

## Językowy wymiar paternalizmu – na przykładzie interakcji lekarz – pacjent i urzędnik – klient

Słowa klucze: paternalizm, asymetria komunikacyjna, konsultacje lekarskie, rozmowa urzędowa, analiza konwersacyjna

Pojęcie paternalizmu w odniesieniu do relacji interpersonalnych<sup>1</sup> pojawia się najczęściej w obszarze dyskursu medycznego. Oznacza w nim jeden z dwóch najogólniejszych – obok współpracy / kooperacji – modeli interakcji lekarza z pacjentem (ROTER, 2000). W modelu paternalistycznym dominującą rolę odgrywa lekarz. To on decyduje o całości postępowania diagnostycznego i terapeutycznego, określa cele i sposoby leczenia, wydaje polecenia, a nawet ma głos w sprawach tak subiektywnych, jak samopoczucie pacjenta i jego odczucia:

[...] lekarz określa cele i zadania konsultacji oraz podejmuje decyzje, zarówno w kwestii informowania pacjenta, jak i wyboru terapii, a wszystko to „dla dobra pacjenta”. Określenie tego dobra jest jednak oparte na przypuszczeniach lekarza co do potrzeb pacjenta. Lekarz odgrywa w tym modelu rolę opiekuna działającego na rzecz pacjenta, ale niezależnie od jego preferencji.

STEFANIAK, 2011: 127

Źródła paternalizmu sięgają prapoczątków medycyny, kiedy to wykrystalizowała się koncepcja autorytetu lekarskiego. Autorytet ten był niepodważalny, a chory był zobowiązany bezgranicznie wierzyć lekarzowi i poddawać się jego zaleceniom i decyzjom:

Hipokrates uważał, że lekarz powinien „urządzać sposób życia chorego”, a także podejmować za niego jedynie słuszne decyzje co do dalszej diagnostyki i leczenia choroby. Hipokrates, ucząc lekarzy, mówił następująco: „Opiekując się pacjentem, rób to wszystko spokojnie i umiejętnie, większość rzeczy przed nim ukrywając. Niezbędne polecenia wydawaj z pogodą i łagodnością, odwracając jego uwagę od wykonywanych u niego zabiegów; czasem zgań go ostro i zdecydowanie, a czasem pociesz, okazując troskę i zainteresowanie, niczego nie ujawniając w kwestii jego przyszłego lub obecnego stanu”.

WROŃSKI i in., 2009: 270

Sam wyraz *paternalizm* w ogólniejszym rozumieniu nawiązuje do łacińskiego *pater* ‘ojciec’ i oznacza „ogół stosunków opartych na zasadach zbliżonych do zasad rządzących życiem rodziny podporządkowanej władzy ojcowskiej” (SZYMCAK, red., 1994: 619). Podob-

<sup>1</sup> Możliwe są także inne odniesienia, np. gdy mowa o relacjach grup społecznych czy państw.

nie wyjaśnienie tego znaczenia oraz jego uszczegółowienie w stosunku do relacji instytucjonalnych zawiera słownik Władysława KOPALIŃSKIEGO (1989), w którym paternalizm oznacza „ojcowski” stosunek do podwładnych oraz zasady i taktykę działania rządów lub pracodawców zajmujących się zaspokajaniem osobistych potrzeb obywateli i normowaniem ich postępowania jako osób prywatnych, a także ich stosunku do państwa (do pracodawcy) i do innych obywateli. Paternalizm charakteryzuje się zatem autorytarnym podejściem do pacjenta, ograniczeniem jego roli nie tylko w podejmowaniu decyzji o charakterze medycznym, ale również kwestionowaniem jego podmiotowości. Choć w teorii stosowanie strategii paternalistycznej jest na ogół potępiane kosztem promowanego wzorca partnerskiego, w praktyce lekarskiej takie zachowania są stosunkowo częste i nie wynikają jedynie z chęci dominacji czy wzmocnienia autorytetu lekarza, lecz są z reguły nieuświadomianym efektem rutynizacji postępowania diagnostyczno-terapeutycznego (THOMASMA, 1983)<sup>2</sup>.

W tym artykule pojęcie paternalizmu będzie dodatkowo rozciągnięte na inny obszar komunikacji instytucjonalnej, mianowicie interakcję typu urzędnik – klient. Zakładam bowiem, że ten rodzaj relacji oraz kształtowania interakcji dotyczy nie tylko medycyny, ale także wszystkich innych domen, w których realizuje się komunikacja typu instytucjonalnego (por. wspomniane rozumienie Kopalińskiego). Podstawową tezę tych rozważań można scharakteryzować w sposób następujący: wszędzie tam, gdzie relacja między uczestnikami komunikacji opiera się na układzie instytucjonalnym, w mniejszym lub większym stopniu dochodzi do realizacji paternalistycznego wzorca interakcji. Wymusza to samo pojęcie komunikowania instytucjonalnego, które z natury rzeczy jest asymetryczne: z dominującą rolą agenta (= pracownika instytucji) wobec podporządkowanego klienta (= interesanta instytucji)<sup>3</sup>. Klient jest zwykle również podmiotem działań i decyzji instytucji, reprezentowanej przez agenta, co jeszcze wyraźniej sankcjonuje nierówny układ komunikacyjny.

Rzecz jasna, nie wszystkie interakcje o charakterze instytucjonalnym noszą znamiona paternalizmu. W wielu przypadkach realizuje się konkurencyjny wzorzec relacji opartej na współpracy. W tym modelu wszystkie decyzje, cele, zadania i inne szczegóły związane z merytorycznym aspektem działania instytucji stanowią wynik negocjacji, są więc ustalane przy czynnym udziale podmiotu tych działań – klienta. Dodatkowo w układzie partnerskim dochodzi nie tylko do wymiany informacji, ale także następuje wymiana o charakterze interpersonalnym (emocjonalnym, społecznym). Klient jest w takim układzie nie tylko wysłuchany, ale wręcz zachęcany do zadawania pytań czy ogólnie do aktywności komunikacyjnej (ROTTER, 2000: 7).

Rzeczywiste akty komunikacji instytucjonalnej rozciągają się pomiędzy tak wyznaczonymi biegunami modelu paternalizmu i współpracy. Uczestnicy dokonują w nich na wielu

---

<sup>2</sup> Rozdźwięk między deklaracjami a stanem faktycznym, w tym również odczuciami pacjentów, podkreśla wielu badaczy zajmujących się kwestią paternalizmu – por. np. WROŃSKI i in., 2009.

<sup>3</sup> Określenia *agent* i *klient* nie są popularne w polskich opracowaniach lingwistycznych i mogą budzić pewne opory, są natomiast dość mocno osadzone w anglojęzycznych badaniach nad komunikacją instytucjonalną (por. AGAR, 1985) jako poręczne kategorie, które dobrze odzwierciedlają różnice między rozmówcami i nierówne pozycje w układzie komunikacyjnym. Mają ponadto walor uniwersalny, stosowany w bardzo różnych realizacjach komunikacji instytucjonalnej (jak szkoła, służby mundurowe, administracja, medycyna, instytucje religijne i inne). Na temat instytucji i komunikowania instytucjonalnego piszę obszernie w pracy: RUTKOWSKI, 2015: 19–49.

poziomach wyborów pomiędzy dostępnymi środkami komunikacji. Aktywność w zakresie modelowania przebiegu interakcji jest zawsze większa po stronie agenta (lekarza czy urzędnika), on to bowiem na mocy swego instytucjonalnego usytuowania może decydować o utrzymaniu, zwiększeniu lub zminimalizowaniu asymetrii. Dopuszczając do głosu klienta / pacjenta, reprezentant instytucji rezygnuje z części swej władzy dyskursywnej na rzecz bardziej partnerskiej kooperacji, lub odwrotnie – ignorując jego głos, zwiększa on asymetrię i sankcjonuje nierówny układ komunikacyjny.

W trakcie analizy zostaną pokazane konkretne środki językowe, wzmacniające władzę lekarza oraz urzędnika. Na potrzeby artykułu zostały wybrane dwa fragmenty rozmów – konsultacji lekarskich oraz rozmowy urzędowej<sup>4</sup>. Oba rodzaje rozmów mają podobną naturę: odznaczają się ściśle instytucjonalnym kontekstem i wynikającymi z niego: schematem naracyjnym, powtarzalną strukturą, jasnym rozkładem ról komunikacyjnych. Można założyć, że w obu typach rozmów dochodzi do podobnych procesów, zwłaszcza negocjowania rozkładu władzy dyskursywnej. W obu też kluczową jest rola reprezentanta instytucji, dlatego w analizie skupimy się właśnie na jego aktywności.

Celem rozważań nie jest analiza porównawcza, zmierzająca do uogólnień (do takiej potrzebny byłby dużo bogatszy materiał językowy). Idzie tu raczej o zasygnalizowanie pewnych podobieństw w zakresie strategii komunikacyjnych, występujących, jak się wydaje, szczególnie często właśnie w obszarze komunikowania instytucjonalnego. Na tej podstawie nie można wnioskować o całości, można jednak – jeśli tezy wyjściowe zostaną potwierdzone empirycznie – określić pewien bardzo ogólny zarys badań. Wykorzystanie do tego celu modelu paternalizmu, jako jednego z bardziej charakterystycznych i najlepiej rozpoznanych wzorców komunikowania instytucjonalnego, wydaje się uzasadnione<sup>5</sup>.

Konsultacja lekarska, której treść przedstawiono niżej, jest doskonałym przykładem ilustrującym praktyczne wymiary paternalizmu na planie zachowań językowych.

- 1 P: Dzień dobry.  
 2 (7)  
 3 L: Dzień dobry panu.  
 4 (5)  
 5 L: Proszę siadać. W czym pomóc?  
 6 P: Z tą ręką przychodzę, coś się paskudzi [tak wogóle]  
 7 L: [Co to było?]

<sup>4</sup> Nagrana konsultacja lekarska miała charakter jednostkowy, odbyła się w jednym z gabinetów olsztyńskich w lipcu 2014 roku. Z kolei rozmowa urzędowa pochodzi z szerszego, ogólnopolskiego korpusu, zgromadzonego na potrzeby realizacji większego projektu badawczego z lat 2012–2014 (Rutkowski, 2015). Obie rozmowy zostały nagrane zgodnie z zaleceniami typowymi dla analizy konwersacyjnej, a więc przede wszystkim z zachowaniem anonimowości rozmówców i po uzyskaniu ich zgody na rejestrowanie rozmowy – o szczegółach metodologii analizy konwersacyjnej por. Rutkowski, 2015: 63–69, 76–81. Symbole stosowane w transkrypcji są rozwiązane na końcu artykułu.

<sup>5</sup> Badania nad paternalizmem mają stosunkowo bogatą tradycję w obszarze nauk medycznych, gdzie jednak – odmiennie niż w niniejszym szkicu – uwaga nie koncentruje się na szczegółowych zachowaniach komunikacyjnych, lecz skupia się raczej na odczuciach pacjentów wyrażonych w postaci danych ankietowych (por. np. Wroński i in., 2009).

- 8 P: Oparzenie przy spawaniu, już ze dwa tygodnie. Byłem  
9 potem na pogotowiu od razu, i y: ten doktor założył.  
10 opatrunek. Miałem tak chodzić miesiąc (0.5) czy coś-  
11 L: Yhm, yhm dobra (1) Pokaże pan rączkę. (1) Ona była jakoś  
12 moczona w czymś, ty zmieniałeś ten opatrunek?  
13 P: Nie: żona tylko przewijała te bandaże, ale moczyć to nie  
14 L: Yhm. Dobra.  
15 (5)  
16 P: Myłem się raz, i: tak trochę, tego-  
17 L: Dobra, okej. (4) Pokaż bliżej tą rękę.  
18 (2)  
19 P: Czy to może być (.) gangrena już?  
20 (9)  
21 L: Czy jak naciskam tu, to boli? [Tutaj]  
22 P: [Nie.]  
23 L: A tu, bardziej teraz?  
24 P: Tak, tu czuję.  
25 L: Powinno boleć, a tylko czujesz?  
26 P: No takie pieczenie bardziej nie ból.  
27 L: Jak pieczenie to dobrze, nie wiem tylko czy głęboko. (2)  
28 Dobrze, ja tu wypiszę skierowanie do kolegi na oddział  
29 szpitalny. Możesz tam jechać prosto ode mnie, zadzwonię  
30 i ich uprzedzę.  
31 (5)  
32 P: Czyli coś poważnego jak szpital-  
33 (6)  
34 L: Niekoniecznie, niekoniecznie, to właśnie tam obejrzą.  
35 P: (2) Y:, ale tego (.) ręki nie utną?  
36 L: Nie od razu w każdym bądź razie (ze śmiechem). Ja mogę  
37 sądzić o pewnych reakcjach, może ubytek elektrolitów.  
38 Ja bym prognozował efekt blizn przerostowych. Wdrożą  
39 pewnie antybiotykoterapię czy bardziej specjalistyczne  
40 leczenie immunostymulujące.  
41 P: Aha.  
42 (15)  
[...]  
74 L: To wypisałem, jedź do nich od razu z tą rączką, ja zaraz do  
75 kolegi zadzwonię i uprzedzę, że pan będzie.  
76 P: Dziękuję, do widzenia.  
77 L: Do widzenia.

Już na wstępie (wiersze 1–5) lekarz demonstruje pozycję dominującą, odwołując się do powitania. Jest to tym bardziej wyraziste, że w tym przypadku mamy do czynienia ze standardową i czysto rytualną czynnością komunikacyjną, w postaci pary

wypowiedzi przylegających (LEVINSON, 2010: 352). Ogólnie w całej rozmowie widać dominację lekarza. Jego wypowiedzi stanowią znaczny procent całości konwersacji, a jedyna dłuższa wypowiedź pacjenta dotyczy wprowadzającego opisu zdarzenia i specyfiki urazu (8–10). Jest to symptomatyczne dla relacji paternalizmu, w której czynności komunikacyjne lekarza są nieproporcjonalnie bardziej rozbudowane i mają w dodatku charakter moderujący w stosunku do całej interakcji. Zauważmy również, że aktywność pacjenta sprowadza się do udzielania odpowiedzi na pytania lekarza, z wyjątkiem wyrażonej żartobliwie obawy o „ucięcie ręki” (35). Ta zresztą uwaga, w formie pytającej, nosi wszystkie cechy wypowiedzi z pozycji podporządkowanej: opóźnienie w postaci pauzy oraz pauzy wypełnionej (y:), opatrzenie wstępem („ale tego”) oraz mikropauzą poprzedzającą bezpośrednio samo pytanie. Widać, że pacjent sankcjonuje asymetrię komunikacyjną i naturalizuje władzę dyskursywną lekarza.

Lekarz z kolei konsekwentnie realizuje model paternalistyczny. Jedną z technik jest ignorowanie pytań pacjenta, zwłaszcza tych dotyczących jego stanu zdrowia i rokowań (19, 32). Pierwsze pytanie o gangrenę zostaje całkowicie przez lekarza przemilczane, na drugie udziela co prawda odpowiedzi po stosunkowo długiej, sześciosekundowej pauzie, jednak jest to odpowiedź na tyle ogólnikowa (34), że nie zaspokaja potrzeb informacyjnych pacjenta. Lekarz w stopniu bardzo umiarkowanym dozuje informacje, reprezentuje częste w relacjach zmedykalizowanych przekonanie, że pacjent jako laik nie jest w stanie zrozumieć diagnozy, dlatego wyjaśnienia lekarza powinny być zdawkowe, ewentualnie bardzo uproszczone. Można powiedzieć, że lekarz pozycjonuje pacjenta jako osobę nieświadomą, do której trzeba mówić w sposób specjalny (jak do dziecka). Ten wymiar paternalizmu widać w wersie 11 („pokaże pan rączkę”), ale przede wszystkim w stosowanych zwrotach adresatywnych. Lekarz w pewnym momencie niejako automatycznie, w obrębie tej samej kolejki, przechodzi ze standardowej formy *pan* do formy *ty* (11–12). W dalszym toku rozmowy forma *ty* jest już stosowana regularnie, aż do końcowego fragmentu, w którym – być może nieświadomie przenosząc całość konsultacji do wymiaru ogólnego – powraca do formy *pan* (75). W pewnym stopniu taką asymetrię adresatywną tłumaczy młody wiek pacjenta, który jednak jest osobą dorosłą i z tego względu neutralne byłoby stosowanie formy *pan*. Lekarz decyduje się na jednostronne „przejście na ty”, czym zwiększa dystans, dominację, a pacjenta spycha do roli podobnej do roli dziecka.

Dystans ten jest zwiększony nie tylko za pomocą form adresatywnych, ale także poprzez usytuowanie się w ramach instytucji i werbalne podkreślanie przynależności do grupy lekarzy. W omawianej rozmowie lekarz dwukrotnie wypowiada się o innych lekarzach, używając zwrotu *kolega* (28, 75), co niekoniecznie jest odzwierciedleniem rzeczywistych bliskich relacji koleżeńskich, a raczej zaakcentowaniem pewnej elitarności grona lekarzy (por. STEFANIAK, 2011: 232).

Charakterystyczne jest także posługiwanie się specjalistycznym słownictwem. Zamiast wyjaśnić pacjentowi w prosty sposób rokowania czy nawet przypuszczenia co do jego stanu, lekarz zatrzymuje się na poziomie fachowej terminologii: *ubytek elektrolitów* (37), *blizny przerostowe* (38), *antybiotykoterapia* (39) czy *leczenie immunostymulujące* (40). Jego intencją nie jest więc rzeczywiste poinformowanie pacjenta o jego stanie, tylko umocnienie swego autorytetu. Pacjent to akceptuje, wysyła sygnał potwierdzający (41) i nie domaga się dalszych wyjaśnień.

Jednym z bardziej charakterystycznych znamion paternalizmu jest odmawianie pacjentowi prawa do wyrażania własnych odczuć, ich negowanie czy podważanie. Lekarz jest w tym układzie osobą bardziej kompetentną nie tylko w zakresie czysto merytorycznym (medycznym), ale też w kwestii tego, co pacjent czuje (STEFANIAK, 2011: 241). W przytoczonej rozmowie ta strategia nie jest tak wyraźna, w jednym tylko momencie lekarz sugeruje, że *powinno boleć* (25), a pacjent zamiast bólu *tylko czuje* – podważa więc w pewnym stopniu rzeczywiste odczucia pacjenta i próbuje na nie wpłynąć.

W przedstawionej niżej rozmowie dominacja urzędnika pod względem ilościowym jest jeszcze wyraźniejsza niż dominacja lekarza:

- 11 U: Tak że poproszę pana o podpisanie zdjęcia, imię i nazwisko  
12 z tyłu, tak? (4) To nie jest pierwszy paszporcik, był już  
12 wcześniej, który jest nieważny, prawda?  
13 K: A: nie wiem.  
14 U: M:: może rodzice składali.  
15 K: A, bo ja kiedyś przy mamie byłem, [to nie wiem, może wtedy].  
16 U: [M::: mhm, dobra].  
17 Proszę pana, jeszcze raz nazwisko proszę swoje wpisać, bo to  
18 jest ~~xxxxxxxxxxxx~~ tutaj, bo to jest nazwisko rodowe, proszę  
19 powtórzyć, [tak]?  
19 K: [Aha].  
20 U: Dobrze, czy jakiś telefon kontaktowy może pan do siebie [do]-  
21 K: [Y::]  
22 tutaj?  
22 U: Tutaj gdzieś na [dole jest więcej] miejsca.(9) Dobrze=  
23 K: [Aha, tutaj na dole].  
24 U: == (5) (*pominięte*), data, podpis.  
25 K: M:: dzisiaj jest piętnasty?  
26 U: Pie- tak, piętnasty dzisiaj. ~~Хххх~~. (12) Dobrze. Teraz proszę  
27 pana (2) dobrze (12) M:: czterdzieści ~~xxxxxxxx~~  
28 (4, *dźwięk przybijanej pieczętki*) Dowód już może pan  
29 schować. (2) Dobrze, poproszę pana teraz o odciski palców,  
30 z lewej rączki paluszek wskazujący [tak, jak] na monitorze,=  
31 K: [Dobra ].  
32 U: =na całą szybkę proszę położyć, tak, i docisnąć. Dobrze, proszę  
33 podnieść. Jeszcze o (.) słabo wyszło (.) jeszcze raz proszę  
34 położyć lekko, docisnąć. (3) Słaba jakość, proszę podnieść.  
35 Spróbujemy następny paluszek. Środkowy z tej samej ręki.  
366) ~~Хххххххх~~, słaba jakość. Dobrze, podniesie pan. Wie pan co  
37 weźmiemy następny. Serdeczny, przedostatni.  
38 K: ~~Хх~~, słabo. [~~Хххххххх~~].  
39 U: [*śmiech* ] Dobrze, proszę podnieść, to też jest  
40 słabe, ale wie pan co, może kciuk będzie lepszy.  
41 [To może pan] wstanie i tak prosto na całą szybkę=

- 42 K: [Хххххххххххххххх].  
 43 U: =przyłoży, [tak]?  
 44 K: [Mhm].  
 45 U: Dobrze, proszę podnieść. Jeszcze raz tak samo.  
 46 K: M:: ten sam palec?  
 47 U: Ten sam paluszek. Dobrze i teraz z drugiej rączki kciuka dwa  
 48 razy.

Wypowiedzi klienta stanowią nikły ułamek całości, są to na ogół krótkie kwestie stanowiące reakcje na polecenia urzędniczki. Nie ma tu jednak tak wielu przejawów paternalizmu, jak w konsultacji lekarskiej. Mimo to dochodzi do charakterystycznego pozycjonowania klienta jako osoby wymagającej „specjalnego traktowania”, co ma zapewne związek z jego wiekiem (osoba starsza). W badaniach lingwistycznych przyjęto się za neutralny uważać tylko język dorosłych – jedynie oni w sposób świadomy i naturalny używają języka, bez potrzeby uczenia się ani też bez znamion jego tracenia (ECKERT, 1997: 157). W stosunku do dzieci i osób starszych występuje natomiast powszechne przekonanie o konieczności dostosowania swego języka do ich zdolności rozumienia czy ogólnie: pewnej „niepełnosprawności” komunikacyjnej. Mówienie do osoby dorosłej jak do dziecka jest bardzo charakterystycznym objawem paternalizmu. W przytoczonej rozmowie odzwierciedla się to przede wszystkim w nadużywaniu zdrobnień – por. *paszporcik*, *rączka*, *paluszek* (30, 35, 47). Takie nagromadzenie form deminutywnych towarzyszy całemu ciągowi wypowiedzi dyrektywnych, za których pomocą urzędniczka kieruje zachowaniem klienta. Wypowiedzi dyrektywne są przy tym sformułowane – konwencjonalnie – jako prośby: *proszę położyć* (32), *proszę docisnąć* (34), *proszę podnieść* (32, 35, 39, 45). Rolę instruktorki czy wręcz nauczycielki wzmacnia dodatkowo stosowanie inkluzywnego „my”, dzięki któremu konstruuje się poczucie wspólnoty (*spróbujemy* – 35, *weźmiemy* – 37). W efekcie klient jest zdominowany, niemal dosłownie „prowadzony za rękę”, a jego aktywność komunikacyjna zostaje sprowadzona do odpowiadania na pytania czy polecenia urzędniczki. Sfera poznawcza i decyzyjna jest zagospodarowana przez urzędniczkę, to ona jest władna kierować postępowaniem czy decydować o jakości uzyskanych wyników działań – por. *słabo wyszło* (33), *słaba jakość* (34). Jest to poniekąd naturalne i wynika z nierównego rozkładu kompetencji w układzie instytucjonalnym, jednak w sferze komunikacyjnej tego rodzaju relacje znajdują też inne, bardziej partnerskie reprezentacje.

Paternalizm jest strategią konwersacyjną dość jednoznacznie ocenianą w licznych publikacjach z zakresu społecznych nauk o medycynie (por. STEFANIAK, 2011: 128). Podział na „zły” paternalizm i „dobry” model współpracy dodatkowo ujawnia jeszcze jedną – równie biegunowo zróżnicowaną – płaszczyznę komunikacyjną w obrębie dyskursu medycznego, mianowicie podział na głos medycyny (*voice of medicine*) i głos życia codziennego (*voice of lifeworld*)<sup>6</sup>. W paternalizm wpisany jest niejako przymus posługiwania się specjalistycznym językiem medycyny, pozwalającym co prawda w sposób jednoznaczny ująć istotę postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, ale wyrzucającym poza ten dyskurs pacjenta.

<sup>6</sup> Jest to koncepcja Mishlera, a pisze o niej szerzej STEFANIAK (2011: 128–130).

Pacjent nie jest w stanie zrozumieć komunikatów i w związku z tym jeszcze bardziej jest wykluczany ze świadomego i czynnego współkształtowania dyskursu.

Można to spostrzeżenie uogólnić i postulować istnienie opozycji typu *głos instytucji vs głos życia codziennego*. Należy zakładać, że każda instytucja, nie tylko medyczna, dysponuje swoim charakterystycznym wzorcem komunikacyjnym, będącym połączeniem specjalistycznej terminologii i funkcji komunikacyjnych, oraz strategiami budowania relacji między reprezentantami tejże instytucji a jej zewnętrznymi „interesariuszami” (pacjentami, klientami, obywatelami). Utrzymywanie komunikacji na poziomie głosu instytucji i minimalizowanie głosu życia codziennego to bardzo powszechna strategia kontrolowania dyskursu, a paternalizm stanowi jedną z najczęstszych technik zwiększania czy sankcjonowania asymetrii. Jest to w przeważającej mierze – co trzeba podkreślić – strategia nieuświadomiana i naturalizowana przez obie strony dyskursu, co sprawia, że konkretne zachowania komunikacyjne mogą być nawykowe i trudne do kontrolowania. W ostatecznym rozrachunku trudno zatem mówić o działaniach naprawczych, dopóki mechanizmy te nie zostaną rzetelnie rozpoznane, opisane, a przez to – uświadomione.

Symbole stosowane w transkrypcji:

1	numery kolejnych wersji
U:, L:	symbol mówiącego: urzędnik, lekarz
K:, P:	symbol mówiącego: klient, pacjent
[	początek wypowiedzi nakładającej się; oznacza moment w konwersacji, w którym kolejny rozmówca „wchodzi” mówiącemu w słowo
]	koniec wypowiedzi nakładających się
=	wypowiedzi różnych uczestników następujące bezpośrednio po sobie, bez wyraźnej przerwy; ciąg wypowiedzi
-	nagłe przerwanie wypowiedzi; wypowiedź niedokończona lub przzerwana, często w celu dokonania autokorekty
.	intonacja opadająca
,	intonacja „zawieszenia”, niedokończenia, zapowiadająca gotowość mówiącego do kontynuacji wypowiedzi
?	intonacja wznosząca
a:::le	wypowiedź z przeciąganiem, wydłużaniem sylaby (liczba znaków odpowiada długości przedłużania sylaby)
(1.6)	pauza, liczby oznaczają długość w sekundach
(.)	bardzo krótka pauza
mhm	konsonantyczny sygnał potwierdzenia/akceptacji
yhm	wokaliczny sygnał potwierdzenia/akceptacji
xxxx	fragment niezrozumiały



## Słowniki

- KOPALIŃSKI W., 1989: *Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych*. Warszawa.  
 SZYMCAK M., red., 1994: *Słownik języka polskiego*. T. 2. Warszawa.

## Literatura

- AGAR M., 1985: *Institutional Discourse*. "Text", vol. 5, no 3, s. 147–168.  
 ECKERT P., 1997: *Age as a Sociolinguistic Variable*. In: F. COULMAS, ed.: *The Handbook of Sociolinguistics*. Oxford, s. 151–167.  
 LEVINSON S.C., 2010: *Pragmatyka*. CIECIERSKI T., STACHOWICZ K., tłum. Warszawa.  
 ROTER D.L., 2000: *The Enduring and Evolving Nature of the Patient – Physician Relationship*. „Patient Education and Counseling”, vol. 39, s. 5–15.  
 RUTKOWSKI M., 2015: *Rozmowa urzędowa. Analiza konwersacyjno-dyskursywna*. Warszawa.  
 STEFANIAK K., 2011: *Władza i tożsamość w komunikacji lekarz – pacjent*. Wrocław.  
 THOMASMA D.C., 1983: *Beyond Medical Paternalism and Patient Autonomy: A Model of Physician Conscience for the Physician – Patient relationship*. "Annals of Internal Medicine", vol. 98, s. 243–248.  
 WRÓŃSKI K., BOCIAN R., DEPTA A., CYWIŃSKI J., DZIKI A., 2009: *Opinie pacjentów na temat modelu paternalistycznego w relacji lekarz – pacjent. Prawne aspekty autonomii pacjenta w opiece zdrowotnej*. „Nowotwory. Journal of Oncology”, t. 59, nr 4, s. 266–273.

Mariusz Rutkowski

Lingual Dimension of the Paternalism  
 – on the Examples of Doctor – Patient and Clerk – Client Interaction

### Summary

In the paper, the issue of paternalism in the institutional talks is presented. The main features of paternalism as a communication strategy are shown sketchy. The author analyses two talks: a medical consultations and an institutional talk in the office. On these examples some of the basic manifestations of paternalism are presented, among them the ignoring of the patient's voice, doctor's domination including his knowledge regarding the patient's individual feelings, using of the informal phrase "ty" ("you"), using of diminutive forms. As the result, the voice of patient/client is outgrown or muted, and at the same time the voice of the institution is dominating, and even strengthened.

Key words: paternalism, asymmetry in communication, doctor – patient interaction, clerk – client interaction, conversation analysis