

Változás az orvos-beteg kommunikációban¹ Változó szemlélet, módszer és gyakorlat

1. Bevezetés

Az orvos-beteg vagy tágabban véve az egészségügyi kommunikáció kutatásában és leírásában egyre többször és több szinten jelenik meg a változás, ami megfigyelhető a kutatási módszerekre, a vizsgálati modellekre vonatkozóan, a társas viszonyok és szerepek megalkotásában, továbbá a terápiás viselkedésben egyaránt. Ezzel összefüggésben jelen tanulmány kettős célkitűzést fogalmaz meg: egyrészt az orvos-beteg kommunikáció tágabb kutatásának rövid történeti áttekintésén keresztül bemutatja az elmúlt 60 évben történt fő változási irányokat az elmélet és a módszertan terén, és ebben kiemeli a nyelvészeti perspektíva helyét és szerepét. Továbbá a változásnak mint folyamatnak a társas és kommunikatív összefüggéseire, szerepére, kommunikatív jellemzőire és elemzési lehetőségeire is rámutat konkrét orvos-beteg konzultációk elemzésén keresztül.

A fenti célkitűzéseknek megfelelően a tanulmány a bevezető rész után (1.) áttekinti az orvos-beteg kapcsolat modelljeit és azok alakulását (2.), továbbá az egészségügyi kommunikáció kutatásának fő fordulópontjait (3.). Ezt követően ismerteti az orvos-beteg kommunikáció kutatásában a nyelvészeti perspektíva szerepét (4.). A következő részben (5.) a változás „mikroszinten” kerül előtérbe olyan orvos-beteg konzultációk elemzésén keresztül, amelyekben központi jelentőségű a terápiás változás és ennek nyelvi, stratégiai jellemzői. Végezetül a tanulmány összegzéssel és kitekintéssel zárul (6.).

2. Az orvos-beteg kommunikáció kutatása

Az orvos-beteg kommunikáció vizsgálata az 1950-es évektől kezdve (Bálint 1957) kiemelt jelentőségű a társadalomtudományi, pszichológiai és nyelvészeti kutatásokban egyaránt. Ezek a vizsgálatok arra hívják fel a figyelmet, hogy a gyógyító kapcsolat jellege nagyban meghatározza a terápia hatásosságát és eredményét. Az erre vonatkozó szisztematikus, empirikus felmérések már az 1970-es évektől kezdve megjelennek. Az elmúlt 60 évben jelentős változások történtek mind a kutatási kérdésekben, a módszerekben, mind az elméleti modellekben (l. pl. Heritage–Maynard 2006a, b; Csabai–Csörsz–Szili 2009; Kuna–Kaló 2014; Bigi 2016). Az alábbiakban ennek az alakulástörténetnek mutatom be a fő lépéseit.

¹ A tanulmány a Bolyai János kutatási ösztöndíj, továbbá az Innovációs és Technológiai Minisztérium UNKP-19-4-ELTE-195 kódszámú Új Nemzeti Kiválóság Programjának szakmai támogatásával készült. Ezúton szeretnék lektoraimnak köszönetet mondani konstruktív javaslataikért, támogató hozzáállásukért.

2.1. Az orvos-beteg kommunikáció kutatása – a kezdetek

Az orvos-beteg kommunikáció jellegzetességeinek és hatásának empirikus kutatása Bálint Mihály (1957) nagyhatású munkájával kezdődött, aki a gyógyítás folyamatának pszichológiai vizsgálatát végezte orvosokkal. A kutatás során megmutatkozott, hogy „az általános orvosi gyakorlatban a leggyakrabban alkalmazott »gyógyszer« az orvos maga: azaz nem csupán az orvosság vagy a különféle pilulák számítanak, hanem az a mód is, ahogyan az orvos a betegnek adja, valójában az egész léggör, amelyben a gyógyszert adják és kapják” (Bálint 1990: 3). A gondolat, hogy az orvos maga is gyógyszer – hatásokkal és mellékhatásokkal – empirikus kutatások sorát indította el.

Az orvos-beteg kommunikációhoz kapcsolódó első nagyszabású elemzések az 1970-es években Amerikában születtek. Korsch és Negrete (1972) kutatócsoportja abból kiindulva, hogy az orvos-beteg kommunikációt mindkét fél részéről elégedetlenség jellemzi, nyolcszáz akut gyermekgyógyászati orvos-beteg konzultációt figyelt meg és elemezett. Az eredmények azt mutatták, hogy a szülők közel egyötöde úgy hagyta el a klinikát, hogy nem kapott konkrét felvilágosítást arról, hogy mi a gyermekének a baja; egynegyedük pedig egyáltalán nem említette, hogy mi a legnagyobb aggodalma. Ezekkel a tényezőkkel lehet összefüggésben az, hogy a szülők 56%-ban nem követték az orvos utasításait (*non-adherence*). A másik nagy felmérést Byrne és Long (1976) végezte 2500 hangfelvétel alapján, amelyben a kutatók az orvos-beteg konzultáción az orvosi viselkedés és kommunikáció jellemzőit elemezték háziorvosi rendeléseken. A vizsgálat azt mutatta, hogy a konzultációk és az ezekben megvalósuló interakciók kifejezetten orvosközpontúak, bár ebben az esetben maga a vizsgálat is az volt (Heritage–Maynard 2006b).

Az orvosközpontú megközelítés a 20. század közepén, amelyet az orvoslás „aranykorának” is hívnak (McKinlay–Marceau 2002), természetesnek, intézményesen meghatározottnak tűnik. Ebben általános, sztenderdizált („univerzális”) eljárások és technikák alapján gyógyít a nagy presztízzsel és autoritással rendelkező, szakértő orvos (Parsons 1951: 441); a beteg szociális, társas és érzelmi igényei háttérbe szorulnak. Ez a felfogás kihatással van az orvosok kommunikációjára és a medikusképzésre egyaránt, ahogy ezt az alábbi idézet is szemlélteti: „A medicina aranykorában a gyógyítókat arra tanították, hogy a diagnózist kétségre vonhatatlan tényként közölgjék, a bizonytalanságot vagy kételyt szinte teljesen kizárva, vagy annak csekély helyet adva” (Heritage 2019: 22).²

Parson (1951) szociológiai orvos-beteg modelljét már az 1950-es években számos kritika érte, amely újabb kutatások sorát indította el, és az orvos-beteg kapcsolat különböző modelljeinek a létrejöttéhez vezetett.

2.2. Az orvos-beteg kapcsolat modelljei – változó szemlélet

A gyógyítás folyamatát különböző kiinduló-, illetve súlypontok jellemzik, amelyek eltérő megközelítéseket és modelleket hoznak létre. Az orvos-beteg kapcsolat

² Az eredeti idézet: [In the golden age of medicine] “physicians were trained to present diagnosis as undoubted assertions of fact, admitting little or no doubt or uncertainty” (Heritage 2019: 22).

a résztvevői szerepekkel szoros összefüggésben jelentős változásokon ment keresztül a 20. század közepétől. A szakirodalom alapvetően négy modellt különít el: a paternalisztikus (*paternalistic*), a fogyasztói (*consumer*), az értelmező (*interpretive*) és kölcsönös tanácskozás (*deliberative*) modelljét (Emanuel–Emanuel 1992).³ A modellekben kiemelt szerepet kapnak az orvos-beteg interakció céljai, az orvos kötelezettségei, a beteg attitűdjeinek a szerepe és a beteg autonómiája.

A betegség- és orvoscentrikus, biomedikális alapú **paternalisztikus**, „szülői” modellben az irányítás az orvos és az egészségügyi személyzet kezében van. A betegség olyan biológiai állapot, amelyet a megfelelő tudományos ismeretekkel lehet gyógyítani. Ebben a megközelítésben az orvos-beteg kommunikáció nem tölt be terápiás szerepet (Bigi 2016: 11–2). Az orvos főlérendelt helyzetből gyakorolja a kontrollt az alárendelt beteg felett. Ez azzal is együtt jár, hogy az orvos az interakció és a bennük megvalósuló cselekvések irányítója, ő a döntéshozó; amíg a beteg érzelmei, ismeretei, kérdései a háttérben maradnak. Ebben a közegben a szakemberhez köthető az orvosszakmai, kulturális és társadalmi autoritás egyaránt (Heritage–Maynard 2006b: 353).

A paternalisztikus modellnek (amelyben az orvost teljesen autoriter, a beteget pedig passzív szerepviszonyok jellemzik) számos hiányosságára mutatnak rá a kutatások már az 1950-es évek végétől kezdve (Szasz–Hollender 1956; Bálint 1957; Engel 1977, 1980 stb.). Az orvos- és betegközpontú gyógyítás kritikájaként megjelenik a **személyközpontú** (*person centered medicine*, Bálint 1957), majd a kifejezetten **betegközpontú gyógyítás** (*patient centered medicine*, Brown et al. 1986; Stewart et al. 1995; Levenstein et al. 1986). 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 háttérét; 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 (Cohen–Cole 1991; Heritage–Maynard 2006b; Csabai–Csörsz–Szili 2009; 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.

A betegközpontú megközelítésben több orvos-beteg kapcsolati modell is megvalósul. Ennek egyik típusa a **fogyasztói modell**,⁴ amelyben a beteg a megrendelő, a terápia az ő elvárásai mentén halad. Az orvos egyfajta szakértő konzulensként jelenik meg, aki elérhetővé teszi tudását a beteg számára. Ő pedig ezeket az ismereteket sajátjaival, illetve értékrendjével összeegyeztetve hozza meg döntéseit (Bigi 2016: 15). Ez működőképes lehet bizonyos megelőző (preventív) vizsgálatok, plasztikai sebészeti beavatkozások, illetve például mesterséges megtermékenyítés esetén, a legtöbb esetben azonban nem célravezető, ha a terápiás döntés a beteg kezében van [1].

³ Beszélhetünk még az úgynevezett instrumentális modellről is, amelyben a beteg eszközként jelenik meg orvosi-tudományos célok mentén (Emanuel–Emanuel 1992).

⁴ Más megnevezésekkel is előfordul a szakirodalomban. Például: *scientific, engineering, informative* (Emanuel–Emanuel 1992: 2221).

Az orvos-beteg kapcsolat egy másik modellje az **interpretáló** vagy **közvetítő modell** (*interpretative*, Emanuel–Emanuel 1992: 2221), amelyben az orvos abban segíti a beteget, hogy saját attitűdjeit, értékeit a felszínre hozza, értelmezze, majd erre építve egyfajta „tanácsnokként” kijelölje, felajánlja a rendelkezésre álló orvosi beavatkozási lehetőségeket. A terápiás döntés a beteg attitűdjein alapul, de lényegében az orvos hozza meg azt. Ebben a modellben az orvos egyfajta tanácsadó szerepet tölt be.

A negyedik modell, a **kölcsönösség** [1] vagy **kölcsönös tanácskozás modellje** (*deliberative*, Emanuel–Emanuel 1992: 2222). Ennek célja, hogy segítsen a betegnek meghatározni a legjobb egészségügyi attitűdöket, amelyek a klinikai helyzetben megvalósíthatók. Az orvos és a beteg egyaránt kontrollt gyakorol a helyzet fölött, mindkét fél ismeretei szerepet kapnak: az orvos a beteg szubjektív betegségkonceptióit, elvárásait, tapasztalatait saját szaktudásának a keretei közé helyezi. A beteg széles körű és érthető információkat kap orvosától, továbbá aktív és proaktív résztvevője saját kezelésének [1]. Az orvos és a beteg kapcsolata ebben a modellben leginkább tanári, baráti, partneri viszonyként határozható meg. A kutatások azt mutatják, hogy ez a viszony és az ebben megvalósuló tanácskozó kommunikációs mód segíti elő leginkább a megfelelő terápiás együttműködést (Bigi 2016; Macagno–Bigi 2017).

3. Változás az orvos-beteg kommunikáció kutatásában – elmélet és módszer

Az orvos-beteg kommunikáció kutatási gyakorlata és módszerei is jelentős változásokon mentek keresztül az 1950-es évek óta. Számos szemlélet, illetve vizsgálati és elemzési modell jelent meg (összefoglalva lásd Csabai–Csörsz–Szili 2009: 7–28), amelyeket a szakirodalom jellemzően két fő megközelítésbe sorol. Az egyik a folyamat-elemzés, a másik a diskurzusok mikroelemzése (Heritage–Maynard 2006b: 356–9).⁵

3.1. Folyamatelemzések az orvos-beteg kommunikáció kutatásában

Az orvos-beteg kommunikáció szisztematikus kutatásában úttörő szerepet kaptak a folyamatelemzési modellek. Ezek célja, hogy az orvos-beteg konzultáció folyamatát, működését, egészét mutassák be, jellemezzék. Az ilyen szempontú elemzések sok esetben Robert Bales (1950) interakciós folyamatelemzési modelljén alapulnak (*Interaction process analysis, IPA*), amely társas-érzelmi és feladatorientált dimenziók mentén ad módszertani és elméleti keretet az interakció leírásának. Ezen alapulnak az első pszichoterápiás (Lennard–Bernstein 1960) és az orvos-beteg kommunikációs kutatások (Korsch–Negrete 1972). Bales interakciós modellje számos előnye mellett korlátokkal is bír az orvos-beteg kommunikáció mélyebb megismerésében (pl. nagyon általános kategóriák, a feladatorientált és a társas-érzelmi dimenziók szigorú dichotómiája stb.). Így erre épülve számos új, kifejezetten az egészségügyi szakember és betegek közötti konzultáció leírására alkalmas elemzési modell jött

⁵ Csabai és munkatársai (2009: 21–8) az orvos-beteg kapcsolathoz kötődően a folyamat- és mikroelemzések mellett harmadikként említik a fenomenológiai megközelítést, amely a terápia interszubjektív, közös, megosztott jellegéből indul ki az intermodalitás, az érzelmi ráhangolás, a testi érzékelés szerepét hangsúlyozva.

létre. Ezek közül a legkiemelkedőbb a *Roter interakciós elemző rendszer (RIAS; Roter 1977; Roter–Larson 2002)*, amelyben 39 elemzési kategória szerepel: 24 feladatközpontú és 15 társas-érzelmi alapú (összefoglalva magyarul lásd Csabai–Csörsz–Szili 2009: 67–78). A RIAS egészségügyi kommunikációs kutatások sorát indította el különböző területeken, nyelveken és kultúrákban (házi orvos, onkológia, szülészet-nőgyógyászat stb.) vagy egyes betegségekhez kapcsolódóan (cukorbetegség, asztma, magas vérnyomás stb.) (Roter–Larson 2002: 243). Továbbá összehasonlító vizsgálatokat is lehetővé tett (Heritage–Maynard 2006b: 357).

Habár a RIAS nagy áttörést hozott az egészségügyi kommunikáció szisztematikus kutatásában, és a mai napig fontos módszertani és elméleti alpnak számít, számos kritika éri az 1990-es évektől a többi folyamatlemzéssel egyetemben.⁶ Ezen módszerek elsődleges korlátjaként azt említik, hogy az elemzés során elvész a kontextus, lényegében az, hogy az egyes résztvevők miről, hogyan beszélnek (Charon–Green–Adelmann 1994: 956). Továbbá az elemző rendszer nem tud mit kezdeni többek között a diskurzus szekvenciális szerveződésével, a szünetek és a félbeszakítások jelentőségével (Sandvik et al. 2002). Inui és Carter (1985: 536) analógiája sarkalatosan szemlélteti a folyamatlemzésekkel szembeni legfőbb kritikát:

„A kommunikációs mód leggyakoribb elemzési stratégiája a különböző viselkedési típusok gyakoriságán alapul. Ez a szemlélet olyan, mintha a *Hamletet* egy színdarabként jellemeznénk, amelynek van 21 fontosabb szereplője, egy szellem, egy színjátszó csoport, és különféle urak, hölgyek, tiszték, katonák, követek és kísérek –, akik közül az egyik már meghalt, egy másik vízbe fullad, egy harmadik mérgezett ital, kettő mérgezett kard áldozata lesz, míg további eggyel a kard és az ital végez.”⁷

3.2. Mikroelemzések az orvos-beteg kommunikáció kutatásában

Az orvos-beteg kommunikációs kutatások másik fő elemzési megközelítését, a mikroelemzéseket kezdetben a folyamatlemzések egyfajta ellenpontjának tekintették (Heritage–Maynard 2006b: 358). A mikroelemzések ugyanis abból indulnak ki, „hogy a terápiás interakciók jobban megérthetők és a kommunikáció hatékonyabban tanítható, ha az interakciók minél apróbb részleteit vizsgáljuk” (Csabai–Csörsz–Szili 2009: 19). Továbbá ez a szemlélet azt is vizsgálat tárgyává teszi, ami nincs jelen az orvos és a betegek közötti diskurzusban.

A mikroelemzések alapjait az orvos-beteg kommunikáció etnográfiai vizsgálati teremtik meg, amelyek az orvosi konzultáción zajló szokások, egyéni tapasztalatok, megértési folyamatok rendszerezését, elsődlegesen kvalitatív szempontú elemzését tűzték ki célul. Az 1970/80-as évektől kezdve az etnográfiai megfigye-

⁶ A folyamatlemzési modellekről lásd összefoglalva: Csabai–Csörsz–Szili 2009: 8–19.

⁷ Az eredeti idézet: “The most commonly applied analytic strategy is to develop communicator profiles based on frequencies of behaviors of various types. This approach is analogous to describing ‘Hamlet’ as a play with 21 principal characters, a ghost, a group of players, and various numbers of lords, ladies, officers, soldiers, messengers and attendants – one of whom is already dead, one of whom dies by drowning, one by poisoned drink, two by poisoned sword, and one by sword and drink!” (Inui–Carter 1985: 536) (a szerző fordítása).

lések egyre szorosabb szálakkal kapcsolódtak össze a nyelvészeti elemzésekkel, különösen a szisztematikus anyaggyűjtésen alapuló társalgáselemzéssel, illetve a szociolingvisztikával (elsősorban Hymes 1974 nyomán). Habár az orvos-beteg kommunikáció mint diskurzus és az ehhez kapcsolódó mikroelemzések sora számos új eredménnyel szolgált az egészségügyi kommunikáció működésének megértéséhez (Cicourel 1983; Mishler 1984; West 1984; Waitzkin 1991), mégis számos kritika érte a mikroelemzést mint megközelítési módot. A folyamatelemzésekkel szemben ezeken az elemzéseken számonkérhető a reprezentativitás, a megbízhatóság és az ismételhetőség, továbbá az általánosíthatóság problémája (Maynard–Heritage 2006b: 361). Felmerülhet a kérdés, hogy milyen megoldás adódik a két szemlélet előnyeinek a kiaknázására, valamint korlátainak a kiküszöbölésére.

Az elmúlt másfél évtized kutatási gyakorlata azt bizonyítja, hogy megoldást jelenthet, ha a folyamatelemzéseket és a mikroelemzéseket nem egymás ellenpólusának tartjuk, hanem egymást termékenyen kiegészítő megközelítésként kezeljük. Ennek a két kutatási hagyománynak az összehangolásában nagy szerepet kapnak a nyelvészeti megközelítési módszerek és elméleti keretek. Ezek között is kiemelkedő jelentőségű a társalgáselemzés (Heritage–Maynard 2006b: 362), továbbá a pragmatika (Bigi 2016) és ezzel szoros összefüggésben a szociolingvisztika (Frankel 2000).

4. A nyelvészeti megközelítés helye és szerepe az orvos-beteg kommunikáció kutatásában

Az orvos-beteg kommunikáció kutatásában számos tudományterület részt vesz (pszichológia, orvosképzés, egészségpszichológia, antropológia stb.). Az elmúlt évtizedek kutatásai azt mutatják, hogy a nyelvészeti kiindulópontú vizsgálatok eredményei termékenyen vonhatók be az orvos-beteg és tágabban nézve az egészségügyi kommunikáció elemzésébe.

Ahogy arról fentebb már szó esett, az orvos-beteg kommunikáció kutatása igazán erőteljesen az 1970-es évektől indult meg, amely szoros összefüggést mutat a funkcionális nyelvészeti irányzatok előretörésével. Legfőképp a társalgáselemzés területéhez tartozó kutatások kialakulásával, elsősorban a beszélésnéprajzzal (*ethnography of speaking*) (Hymes 1962, 1974; Hámori 2009), az interakcionális szociolingvisztikával (Bartha–Hámori 2010), a nyelvészeti konverzációelemzéssel (Sacks–Schegloff–Jefferson 1974; Boronkai 2009) és a pragmatikával (Verschueren 1999; Tátrai 2011; Bigi 2016). Ezekben számos újszerű felismerés fogalmazódott meg a verbális interakciók szerveződéséről, jellemzőiről, tipikus jelenségeiről (pl. fordulók, fordulóváltás, beszédaktusok, diskurzusműfajok, cselekvéstípusok stb.); továbbá az interakciókban létrehozott társas jelentéseknek a nyelvhasználattal való kapcsolatáról, a beszélgetések szerkezetének és a társas cselekvéseknek az összefüggéseiről. E kutatások között sok irányult az orvos-beteg interakciók vizsgálatára is, különösen a nyelvhasználat és a társas szerepek, társas viszonyok (státusz és hierarchia), az autoritás vagy a hatalom létrehozásának és gyakorlásának összefüggéseire

(pl. Frankel 1984; Mishler 1984; West 1984; Fisher–Todd 1986; Waitzkin 1991; Silverman 1997; Heritage–Maynard 2006a; Bigi 2016; Heritage 2019).

Nemzetközi viszonylatban számos kutatás említhető az orvos és a beteg között vagy más egészségügyi intézményi helyzetben folyó interakciók és ezek nyelvhasználatára kapcsán (l. Spranz–Fogasy–Becker–Menz–Nowak 2014-es orvosi bibliográfiája), amelyek elméleti és gyakorlati szinten is hozzájárulnak az egészségügyi kommunikáció mélyebb megismeréséhez és alkalmazási lehetőségeinek bővítéséhez. Így jelentősen növelhetik a terápiás kapcsolat eredményességét, például az orvosi egyetemeken folyó oktatásban tananyagok részeként, orvosi tréningekben stb.

A hazai egészségügyi kommunikációs kutatásokban is egyre inkább előtérbe kerül a nyelvészeti megközelítés, annak is elsősorban a funkcionális iránya. Kiemelhetők a társalgáselemzési jellegű kutatások (pl. Boronkai 2014; Kránicz 2015; Sárkányiné 2015; Sárkányiné–Kránicz–Rébék–Nagy–Hambuch 2017; Kránicz–Sárkányiné–Hambuchné 2018), valamint a szociolingvisztikai, pragmatikai, szövegtani-szövegtipológiai és szaknyelvi megközelítésű munkák (pl. Fogarasi 2012; Kuna–Kaló 2013, 2014; Domonkosi–Kuna 2015; Kárpáti 2015; Kuna 2016a, 2016b; Csiszárík–Domonkosi 2018; Kuna–Ludányi 2019; Kuna–Hámori 2019; Mány 2019; Skordai 2019; Udvardi 2019; Ludányi 2020). Ezen alap-, illetve alkalmazott kutatások eredményei az orvostanhallgatók egyetemi oktatásában is egyre jelentősebb szerepet kapnak mind hazai, mind nemzetközi viszonylatban (pl. Bigi 2016; Halász–Kárpáti–Eklics–Koppán 2018; Koerfer–Albus 2018).

4.1. A nyelvészeti elemzés aspektusai az orvos-beteg kommunikáció kutatásában – szociolingvisztikai és pragmatikai fordulat

Menz (2011) áttekintő tanulmányában az orvos-beteg kommunikációra vonatkozó elsődlegesen nyelvészeti megközelítésű kutatásokat alapvetően három, egymással szorosan összefüggő, egymás eredményeire építő „aspektus” szerint osztályozza. Ezek a következők: 1) A diskurzus mikrostruktúráját és az interakció dinamikus szerveződését előtérbe helyező elemzések; 2) mikroelemzéseken alapuló, de a társas, makrostruktúrát középpontba helyező vizsgálatok; 3) a gyakorlati alkalmazásra irányuló kutatások.

A **mikroelemzéseknek** a diskurzus szerveződése, annak szisztematikus, szekvenciális (szerkezeti és szemantikai) leírása a célja. Ebben kiemelkedő szerepet kap a társalgáselemzés, valamint a szociolingvisztikai és a pragmatikai kiindulópont. A mikroelemzések jelentősen átalakítják az orvos-beteg kommunikáció elemzésének a szemléletét (lásd 3.2.). Lényegében az 1970-es évektől kezdődően az orvos-beteg kommunikáció szociolingvisztikai és pragmatikai fordulatáról beszélhetünk (Frankel 2000; Bigi 2016), ami a mai napig meghatározó jelentőségű. A szemléletváltásnak köszönhető többek között, hogy előtérbe kerülnek a diskurzus szekvenciális jellemzői, valamint kontextusa és tartalma, a közös és a társas jelentésképzés, továbbá az ezekkel megvalósított cselekvések.

Ezen tényezők gyakorlati jelentőségét szemlélteti például Ley (1979) kutatása, amely a betegek orvosi információra vonatkozó emlékezetét vizsgálta (lásd összefoglalva Frankel 2000: 95). A vizsgálatban két csoportra osztották a betegeket. Az első csoportot a hagyományos információközlési gyakorlat szerint (diagnózis,

majd prognózis) tájékoztatták az alábbi módon: „Önnek pajzsmirigyrákja van, és ez az esetek 85%-ban teljesen gyógyítható.”⁸ Ezzel szemben a másik csoportban megváltoztatták az információközlés elemeinek a sorrendjét (prognózis, majd diagnózis): „Önnél fennáll egy egészségügyi állapot, amely az esetek 85%-ában teljes gyógyulással kezelhető. Ennek az állapotnak a neve pajzsmirigyrák.”⁹ A konzultációkat követően mindkét csoport betegeit megkérdezték, milyen információt kaptak orvosuktól. Az első csoportban a legtöbb beteg arra emlékezett, hogy pajzsmirigyrákja van, és ez halálos. Ezzel szemben a második csoportban a betegek többsége arra emlékezett, hogy orvosa azt mondta neki, hogy pajzsmirigyrákja van, amely az esetek nagy százalékában gyógyítható. A példa jól szemlélteti, hogy az információ, illetve a diskurzus szekvencialitásának fontos szerepe van. A jelentés nem tekinthető „kész csomagnak”, valamint megnyilatkozások, illetve funkciók összeadásának. Továbbá bizonyos megnyilatkozások gyakorisága nem képes leírni a kommunikáció hatékonyságát (lásd folyamatlemezés, 3.1.). Erre reflektálnak a mikroelemzések az orvos-beteg kommunikáció folyamatában, hátterében és kutatásában bekövetkező változásokkal összhangban (lásd 2., 3.).

A pragmatikai szemlélet hatása abban is érzékelhető, hogy az orvos-beteg kommunikáció kutatásában és oktatásában egyre kiemelkedőbb szerepet kap a kommunikáció mint tevékenység (nem mint eszköz). Az elemzések egyre nagyobb hangsúlyt fektetnek a konzultációkon megvalósuló cselekvéstípusok és az azokban megvalósuló kommunikatív stratégiák feltárására, megismerésére, alkalmazására (Pilling 2008, 2018; Léder 2013). Nowak (2009: 290–379) összegző metaelemzésében például 48 cselekvéstípust és több mint 100 cselekvést különböztet meg az orvos-beteg konzultáció egyes szakaszaihoz és kommunikatív komponenseihez kötődően (a beszélgetés megkezdése, kezdeményezés, információkérés és -adás, odafigyelés, tervezés, döntés stb.). Számos elemzés azt mutatja, hogy a különböző cselekvéstípusok a konzultáció megkezdésében jelentősen befolyásolják a későbbi „kommunikációs manőverezés” lehetőségeit (Spranz-Fogasy 2005; Nowak 2009).

A szociolingvisztikai és pragmatikai megközelítésű mikroelemzésekben tehát egyre nagyobb szerepet kap a közös jelentésképzés, a kölcsönös információgyűjtéssel és -adással megvalósított közös tudás (*common ground*), a kapcsolatépítés, a közös döntéshozatal és egyéb cselekvések stratégiáinak nyelvi-kommunikatív leírása. Ennek részeként a mikroelemzésekben a betegségkonceptciók és a fájdalomreprezentációk szemantikai elemzése is kiemelkedő szereppel bír (Menz 2011: 332–3).

Az úgynevezett **makrovizsgálatok** jelentik az orvos-beteg kommunikációban megvalósuló nyelvészeti megközelítésű elemzések másik fő aspektusát. Ezekben a kutatásokban az aktuális nyelvi tevékenység diszkurzív vizsgálatán túl, illetve erre építve valamilyen makrotársadalmi tényező áll a középpontban (Menz 2011). Ilyen például a nagyfokú migráció következtében egyre gyakoribbá váló többnyelvűség jelensége az orvos-beteg találkozásokon, amely egyre fontosabb kutatási területként

⁸ Az eredeti idézet: “You have thyroid cancer and in 85 percent of the cases you can expect to make a full recovery” (Forrás: Frankel 200: 95).

⁹ Az eredeti idézet: “You do have a medical condition. 85 percent of the time people with this condition make a full recovery. And the name of the condition is thyroid cancer” (Forrás: Frankel 200: 95).

jelenik meg a tolmácsolásban és a fordításban egyaránt. Az orvos-beteg kommunikáció egynyelvű, anyanyelvi közegben is nagyon összetett folyamatnak tekinthető, de többnyelvű környezetben számos, további probléma léphet fel. Például: a betegköz-pontú kommunikációs stratégiák alkalmazása többnyelvű, interkulturális helyzetben még komplexebb feladatot jelent, mint egynyelvű közegben. Jelentősen nagyobb a félreértések száma. Ezek adódhatnak nyelvi (kiejtésbeli, nyelvtani, szókincsbeli) és szociokulturális tényezőkből is (intézményi közeg, társas viszonyok stb.). Többnyelvű szituációkban még egy speciális tényező említhető: egyre nagyobb számban jelenik meg egy harmadik személy, egy fordító vagy tolmács az orvos-beteg találkozásokon is. A szakirodalom elkülöníti a szakképzett és az alkalmi (ad hoc) tolmácsokat, akik nyelvi viselkedése között jelentős különbségek adathatók. Ez nagy hatással lehet a terápiára is. A kutatások azt mutatják, hogy a professzionális tolmácsok, jobban képesek a konzultáción az orvosi ismeretek közvetítésére (Bolden 2000). Eközben azonban az is megfigyelhető, hogy ők is aktívan részt vesznek a jelentésképzésben. A beteg mindennapi (*voice of lifeworld*) és az orvos szakmai világa (*voice of medicine*) mellett megjelenik a tolmács világa is (*interpreter's voice*) (Merlini–Favaron 2005). A képzett tolmácsok nyelvi tevékenységétől jóval problémásabb eset az alkalmi fordítók (barátok, ismerősök stb.) megjelenése a konzultáción. Ezek az esetek jóval nagyobb számban vezetnek félreértéshez. Gyakori például az orvosi terminológia (fordítás nélküli) megismétlése a célnyelven, a problémás testrész mutogatása, a morfémáról morfémára történő fordítás, az orvosi kérdések közvetítésének elhagyása stb. Problémát jelenthet az alkalmi fordítók esetében az is, hogy jelentősen befolyásolják és átalakítják a résztvevői szerepeket (ők válaszolnak a beteg helyett), amellyel nagymértékben meghatározzák a jelentéslétrehozás folyamatát. Ezzel növelik a félreértések kockázatát, veszélyeztetik az egészségügyi ellátás biztonságát (Menz 2011: 335–6).

A makroelemezések másik kiemelt területe a társadalmi nemek szerepe az intézményes-orvosi közegben. Számos kutatás rámutat, hogy eltérések vannak a női és férfi résztvevők kommunikációjában mind az orvosi, mind a beteg szerepkörben (West 1990). Kiemelkedő például a megszakítások és együttbeszélések gyakoriságának, valamint funkciójának a vizsgálata és a hatalmi viszonyokkal való összefüggése (Holmes 1992; West 1984). Menz és Al-Roubaie (2008) arra mutatott rá, hogy a nem támogató jellegű megszakítások inkább a státuszviszonyokkal, mint a társadalmi nemekkel állnak összefüggésben. Tehát az orvosok, nemtől függetlenül, gyakrabban megszakítják a férfi és női betegeiket egyaránt. Eltérés mutatkozik a támogató megszakítások esetében is. Ez ugyanis a férfiakéval összehasonlítva gyakoribb a nőbetegeknél és a nőorvosoknál. Ez azt is mutatja, hogy orvosi közegben, ahogy más intézményi közegben is, a nők együttműködőbben kommunikálnak, mint a férfiak (Menz–Al-Roubaie 2008: 659).

Szintén különbségek mutatkoznak például a nők és a férfiak között a fájdalomreprezentációk nyelvi kidolgozásában, ami fontos klinikai, gyakorlati következményeket is maga után vonhat például a betegségleírásokban. Menz és Lalouschek (2006) négy fő különbséget emel ki a női és férfi betegek fájdalomreprezentációja kapcsán. Ezek a következők: a nők általában kicsinyítik a fájdalmukat, és jellemzően a társas és lelki aspektusait emelik ki; amíg a férfiak felnagyítják és komolyan veszik.

A nőkről interakcióik alapján elmondható, hogy jobban képesek passzívan elviselni a fájdalmukat és rábizni magukat az orvosi ellátásra; amíg a férfiak interakcióik alapján képesek uralni a fájdalmukat, és aktívan részt vesznek a terápiában. A férfiak általában jobban szeretik tudni a fájdalmuk okát, mint a nők. Továbbá a férfiak a fájdalomleírás során jellemzően konkrét szavakat, kifejezéseket használnak, hogy a tüneteket minél egzaktabban bemutassák; a nők fájdalomleírása ezzel szemben kevésbé konkrét és fókuszált, gyakoriak a metakommunikatív jelzések is. Az orvosok elvárásához jellemzően a férfiak konkrétabb, tünetekhez kötődő fájdalomleírási módja illeszkedik jobban, ami hatással van a betegségek klinikai jellemzésére és kezelésére egyaránt. Ezért is kiemelt terület a fájdalomreprezentációk nyelvi jellemzőinek a megismerése és elemzése (összefoglalva lásd Menz 2011: 337–8).

A nyelvészeti kutatások harmadik nagy területe az interakciók elemzésének **gyakorlati alkalmazása**. A társalgáselemzés, a pragmatika, a szociolingvisztika szemléletének köszönhetően számos olyan eredmény született, amelyek gyakorlati szinten átültethetők a medikusképzésbe, az orvosok kommunikációs tréningjeibe. Az újabb, diskurzusalapú kutatások ugyanis lehetővé teszik a nyelvtan, az intonáció, a szókincs, egyéb retorikai folyamatok és cselekvések szisztematikus elemzését. Így nagy szerepet kapnak a kommunikáció hatékonyságának az elemzésében a betegköz-pontú, együttműködésen alapuló orvos-beteg kapcsolat elvárásaival összhangban.

Számos továbbképzési, illetve oktatóprogram fejlődött ki a nyelvészeti kutatások eredményeire építve. Ilyen többek között a „Vienna School” tréningjei (Menz–Nowak 1996; Menz–Lalouschek–Gstettner 2008). Magyar viszonylatban kiemelkedő a Felsőoktatás Nemzetközi Fejlesztéséért „Kiváló gyakorlat” díjjal (2017) kitüntetett szimulációs módszer, amelyet a nyelvészeti eredményekre építve tudomány- és szakmaközi együttműködéssel, nagy hatékonysággal alkalmaznak az orvostanhallgatók képzésében (Halász–Koppán–Eklics 2016; Halász–Kárpáti–Eklics–Koppán 2018). Kiemelkedő a migráció társadalmi jelentőségében az idegen nyelvű orvosi tananyagok, valamint az orvosi magyar mint idegen nyelvi anyagok fejlesztése is (pl. Huszti–Wéber 2014), továbbá a kommunikációt az interkulturális kompetencián keresztül fejlesztő programok.¹⁰

Az elmúlt évtizedekben számos magyar nyelvű oktatási anyag készült az orvosi kommunikáció, illetve a gyógyító kapcsolat érzékenyítése céljából, amelyek ugyan nem kifejezetten nyelvészeti kiindulópontúak, ugyanakkor nyelvészeti kutatásoknak az eredményeire is építenek.¹¹ Ilyen többek között Csabai Márta és munkatársainak (2009) oktatólemezzel ellátott könyve, *A gyógyító kapcsolat élménye*. Ez a kapcsó-

¹⁰ Ilyen folyamatban lévő oktatási anyagot is kidolgozó program például a *Medical Education on Medically Unexplained Symptoms and Intercultural Communication* (MUSIC) nemzetközi Erasmus+ stratégiai együttműködés (Projektnr. 2018-1-NL01-KA203-038971), amelynek magyar vezetője Csabai Márta. Ebben a projektben jelen tanulmány szerzője is részt vesz nyelvész kutatóként.

¹¹ Ezeknek a magyarországi kutatásoknak és az orvosképzésbe való bevezetésének fontos alapját képezi Buda Béla (1977, 1994) úttörő munkássága, valamint Molnár Péter és Csabai Márta kutatása (Molnár–Csabai 1994; Csabai–Molnár 1999). Továbbá egyre több elemzés épül a kétszemélyes interakciók szubjektív értékelésének kérdőívére is (Varga–Józsa 2013).

lati készségek fejlesztését célozza meg a terápia során, amelynek központi tényezője a kommunikáció.

Kiemelkedő jelentőségűek a szuggesztíók alkalmazására irányuló kutatások az egészségügyi kommunikációban (Varga–Diószeghy 2001; Varga 2011), amelyek szintén a nyelvet, a kommunikációt állítják a középpontba, továbbá eredményeik az egészségügyi dolgozók képzésébe is beépülnek [2]. Érdemes még kiemelni a Semmelweis Egyetemen fejlesztett *Orvosi Kommunikációs Világ (OK Világ)* társasjátékot, amely az orvostanhallgatók képzésébe vonja be a játékosítás módszerét (Kollár 2016).

Ebben a részben csak nagy vonalakban volt mód a nyelvészeti kutatások szerepének áttekintésére az orvos-beteg kommunikáció kutatásában. Ebből a rövid összefoglalásból is látható azonban, hogy a nyelvészet funkcionális megközelítésű irányzatai nagy hatást gyakoroltak, és alapjaiban változtatták meg az egészségügyi kommunikáció kutatását. Az összegzésből az is kitűnik, hogy ezen a területen mindig jellemző volt a tudományközi szemlélet, és ez is bizonyul a legtermékenyebbek. Így a nyelvészeti kutatásokról és eredményeikről is interdiszciplináris közegben érdemes gondolkodni, illetve ezeket így lehet alkalmazni a jövőben is. A tudományközi megközelítés és a jövőbeni elvárások számos új trendet, elvet és irányt jelölnek ki. Ilyenek többek között a kvalitatív és kvantitatív kutatások összehangolása; az összegző, szisztematikus metaelemzések igénye; a digitális közeg hatásának és lehetőségeinek az elemzése az orvos-beteg kommunikációban (Menz 2011; Györfly et al. 2020).

A tanulmány előző részei bemutatták az orvos-beteg kommunikáció kutatási szemléletében, modelljeiben, szociokulturális háttérében megfigyelhető főbb változási irányokat. A következő rész a terápiás változási folyamatot mint kutatási témát állítja a középpontba a házi orvosi konzultáción, így a változásfolyamatok diszkurzív (mikro)szinten kerülnek előtérbe. Ennek elméleti háttérét a funkcionális pragmatikai megközelítés adja, továbbá az elemzés épít a diskurzuselemzés kutatásaira is. Habár a következő rész némileg más témakört jelöl ki az előzőekhez képest, mégis megállapítható, hogy a változásfolyamatok és azok értelmezése szorosan összefüggenek az orvos-beteg kommunikáció kutatásának szociokulturális háttérével és alakulástörténetével.

5. Változás a változás által. A változás szerepe az orvos-beteg kapcsolatban

A változás jelenségének a vizsgálata nemcsak alakulástörténeti, illetve elméleti-módszertani szinten kap szerepet az orvos-beteg kommunikáció kutatásában (lásd előző részek). A változás mint folyamat a terápiának egyik központi eleme is, hiszen az orvosnak mint szakembernek a páciensnek abban kell támogatnia, hogy annak fizikai állapotát, lelki, gondolati vagy érzelmi beállítottságát segítsen megváltoztatni, adott esetben megerősíteni, támogatni (Graf–Spranz-Fogasy 2018). A változás komplex folyamat, amely szociokulturálisan meghatározott és diszkurzívan megvalósuló attitűdökből és cselekvésekből áll össze, így szoros összefüggésben áll a meggyőzéssel, annak műveleteivel és nyelvi konstrukcióival (Kuna 2019: 55–89).

Az orvos-beteg konzultáción alapvető szerepet kap a változás, amely több szinten is megmutatkozik rövid és hosszú távú terápiás célkitűzésekhez kötődően (fizikai állapot, orvosi értékek, érzelmi dimenziók, attitűdök, meggyőződések megváltoztatása stb.). A változási folyamatok megértése, kommunikatív támogatása különösen kiemelt szerepet kap a krónikus betegségek kezelésében. Annál is inkább, mivel a krónikus betegségek (diabétesz, hipertónia, obesitas, cardio- és cerebrovasculáris betegségek, IBS, IBD stb.) a jelen és a jövő orvoslásának is az egyik legfőbb kihívását jelentik.¹² Mivel kialakulásuk, kezelésük nagymértékben függ a betegek életmódjától, együttműködésétől, terápiahűségétől, így az egészségügyi szakemberek kulcsszerepet játszanak a betegségmegelőző állapotok azonosításában és a hajlamosító tényezők kiküszöbölésében, a páciensek proaktivitásának növelésében, valamint a változáshoz kapcsolódó attitűdök felmérésében, a változás elindításának az elősegítésében (leszokástámogatás, táplálkozási tanácsadás, rendszeres testmozgás, stresszkezelés, terápiahűség stb.) (Pilling 2018: 47–64). Ezek a változást segítő orvosi-terápiás tevékenységek alapvetően társas-diszkurzív cselekvésekkel, a nyelvi tevékenység során valósulnak meg az orvos-beteg konzultáción. Ezek szemléltetésére három olyan gyógyszerváltáshoz kötődő konzultáció részleteit mutatom be, ahol a betegnek krónikus betegsége áll fenn, így a gyógyszer szedése nagy hatással van fizikai állapotának az alakulására is. A példák egy több mint 400 orvos-beteg háziorvosi konzultáció, legnagyobb részét résztvevői megfigyeléssel követett kutatási anyagából származnak (a kutatás részleteit lásd Kuna–Kaló 2014: 118–9).

5.1. Gyógyszerváltás – lehetőség a változásra

Az orvos-beteg konzultáción számos olyan helyzet adódik, amelyek a beteg érdekeit szolgáló terápiás változással járnak. Az egyik legfontosabb ilyen eset, amikor különböző okból adódóan gyógyszerváltás válik szükségessé. Ebben a helyzetben kiemelt jelentőségű, hogy a beteg megértse a váltás okát, célját, megoszthassa gondolatait, érzelmeit ezzel és betegségének egyéb tényezőivel kapcsolatosan. Az alábbi három példa azt szemlélteti, hogyan nyíthat utat a változásnak, vagy éppen ellenkezőleg, hogyan gátolhatja a terápiahűséget a gyógyszerzedésre, illetve gyógyszerváltásra vonatkozó közös diskurzus.

Az (1)-es példában egy 54 éves nőbeteg arra panaszkodik, hogy a koleszterin-csökkentőtől folyamatos kellemetlen viszketés gyötri. Már egyszer váltottak gyógyszert, de a panaszok nem szűntek meg. A beteg fejében megfordul, hogy abbahagyja a gyógyszert, mert neki (a férjével szemben) nincs érelmeszesedése, és úgy gondolja, hogy így nem kockáztatja az egészségét, de megszabadulhat a kellemetlen mellékhatásoktól. Az orvos feladata a kockázati tényezők (túlsúly, életmód) mérlegelését követően, hogy megváltoztassa a beteg hozzáállását, és meggyőzze arról, hogy továbbra is érdemes szednie a gyógyszert. Annak abbahagyása ugyanis nagyobb kockázattal járhat.

¹² Az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization, WHO) jelentése szerint világszerte a halálozások közel 70%-a krónikus betegségeknek köszönhető (gyakori megnevezése: noncommunicable diseases, NCDs) ([3]).

(1)

B: A másik dolog, doktor úr. Amikor nézzük a hasznost és a nem hasznost. Mennyiben kockáztatok, ha nem szedem?

D: Ennek az a lényege, hogy a koleszterin ráakódik az erek falára, mint a vízkő a csőre. És ez azt csinálja, hogy az erek faláról ezt a vízkövet leszedi.

B: Még azzal nyugtatom magam, hogy az én érfalaim nem meszesek. Ezt mutatja egy korábbi vizsgálat. A férjemé az, ő nem játszhat.

D: Annyi van, hogy a cső az változik, változhat. Ha rugalmatlanná válik a cső.

B: Az kockázat.

D: Igen. Mérlegelni kell a kockázatot, hogy a viszketés vagy esetleg egy nagyobb probléma. Tehát érdemes a gyógyszert szedni. Annyit csinálhatunk, hogy ebből a csoportból egy másikat választunk.

B: Igen.

D: Mert lehet, hogy valami anyag okozza az allergiát.

B: Akkor ez is ugyanaz?

D: A hatóanyag ugyanaz, de lehet, hogy a hordozóanyag, a bevonat más.

B: Igen.

D: Mint ahogy a töltött káposzta sem egyforma. Ugyanaz van benne: rizs, darált hús, káposzta. Mégsem egyforma.

B: Jó.

D: Megpróbálunk egyet?

B: Igen.

A konzultáció részletében előtérbe kerül az orvos meggyőzőési szándéka, hogy a beteg folytassa a koleszterincsökkentő szedését. Ebben a folyamatban a magyarázathoz, a szemléltetéshez kötődően kiemelkedő szerepet kap a figuratív nyelvhasználat, a metaforizáció művelete (Kuna 2019: 70–4). Az orvos az erek falát a vízcsőként, a koleszterincsökkentőt vízkőoldóként, az erek falán lévő plakkokat pedig vízkőként konceptualizálja: *a koleszterin ráakódik az erek falára, mint a vízkő a csőre. És ez azt csinálja, hogy az erek faláról ezt a vízkövet leszedi.* Tehát az ER VÍZCSŐ szerkezeti metaforával teszi hozzáférhetővé az erekben lezajló folyamatokat. A betegnek ezzel olyan mindennapi tudását aktiválja, amely számára könnyen hozzáférhető, elképzelhető, és így a gyógyszer abbahagyásának következményei és kockázatai is felmérhetők. A párbeszédben az erek faláról való interakcióban az orvos továbbra is ebben a konkrét konceptuális keretben marad. Azaz az erek falát nyelvileg csőként dolgozza ki, akkor is, amikor a beteg az *érfalaim, meszesek* kifejezésekkel él. Ennek a stratégiának az előnye, hogy aktívan tartja az 54 éves nő mindennapi életében megtapasztalt sémát, és az erek fala, amelyről a beteg is rendelkezik absztrakt és „terminológia” ismeretekkel, továbbra is egy konkrét, megfogható, tárgyyszerű entitásként jelenik meg.

A beteg is tisztában van azzal, hogy fontos a koleszterincsökkentő; maga fogalmazza meg, hogy az érelmeszesedés nem játék, illetve a gyógyszer nem szedése kockázat. Ugyanakkor a probléma még mindig fennáll: attól tart, hogy az új gyógyszer továbbra is allergiás problémákat fog okozni. Az orvos a gyógyszerelváltás fontosságáról való meggyőzésben szintén a metaforizáció műveletét alkalmazza.

Az új gyógyszer hatóanyaga ugyanaz, de a vivőanyagok mások. Ezt a beteg életében jól ismert tudásra építve teszi hozzáférhetővé a GYÓGYSZER ÉTEL szerkezeti metaforával: *Mint ahogy a töltött káposzta sem egyforma. Ugyanaz van benne: rizs, darált hús, káposzta. Mégsem egyforma.* A meggyőzés ebben az esetben dokumentálhatóan is sikeres volt. A beteg a konzultációt követően tudatában van annak és meg is értette, hogy számára fontos szedni a koleszterincsökkentőt, és érdemes kipróbálni az új gyógyszert. Ebben nagy szerepet kapott a metaforizáció művelete, amely a meggyőzés, a változások folyamatában alapvető stratégiának számít (Bigi 2016; Buchholz 2018). A példában is látható volt, hogy számos kommunikatív céllal, illetve cselekvéssel összekapcsolódva kaphat szerepet. Így például a magyarázatban, szemléltetésben, az érzelmek megértésében, a lehetőségek újragondolásában, átkeretezésében.

A sikeres terápia egyik legfontosabb alapja az orvos és a beteg közti gyógyító kapcsolat kiépítése és fenntartása (pl. Bálint 1957; Csabai–Csörsz–Szili 2009; Koerfer–Reimer–Albus 2018; Buchholz 2019), amely az egész konzultáció és terápiás együttműködés során központi jelentőséggel bír. Kiemelten érvényes ez a változásfolyamatokhoz kapcsolódó konzultációkon, ahol a páciens kételyei, érzelmei, attitűdjei nagymértékben befolyásolják a döntési folyamatait (Pilling 2018: 49–60). A résztvevők személyközi kapcsolatainak az alakítása rendkívül komplex, dinamikus jelenség. Kiemelt szerepet kapnak benne a társas és attitűddeixis elemei, például a megszólítások, a személyviszonyok megkonstruálása (Tátrai 2011: 131–5; Domonkosi 2016; Kuna 2016a, b); továbbá a tudásreprezentációk és a nyelvi reflexiók (Kuna–Hámori 2019). A személyközi viszonyok jellemzően megragadhatók egyfajta skálán, a közelítés és a távolítás metaforájával is, amelyek különböző nyelvi és fogalmi konstrukciók révén valósulhatnak meg (Kuna 2019: 83–6). Az egyik ilyen az úgynevezett MI-konstrukció, amely különböző mintázatokkal jelenik meg az orvos-beteg konzultáción (Kuna 2016a, b). Ezek közül elsődlegesen az orvos és a beteg közös tevékenységének a kifejtése (*megbeszéljük, eldöntjük*), valamint az úgynevezett empatikus használat vesz részt a kapcsolatépítés folyamatában. Ez utóbbi mintázat a háziorvosi konzultációk megfigyelése során szinte kizárólag az orvosok nyelvi tevékenységében jelent meg. Ezekben a többes szám első személyű konstrukciókban az orvos a beteg tevékenységét, állapotát, laborértékeit közösként, T/1.-es alakban alkotja meg (*CT-n részt tudjunk venni, gyógyszerérzékenységiünk van*). Az is előfordul, hogy az orvos tevékenysége konstruálódik meg közös tevékenységként (*nézzük, mit kértek*) (Kuna 2016a: 326–7).

Az (1)-es példában is található két MI-konstrukció (*csinálhatunk, választunk*) szorosan a közös döntéshez kapcsolódóan. Ugyanez figyelhető meg a (2)-es példában, ahol a gyógyszerváltás mint cselekvés többes szám első személyben dolgozódik ki: *Akkor ezen most módosítsunk egy kicsit. A 70 éves nőbetegnél gyógyszerváltás azért vált szükségessé, mert a régi gyógyszer a beteg beszámolója alapján nem elég hatékony, illetve kellemetlen mellékhatásokat is okoz.*

(2)

D: Akkor ezen most módosítsunk egy kicsit. Írok egy másikat a [X gyógyszernév] helyett, jó?

P: Jó. Akkor ez a gyógyszer hatásos, ez magyar?

- D: Nem is az a lényeg, hogy magyar.
 P: Hanem hogy hatása legyen.
 D: Így van. Ez egy gyógyszerkombináció, tehát ilyen szempontból sikeresebb lehet, de hát el fog dőlni.
 P: Igen.
 D: Be tetszik venni egyet, ha elmulasztja, akkor úgy néz ki, minden rendben van.
 P: Igen.
 D: Ha nem múlik a fájdalom, még egyet be lehet venni nyugodtan. Jó?
 P: Jó.
 [...]

 D: Itt a beutaló, ha megvan az eredmény, tetszik jönni, és be tetszik számolni, hogy hogy válik be az új gyógyszer.
 P: Igen.

A konzultáció részlete azt mutatja, hogy a betegnek vannak kétségei az új gyógyszerrel kapcsolatban. A kérdése, hogy a gyógyszer magyar-e, szintén erre utal. Az orvos türelmesen figyelembe veszi a kétségeit, ráirányítja a páciens figyelmét, hogy itt valójában nem a készítmény eredete a fontos, hanem ahogy maga a beteg fogalmazza meg, hogy *hatása legyen*. Az is megfigyelhető, hogy a gyógyszer kapcsán az orvos nem direktív módon kommunikál, hanem lehetőséget fogalmaz meg (*be lehet venni nyugodtan*), illetve a gyógyszer sikerességének kapcsán is lehetőségeket említ (*sikeresebb lehet, el fog dőlni*). Ezzel utat enged annak is, ha a gyógyszer nem válik be, akkor egy másikra válhatnak. Az orvos magyarázata a gyógyszerre (*gyógyszerkombináció*), a szedés módjára, a jövőbeli lehetőségekre vonatkozóan megnyugtatója a beteget, és támogatja a terápiahűséget, a sikeres együttműködést. A szakember a visszakerdezéssel lehetőséget ad arra is, hogy a páciens kifejezze, ha nem értett meg valamit, vagy valamivel nem ért egyet. A konzultáció későbbi szakaszában a többi probléma összefoglalásával visszatérnek a gyógyszerelváltásra, és kéri az orvos, hogy a következő találkozón számoljon majd be a tapasztalatairól. Tehát figyelembe veszi a beteg kétségeit, szükségleteit, lehetőséget ad az egyet nem értésre, a kérések és kérdések megfogalmazására. Ebben a magyarázaton és visszakerdezésen túl az udvarias attitűd és az együttműködésre törekvő kapcsolatépítés is fontos szerepet kap (*be tetszik venni egyet, tetszik jönni, be tetszik számolni*).

Az előző példákkal szemben az alábbi (3)-as példában a gyógyszerelváltás folyamata nem sikeres, ami nagymértékben összefügg az orvos nyelvi tevékenységével. A 84 éves nőbeteg több okból kereste fel az orvosát. Az egyik probléma az, hogy egy gyógyszere megváltozott, amit ő nem szeretne szedni, mivel a mellékhatások között szerepel a hasmenés, és neki ilyen téren egyébként is problémája van. A konzultáció három szakaszában is visszatér a gyógyszerrel szembeni bizalmatlanság. Az első részletben kiemelkedő szerepet kapnak az információátadáshoz kötődő metapragmatikai reflexiók (*nem tudtam, mondtam, nem hallottam*), amelyek kifejezetten jelzik, hogy a közös tudás nem jött létre (Kuna–Hámori 2019). A beteg nem tudta, hogy megváltozott a gyógyszere, az orvos nem tudta, hogy a beteg nem szedi a gyógyszert. Az egyes részletek folyamatosan arra hívják fel a figyelmet, hogy

a beteg aggódik az új gyógyszer mellékhatásai miatt, de ezt az orvos nem veszi elég komolyan (*a fenét*). Arra biztatja racionális érvek alapján, direktív stílusban (Pilling 2018), a bizonytalanság legkisebb lehetőségét is kizárva, hogy szedje ezt a gyógyszert, mert ez jó, jobb, mint az előző. Ehhez részletes magyarázatot is ad a konzultáció itt bemutatott részletein túl is (*ez egy enzimpótló, emésztőenzim-kivonatot, csak az emésztést segíti*), de nem ajánl fel alternatívát, és a beteg félelmét, aggodását nem veszi figyelembe. Ezt igazolja a harmadik részlet, amely már a beteg távozásakor hangzik el. A beteg ugyan elviszi a gyógyszert, de kétséges, hogy beszedi-e.

(3)

B: Na, most én nem tudtam, hogy mi az a pácika.

D: „Pácika”?! [X gyógyszernév]!

B: Mindegy, én pácikát hallottam.

D: Jó.

B: Én nem tudtam, hogy megváltoztatta a gyógyszert.

D: Dehogynem, mondtam!

B: De én nem hallottam!

[...]

B: De olyan dolgok vannak benne!

D: Mi?

B: Nekem nem. A vesére és a ...

D: A fenét! Elkezdte egyáltalán szedni?

B: Én ki se bontottam. Odaadom a mindenki dobozába.

D: De Drága! Ez egy enzimpótló. Ugyanaz, mint [Y: a korábbi gyógyszer neve], csak egy kicsit jobb.

B: De ami mellékhatás van leírva, az csupa rossz dolog.

[...]

B: De ha nem lesz jó, akkor aztán...

D: Mi nem lesz jó?

B: A gyógyszer.

D: Biztos, hogy jó! Ne féljen tőle, könyörgöm. Abban nincs semmi olyan, ami ártana.

B: Nincs?

D: Nincs. Emésztőenzim-kivonatot, csak az emésztést segíti.

Ebben a példában a terápiás együttműködés nem valósul meg. Az orvos direktív stílusa az aszimmetriát erősíti, a partneri viszony helyett. Ezt mutatja a racionális érvek előtérbe helyezése, a beteg aggodalmának háttérbe szorulása és az orvos megingathatatlan bizonyossága a gyógyszert illetően (lásd paternalisztikus modell, 2.2.). Az aszimmetria a kapcsolatépítés nyelvi elemeiben is megmutatkozik. A közös cselekvés MI-konstrukciói sem a kiragadott részletekben, sem a konzultáció többi részében nem jelennek meg. Továbbá a *fenét* reakció, a *Drága* megszólítás is növeli az aszimmetriát. Annak ellenére, hogy ez utóbbi kedves, a beteget alárendelt szerepbe helyezi (a beteg nem használhatná az orvos megszólítására). Ez az aszimmetria meg-

gátolja, hogy a beteg megfelelően tudja közvetíteni kétségeit vagy kérdéseit, és hogy azokra az orvos oldaláról megfelelő mértékű figyelem és válasz érkezen.

Az 5. rész példái rámutattak, hogy az orvos-beteg konzultáción a változásnak az egyik tipikus helyzete lehet a gyógyszerelváltás, amelyet eltérő mértékű elfogadás és terápiahűség kísérhet. A gyógyszerelváltás aktusa tehát lehetőséget adhat a beteg hozzáállásának, belső állapotainak a megváltozására az új gyógyszerhez és a későbbi terápiahűséghez kapcsolódóan. Ennek sikeressége nagymértékben múlik az orvos és a beteg közötti kommunikáción.

Már ezen a három eseten keresztül is megmutatkozik, hogy a változásfolyamatok olyan komplex, dinamikus jelenségek, amelyek nyelvileg számos különböző műveleten keresztül konstruálódnak meg, összekapcsolódva az orvos-beteg konzultációban megvalósuló cselekvésekkel és kommunikatív célkitűzésekkel (pl. a magyarázattal, kérdéssel, visszajelzéssel, meggyőzéssel, kapcsolatépítéssel, instruálással). A példákban a változással összefüggésben fontos szerepet kapott többek között a metaforizáció (Buchholz 1998; Kuna 2019: 70–4); a kapcsolatépítéshez kötődően a személyközi közelítés és távolítás művelete (Buchholz 2019; Kuna 2019: 83–6). Ebben kiemelkedőek a közös cselekvést, együttműködést, empátiát is kifejtő MI-konstrukciók és a megszólítások (Kuna 2016a, b; Csiszárík–Domonkosi 2018). Ezen túl azonban a meggyőzés további műveletei is változást indíthatnak el. Így például az értékekhez és az értékeléshez kapcsolódóan a polarizálás (Kuna 2019: 58–63); az evidenciák használata, az empátia, a beteg szempontjának bevonása kapcsán a perspektiválás (Kuna 2019: 74–83), amely új lehetőségeket ad az értelmezésre. Ilyen változást elindító perspektiválási műveletként írja le Muntigl és Horvath (2005: 224–5) a problémák nominalizálását, illetve az ok-okozati viszonyok számos nyelvi konstrukcióját, amellyel a páciens a saját, problémás viselkedését nyelvileg önmagától eltávolítja. Ezzel új perspektívát teremt, amelyen keresztül új értelmezés valósulhat meg. Mindezek a nyelvi eszközök azonban, máshogyan használva, a változások gátjává is válhatnak.

A változásfolyamatok komplex jelenségek. Minél teljesebb megértésükhöz, a pszichológiai és szociológiai vizsgálatokon és modelleken túl, egyre nagyobb mértékben járulnak hozzá a nyelvészeti kiindulású, különösen a pragmatikai és a társalgáselemzésen alapuló kutatások (Graf–Scarvaglieri–Spranz–Fogasy 2019). Ezeknek a helyzeteknek a felismerése, kommunikatív kezelése kiemelt fontosságú az együttműködő, közös tudáson és döntésen alapuló, az érzelmi dimenziót is figyelembe vevő betegcentrikus gyógyításban, és központi szerepet kap a terápiahűség kialakításában is. Egyes kutatások továbbá arra is rámutatnak, hogy a változás mint folyamat nemcsak a beteget érinti, hanem a gyógyító szakembereket is. Az egészségügyi szakemberek „nem-szemlegességének” tudatosítása (Rossi–Leone–Bigi 2017), valamint az ő változó nyelvi és társas viselkedésük is katalizátora lehet a betegben elinduló változásnak, a gyógyító kapcsolatnak és a gyógyítás szemléletének egyaránt (Youngson 2017).

6. Összegzés

A tanulmány az orvos-beteg kommunikáció kutatásának történetén keresztül rámutatott arra, hogy az elmúlt 60 évben jelentős változások történtek a gyógyítás általános

szemléletében, kutatási modelljeiben és módszereiben egyaránt. Az orvosközpontú, autoriter gyógyítási szemlélet mellett és helyett egyre nagyobb szerepet kap a személy- és betegközpontú megközelítés, amely napjainkban egyre inkább technológiailag meghatározott közegben valósul meg (Meskó 2016). Az orvos-beteg és tágabban véve az egészségügyi kommunikáció szisztematikus vizsgálatában kiemelkedő szerepet kapnak a folyamatelemzések és a diskurzus részleteit, kontextusát is vizsgáló mikroelemzések. Mára pedig a két irányzat összehangolására és kombinálására fogalmazódik meg egyre nagyobb igény.

A nyelvészeti elméleti és módszertani háttér a mikroelemzések területén játszik kiemelkedő szerepet, mert ezekben előtérbe kerülnek az interakció működésének szabályszerűségei, fordulói, társas tényezői, cselekvéstípusai. Az 1970-es évektől megfigyelhető, hogy a funkcionális nyelvészeti irányzatok, főként a társalgáselemzés, az interakcionális szociolingvisztika, valamint a pragmatika megújítja az orvos-beteg kommunikáció kutatását, egyfajta szociolingvisztikai és pragmatikai fordulatról beszélhetünk ezen a területen is (Frankel 2000; Bigi 2016). A nyelvészeti perspektíva a mai napig kiemelkedő szerepet játszik az orvos-beteg kommunikáció kutatásában, sőt a funkcionális nyelvészet alkalmazási lehetőségei a medikusképzésben is egyre fontosabbak (Emmert-Coughlin 2019; Konopasky et al. 2019).

A változások elemzése azonban nemcsak alakulás- és kutatástörténeti szempontból tanulságos az orvos-beteg kapcsolatban, hanem mikroszinten, a diskurzusban is lényeges. A gyógyító kapcsolatban ugyanis alapvető szerepet kap a változás mint folyamat, amely több szinten is megragadható (fizikai értékek, érzelmek, attitűdök, társas viszonyok, viselkedés terén stb.). A tanulmány több példán is elemezve bemutatta, hogy a változás és az arról való kommunikáció alapvető szerepet kap a terápiás együttműködésben és az azt megvalósító cselekvésekben. Mindezek nyelvészeti szempontú kutatása még sok irányba folytatható, és számos új eredménnyel gazdagíthatja az orvosi és egészségügyi kommunikáció elméletét és gyakorlatát egyaránt. Frankel (2000: 100) szavaival élve: „Történetileg olyan időszakot élünk, amikor a nem klinikai közegekből származó nyelvi kutatások (pl. nyelvészet, szociológia) új tanulási és megértési eszközt kínálnak az orvostudomány számára.”¹³

SZAKIRODALOM

- Bales, Robert F. 1950. *Interaction process analysis: A method for the study of small groups*. Addison-Wesley, Reading, MA.
- Balint, Michael 1957. *The doctor, his patient and the illness*. Pittman, London. <https://doi.org/10.1097/0000441-195711000-00018>
- Bálint Mihály 1990. *Az orvos, a betegek és a betegség*. Animula, Budapest.
- Bartha Csilla – Hámori Ágnes 2010. Stílus a szociolingvisztikában, stílus a diskurzusban. *Magyar Nyelvőr* 134: 298–321.
- Bigi, Sarah 2016. *Communicating (with) Care. A linguistic approach to the study of doctor-patient interactions*. IOS, Amsterdam/Berlin/Washington.

¹³ Az eredeti idézet: “Historically, this is a time when language studies, which typically have their origin in nonclinical disciplines such as linguistics and sociology, are being embraced as a powerful new tool for learning and understanding in medicine” (a szerző fordítása).

- Bolden, Galina B. 2000. Towards understanding practices of medical interpreting: interpreters' involvement in history taking. *Discourse Studies: an Interdisciplinary Journal for Study of Text and Talk* 2/4: 387–419. <https://doi.org/10.1177/146144560002004001>
- Boronkai Dóra 2009. *Bevezetés a társalgáselemzésbe*. Ad Librum, Budapest.
- Boronkai Dóra 2014. A konverzációelemzés alkalmazása az orvos-beteg kommunikáció kutatásában. In: Bocz Zsuzsanna (szerk.): *Szaknyelvi regiszterek és használati szinterek*. (Porta Lingua 2014) SZOKOE, Budapest, 17–34.
- Brown, James B. – Stewart, Moira – McCracken, Ed – McWhinney, Ian R. – Levenstein Joseph H. 1986. The patient-centred clinical method 2. Definition and application. *Family Practice* 3/2: 75–9. <https://doi.org/10.1093/fampra/3.2.75>
- Buchholz, Michael B. 1998. Die Metapher im psychoanalytischen Dialog. *Psyche* 52/6: 545–71.
- Buchholz, Michael B. 2019. Veränderung braucht Verbindung. In: Graf, Eva-Maria – Scarvaglieri, Claudio – Spranz-Fogasy, Thomas (Hrsg.) *Pragmatik der Veränderung. Problem- und lösungsorientierte Kommunikation in helfenden Berufen*. Narr, Tübingen, 75–95.
- Buda Béla 1977. Az orvos-beteg pszichológiája és a psychotherapia alapjai. In: Trencsényi Tibor (szerk.): *A gyakorló orvos enciklopédiája*. Medicina, Budapest, 45–80.
- Buda Béla 1994. *Fejezetek az orvosi szociológia és a társasléktan tárgyköréből*. TÁMASZ, Budapest.
- Byrne, Patrick S. – Long, Barrie E. L. 1976. *Doctors talking to patients: A study of the verbal behaviours of doctors in the consultation*. HMSO, London.
- Charon, Rita – Green, Michele J – Adelman, Ronald D. 1994. Multi-dimensional interaction analysis: a collaborative approach to the study of medical discourse. *Social Science and Medicine* 39/7: 955–65. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90207-0](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90207-0)
- Cicourel, Aron W. 1983. Hearing is not believing: Language and the structure of belief in medical communication, In: Todd, Alexandra Dundas – Fisher, Sue (eds.): *The social organization of doctor-patient communication*. Center for Applied Linguistics, Washington, 221–39.
- Cohen-Cole, Steven A. (ed.) 1991. *The medical interview: The Three Functional Approach*. MO: Mosby Year Book, St. Louis.
- Csabai Márta – Molnár Péter 1999. *Egészség, betegség, gyógyítás. Az orvosi pszichológia tankönyve*. Springer Orvosi Kiadó, Budapest.
- Csabai Márta – Csörsz Ilona – Szili Katalin 2009. *A gyógyító kapcsolat élménye. Kézikönyv és oktatólemez a kapcsolati készségek fejlesztéséhez*. Oriold és Társa Kiadó, Budapest.
- Csiszárík Katalin – Domonkosi Ágnes 2018. A gyógyító-beteg viszonylat megszólítási változatai egy mozgásszervi rehabilitációs osztály gyakorlatközösségében. *Acta Universitas de Carolo Eszterházy Nominatae XLIV*. (Sectio Linguistica Hungarica), 109–28.
- Domonkosi Ágnes 2016. Perspective and attitudinal deixis in Hungarian. *Jezyk, Komunikacja, Informacja / Language, Communication, Information* 11: 86–98.
- Domonkosi Ágnes – Kuna Ágnes 2015. A tetszikelés szociokulturális értéke. A tetszikelő kapcsolattartás szerepe az orvos-beteg kommunikációban. *Magyar Nyelvőr* 139: 39–63.
- Emanuel, Ezekiel J. – Emanuel, Lina L. 1992. Four Models of Physician-patient relationship. *The Journal of the American Medical Association* 267/16: 2221–6. <https://doi.org/10.1001/jama.267.16.2221>
- Emmerton-Coughlin, Heather 2019. Functional linguistics: the lens and the looking glass. *Medical Education* 53/12: 1167–75. <https://doi.org/10.1111/medu.14009>
- Engel, George L. 1977. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 196: 129–36. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Engel, George L. 1980. The clinical application of the biopsychosocial model. *The American Journal of Psychiatry* 137/5: 535–44. <https://doi.org/10.1176/ajp.137.5.535>

- Fisher, Sue – Todd, Alexandra 1986. *Discourse and institutional authority: Medicine, education and law*. Ablex, Norwood, Nj.
- Fogarasi, Katalin 2012. *Limited Assessability of Soft Tissue Injuries. Contrastive Terminological Analyses of Hungarian, Austrian and German Medical Diagnostic Reports*. Pécs (PhD Dissertation).
- Frankel, Richard M. 1984. From sentence to sequence: understanding the medical encounter through microinteractional analysis. *Discourse Process* 7: 135–70. <https://doi.org/10.1080/01638538409544587>
- Frankel, Richard M. 2000 the (socio)-linguistic turn in physician-patient communication research. In: Alatis, James E. – Hamilton, Heidi E. – Tan, Ai-Hui (eds.): *Linguistics, language and professions*. Georgetown University Press, Georgetown, 81–103.
- Graf, Eva-Maria – Spranz-Fogasy, Thomas 2018. Welche Frage, wann und warum?: Eine qualitativ-linguistische Annäherung an Frage-Sequenzen als zentrale Veränderungspraktik im Coaching. *Coaching Theorie & Praxis* 4: 17–32. <https://doi.org/10.1365/s40896-018-0021-4>
- Graf, Eva-Maria – Scarvaglieri, Claudio – Spranz-Fogasy, Thomas (eds.) 2019. *Pragmatik der Veränderung. Problem- und lösungsorientierte Kommunikation in helfenden Berufen*. Narr, Tübingen.
- Halász Renáta – Koppán Ágnes – Eklics Katalin 2016. A magyar orvosi szaknyelvoktatás új megközelítése a Pécsi Tudományegyetemen. In: Reményi Andrea Ágnes – Sárdi Csilla – Tóth Zsuzsa (szerk.): *Távlatok a mai alkalmazott nyelvészetben*. Tinta Könyvkiadó, Budapest, 71–9.
- Halász Renáta – Kárpáti Eszter – Eklics Katalin – Koppán Ágnes 2018. A betegközpontú szemlélet mint érték megjelenése a magyar orvosi szaknyelvoktatásban. In: Besznyák Rita (szerk.): *Tudásmegosztás, értékközvetítés, digitalizáció – trendek a szaknyelvoktatásban és -kutatásban*. (Porta Lingua 2018.) SZOKOE, Budapest, 237–48.
- Hámori Ágnes 2009. *A figyelem és a beszédaktusok összefüggései a társalgásban*. ELTE (Doktori értekezés), Budapest.
- 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. (eds.) 2006a. *Communication in medical care. Interaction between primary care physicians and patients*. CUP, Cambridge. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511607172>
- Heritage, John – Maynard, Douglas W. 2006b. Problems and prospects in the study of physician-patient interaction: 30 years of research. *Annual Review of Sociology* 32/1: 351–74. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.32.082905.093959>
- Holmes, Janet 1992. Women’s talk in public contexts. *Discourse and Society* 3/2: 131–50. <https://doi.org/10.1177/0957926592003002001>
- Husztai Judit – Wéber Katalin 2014. Interkulturális orvosi kommunikáció Európában. Egy tananyagfejlesztés tanulságai. In: Bocz Zsuzsanna (szerk.): *Szaknyelvi regiszterek és használati színterek*. (Porta Lingua 2014) SZOKOE, Budapest, 87–96.
- Hymes, Dell 1962. The ethnography of speaking. In: Gladwin, Thomas – Sturtevant, William C. (eds.): *Anthropology and Human Behavior*. Anthropology Society of Washington, Washington D.C.
- Hymes, Dell 1974. *Foundations in Sociolinguistics: An Ethnographic Approach*. University of Pennsylvania Press, Philadelphia.
- Inui, Thomas S. – Carter, William B. 1985. Problems and prospects for health services research on provider-patient communication. *Medical Care* 23/5: 521–38. <https://doi.org/10.1097/00005650-198505000-00013>

- Kárpáti Eszter 2015. Az orvosi nyelvhasználat szerepéről. In: Gecső Tamás – Sárdi Csilla (szerk.): *Nyelv, kultúra, társadalom*. KJF, Székesfehérvár; Tinta Könyvkiadó, Budapest, 119–25.
- Koerfer, Armin – Albus, Christian (Hrsg.) 2018. *Kommunikative Kompetenz in der Medizin. Ein Lehrbuch zur Theorie, Didaktik, Praxis und Evaluation der ärztlichen Gesprächsführung*. Verlag für Gesprächsforschung, Göttingen. (<http://www.verlag-gespraechsforschung.de/2018/pdf/kommunikative-kompetenz.pdf>, letöltés: 2018. 09. 10.)
- 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*. Verlag für Gesprächsforschung, Göttingen, 815–51. (<http://www.verlag-gespraechsforschung.de/2018/pdf/kommunikative-kompetenz.pdf>, letöltés: 2018. 09. 10.)
- Kollár János OK Világ. Kommunikációs társasjáték az orvosképzésben *Lege Artis Medicinae* 26/4: 189–94.
- Konopasky, Abigail – Ramani, Divya – Ohmer, Megan – Durning, Steven J – Artino, Anthony R. Jr. – Battista, Alexis 2019. Why health professions education needs functional linguistics: the power of ‘stealth words.’ *Medical Education* 53/12: 1187–95. <https://doi.org/10.1111/medu.13944>
- Korsch, Barbara M. – Negrete, Vida Francis 1972. Doctor-patient communication. *Scientific American* 277/2: 66–75. <https://doi.org/10.1038/scientificamerican0872-66>
- Kránicz Rita 2015. *Kórházpedagógus tanóráinak interakciós vizsgálata*. PTE, Pécs (doktori értekezés).
- Kránicz Rita – Sárkányiné Lőrinc Anita – Hambuchné Köhalmi Anikó 2018. Kommunikatív funkciók vizsgálata gasztroenterológus-beteg párbeszédekben. In: Besznyák Rita (szerk.): *Tudásmegosztás, értékközvetítés, digitalizáció – trendek a szaknyelvoktatásban és -kutatásban*. (Porta Lingua 2018.) SZOKOE, Budapest, 399–410.
- Kuna Ágnes 2016a. Személydeixis és önreprezentáció az orvos-beteg találkozásokon Az első személyű deiktikus elemek mintázatai az orvosi kommunikációban. *Magyar Nyelvőr* 140: 316–32.
- Kuna, Ágnes 2016b. Hogy tetszik lenni? Hogy vagyunk, hogy vagyunk? *Magyar Orvosi Nyelv* 16/2: 75–9.
- Kuna Ágnes 2019. *Nyelv, meggyőzés, gyógyítás. A meggyőzés nyelvi mintázatai a 16–17. századi orvosi receptben*. Tinta Könyvkiadó, Budapest.
- Kuna Ágnes – Kaló Zsuzsanna 2013. *Orvos-beteg kommunikáció és az érzelm kifejezés nyelvi elemzése a családorvosi gyakorlatban*. A MPT XXII. ELTE PPK, Budapest.
- Kuna Ágnes – Kaló Zsuzsa 2014. Az orvos-beteg kommunikáció a családorvosi gyakorlatban. In: Veszelszki Ágnes – Lengyel Klára (szerk.): *Tudomány, technolektus, terminológia. A tudományok, szakmák nyelve*. Éghajlat, Budapest, 117–30.
- Kuna Ágnes – Hámori Ágnes 2019. „Hallgatok, mi a panasz?” A metapragmatikai reflexiók szerepei és mintázatai az orvos-beteg interakciókban. In: Laczkó Krisztina – Tátrai Szilárd (szerk.): *Kontextualizáció és metapragmatikai tudatosság*. Eötvös Collegium, Budapest, 260–83.
- Kuna Ágnes – Ludányi Zsófia 2019. Terminológiai elvek az orvosi szaknyelvben és a gyógyító kommunikációban. Problémák, tendenciák, ideológiák. In: Fóris Ágota – Bölszkei Andrea (szerk.): *Terminológiasztratégiai kihívások a magyar nyelvterületen*. L’Harmattan, Budapest, 105–20.
- Lennard, Henry L. – Bernstein, Arnold 1960. *The autonomy of psychotherapy: system of communication and expectation*. Columbia University Press, New York.
- Ley, Philip 1979. Memory for medical information. *British Journal of Social and Clinical Psychology* 18/2: 245–55. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1979.tb00333.x>

- Levenstein, Joseph H. – McCracken, Ed – McWhinney, Ian R. – Stewart, Moira – Brown, James B. 1986. The patient-centred clinical method 1. A model for the doctor-patient interaction in family medicine. *Family Practice* 3/1: 24–30. <https://doi.org/10.1093/fampra/3.1.24>
- Léder László 2013. *A gyógyító kommunikáció. Praktikus tanácsok házi orvosoknak*. KM-Pharmamédia Kft., Budapest.
- Ludányi, Zsófia 2020. Language ideologies in contemporary Hungarian organized medical language management. *Slovo a slovesnost* 81/2: 81–110.
- Macagno, Fabrizio – Bigi, Sarah 2017. Analyzing the pragmatic structure of dialogues. *Discourse Studies* 19/2: 148–68. <https://doi.org/10.1177/1461445617691702>
- McKinlay, John B. – Marceau, Lisa D. 2002. The End of the Golden Age of Doctoring. *International Journal of Health Services* 32: 379–416. <https://doi.org/10.2190/JL1D-21BG-PK2N-J0KD>
- Mány Dániel 2019. Idegen szavak autentikus és fordított orvosi szövegekben: fordítási stratégiák angol, magyar és francia betegtájékoztatók tükrében. In: Horváth Ildikó (szerk.): *TransELTE 2018*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 23–38.
- Menz, Florian – Nowak, Peter 1992. Kommunikationstraining für Ärzte und Ärztinnen in Österreich. Eine Anamnese. In: Fiehler, Reinhard – Sucharowski, Wolfgang (Hrsg.): *Kommunikationsberatung und -ausbildung. Anwendungsfelder der Diskursforschung*. Westdeutscher Verlag, Opladen, 79–86. https://doi.org/10.1007/978-3-322-85086-7_6
- Menz, Florian – Al-Roubaie, Ali 2008. Interruptions, status and gender in medical interviews: the harder you brake, the longer it takes. *Discourse and Society* 19/5: 645–66. <https://doi.org/10.1177/0957926508092247>
- Menz, Florian – Lalouschek, Johanna – Gstettner, Andreas 2008. *Effiziente ärztliche Gesprächsführung. Optimierung kommunikativer Kompetenz in der ambulanten medizinischen Versorgung. Ein gesprächsanalytisches Trainingskonzept*. LIT-Verlag, Münster.
- Menz, Florian 2011. Doctor-patient communication. In: Wodak, Ruth – Johnstone, Barbara – Kerswill, Paul (eds.): *The Sage Handbook of Sociolinguistics*. SAGE, Los Angeles/California, 330–44. <https://doi.org/10.4135/9781446200957.n24>
- Meskó Bertalan 2016. *Az orvoslás jövője. Ember és technológia*. HVG, Budapest.
- Merlini, Raffaella – Favaron, Roberta 2005. Examining the 'voice of interpreting' in speech pathology. *Interpreting: International Journal of Research and Practice in Interpreting* 7/2: 263–302. <https://doi.org/10.1075/intp.7.2.07mer>
- Mishler, Elliott G. 1984. *The discourse of medicine: Dialects of medical interviews*. Ablex, Norwood, NJ.
- Molnár Péter – Csabai Márta 1994. *A gyógyítás pszichológiája*. Budapest: Springer Hungarica.
- Muntigl, Peter – Horvath, Dam 2005. Language, psychotherapy and client change. An interdisciplinary perspective. In: Wodak, Ruth – Chilton, Paul (eds.): *A new agenda in (Critical) Discourse Analysis. Theory, Methodology and Interdisciplinarity*. (Discourse approaches to politics, society and culture, 13). Benjamins, Amsterdam/Philadelphia, 213–39. <https://doi.org/10.1075/dapsac.13.14mun>
- Nowak, Peter 2009. *Eine Systematik sprachlichen Handelns von Ärzt/inn/en. Metastudie über Diskursforschungen zu deutschsprachigen Arzt-Patient-Interaktionen*. Peter Lang, Frankfurt am Main.
- Parsons, Talcott 1951. *The social system*. Free Press, New York.
- Pilling János (szerk.) 2008. *Orvosi kommunikáció*. Medicina, Budapest.
- Pilling János 2018. *Orvosi kommunikáció a gyakorlatban*. Medicina, Budapest.

- Rossi, Maria – Grazia – Leone, Daniela – Bigi, Sarah 2017. The ethical convenience of non-neutrality in medical encounters: argumentative instruments for health care providers. *Teoria 2*: 139–57.
- Roter, Debra – Larson, Susan 2002. The Roter Interaction analysis System (RIAS): Utility and flexibility for analysis of medical interaction. *Patient Education Counseling* 46/4: 243–51. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(02\)00012-5](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(02)00012-5)
- Sacks, Harvey – Schegloff, Emanuel – Jefferson, Gail 1974. A Simplest Systematics for the Organization of Turn Taking in Conversation. *Language* 50: 696–735. <https://doi.org/10.1353/lan.1974.0010>
- Sandvik, Margareth – Eide, Hilde – Lind, Marianne – Graugaard, Peter K. – Torper, Jorun – Finset – Arnstein 2002. Analyzing medical dialogues: strength and weakness of Roter’s inter action analysis system (RIAS). *Patient Education and Counselling* 46: 235–41. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(02\)00014-9](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(02)00014-9)
- Sárkányiné Lőrinc Anita 2015. *A családorvos – akut beteg kommunikáció nyelvészeti vonatkozásai*. PTE, Pécs (doktori értekezés).
- Sárkányiné Lőrinc Anita – Kránicz Rita – Rébék-Nagy Gábor – Hambuch Anikó 2017. Az egészségügyi intézményi kommunikáció változása és a párbeszédtek szekvenciális mintázata. In: Besznyák Rita (szerk.): *Szaknyelvhasználat: a tudomány és a szakma nyelvének alkalmazása* (Porta Lingua 2017) SZOKOE, Budapest, 407–14.
- Skordai Anna 2019. Ön- és tudásrepresentáció a fogorvosi ellátáshoz kötődő fórumokon. In: Furkó Péter (szerk.): *Az önképtől és tudásrepresentációtól a hatalommegosztásig – tanulmányok a bölcsészettudomány, a hittudomány és a jogtudomány területeiről*. L’Harmattan, Budapest, 111–20.
- Silverman, David 1997. *Discourse of counselling: HIV counselling as social interaction*. Sage, London.
- Spranz-Fogasy, Thomas 2005. Kommunikatives Handeln in ärztlichen Gesprächen. Gesprächseröffnung und Beschwerdenexploration. In: Neises, Mechtild – Ditz, Susanne – Spranz-Fogasy, Thomas (Hrsg.): *Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention*. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart, 17–47.
- Spranz-Fogasy, Thomas – Becker, Maria – Menz, Florian – Nowak, Peter 2014. *Literatur zur Medizinischen Kommunikation*. (<https://ids-pub.bsz-bw.de/frontdoor/index/index/docId/5071>; letöltés: 2019. 04. 21.)
- Stewart, Moira – Brown, Judith B. – Weston, Wayne W. – McWhinney, Ian R. – McWilliam, Carol L. – Freeman, Thomas R. (eds.) 1995. *Patient-centered medicine. Transforming the clinical method*. Sage, London.
- 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: 585–92. <https://doi.org/10.1001/archinte.1956.00250230079008>
- Tátrai, Szilárd 2011. *Bevezetés a pragmatikába*. Tinta Könyvkiadó, Budapest.
- Udvardi, Anna 2019. The role of linguistics in improving the evidence base of healthcare communication. *Patient Education and Counseling* 102/2: 388–93. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.09.012>
- Youngson, Robin. 2017. *Együttérző gyógyítás. Szemléletváltás az orvoslásban*. HVG, Budapest.
- Varga Katalin (szerk.) 2011. *A szavakon túl. Kommunikáció és szuggesztió az orvosi gyakorlatban*. Medicina Kiadó Zrt., Budapest.
- Varga Katalin – Józsa Emese 2013. *Új módszer a kétszemélyes interakciók szubjektív értékelésére: A Diádikus Interakciós Harmónia kérdőív*. *Magyar Pszichológiai Szemle* 68/3: 419–40. <https://doi.org/10.1556/MPSzle.68.2013.3.03>

- Varga Katalin – Diószeghy Csaba 2001. *Hűtésbefizetés, avagy a szuggesztiók szerepe a mindennapi orvosi gyakorlatban*. Pólya Kiadó, Budapest.
- Verschueren, Jef 1999. *Understanding pragmatics*. Arnold, London/NY/Sydney/Auckland.
- Waitzkin, Howard 1991. *The politics of medical encounters*. Yale University Press, New Haven, CT.
- West, Candace 1990. Not just doctors' Orders: directive response sequences in patients' visits to women and men physicians *Discourse and Society* 1/1: 85–112. <https://doi.org/10.1177/0957926590001001005>
- West, Candace 1984. *Routine complications: Troubles with Talk between doctors and patients*. Indiana University Press, Bloomington.

INTERNETES FORRÁSOK

- [1] Pilling János: Az orvos-beteg kapcsolat modelljei. <https://egeszsegugyimarketing.hu/orvos-beteg-kommunikacio-pilling-janostol/> (letöltés: 2019. 11. 30.)
- [2] SAS-OK, Szuggesztiók Alkalmazása a Szomatikus Orvoslásban Képzés <https://www.sas-ok.hu/> (letöltés: 2020. 04. 28.)
- [3] Major NCDs and their risk factors. <https://www.who.int/ncds/introduction/en/> (letöltés: 2019. 12. 20.)

Kuna Ágnes
egyetemi adjunktus
ELTE BTK

<https://orcid.org/0000-0001-9447-6285>

SUMMARY

Kuna, Ágnes

Changes in doctor–patient communication Changing attitudes, methods, and practice

In the research on, and description of, doctor–patient communication, the notion of change occurs increasingly and at multiple levels. This paper has a double purpose with respect to the study of such change. It presents the historical evolution of research on doctor–patient communication in the modern age, its major stages, and current trends in both theory and methodology. Especially heavy emphasis is laid on the role of the linguistic approach that has significantly altered the research on doctor–patient communication, and has a major impact on it even today. Another main aim of the paper is to study the process of change at the micro-level, in a pragmatic perspective. Accordingly, it points out certain social and communicative aspects of the changes via a concrete analysis of actual doctor–patient interactions.

Keywords: doctor–patient communication, linguistics and medical communication, functional pragmatics, change, language strategies.