

KUNA ÁGNES – DOMONKOSI ÁGNES

## Társas deixis és kapcsolatépítés orvos-beteg konzultációk oktatóvideóiban<sup>1</sup>

### Absztrakt

Az egészségügyi szakember és a páciens közötti kapcsolat a gyógyításban központi jelentőséggel bír, a kapcsolat építésében pedig fontos szerepet kapnak a társas deixis műveletei is. Jelen elemzés a társas deixis nyelvi mintázatait és konstrukcióit vizsgálja a gyógyító kapcsolat építésének különböző lehetőségeit bemutató oktatóvideókban. A kutatás anyagát nyolc szimulált, színészekkel létrehozott videó adja (32 perc, 3116 szó, 176 forduló). A nyolc konzultáció négy jelenetet dolgoz fel, amelyben a beteg-, illetve orvosközpontú kapcsolatépítési mód, valamint a férfi-női szerepmoделlek is aktiválódnak. A kvalitatív elemzés formai és funkcionális szempontok mentén vizsgálja a személyviszonyok megjelenését és működését az egészségügyi szakember és a páciens közötti kapcsolat építésében. A vizsgálat rámutat, hogy a résztvevői szerepekhez kötődően, továbbá a különböző kapcsolatépítési modellekben tipikus gyakorisági és használatbeli eltérések mutatkoznak a társas deixis műveletének nyelvi mintázataiban.

**Kulcsszavak:** társas deixis, személyjelölés, orvos-beteg interakció, kapcsolatépítés

### 1. Bevezetés

A gyógyító és a páciens közötti kapcsolat a gyógyításban központi jelentőséggel bír a medicina múltjában, jelenében és jövőjében egyaránt (Hall et al. 1981; Meskó 2014; Koerfer et al. 2018). A kapcsolatépítés aktív és dinamikus folyamat, amely az interakcióban zajlik, és annak minden eleme részt vehet benne

<sup>1</sup> A tanulmány elkészítését az NKFIH K 129040 és K 137659 számú pályázat, a Bolyai János kutatási ösztöndíj (K. Á.), valamint az Innovációs és Technológiai Minisztérium ÚNKP-21-5-ELTE-223 (K. Á.); továbbá az Innovációs és Technológiai Minisztérium ELTE TKP2020-IKA-06 pályázata támogatta.

(Linke–Schröter 2017), de különösen kiemelkedő szerepet kapnak a társas deixis, azon belül pedig az attitűddeixis különböző műveletei (Verschueren 1999: 20–21).

Jelen elemzés célja, hogy feltárja a társas deixis nyelvi mintázatait és konstrukcióit a gyógyító kapcsolat építésének a folyamatában, a beszélő és a címzett viszonyának alakulására összpontosítva. A gyógyító kapcsolat építésének lehetőségeit nyolc oktatóvideó anyagában, a beteg- és orvoscentrikus modellben vizsgáljuk (Csabai–Csörsz–Szili 2009). Az elsődlegesen kvalitatív szempontú elemzést MAXQDA programmal valósítjuk meg. A kutatásban a beszélő és a címzett nyelvi megalkotásának és viszonyának formai és funkcionális szempontú annotálását végezzük el, kiemelt figyelmet fordítva a szerep- és személyviszonyok megjelenésére a beteg- és orvosközpontú kapcsolatépítési modellben. A szoftveres elemzés a kvalitatív mintázatok feltárásán túl lehetőséget ad arra is, hogy a vizsgált anyagra vonatkozóan mennyiségi adatokat, valamint az előfordulási gyakoriságot is feltárhassuk.

A fenti célkitűzéssel összhangban a tanulmány felépítése a következő. Jelen bevezető rész (1.) után bemutatjuk a kutatás elméleti háttérét, kitérve a tanulmány egyik központi fogalmára, a társas deixis műveletére, illetve ennek funkcionális kognitív értelmezésére, valamint a kapcsolatépítés jelentőségére az orvos-beteg viszonyban (2.). Ezt követően ismertetjük a vizsgálat anyagát és módszerét (3.), majd bemutatjuk a társas viszonyok, ezen belül is elsődlegesen a személyjelölés tendenciáit és mintázatait a két kapcsolatépítési modellben, kitérve annak kvalitatív és kvantitatív jellemzőire (4.). Végezetül tanulmányunkat összegzéssel zárjuk (5.).

## 2. Elméleti háttér

### 2.1. A társas deixis fogalma

A társas deixis a kognitív pragmatika fogalomértelmezése szerint olyan nyelvi művelet, amely bevonja a diskurzus értelmezésébe a résztvevők társas világát, vagyis azokat a kontextuális ismereteket, amelyek a beszédhelyzet személyközi viszonyainak a feldolgozásából származnak (Verschueren 1999: 20–21; Tátrai 2011: 127). A társas deixis fogalmát tanulmányunkban a személydeixis és az attitűddeixis jelenségét együttesen megnevező verschuereni értelemben használjuk.

A személydeixis a beszédesemény résztvevői szerepeit hozza működésbe, hogy azonosítsa a referenciális jelenet szereplőit (bővebben lásd Tátrai 2017: 968–974). A személydeixis műveletének prototipikus működésében a központi

személy, azaz a referenciális középpont maga a megnyilatkozó (Sanders–Spooren 1997), minden más személy ehhez az ÉN-hez viszonyítódik. A második személy a befogadót vagy befogadókat objektiválja a referenciális jelenet szereplőjeként. A harmadik személyű reprezentáltak pedig prototipikusan a referenciális jelenetnek a megnyilatkozón és a címzetten kívül eső szereplői. Ezt a viszonyrendszert alapvetően a személyes névmások és a grammatikai személyt jelölő inflexiók morféimák működtetik.

A személydeixis jelenségéhez szorosan kapcsolódik az attitűddeixis is, ugyanis a társas viszonyok megjelenítése gyakran a résztvevői szerepviszonyok megjelenítésére épül (Yule 1996). A társalgás résztvevőire utaló elemek deiktikus funkciója kettős: egyrészt jelölik a résztvevői szerepeket, másrészt jelölhetik a résztvevők közötti viszony jellegét is. Az attitűddeixis műveletében a megnyilatkozó szociokulturális viszonyai és viszonyulásai mutatkoznak meg (Versucheren 1999: 20–21; Tátrai 2017: 972–974). Az attitűddeixist megvalósító kifejezések a megnyilatkozók között folyamatosan alakuló társas kapcsolatot, egyenrangú, illetve alá- vagy fölérendelt társadalmi viszonyt, a megvalósuló társadalmi távolságot-közelséget jelenítik meg (Tátrai 2017: 973).

Az attitűddeixis legtipikusabb eszközei a magyarban a tegezés és a nemtegezés differenciálódása, a megszólítások, címek, rangok, tiszteleti kifejezések használata (lásd bővebben Domonkosi 2018). Emellett azonban a beszélő önmegjelenítésében, illetve a referenciális jelenet szereplőinek megjelenítésében is szerepet kaphat a társas viszonyok minősége, jelezve a társas deixis kategóriájának nyitottságát (Tátrai 2011: 135, 2017: 974). A használt névmások és főnevek változatai, a főnevek specifikussági szintje, családi viszonyra, funkcióra, pozícióra, tisztségre utaló szerepe a társas viszonyok sajátosságaival vannak összefüggésben.

A nemtegezés lehetősége a magyarban nyelvileg harmadik személyű formák révén valósul meg, ennek a háttérben a megnyilatkozó és a befogadó közötti társadalmi távolság metaforikus megjelenítése húzódik meg (Yule 1996: 10–11; Tolcsvai Nagy 1999: 165; Domonkosi 2012: 340). Az attitűddeixis műveletében szintén szerepet játszó megszólító elemek a társas viszonyok árnyalt alakítását teszik lehetővé. A címzett társadalmi státuszát a foglalkozását, tisztségét, pozícióját jelölő megszólítások deiktikus kivetítésként is értelmezhetők, ugyanis a konstruálás részben egy külső nézőpontból történik (Domonkosi 2019; Laczkó 2021).

A személydeixis és az attitűddeixis műveletének összefüggése abban is tetten érhető, hogy a beszédesemény résztvevői szerepeinek a prototipikus személyviszonyoktól való elmozdítása, tehát a grammatikai személyhasználatot érintő

deiktikus kivetítés tipikusan attitűdöt jelöl, azaz a személydeixis nem kanonikus használata igen gyakran attitűddeixisként értelmezhető (Domonkosi 2019).

A személydeixis műveletei tehát a résztvevői szerepek kidolgozásában központi jelentőséggel bírnak. Elemzésünkben ezen túl azonban arra az előfeltevésre is építünk, hogy a megnyilatkozóra és a címzetre utaló elemek gyakorisága, kidolgozottsága, illetve az, hogy tipikusan milyen jelentésű igei konstrukciókban jelennek meg, összetett mintázatként alakítja a társas viszonyokat. Ebből adódóan azt feltételezzük, hogy a résztvevői szerepek megalkotásának vizsgálata a kapcsolatépítés stratégiáinak a feltárásához is hozzájárul. Az attitűddeixis műveletei pedig a megnyilatkozók közötti társas kapcsolat minőségének folyamatos formálása révén a kapcsolatépítés folyamatának egyértelmű és erőteljes mutatói.

## 2.2. *Kapcsolatépítés az orvos-beteg interakcióban*

A kapcsolat és ennek építése mindig is szerves része volt a gyógyítás folyamatának. Az elmúlt évtizedekben kiemelt figyelmet kap az a kérdéskör, hogy a terápia eredményessége, kimenete milyen összefüggésben áll az egészségügyi szakember és a páciense közötti kapcsolattal, a köztük lévő terápiás szövetséggel (Csabai–Csörsz–Szili 2009). Nem véletlen, hogy az orvos-beteg konzultáció egyik fő funkciója épp ennek a szövetségnek, együttműködésnek a kiépítése (*rapport*) (Wasserman–Inui 1983; Cohen-Cole 1991; Bigi 2016).

A kutatások egyértelműen azt mutatják, hogy az orvos-beteg kapcsolat és ennek részeként az egészségügyi kommunikáció jelentős változásokon ment keresztül a 20. század közepétől. A korábban jellemző orvos- és betegközpontú, paternalisztikus megközelítés egyre inkább a betegközpontú gyógyítás felé tolódik (Heritage–Maynard 2006; Beach 2013). Az új megközelítés több modellel jellemezhető (Emmanuel–Emmanuel 1992; Kuna 2020), és az orvos-beteg közötti interakcióra és kapcsolatépítésre is nagy hatást gyakorol. A többféle modell sematikus tekintve elhelyezhető egy skálán, az úgynevezett orvosközpontú, paternalisztikus, valamint a betegcentrikus viselkedési mód pólusai között.

A paternalisztikus viselkedési mintában történetileg az orvoshoz kötődik az orvosszakmai, kulturális és társadalmi autoritás egyaránt (Parsons 1951; Heritage 2019). Ő az interakció és a megvalósuló cselekvések irányítója, lényegében a döntéshozó. Az orvos fölérendelt helyzetből gyakorolja a kontrollt az alárendelt beteg felett. A betegség ebben a közegben egy biológiai állapot, amelyet a megfelelő tudományos ismeretekkel lehet gyógyítani. Az orvos és a beteg közötti kommunikáció pedig nem tölt be terápiás szerepet, továbbá a beteg érzelmei, ismeretei, kérdései is a háttérben maradnak.

Az orvos- és betegséggközpontú, azaz paternalisztikus<sup>2</sup> modellnek a kritikájaként, egyfajta ellenpólusaként jelenik meg az 1950-es évek végétől kezdve a személy-, illetve betegközpontú gyógyítás modellje (Szasz–Hollender 1956; Balint 1957). Ebben a megközelítésben a beteg személyként, nem pedig beteg testként vesz részt a gyógyítás folyamatában. Biomedikális állapotát tágabb kontextusában vizsgálja az egészségügyi szakember. Így figyelembe veszi a páciens saját betegségéhez kapcsolódó ismereteit, lelki, érzelmi és társadalmi hátterét; nagy hangsúlyt fektet a hatalom és a felelősség megosztására, a terápiás kapcsolatra (szövetségre) és ennek elemi részeként a verbális és nem verbális kommunikáció sajátosságaira; továbbá kiemelt szerepet kap a betegoktatás, a beteg további terápiás viselkedése (Heritage–Maynard 2006; Bigi 2016). Így az egészségügyi szakember nem kizárólag ajánl, javasol, elrendel, hanem a terápiát a beteggel együtt, annak érzelmi és mindennapi tevékenységeinek a figyelembevételével alakítja ki.

Ezen a ponton érdemes megjegyezni, hogy az orvos- és a betegcentrikus szemlélet dichotómiája nem képes megragadni a kapcsolatépítés komplexitását. Történetileg ez a két szemlélet állt egymással szemben (Beach 2013), majd kiegészült az interakció-, illetve dialógus-központú, továbbá a biopszichoszociális központú megközelítéssel, ezek egymáshoz fűződő, összetett viszonyaival (Beach, 2013: 5; Koerfer–Koerfer, 2018: 334). Ennek megfelelően a tanulmányban az orvos- és betegcentrikus pólust nem a történeti szemléletnek megfelelően, azaz nem két élesen elkülöníthető lehetőségként értelmezzük, hanem egy skála két végpontjaként.

A két modell, eltérő társas és nyelvi viselkedéssel is együtt jár a résztvevők viszonyában. Ezek tudományos igényű leírása, valamint összehasonlítása azonban korántsem egyszerű feladat. Annál is inkább, mivel nem egy-egy beszédaktus vagy nyelvi-kommunikatív jellemző, hanem ezek tipikus együttes előfordulásai rajzolják ki a paternalisztikus, illetve betegcentrikus mintázatot. Egyre nagyobb mértékű eltolódás figyelhető meg a betegcentrikus modell irányába (Beach 2013), ugyanakkor a modellek, valamint az interakciós működés skalárisan értelmezhető. Ez azt is jelenti, hogy egyes jellemzők együttesen jelennek meg a működésben. Az is megállapítható továbbá, hogy nagy egyéni különbségek mutatkoznak az egyes emberek között abban, hogy milyen kommunikációs módot igényelnek, illetve részesítenek előnyben az orvosukkal való kommunikációban. Erre mutat rá egy 2009-es magyarországi kérdőíves felmérés is (Vajda et al. 2012: 346), amelynek eredményei szerint a jól kommunikáló orvost Magyarországon

<sup>2</sup> Az orvoscentrikus és paternalisztikus fogalmakat a tanulmányban szinonim értelemben használjuk.

legtöbbször a paternalisztikus modell jellemzőivel írják le, ugyanakkor igénylik a közös döntéshozatalt, ami pedig a betegközponterű modellelre jellemző.

A két modell valós interakcióinak a vizsgálatát tovább nehezítő tényező, hogy jellemzően olyan egészségügyi szakemberek vesznek részt orvos-beteg kommunikációra irányuló kutatásokban, akik maguk is fontosnak tartják a kommunikációt a terápiás viszonyban. Tehát valószínűsíthetően inkább a betegcentrikus viselkedési mód kommunikatív jellemzői dominálnak a konzultációkon. Részben ezzel van összefüggésben, hogy jelen tanulmányban a két kapcsolatépítési modell társas viszonyaihoz köthető jellegzetességeket színészekkel létrehozott oktatóvideók diskurzusainak elemzésén keresztül mutatjuk be (ennek részleteit lásd 3.). Az anyagválasztást indokolja továbbá az is, hogy a szimulált diskurzusok egyre nagyobb szerepet kapnak a medikusok és az orvosok kommunikációs képzésében és fejlesztésében, a kapcsolatépítés módjának az oktatásában (lásd bővebben Henry–Fetters 2012; Eklics–Koppán 2018).

A két kapcsolatépítési mód összevető vizsgálatát tovább nehezítő tényező, hogy maga a kapcsolatépítés is komplex és dinamikus folyamat, amely a konzultáció mikro környezetében folyamatos egyezkedések révén valósul meg az interakcióban, ugyanakkor hatást gyakorol rá az orvoslás társas-kulturális makrokörnyezete is. Ebben a kommunikáció minden eleme részt vehet más kommunikatív funkciókkal összefonódva. Vannak azonban műveletek, nyelvi jellemzők és cselekvések, amelyek különösen kiemelkedőek a kapcsolatépítés szempontjából. Ilyen például a köszönés, a megszólítás, a társalgásbeli nyelvi viselkedés (pl. megszakítás, párhuzamos beszéd); a kommunikáció nem verbális elemei (szupraszegmentális jellemzők, testtartás, érintés stb.); az érzelmekről való kommunikáció; a tudásszervezés módja (Koerfer–Reimer–Albus 2018).

Jelen tanulmányunkban elsősorban a társas deixis mintázatainak a szerepét vizsgáljuk az egészségügyi szakember és a páciense közötti interakcióban, kiemelve az egyes résztvevői szerepeket, valamint a közöttük alakuló viszonykonstruálási jellegzetességeit. Az oktatóvideókon végzett elemzések további vizsgálati lehetőségeket nyitnak a valós orvos-beteg interakciók nyelvi mintázatainak feltárására és összehasonlítására, ami a kutatás következő fázisában valósul meg. Az eredmények az újonnan létrejövő oktatóvideók jellemzőire is hatással lehetnek.

### 3. Anyag és módszer

A kutatás anyagát nyolc szimulált, színészekkel létrehozott oktatóvideó adja (Csabai–Csörsz–Szili 2009). A nyolc konzultáció összesen négy jelenetet dolgoz

fel betegcentrikus, illetve paternalisztikus orvosi viselkedési modellben, valamint tipikus női- és férfiszerep-modelleket aktiválva (Bálint–Nagy–Csabai 2014), összesen 32 perc (3116 szó, 176 forduló) terjedelemben. Ezek közül két jelenet háziiorvosi rendelésen (négy konzultáció), a másik kettő pedig pszichológus és páciense között zajlik (négy beszélgetés). A 2008-ban készült oktatólemezen található jelenetek tehát nem valós diskurzusok, hanem olyan valós helyzeteken alapuló, fiktív interakciók, amelyek a gyógyító szakember és a páciense közötti beszélgetés imitálása révén a két különböző kapcsolatépítési módot hivatottak megjeleníteni.

A *gyógyító kapcsolat élménye* című kézikönyv mellékletében az oktatóvideók (Csabai–Csörsz–Szili 2009) szövegei olyan valós szituációkon alapulnak, amelyek tipikus gyógyítói helyzeteket dolgoznak fel. A szöveget pszichológusok írták. A jelenetekhez kapcsolódóan a színészeknek annyi instrukciót kaptak, hogy az egyik módban létrejön a páciens és az orvos/pszichológus között a terápiás kapcsolat, a másikban ez nem valósul meg.<sup>3</sup> Az oktatóvideók és a kézikönyv a hozzá kapcsolódó feladatokkal együtt a terápiás kapcsolatépítés érzékenyítésének céljával jött létre, és gyakran alkalmazott eszköz az egészségügyi szakemberek kommunikációs képzésében. Többek között ez is indokolta teszi, hogy feltárjuk a videókban megjelenő diszkurzív mintázatokat. Az oktatóvideók egy-egy helyzetet kétféle módon feldolgozó jelenetei továbbá azt is lehetővé teszik, hogy ugyanarra a szituációra vonatkozóan mutassák meg a paternalisztikus és a betegcentrikus kapcsolatépítési mód nyelvi mintázatait.

Tanulmányunkban a vizsgált párbeszédet a leírtaknak megfelelően nem valós diskurzusként kezeljük. A diskurzusok fiktív jellegét az elemzésben mindig szem előtt tartjuk, megállapításainkat ennek megfelelően fogalmazzuk meg.

A vizsgált anyag részletes adatait az 1. táblázat foglalja össze.

<sup>3</sup> Megjegyzés: A szerzők nem nevezték az egyes jeleneteket betegközpontúnak, illetve paternalisztikusnak. A velük történő egyeztetés során ugyanakkor megfelelőnek találták, ha az elemzésben ezeket a „címkéket” használjuk a skálárisan értelmezett kapcsolatépítési mód végpontjainak a megnevezésére. Folyamatban van egy kérdőíves felmérés arra vonatkozóan, hogy hogyan „címkézik” ezeket a jeleneteket, illetve hogyan viszonyulnak egészségügyi szakembernek tanuló egyetemisták (medikusok, pszichológusok, gyógypedagógusok) a két kapcsolatépítési módhoz az oktatóvideó jelenetei alapján.

1. táblázat. A videóanyag metaadatai

A videó azonosítója	Idő-tartam	Modell	Résztevők <sup>4</sup>	Nem	Probléma
V1P	4:08	Pat.	Psz-P	n-ffi	pánikbetegség, szorongás
V1B	4:11	B.cent.	Psz-P	n-ffi	pánikbetegség, szorongás
V2P	4:17	Pat.	D-P	n-ffi	megemelkedett glükózszint, túlsúly, jogosítvány (foglalkozáshoz)
V2B	4:53	B.cent.	D-P	n-ffi	megemelkedett glükózszint, túlsúly, jogosítvány (foglalkozáshoz)
V3P	4:23	Pat.	Psz-P	ffi-n	állandó fejfájás, magas stressz
V3B	4:34	B.cent.	Psz-P	ffi-n	állandó fejfájás, magas stressz
V4P	2:45	Pat.	D-P	ffi-n	várandós kismama elkapta kisgyermekétől az influenzát
V4B	2:57	B.cent.	D-P	ffi-n	várandós kismama elkapta kisgyermekétől az influenzát

A videójeleneteknek kétféle átírata állt rendelkezésre az elemzéshez. Egyrészt a kézikönyvben megtalálhatók a jelenetek alapjaként szolgáló szövegek; másrészt a társalgáselemzési szempontok elemzéséhez (Kuna megj. a.) a hanganyagot FOLKER programmal is lejegyeztük (Schmidt–Schütte 2010). Jelen tanulmányban a kézikönyvben található, transzkripció jelzések nélküli, „normatív” lejegyzésből hozzuk a példáinkat. Ennek oka, hogy a személyjelölés és az attitűddeixis vizsgálata szempontjából nem relevánsak a szünetek, együttbeszélések, egyéb nonverbális interaktív jelzések, ugyanakkor ez az átírás átláthatóbb.

A leírt szövegekben a megnyilatkozó és a címzett, illetve a viszonyuk jelölésének formai és funkcionális szempontú elemzése MAXQDA programmal zajlott (Kuckartz–Rädiker 2019). A program használata lehetővé teszi több elemzési szempont párhuzamos vizsgálatát, valamint az egyes vizsgálati szempontok egymáshoz való viszonyának és esetleges együttállásainak a feltárását.

<sup>4</sup> Rövidítések az egész tanulmányban: *Psz* – pszichológus; *P* – páciens; *D* – doktor. A videók jelölései számozással (V1, V2, V3, V4) és kapcsolatépítési mód kezdőbetűjének kombinációjával történik (*P* – paternalisztikus, *B* – betegcentrikus).



Próbaelemzéseket követően az annotálást az elemzésben részt vevő mindkét kutató elvégezte (K. Á., D. Á.), a kérdéses eseteket közös döntési folyamatok során egységesítette.

A személyközi viszonyok, a kapcsolatépítés modellezése céljából vizsgáltuk a beszélőre és a címzetre utaló konstrukciók mindegyikét. Kódoltuk azokat a grammatikai számot és személyt jelölő elemeket, amelyek deiktikusan a figyelmi jelenet résztvevőire vonatkoznak, azaz az inflexió és névmási elemeket is (E/1., E/2., E/3., T/1., T/2., T/3.). Külön elemzési szempontként vizsgáltuk, hogy az egyes személyjelölési módok hogyan vesznek részt a beszélő és a címzett (ÉN-TE) viszonyának megalkotásában, működésében, beleértve a névmási, morfoszintaktikai, továbbá a címzettek esetében a *tetszik* + infinitívuszos és vokatívuszos konstrukciókat is. A grammatikai szám és személy, illetve a beszélő és a címzett megjelenítésének külön kóddal való jelölése lehetővé teszi a személyjelölés formái és a funkcionális jellegzetességeinek az összevetését. Ez azért fontos, mert ezek elmozdulhatnak egymástól, tehát például a megnyilatkozó és a befogadó nem mindig első, illetve második személyben konstruálódik (Domonkosi 2019; Laczkó 2021). A forma és a funkció „elmozdulása” sok esetben tipikusan az attitűdjelölés egyik módozatának is tekinthető (lásd a T/1. empatikus használata Laczkó–Tátrai 2015; Kuna 2016; Laczkó 2021). Az interakció nem közvetlen résztvevőit, azaz a figyelmi jelenetben részt nem vevő szereplőket módszertani okok miatt az E/3-as kategóriától elkülönítve, személyemlésként kódoltuk (lásd 4. fejezet).

A kapcsolatépítés szempontjából kiemelkedő jelentőségűek továbbá az attitűddeixis kategóriájába tartozó, a társas viszonyok rituáléit megteremtő elemek, mint például a köszönés, a bemutatkozás, az elköszönés. Ezeknek az elemeknek a két kapcsolatépítési modellben való előfordulásait szintén összehasonlítjuk, valamint a személyjelölés módozataival való viszonyukban értelmezzük.

Mivel a MAXQDA programmal végzett elemzés az egyes kategóriákra vonatkozóan számszerű adatokkal is szolgál, fontos megemlíteni néhány olyan módszertani döntést, amelyek a gyakorisági adatok alakulását is befolyásolják. Ezek a következők: A személy egy-egy igei, ritkábban névszói konstrukcióba tartozó inflexió és névmási jelölését külön kóddal láttuk el. Az idiomatikus, konvencionizált kifejezések esetében is jelöltük a grammatikai-formai személyt (pl. *Kezét csókolom*). Nem jelöltük E/1-es alakként az implicit tárgyat az alábbi esetben: *Akkor majd hívjon [engem]! A mondjuk*-ot diskurzusjelölő funkcióban nem annotáltuk a T/1. személyjelölési módjaként. Kihagytuk az elemzésből az önmagában álló *tessék*-et (pl. beengedésnél). Nem vettük bele az elemzésbe

a megnyilatkozóhoz kötődő általános, személytelen megjegyzéseket akkor sem, ha az implicit a beszélőt is magában foglalja (*Manapság már annak is örül az ember, ha egyáltalán van fuvar*, V2P).

Kutatásunkban abból az előfeltevésből indulunk ki, hogy a társas viszonyok jellegének alakításában és működésében a megnyilatkozó és a címzett közötti viszonyt kidolgozó attitűddeixis művelein túl a résztvevői szerepeket kidolgozó személydeixis műveleteinek a megvalósulása, előfordulási gyakorisága, megszólása is szerepet játszik. Jelen tanulmányban ennek megfelelően alapvetően két fő kutatási kérdésre kerestük a választ. Ezek a következők:

- 1) Milyen formai és funkcionális kategóriák mentén írható le a személydeixis működése az orvos-beteg interakció résztvevői szerepeinek alakításában?
- 2) Hogyan függenek össze a társas deixis változatai, valamint előfordulási gyakoriságuk a betegközpontú és a paternalisztikus kapcsolatépítési mód megvalósulásával?

#### **4. A társas deixis mintázatai az egészségügyi szakember és a páciens közötti viszonyban**

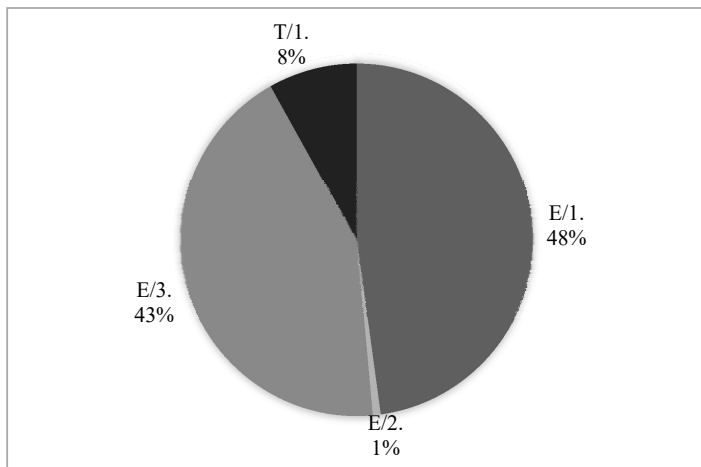
A társas viszonyok alakítása az interakciókban dinamikusan valósul meg számos nyelvi és nem nyelvi viselkedés révén (testbeszéd, a beszéd szupraszegmentális jellemzői, beszédaktusok stb.). A társas deixis művelete, illetve azon belül is a személydeixis kiemelkedő szerepet kap az interakcióbeli résztvevői szerepek nyelvi megalkotásában.

##### *4.1. A személyjelölő elemek szerepe és arányai a résztvevői szerepek kidolgozásában*

A nyolc konzultációban 554, a személydeixis műveletének megvalósításában részt vevő nyelvi elemet kódoltunk, amelyek közvetlenül kapcsolódnak a résztvevői szerepek megalkotásához. Külön annotáltuk a grammatikai szám és személy formailag megvalósuló kategóriáját (E/1., E/2., E/3.<sup>5</sup>, T/1., T/2, T/3.), valamint

<sup>5</sup> Az itt szereplő E/3. minden esetben a nemtegező formát jelöli. Külön elemzési kategóriaként vizsgáltuk a harmadik személyen belül az úgynevezett személyemlítést. Azaz azokat az eseteket, amikor az interakcióban részt vevők harmadik személyt vagy személyeket említenek az aktuálisan folyó diskurzusban. Ezt tudatosan külön kategóriaként kezeltük azzal a céllal, hogy a személyemlétesek a grammatikai és a funkcionális viszonyokat a résztvevői szerepek vizsgálatokor ne

azt, hogy az adott forma a megnyilatkozó vagy a címzett kidolgozásában vesz-e részt. Ezeket a szempontokat minden személyre vonatkozóan megvizsgáltuk a dialogikusan szerveződő konzultációs szövegekben. A vizsgált mintában a személyjelölő elemek grammatikai szám és személy szerinti százalékos megoszlását az 1. ábra foglalja össze.



1. ábra. A személyjelölő konstrukciók formai-grammatikai eloszlása (%)

Az ábra alapján elmondható, hogy az E/1. (48%), valamint az E/3. személyű (43%) forma jelenik meg leggyakrabban a személyjelölésben a résztvevők szerepviszonyainak a kidolgozásában. Az E/1. jellemzően a beszélőt magát jelöli, az E/3-as forma pedig minden esetben az interakcióban részt vevő másik személy, a címzett megalkotásához kötődik. A második személy harmadik személyként való konstruálása, valamint ennek gyakorisága a nemtegező forma grammatikalizációjának tudható be (Domonkosi 2012). Ennek konvencionáltsági foka és a begyakorlottság mértéke a mindennapi nyelvhasználatban nagyon magas (Domonkosi 2002), az orvos-beteg viszonyban pedig ez számít bevált gyakorlatnak (Domonkosi–Kuna 2015; Csizsárik–Domonkosi 2018).

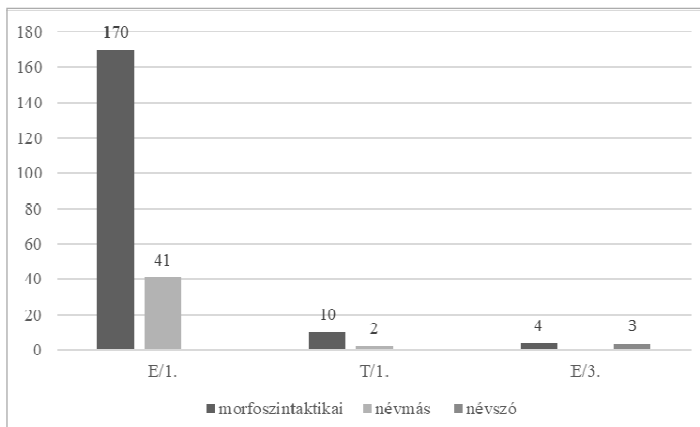
Jóval kisebb arányban figyelhető meg a T/1. (8%), valamint az E/2. (1%). Ez utóbbi a (V4P), (V4B) konzultációkban jelenik meg, amikor az orvos egy rövid magán-telefonbeszélgetést folytat egy ismerőssel, akivel tegeződik.

befolyásolják. Így az úgynevezett személyemlések, amelyek a vizsgált anyagban 122-szer fordulnak elő, az 1. ábra százalékos arányaiban nem jelennek meg. Például: *Voltam a házi orvosnál is, aztán pszichiáternél* (V1P).

A továbbiakban részletesen bemutatjuk, hogy az egyes szerepjelölő elemek hogyan kötődnek a szerepviszonyok, valamint a paternalisztikus és a beteg-központú kapcsolatépítési módok megvalósulásához.

#### 4.2. A megnyilatkozó (ön)konstrálása – Az egészségügyi szakember és a páciens mint megnyilatkozó

A vizsgált mintában a megnyilatkozóhoz kötődő személyjelölési módok közül a leggyakrabban az E/1. személyű konstrukció jelenik meg mind az egészségügyi szakember, mind a páciens esetében (1., 2. és 3. ábra). A kettő között azonban jelentős eltérés mutatkozik az előfordulási gyakoriságban, továbbá a vizsgált konstrukciók szemantikai vonatkozása is más. A vizsgált nyolc konzultációban az orvosok és pszichológusok esetében összesen 88, míg a pácienseknél 227 ilyen személyjelölési mód adatolható. A megnyilatkozó személyét kidolgozó személydeixis művelete tipikusan morfoszintaktikailag, igei személyraggal vagy birtokos személyjellel valósul meg a magyar nyelv jellegéből, a névmási alany elhagyhatóságából (pro-drop) adódóan. Ennél jóval ritkábban jelenik meg ilyen funkcióban névmási elem; névszók pedig elsősorban a bemutatkozások aktusaként kaphatnak szerepet a megnyilatkozó önkonstruálásában (pl. *Baloghné Zombori Mária*).



2. ábra. A páciens mint megnyilatkozó ÉN-konstruálása

A páciens és a gyógyító megnyilatkozó szerepének kidolgozásában a személyjelölő elemek gyakoriságán túl szemantikai eltérések is megfigyelhetők.

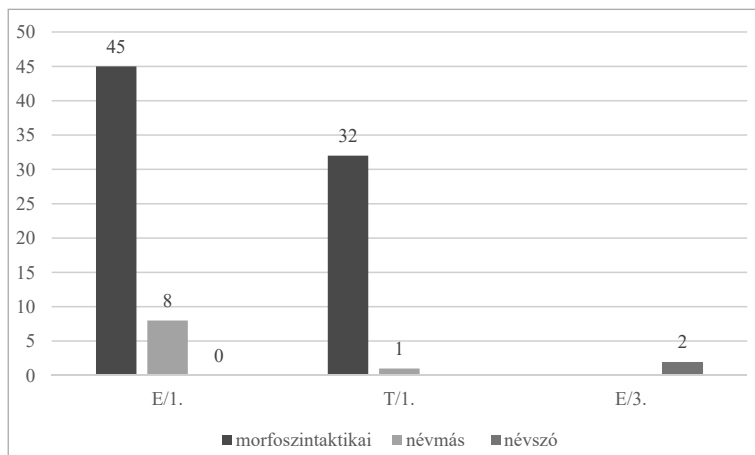
A páciensszerepű megnyilatkozók önmagukra vonatkozó konstruálási folyamatában a konzultációkon jellemzően különböző szemantikai csoportok figyelhetők meg, amelyek az ÉN különböző aspektusait (fizikai, mentális állapot, szociális viszonyok stb.) emelik, illetve dolgozzák ki metonimikusan, legtöbbször igei konstrukciók révén

- saját állapotuk, fájdalmaik, vágyaik, érzelmeik (*rosszulléteim, rettegek, fejfájásomnak, végtagjaim, lebetegszem*);
- képességeik és bizonytalanságuk (*nem is tudom, nem tudok egyedül otthon maradni, hogy tudnék pihenni*);
- pszichoszociális viszonyaik (*feleségem, munkahelyemre, nővéremnek, férjem, tanítók, fiam, unokatestvérem, osztályom*);
- mentális állapotaik (*át kell ezt gondolnom, belegondolok*);
- a terápiához kapcsolódó konkrét és mindennapi cselekvéseik (*injekciózni kell magam, meggyógyulok, lefogyok, jelentkezem, cukros vagyok, nem eszem, elkaptam*);
- a konzultáción megvalósuló cselekvések (*bejöhetek, jöjjenek el*);
- udvariassági és kapcsolattartó aktusok (*köszönöm, kezét csókolom, jó napot kívánok*).

Ezzel szemben az egészségügyi dolgozók kommunikációjában az énkonstruálás a szakmai közegehez kapcsolódó igei konstrukciók révén történik. Gyakoriatok a tudás koordinálására vonatkozó metapragmatikai reflexiók (*mondtam, mondom, kérdezem, kérdeztem, látom, értem*); megjelennek a gyógyításhoz kötődő direktív beszédaktusok (*kérem, javaslom*); a terápia szervezéséhez kötődő cselekvések (*segíthetek, várom*); valamint a konvencionizált aktusok (*üdvözlöm*), és egyéb kapcsolatteremtési reflexiók (*szólíthatom*).

Az E/1. perspektivikus, nem a megnyilatkozókra vonatkozó használata kizárólag egyszer fordul elő. Ebben az esetben az egészségügyi dolgozó a páciens nézőpontjából dolgozza ki a terápiás cselekvést (1). Az ilyen jellegű egyes szám első személyhez köthető perspektíva-váltás a valós orvos-beteg interakciókban is ritkán fordul elő (Kuna 2016).

- (1) Psz: Ez nem olyan, mint egy gyógyszer, hogy **beveszem**, és vége, elmúlt a tünet. Idő, türelem és kitartás kell hozzá. (V1B)



3. ábra. Az egészségügyi szakember mint megnyilatkozó ÉN-konstruálása

Az egyes szám első személyű névmások használatában is eltérések mutatkoznak a páciensek és a gyógyítók megnyilatkozásaiban. A páciensek esetében gyakrabban jelennek meg az *én* személyes névmás és azok ragozott alakjai (*én* 19-szer, *magam* 9-szer, *nekem* 6-szor, *velem* 2-szer, *engem* 2-szer, *rajtam* 2-szer, *mindenem* 1-szer). Kiemelkedően magas a három jelenet mindkét videójában az E/1-es névmások száma (7-7 db). Ezeknek a konzultációknak a részletes elemzése rávilágít arra, hogy önmagában az egyes személyjelölési konstrukciók gyakorisága nem adhat következtetési alapot a működésbeli jellegzetességekre. Ugyanis ebben a jelenetben a páciens mindig eltereli az önmagáról való beszédet (a családjára a munkájára [2a]). Az E/1-es személyes névmások gyakoribb előfordulása így ebben a konkrét diskurzusban nem az önmegjelenítés határozottabb, dominánsabb módja, hanem ellenkezőleg a bizonytalanság vagy a lelki állapotra vonatkozó következtetési folyamatok indikátora (2b, c), amelyet a jelenetben megfigyelhető nonverbális kommunikáció is támogat. A névmási megjelenések sok esetben az ige vonzataival is szoros összefüggést mutatnak (2c).

- (2a) P: Hogy mióta tart? Hú... Hát nehezen tudnám én ezt megmondani. Mióta az eszemet tudom, *én* fejfájós vagyok. De hát nem is csoda, mert ugye a nővérem is, meg az anyukám is szegény. Ő már nincs velünk. De hát, ha jobban belegondolok, akkor még az unokatestvérem is. Úgyhogy volt kitől örökölni. (V3P)

- (2b) *P*: Hát, **én** nem is tudom. **Én** olyan különösebb lelki problémákról nem tudok. (V3B)
- (2c) *P*: Talán ezért lenne mindez, hogy túlságosan háttérbe szorítom **magam**, ahogy tetszett mondani, hogy, hogy túl sok mindent veszek **magamra**. (V3B)

Az egészségügyi szakembereket jóval kevesebbszer jelöli egyes szám első személyű névmási személydeixis. Ezek a névmások több esetben metonimikusan a rendelő vagy a gyógyítás helyének a kidolgozását valósítják meg (3a, b). Továbbá olykor a szakember mentális állapotainak, metareflexióinak határozottabb kifejtését szolgálják (3c).

- (3a) *Psz*: Szóval mégiscsak úgy döntött, hogy eljön **hozzám**. (V1B)
- (3b) *Psz*: Két hete találkoztunk először, akkor volt **nálam** pszichológiai vizsgálaton. (V1B)
- (3c) *Psz*: **Én** úgy érzem, mintha kicsit felmentést adna neki, miközben úgy gondolja, hogy esetleg többet is segíthetne. (V3B)

A vizsgált diskurzusokban megfigyelhető, hogy az egészségügyi szakemberek több és többféle vonatkozású többes szám első személyű formát használnak, mint a páciensek. Ez összhangban áll a valós orvos-beteg találkozások (Kuna 2016), valamint egyéb egészségügyi konzultációs helyzetek kutatási eredményeivel (Udvardi 2021). A vizsgált mintában a páciensek nyelvi tevékenységében tizenkét T/1-es konstrukció fordul elő, amíg az orvosok és a pszichológusok nyelvhasználatában közel 3-szor ennyi (34 db) (lásd 1. és 2. ábra). A páciensek megnyilatkozásaiban a többes szám első személyű alakok vonatkozása egyetlen egyszer az interakcióban részt vevő egészségügyi szakember és a páciens maga (4a); az összes többi esetben pedig a páciens és más, interakción kívüli személyek, jellemzően családtagok (4b, 4c).

- (4a) *P*: Hát öö – ahogy már az előző **találkozásunkkor** is mondtam – nekem ilyen pánik – rosszulleteim vannak. (V1B)
- (4b) *P*: Ja, nem. Nem. Négyen **vagyunk**. Ja, hát persze a férjem is **velünk** van. (V3P)
- (4c) *P*: Tegnapelőtt **voltunk** itt a Danikával (V4P)

Az egészségügyi szakemberek megnyilatkozásaiban a T/1-es alakok leggyakrabban az aktuális interakció résztvevőinek a közös tevékenységét dolgozzák ki a terápia menetére, a közös figyelmi jelenetre, illetve ezek szervezésére vonatkozóan (*találkoztunk, egyeztetünk időpontot, lássuk, megnézzük, nézzük*) (5a, b). A többes szám első személyű konstrukciók vonatkozása lehet továbbá az orvos/pszichológus és más szakemberek (5c) vagy ritkábban az orvos saját tevékenysége (5d, e). A beteg nézőpontját beemelő úgynevezett empatikus szerepű használat – azaz amikor a megnyilatkozó csak áttételesen része a nyelvi megalkotott MI-nek (Laczkó–Tátrai 2015: 505–506) – viszonylag ritkán fordul elő a vizsgált mintában (5f).

(5a) *Psz:* Amíg nem lát összefüggéseket az élete és a betegsége között, amíg egy új gyógyszertől várja a csodát, addig **mi** nem **tudunk együtt dolgozni** (V1P)

(5b) *Psz:* Most **beszéljünk** egy kicsit magáról! (V3A)

(5c) *Psz:* Igen, a doktornővel nagyon jó szakmai kapcsolatban **vagyunk**. Sokszor küld át hozzám pácienset. (V3B)

(5d) *D:* De ezzel kapcsolatban **összegejtöttünk** néhány könyvcímet. (V2B)

(5e) [...] és hogyha nem kielégítő a diéta, akkor vércukorcsökkentő tablettákat **adunk**. (V2P)

(5f) *P:* Hát most leszálékolnak?

*D:* Hm... nem, **ott azért még nem tartunk**. (V2P)

A beszélők névszói, harmadik személyű, részben objektívalt megjelenítése nagyon kevés esetben fordul elő, és lényegében a bemutatkozás (*Baloghné Zombori Mária, Békési Károly*) vagy a saját név említésének a tipikus eseteihez köthető.

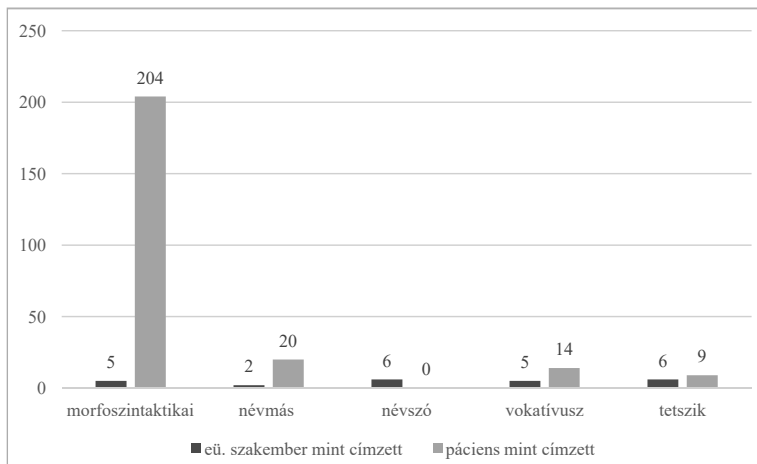
A megnyilatkozókra vonatkozó személydeixis és jellegzetességeinek az ismertetését követően rátérünk a címzettekhez kapcsolódó személyjelölési tendenciákra.

#### 4.3. Az interakcióbeli partner konstruálása – Az egészségügyi szakember és a páciens mint címzett

A résztvevői szerepek megalkotása és alakulása dinamikus folyamat, és interakcióbeli működésében a megnyilatkozó és a befogadói szerepek együtt értelmezhetők, ahogy erre már a fenti példák is rámutattak.



A vizsgált minta alapján elmondható, hogy a páciensek sokkal ritkábban szólítják meg, illetve dolgozzák ki nyelviileg az egészségügyi szakembert címzettként. A nyolc diskurzusban ez összesen 24 esetben jelenik meg. Ezzel szemben az egészségügyi szakemberek megnyilatkozásaiban több mint 10-szer ekkora gyakorisággal szerepelnek a páciens mint címzetten jelölő formák (247 esetben).



4. ábra. A címzett résztvevői szerepének személyjelölési konstrukciói

Ahogy a 4. ábra is szemlélteti az egészségügyi szakemberek közléseiben a páciensnek mint interakcióbeli címzettnek a megjelenítése inflexiós morfémák révén történik. Ez a művelet jellemzően (169 esetben) névmás nélküli, nemtegező igei szerkezetekben vagy névszókhoz kapcsolódó birtokos személyjel által valósul meg (6a, b, c). A páciensek megnyilatkozásaiban összesen öt olyan előfordulás adatolható, amely az orvosra inflexiós morfémaként utal. Ezek nagy része is konvencionizált beszédaktushoz (*Kezét csókolom*) vagy a diskurzus, illetve a közös figyelem irányításának a hagyományos nyelvi kifejezőihez köthető (*Nézze*). Ez részben arra is utalhat, hogy a páciensek a vizsgált diskurzusokban alacsony kezdeményezési készséget mutatnak (pl. nem kérnek, javasolnak); vagy mindezt nyelviileg személytelenül fogalmazzák meg.

A második személy névmási megjelölése jóval ritkább a vizsgált mintában, ami a magyarra jellemző alanyelhagyás mellett a nemtegezésen belüli névmáskerülés tendenciájával is kapcsolatba hozható (Domonkosi 2002: 194–196). A *Maga/Ön* névmás 20 esetben fordul elő a gyógyítók közléseiben (6d, 6e), míg a páciensek esetében összesen kétszer (6f).

- (6a) *Psz.*: Ah, **megérkezett. Jöjjön, üljön le.** (V1P)
- (6b) *D.* **Fogyasszon** sok folyadékot, lehetőleg meleg teát. **Szedjen** vitaminokat, és **kerülje** a zsúfolt helyeket. (V4P)
- (6c) *D.* **Mesélne** nekem a **fejfájásáról**, hogy mióta tart, mikor jelentkezik? (V3P)
- (6d) *Psz.*: Milyen az **Ön párkapcsolata?** (V1P)
- (6e) *D.* És fontos lenne a **feleségével** is beszélnie, hogy segítsen **Önnek** abban, hogy **diétázni tudjon.** (V2b)
- (6f) *B.* A Kovács doktor úr mondta, hogy jöjjenek el **Önhöz**, mert ő már nem tud mit csinálni. Lehet, hogy egy új gyógyszer kellene. (V1P)

A résztvevők közös terápiás munkájának a nyelvi megalkotása többes szám első személyű, jellemzően igei alakokhoz köthető, ahogy erre már a megnyilatkozó szerepeknél is utaltunk (5a, b). Ez a gyógyító szakemberek kommunikációjában jóval gyakoribb (27-szer fordul elő), mint a páciensekében (1 esetben, [4a]).

A nominális megszólítás a címzettek nyelvi megalkotásának egyik prototipikus módja. A páciensek kizárólag a társadalmi konvencióknak megfelelően, a szakmai szerep megjelölésével (*doktornő/doktor úr*) szólítják meg az egészségügyi szakembert. Ezzel szemben a páciensek vokatívuszi megszólításában nagyobb változatosság mutatkozik, ami összhangban áll a mindennapi gyakorlattal is (Csizsárik–Domonkosi 2018). Előfordul vezetéknev + *úr* (*Szalai úr*), keresztnév (*Marika*) és ragozott névszó (*asszonyom*) egyaránt. A nominális megszólítások használatában megmutatkozó aszimmetria jelzi az gyógyító–páciens viszonyra jellemző, eredendő, a betegcentrikus modellben is érvényesülő erőteljes szerepbeli eltéréseket.

A *tetszik* + főnévi igeneves szerkezetek viszonylag alacsony számban jelennek meg. Az egészségügyi szakember kommunikációjában kizárólag *tessék*-ként adathatók. Kifejezetten gyakran szerepel ez a forma a második jelenet paternalisztikus kapcsolatépítési modelljének diskurzusában (7a, b, c, d), amely több más nyelvi jellemzővel együtt hozzájárul az orvos direktív stílusának a kifejezéséhez is. A *tessék* formák egyes helyzetekben, főként konvencionalizált kifejezésekben, udvariasságot is jelezhetnek (7a), ugyanakkor utasító és direktív hatás is kapcsolódhat hozzájuk, ahogy ez a (7b)-(7c) példákban is megfigyelhető. Ezekben a példákban ugyanis erőteljes felszólításként értelmezhetők. Érdemes

ezzel összehasonlítani ennek a jelenetnek a betegközpontú feldolgozását, amelyben a *tessék* kizárólag egyszer jelenik meg, udvariasságot kifejező mondatzóként, nem pedig főnévi igenévi szerkezetben (*Tessék, foglaljon helyet*; V2B).

(7a) *D*: Jó napot. **Tessék helyet foglalni.** (V2P)

(7b) *D*: Pedig erre mostantól **tessék odafigyelni.** (V2P)

(7c) *D*: Nem, nem erről van szó, de az elhízásra való hajlamot, azt örökölheti, úgyhogy arra **tessék odafigyelni.** (V2P)

(7d) *D*: Nos, Szalai úr, akkor **ne tessék aggódni**, nincs komoly baj, ahogy mondtam, **tessék odafigyelni** a testmozgásra, diétára, és akkor minden rendben lesz. (V2P)

A páciensek megnyilatkozásaiban szintén ritkán jelenik meg a *tetszik* + infinitívusz konstrukció, amelyet nemtől és kortól függetlenül használnak. Előfordul a tetszikelés férfi betegek megnyilatkozásaiban nő gyógyító szakember megszólítására (8a, b), valamint a nő páciensek közléseiben férfi gyógyító szakemberhez fordulva is (8c, d). A vizsgált konzultációk minden szereplője középkorú, így a prototipikusnak tartott szerep, miszerint a tetszikelés elsősorban idősebbekhez, illetve nőkhöz forduló forma, nem aktiválódik ezekben a diskurzusokban (Domonkosi 2002; Domonkosi–Kuna 2016). Továbbá a megfigyeléseknek és a kérdőíves reflexív visszajelzéseknek is ellentmond az, hogy az egészségügyi szakemberek és a páciensek nyelvi tevékenységében közel azonos a *tetszik* + infinitívusz konstrukciók aránya. Ez adódhat a szűk vizsgálati mintából, illetve összefügghet azzal is, hogy az anyagot fiktív diskurzusok alkotják.

(8a) *B*: Voltam a háziorvosnál is, aztán pszichiáternél, **tetszik tudni**, a Kovács doktor úr (V1P)

(8b) *B*: Azt **tetszik mondani**, ha lefogyok, akkor meggyógyulok? (V2P)

(8c) *B*: Talán ezért lenne mindez, hogy túlságosan háttérbe szorítom magam, ahogy **tetszett mondani**, hogy, hogy túl sok mindent veszek magamra. (V3B)

(8d) *B*: De legalább azt **tessék megmondani**, hogy a picire nem lesz-e ez valami káros hatással, hogy ha ez valami ismeretlen vírus. (V4B)

A páciensek megnyilatkozásaiban a címzettként jelen lévő egészségügyi szakemberek semleges kiindulópontú, névszói megnevezése is szerepet kap *doktornő/doktor úr* formájában, esetleg névvel kiegészülve (9a, b). Sajátos attitűdjelölő esete a megszólításnak a (9c) példa, amelyben az interakcióban részt vevő másik személy harmadik személyű formában jelenik meg (*az orvos*), amely ebben a diskurzusban a távolság, a meg nem értettség és a személytelenség kifejezőjévé is válik.

(9a) *B*: Csak azért jöttem, mert a doktor úr, akinél a jogosítvány miatt voltam, azt mondta, hogy jöjjenek ide a *doktornőhöz*. (V2P)

(9b) *B*: Jó napot kívánok! Én a *Békési doktor urat* keresem. (V3P)

(9c) *B*: Azt csak én tudom, hogy mit érzek. Kitől várjak segítséget, hogyha *az orvos* nem képes megérteni? (V4P)

#### 4.4. A társas deixis szerepe a betegcentrikus és a paternalisztikus kapcsolat- építési módban

Az oktatóvideók lehetőséget adnak a beteg-, illetve orvoscentrikus kapcsolat-  
építési modell személyjelölési jellegzetességeinek vizsgálatára, illetve a vizsgált  
mintában megvalósuló sajátosságaik összehasonlítására. Az elemzés alapján  
elmondható, hogy a páciensek nyelvi tevékenységében lényegében nincs eltérés  
a két kapcsolatépítési módban a társas deixis műveleteire vonatkozóan. Ez meg-  
állapítható a megnyilatkozási és a befogadói szerepvizonyhoz kötődően egyaránt.<sup>6</sup>  
Ezzel szemben az egészségügyi szakemberek esetében gyakorisági és funkcionális  
eltérés is megfigyelhető a társas deixis műveleteinek vonatkozásában, amelyet  
itt néhány példán keresztül mutatunk be elsősorban az első és a második je-  
lenet kiemelt részeinek elemzésén keresztül. Megfigyelhető, hogy ezekben a  
jelenetekben a betegcentrikus dialógusokban (V1B, V2B) kétszer annyi társas  
deiktikus művelet valósul meg az egészségügyi szakember megnyilatkozási sze-  
repében, mint a paternalisztikus diskurzusokban (V1P, V2P). Ez semmiképpen  
nem jelenti azt, hogy a megnyilatkozót vagy a befogadót kifejtő személyjelölési  
konstrukciók száma önmagában elegendő mutatója lenne annak, hogy egy-egy  
konzultáció inkább beteg- vagy orvoscentrikusként jellemezhető. Habár a meg-  
nyilatkozási szerep alacsony megjelenési aránya valóban összefüggést mutathat  
a kapcsolatépítés módjával (Kuna 2016: 321).

<sup>6</sup> Természetesen az eredményeket befolyásolhatja, hogy a konzultációk fiktív diskurzusok, amelyeket az egészségügyi szakemberek kommunikációs oktatására használnak. Ennek köszönhetően is a gyógyítók nyelvi viselkedése hangsúlyosabb szerepet kap.

A 2. táblázat összefoglalóan mutatja az orvos mint megnyilatkozó önreprezentációjában szerepet játszó társas deiktikus elemeket. Ahogyan az összevetés jelzi, a betegközpontú kapcsolatépítési módban kétszer gyakrabban fordulnak elő ilyen elemek. A táblázatban feltüntettük az elemzésből kizárt implicit (*hívjon fel [engem]*) konstrukciót is. Megfigyelhető, hogy a betegközpontú kapcsolatépítésben gyakoribbak a reflexiók a saját mentális állapotra, cselekvésre (*gondolom, mondtam, látom, várom, összegyűjtöttünk*) és a jövőbeni terápiás folyamatokra (*adunk, megnézzük, hívjon*).

2. táblázat. Az egészségügyi szakember megnyilatkozó szerepkidolgozása a második jelenetben

Paternalisztikus (V2P)	Betegcentrikus (V2B)
(10a) Nos hát, <b>nézzük</b> csak, hm, hát ez egy kicsit magas.	(11a) Nos, <b>nézzük</b> .
(10b) Hm, nem, ott azért még nem <b>tartunk</b> .	(11b) hát igen, <b>látom</b> ... ühüm... hát ez egy kicsit magas, magas a glükóz
(10c) nincs komoly baj, ahogy <b>mondtam</b> , tessék odafigyelni a testmozgásra	(11c) És hogyha nem kielégítő a diéta, akkor vércukorcsökkentő tablettákat <b>adunk</b> .
(10d) akkor vércukorcsökkentő tablettákat <b>adunk</b> .	(11d) De először most <b>megnézzük</b> , hogyha beáll egy ezerkétszáz kalóriás diétára
(10e) De most... <b>megnézzük</b> , hogyha beáll mondjuk egy 1200 kalóriás diétára	(11e) Ühm, hát úgy <b>gondolom</b> , hogy mostantól fogva, erre fontos lenne odafigyelnie, Szalai úr.
	(11f) De ezzel kapcsolatban <b>összegyűjtöttünk</b> néhány könyvcímet.
	(11g) Itt vannak a brossúrák, <b>nézzük</b> csak, itt össze vannak foglalva a tudnivalók.
	(11h) Ha pedig úgy érzi, hogy nehézséget okoz a diéta összeállítása, nyugodtan <b>hívjon [impl.] fel!</b>
	(11i) jöjjön vissza egy hónap múlva, és <b>megnézzük</b> , hogy hol tart!
	(11j) Ahogy <b>mondtam</b> : figyeljen oda a testmozgásra, a diétára, és akkor minden rendben lesz.
	(11k) Akkor <b>várom</b> egy hónap múlva.

A két kapcsolatépítési módban különbség mutatkozik a páciens mint címzett nyelvi megjelenítésében is. A betegcentrikus módban minden esetben több nyelvi konstrukció járul hozzá a címzett szerepében lévő páciens kidolgozásához, mint az orvoscentrikus módban. A számszerű eltérésen túl azonban igen jelentősek a kvalitatív különbségek is a személyviszonyok alakulásában, továbbá az, hogy ezek milyen más nyelvi jellemzőkkel (pl. kijelentő vs. feltételes mód) és beszédaktusokkal (számkérés vs. felajánlás) együtt fordulnak elő.<sup>7</sup> Többek között ezt szemlélteti a (12a) és (12b) példa.

A pánikbetegséggel küzdő férfival való konzultáción a paternalisztikus kapcsolatépítési módban a pszichológus a személyjelölési módok révén lényegében a páciens feladataként és felelőségeként konstruálja meg a terápiás munkát (*idejött, kellene gondolkodnia, kéne gondolnia, a feleségével való kapcsolatát*), amelyben egyfajta számkérés is érezhető (*nem gondolja*). Ezzel szemben a betegcentrikus interakcióban a páciens döntése kerül előtérbe (*mivel úgy döntött*), a pszichológus következtet (*bizonyára*), és a terápia közös munkaként jelenik meg nyelvilag (*megpróbálnánk, együtt gondolkodni, átgondolhatnánk*). Ahogy láthatjuk, a terápiás együttműködés és munka alakulásának konstruálásában nagy szerepet kap a társas deixis művelete is.

Paternalisztikus (VIP)	Betegközpontú (VIB)
(12a) Psz: Nem <b>gondolja</b> – ha már <b>idejött</b> – hogy valahogy másképp <b>kellene</b> a betegségéről <b>gondolkodnia</b> ? Hogy át <b>kéne gondolnia</b> – hogy csak egy példát mondjak – a <b>feleségével</b> való <b>kapcsolatát</b> ?	(12b) Psz: Mivel úgy <b>döntött</b> , hogy pszichológushoz <b>jön</b> , bizonyára nem így <b>gondolja</b> ...hasznos lenne, ha <b>megpróbálnánk</b> együtt gondolkodni a <b>betegségéről</b> . <b>Átgondolhatnánk</b> például – hogy csak hogy egy példát mondjak a, a <b>feleségével</b> való <b>kapcsolatát</b> .

## 5. Összegzés

Tanulmány középpontjában a társas deixis nyelvi mintázatainak és konstrukcióinak vizsgálata állt összefüggésben a terápiás kapcsolat építésével. A nyolc oktatóvideó elemzése során a társas deixis konstrukcióit a megnyilatkozási és a befogadói társas viszonyokhoz kapcsolódóan elemeztük. A szoftverrel támogatott kutatásban a résztvevői szerepekhez kötődően annotáltuk a formai és funkcionális szempontokat egyaránt.

<sup>7</sup> Ezen jellegzetességek szisztematikus kódolása, valamint az összefüggések feltárása folyamatban van.

Az elemzés rámutatott, hogy a vizsgált mintában a személyjelölés a magyar nyelv jellegzeteségével összhangban a leggyakrabban inflexiós morfémák révén valósul meg, ezen túlmenően megjelennek a névmási, továbbá a címzettek esetében a *tetszik* + infinitívuszos és a vokatívuszos konstrukciók is. Az egészségügyi szakember és a páciense között kizárólagosan a nemtegező V-forma jelenik meg, amely grammatikalizáltan 3. személyű formaként konstruálódik.

Az elemzés igazolta, hogy az oktatóvideókban a résztvevői szerepekhez kötődően eltérések mutatkoznak a személyjelölés előfordulási gyakoriságában, továbbá mintázataiban. A páciensek által használt E/1-es személyjelölési konstrukciók száma négyszerese (211 db) a gyógyító szakemberek által használt egyes szám első személyű konstrukciónak (53 db). Ez összefüggésben lehet a diskurzusműfaj jellegzeteségeivel, amelyben központi fontosságú az anamnézis felvétele, amelyben a páciens beszél saját állapotáról, betegségtörténetéről. Ennek megfelelően ezek az E/1-es konstrukciók jellemzően a páciensek testi-lelki-mentális állapotait, érzéseit, tudását, pszichoszociális viszonyait dolgozzák ki szemantikailag, vagy erőteljesen konvencionizált udvariassági rituálékhoz köthetők. Ezzel szemben a vizsgált mintában az egészségügyi szakemberek egyes szám első személyű konstrukciói a tudás megosztására vagy koordinálására szolgálnak; a gyógyításhoz kötődő direktív beszédaktusokhoz, terápiás cselekvésekhez, valamint udvariassági aktusokhoz kapcsolódnak.

Eltérés mutatkozik a T/1. használatában is. Ez ugyanis az egészségügyi szakemberek kommunikációjában közel háromszoros előfordulást mutat a páciensekhez képest. A T/1-es konstrukciók vonatkozása is eltérést mutat: a páciensek esetében jellemzően az orvos + páciens, illetve páciens + család mintázat figyelhető meg; amíg a gyógyító szakemberek nyelvi tevékenységében a páciens + orvos, orvos + egyéb szakemberek, valamint a beteg nézőpontját bevonó empatikus használat jelenik meg.

Szintén különbség mutatkozott az interakcióbeli címzettek személyjelölési konstruálásban. A vizsgált mintában a páciensek címzettként való kidolgozása több mint 10-szerese (247 esetben) az orvosok címzettként való megjelenésének (24 eset). Ez szintén összefügghet a diskurzusműfaj jellemzőivel, hiszen az orvos kérdéseket tesz fel, ajánl, javasol a beteg részére a terápia folyamatában. Ugyanakkor az orvos címzettként való előfordulásának alacsony száma utalhat a páciens részéről a kezdeményezés és a proaktivitás hiányára vagy a személytelenségre való törekvése is. Az is megmutatkozott, hogy az orvosok megszólításának több konvencionizált mintázata van, ugyanakkor a valós gyakorlatot tükrözve az elemzett diskurzusok arra hívják fel a figyelmet, hogy a páciensek megszólítása jóval sokszínűbb.

Az elemzés arra is rávilágított, hogy a személyjelölési módok résztvevői szerepekhez kötött elemzése sok tekintetben hozzájárul a kapcsolatépítés módjainak nyelvi leírásához. Azt is megmutatta azonban, hogy ezek a konstrukciók kontextusukba ágyazva, különböző beszédaktusokban és más nyelvi jellemzőkkel együtt értelmezhetők a kapcsolatépítés komplex folyamatában (pl. feltételes mód – kijelentő mód, bizonytalanság – bizonyosság, direktség – indirektség). Továbbá az is világossá vált, hogy az egyes személyjelölési konstrukciók és mintázatok gyakorisága önmagában nem elegendő a kapcsolatépítési módok leírására, különbségeik megragadására, ezek megvalósításához mindenképpen szükségesek az értelmező, kvalitatív elemzések is.

Az itt bemutatott, az elemzett oktatóvideókra jellemző személyjelölési sajátosságok az alapját képezik a kutatás következő fázisában megvalósuló valós orvos-beteg interakciók hasonló szempontú elemzésének, amely a valós és a fiktív diskurzusok jellemzőinek az összevetését is lehetővé teszi.

## Irodalom

- Balint, Michael 1957. *The doctor, his patient and the illness*. London: Pittman
- Bálint, Katalin – Nagy, Tamás – Csabai, Márta 2014. The effect of patient-centeredness and gender of professional role models on trainees' mentalization responses. Implication for film-aided education. *Patient Education and Counseling* 97/1: 52–58.
- Beach, Wayne A. 2013. Introduction. In: Wayne A. Beach (ed.): *Handbook of Patient-Provider Interactions*. New York: Oxford University Press. 1–18.
- Bigi, Sarah 2016. *Communicating (with) Care. A linguistic approach to the study of doctor-patient interactions*. IOS, Amsterdam/Berlin/Washington.
- Cohen-Cole, Steven A. (ed.) 1991. *The medical interview: The Three Functional Approach*. St. Louis: MO: Mosby Year Book.
- Csabai Márta – Csörsz Ilona – Szili Katalin 2009. *A gyógyító kapcsolat élménye. Kézikönyv és oktatólemez a kapcsolati készségek fejlesztéséhez*. Budapest: Oriold és Társa Kiadó.
- Csiszárík Katalin – Domonkosi Ágnes 2018. A gyógyító-beteg viszonylat megszólítási változatai egy mozgásszervi rehabilitációs osztály gyakorlatközösségében. *Acta Universitatis de Carolo Eszterházy Nominatae: Sectio Linguistica Hungarica* 45: 109–128.



- Domonkosi Ágnes 2002. *Megszólítások és beszédpartnerre utaló elemek nyelvhasználatunkban*. Debreceni Egyetem Magyar Nyelvtudományi Intézetének Kiadványai 79. Debrecen: Debreceni Egyetem Magyar Nyelvtudományi Intézet.
- Domonkosi Ágnes 2012. Metaforikus és metonimikus motivációk a magyar megszólításokban. In: Tolcsvai Nagy Gábor – Tátrai Szilárd (szerk.): *Konstrukció és jelentés. Tanulmányok a magyar nyelv funkcionális kognitív leírására*. Budapest: ELTE. 339–350.
- Domonkosi Ágnes 2018. Társas deixis – társas jelentés: az attitűdjelölő deiktikus elemek többértelműségének lehetőségei. In: Gecksó Tamás – Szabó Mihály (szerk.): *Egy- és többértelműség a nyelvben*. Segédkönyvek a nyelvészet tanulmányozásához 205. Budapest: Tinta Könyvkiadó. 61–67.
- Domonkosi Ágnes 2019. A nézőpont szerepe az attitűddeixis műveletében. *Acta Universitatis de Carolo Eszterházy Nominatae: Sectio Linguistica Hungarica* 45: 75–92.
- Domonkosi Ágnes – Kuna Ágnes 2015. A tetszikelés szociokulturális értéke. A tetszikelő kapcsolattartás szerepe az orvos-beteg kommunikációban. *Magyar Nyelvőr* 139/1: 39–63.
- Domonkosi Ágnes – Kuna Ágnes 2016. „Hanyadikra tetszik menni?” – A kor szerepe a tetszikelés használatában. In: Balázs Géza – Veszelszki Ágnes (szerk.): *Generációk nyelve*. Budapest: ELTE Mai Magyar Nyelvi Tanszék – Inter – Magyar Szemiotikai Társaság. 273–285.
- Eklics Kata – Koppán Ágnes 2018. Az orvosi kommunikációs készségek fejlesztésének hatékony módja: szimulációs betegkikérdezés. Ludányi Zsófia – Jánk István – Domonkosi Ágnes (szerk.): *A nyelv perspektívája az oktatásban. Válogatás a PeLiKon 2018 oktatásnyelvészeti konferencia előadásaiból*. Eger: EKE Líceum Kiadó. 351–358.
- Emanuel, Ezekiel J. – Emanuel, Lina L. 1992. Four Models of Physician-patient relationship. *The Journal of the American Medical Association* 267/16: 2221–2226.
- Hall, Judit A. – Roter, Debra L. – Rand, Cynthia S. 1981. Communication of affect between patient and physician. *Journal of Health and Social Behavior* 22/1:18–30.
- Henry, Stefan G. – Fetters, Michael D. 2012. Video elicitation interviews: a qualitative research method for investigating physician-patient interactions. *The Annals of Family Medicine* 10/2: 118–125.

- Heritage, John 2019. *The Expression of Authority in US Primary Care: Offering Diagnoses and Recommending Treatment*. Paper presented at the Georgetown University Round Table 2018. Approaches to Discourse (preprint).
- Heritage, John – Maynard, Douglas W. 2006. Problems and prospects in the study of physician-patient interaction: 30 years of research. *Annual Review of Sociology* 32/1: 351–374.
- Koerfer, Armin – Koerfer, Katharina 2018. Dialogische Kommunikation und Medizin. In: In: Koerfer, Armin – Albus, Christian (Hrsg.): *Kommunikative Kompetenz in der Medizin. Ein Lehrbuch zur Theorie, Didaktik, Praxis und Evaluation der ärztlichen Gesprächsführung*. Göttingen: Verlag für Gesprächsforschung. 262–365.
- Koerfer, Armin – Reimer, Thomas – Albus, Christian 2018. Beziehung aufbauen. In: Koerfer, Armin – Albus, Christian (Hrsg.): *Kommunikative Kompetenz in der Medizin: Ein Lehrbuch zur Theorie, Didaktik, Praxis und Evaluation der ärztlichen Gesprächsführung* Göttingen: Verlag für Gesprächsforschung. 814–851.
- Kuckartz, Udo – Rädiker, Stefan 2019. *Analyzing qualitative data with MAXQDA. Text, audio, and video*. Cham: Springer.
- Kuna Ágnes 2016. Személydeixis és önreprezentáció az orvos-beteg találkozáson Az első személyű deiktikus elemek mintázatai az orvosi kommunikációban. *Magyar Nyelvőr* 140/3: 316–32.
- Kuna Ágnes 2020. Változás az orvos-beteg kommunikációban. Változó szemlélet, módszer és gyakorlat. *Magyar Nyelvőr* 144/3: 280–303.
- Kuna Ágnes megj. e. *Az orvos-beteg kommunikáció nyelvészeti elemzése. Elmélet, gyakorlat, módszer*. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.
- Laczkó Krisztina 2021. A deiktikus kivetítés. *Argumentum* 17: 467–487.
- Laczkó Krisztina – Tátrai Szilárd 2015. „évek óta mást se csinálunk”. A többes szám első személyű deiktikus elemek működésének vizsgálatához. In: Bárh M. János – Bodó Csanád – Kocsis Zsuzsanna (szerk.): *A nyelv dimenziói. Tanulmányok Juhász Dezső tiszteletére*. Budapest: ELTE BTK Magyar Nyelvtörténeti, Szociolingvisztikai, Dialektológiai Tanszék. 501–514.
- Linke, Angelika – Schröter, Juliane 2017. Sprache in Beziehungen – Beziehungen in Sprache: Überlegungen zur Konstitution eines linguistischen Forschungsfeldes. In: Linke, Angelika – Schröter, Juliane (eds.): *Sprache und Beziehung*. Berlin/Boston: De Gruyter: 1–32.

- Meskó, Bertalan 2014. *The guide to the future of medicine. Technology and the human touch*. Budapest: Webicina.
- Parsons, Talcott 1951. *The social system*. Free Press, New York.
- Sanders, José – Spooren, Wilbert 1997. Perspective, subjectivity, and modality from a cognitive linguistic point of view. In: Liebert, Wolf-Andreas – Redecker, Gisela – Waugh, Linda (eds.): *Discourse and perspective in cognitive linguistics*. Amsterdam, Philadelphia: John Benjamins. 85–112.
- Schmidt, Thomas – Schütte, Wilfried 2010. An annotation tool for efficient transcription of natural, multi-party interaction. In: Calzolari, Nicoletta – Choukri, Khalid – Maegaard, Bente – Mariani, Joseph, Odjik, Jan – Piperidis, Stelios – Rosner, Mike – Tapias, Daniel (eds.), *Proceedings of the 7th International Conference on Language Resources and Evaluation (LREC' 10)*, May 19–21, 2010, Valletta, Malta. 2091–2096.
- Szasz, Thomas S. – Hollender, Marc 1956. A contribution to the philosophy of medicine: the basic model of doctor-patient relationship. *Archives of Internal Medicine* 97/5: 585–592.
- Tátrai, Szilárd 2011. *Bevezetés a pragmatikába*. Tinta Könyvkiadó. Budapest.
- Tátrai Szilárd 2012. Viszonyulás és viszonyítás. Megjegyzések a stílus szociokulturális tényezőinek vizsgálatához. In: Tátrai Szilárd – Tolcsvai Nagy Gábor (szerk.): *A stílus szociokulturális tényezői. Kognitív stilisztikai tanulmányok*. Budapest: ELTE. 51–71.
- Tátrai Szilárd 2017. Pragmatika. In: Tolcsvai Nagy Gábor (szerk.): *Nyelvtan*. Budapest: Osiris Kiadó. 899–1058.
- Tolcsvai Nagy Gábor 1999. Térjelölés a magyar nyelvben. *Magyar Nyelv* 95/2: 154–165.
- Udvardi Anna 2021. Whose common ground? – Analyzing communication between physiotherapists and patients in a Hungarian hospital. *17th International Pragmatics Conference*. 27 June – 2 July 2021. Winterthur. (Abstractbook, 1155.)
- Vajda Beáta – Horváth Sarolta – Málovics Éva 2012. Közös döntéshozatal, mint innováció az orvos-beteg kommunikációban. In: Bajmócy Zoltán – Lengyel Imre – Málovics György (szerk.): *Regionális innovációs képesség, versenyképesség és fenntarthatóság*. Szeged: JATEPress. 336–353.
- Verschueren, Jef 1999. *Understanding pragmatics*. London, New York, Sydney, Auckland: Arnold.

Wasserman, Richard C. – Inui, Thomas S. 1983. Systematic analysis of clinician-patient interactions: a critique of recent approaches with suggestions for future research. *Medical Care* 21/3: 279–293.

Yule, George 1996. *Pragmatics*. Oxford: Oxford University Press.