

Spis treści

PIERWSZA OPOWIEŚĆ	13
* Egzystencja.....	13
** ... doświadczenie.....	14
WSTĘP	17
I.....	17
II.....	22
III.....	26
*.....	28
CZĘŚĆ I	
ROZDZIAŁ 1. AFAZJA	31
1.1. Prymarne dane językowe i specjalistyczne	31
1.2. Perspektywy oglądu	42
1.2.1. Punkt widzenia nauk medycznych	42
1.2.2. Punkt widzenia neuropsychologiczny	44
1.2.3. Punkt widzenia neurolingwistyczny	48
1.2.4. Punkt widzenia językoznawczy	50
1.2.5. Punkt widzenia komunikologiczny.....	52
1.2.6. Punkt widzenia neuro/logopedyczny	54
1.2.7. Deficyt lingwistyki klinicznej	58
1.2.8. Czy istnieje punkt widzenia <i>afazjologiczny</i>	60
1.2.9. Luka etnograficzna	62
1.3. Chaos definicji i pluralizm klasyfikacji	64
1.4. Taksonomia	66
1.4.1. Zaburzenia na poziomie podsystemów języka	69
1.4.2. Dysfunkcje modalności.....	71

1.5. Patomechanizmy afazji	71
1.5.1. Epidemia udarów	72
1.5.2. Inne przyczyny	73
1.6. Epidemiologia afazji	75
1.7. Konkluzje: kalejdoskop widoków	78
ROZDZIAŁ 2. BADANIA ZORIENTOWANE NA DYSKURS.	79
2.1. Przedpole dyskursu	80
2.1.1. Sieć pojęć i terminów	80
2.1.2. Od tekstologii do <i>dyskursologii</i>	93
2.2. Pole dyskursu	96
2.2.1. Polifonia dyskursu	97
2.2.1.1. W wieloznacznościach	97
2.2.1.2. W konceptualizacjach	101
2.2.1.2.1. W operacjonalizacjach	101
2.2.1.2.2. W konkordancjach	102
2.2.1.2.3. W kolokacjach	105
2.2.1.2.4. W typologiach	108
2.2.1.3. O niepodobieństwie syntezy	109
2.2.2. Nurty badań zorientowanych na dyskurs	109
2.2.2.1. Nurt niemiecki	110
2.2.2.2. Nurt francuski	111
2.2.2.3. Nurt anglosaski	113
2.2.2.4. Nurt polski	114
2.2.2.5. Konfrontacja nurtów: prolongacje i rozdźwięki	115
2.2.3. Analizy dyskursu	116
2.2.3.1. Analiza dyskursu	117
2.2.3.2. Krytyczna analiza dyskursu	118
2.2.3.3. Jakościowa analiza dyskursu	122
2.2.3.4. Lingwistyczna analiza dyskursu	124
2.2.3.5. Paralele analiz: pochwała mnogości	126
2.3. Konkluzje: uniwersum dyskursu	127

ROZDZIAŁ 3. FRAGMENTY Dyskursu medycznego	129
3.1. Panorama: dyskurs medyczny	130
3.1.1. Tematyzacja	131
3.1.1.1. Dyskurs choroby w pracach literaturoznawczych	132
3.1.1.2. Metafory choroby	135
3.1.1.3. Dyskurs choroby w lingwistyce	138
3.1.2. Instytucjonalizacja	139
3.1.3. Substancjalizacja oraz ideologizacja	144
3.2. Dyferencjacje	146
3.3. Zbliżenia: dyskurs o afazji	147
3.3.1. Tematyzacja	148
3.3.1.1. Metafory afazji	150
3.3.2. Instytucjonalizacja	151
3.3.3. Substancjalizacja oraz ideologizacja	155
3.3.4. Dyskurs w neuro/logopedii	157
3.4. Właściwości dyskursu medycznego oraz o afazji	160
3.5. Konkluzje: niemożność monografizowania	164

CZĘŚĆ II

ROZDZIAŁ 4. O METODZIE	169
4.1. Sztafaż inspiracji	169
4.1.1. Tło etnolingwistyczne	169
4.1.1.1. Antropologia	171
4.1.1.2. Kognitywizm	173
4.1.1.2.1. Lingwistyka etnokognitywna	175
4.1.1.2.2. Instrumentarium językowego obrazu świata	176
4.1.2. Tło lingwistyczne	179
4.1.2.1. Holistyczna koncepcja polonistyczna	179
4.1.2.2. Językoznawstwo publiczne	180
4.1.2.3. Krytyczna analiza dyskursu medycznego	181
4.1.3. Tło medyczne	182

4.1.3.1. Antropologia medyczna i etnomedycyna	183
4.1.3.2. Medycyna narracyjna	186
4.1.4. Etnografia afazji.	189
4.1.5. Badania nad <i>innością</i>	191
4.1.6. Konkluzje: o potrzebie postdyscyplinarności	191
4.2. Porządek tego dyskursu	192
4.2.1. <i>Pojęciarium</i> : wybory i uporządkowania terminologiczne . . .	192
4.2.1.1. Definicja <i>afazji</i>	192
4.2.1.2. Definicje <i>dyskursu</i> i <i>dyskursu medycznego</i>	193
4.2.1.3. Selekcja nazewnictwa	195
4.2.2. Pryncypia tożsamości przedmiotu i metody oraz przedmiotu i badacza	197
4.2.3. Propozycja praktyki <i>gęstego czytania</i>	198
4.2.3.1. Projektowanie przedmiotu badań	201
4.2.3.2. Co będzie analizowane	202
4.2.3.3. Dobór materiału językowego – <i>afazjografie</i>	205
4.2.3.4. Jak czytać gęste czytanie	209
4.2.4. Dylematy badacza	210
4.2.4.1. Pozycja naukowca	210
4.2.4.2. Pokusy badacza	212
4.2.4.3. Językoznawca w klinice	212
4.2.4.4. Dlaczego nie analiza konwersacji	214
4.3. Poetyka tego dyskursu	215

CZĘŚĆ III

ROZDZIAŁ 5. WOLGA PRZEZ AFAZJĘ: PRAKTYKA GĘSTEGO

CZYTANIA	221
5.1. Mapowanie afazji: punkty orientacyjne	221
5.1.1. Tło	222
5.1.1.1. Choroba jako miejsce: rekonfiguracja rzeczywistości . .	223
5.1.1.2. Nie na miejscu: system opieki zdrowotnej	234
5.1.1.3. Zapaść	238

5.1.2. Afazjo-grafie.	242
5.1.2.1. Korespondent, kartograf, przewodnik	242
5.1.2.2. Wizjoner, autor, artysta	244
5.1.3. Język	248
5.1.3.1. <i>Comfort names</i> : wspólnota bycia chorym.	249
5.1.3.2. Osobliwości komunikacji	255
5.1.3.3. Nieprawidłowości komunikacji	260
5.1.3.4. Metafory choroby: wojna i podróż	264
5.1.4. Wydźwięki	269
5.1.4.1. Obrazy pacjentów	269
5.1.4.2. Sztuka	271
5.1.4.3. Edukacja	272
5.1.4.4. Społeczność	274
5.2. W poszukiwaniu uniwersaliów w obrazie afazji	278
5.3. Konkluzje: „czuły” badacz i „zraniony” narrator	301
ROZDZIAŁ 6. JĘZYKOZNAWSTWO KRYTYCZNIE	
ZAANGAŻOWANE	309
6.1. Dyskurs przemilczeń	311
6.2. Dyskurs pseudoinspiracji	315
6.3. Cztery funkcjonalności	318
6.4. Konkluzje: w stronę nieinteligibilności dyskursu	324
ZAKOŃCZENIE	325
BIBLIOGRAFIA	329
SUMMARY	377