

I. ROZPRAWY I ANALIZY

DOI: 10.17951/et.2026.38.257

Marta Chojnacka-Kuraś

Uniwersytet Warszawski
ORCID: 0000-0001-8222-497X
e-mail: martachojnacka@uw.edu.pl

Karolina Czerkas

Uniwersytet Warszawski
ORCID: 0009-0006-8163-0080
e-mail: k.czerkas@uw.edu.pl

CHOROBA jako kategoria pojęciowa o strukturze prototypowej *CHOROBA* ('illness/ disease') as a prototype-based conceptual category

Abstract: The article presents the results of a pilot study on how users of contemporary Polish perceive the category of *CHOROBA* ('illness/disease'). The authors refer to the theory of prototype categorisation (Rosch 1975; Taylor 2001; Kleiber 2003) and the radial model of the category of 'disease' proposed by Wright (2007). The survey included two tasks: assessing the degree to which 19 names of states and phenomena belong to the category of *CHOROBA* and assessing the use of selected names in five syntactic patterns with verbs related to illness/disease. Respondents could add their comments to both tasks. The research material includes responses from 205 respondents and 72 comments. The data were analysed quantitatively and qualitatively. The results confirm the existence of a prototypical conception of *CHOROBA*, which in many respects coincides with Wright's model (e.g. in terms of such features as 'distinct onset of illness', 'noticeable symptoms', 'possibility of diagnosis and treatment' and 'external cause'). Respondents emphasise the social aspect of illness/disease, its impact on daily functioning and its consequences as to the ability to work more strongly than Wright. They also draw attention to the issue of individual responsibility for the condition (in cases of obesity and alcoholism). The results confirm the fuzzy boundaries of the category of *CHOROBA* and its overlap with neighbouring categories such as *DISABILITY*, *NEURODIVERSITY*, *INDIVIDUAL CHARACTERISTICS* and *PHYSIOLOGICAL PHENOMENA*.

Keywords: cognitive semantics; prototype; scenario; illness/disease; categorisation

1. Podstawowe założenia, cel i zakres analizy

Kategoryzacja jest jednym z podstawowych procesów poznawczych człowieka, a także fundamentalną częścią jego działalności językowej. Całościowy proces kategoryzowania świata poza etapem percepcyjnym i myślowym obejmuje jeszcze etap „językowej nominacji, który poprzez etykiety słowne stabilizuje percepcję i myślenie” (Tokarski 2013: 109). Jak zaznacza John Taylor (2001: 19–20), językoznawstwo, badając wyrazy czy też większe konstrukcje składniowe, bada jednocześnie to, co te jednostki reprezentują, czyli obiekty, zjawiska i właściwości świata, wyróżnione pojęciowo przez kategorie zakodowane w języku.

W artykule prezentujemy wyniki ankiety dotyczącej jednej z takich kategorii, wyróżnionej i funkcjonującej we współczesnej polszczyźnie jako *CHOROBA*¹. Podstawowe zadanie w ankiecie sformułowaliśmy na wzór eksperymentów psychologicznych Eleonor Rosch (1975). Uzyskane dane opracowujemy ilościowo i jakościowo, a interpretację wyników osadzamy metodologicznie w paradygmacie semantyki kognitywnej, a konkretnie w teorii kategoryzacji przez prototyp (Rosch 1975, Taylor 2001, Kövesces 2011, Kleiber 2003)².

To eksploracyjne badanie jest jednym z etapów szerszej refleksji nad ujętowieniem zjawiska choroby we współczesnej polszczyźnie ogólnej³. W prezentowanym artykule skupiamy się na tym, co z przeprowadzonej ankiety możemy wywnioskować na temat zakresu i wewnętrznej organizacji wycinka świata nazywanego po polsku *chorobą*.

¹ Kapitalikami oznaczamy pojęcia (kursywą – polskie kategorie pojęciowe, np. *CHOROBA* i *ZDROWIE*, odmianą prostą – pojęcia z innych języków, np. *DISEASE*, *HEALTH*, zgodnie z zasadami przyjętymi w czasopiśmie). Konkretnie wyrażenia językowe, realizujące daną kategorię pojęciową, zapisujemy małymi literami i kursywą (np. *choroba*, *chory*, *zdrowy*).

² Analizę prowadzimy z perspektywy synchronicznej. Ujęcia diachroniczne dotyczące opisów leksykograficznych i konceptualizacji *CHOROBY* w polszczyźnie (m.in. Stec 2007) traktujemy raczej jako tło dla refleksji nad współczesną polszczyzną. Kontekstem opisu są dla nas prace z kręgu etnolingwistyki, dotyczące m.in. konceptualizacji *ZDROWIA* i *CHOROBY* oraz ich wartościowania (por. Niebrzegowska-Bartmińska 2006; Marczevska 2014, 2018; Szadura 2021, 2025).

³ Opis ramy interpretacyjnej *CHOROBY* we współczesnej polszczyźnie, zrekonstruowanej z perspektywy podmiotu doświadczającego prezentujemy w osobnej publikacji (Chojnacka-Kuraś, Czerkas 2026a). Równolegle pracujemy nad analizą wywiadów, w których badani mówią m.in. o tym, jak sytuują pojęcie *CHOROBA* wobec takich zjawisk jak niepełnosprawność, urazy czy zjawiska fizjologiczne (Chojnacka-Kuraś, Czerkas 2026b). Prace te są efektem projektu „Choroba w ujęciu semantyki ramowej”, realizowanego na Uniwersytecie Warszawskim w 2022 r. w ramach programu IDUB.

2. Podstawy metodologiczne: kategoryzacja przez prototyp

Koncepcja kategoryzacji przez prototyp powstała w latach 70. XX w. w okresie zwrotu kognitywnego w lingwistyce. Podstaw empirycznych dostarczyły jej badania psychologiczne (m.in. Rosch 1975) ukazujące ludzkie procesy poznawcze, w tym potoczny sposób myślenia o kategoriach w świecie. Kategoryzację prototypową przedstawia się w literaturze (Taylor 2001; Kleiber 2003) jako odmienną wobec klasycznego (arystotelesowskiego) podejścia do opisu kategorii w postaci zestawu warunków koniecznych i wystarczających (WKW)⁴. Punktem pośrednim między tymi ujęciami była Wittgensteinowska koncepcja podobieństwa rodzinnego, która zakłada, że elementy tworzące kategorię są ze sobą powiązane, ale nie muszą mieć jednej wspólnej właściwości definiującej tę kategorię.

Podejście prototypowe podważa przede wszystkim te tradycyjne założenia, że elementy zaliczane do danej kategorii posiadają te same cechy i mają jednakowy status w jej obrębie, a granice kategorii są ostre i zamknięte. W to miejsce przyjmuje się, że prototyp wyznacza strukturę danej kategorii: elementy należą do niej w różnym stopniu, zależnie od podobieństwa do prototypowego centrum, a jej granice mają strefy przejściowe na styku z sąsiednimi kategoriami.

Termin *prototyp* początkowo rozumiany był jako najlepszy, powszechnie kojarzony egzemplarz danej kategorii. Wraz z rozwojem koncepcji stał się on „obiektem mentalnym, schematem, obrazem poznawczym, łączonym z wyrazem, względem którego dokonuje się kategoryzacja” (Kleiber 2003: 59). Tak określony *prototyp-pojęcie* nie musi mieć konkretnego odpowiednika w rzeczywistości, jest konstruktem pojęciowym, względem którego organizuje się dana kategoria. W odniesieniu do kategorii *CHOROBA* termin *prototyp* rozumiemy jako pojęcie (wyobrażenie), któremu można (ale nie trzeba) przyporządkować w rzeczywistości egzemplarz lub grupę egzemplarzy (nazwy konkretnych dolegliwości). Zoltan Kövecses (2011: 53) zaznacza wręcz, że współcześnie w badaniach językoznawczych prototypy są raczej konstrukcjami zależnymi od kontekstu i sytuacji komunikacyjnej niż trwałymi punktami odniesienia.

George Kleiber (2003) przedstawił wnikliwą analizę powstania i rozwoju semantyki prototypu, z naciskiem na porównanie jej wersji podstawowej

⁴ Zwykle klasyczne i prototypowe podejścia do kategoryzacji są sobie przeciwstawiane. Anna Wierzbicka zaznacza jednak, że w badaniach semantycznych potrzebujemy raczej syntezy obu tych tradycji: w analizie semantycznej „jest miejsce dla prototypów, ale jest również i dla inwariantów – jedno nie wyklucza drugiego” (Wierzbicka 1999: 27).

i rozszerzonej, osłabiającej centralną pozycję prototypu i sprowadzającej go do rangi „efektów prototypowych”⁵. W dalszej analizie odwołujemy się do wersji standardowej semantyki prototypu, która bardziej odpowiada naszym celom badawczym. Nie zajmujemy się polisemią rzeczownika *choroba* (i jednostek powiązanych słowotwórczo) i porządkowaniem kierunków jego rozszerzeń semantycznych. Dostrzegamy to zjawisko, jednak w tym badaniu skupiamy się na podstawowym znaczeniu słowa *choroba*, które dotyczy kondycji organizmu człowieka, przejawiającego się w jego codziennym funkcjonowaniu i samopoczuciu. Zakładamy też, że wszystkie elementy włączane do kategorii *CHOROBA* mają ze sobą coś wspólnego mimo różnic szczegółowych, które pozycjonują elementy w obrębie kategorii, na zasadzie podobieństwa do wyobrażenia typowej choroby.

3. Propozycja uporządkowania kategorii *DISEASE*

Istotnym punktem odniesienia jest dla nas opis kategorii *DISEASE* zaproponowany przez Gary’ego Wrighta (2007), amerykańskiego lekarza, który podjął się krytycznej analizy założeń współczesnej opieki zdrowotnej oraz pojęć *HEALTH* i *DISEASE*⁶. Jego propozycja wyrasta z doświadczenia medycznego i z namysłu filozoficznego, ale są w niej także elementy refleksji lingwistycznej, w tym odniesienia do kognitywnych koncepcji kategoryzacji. Autor określa *DISEASE* jako kategorię radialną, o strukturze centrowo-peryferyjnej. W jej centrum znajdują się stany i doświadczenia najlepiej realizujące wyobrażenie *DISEASE*⁷. Te wzorcowe elementy rozszerzają się poprzez podo-

⁵ Semantykę prototypu w wersji rozszerzonej zastosowała Katarzyna Prażmowska-Bartoszek (2016) w analizie wyrażań z pola semantycznego niepełnosprawności fizycznej, obszaru bliskiego kategorii *CHOROBA*.

⁶ Wright prowadzi rozważania na gruncie języka angielskiego, w którym rozróżnia się leksemy *illness* i *disease*. Słowo *illness* oznacza złe samopoczucie, subiektywne odczucie bycia chorym (w polskich pracach z zakresu socjologii medycyny ta perspektywa wyrażana jest jako *poczucie dyskomfortu* – por. Sokołowska 1986). Z kolei słowo *disease* odnosi się do choroby jako jednostki chorobowej, obiektywnego faktu medycznego (w pracach socjologicznych w tym znaczeniu używa się rzeczownika *choroba*). Jesteśmy świadome, że decydując się na pojęcie *DISEASE*, Wright rozpatruje chorobę jako zmianę patologiczną organizmu, będącą tradycyjnym przedmiotem zainteresowania i działania medycyny. W naszych badaniach (w ankiecie i w wywiadach) posługujemy się rzeczownikiem *choroba* i nie precyzujemy, o jaki sens nam chodzi. Zebrany materiał pokazuje, że potoczne wyobrażenie o *CHOROBI* jest konfiguracją kilku perspektyw: biomedycznej, doświadczeniowej i społeczno-systemowej (por. także Chojnacka-Kuraś, Czerkas 2026b).

⁷ Podstawą opisu są dla Wrighta wyobrażenia o chorobach charakterystyczne dla kultury anglo-amerykańskiej i dla medycyny zachodniej. Przywołujemy tę koncepcję, choć nie podchodzimy do niej bezkrytycznie. Sam autor zaznacza, że jego opis ma charakter teoretyczny

bieństwo, analogię lub metaforę na elementy dalsze, które z centrum mają wspólne tylko niektóre cechy (Wright 2007: 56).

U podstaw wyobrażenia centralnej subkategorii *DISEASE* znajduje się trzynaście cech:

- (1) Istnieje stan przedchorobowy (zdrowie jako punkt wyjścia).
- (2) Choroba ma ostry początek i wyraźny koniec (rezultat): całkowite wyzdrowienie albo śmierć.
- (3) Istnieje podstawowa przyczyna wywołująca chorobę.
- (4) Przyczyna choroby jest fizyczna, nie psychiczna.
- (5) Przyczyna pochodzi z zewnątrz organizmu (np. wirus, bakteria, także gwałtowne zdarzenie).
- (6) Przyczyna szkodzi przede wszystkim ciału (skutki psychospołeczne są mniej istotne).
- (7) Osoba chora czuje się źle, co przejawia się w jej wyglądzie (i jest dostrzegalne także przez otoczenie).
- (8) Objawy (oznaki) choroby widoczne są w ciele (w parametrach fizycznych organizmu).
- (9) Podmiotem⁸ choroby jest człowiek (nie zwierzę, roślina czy komórka).
- (10) Choroba ma nazwę (możliwa jest diagnoza).
- (11) Możliwe są komplikacje (powikłania), które utrudniają przebieg choroby.
- (12) Osoba nie chce być chora, jest nastawiona na wyleczenie i podejmuje działania mające doprowadzić do przywrócenia stanu zdrowia.
- (13) Model pojęciowy organizujący wyobrażenie o chorobie to: Disease is Being Under Attack (na podstawie Wright 2007: 58–59).

Cechy te tworzą prototypowy scenariusz choroby, który obejmuje następujące etapy: zdrowie → działanie czynnika zewnętrznego na organizm → pojawienie się objawów (odczuwanych przez podmiot, wyraźnych i widocznych) → rozpoznanie choroby i leczenie → usunięcie choroby i powrót do zdrowia. Taki przebieg mają choroby zakaźne, wśród których Wright wymienia: „zapalenie płuc”, „przeziębienie”, „zapalenie pęcherza moczowego”.

Choroby, które mają inne właściwości (w tym inny przebieg), sytuują się w różnych odległościach od centrum tej kategorii. Blisko, ale poza centrum

i wstępny i wymaga dalszych badań empirycznych, uwzględniających zarówno perspektywę laików, jak i profesjonalistów medycznych (Wright 2007: 57–58). Nasza ankieta jest krokiem w stronę rozpoznania tego, jak kategorię *CHOROBA* konstruują współcześnie przedstawiciele polskiej wspólnoty językowej.

⁸ Wright używa w tym punkcie pojęcia *victim* ('ofiara'). Naszym zdaniem jest ono zbyt nacechowane i osadzone w modelu metaforycznym choroby jako starcia siłowego. Zdecydowaliśmy się nazywać osobę doświadczającą choroby neutralnym określeniem *podmiot* – piszemy zatem o *podmiocie doświadczającym choroby*, *podmiocie chorującym* itd. (por. Chojnacka-Kuraś, Czerkas 2026a).

Wright umieszcza subkategorię obejmującą: „zawał serca”, „udar”, „zapalenie wyrostka robaczkowego”, „fizyczne urazy” i „raka”. Dalej lokalizuje „choroby przewlekłe”, „choroby psychiczne” i „demencje”, jeszcze dalej jest subkategoria „chorób genetycznych” i „trudności w uczeniu się”, wreszcie „uzależnienia”, „zaburzenia osobowości” i „nosicielstwo mutacji” umieszcza na samych obrzeżach kategorii⁹.

4. Granice i struktura kategorii *CHOROBA* na podstawie danych ankietowych

4.1. Opis badania i charakterystyka respondentów

Ankiety przeprowadziliśmy za pomocą formularza Google, który rozsyłałyśmy w czerwcu i lipcu 2022 r. drogą elektroniczną z prośbą o przekazywanie linku kolejnym osobom (efektem metody kuli śnieżnej jest przypadkowość doboru próby). Zebraliśmy łącznie 205 odpowiedzi. 77% badanych stanowiły kobiety, 23% mężczyźni. Połowa respondentów była w wieku 19–26 lat, kolejne 25% w wieku 27–36, 14% w wieku 37–50, osoby powyżej 51 lat stanowiły 11%. W grupie tej przeważały osoby z wykształceniem wyższym (56%) i wyższym niepełnym – w trakcie studiów (35%), 9% miało wykształcenie średnie. 95% badanych zaznaczyło, że nie ma wykształcenia medycznego i nie studiuje na uczelni medycznej (respondenci w zdecydowanej większości reprezentują niespecjalistyczne, laickie podejście do zjawiska choroby)¹⁰.

Badanie składało się z dwóch zadań. Zadanie (1) miało takie polecenie:

Określ, w jakim stopniu wymienione nazwy zjawisk dotyczących funkcjonowania ciała i psychiki mogą być nazwane *chorobą* i użyte w zdaniu *X to choroba* (np. *Przeziębienie to choroba*). Czy i w jakim stopniu akceptujesz takie zdania, jeśli 1 = „zdanie jest błędne, X to nie jest choroba”, 5 = „zdanie jest w pełni poprawne, X to choroba”, a 2, 3 i 4 to różne stopnie na skali poprawności tych zdań.

W treści zadania użyliśmy schematu zdaniowego *X to choroba*, aby wydobyc językowy charakter badania i odwołać się do wycucia poprawności/

⁹ Propozycję Wrighta zastosowali autorzy interdyscyplinarnego studium na temat potocznego i medialnego obrazu reumatyzmu i łuszczycy jako chorób przewlekłych niezakaźnych (Libura i in. 2015). Nie podejmują oni jednak dyskusji z modelem amerykańskiego badacza.

¹⁰ Struktura próby badawczej pozwala widzieć w zebranych głosach przede wszystkim wycinek dyskursu osób młodych i wykształconych, w większości kobiet. Udział osób, które z powodu wieku zwykle najczęściej doświadczają różnorodnych chorób (powyżej 51 lat), jest niewielki. Czynniki wieku, wykształcenia i płci wpływają na sposób mówienia o określonych zjawiskach (jak choćby depresja czy anoreksja). Tym bardziej chcemy podkreślić, że omawiane badanie ma charakter rozpoznawczy i jest w większym stopniu pretekstem do postawienia dalszych pytań badawczych niż źródłem jednoznacznych rozstrzygnięć.

naturalności zdań zawierających daną nazwę w kontekście przynależności do kategorii *CHOROBA*. W miejscu X występowało 19 różnych wyrażen: *przeziębienie, menopauza, grypa, ciąża, rak, depresja, stres, autyzm, bezsenność, anoreksja, alkoholizm, niedosłuch, wada wzroku, niedowład ręki, otyłość, alergia, skaleczenie, dysleksja, wypalenie zawodowe*. Przyjęcie w badaniu założeń teorii Rosch oznacza, że z góry zakładamy skalarność przynależności elementów (nazw) do badanej kategorii. Uzupełnieniem tego polecenia było miejsce na komentarz, w którym badani mogli wyrazić wątpliwości i uargumentować swoje decyzje. Zebraliśmy 47 takich wypowiedzi.

Zadanie (2) polegało na tym, aby badani ocenili użycie 8 nazw zjawisk: *zapalenie wątroby, cukrzyca, rak, depresja, alkoholizm, otyłość, dysleksja, autyzm*, występujących w pozycji *X* w pięciu schematach składniowych: *ktoś ma X, ktoś jest chory na X, ktoś choruje na X, ktoś zachorował na X, ktoś rozchorował się na X*, i zaznaczyli te schematy, które w ich odczuciu pasują najlepiej do danej nazwy. Do wyboru była także odpowiedź „żaden schemat nie pasuje”. Respondenci mogli wpisać komentarz pod zadaniem i zaproponować inny sposób mówienia o danym zjawisku. W tym punkcie zebraliśmy 25 wypowiedzi.

4.2. Ocena stopnia przynależności różnych nazw do kategorii

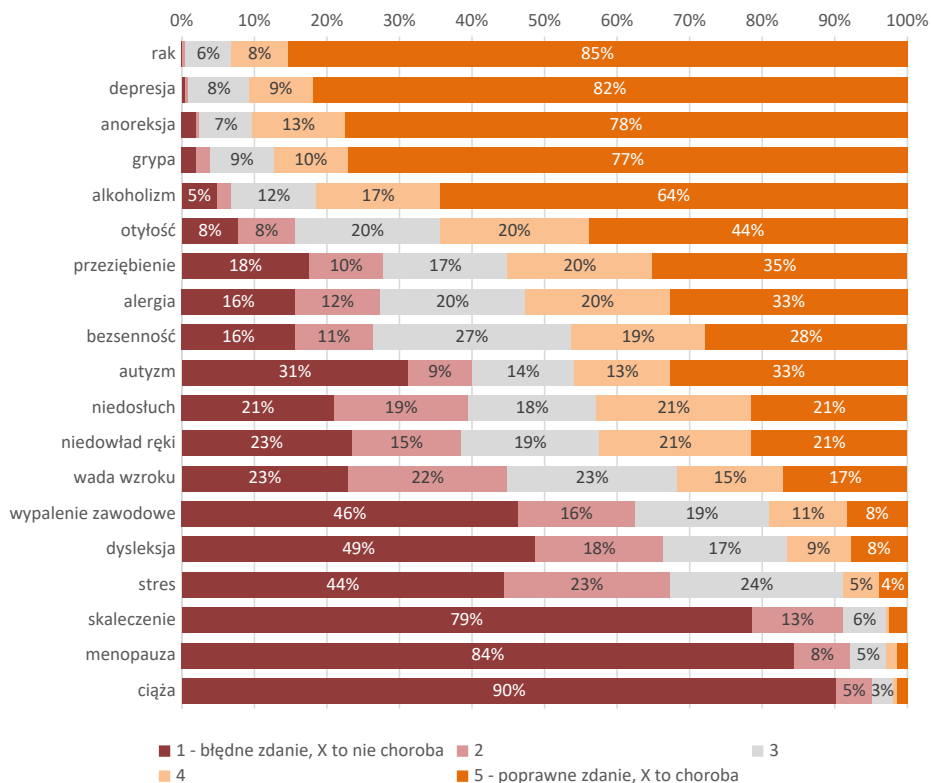
CHOROBA

Odpowiedzi w zadaniu (1) poddałyśmy analizie statystycznej przy użyciu pakietu IBM SPSS Statistics 26. Z jego pomocą wykonałyśmy analizę częstości i obliczyłyśmy średnie arytmetyczne z ocen, aby uszeregować wyniki od nazw uznanych w najwyższym stopniu za chorobę do tych uznanych za chorobę w stopniu najniższym.

Analiza wykazała, że najwięcej ocen wskazujących na maksymalną przynależność do omawianej kategorii uzyskały nazwy *rak* (85%), *depresja* (82%), *anoreksja* (78%), *grypa* (77%) i *alkoholizm* (64%). Z kolei najwięcej ocen wskazujących na zdecydowany brak przynależności do badanej kategorii dotyczyło nazw *ciąża, menopauza* i *skaleczenie* (odpowiednio 90%, 84% i 79% takich ocen). W przypadku pozostałych nazw odpowiedzi były bardziej zróżnicowane. Szczegółowe wyniki i rozkład odpowiedzi przedstawia wykres 1.

Uwzględnione w ankiecie nazwy częściowo pokrywają się z typami zjawisk, o których pisał Wright (2007). W zestawieniu z jego opracowaniem w powyższym rankingu widać różnice m.in. w wysokiej pozycji *depresji* i *anoreksji* jako nazw chorób psychicznych, niższej pozycji *grypy* i *przeziębienia* (chorób częstych zakaźnych) niż *raka* i bardzo niskiej (peryferyjnej)

Wykres 1. Rozkłady odpowiedzi określające stopień przynależności do kategorii *CHOROBA* (od największego do najmniejszego stopnia zbieżności). Dla czytelności wykresu nie oznaczono wartości poniżej 3%.



pozycji *skaleczenia* jako nazwy zjawiska z zakresu urazów fizycznych. Badani wykluczyli z kategorii *CHOROBA* *ciężę* i *menopauzę*, pośrednią (ale nie peryferyjną) pozycję przypisali *autyzmowi* (blisko *niedosłuchu*, *wady wzroku* i *niedowład ręki*), blisko granicy kategorii ułokowali *dysleksję* (podobnie jak „trudności w uczeniu się” u Wrighta), *wypalenie zawodowe* i *stres*.

4.3. Ocena użycia różnych nazw w schematach składniowych

W zadaniu (2) badani zaznaczali średnio 2 schematy składniowe do danej nazwy. Nazwy, do których według ankietowanych pasuje najwięcej schematów, to: *rak* (średnio 2,9 zdania), *cukrzyca* (2,8), *depresja* (2,5) oraz *zapalenie wątroby* (2,4). Nazwy *alkoholizm* oraz *otyłość* uzyskały największą liczbę odpowiedzi „żaden schemat nie pasuje” – typowe schematy dla choroby do tych zjawisk nie pasują. Nazwy *dysleksja* i *autyzm* uzyskały bardzo wysoką koncentrację odpowiedzi *ktoś ma X* (odpowiednio 83% i 64%

wszystkich schematów przydzielonych do tych nazw). Poniższa matryca pokazuje udział liczby wskazań danego schematu składniowego w ogólnej liczbie ankietowanych, czyli odpowiada na pytanie: jaki procent wszystkich ankietowanych uważa, że dany schemat składniowy pasuje do danej nazwy.

Tabela 1. Udział przydzielonych schematów zdań (pionowo) w łącznej liczbie ankietowanych (poziomo)

	zapalenie wątroby	cukrzyca	rak	depresja	alkoholizm	otyłość	dysleksja	autyzm	razem
ktos ma	92%	82%	86%	91%	25%	46%	92%	87%	75%
ktos jest chory na	42%	71%	71%	53%	22%	21%	5%	20%	38%
ktos choruje na	53%	78%	68%	67%	43%	36%	7%	19%	46%
ktos zachorował na	45%	43%	57%	37%	6%	6%	0%	2%	25%
ktos rozchorował się na	10%	3%	4%	3%	1%	2%	0%	1%	3%
żaden schemat nie pasuje	1%	0%	0%	0%	37%	25%	7%	7%	10%
liczba ankietowanych	227								1816

Najczęściej wskazywanym schematem składniowym było *ktos ma X* (średnio w 75% przypadków) oraz *ktos choruje na X* (średnio 46%). Można wnioskować, że te dwa schematy mają najszerszy zakres użycia, są najbardziej ogólne. Najrzadziej wskazywanym schematem było *ktos rozchorował się na X* (średnio 3%). Można to uzasadnić tym, że czasownik *rozchorować się* (za sprawą prefiksu *roz-*) ma szczegółowe znaczenie, wskazujące na wyraźny początek i narastanie stanu, które jest typowe dla wyobrażenia częstych chorób zakaźnych (badani dopasowali ten schemat do zapalenia wątroby), ale nie pasuje do większości badanych nazw, odnoszących się do innego typu chorób.

4.4. Cechy prototypowe choroby i zjawiska peryferyjne na podstawie komentarzy ankietowanych

Komentarze respondentów do obu zadań traktujemy jako jeden zbiór tekstów. Napisanie komentarza nie było obowiązkowe, więc ich liczba jest mniejsza, a grupa autorów mniej zróżnicowana niż w przypadku części ilościowej¹¹. Wyróżnione przez nas cechy semantyczne podzieliłyśmy według tego, czy dotyczą zjawisk uznawanych za choroby (tabela 2), zjawisk wątpliwych (tabela 3), czy oddzielanych od kategorii *CHOROBA* (tabela 4). Lewa

¹¹ W opracowaniu wypowiedzi inspirowujemy się metodą analizy pola semantycznego w ujęciu Régine Robin (por. Robin 1980). Obserwujemy, jak w zebranych tekstach kształtują się sieci znaczeń (ekwiwalenty, określenia, asocjacje, opozycje i działania) dla słowa kluczowego *choroba*. W analizie chcemy jednak wyjść poza warstwę leksykalną oraz syntaktyczną i potraktować wymienione przez Robin siatki znaczeń bardziej jako grupy cech semantycznych, które respondenci przypisywali zjawiskom wymienionym w ankiecie.

kolumna każdej tabeli zawiera cechy semantyczne zapisane prostą czcionką, a prawa – ilustrujące te cechy przykłady wyrażen lub wypowiedzi z ankiety. Poszczególne cytaty oddzielamy średnikami, dopowiedzenia niezbędne dla zrozumienia kontekstu umieszczamy w nawiasach kwadratowych.

4.4.1. Cechy semantyczne zjawisk uznawanych za choroby

W tabeli 2 zebraliśmy cechy przypisywane pojęciowemu centrum kategorii *CHOROBA*.

W powstałym zbiorze cech tworzących wyobrażenie *CHOROBY* widać wyraźnie negatywne nacechowanie i rozumienie choroby jako zaburzenia funkcjonowania organizmu, odbiegającego od fizjologicznej normy. Autorzy komentarzy zwracają jednak uwagę na więcej aspektów stanu chorobowego. Z ich wypowiedzi wyłaniają się trzy perspektywy oglądu choroby: biomedyczna, psychologiczna i społeczna (por. Domaradzki 2014).

Respondenci odwołują się do sfery medycznej, kiedy traktują możliwość i potrzebę diagnozy i leczenia jako niezbędne elementy choroby. Ślady tej perspektywy możemy zobaczyć także w wypowiedziach zawierających słownictwo medyczne, takie jak *wirusy*, *system odpornościowy*, *stan patologiczny*. Badani odwołują się też do swoich prywatnych przeżyć oraz przemyśleń, zwracają uwagę na doświadczenia osoby chorej, na dolegliwości, złe samopoczucie, cierpienie, ujmując chorobę z perspektywy psychologicznej. Najsilniej uwidacznia się społeczny aspekt chorowania: uczestnicy badania oceniają poszczególne zjawiska najczęściej z pozycji obserwatora, członka społeczeństwa, które w jakiś sposób reaguje (lub nie) na dany stan. Respondentom łatwiej jest uznać coś za chorobę, gdy uniemożliwia to codzienne funkcjonowanie, w tym np. wykonywanie zawodu¹². Powiązanie pójścia na zwolnienie z chorowaniem jest na tyle silne, że niemożność pracy dla niektórych uczestników badania staje się warunkiem zaliczenia danego zjawiska do kategorii *CHOROBA* (np. ciąży i niedosłuchu).

Zdaniem respondentów typowa choroba charakteryzuje się także wyraźną przyczyną, często związaną z ciałem i niezależną od osoby chorej. Jeśli dane zjawisko wywołują bakterie lub wirusy, jest to najprawdopodobniej choroba. Jednak w przypadku otyłości i alkoholizmu, które niektórzy uczestnicy badania uznają za „zbyt związane ze stylem życia”, żeby traktować je jak choroby, pojawia się kwestia odpowiedzialności (może nawet winy), którą społeczeństwo nakłada na osoby doświadczające tych stanów.

¹² W literaturze socjologicznej taką postawę łączy się ze społecznym kształtowaniem roli chorego, która zwalnia osobę chorą na pewien czas z obowiązków i jednocześnie nakłada na nią obowiązek leczenia (Parsons 2009).

Tabela 2. Cechy semantyczne zjawisk uznawanych za choroby z przykładami z komentarzy

Cechy semantyczne zjawisk uznawanych za choroby	Przykłady komentarzy
możliwa diagnoza	<i>otyłość trudno zdiagnozować [więc to nie choroba]</i>
możliwe i konieczne leczenie	<i>Choroba głównie kojarzy się z czymś, co można wyleczyć (np. grypa, depresja); taki stan można leczyć, zarówno psychiatrycznie jak i farmakologicznie; uleczalna</i>
poza fizjologią, normą	<i>stany fizjologiczne np. ciąża, menopauza nie są chorobą; choroba odnosi się do stanu zdrowia psychicznego lub fizycznego, odbiegającego od normy w stronę patologiczną; każdy stan patologiczny, zarówno fizycznie, jak i psychicznie można nazwać chorobą</i>
nie zależy od podmiotu	<i>skutek zaburzeń pracy jelit; zespół objawów wywołanych przez wirusy, bakterie albo czynniki psychiczne; zbyt związana ze stylem życia, żebym powiedział o niej wprost jako o chorobie</i>
trwa przez jakiś czas	<i>Dla przykładu trafności „5” używałem zawężonego znaczenia choroby z cechami: krótkotrwała, uleczalna i atakująca system odpornościowy; chroniczny stres już bym nazwała chorobą; nie stan chwilowy; nie do końca życia</i>
nie jest wrodzona	<i>Nie uważam, by wrodzone niepełnosprawności można było nazwać chorobą</i>
dotyczy ciała	<i>anoreksja kojarzy mi się z chorobą być może ze względu na obciążone skórą szkielety, które pokazywano mi w szkole; atakująca system odpornościowy; gdyby przyczyny tego stanu były niezależne od pogrążonego w depresji, łatwiej byłoby mi to traktować jako powszechnie rozumianą chorobę, czyli dysfunkcję ciała</i>
negatywnie nacechowana	<i>stan patologiczny; złe funkcjonowanie czegoś; zaburzenie psychiczne jest bardziej poprawne politycznie od choroby psychicznej; Albo menopauza – to naturalny etap w biologii kobiety, nazywanie jej chorobą umieszczałoby ją w perspektywie czegoś negatywnego, odstającego od normy, co trzeba wyleczyć, wyeliminować; nie powinno się mówić: jesteś chory na otyłość – językowo wyraża się takim zdaniem dość negatywną ocenę stanu danej osoby</i>
jest oceniana społecznie jako choroba	<i>w społeczeństwie otyłość nie jest w większości uznawana za chorobę; mówimy „chory na grypę”, „choruję, przeziębiam się”; promuje się określenie – depresja to choroba, autyzm to choroba; w celu pomocy danej osobie</i>
uniemożliwia funkcjonowanie w społeczeństwie	<i>[o ciąży] jeżeli spowoduje u kogoś bardzo silne dolegliwości, które sprawią, że ktoś np. będzie musiał iść od pierwszych tygodni na zwolnienie, będzie się źle czuł, to to już choroba; Niedosłuch w moim muzycznym zawodzie to byłaby okropna choroba</i>
powoduje złe samopoczucie, cierpienie	<i>będzie źle się czuł; cierpi z powodu, ktoś cierpi na depresję</i>

Niektórzy respondenci nie uznają za choroby stanów, z którymi człowiek się rodzi. Cecha ta wiąże się nie tylko z kwestią przyczyny, lecz także z parametrem czasu. Z analizowanych wypowiedzi wynika, że typowa

choroba trwa przez jakiś okres – trudno jednak określić dokładnie jaki. Jeśli stan obejmuje całe życie jednostki, uczestnicy badania nie traktują go jako choroby. Podobnie dzieje się, gdy czegoś nie da się w pełni wyleczyć lub gdy trwa zbyt krótko (*stan chwilowy*). Niektórzy respondenci wskazują na to, że typowy stan chorobowy nie powinien też za długo przeciągać się w czasie. Inni zwracają uwagę na to, że jeśli jakieś zjawisko, które samo w sobie nie jest chorobą, trwa nieustannie przez dłuższy okres, może przerodzić się w chorobę (*chroniczny stres; przewlekła bezsenność*).

W kontekście rozważań nad kategorią prototypową *CHOROBA* warto porównać wyniki ankiety z omówioną wcześniej propozycją scenariusza typowej *DISEASE* według Wrighta (2007). Część cech semantycznych dotyczących choroby pokrywa się z tym scenariuszem. Respondenci zwracają uwagę na to, że aby uznać coś za chorobę, potrzeba, by dane zjawisko miało wyraźny początek, którym nie może być moment urodzenia, oraz koniec (por. punkty 1–2 scenariusza *DISEASE*). Jako koniec typowej choroby Wright wymienia także śmierć – element, który nie pojawił się w analizowanych komentarzach. Za to niektórzy ankietowani wskazywali uleczałość (i wyzdrowienie) jako ważną cechę stanu chorobowego.

Dużo uwagi (por. punkty 3–6) Wright poświęcił przyczynie choroby. Ten aspekt wydaje się istotny również dla uczestników naszej ankiety. Częściowo wskazują oni na podobne cechy – wspominają o zewnętrznych przyczynach (bakteriach i wirusach). Niektórzy wiążą chorobę głównie z ciałem i zwracają uwagę na fizyczne, widoczne objawy dolegliwości (por. punkty 7–8 scenariusza). Model typowej *DISEASE* pomniejsza skutki psychospołeczne tego stanu, tymczasem w zebranych przez nas tekstach wpływ wybranych zjawisk na funkcjonowanie w społeczeństwie jest wyraźnie obecny. Inne cechy przywoływane zarówno przez Wrighta, jak i przez naszych respondentów to złe samopoczucie (por. punkt 7 scenariusza) oraz możliwość diagnozy i wyleczenia (por. punkty 10 i 12). Rozumienie choroby jako stanu dotyczącego człowieka (por. punkt 9) jest z kolei podstawowym założeniem naszych badań i tylko takiej sytuacji dotyczyła ankiet.

Uczestnicy sondy nie wspominają o związanych z chorobami powikłaniach (por. punkt 11 scenariusza), ale – w przeciwieństwie do Wrighta – podkreślają i rozpatrują na kilku poziomach negatywne wartościowanie stanów chorobowych, uwarunkowane w dużym stopniu czynnikami kulturowymi. Wskazują nie tylko na to, że choroba to stan odbiegający od normy, a więc niechciany i trudny, lecz także na problem społecznej stygmatyzacji osób doświadczających choroby. Według respondentów w niektórych przypadkach nazwanie kogoś *chorym* od razu niesie za sobą negatywną ocenę (*nie powinno się mówić: jesteś chory na otyłość – językowo wyraża się takim*

zdaniem dość negatywną ocenę stanu danej osoby). Dotyczy to zwłaszcza chorób psychicznych, które ich zdaniem lepiej nazywać *zaburzeniami*. Z tym samym aspektem wiąże się niezgoda badanych na nazywanie autyzmu *chorobą*: zaznaczają oni w komentarzach, że nie powinno się mówić *autyzm*, a *zaburzenia ze spektrum autyzmu*. Dostrzec można też odwrotną funkcję wyrazu *choroba*. Niektórzy respondenci zauważają, że *promuje się określenie – depresja to choroba* oraz przywołują wyrażenie *choroba alkoholowa*, w którym nazwanie stanu *chorobą* zdejmuje z doświadczających go ludzi część ciężaru odpowiedzialności za jego powstanie i wskazuje na potrzebę specjalistycznej pomocy i leczenia.

4.4.2. Zjawiska wątpliwe i źródła trudności kategoryzacyjnych

Uczestnicy badania sygnalizowali szereg trudności z kategoryzacją niektórych zjawisk.

Badani dostrzegają, że pewne stany wiążą się z działaniem organizmu, utrudniają funkcjonowanie w społeczeństwie, są niepożądane przez ludzi i można je łagodzić (np. lekami), ale mimo to nie pasują do kategorii *CHOROBA*. Jednym z takich wątpliwych zjawisk jest niepełnosprawność. Niektórzy respondenci wyraźnie oddzielają ją od choroby, inni wyodrębniają niepełnosprawność wrodzoną, a jeszcze inni zwracają uwagę na przyczynę tego stanu (np. kiedy niepełnosprawność wynika z choroby). W takiej sytuacji rozdzielenie tych dwóch kategorii staje się mniej oczywiste. Uczestnicy badania przyznają, że nie nazwaliby poszczególnych stanów *chorobą*, ale są one z nią ściśle związane, są częścią jednej ramy: przyczynami lub skutkami (innych) chorób.

W wypowiedziach znajdziemy też sygnały rozdźwięku między tym, jak poszczególne stany oceniają sami respondenci, społeczeństwo oraz osoby doświadczające tych stanów. Ankietowani przyznają, że zdają sobie sprawę z kategoryzacji (medycznej) danego zjawiska jako choroby (i że mówi się np. *chorować na otyłość* czy na *depresję*), ale budzi to w nich jakiś opór. Z drugiej strony chociaż ciąża i menopauza zwykle są oddzielane od kategorii *CHOROBA*, niektórzy zauważyli, że samopoczucie towarzyszące tym zjawiskom może być dla osoby doświadczającej bardzo uciążliwe.

Badani zaznaczają, że pewne zjawiska uznają za chorobę lub nie w zależności od realizacji takich czynników, jak: przyczyna (powiązanie stanu ze stylem życia nasila wątpliwości), wpływ stanu na codzienne funkcjonowanie, czas trwania oraz intensywność stanu. Z niektórych wypowiedzi wynika, że stres lub bezsenność mogą być postrzegane jako choroby, jeśli przeciągają się w czasie i coraz silniej oddziałują na podmiot. Poszczególni badani oddzielają dysfunkcje organizmu wynikające z chorób od tych, które występują

od urodzenia lub pojawiają się na skutek starzenia się organizmu (np. wada wzroku, niedosłuch czy niedowład ręki) – te pierwsze są bliższe kategorii *CHOROBA*.

Tabela 3. Zjawiska wątpliwe i przypisywane im cechy semantyczne z przykładami komentarzy

Zjawiska wątpliwe i przypisywane im cechy semantyczne	Przykłady komentarzy
niepełnosprawność	<i>dynamika między niepełnosprawnością a chorobą jest bardzo problematyczna</i>
zjawiska związane z chorobą (towarzyszące chorobie)	<i>zjawiska (...), które uznają za „część większej całości”, wypalenie zawodowe wg mnie może być związane z jakąś chorobą np. z depresją, ale samo nie jest chorobą</i>
	przyczyna choroby: <i>bardziej przyczyny choroby albo jej skutki, aniżeli choroba sama w sobie; nie są chorobą same w sobie, ale mogą do niej prowadzić, np. stres; czynnik chorobowy</i>
	skutek choroby: <i>trudno zaliczyć do kategorii choroby, ale mogą być jej skutkiem</i>
coś negatywnego	<i>coś niepożądanego, związanego ze zdrowiem, ale nie choroba</i>
to, czy coś uznamy za chorobę, zależy od...	przyczyny: <i>niedowład ręki – jeśli nie jest wynikiem choroby, ale wadą wrodzoną; słaby słuch, niedowład – może to zależy od przyczyny; wada wzroku czy niedosłuch – dysfunkcja organizmu – nabyta wskutek choroby czy procesu starzenia, czy po prostu od urodzenia, ale chorobą bym ich nie nazwała</i>
	czasu trwania: <i>stres, bezsenność – zależy od czasu trwania danego stanu, jego intensywności, wpływu na życie</i>
	intensywności: <i>stres, nadwaga, bezsenność itp. mogą być chorobliwe, stąd niepełna zgoda; choć chroniczny stres już bym nazwała chorobą, tak stres sam w sobie nie jest chorobą</i>
	wpływu na funkcjonowanie w społeczeństwie: <i>Z ciężą mam problem, bo z jednej strony to nie choroba, ale to zależy od przypadku, bo jeżeli spowoduje u kogoś bardzo silne dolegliwości, które sprawią, że ktoś np. będzie musiał iść od pierwszych tygodni na zwolnienie, będzie się źle czuł, to to już choroba</i>
	oceny podmiotu: <i>cięża może się wydawać jak choroba</i>
	oceny społeczeństwa: <i>[uzależnienie] to stan inny niż chorobowy (choć też pociągający za sobą konsekwencje zdrowotne i mówi się też o chorobie alkoholowej); menopauzie towarzyszą dolegliwości fizyczne i można je łagodzić, ale nie jest chorobą dla mnie</i>
nie dotyczy ciała	<i>nie jest to choroba ciała, więc słysząc, że ktoś choruje na depresję, odczuwam opór przed nazwaniem tego chorobą</i>
zależy od podmiotu (m.in. jego stylu życia)	<i>otyłość można leczyć, ale jest zbyt związana ze stylem życia, żebym powiedział o niej wprost jako o chorobie; rozumiem że alkoholizm jest kategoryzowany jako choroba ale to też na własne życzenie i ogromnego egoizmu pijącego – z obserwacji otoczenia</i>

4.4.3. Zjawiska nieuznawane za choroby i przypisywane im cechy semantyczne

Najwięcej komentarzy dotyczyło specyfiki zjawisk, które nie pasują do kategorii *CHOROBA*.

Tabela 4. Zjawiska nieuznawane za choroby i przypisywane im cechy semantyczne z przykładami z komentarzy

Zjawiska nieuznawane za choroby i przypisywane im cechy semantyczne		Przykłady komentarzy
zjawiska nieuznawane za chorobę	objawy	<i>Do kategorii choroby nie pasują wybrane objawy chorobowe/ zjawiska świadczące o istnieniu jakiejś choroby</i>
	przyczyny choroby	<i>Różniam choroby od przypadłości, dysfunkcji, symptomów, czynników powodujących choroby, dolegliwości itd.; samo odczuwanie stresu nie jest chorobą, ale może wywołać chorobę</i>
	naturalne zjawiska fizjologiczne	<i>stany przejściowe jak ciąża czy menopauza są normalnym i naturalnym wydarzeniem w życiu więc nie są chorobą; Są sytuacje nieprzyjemne dla człowieka (związane z dokuczliwymi objawami), których nie można zakwalifikować jako choroby, bo są całkiem fizjologiczne (np ciąża)</i>
	cechy osobnicze	<i>Dysleksja i autyzm w prawdzie mogą utrudniać życie, jednak to cechy, które traktuję bardziej jako składową osobowości; Autyzm to stan układu nerwowego, pewna cecha osobnicza</i>
	zjawiska mechaniczne	<i>Nie uznałem za choroby tych zjawisk, które mają dla mnie charakter „mechaniczny” (skaleczenie, wada wzroku); Skaleczenie to mały uraz; są to ułomności</i>
	niepełnosprawność	<i>Nie uważam, by wrodzone niepełnosprawności można było nazwać chorobą; niektóre jak np. niedostuch to bardziej niepełnosprawność</i>
	neuroróżnorodność	<i>Do kategorii choroby nie pasują (...) odmienności neurologiczne; Z kolei autyzm, a raczej spektrum autyzmu nie jest jednostką chorobową tylko odmienną ścieżką rozwojową</i>
	zaburzenie	<i>Wyróżniamy też zaburzenia – czyli bardziej pewne odmienności, niekoniecznie choroby; Dysleksja to zaburzenie, nie sądzę by było to zaliczane do spektrum gdzie można to nazwać chorobą</i>
	inne zjawiska negatywne	<i>W wielu przypadkach to nie choroba, ale jakaś przypadłość/ zaburzenie/ wada/ stan/ brak czegoś – przy czym każde z tych określeń nie może być (według mnie) zastąpione wyrazem „choroba”; wada wrodzona; dysfunkcja; deficyty; uzależnienie</i>

	inne zjawiska naturalne (związane m.in. z wiekiem, starzeniem się organizmu)	zużycie organizmu: [wzrok i słuch] <i>slabną przez cały czas przez używanie oczu i uszu</i> ; zjawisko społeczne: <i>Alkoholizm to choroba, otyłość może być chorobliwa – ale bywają też postrzegane jako zjawiska społeczne</i> ; stany: <i>Niektóre zjawiska to stany (menopauza, ciąża, wypalenie, stres)</i>
cechy zjawisk nieuznawanych za choroby	trudna lub niemożliwa diagnoza	<i>trudno zdiagnozować</i>
	brak możliwości lub konieczności leczenia	<i>nie można leczyć; nie trzeba leczyć</i>
	coś wrodzonego	<i>występują od urodzenia; wada wrodzona</i>
	krótki czas trwania	<i>stany chwilowe; stany szybko zmieniające się; stany przejściowe</i>
	czas trwania obejmujący większą część życia	<i>ktoś jest alkoholikiem i będzie nim już do końca życia</i>
	charakter mechaniczny	<i>charakter mechaniczny; uraz; skaleczenie nie ma wpływu na cały organizm</i>
	fizjologiczność	<i>normalne; naturalne; fizjologiczne; stan pożądaný</i>
	powszechność	<i>powszechna; każdy tego doświadcza; nie zwraca się na nie uwagi</i>
	nie utrudnia funkcjonowania w społeczeństwie	<i>nie uniemożliwia pracy</i>
	nie jest oceniane społecznie jako choroba	<i>nie kojarzy się z chorobą; odchodzi się od nazywania go chorobą i schorzeniem; powstało wiele kampanii mówiących, że autyzm to nie choroba</i>
	zależy od osoby	<i>Nie powiem że ktoś ma alkoholizm (więc nie zaznaczyłem), ale powiem że ktoś jest alkoholikiem lub uzależniony od alkoholu. Jest to mocno powiązane ze stylem życia danej osoby</i>

Pierwsza część tabeli zawiera klasy zjawisk odrębnych od choroby, do których respondenci zaliczają poszczególne stany. Są to zarówno elementy ramy choroby (objawy, przyczyny, ale nie choroba jako taka), jak i zdarzenia uznawane za fizjologiczne, naturalne. Uczestnicy badania przeciwstawiają chorobie także zjawiska o charakterze mechanicznym (np. skaleczenie, wada wzroku), co znacząco odbiega od koncepcji Wrighta (2007), który fizyczne urazy umieszcza blisko centrum kategorii *DISEASE*. Respondenci oddzie-

lają od kategorii *CHOROBA* także zjawiska, które stanowią w ich poczuciu integralną część życia danej osoby. Autyzm i dysleksję nazywają *cechami, odmiennościami, zaburzeniami*, ale zdecydowanie nie *chorobami*, mimo że mogą one utrudniać codzienne funkcjonowanie. Badani wyróżniają też jako osobne kategorie niepełnosprawność oraz neuroróżnorodność, uzasadniając tę decyzję m.in. potrzebą wyciszenia negatywnego wartościowania związanego z chorobą¹³.

Autorzy omawianych wypowiedzi wielokrotnie szukają innych niż *choroba* nazw na wymienione w ankiecie zjawiska. Niektóre mają charakter wyraźnie negatywny, np. *wada, deficyty, dysfunkcje, dolegliwości*, a inne neutralny: *stany, zjawiska społeczne* czy *starzenie*. Część z nich znaczeniowo jest bardzo blisko rzeczownika *choroba* (np. *dysfunkcje* czy *dolegliwości*), a część to wyrazy o szerokim zakresie użycia (np. *wada, stany*). Różnorodność określeń pokazuje trudności z nazywaniem stanów niebędących według badanych ani zdrowiem, ani chorobą, sytuujących się gdzieś pomiędzy nimi.

W drugiej części tabeli zebraliśmy cechy semantyczne, za pomocą których badani uzasadniali odrębność wyróżnionych zjawisk od kategorii *CHOROBA*. Zestawienie to jest komplementarne z wykazem cech przypisywanych stanom chorobowym. Ankietowani nie uznawali za chorobę tego, czego nie da się zdiagnozować lub jest to trudne. Stanów tych nie trzeba, a czasem nawet nie można leczyć. Są naturalne, fizjologiczne dla organizmu i mogą nawet być pożądane przez ludzi (np. ciąża). Czas ich trwania jest zbyt krótki (*stany szybko zmieniające się*) lub zbyt długi (*występują od urodzenia*). Respondenci zwracają też uwagę na to, jak postrzega się dane zjawisko w społeczeństwie: czy kojarzy się powszechnie z chorobą i czy utrudnia codzienne funkcjonowanie. Jeśli odpowiedź na te pytania brzmi „nie”, wybrany stan jest czymś innym niż choroba. W wypowiedziach badanych pojawił się także wątek mediów i kampanii społecznych, które w pewnych kręgach popularyzują przekonanie, że dane zjawisko należy (lub nie) do kategorii *CHOROBA*. Część ankietowanych nie uznaje za choroby również stanów, za które – według badanych – osoby ich doświadczające ponoszą odpowiedzialność (uwagi te dotyczyły alkoholizmu i otyłości). Istotnym czynnikiem okazuje się także powszechność pewnych zjawisk. Stres czy przeziębienie to zdaniem części respondentów zjawiska powszechne, na które przestajemy zwracać uwagę. Choroba jawi się jako stan wyjątkowy na tle codziennego funkcjonowania.

¹³ Współcześnie coraz więcej mówi się o tym, że niepełnosprawność czy neuroróżnorodność są innymi sposobami doświadczania rzeczywistości i że przestrzeń wokół nas powinna być dostosowana do różnorodnych potrzeb ludzi (por. Karaś 2012).

5. Podsumowanie i perspektywy badawcze

Odpowiedzi uczestników badania potwierdzają, że w ich myśleniu istnieje wyobrażenie prototypowej *CHOROBY*. Tej złożonej strukturze pojęciowej, do której badani porównywali wymienione w ankiecie zjawiska, trudno jednoznacznie przypisać konkretny egzemplarz (nazwę choroby). Najwyższą pozycję w rankingu uzyskała nazwa *rak*, która nie pojawiła się w żadnym komentarzu z wątpliwościami (choć pod względem przyczyny rak jako choroba niezakaźna odbiega od prototypowego scenariusza). *Grypa* jako choroba częsta zakaźna teoretycznie pasuje do prototypu, a znalazła się w rankingu niżej niż *rak*. Jednocześnie zarówno grypa, jak i rak bywają traktowane jako prototypy „kontekstowe” (por. Kövecses 2011), tj. choroby, do których w danej sytuacji komunikacyjnej można odnieść inne choroby (mniej znane, mniej oswojone, np. COVID czy endometriozę), aby coś o nich powiedzieć i próbować je zrozumieć.

Ankieta i komentarze pokazują, że dla większości ankietowanych zdania *Depresja to choroba* i *Alkoholizm to choroba* brzmią dobrze. Jednocześnie komentarze dowodzą, że oba te zjawiska (jako konkretne egzemplarze kategorii) pod pewnymi względami nie są typowymi chorobami (depresja nie jest chorobą fizyczną, a alkoholizm zdaniem części badanych zależy od stylu życia danej osoby). Ocena samych zdań może mieć związek z powszechnością tego typu komunikatów w mediach, ankietowani sygnalizują, że *tak się mówi*.

Przedstawiona ankieta była częścią wstępnego badania empirycznego dotyczącego kategorii *CHOROBA*. Analiza i sformułowane wnioski wskazują na pewne tendencje, dostrzegalne dziś procesy w obrębie badanej kategorii. Na ich podstawie warto stawiać hipotezy badawcze i projektować dalsze badania dotyczące fenomenu choroby, z uwzględnieniem szczegółowych grup badanych oraz szerszego kontekstu socjologicznego czy kulturowo-obyczajowego.

Zebrane komentarze są świadectwem wątpliwości klasyfikacyjnych, jakie mieli badani. Granice kategorii *CHOROBA* nie są oczywiste ani ostre, przenikają się z takimi kategoriami, jak: *NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ*, *NEURORÓŻNORODNOŚĆ*/*NEUROATYPOWOŚĆ*, *CECHY OSOBNICZE*, *NATURALNE ZJAWISKA FIZJOLOGICZNE*, *STARZENIE SIĘ ORGANIZMU*, *ZMIANY MECHANICZNE*. Te obszary pośrednie zasługują na dalszą uwagę. Warto także badać językowo kampanie społeczne dotyczące kwestii zdrowotnych, które – jak wynika z ankiety – mogą mieć duży wpływ na to, jak społeczeństwo kategoryzuje zjawiska dotyczące funkcjonowania ciała i psychiki.

Literatura

- Chojnacka-Kuraś Marta, Czerkas Karolina, 2026a, *Choroba we współczesnej polszczyźnie w ujęciu semantyki ramowej*, „Forum Lingwistyczne” 14, nr 1, s. 1–22. DOI: 10.31261/FL.2026.14.1.01.
- Chojnacka-Kuraś Marta, Czerkas Karolina, 2026b, *Czym jest typowa choroba? Potoczne rozumienie CHOROBY wobec sąsiednich kategorii pojęciowych*, „Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis. Studia Linguistica” nr 21 (w druku).
- Domaradzki Jan, 2013, *O skrytości zdrowia. O problemach z konceptualizacją pojęcia zdrowie*, „Hygeia Public Health” 48(4), s. 408–419.
- Domaradzki Jan, 2014, *Triada choroby, poczucie dyskomfortu i chorowanie i jej współczesna interpretacja*, „Hygeia Public Health” 49(2), s. 197–201.
- Karaś Mateusz, 2012, *Niepełnosprawność, od spojrzenia medycznego do społecznego i Disability Studies*, „Przegląd Prawniczy, Ekonomiczny i Społeczny” 4, s. 20–33.
- Kleiber Georges, 2003, *Semantyka prototypu. Kategorie i znaczenie leksykalne*, tłum. Bronisława Ligara, Kraków.
- Kövecses Zoltán, 2011, *Język, umysł, kultura. Praktyczne wprowadzenie*, tłum. Anna Kowalcze-Pawlik, Magdalena Buchta, Kraków: TAiWPN Universitas.
- Libura Maria, Libura Agnieszka, Bechler Paweł, 2015, *Obraz niezakaźnych chorób przewlekłych w dyskursie potocznym i prasowym na przykładzie chorób reumatycznych i łuszczycy*, [w:] *Konstruktywni. Zdrowie, aktywność i zdolność do pracy*, red. Bolesław Samoliński, Filip Raciborski, Jakub Gołąb Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar, s. 271–318.
- Marczewska Marzena, 2014, *Językowo-kulturowy obraz ZDROWIA w polszczyźnie*, [w:] *Wartości w językowo-kulturowym obrazie świata Słowian i ich sąsiadów*, t. 3. *Problemy eksplikowania i profilowania pojęć*, red. Iwona Bielińska-Gardziel, Stanisława Niebrzegowska-Bartmińska, Joanna Szadura, Lublin: Wydawnictwo UMCS, s. 151–167.
- Marczewska Marzena, 2018, *ZDROWIE w świetle danych językowych*, [w:] *Wartości w językowo-kulturowym obrazie świata Słowian i ich sąsiadów*, t. 4. *Słownik językowy – leksykon – encyklopedia w programie badań porównawczych*, red. Stanisława Niebrzegowska-Bartmińska, Joanna Szadura, Beata Żywicka, Lublin: Wydawnictwo UMCS, s. 189–204.
- Niebrzegowska-Bartmińska Stanisława, 2006, *Konceptualizacja choroby w polszczyźnie potocznej i w polskich zamówieniach ludowych*, [w:] *Sposoby leczenia dawniej a dziś w świetle literatury i medycyny*, red. Eugenia Łoch, Grzegorz Wallner, Lublin: Wydawnictwo Wojciech Olech, s. 127–159.
- Parsons, Talcott, 2009, *System społeczny*, tłum. Michał Kaczmarczyk, Kraków: Wydawnictwo NOMOS.
- Prażmowska-Bartoszek Katarzyna, 2016, *Kategoryzacja i prototypizacja w polu semantycznym niepełnosprawności fizycznej*, „Słowo. Studia językoznawcze” 7(7), s. 97–110.
- Robin Régine, 1980, *Badanie pól semantycznych: doświadczenia Ośrodka Leksykologii Politycznej w Saint-Cloud*, [w:] *Język i społeczeństwo*, red. Michał Głowiński, Warszawa: Wydawnictwo Czytelnik, s. 252–281.
- Rosch Eleanor, 1975, *Cognitive representations of semantic categories*, „Journal of Experimental Psychology: General” 104, s. 192–233.
- Sokołowska Magdalena, 1986, *Socjologia medycyny*, Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.

- Stec Magdalena, 2007, *Konceptualizacja pojęcia 'choroba' w polszczyźnie*, „Poradnik Językowy” 13, s. 20–32.
- Szadura Joanna, 2021, *Obraz ZDROWIA we współczesnej polszczyźnie w świetle danych ankietowych*, [w:] *Wartości w kulturach europejskich. Raport z badań empirycznych*, red. Beata Żywicka, Lublin–Przemyśl: Wydawnictwo UMCS, s. 87–104.
- Szadura Joanna, 2025, *Spółeczny wymiar konceptu ZDROWIE we współczesnej polszczyźnie. Przyczynek do dyskusji*, „Poradnik Językowy” 4, s. 63–77.
- Taylor John R., 2001, *Kategoryzacja w języku. Prototypy w teorii językoznawczej*, tłum. Anna Skucińska, Kraków: TAIWPN Universitas.
- Tokarski Ryszard, 2013, *Światy za słowami. Wykłady z semantyki leksykalnej*, Lublin.
- Wierzbicka Anna, 1999, *Język – umysł – kultura*, wybór i red. Jerzy Bartmiński, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Wittgenstein Ludwig, 2012, *Dociekania filozoficzne*, tłum. Bogusław Wolniewicz, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Wright H. Gary, 2007, *Means, Ends and Medical Care*, Dordrecht: Springer.

Streszczenie: Autorki prezentują wyniki pilotażowego badania dotyczącego sposobu, w jaki użytkownicy współczesnej polszczyzny postrzegają kategorię *CHOROBA*. Odwołują się do teorii kategoryzacji przez prototyp (Rosch, Taylor, Kleiber) oraz do modelu radialnego kategorii *DISEASE* zaproponowanego przez Wrighta. Ankieta obejmowała dwa zadania: ocenę stopnia przynależności 19 nazw stanów i zjawisk do kategorii *CHOROBA* oraz ocenę użycia wybranych nazw w pięciu schematach składniowych z czasownikami dotyczącymi chorowania. Do obu zadań ankietowani mogli dodać swoje komentarze. Materiał badawczy obejmuje odpowiedzi 205 respondentów oraz 72 komentarze. Dane opracowano ilościowo i jakościowo. Wyniki potwierdzają istnienie prototypowego wyobrażenia choroby, który w wielu punktach pokrywa się z modelem Wrighta (m.in. w zakresie takich cech jak ‘wyraźny początek choroby’, ‘zauważalne objawy’, ‘możliwość diagnozy i leczenia’ oraz ‘zewnętrzna przyczyna’). Respondenci silniej niż Wright akcentują społeczny aspekt choroby, jej wpływ na codienne funkcjonowanie i (nie)możliwość pracy. Zwracają też uwagę na kwestię odpowiedzialności jednostki za stan (w przypadkach otyłości i alkoholizmu). Uzyskane wyniki potwierdzają nieostrość granic kategorii *CHOROBA* i jej przenikanie się z kategoriami sąsiednimi, takimi jak: *NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ*, *NEURORÓŻNORODNOŚĆ*, *CECHY OSOBNICZE* czy *ZJAWISKA FIZJOLOGICZNE*.

Słowa kluczowe: semantyka kognitywna; prototyp; scenariusz; choroba; kategoryzacja