z powodu internacjonalizacji medycyny czasopisma zmieniają profil wydawniczy, publikując prace w języku angielskim. Dodatkowo opisy przypadku nie są publikowane w każdym numerze, dlatego okres 15 lat wydawał się uzasadniony, pozwalając dobrać materiał badawczy według przyjętych kryteriów.

„Psychiatria”, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna” oraz „Psychiatria Polska”, opublikowanych w latach 2006–2021. Autorki kierowały się następującymi kryteriami doboru czasopism: a) czasopisma indeksowane<sup>9</sup>, b) publikujące opisy przypadków w języku polskim<sup>10</sup>, c) publikowane w otwartym dostępie. Przeprowadzona analiza miała charakter głównie jakościowy z elementami ilościowymi, i polegała na zbadaniu niewielkiej liczby tekstów, wstępnie pod względem ich struktury, kolejno pod względem elementów narracyjnych, a także leksyki zastosowanej w części / częściach opisujących dany przypadek. Na pierwszym etapie zidentyfikowano poszczególne części opisów przypadku z dwóch grup, podążając za wcześniej omówionymi modelami Rowley-Jolivet (2007), Virués-Ortega i Moreno-Rodriguez (2008), oraz zgodnie z wytycznymi Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego (APA). Następnie wyodrębniono stwierdzenia i frazy charakterystyczne dla poszczególnych analizowanych części opisów, tj. przekazujące informacje pojawiające się w ich podsekcjach. Obrano tu podejście funkcjonalne, tj. założono, że każda część opisów ma za zadanie przekazać określony typ informacji i zastosowane w nich słownictwo będzie odzwierciedlało tę treść (Zabielska, 2014). Autorki od lat analizują warstwę leksykalną, strukturalną, metadyskursywną i retoryczną opisów przypadków z dziedzin kliniczno-diagnostycznych, dlatego swoje badania na potrzeby niniejszej pracy oparły na wynikach poprzednich obserwacji. W związku z tym najpierw przeprowadzono analizę jakościową, wyodrębniając najczęściej pojawiającą się terminologię i wyrażenia, które tworzą obraz pacjenta oraz wprowadzają element narracyjny w opisach kliniczno-diagnostycznych (zob. więcej np. Żelazowska-Sobczyk, 2019) oraz w dokumentach z zakresu psychologii i psychiatrii. Następnie frazy te zostały zweryfikowane za pomocą platformy korpusowej SketchEngine®, która pozwala na określenie częstości występowania wyrazów oraz identyfikację wzorców w języku, np. kolokacji.

Poniżej przedstawiono typowe frazy użyte w poszczególnych podsekcjach części opisującej przypadek, najpierw w opisach kliniczno-diagnostycznych, a potem z zakresu psychologii / psychiatrii, szczególnie z punktu widzenia wprowadzania narracji i tworzenia swoistego obrazu pacjenta.

## Wyniki i dyskusja

### Opisy przypadku z dziedzin kliniczno-diagnostycznych

#### a) wstęp [do opisywania przypadku]:

*Kobieta (41 lat) zgłosiła się do lekarza z powodu trwających od trzech tygodni dolegliwości bólowych podbrzusza oraz stanów podgorączkowych (PAP18).*

*Chory M.M., lat 71 (nr historii choroby [...]) został przyjęty do Kliniki [...] z podejrzeniem procesu rozrostowego w obrębie nosa i zatok przynosowych celem dalszej diagnostyki i leczenia operacyjnego (OP2).*

<sup>9</sup> Z listy czasopism punktowanych MEiN lub/i posiadających wskaźnik Index Copernicus.

<sup>10</sup> Warto tu wyjaśnić, że przeważająca liczba czasopism naukowych zmienia swój profil i zaczyna publikować artykuły w języku angielskim. Ponadto opisy przypadku nie są publikowane w każdym numerze, pojawiają się o wiele rzadziej niż np. prace przeglądowe, co utrudnia zebranie dużej próbki tekstów.



**b) historia:**

*W wywiadzie odnotowano* napadowe epizody kołatania serca przebiegające ze zlewnymi potami oraz bóle w klatce piersiowej w spoczynku zlokalizowane za mostkiem (NT1).

*W dokumentacji medycznej pacjentki były odnotowane* częste i samowolne zmiany dawek przyjmowanych beta2-mimetyków (CSN2).

*Pacjent, z zawodu kowal, mieszkający na wsi, dotychczas zdrowy, bez obciążeń, zauważył* guz na szyi przed około czterema miesiącami (OP1).

**c) badanie fizykalne / testy diagnostyczne:**

*Ponadto stwierdzono* zespół metaboliczny [...] (PAP13).

*W badaniu przedmiotowym zwracały uwagę:* niski wzrost, liczne zmiany skórne o typie plam „kawki z mlekiem”, nerwiakowłókniaki oraz piegi w okolicy pachwin i pach (ryc. 1, 2) (NT1).

*Zapis EKG ujawnił* cechy przebytego zawału ściany przednio-bocznej [...] (NT1).

**d) diagnoza:**

*Na podstawie wyników* ABPM, OBPM i HBPM rozpoznano AH (FC1).

*Obraz przypomina* zmiany widywane w chorobie Castlemana [...] (OP8).

**e) leczenie:**

*Zastosowano leczenie* skojarzone rifampicyną (0,6 g/d), izoniazidem (0,3 g/d) i pyrazynamidem (1,5 g/d) [...] (PAP17).

*Pacjent przebył zabieg* bez powikłań w okresach około- i kooperacyjnym (CSN1).

**f) dyskusja:**

*Pacjenci z nerwiakowłókniakowością* typu 1 zaliczają się do grupy ryzyka wystąpienia nowotworów [...] (NT1).

*Wystąpienie u chorego z NF1* nadciśnienia tętniczego [...] (NT1).

*Opisany przypadek chorego z obustronnymi guzami chromochłonnymi i nerwiakowłókniakowością* typu 1 należy omówić z kilku względów (NT1).

*Zaprezentowany przypadek* ilustruje więc rzadką sytuację kliniczną [...] (PAP7).

**Opisy przypadku z psychologii / psychiatrii**

W opisach przypadku z psychologii / psychiatrii zauważyć można kilka typów narracji, które zostaną omówione i zobrazowane odpowiednimi przykładami. Są to: narracja członków rodziny (przy zbieraniu wywiadu), narracja pacjenta (o dolegliwościach, uczuciach, relacjach rodzinnych, etc.) oraz narracja autora tekstu (pierwszo- i/lub trzecioosobowa).

**a) wstępna charakterystyka pacjenta:**

*Pacjentka, obecnie 19-letnia, w wieku 14 lat zgłosiła się* z matką do poradni zdrowia psychicznego dla dzieci z powodu [...] (PPK1).

## b) wywiad rodzinny (w tym narracja członków rodziny):

Z wywiadu zebranego od matki wiadomo, że pacjentka jest dzieckiem z C III [...]; poród siłami natury w 40. tygodniu, waga urodzeniowa 3900 g [...] (PPK1).

Pochodzi [pacjentka] z rodziny wielodzietnej. Starszy brat (33 lata) z zawodu jest informatykiem, starsza siostra (31 lat) ukończyła szkołę muzyczną. [...] Matka pacjentki z zawodu jest księgową, ojciec był strażakiem, obecnie przebywa na emeryturze. [...] W rodzinie brak jest obciążeń chorobami psychicznymi. Swoją rodzinę pani M. określiła jako „kochającą, wspierającą” (PSYCH4).

Matka określa siebie jako osobę wrażliwą, „przejmującą się”. [...] Matka opisywała córkę jako wrażliwą, delikatną, przejmującą się tym, że ktoś coś powie na jej temat [...] (PPK1).

Badany deklarował dobre relacje z matką oraz siostrą do okresu wczesnogimnazjalnego, kiedy to z powodu jego opuszczenia się w nauce dochodziło do częstych kłótni pomiędzy nim a matką oraz sianiami mu siostry za „wzór”. Relacje z ojcem, według opisu badanego, były złe, co wiązało się przede wszystkim z doświadczaną przemocą fizyczną z jego strony, która ustała wraz z rozpoczęciem przez ojca terapii uzależnień (PP10).

Uzupelniony przez rodzinę wywiad wskazał na problemy prawne chłopca: toczyło się postępowanie związane z poważnym zniszczeniem mienia, którego miał on dokonać [...] (PPK10).

Typowe frazy zastosowane w pierwszych dwóch segmentach opisów z obydwu grup, tj. we „Wstępie [do opisywania przypadku]” i „Historii choroby” oraz w „Wywiadzie rodzinnym”, wydają się porównywalne, gdyż prezentują pacjenta i problem, z którym się zgłasza, ukazany z perspektywy osoby leczonej. Analogiczna do historii w tekstach kliniczno-diagnostycznych jest również sekcja „Przebyte choroby / leczenie, wcześniejsze diagnozy” oraz „Aktualne leczenie”, które pojawia się nieco później. Ma to odzwierciedlenie w tekstowych odniesieniach do pacjenta, tj. w rzeczownikach odnoszących się do całej osoby (pacjentka, córka (PPK1); pani M. (PSYCH4); badany (PP10); chłopiec (PPK10)). Mamy tu do czynienia z całościową obecnością tekstową pacjenta (Wade i Halligan, 2004) i wpływem choroby na jego stan, samopoczucie oraz codzienne funkcjonowanie w rodzinie, sferze zawodowej, społeczeństwie etc., co obrazować mogą poniższe przykłady. Warto wspomnieć, że takie elementy znajdują się w każdym analizowanym opisie przypadku z zakresu psychologii / psychiatrii.

Z jednej strony badany czuł się lepiej, ponieważ głosy, które słyszał stały się mniej uciążliwe, z drugiej strony omamy i urojenia dotyczące zmiany płci również uległy ograniczeniu, co interpretował jako „odebranie kobiecej energii” (PP10).

Ukończyła rezydenturę z dwuletnim opóźnieniem, ponieważ, jak wyjaśnia, często korzystała ze zwolnień lekarskich, gdy „nie mogła wstać z łóżka”. W latach 2011–2012 nie zgłaszała się na egzamin specjalizacyjny lub nie udawało jej się go zdać. Opłaciła egzamin specjalizacyjny również jesienią 2014 roku, ale postanowiła, że nie będzie do niego podchodzić. [...] W ostatnim roku przed hospitalizacją zupełnie nie pracowała, ponieważ „nie była w stanie” (PSYCH8).

## c) obserwacje zachowania (w tym narracja pacjenta o swoich dolegliwościach):

Chodziła przygarbiona, małymi kroczkami. „Mam problem z osobowością i kontaktami z rówieśnikami” – mówiła. [...] W badaniu psychiatrycznym pacjentka prawidłowo zorientowana autopsychicznie i częściowo allopsychicznie (nie potrafi podać dokładnej daty – dnia miesiąca) (PPK1).

*Julcia wierzy, że Pani [terapeuta] wszystko zrozumie i będzie Pani miała wiedzę dużą na tyle, by wiedziała już Pani wszystko o Julci. Tylko Julcia bardzo boi się o wszystkim powiedzieć, bo Julcia nieraz próbowała i nie mogła Julcia przełamać w sobie tego wstydu, skrępowania i lęku (PPK1).*

Pewnego dnia po wynikach rekrutacji wyszła z domu, a gdy po kilku godzinach *nie wróciła*, zaniepokojona matka przeszukała jej pokój i znalazła kartkę z prośbą „aby nie chować jej na pobliskim cmentarzu” [...] (PSYCH4).

*Pacjent zaczął mówić na temat potrzeby nawiązania relacji z rówieśnikami na uczelni, na której studiuje, a nie uporeczywie skarżyć się na ból związany z przeszłymi wydarzeniami (PSYCH2).*

d) przebyte choroby / leczenie, wcześniejsze diagnozy:

*Zastosowane leczenie farmakologiczne [...] nie przyniosło oczekiwanych efektów (PPK1).*

*Analiza dokumentacji medycznej wskazywała, że leki przeciwpsychotyczne były stosowane jako potencjalizacja leczenia przeciwdepresyjnego [...] (PP2).*

e) aktualne leczenie

*Rozpoznano zespół niespokojnych nóg oraz współistniejącą aksonalną neuropatię obu nerwów łokciowych (PP5).*

*Pacjentka została poddana zabiegom elektrowstrząsowym (wykonano łącznie 10 zabiegów) (PSYCH4).*

*Pacjentka została wypisana ze szpitala w stanie psychicznym wyrównanym (PP2).*

*Zalecono terapię gabapentyną w dawce 900 mg/d, ropinirol w dawce 0,5 mg/d, kontrolne badanie glikemii na czczo oraz rozszerzenie diagnostyki polineuropatii (PP5).*

Podobnie wyglądają „Badanie fizykalne” w raportach kliniczno-diagnostycznych i „Obserwacje zachowania” w dokumentach z zakresu psychologii / psychiatrii. Części te generalnie mają przekazać informacje o wynikach różnego rodzaju badań (np. *W badaniu przedmiotowym (NT1) vs. W badaniu psychiatrycznym (PP1)*). Obecnie opisy kliniczno-diagnostyczne nabierają cech bezosobowych (*Zapis EKG ujawnił (NT1), Zastosowano leczenie (PAP17)*), zarówno w odniesieniu do lekarza, jak i pacjenta (Katz i Shoter, 1996, s. 921), a całościowe odniesienia do tego ostatniego są ograniczane do niezbędnego minimum na rzecz odniesień cząstkowych, tj. do części ciała lub aspektów ich zdrowia lub leczenia (np. *niski wzrost (NT1) lub cechy przebytego zawału (NT1)*). Tymczasem w opisach z zakresu psychologii / psychiatrii odniesienia całościowe występują obok cząstkowych, gdyż opisywane objawy mają charakter psychosomatyczny np.: *rozpoznano zespół niespokojnych nóg oraz współistniejącą aksonalną neuropatię (PP5) oraz W badaniu psychiatrycznym pacjentka prawidłowo zorientowana autopsychicznie i częściowo allopsychicznie (nie potrafi podać dokładnej daty – dnia miesiąca) (PPK1)*. Taki charakter tekstu pojawia się również w częściach poświęconych leczeniu – „Przebyte choroby / leczenie, wcześniejsze diagnozy” i „Aktualne leczenie”. Innymi słowy, narracja o pacjencie w analizowanych raportach kliniczno-diagnostycznych nie występuje, a jest obecna we wszystkich analizowanych opisach z zakresu psychologii / psychiatrii.

Wyłącznie w grupie raportów z zakresu psychologii / psychiatrii występują inne elementy narracyjne, tj. narracje ze słów pacjenta, narracje rodziców (najczęściej

w przypadku dzieci) oraz autora konkretnego tekstu. Taki rodzaj narracji nie pojawia się w raportach kliniczno-diagnostycznych, tj. w „tradycyjnych” formach. W obydwu przypadkach charakterystyczne frazy to te, które niejako wprowadzają perspektywę osoby opowiadającej, tj. członka rodziny lub autora, w formie trzecio- lub rzadziej pierwszoosobowej, ukierunkowując punkt widzenia w danym fragmencie.

f) narracje ze słów pacjenta:

W tym wypadku mamy do czynienia z formą trzecioosobową (relacjonowanie słów pacjenta przez autora tekstu):

[...] *relacjonowała* liczne niespecyficzne dolegliwości somatyczne, *zaprzeczała* obecności myśli samobójczych, *badanie psychiatryczne nie ujawniło* obecności objawów psychotycznych, również *wywiad zebrany od chorej nie wskazywał* na ich występowanie w przeszłości (PP1).

*W odczuciu pacjentki* dolegliwości mają charakter uporczywy i *stanowią dla niej* źródło narastającego dyskomfortu. [...] *Pacjentka przyznała jednak*, że zgłaszanie skarg w tym zakresie *pozwała jej* odnieść pewne korzyści [...] (PP3).

Pojawia się również narracja pierwszoosobowa i/lub mieszana<sup>11</sup>:

*Pytana* później o motywy próby samobójczej, *mówiła*, że: „ból był nie do wytrzymania, *nie miałam już nadziei* na poprawę, *czulam, że jestem* ciężarem dla rodziny” (PP4).

Dodatkowo pojawiały się objawy, które *opisywała* jako „wyrzut gorąca z nóg do głowy” [...] (PP5).

Występowały zaburzenia toku myślenia – rozkojarzenia („*Wypłulam* świadka, teraz pani jest świadkiem, proszę spojrzeć w mirror, oni już wiedzą”, „*Już mam* dość tej gry, o której mówi ta książka, czy nie widzi pani też, to krew”) (PP9).

„[...] *mam* wyraźne i mocne wspomnienia, teraz też *przypominam* sobie, że *wszedłem* na barierkę, *usiadłem* na niej i *obserwowałem* samochód. Widziałem też, jak *wkładają* mnie do karetki” (PPK10).

„Mózg chodził na takich obrotach, szczerze mówiąc ilość myśli była nie do wytrzymania i to ciągle wymyślanie nowych problemów [...]” (PSYCH6).

g) narracje rodziców:

*Zdaniem rodziców* ich synowie mają kłopot w kontaktach z rówieśnikami. [...] „*Niczym się nie interesują*” – *stwierdza mama*, *później jednak rodzice doprecyzowują*, iż chłopcy lubią grać w gry komputerowe i czytać literaturę fantasy (PPK2).

*Z relacji córki* wynika, że przez wczesne dzieciństwo oraz okres dojrzewania *obserwowała* u matki częste zmiany obrazu psychopatologicznego i *wspomina* to w następujących słowach: „*miałam* dwie mamy – jedną aktywną, wesołą, uśmiechniętą, a drugą – bierną i smutną” (PSYCH3).

*Według matki adopcyjnej* córka od wielu lat miała problemy psychiczne. [...] W wieku 14 lat po raz pierwszy trafiła do szpitala psychiatrycznego w Lublińcu: „*Dostała* ataku szału, *wyladowała się* na mnie, bo zabroniłam jej korzystać z internetu” (PPK4).

Ponadto *rodzina odnotowała* zmianę zachowania – pacjentka „*stała się* niespokojna, pobudzona, agresywna, wypowiadała oskarżenia i podejrzenia, *zamykała się* w pokoju” (PPK8).

<sup>11</sup> Narracja pacjenta w formie pierwszoosobowej lub mieszanej występowała w 18 przypadkach na 30 analizowanych, co daje 60% wszystkich badanych prac. Wynikać to może z faktu, że często trudno oddać własnymi słowami uczucia i emocje innych, co ma szczególne znaczenie w dziedzinie psychiatrii i psychologii.

## h) narracje autora tekstu (w formie trzecioosobowej i pierwszoosobowej):

*Autor niniejszej pracy* był bardzo poruszony konsultacjami z Panem B. Próbował wczuć się w ten wyidealizowany stan bezruchu, jaki opisywał pacjent. [...] *Terapeuta* zdecydował, że nie będzie interpretować jego [pacjenta] wewnętrznej sytuacji, która doprowadziła do decyzji o zerwaniu [...] (PSYCH1).

Przypadek pani M. stanowił *dla nas* trudność diagnostyczną, Zaburzenia dysocjacyjne zaczynają się w dzieciństwie, często są mylnie diagnozowane i przez to nieodpowiednio leczone (PSYCH4)<sup>12</sup>.

Analizując *historię bliźniąt, zadaliśmy sobie pytanie*: w jakim celu rodzice zgłaszają się z dziećmi po rozpoznanie, a następnie podważają diagnozę i zmieniają ośrodek? (PPK2).

W pięciu pracach pojawiła się też narracja innych uczestników w procesie leczenia – przytoczenie słów z dokumentacji medycznej.

*Lekarz ginekolog-onkolog napisał*: „Ze względu na stan psychiczny pacjentki – schizofrenia paranoidalna i specyfikę oddziały istnieje zagrożenie dla pacjentek leczonych w oddziale [...] (PP8).

[...] w 9. dobie hospitalizacji odbyła się *konsultacja psychiatryczna ze względu na podejrzenie* rozpoczynających się zaburzeń psychotycznych *opisywanych przez personel* jako: błądzenie pacjenta po oddziale, zdezorientowanie, brak zapamiętywania udzielanych mu informacji, mówienie „dziwnych rzeczy” oraz nielogiczny kontakt. *W trakcie konsultacji psychiatrycznej stwierdzono*: „Pacjent współpracujący, wyraźne zubożenie treści wypowiedzi, mowa wyraźna. Niepamięć wsteczna i następca dotycząca okoliczności wypadku. Poprawnie podaje dane personalne” [...] (PP12).

*W podsumowaniu badania psychologicznego stwierdzono*: „Pacjentka przejawia niestabilne poczucie tożsamości oraz trudność funkcjonowania w relacjach ze skłonnością do idealizacji i dewaluacji” [...] (PPK4).

*Według pisemnej opinii starszy* „bawi się sam, w swoim świecie”. Ponadto „trudno z nim przeprowadzić celowe badanie – upiera się przy swoich poczynaniach, mimochodem wykazuje dość znaczną znajomość słów i pojęć” [...] (PPK2).

*Stan psychiczny w chwili przyjęcia*: „Świadomość zachowana, orientacja pełna. Chętnie podejmuje rozmowę, wielomówna. [...] Sen po lekach dobry, apetyt uległ poprawie. [...] Nadal mało krytyczna wobec wielu swoich wypowiedzi” (PSYCH8).

Jako podsumowanie warto przytoczyć tu słowa Karkowskiego i in. (2016, s. 86): „[a]plikowanie narracji obejmuje słuchanie opowieści pacjenta, które obejmują biograficzny, psychologiczny i społeczno-kulturowy kontekst choroby i radzenia sobie z nią, ale również narrację prowadzoną przez profesjonalistów w oparciu o ich doświadczenia zawodowe w relacjach z pacjentami”.

Jak już wcześniej wspomniano, pozostałe części opisów przypadków, tj. „Wstęp” i „Wprowadzenie” oraz „Dyskusja / konkluzje” i „Dyskusja” (odpowiednio w pracach z dziedzin kliniczno-diagnostycznych oraz z zakresu psychologii / psychiatrii) nie dotyczą opisu konkretnego pacjenta, a raczej odpowiednio wprowadzają tematykę tekstu oraz podsumowują go, abstrahując od opisanego przypadku. W obydwu grupach występują zarówno odniesienia całościowe do pacjenta, por.: *u chorego* (NT1), *historia bliźniąt* (PPK2), z zastosowaniem frazy *przypadek* (PSYCH4), jak i generalizujące: *pacjenci* (NT1), *rodzice* (PPK2), *dzieci* (PPK1). W opisach z zakresu psychologii /

<sup>12</sup> Dwa następujące przykłady są elementem „Dyskusji”.

psychiatrii dodatkowo można zaobserwować wprowadzenie perspektywy autora i jego refleksji. Co ciekawe, spojrzenie autora pojawia się w dwóch wersjach – trzecioosobowej zdystansowanej, por.: *autor niniejszej pracy* (PSYCH1), *terapeuta* (PSYCH1), oraz pierwszoosobowej, bezpośredniej, por. *dla nas* (PSYCH4), *zadaliśmy sobie pytanie* (PPK2). Nie jest to jednak zabieg częsty w analizowanych pracach – taka formuła wystąpiła w trzech opisach.

Podsumowując, w obydwu grupach tekstów mamy do czynienia z prezentacją przypadku pacjenta za pomocą narracji, różniącej się jednak ze względu na przedstawianą materię, która z kolei jest reprezentowana na poziomie znaczników gatunku, w tym przypadku podgatunku. Różnice te dotyczą charakteru narracji, jej perspektywy oraz użycia struktur aktywnych i pasywnych. W odniesieniu do różnicy na poziomie innego nieco słownictwa i frazeologii mamy do czynienia z cechami rejestru i doбором środków adekwatnych do przedstawienia treści charakterystycznych dla psychologii i psychiatrii. Wyniki uzyskane w niniejszej analizie potwierdzają też konkluzje Korner i in. (2010), że opisy z dziedziny psychiatrii i psychologii bliższe są piśmiennictwu naukowemu, np. ze względu na bezosobowy charakter, który został zaobserwowany w niniejszej próbcie (*zastosowano leczenie* (PAP17), *rozpoznano* (FC1), (PP5)), a także ze względu na skupienie się w większym stopniu na opisach stanów psychicznych pacjenta niż jego aktywności. Z kolei w odniesieniu do badania Francis i Kramer-Dahl (2004) w opisach z dziedziny psychologii i psychiatrii mamy do czynienia z „oderwanymi” tematami, np.: *zastosowane leczenie farmakologiczne* (PPK1); z „przywłaszczaniem” narracji, np.: *Z relacji córki wynika...* (PSYCH3) oraz dystansem do autora, np.: *Zalecono terapię gabapentyną...* (PP5). Relacje z tychże opisów są też bardziej kompletne i złożone, obfitujące w wydarzenia, a nawet metafory, np.: *wyidealizowany stan bezruchu* (PSYCH1), *Mózg chodził na takich obrotach...* (PSYCH6), *wyrzut gorąca z nóg do głowy* (PP5) (Korner i in., 2010: 217, por. Smith 2014).

Należy stwierdzić, że w przypadku owych dwóch podgatunków raportowania przypadku w medycynie występują dwie różne narracje: techniczna w opisach kliniczno-diagnostycznych oraz wieloaspektowa w przypadkach z psychiatrii i psychologii. Analogicznie obraz pacjenta w pierwszej grupie tekstów jest raczej częściowy, skupiony na wybranych aspektach omawianych w raporcie, podczas gdy w drugim zbiorze obraz ten jest bardziej całościowy, traktujący o konkretnych stanach przeżywanych przez pacjenta.

## Konkluzje

Celem niniejszej pracy było scharakteryzowanie części opisów (sformułowań) przypadku z psychologii / psychiatrii pod względem typu narracji oraz zastosowanych środków językowych na tle opisów „tradycyjnych” z dziedzin kliniczno-diagnostycznych oraz wskazanie różnic w zakresie tworzonych narracji. Badaniu poddano polskojęzyczne opisy przypadku z czasopism reprezentujących obydwie dziedziny. Wyniki pokazują znaczące różnice w charakterze opisu pacjenta oraz częściowe różnice w użytej leksyce we wprowadzaniu i konstruowaniu jego obrazu, które wynikają głównie z odmiennej struktury



tekstów. To z kolei jest rezultatem różnic pomiędzy dziedzinami, z jakich wywodzą się badane teksty. Opisy psychiatryczne i psychologiczne są bardziej deskryptywne i narracyjne, podkreślają subiektywną perspektywę pacjenta i jego rodziny, jak również autora tekstu, co można zauważyć na poziomie zastosowanych środków językowych. Rezultaty badań mogą posłużyć jako kompendium dla lekarzy i adeptów sztuki medycznej pomagające w ujmowaniu w tekście perspektywy pacjenta, natomiast utworzone na potrzeby analiz listy słownictwa / glosariusze, oparte na materiałach autentycznych, ilustrujących dodatkowo związki frazeologiczne, a także ich powiązanie z konkretnymi cechami strukturalnymi gatunku, mogą stać się materiałem do zastosowania podczas zajęć z terminologii medycznej na kierunkach filologicznych i lektoratach języków obcych.

## Bibliografia

- Antaki, C., Barnes, R. i Leudar, I. (2005). Diagnostic formulations in psychotherapy. *Discourse Studies*, 7(6), 627–647.
- Atkinson, P. (1999). Medical discourse, evidentiality and the construction of professional responsibility. W: S. Sarangi i C. Roberts (red.), *Talk, Work and Institutional Order: Discourse in medical, mediation and management settings* (s. 75–108). Berlin: De Gruyter Mouton.
- Barrett, R.J. (1988). Clinical writing and the documentary construction of schizophrenia. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 12, 265–299.
- Beckwith, A. i Crichton, J. (2010). The negotiation of the problem statement in cognitive behavioural therapy. *Communication & Medicine*, 7(1), 23–32.
- Berkenkotter, C. (2008). *Patient Tales: Case histories and the uses of narrative in psychiatry*. Columbia: University of South California Press.
- Bhatia, K.V. (2002). Applied genre analysis: A multi-model perspective. *Ibérica*, 4, 3–19.
- Biber, D. i Conrad, S. (2009). *Register, Genre, and Style*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bolton, J.W. (2014). Case formulation after Engel – the 4P model: A philosophical case conference. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 21(3), 179–189.
- Chojnacka-Kuraś, M. (red.). (2019). *Medycyna narracyjna. Opowieść o doświadczeniu choroby w perspektywie medycznej i humanistycznej*. Warszawa: WUW.
- Coker, E.M. (2003). Narrative strategies in medical discourse: Constructing the psychiatric 'case' in a non-western setting. *Social Science & Medicine*, 57, 905–916.
- Czapiewski, P. (2015). Specyfika artykułu case report. W: Ł. Budyńko i P. Waszak (red.), *Pomysł – badanie – publikacja. Poradnik naukowy dla studentów kierunków medycznych* (s. 283–288). [https://poradnik-naukowy.gumed.edu.pl/attachment/attachment/29059/Pomysl\\_Badanie\\_Publikacja\\_Poradnik\\_naukowy\\_dla\\_studentow\\_kierunkow\\_medycznych.pdf](https://poradnik-naukowy.gumed.edu.pl/attachment/attachment/29059/Pomysl_Badanie_Publikacja_Poradnik_naukowy_dla_studentow_kierunkow_medycznych.pdf) (dostęp: 26.01.2020).
- Doroszewski, J. (1996). O języku medycyny. W: J. Miodek (red.), *O zagrożeniach i bogactwie polszczyzny* (s. 253–255). Wrocław: Towarzystwo Przyjaciół Polonistyki Wrocławskiej.
- Doroszewski, J. (1999). Polski język medyczny. W: W. Pisarek (red.), *Polszczyzna 2000. Orędzie o stanie języka na przełomie tysiącleci* (s. 33–49). Kraków: Ośrodek Badań Prasoznawczych UJ.
- Eells, T.D. i in. (2011). Expert reasoning in psychotherapy case formulation. *Psychotherapy Research*, 21(4), 385–399.
- Estopà, R. i Amor Montané, M. (2020). Terminology in medical reports. Textual parameters and their lexical indicators that hinder patient understanding. *Terminology*, 26(2), 213–236.
- Fitzgerald, P.E. i Leudar, I. (2012). On the use of formulations in person-centred, solution focused short-term psychotherapy. *Communication & Medicine*, 9(1), 13–22.

- Francis, G. i Kramer-Dahl, A. (2004). Grammar in the construction of medical case histories. W: C. Coffin, A. Hewings i K. O'Halloran (red.), *Applying English grammar. Functional and corpus approaches* (s. 172–190). Londyn: Routledge.
- Garzone, G. (2011). Rethinking genres in medical communication: Theoretical issues and pedagogical implications. W: A. Loiacono, G. Iamartino i K.S. Grego (red.), *Teaching Medical English. Methods and models* (s. 105–131). Polimetrica. International Scientific Publisher.
- Gorbacz-Pazera, J. (2000). Horyzontalny i wertykalny podział języka specjalistycznego medycyny. *Linguodidactica*, 4, 207–213.
- Gotti, M. i Salager-Meyer, M. (red.). (2006). *Advances in Medical Discourse Analysis – Oral and Written Contexts*. Bern: Peter Lang.
- Hak, T. i de Boer, F. (1996). Formulations in first encounters. *Journal of Pragmatics*, 25, 83–99.
- Helán, R. (2012). *Analysis of Published Medical Case Reports: Genre-based study*. PhD thesis, Masaryk University, Brno. [http://is.muni.cz/th/18899/ff\\_d/DISSERTATION\\_-\\_ROBERT\\_HELAN.pdf](http://is.muni.cz/th/18899/ff_d/DISSERTATION_-_ROBERT_HELAN.pdf) (dostęp: 01.01.2017).
- Hoder-Mackiewicz, K. (2007). *Słownik potocznej polszczyzny lekarskiej*. Kraków: Collegium Columbinum.
- Hjelmlev, L. ([1943]1963). *Prolegomena to a Theory of Language*. Transl. F.J. Whitfield. Madison: University of Wisconsin Press.
- Hunter, K.M. (1989). A science of individuals: medicine and casuistry. *Journal of Medical Philosophy*, 14, 193–212.
- Hunter, K.M. (1991). *Doctors' Stories. The narrative structure of medical knowledge*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
- Iluk, J. (1998). Problemy tłumaczenia nazw medycznych na przykładzie języka polskiego i niemieckiego. *Glottodidactica*, 26, 123–136.
- Jackson, D., Daly, J. i Saltman, D. (2014). Aggregating case reports: A way for the future of evidence-based health care? *Clinical Case Reports*, 2, 23–24.
- Jankowska, K. i Żelazowska-Sobczyk, M. (2018). Sprawozdanie z konferencji „Medycyna narracyjna. Wartość opowieści o doświadczeniu choroby w praktyce klinicznej, badaniach i edukacji”. *Applied Linguistics Papers*, 25(3), 171–174.
- Jellinek, M.S. i McDermott, J.F. (2004). Formulation: Putting the diagnosis into a therapeutic context and treatment plan. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(4), 913–916.
- Karkowski, A. i in. (2016). Medycyna personalizowana a medycyna narracyjna. W: A. Jackiewicz, G. Piotrowski i Ł. Sułkowski (red.), *Przedsiębiorczość i zarządzanie. Ekonomiczne, medyczne i prawne aspekty zdrowia publicznego* (t. XVII, zes. 12, s. 85–96). Łódź: Wydawnictwo Społecznej Akademii Nauk.
- Katz, A.M. i Shotter, J. (1996). Hearing the patient's voice: Toward a social poetics in diagnostic interviews. *Social Science and Medicine*, 43(6), 919–931.
- Kokot, U. (1997). Badania nad naukowym tekstem medycznym. W: J. Arabski (red.), *Języki specjalistyczne. Język biznesu* (s. 107–116). Katowice: WszMiJO.
- Kokot, U. (2000). Trudności w percepcji tekstów medycznych oraz metody ich pokonywania. *Linguodidactica*, 4, 183–190.
- Kokot, U. (2007). *Medyczna leksyka specjalistyczna w kognitywnej analizie kontrastywnej niemiecko-polskiej i metodyce nauczania języka obcego*. Bielsko-Biała: Wydawnictwo ATH.
- Korner, A., Bendit, N., Ptok, U., Tuckwell, K. i Butt, D. (2010). Formulation, conversation and therapeutic engagement. *Australasian Psychiatry*, 18(3), 214–220.
- Lekarski Poradnik Językowy*. <http://lpj.pl/> (dostęp: 26.08.2021).
- Loiacono, A. (2012). *Medical communication. Systems and genres*. Como: Pavia.
- Loiacono, A., Iamartino, G. i Grego, K.S. (red.). (2011) *Teaching Medical English. Methods and models*. Monza: Polimetrica. International Scientific Publisher.
- Lysanets, Y., Morokhovets, H. i Bieliaieva, O. (2017). Stylistic features of case reports as a genre of medical discourse. *Journal of Medical Case Reports*, 11, 83–87.
- Méndez-Cendón, B. i López-Arroyo, B. (2003). Intralinguistic analysis of medical research papers and abstracts. Rhetorical and phraseological devices in scientific information. *Terminology*, 9(2), 247–268.

- Mijomanović, S., Aleksić-Hajduković, I. i Sinadinović, D. (2021). Case reports in dental medicine: A genre analysis. *ESP Today*, 9(1), 129–149.
- Mungra, R. i Canziani, T. (2013). Lexicographic studies in medicine: Academic word list for clinical case histories. *Ibérica*, 25, 39–62.
- Musiołek-Choiński, K. (1986). *Polskie nazwy chorób. Studium z terminologii medycznej*. Wrocław: Wydawnictwo UW.
- Nowaczyk, M.J.M. (2014). Nasze życie jest opowieścią: Czym jest medycyna narracyjna? *Medycyna Praktyczna*, 10, 125–128.
- Pujari, B.D. (2004). The case report. *Indian Journal of Surgery*, 66(2), 101–104.
- Rathus, S.A. (2004). *Psychologia współczesna*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Rowley-Jolivet, E. (2007). A genre study of if in medical discourse. W: K. Fløttum (red.), *Language and discipline: Perspectives on academic discourse* (s. 184–214). Cambridge: Cambridge Scholars Publishing.
- Rzepa, T. (2005). *O studium przypadku i portrecie psychologicznym*. Szczecin: Print Group Daniel Krzanowski.
- Salager-Meyer, F., Defives, G., Jensen, C. i de Filipis, M. (1989). Function and grammatical variations in medical English scholarly papers: A genre analysis study. W: Ch. Lauren i M. Norman (red.), *Special Language: From humans to thinking machines* (s. 316–323). Clevedon: Multilingual Matters.
- Salazar, D., Verdguier, I., Laso, N.J., Commeles, E., Castano, E. i Hilferty, J. (2013). Formal and functional variation of lexical bundles in biomedical English. W: I. Verdguier, N.J. Laso i D. Salazar (red.), *Biomedical English. A corpus-based approach* (s. 39–53). Amsterdam: John Benjamins.
- Schmidt, H.G., Norman, G. i Boshuizen, H. (1990). A cognitive perspective on medical expertise: Theory and implications. *Academic Medicine*, 65(10), 611–621.
- Schryer, C.F. (1994). The lab vs. the clinic: Sites of competing genres. W: A. Freedman i P. Medway (red.), *Genre and the New Rhetoric* (s. 125–132). London: Taylor & Francis.
- Słysz, A. (2017). *Konceptualizacja przypadku w różnych modelach psychoterapii*. Poznań: Wydawnictwo WNS UAM.
- Smith, G.C. (2014). Revisiting formulation: Part 1. The tasks of formulation: Their rationale and philosophical basis. *Australasian Psychiatry*, 22(1), 23–27.
- Studencki słownik terminoelementów angielskiego języka medycyny, przygotowany przez Koło Naukowe BAJT, Katedra Języków Specjalistycznych UW. (2008). *Debiuty Naukowe*, 2, 117–176.
- Swales, J. (1990). *Genre Analysis: English in academic and research settings*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Virué-Ortega, J. i Moreno-Rodríguez, R. (2008). Guidelines for clinical case reports in behavioural clinical psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(3), 765–777.
- Wade, D.T. i Walligan, W. (2004). Do biomedical models of illness make for good healthcare systems? *British Medical Journal*, 329, 1398–1401.
- Walsh, J., Cominos, N. i Jureidini, J. (2016). How language shapes psychiatric case formulation. *Communication & Medicine*, 13(1), 99–114.
- Wysocka, F. (1980–2013). *Polska terminologia medyczna do roku 1838* (t. I–IV). Wrocław–Kraków: Zakład Narodowy im. Ossolińskich–Lexis.
- Wysocka, M. (1997). Podkody angielszczyzny medycznej. W: J. Arabski (red.), *Języki specjalistyczne. Język biznesu* (s. 117–121). Katowice: WSMiJO.
- Wytyczne American Psychological Association, <https://www.apa.org/pubs/journals/aap/guidelines-submitting-case-reports> (dostęp: 09.03.2019).
- Zieliński, K. (2004). *Słownik pochodzenia nazw i określeń medycznych*. Bielsko-Biała: Alfa Medica Press.
- Zurzycka, P. i Radzik, T. (2015). Medycyna narracyjna – zarys problematyki. *Problemy Pielęgniarstwa*, 23(3), 428–432.
- Zabielska, M. (2014). *Searching for the Patient's Presence in Medical Case Reports*. Frankfurt a. Main: Peter Lang.
- Zabielska, M. i Żelazowska, M. (2016a). Spójność tekstu specjalistycznego a obraz pacjenta w medycznym opisie przypadku – kontynuacja badania. W: M. Górnica i M. Kornacka (red.), *Spójność tekstu specjalistycznego* (t. 2, s. 112–124). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Instytutu Kulturologii i Lingwistyki Antropocentrycznej UW.

- Zabielska, M. i Żelazowska, M. (2016b). Narracyjny charakter medycznego opisu przypadku a jego spójność W: M. Górnicz i M. Kornacka (red.), *Spójność tekstu specjalistycznego* (t. 2, s. 125–134). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Instytutu Kulturologii i Lingwistyki Antropocentrycznej UW.
- Żelazowska-Sobczyk, M. i Zabielska, M. (2016c). Case reporting as a microgenre and its metadiscoursal aspects – a review of the literature. *Language and Literary Studies of Warsaw*, 6, 77–107.
- Żelazowska-Sobczyk, M. (2019). *Polskie i angielskie opisy przypadków medycznych w ujęciu kontrastywnym*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Instytutu Komunikacji Specjalistycznej i Interkulturowej UW.
- Żelazowska-Sobczyk, M. i Zabielska, M. (2019a). Polskojęzyczne opisy przypadku z zakresu psychiatrii i psychologii – model tekstowy czy wyjątek? Cz. I. *Applied Linguistics Papers*, 26(1), 65–83.
- Żelazowska-Sobczyk, M. i Zabielska, M. (2019b). Polskojęzyczne opisy przypadku z zakresu psychiatrii i psychologii – model tekstowy czy wyjątek? Cz. II. *Applied Linguistics Papers*, 26(2), 1–19.

## Źródła

- CSN1 – Zamelska, U. i in. (2018). Zator tętnicy środkowej siatkówki jako pierwsza manifestacja kliniczna w postaci powikłania zatorowo-zakrzepowego jedнопłatkowej zastawki aortalnej – opis przypadku. *Choroby Serca i Naczyń*, 15(4), 245–250.
- CSN2 – Młodzianowski, A.T. (2018). Nawracająca kardiomiopatia takotsubo wywołana zaostrzeniem przewlekłym obturacyjnym choroby płuc i beta-mimetykami. *Choroby Serca i Naczyń*, 15(3), 177–180.
- FC1 – Michalska, A. i in. (2018). Nadciśnienie tętnicze w okresie laktacji – czy zawsze należy leczyć? *Folia Cardiologica*, 13(2), 169–172.
- NT1 – Pęczkowska, M. i in. (2006). Chory z obustronnym guzem chromochłonnym i nerwiakowłókniakowatością typu 1 – opis przypadku. *Arterial Hypertension*, 10(4), 294–300.
- OP1 – Dąbrowska-Bień, J. i in. (2009). Choroba kociego pazura – problem diagnostyczny, opis przypadku. *Otolaryngologia Polska*, 63(2), 154–157.
- OP2 – Waśniowska, E. i in. (2010). Czerniak złośliwy zatok przynosowych – opis przypadku. *Otolaryngologia Polska*, 64(2), 108–113.
- OP8 – Kaczmarczyk, D. i in. (2008). Choroba Castlemana – opis przypadku. *Otolaryngologia Polska*, 62(5), 621–624.
- PAP7 – Darocha, S.L. i in. (2011). Eozynofilowe zapalenie płuc w przebiegu zespołu larwy skórnej wędrującej – opis przypadku. *Pneumonologia i Alergologia Polska*, 79(5), 365–370.
- PAP13 – Paczek, A. i in. (2008). Śródmiąższowe zapalenie płuc u chorego leczonego amiodaronem – opis przypadku. *Pneumonologia i Alergologia Polska*, 76, 118–124.
- PAP17 – Owczarek, W. i in. (2009). Gruźlica węzłów chłonnych szyi z ogniskiem gruźlicy rozplywnej – opis przypadku. *Pneumonologia i Alergologia Polska*, 77, 417–421.
- PAP18 – Zamłyński, J. i in. (2009). Gruźlica otrzewnej czy rak jajnika – trudności diagnostyczne. Opisy dwóch przypadków. *Pneumonologia i Alergologia Polska*, 77, 422–428.
- PP1 – Tylec, A. i in. (2018). Trudności drugorzędowej profilaktyki raka szyjki macicy u kobiet leczonych z powodu schizofrenii paranoidalnej – opis przypadku. *Psychiatria Polska*, 52(2), 25–259.
- PP2 – Antosik-Wójcińska, A., Chojnacka, M. i Święcicki, Ł. (2017). Objawy psychotyczne jako powikłanie przebiegu leczenia elektrowstrząsowego – opis przypadku. *Psychiatria Polska*, 51(1), 23–27.
- PP3 – Hryńko, M. i in. (2017). Zespół uporczywego pobudzenia genitaliów – opis przypadku. *Psychiatria Polska*, 51(1), 117–124.
- PP4 – Gerhant, A. i in. (2017). Wulwodynia i depresja – opis przypadku. *Psychiatria Polska*, 51(5), 937–952.
- PP5 – Narowska, D. i in. (2015). Częste problemy w leczeniu zespołu niespokojnych nóg – opis przypadku i przegląd piśmiennictwa. *Psychiatria Polska*, 49(5), 921–930.
- PP8 – Tylec, A. i in. (2018). Trudności drugorzędowej profilaktyki raka szyjki macicy u kobiet leczonych z powodu schizofrenii paranoidalnej – opis przypadku. *Psychiatria Polska*, 52(2), 251–259.

- PP9 – Brykalski, J. i in. (2015). Ostra psychoza w przebiegu leczenia przełomu nadnerczowego hydrokortyzonem u pacjentki z wtórną niedoczynnością nadnerczy – opis przypadku. *Psychiatria Polska*, 49(4), 673–681.
- PP10 – Jakubowski, T. (2021). Transseksualizm czy zaburzenia psychotyczne? Opis przypadku. *Psychiatria Polska*, 55(1), 71–83.
- PP12 – Łuc, M. i in. (2019). Rozlany uraz aksonalny – problem interdyscyplinarny. Stan wiedzy i opis dwóch przypadków klinicznych. *Psychiatria Polska*, 155, 1–10.
- PPK1 – Mazur, A., Chojnowska-Ćwiąkała, I. (2016). Zespół Aspergera u 19-letniej kobiety ze szczególnym uwzględnieniem okresu adolescencji – opis przypadku. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 16(1), 38–46.
- PPK2 – Łucka, I. i in. (2014). Zespół Aspergera u bliźniąt – dylematy diagnostyczne i terapeutyczne. Opis przypadku. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 14(1), 55–60.
- PPK4 – Trędzbor, B. i in. (2016). Święta czy chora – trudności orzecznicze w przypadku pacjentki z zaburzeniami schizotypowymi i osobowością borderline. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 16(1), 47–50.
- PPK8 – Magierski, R. i in. (2014). Urojeniowa parazytoza w otępieniu z ciałami Lewy’ego: Opis dwóch przypadków. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 14(1), 61–64.
- PPK10 – Szmajda, R., Lewandowska, A. i Gmitrowicz, A. (2020). Doznania podobne do psychotycznych w przebiegu zaburzeń zachowania – opis przypadku. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 20(3), 202–206.
- PSYCH1 – Srebrny, K. (2018). O nieudanej próbie zmagania z organizacją patologiczną. *Psychiatria*, 15(3), 165–172.
- PSYCH2 – Murawiec, S. (2017). Duloksetyna w leczeniu depresji z bólem fizycznym i psychicznym. *Psychiatria*, 14(3), 144–149.
- PSYCH3 – Sokół-Szawłowska, M. (2015). Opis przypadku 72-letniej pacjentki w kontekście etapów przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej oraz form polskiej opieki psychiatrycznej trwającej od prawie pół wieku. *Psychiatria*, 12(3), 195–200.
- PSYCH4 – Świerkosz, A. i in. (2015). Zaburzenia dysocjacyjne czy psychotyczne? Stupor u 23-letniej pacjentki. *Psychiatria*, 12(3), 201–207.
- PSYCH6 – Murawiec, S. (2016). Pregabalina – opis przypadku w kontekście wiedzy na temat działania leku i praktyczne wskazówki zastosowania. *Psychiatria*, 13(1), 17–24.
- PSYCH8 – Dróżdż, W. i in. (2018). Uzależnienie od ekstremalnie dużych dawek zolpidemu – opis przypadku i przegląd piśmiennictwa. *Psychiatria*, 15(1), 13–25.

## STRESZCZENIE

**Słowa kluczowe:** dyskurs specjalistyczny, opis przypadku, narracja, obraz pacjenta, struktura, leksyka, psychologia/psychiatria, medycyna kliniczno-diagnostyczna

Celem niniejszego artykułu jest charakterystyka poszczególnych części jednej / kilku podsekcji kliniczno-diagnostycznych opisów przypadku w porównaniu z opisami z zakresu psychologii i psychiatrii w celu zbadania i przedstawienia charakterystyki narracji jako elementu różniącego oba te mikrokatunki. Jest to fragment, w którym opisywany jest dany przypadek choroby u pacjenta. Pomniejszym zadaniem jest analiza tego, w jaki sposób różnice między tymi dziedzinami wpływają na charakter narracji i użytych w niej środków językowych w opisie pacjenta i jego choroby, co z kolei ma wpływ na jego obraz w całym tekście. Analiza ta została przeprowadzona w dwóch grupach tekstów: w 30 opisach przypadku z czasopism „Pneumologia i Alergologia Polska” („Advances in Respiratory Medicine”) (18), „Otolaryngologia Polska” (8), „Choroby Serca i Naczyń” (2), oraz po jednym z „Arterial Hypertension” oraz „Folia Cardiologica”, opublikowanych między 2006 a 2021 rokiem i obejmujących różne dziedziny medycyny; oraz w 30 psychiatrycznych

i psychologicznych opisach przypadków z trzech polskich czasopism specjalistycznych: „Psychiatria”, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna” oraz „Psychiatria Polska”, opublikowanych w latach 2006–2021. Wyniki pokazują zdecydowanie inny charakter narracji oraz różnice w użytej leksyce, które wynikają głównie z różnorodności strukturalnych tekstów. Te z kolei są pochodną różnic między medycyną kliniczną a psychiatrią i psychologią. W rezultacie mamy do czynienia z narracyjnym i całościowym obrazem pacjenta w tekstach psychiatrycznych i psychologicznych oraz technicznym i częściowym przedstawieniem pacjenta w tekstach kliniczno-diagnostycznych. Wyniki tego typu badań mogą posłużyć jako przyczynek: po pierwsze, do przygotowania poradnika dla lekarzy i studentów – adeptów sztuki medycznej – jak ująć perspektywę pacjenta w „technicznych” opisach; po drugie, w ujęciu dydaktycznym, do stworzenia gotowych list słownictwa / wyrażeń dla studentów medycyny, lekarzy, jak i lingwistów (przyszłych tłumaczy i lektorów) do wykorzystania podczas zajęć z terminologii medycznej.

## SUMMARY

### **The image of a patient in case reports from psychology / psychiatry vs. clinico-diagnostic medicine. A comparative study of selected narrative elements**

**Keywords:** specialized discourse, case report, narrative, patient’s image, structure, lexis psychology / psychiatry, clinico-diagnostic medicine

The aim of the current paper is to characterize particular parts of a section / sections of clinico-diagnostic case reports in comparison with the reports derived from psychology / psychiatry in order to examine and present the narrative used there as a one of the distinguishing factors between these two microgenres. It is a fragment where a particular disease in a patient is described. The goal is also to determine to what extent the differences in the character of these two areas of medicine affect the character of the narration as well as the linguistic resources used in the description of the patient, which, in turn, has consequences for their image in the text. The analysis was carried out on the basis of two groups of texts: 30 case reports from the publication outlets “Pneumonologia i Alergologia Polska” (“Advances in Respiratory Medicine”) (18), “Otolaryngologia Polska” (8), “Choroby Serca i Naczyń” (2), as well as 1 from “Arterial Hypertension” and 1 from “Folia Cardiologica”, published between 2006–2021 and referring to a variety of medical areas; and 30 psychiatric/psychological case formulations from three Polish specialised medical journals: “Psychiatria”, “Psychiatria i Psychologia Kliniczna” as well as “Psychiatria Polska”, published between 2006–2021. The results demonstrate a significantly different character of the narration as well as partial differences in the lexis used, which results primarily from structural differences in the texts. These, in turn, may be resultant of the different character of psychiatry / psychology and clinical medicine. Consequently, what can be observed is a narrative-like and holistic image of the patient in psychiatric and psychological texts and the technical and partial one in clinico-diagnostic reports. The outcomes of such studies may be used in practice in a two-fold way. First, they may be treated as valuable guidelines for doctors and medical students how to write a case report in a more ‘patient oriented’ manner, including the patient’s perspective. Secondly, from the educational point of view, they can be treated a starting point in the creation of vocabulary lists/glossaries for courses in medical terminology for doctors, medical students and linguists (future translators and interpreters).