

Magdalena Zabielska

Interaktywna odmiana medycznego opisu przypadku : nowy model gatunku tekstu

Lingwistyka Stosowana / Applied Linguistics / Angewandte Linguistik nr 9,
69-77

2014

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Magdalena ZABIELSKA

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Interaktywna odmiana medycznego opisu przypadku – nowy model gatunku tekstu

Abstract:

An Interactive Variety of Medical Case Reports – A New Model of the Case Report Genre

The aim of the paper is to present an interactive variety of medical case reports as the basis for a new model of genre which would emphasise individual experience of illness. The article focuses on those elements that make the genre patient-centred, which is illustrated with the help of examples from authentic medical publications. In addition, the meaning of the model to its potential users, in the context of teaching specialised communication as well as the doctor-patient relation are emphasised. The discussion is presented in the light of an ecological approach to language (*linguaging*, see J. N. Jørgensen/K. Juffermans 2001, L. Van Lier 2004).

1. Opis przypadku jako gatunek dyskursu medycznego

I. Taavitsainen i P. Pahta (2000), w swoim diachronicznym badaniu medycznych opisów przypadku, definiują ów gatunek w następujący sposób:

W swojej typowej formie, opis przypadku dokumentuje przebieg choroby pacjenta, od pojawienia się symptomów do wyleczenia lub śmierci. Zawiera on również ogólny opis choroby oraz komentarz, jednak ich zakres może się różnić. Często podawany jest też przegląd literatury oraz liczba znanych przypadków danej choroby (2000: 60, tłum. M.Z.).

Medyczny opis przypadku opisuje nowe choroby oraz choroby już znane, jednak charakteryzujące się nietypowymi objawami. Jest on jedną z najstarszych form komunikacji w medycynie (W.C.G. Peh/ K.H. Ng 2010). Według niektórych badaczy pierwsze opisy przypadku powinny być przypisane Hipokratesowi (K.M. Hunter 1991: 93, H. Nowell-Smith 1995: 3), według innych, wywodzą się ze Starożytnego Egiptu i były to pierwsze opisy przypadków onkologicznych (E.G. Dib i in. 2008). Ich status był początkowo znaczący, gdyż wiedza medyczna opierała się wtedy na udokumentowanych przypadkach chorób. Jednak wraz z rozwojem medycyny i postępem technologicznym status opisów przypadku zmalał na korzyść innych gatunków, np. artykułu badawczego, który przedstawia badania oparte na większych próbach i z wykorzystaniem narzędzi statycznych. Opisy

przypadku z kolei zaczęły być postrzegane jako subiektywne opowieści o chorobie autorstwa jednego lekarza. Nadal pełnią one jednak dwie ważne funkcje, tj. rozpowszechniają wiedzę na temat nowych chorób wśród społeczności medycznej oraz są przykładem specyficznego rozumowania w medycynie, tzw. *opracowywania przypadku* (J.P. Vandembroucke 2001, por. K.M. Hunter 1991: 93, I. Taavitsainen/ P. Pahta 2000: 61). Całkiem niedawno zaczęto publikować również tzw. *interaktywną* odmianę medycznego opisu przypadku, zapoczątkowaną serią publikacji na łamach czasopisma „British Medical Journal”. W pierwotnej formie była to seria raportów poświęcona konkretnemu przypadkowi, publikowana w kolejnych numerach, począwszy od „Prezentacji przypadku” poprzez „Postęp przypadku” do „Rezultatów”. To, co odróżniało ową odmianę to wprowadzenie części o nazwie *Perspektywa pacjenta*, w której po raz pierwszy uwzględniono głos pacjenta w specjalistycznym czasopiśmie medycznym, w formie 1.-os. narracji, jak również możliwość komentowania artykułów online. Dzięki temu można opisać tę odmianę jako serię „małych” opowieści autorstwa lekarzy, czytelników oraz pacjentów (opowieść pacjenta jako „patografia”, por. A.H. Hawkins 1993 i opowieść lekarza/ czytelników, por. E.M. Coker 2003). Odmiana ta jest również stosunkowo dynamiczna, ponieważ wątek rozwija się na przestrzeni serii tekstów. Ostatecznie seria ta została zakończona za względu na czasochłonność zarówno przygotowania 3-częściowej struktury każdej publikacji, jak i fakt, iż komentarze miały być przesyłane do redakcji drogą pocztową. Autorzy biorący jednak udział w przedsięwzięciu zgodnie stwierdzili, że było to bardzo wartościowe doświadczenie (A.K. Siotia, osobista korespondencja). Dodatkowo, na kanwie tej publikacji powstały dwa bezpłatne czasopisma elektroniczne, publikujące co prawda typowe opisy przypadku, jednak z opcją uwzględnienia części „Perspektywa pacjenta”. Redaktor czasopisma „Cases Journal” stwierdził iż „chce włączyć, a nie odrzucać jako autorów pacjentów w takim stopniu, w jakim tylko jest to możliwe”, a „ostatecznie opisy przypadku mogą być przesyłane przez każdego – pacjentów, lekarzy, pielęgniarki, krewnych, kogokolwiek” (R. Smith 2008: 1, tłum. M.Z.).

Co się tyczy badań, które przeprowadzono na medycznych opisach przypadku, to jest ich niewiele, jednak obierają one różnorakie perspektywy. Z jednej strony można wyróżnić analizy językowe, np. leksykalno-składniowe (E. Rowley-Jolivet 2007, B. Méndez-Cendón 2009), analizy metadyskursu (D.E. Adams Smith 1984, F. Salager-Meyer 2001), czy też obierające dodatkowo perspektywę diachroniczną (I. Taavitsainen/ P. Pahta 2000). Z drugiej strony mogą to być również badania z perspektywy literackiej (B. Hurwitz 2006), perspektywy pedagogicznej (W.B. Fye 1987, J.P. Vandembroucke 2001), czy też perspektywy historycznej (S.J. Reiser 1991), gdzie omawiana jest ewolucja samego gatunku na tle rozwijającej się medycyny i postępu technologicznego. Dodatkowo istnieją również badania gatunków pokrewnych (prezentacje przypadku R.R. Anspach 1988, historie przypadku H. Nowell-Smith 1995, W.J. Donnelly/ E. Hines 1997;

oraz przypadek w dokumentacji szpitalnej M.M. Van Naerssen 1985, J.R. Macnaughton/ M.H. Evans 2004). Badania te zwracają też uwagę iż stosowany w medycznych opisach przypadku dyskurs to 3.-os. narracja (B. Hurwitz 2006: 231), charakteryzująca się „rzeczowym wywodem”, wyłączająca obecność autora i podkreślająca obiektywny charakter informacji uzyskanych poprzez użycie sprzętu medycznego (I. Taavitasinen/ P. Pahta 2000: 69). Dodatkowo można tu zaobserwować „obfitość liczb, oraz nazw leków i urządzeń” (B.-L. Gunnarsson 2009: 61), a także fachowe słownictwo, skróty i niewiele odniesień do pacjenta (M.M. Van Naerssen 1985). Można zatem stwierdzić, iż jest to dyskurs, który uprzedmiotawia pacjenta, traktując go jedynie jako przypadek choroby, która ma być wyleczona, bez uwzględnienia indywidualnego doświadczenia.

W następnej części zostaną omówione wybrane paradygmaty w praktyce medycznej, które narzucają pewien sposób rozumowania w medycynie.

2. Paradygmaty w praktyce medycznej

Nowatorskie narzędzia diagnostyczne skonstruowane w XIX w., jak np. oftalmoskop, które ukazały oku ludzkiemu wnętrze ciała człowieka oraz pozwoliły na monitorowanie jego funkcji, wywołały obawy w kwestii umniejszenia roli pacjenta jako źródła informacji. Zastosowanie różnego rodzaju aparatury, która umożliwiła badanie coraz mniejszych części ciała z coraz większą precyzją powiększyły przepaść, z jednej strony pomiędzy pacjentem i jego ciałem oraz z drugiej strony pomiędzy pacjentem i lekarzem. Skutkiem tych zmian było stworzenie *biomedycznego modelu* (ang. *biomedical model*) w praktyce medycznej, w którym choroba postrzegana jest jako stan chorobowy ciała, a pacjenci jedynie jako odbiorcy leczenia (por. D.T. Wade/ P.W. Halligan 2004: 1398). Model ten jest uważany za redukcjonistyczny, ponieważ ogranicza rozumienie choroby jedynie do jej symptomów fizycznych, wykluczając tym samym jej społeczne i psychologiczne aspekty. Jednak, jak zauważa D. Armstrong (1984: 739), takie pojmowanie roli pacjenta zaczęło zmieniać się od lat pięćdziesiątych. M. Balint (1956) twierdził, iż choroba nie objawia się jedynie w ciele pacjenta, ale również w jego funkcjonowaniu w społeczeństwie. Co za tym idzie, zlokalizowanie jej źródła w ciele człowieka nie jest wystarczające do postawienia diagnozy, a informacje na temat symptomów choroby powinny być uwzględnione na tle doświadczeń pacjenta. W ten sposób, „pacjent otrzymał głos – i istnienie – niezależne od zmiany patologicznej” (D. Armstrong 2002: 65, tłum. M.Z.). Taka redefinicja choroby oznaczała zmianę akcentów – z choroby na leczonego pacjenta – i dała początek wielu modelom, określanym jako *zorientowane na pacjenta* (ang. *patient-centred*), których wspólnym elementem była krytyka *biomedycznego* podejścia i otwartość na doświadczenie pacjenta. Na przykład, *model biopsychologiczny* (ang. *biopsychological model*) G.L. Engela (1977) zakładał iż nie da się postawić diagnozy bez uwzględnienia psychologicznych i społecznych aspektów życia człowieka (M.G. Pereira/ T.E. Smith 2006: 455). Ta holistyczna perspektywa zaprzeczała reduk-

cjonistycznemu *modelowi biomedycznemu*, w którym wyłącznie aspekty fizjologiczne były brane pod uwagę. Owa zmiana w percepcji nie tylko wytyczyła drogę do uwzględnienia informacji podanych przez pacjenta, ale również do poprawy jakości komunikacji między nim a lekarzem. Ostatnim modelem jest tzw. *wsparcie pacjenta (patient advocacy)*, w którym z kolei zrobiono krok dalej, chcąc nie tylko uwzględnić doświadczenie pacjenta, ale włączyć go także jako aktywnego uczestnika diagnozy i leczenia (M.B. Gilkey i in. 2008).

Paradygmaty te, pomagając w konceptualizacji pewnych zjawisk i znaczeń, mają również wpływ na sposób obrazowania pacjenta w warstwie tekstowej. Tutaj autorzy mając do swojej dyspozycji różne środki językowe, mogą rozkładać akcenty komunikacyjne w różnych miejscach, pisząc np. o wykonanej operacji lub też o pacjencie, który przeszedł operację. Mogą też w sposób bardziej radykalny zaangażować pacjenta, co zostanie pokazane w dyskusji wyników niniejszego badania.

3. Dane i metody

Dane użyte w niniejszym badaniu to 8 interaktywnych opisów przypadku pochodzących z czasopisma „British Medical Journal”, wydanych między 2003 a 2006 rokiem i składających się z 3 części – prezentacji, postępu i wyników, publikowanych jako oddzielne artykuły, niektóre dodatkowo wzbogacone częścią „Perspektywa pacjenta”, oraz innymi komentarzami, w zależności od tematu, np. perspektywą danego specjalisty lub zasadnością opublikowania danego opisu przypadku.

W poniższej dyskusji najpierw zostaną omówione słownictwo i percepcja laika, następnie opis doświadczenia pacjenta z perspektywy lekarza, a na koniec tekstowa obecność pacjenta.

4. Wyniki i dyskusja

4.1. Słownictwo/ percepcja laika

Regularne opisy przypadku przekazują informację głównie z perspektywy lekarza, a odniesienia do pacjenta są czynione w perspektywie 3. os. Oznacza to, iż głos pacjenta jest filtrowany przez osobę lekarza-autora, co siłą rzeczy różni się od pacjenta mówiącego „za siebie”, bez żadnych pośredników. Z kolei interaktywne opisy przypadku przedstawiają perspektywę pacjenta w formie 1.-os. narracji, nazywanej przez A.H. Hawkins (1993) *patografią*. To z kolei wydaje się zgodne z założeniami modelu *wsparcie pacjenta*, który podkreśla danie pacjentowi więcej władzy. Jak pokazuje analiza, na poziomie tekstu *wsparcie pacjenta* to włączenie go w współtworzenie tekstu medycznego. Unikalną cechą tego wkładu jest wgląd w słownictwo laika i sposób jego rozumowania.

- (1) *I never really thought I was ill, but the palms of my hands and the soles of my feet were driving me round the twist. I could have used a wire brush on them. It was so deep down I was making myself bleed, but I was scared. B1*
- (2) *Even though the medication didn't work in the end, I don't regret doing the trial. It was helpful that someone took an interest in how I was feeling. B2*

Jak widać w przykładzie (1), pacjent w charakterystyczny dla siebie sposób opisuje swoje symptomy oraz towarzyszące im emocje. Mamy tu zatem do czynienia z doświadczeniem fizycznym i psychicznym. Z kolei w przykładzie (2), pacjent bezpośrednio odnosi się do sposobu, w jaki został potraktowany przez lekarzy i podkreśla także iż było to dla niego bardzo ważne. Uwzględnienie perspektywy pacjenta wydaje się elementem uzupełniającym i informującym, jak pewne wydarzenia są doświadczane i rozumiane przez drugą stronę. W ten sposób, „pacjent objawia się zupełnie inaczej, kiedy jest omawiany jako agent w osobistej historii” (C. Mattingly 1998: 274, tłum. M.Z.), mogący aktywnie zaangażować się w proces leczenia. Co ciekawe, na początku opisu podobna informacja jest dostarczona przez lekarza, jednak środki wyrazu tam użyte są zupełnie inne. Podane dotychczas przykłady (1) i (2) pochodziły z części „Perspektywa pacjenta”. Następne przykłady będą należeć do części tekstu pisanego przez lekarza.

4.2. Uwzględnienie doświadczenia pacjenta

- (3) *Ruth experienced adverse effects from azathioprine and risks more while she continues taking steroids. The aims, risks, and benefits of treatment need to be discussed with her, because her views will ultimately determine whether she takes prescribed drugs. B2*
- (4) *Vitamin B-6 was also ineffective in alleviating our patient's three other most important symptoms of dizziness, daily activities, and general wellbeing. We believe an n of 1 trial is a useful means of helping patients decide on which treatment to take in situations where evidence is poor or equivocal. B2*

W przykładach (3) i (4) powyżej tekst nawiązuje do doświadczenia pacjenta za pomocą odpowiednich czasowników (*experience* w (3) i *alleviate* w (4)), jak również nazw konkretnych objawów, np. *dizziness* w (4). W (3), dodatkowo, wspomina się o procesie decyzji z bezpośrednim odniesieniem do zaangażowania pacjenta (jej opinii) oraz dobrego samopoczucia (zagrożeń i korzyści).

4.3. Tekstowa „widoczność” pacjenta

- (5) *What of Mrs Reynolds, the subject of the case report? Her case is not entirely typical since her sickness started later in pregnancy than is usual at 8 weeks and because she had not had this problem in previous pregnancies. Her history suggests that social or psychological factors were absent. She did not benefit from prochlorperazine, but it is important that antiemetics are taken regularly rather*

than on an as required basis and this should be clarified with her. It is also important to consider whether she was vomiting up the drugs. In this situation suppositories can be helpful. Her condition seems to have progressed and was affecting her ability to function. However, she had no evidence of dehydration (absence of postural hypotension) and no ketonuria, features present when vomiting has progressed to hyperemesis. B3

Tekst (5) jest dłuższym fragmentem, który obrazuje tekstową widoczność pacjenta osiągniętą poprzez użycie konkretnych odnośników tekstowych do pacjenta – zaimków osobowych i dzierżawczych. Dodatkowo można tu zaobserwować głos autora, który, w połączeniu z tekstowymi odniesieniami do pacjenta, przyczynia się do efektu skupienia na pacjencie, a nie na tekście, w którym opisuje się leczone choroby i wykonywane procedury.

5. Propozycja nowego modelu gatunku

Niniejszy artykuł postuluje również stworzenie nowego modelu medycznego opisu przypadku, który brałby pod uwagę perspektywę pacjenta i podkreślałby indywidualne doświadczenie choroby. Model ten odpowiadałby na krytykę współczesnych specjalistycznych tekstów medycznych, w tym opisów przypadku, iż skupiając się jedynie na jednostce chorobowej, uprzedmiotawiają pacjenta lub całkowicie od niego abstrahują. Model wpisywałby się również w obecne trendy w praktyce medycznej, tzw. *perspektywę zorientowaną na pacjenta* oraz *wsparcie pacjenta*, uwzględniające odpowiednio doświadczenie choroby oraz postulujące włączenie pacjenta w proces diagnozy i leczenia. Skupiono by się tutaj zarówno na makro-strukturze tekstu jak i na języku. W perspektywie makro postuluje się włączenie części „Perspektywa pacjenta”, co podyktowane jest dwoma względami. Po pierwsze, wkład ten stanowi nieodłączną część informacji potrzebnych lekarzowi do postawienia trafnej diagnozy. Po drugie, sama możliwość podzielenia się swoją historią choroby może mieć dla pacjenta efekt terapeutyczny (P. Haidet/ D. Paterniti 2003, cf. B.F. Sharf/ M.L. Vanderford 2003, A. Frank 1995). Z kolei w perspektywie mikro oznaczałoby to zwrócenie uwagi na to, jak autorzy rozkładają akcenty komunikacyjne w tekście, opisując chorobę, diagnozę i leczenie (analiza tematyczno-rematyczna). Czy piszą o pacjencie podmiotowo czy przedmiotowo; czy piszą o pacjencie cierpiącym, czy tylko o jego chorym ciele i symptomach, czy też tylko o tym, jak została wyleczona choroba. Bierze się tu pod uwagę wyznaczniki tekstowe, zarówno te, które bezpośrednio odnoszą się do pacjenta, oraz odniesienia cząstkowe, jak np. części ciała, organy. Tym samym, parametry obrane w badaniu będą odnosiły się do gramatyki dyskursu na podstawach funkcjonalnych i kognitywnych oraz do analizy gatunku.

Podsumowując, model ten włącza „opowiedzianą” przez pacjenta historię przypadku obok historii z perspektywy lekarza, czyli skonstruowany jest przez oboje uczestników komunikacji. W odniesieniu do omówionych paradygmatów w praktyce medycznej (por. 2.), wykraczałby również poza uwzględnienie obecno-

ści pacjenta i jego doświadczenia choroby (*zorientowanie na pacjenta*) w warstwie tekstowej, włączając pacjenta w proces współtworzenia tekstu (*wsparcie pacjenta*, T. Smith 2006; por. J.-A.L. Earp i in. 2008).

6. Implikacje pedagogiczne

Postulowany model obrałby perspektywę tzw. ang. *linguaging* rozumianą jako ekologiczne podejście do języka, gdzie brana jest pod uwagę indywidualna perspektywa niosąca za sobą konkretne zmiany w warstwie językowej (cf. J.N. Jørgensen/ K. Juffermans 2001, L. Van Lier 2004). W tym przypadku jest to pacjent, który ma udział w procesie pozyskania wiedzy.

Implikacje pedagogiczne dotyczą dwóch dziedzin: edukacji medycznej oraz nauki specjalistycznego słownictwa. Co się tyczy pierwszego aspektu, model podkreśla unikalną wartość udziału pacjenta, oznaczającego nowy charakter współpracy pomiędzy lekarzem a pacjentem oraz sposoby pozyskania wiedzy. Zaznacza się też inny charakter języka pacjenta opisującego swoje problemy, tj. słownictwo i metafory laika, odzwierciedlające jego indywidualne przeżywanie choroby. Dodatkowo, zwraca się również uwagę na sam dyskurs gatunku, ewentualnie sugerując zmiany zarówno tym, którzy go tworzą jak i tym, którzy go reprodukują. W odniesieniu do drugiego aspektu, tu również podkreśla się charakter wyborów językowych pacjenta, a także specjalistyczne słownictwo gatunku tekstu.

7. Podsumowanie

Niniejszy artykuł przedstawił interaktywną odmianę medycznego opisu przypadku jako podstawę dla stworzenia nowego modelu owego gatunku, który brałby pod uwagę perspektywę pacjenta. W prezentacji został omówiony gatunek medycznego opisu przypadku oraz jego interaktywna odmiana pod kątem jej zorientowania na pacjenta. Po pierwsze, zawiera ona część o nazwie „Perspektywa pacjenta“, gdzie głos otrzymuje właśnie osoba leczona. Po drugie, również dyskurs lekarza obiera tę perspektywę, tj. uwzględnia doświadczenie choroby pacjenta oraz czyni go widocznym na poziomie tekstu. Została również przedstawiona propozycja nowego modelu medycznego przypadku, opartego na interaktywnej odmianie, który podkreśla doświadczenie choroby przez pacjenta i, tym samym, prezentuje proces diagnozy i leczenia w sposób holistyczny. Zostało również omówione znaczenie owego modelu w kontekście pedagogicznym, obierając ty samym ekologiczne podejście do języka, tj. uwzględniając indywidualną perspektywę użytkowników języka.

Bibliografia

- Adams Smith, D.E. (1984), *Medical Discourse: Aspects of Author's Comment*, (w:) English for Specific Purposes. 3. 25–36.
- Anspach, R.R. (1988), *Notes on the Sociology of Medical Discourse: The language of Case Presentation*, (w:) Journal of Health and Social Behaviour 29. 357–375.
- Armstrong, D. (1984), *The Patient's View*, (w:) Social Science & Medicine 24. 8. 651–657.
- Armstrong, D. (2002), *A New History of Identity. A Sociology of Medical Knowledge*. Basingstoke.
- Balint, M. (1956), *The Doctor, His Patient and the Illness*. London.
- Coker, E.M. (2003), *Narrative Strategies in Medical Discourse: Constructing the Psychiatric 'Case' in a Non-Western Setting*, (w:) Social Science & Medicine 57. 905–916.
- Dib, E.G./ M.R. Kidd/ D.C. Saltman (2008), *Case Reports and the Fight Against Cancer*, (w:) Journal of Medical Case Reports. 2. <http://www.jmedicalcasereports.com/content/2/1/39>.
- Donnelly, W.J./ E. Hines (1997), *The Language of Medical Case Histories*, (w:) Annals of Internal Medicine 127. 1045–1048.
- Earp, J.-A.L./ E.A. French/ M.B. Gilkey (red.), (2008), *Patient Advocacy for Health Care Quality: Strategies for Achieving Patient-Centred Care*. Boston.
- Engel, G.L. (1977), *The Need of a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine*, (w:) Science 196. 129–136.
- Frank, A. (1995), *The Wounded Storyteller*. Chicago.
- Fye, W.B. (1987), *The Literature of American Internal Medicine: A Historical View*, (w:) Annals of Internal Medicine 106. 451–460.
- Gilkey, M.B./ J.-A.L. Earp/ E.A. French (2008), *What is Patient Advocacy?*, (w:) J.-A.L. Earp/ E.A. French/ M.B. Gilkey (red.), *Patient Advocacy for Health Care Quality: Strategies for Achieving Patient-Centred Care*. Boston. 3–28.
- Gunnarsson, B.-L. (2009), *Professional Discourse*. London.
- Hawkins, A.H. (1993), *Reconstructing Illness: Studies in Pathography*. West Lafayette, In.
- Haidet, P./ D. Paterniti (2003), *"Building" a History Rather Than "Taking" One: a Perspective on Information Sharing During the Medical Interview*, (w:) Arch Intern Med. 2003 May 26; 163(10). 1134–1140.
- Hunter, K.M. (1991), *Doctors' Stories. The Narrative Structure of Medical Knowledge*. Princeton.
- Hurwitz, B. (2006), *Form and Representation in Clinical Case Reports*, (w:) Literature and Medicine 25. 2 216–240.
- Jørgensen, J.N./ K. Juffermans (2011), *Languaging*. <http://www.toolkit-online.eu/docs/languageing.html>.
- Macnaughton, J.R./ M.H. Evans (2004), *Medical Humanities and Medical Informatics: An Unlikely Alliance? Is there a Role for Patients' Voices in the Modern Case Record?*, (w:) Medical Humanities 30. 2. 57–58.
- Mattingly, C. (1998), *In Search of the Good: Narrative Reasoning in Clinical Practice*, (w:) Medical Anthropology Quarterly 12. 3. 273–329.

- Méndez-Cendón, B. (2009), *Combinatorial Patterns in Medical Case Reports: An English-Spanish Contrastive Analysis*, (w:) *The Journal of Specialised Translation* 11. 169–190.
- Nowell-Smith, H. (1995), *Nineteenth-Century Narrative Case Histories: An inquiry into stylistics and history*, (w:) CBMH/BCHM. 12. 47–67.
- Peh, W.C.G./ K.H. Ng (2010), *Effective Medical Writing. Pointers to Getting your Article Published*, (w:) *Singapore Medical Journal* 51. 1. 10–13.
- Pereira, M.G./ T.E. Smith (2006), *Evolution of the Biopsychological Model in the Practice of Family Therapy*, (w:) *International Journal of Clinical and Health Psychology* 6. 2. 455–467.
- Reiser, S.J. (1991), *The Clinical Method in Medicine Part 1: Learning from Cases*, (w:) *Annals of Internal Medicine* 114. 10. 902–907.
- Rowley-Jolivet, E. (2007), *A Genre Study of If in Medical Discourse*, (w:) K. Fløttum (red.), *Language and Discipline Perspectives on Academic Discourse*. Newcastle. 184–214.
- Salager-Meyer, F. (2001), *From Self-Highlightedness to Self-Effacement: A Genre-Based Study of the Socio-Pragmatic Function of Criticism in Medical Discourse*, (w:) LSP & Professional Communication. 1. 2. 63–84.
- Sharf, B.F. / M.L. Vanderford (2003), *Social Narratives and the Construction of Health*, (w:) A. Dorsey/ K.I. Miller/ R. Parrott/ T. Thompson (red.), *Handbook of Health Communication*. Mahwah, NJ. 9–34.
- Smith, R. (2008), *The Policies of Cases Journal*, (w:) *Cases Journal*. 1: 2. <http://www.casesjournal.com/content/1/1/2>.
- Smith, T. (2006), *Changing Relationships Between People and Providers: Making Sense of Patient Centred Health Care*, (w:) *Quality and Safety in Health Care*. 15. 71–73.
- Taavitsainen, I./ P. Pahta (2000), *Conventions of Professional Writing: The Medical Case Report in a Historical Perspective*, (w:) *Journal of English Linguistics* 28. 1, 60–76.
- Vandenbroucke, J.P. (2001), *In Defence of Case Reports and Case Series*, (w:) *Annals of Internal Medicine* 134. 4. 330–334.
- Van Lier, L. (2004), *The Ecology and Semiotics of Language Learning: A Sociocultural perspective*. Dordrecht.
- Van Naerssen, M.M. (1985), *Medical Records: One Variation of Physicians' Language*, (w:) *International Journal of the Sociology of Language* 5. 43–73.
- Wade, D.T./ P.W. Halligan (2004), *Do Biomedical Models of Illness Make for Good Healthcare Systems?* In: *British Medical Journal* 329. 1398–1401.

Teksty źródłowe

- B1: Heathcote, J. (2004), *Abnormal Liver Function Found After an Unplanned Consultation: Case Outcome*, (w:) *British Medical Journal* 329. 500.
- B2: Harker, N./ A. Montgomery/ T. Hafey (2004), *Treating Nausea and Vomiting During Pregnancy: Case Outcome*, (w:) *British Medical Journal* 328: 503.
- B3: Greer, I.A. (2004), *Commentary: obstetrician's Perspective – Therapeutic Trial and Error?*, (w:) *British Medical Journal* 328. 504.