

KUNA ÁGNES<sup>1</sup> – MARKÓ ALEXANDRA<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> ELTE BTK, Alkalmazott Nyelvészeti és Fonetikai Tanszék –

<sup>2</sup> MTA–ELTE Lendület Lingvális Artikuláció Kutatócsoport

<sup>1</sup> kuna.agnes@btk.elte.hu

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

<sup>2</sup> marko.alexandra@btk.elte.hu

<https://orcid.org/0000-0003-0301-7134>

Kuna Ágnes – Markó Alexandra: Betegközpontú és paternalisztikus kapcsolatépítés az orvos-beteg viszonyban. A kapcsolatépítés pragmatikai és szuprasegmentális jellemzői

Patient- and doctor-centred communication in doctor-patient interaction.

Pragmatic and suprasegmental features

Alkalmazott Nyelvtudomány, Különszám: Egészségügyi kommunikáció, 2023/1. szám, 96–115.

doi:<http://dx.doi.org/10.18460/ANY.K.2023.1.005>

## **Betegközpontú és paternalisztikus kapcsolatépítés az orvos-beteg viszonyban.**

### **A kapcsolatépítés pragmatikai és szuprasegmentális jellemzői**

Patient- and doctor-centred communication in doctor-patient interaction.

Pragmatic and suprasegmental features

The relationship between healthcare professionals and patients plays a central role in patient care. Relationship building is an active, dynamic process unfolding in interactions, shaped by both verbal and non-verbal elements of communication.

The goal of the present study is to highlight characteristic linguistic patterns of patient-centred and paternalistic styles of relationship building on the basis of an analysis of 8 instructional videos recorded with professional actors, simulating situations in healthcare. The 8 encounters feature 4 situations (at G.P. consultations), each enacted according to both the patient-centred and the paternalistic model of doctor behaviour. The study primarily focuses on suprasegmental features of semantically and syntactically (quasi)equivalent utterances contributing to relationship building, treating them much like prosodic minimal pairs. Moreover, it also analyses the functioning of these utterances from a global, pragmatic perspective.

As the analysis shows, beyond differences in the participants' actions, knowledge representations, emotion-related communication and body language, the two styles of relationship building also diverge in terms of suprasegmental features, although in the sample under study, the discrepancies rarely amount to statistically verifiable trends.

**Keywords:** doctor-patient communication, patient-centred and doctor-centred communication, relationship-building, instructional videos

## **1. Bevezetés**

A személyközi kapcsolat és ennek kiépítése ősidőktől fogva központi eleme a „gyógyítás művészetének”. Ezt igazolják az orvostörténeti (pl. Kuna, 2019; Oláh, 1986) és az egészségügyi kommunikációra vonatkozó kutatások egyaránt (pl. Csabai et al., 2009; Hall et al., 1981; Koerfer & Albus, 2018). A kapcsolatépítés aktív és

dinamikus folyamat, amely az interakcióban zajlik, és amelyben az interakció minden eleme részt vehet (Linke & Schröter, 2017), beleértve a verbális és nem verbális kommunikáció jellemzőit is. A kapcsolatépítés ugyanakkor mintázatok is mutat, amelyek jellemzően modellként jelennek meg a szakirodalomban (Beach, 2013; Emanuel & Emanuel, 1992). Az orvos-beteg viszonyban a kapcsolatépítésnek számos modellje létezik, amelyek alapvetően két szemléleti keret valamelyikében értelmezhetők: az egyik az orvoscentrikus vagy paternalisztikus, a másik a betegközpontú szemlélet.<sup>1</sup>

A jelen elemzésben ennek a két kapcsolatépítési módnak néhány nyelvi jellegzetességét mutatjuk be elsődlegesen az egészségügyi szakemberek nyelvi tevékenységén keresztül. A vizsgálat anyagát nyolc oktatóvideó adja (Csabai et al., 2009). A nyolc konzultáció négy jelenetet dolgoz fel betegcentrikus, illetve paternalisztikus orvosi viselkedési módban. Kutatásunk középpontjában az ugyanazt a jelenetet feldolgozó konzultációk azonos megnyilatkozásainak szupraszegmentális, valamint pragmatikai jellemzői állnak. Célunk, hogy rámutassunk ezek működésére a paternalisztikus és a betegcentrikus kapcsolatépítési módban.

A tanulmány a jelen bevezető részt követően ismerteti a gyógyító kapcsolat paternalisztikus és betegközpontú szemléletét (2.); majd bemutatja a vizsgálat anyagát és módszerét, kitérve a hangtani és a pragmatikai elemzésekre egyaránt (3.). A 4. alpont részleteiben ismerteti az elemzések eredményeit, végezetül a tanulmány összegzéssel és kitekintéssel zárul (5.).

## 2. A gyógyító kapcsolat

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 kapcsolat minőségével, a köztük lévő terápiás szövetséggel (Csabai et al., 2009). Nem véletlen, hogy az orvos-beteg konzultáció egyik fő funkciója épp ennek a szövetségnek, együttműködésnek a kiépítése (*rapport*) (Bigi, 2016; Cohen & Cole, 1991; Wasserman & Inui, 1983).

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 betegségközpontú, paternalisztikus

---

<sup>1</sup> 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 dialógusközpontú, továbbá a biopszichoszociális központú megközelítéssel, ezek egymáshoz fűződő, összetett viszonyaival (Beach, 2013: 5; Koerfer & Koerfer, 2018: 334). A tanulmányban az orvos- és betegcentrikus pólus nem a történetileg értelmezett szemléletben értelmezendő. Az itt bemutatott betegközpontú megközelítésben nagy szerepet kap az interakció közös alakítása, a dialogikus szerveződés és a biopszichoszociális beszélgetések egyaránt (vö. 2. alpont). A *paternalisztikus*, *orvoscentrikus*, illetve *orvosközpontú* terminusokat a tanulmányban egymás szinonimáiként használjuk.

megközelítés egyre inkább a személy-, illetve betegközpontú gyógyítás felé tolódik (Beach, 2013; Heritage & Maynard, 2006). Az új megközelítés több modellel jellemezhető, és az orvos-beteg közötti interakcióra, illetve kapcsolatépítésre is nagy hatást gyakorol (Emanuel & Emanuel, 1992; Kuna, 2020). A különböző modellek sematikusan tekintve egy skálán helyezhetők el az orvosközpontú (paternalisztikus), valamint a betegcentrikus viselkedési mód pólusai között.

A paternalisztikus viselkedési mintában az orvoshoz kötődik az orvosszakmai, kulturális és társadalmi autoritás egyaránt (Heritage, 2019; Parsons, 1951). Ő az interakciók és a bennük megvalósuló cselekvések irányítója, lényegében a döntéshozó. Az egészségügyi szakember fölrendelt helyzetből gyakorolja a kontrollt az alárendelt beteg felett. A betegség ebben a közegben egy biológiai állapot, amelyet a megfelelő tudományos ismeretekkel lehet alakítani. 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 betegségközpontú, azaz paternalisztikus modellnek a kritikájaként, egyfajta ellenpólusaként jelenik meg az 1950-es évek végétől kezdve a személy-, illetve betegközpontú gyógyítás (Balint, 1957; Szasz & Hollender, 1956), amely aztán számos új szemponttal egészül ki (Beach, 2013; Koerfer & Koerfer, 2018). 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 (Bigi, 2016; Heritage & Maynard, 2006). Így az egészségügyi szakember nem kizárólag ajánl, javasol, elrendel, hanem a terápiát a beteggel együtt, a beteg érzelmi és mindennapi tevékenységeinek a figyelembevételével, dialogikusan alakítja ki.

A két megközelítés 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 (nyelvi-viselkedésbeli) mintázatot. Fontos szempont továbbá, hogy a modellek egy skála két végpontjaként értelmezhetők. Éles és egyértelmű határok a kapcsolatépítés működésében nehezen határozhatók meg az egyes megközelítések között, ami azzal is összefügg, hogy nagy egyéni különbségek mutatkoznak a páciensek között arra vonatkozóan, hogy milyen kommunikációs módot igényelnek, illetve részesítenek előnyben az orvosukkal való kommunikációban. Habár egyre nagyobb mértékű eltolódás figyelhető meg a beteg- és a párbeszédcentrikus megközelítés irányába (Beach, 2013), a paternalisztikus és a

betegközpontú gyógyítás gyakran együttesen jelenik meg a konzultációk mikro környezetében. Erre a kettősségre mutat rá egy 2009-es magyarországi kérdőíves felmérés is (Vajda et al., 2012: 346), amelynek eredményei szerint a jól kommunikáló orvost Magyarországon a legtöbben a paternalisztikus modell jellemzőivel írják le, ugyanakkor igénylik a közös döntéshozatalt. Ez pedig a betegközpontú modellt jellemzi inkább.

A két modellben megvalósuló interakcióknak a vizsgálatát tovább nehezíti, hogy jellemzően olyan egészségügyi szakemberek vesznek részt az erre irányuló kutatásokban, akik maguk is fontosnak tartják a kommunikációt a terápiás viszonyban, tehát valószínűsíthetően inkább a betegcentrikus viselkedési mód kommunikatív jellemzői dominálnak a konzultációikon. Ez is indokolja, hogy a jelen tanulmányban a két kapcsolatépítési mód társas viszonyaihoz köthető jellegzetességeit színészekkel létrehozott diskurzusok elemzésén keresztül mutatjuk be (ennek részleteit lásd a 3. alpontban).

A vizsgálatot nehezítő további 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. Vannak olyan 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 et al., 2018). Ezen tényezők szisztematikus felmérése folyamatban van az itt bemutatott anyagon (Kuna, megj. a.).

Jelen tanulmányunkban ehhez kapcsolódóan elsősorban a konzultációkon megvalósuló nyelvi tevékenység szupraszegmentális és pragmatikai jellemzőire összpontosítunk az azonos vagy kváziazonos szekvenciák vizsgálatán keresztül. Elemzésünkben ezen beszédrészek kapcsolatépítésben betöltött szerepét vizsgáljuk. Az elemzéssel az alábbi kutatási kérdésekre kerestük a választ:

1. Eltér-e egymástól a betegcentrikus és a paternalisztikus orvosi kommunikáció a temporális és az alapfrekvencia-jellemzőik tekintetében?

2. Milyen jellemző interakcióbéli cselekvésekben valósulnak meg ugyanazok a megnyilatkozások a betegcentrikus és a paternalisztikus kommunikációs stílusban?

A vizsgálat kiinduló hipotézisei a következők voltak:

1. Feltételeztük, hogy tendenciaszerű eltérések mutatkoznak a két kapcsolatépítési modellben a gyógyító szakember kommunikációjának hangtani (temporális és  $f_0$ -) jellemzőiben.

2. Feltételeztük továbbá azt is, hogy a (kvázi)azonos szekvenciák eltérő beszédaktusokhoz kapcsolódva valósulnak meg a paternalisztikus és a betegcentrikus kapcsolatépítésben.

### 3. Anyag és módszer

A kutatás anyagát nyolc szimulált, színészek által eljátszott jeleneteket tartalmazó oktatóvideó adja (Csabai et al., 2009). A nyolc konzultáció összesen négy különböző jelenetet dolgoz fel betegcentrikus, illetve paternalisztikus orvosi viselkedési modellben, valamint tipikus női és férfi szerepmodelleket aktiválva (Bálint et al., 2014), összesen 32 perc (3116 szó, 176 forduló) terjedelemben. Ezek közül két jelenet (négy konzultáció) háziorvosi rendelésen, további kettő pedig pszichológus és páciense között zajlik (négy konzultáció). Az 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 paternalisztikus és a betegcentrikus kommunikációs módban jellemzően aktiválódó sémákat dolgozzák ki.<sup>2</sup> A vizsgált párbeszédet fiktív jellegét az elemzésben szem előtt tartjuk, és ennek megfelelően fogalmazzuk meg megállapításainkat. A videók – habár eljátszott diskurzusokat mutatnak be – alkalmasak arra, hogy ugyanarra a szituációra vonatkozóan megmutassák a paternalisztikus és a betegcentrikus kapcsolatépítési mód nyelvi-kommunikációs jellemzőit. A vizsgált anyag részletes adatait az 1. táblázat foglalja össze.

---

<sup>2</sup> Az oktatókönyv és -videó szerzőinek elmondása szerint a jelenetek szövege olyan valós szituációkon alapul, amelyek tipikus gyógyítói helyzeteket dolgoznak fel. A szövegeket egészségügyi szakemberek együttműködésével kutatók írták meg előre. A jelenetekhez kapcsolódóan a színészek azt az instrukciót kapták, hogy az egyik beszédmód esetében létrejön a páciens és az orvos/pszichológus között a terápiás kapcsolat, a másikban azonban nem. Nem címkézték *betegközpontú* és *paternalisztikus* jelzővel az egyes jeleneteket, ugyanakkor megfelelőnek találták, ha az elemzésben ezeket az elnevezéseket használjuk. A vizsgált anyagot nyilvánosan elérhető publikált videók adják (Csabai et al., 2009), amelyeknek elemzéséhez szerzői hozzájárulást kaptunk.

1. táblázat. A videóanyag metaadatai<sup>3</sup>

A videó azonosítója	Idő-tartam	Modell	Rész-vevők	Nem		Probléma
				D	P	
V1P	4'08"	Pat.	Psz-P	nő	férfi	pánikbetegség, szorongás
V1B	4'11"	B.cent.				
V2P	4'17"	Pat.	D-P	nő	férfi	megemelkedett glükózsztint, túlsúly, jogosítvány (foglalkozáshoz)
V2B	4'53"	B.cent.				
V3P	4'23"	Pat.	Psz-P	férfi	nő	állandó fejfájás, magas stressz
V3B	4'34"	B.cent.				
V4P	2'45"	Pat.	D-P	férfi	nő	várandós kismama elkapta kisgyermekétől az influenzát
V4B	2'57"	B.cent.				

A tágabb kutatás célja, hogy több módszer segítségével leírja a két kapcsolatépítési mód nyelvi, kommunikációs jellemzőit és mintázatait. Ebben kiemelkedő szerepet kapnak a társalgáselemzés és a pragmatika elméleti és módszertani alapjai (Boronkai, 2009; Hámori, 2009; Tátrai, 2017). Így fontos elemzési szempontok a következők: a társalgási fordulók résztvevői viszonyokban értelmezett jellegzetességei; a kapcsolatépítés prominens helyeinek (nyitás, zárás) jellemzői; a személyjelölés és a társas deixis műveletének működése; a nyelvi reflexiók szerepe és ezzel szoros összefüggésben a tudásmegosztás (magyarázat); a testbeszéd. Mindezek elemzése MAXQDA programmal (Kuckartz & Rädiker, 2019) valósul meg komplex, többdimenziós kódolással (Kuna, megj. a.).

A jelen tanulmány ehhez a többszemponú elemzéshez járul hozzá azoknak a megnyilatkozásoknak a vizsgálatával, amelyek az egyes konzultációk különböző kapcsolatépítési modelljeiben azonosak vagy kváziazonosak. Az elemzésbe kizárólag az egészségügyi szakember megnyilatkozásait vettük be, mert ezek nagyobb szerepet játszanak a kapcsolatépítésben a vizsgált mintában – részben az oktatóvideó műfajának köszönhetően.<sup>4</sup> A kiválasztott szekvenciákat kétféleképpen vizsgáltuk: hangtani és pragmatikai szempontból. A két megközelítés együttes alkalmazását azért láttuk szükségesnek, mert egy folyamatban lévő kérdőíves felmérés tanulságai szerint (Kuna megj. a.) az elemzett jelenetekben a kapcsolatépítés módja nagymértékben összefügg az egészségügyi dolgozók beszédének szupraszegmentális jellemzőivel (pl. hangerő, hangsúly, tempó), továbbá

<sup>3</sup> Rövidítések az egész tanulmányban: *Psz* – pszichológus; *P* – páciens; *D* – doktor, *Pat.* – paternalisztikus; *B.cent* – betegcentrikus.

<sup>4</sup> A vizsgálat egészében természetesen a kapcsolatépítés és a tudásszervezés dinamikus jellegének megfelelően a nyelvi jellemzők teljeskörű elemzése zajlik mindkét résztvevő nyelvi tevékenységének bevonásával, egymáshoz való viszonyának bemutatásával. A jelen elemzésben módszertanilag indokolt döntést hoztunk, amikor kizárólag az egészségügyi szakemberek megnyilatkozásainak (kvázi)azonos szekvenciáit vizsgáltuk.

testbeszédével (pl. mimika, proxemika). Kutatásunkban így azt vizsgáljuk, hogy vannak-e mérhető eltérések és tipikus mintázatok az egyes helyzetek nyelvi cselekvéseiben és szupraszegmentális jellemzőiben.

A hangtani elemzés során az egészségügyi szakembereknek a pácienshez intézett megnyilatkozásrészleteit vizsgáltuk, amelyek (kvázi)azonos szekvenciákat tartalmaznak a két felvételen, tekintet nélkül arra, hogy a szekvencia önállóan alkot egy intonációs frázist, vagy valamely frázis(ok) részlete, esetleg több frázist tartalmaz. Rövidebb (legalább három szótagos, pl. *jó napot, hívjon fel*) egyezéseket, illetve teljes beszédfordulónyi (kvázi)azonos részeket is találtunk. Ezeket címkéztük fel a beszédszakaszok (a szünettől szünetig tartó egységek) szintjén. A hosszabb, több intonációs frázist tartalmazó beszédszakaszokat frázisokra tagoltuk. A videók szövegét FOLKER programmal (Schmidt & Schütte, 2010) jegyeztük le, majd a leíratot importáltuk a Praat 6.1.33 szoftverbe (Boersma & Weenink, 2020), ahol a beszédszakasz- és frázisszintű annotálást és a méréseket végeztük el.

Kinyertük az azonos szövegrészek időtartamát (ms). A tiszta beszédidőt mértük, a beszédidőtartam meghatározásában nem vettük figyelembe a szünetek időtartamát. A szünetek elemzését nem tudtuk elvégezni, mivel az azonos beszédrészek jellemzően nem tartalmaztak szünetet, így a szünetek számossága oly csekély volt, hogy ez a szempont nem szolgáltatott értelmezhető adatokat. Megállapítottuk a szövegrészek szótagszámát: a (kvázi)azonos beszédrészek között legfeljebb egy-két szótagnyi eltérés volt, pl. *amiről most beszélgettünk* vs. *amiről most itt beszélgettünk*.

Frázisonként meghatároztuk az alapfrekvencia minimumát, maximumát, illetve átlagértékét (Hz). Az alapfrekvencia-értékeket csak a modális zöngével megvalósuló beszédrészekből nyertük ki kézi méréssel (a felvételek minősége az automatikus adatkinyerést nem tette lehetővé).

Az időtartamadatok és a szótagszám alapján meghatároztuk a beszédrészek artikulációs tempóját (szótag/s-ban), valamint az alapfrekvencia minimum- és maximumértékei alapján a hangköz (a szélső értékek távolsága) értékét (félhangban).

Statisztikai vizsgálatnak vetettük alá az artikulációs tempó, az átlagos alapfrekvencia és a hangköz értékeit, a videófelvétel-párokból kinyert adatokat páros mintás Wilcoxon-próbával teszteltük (SPSS 20).

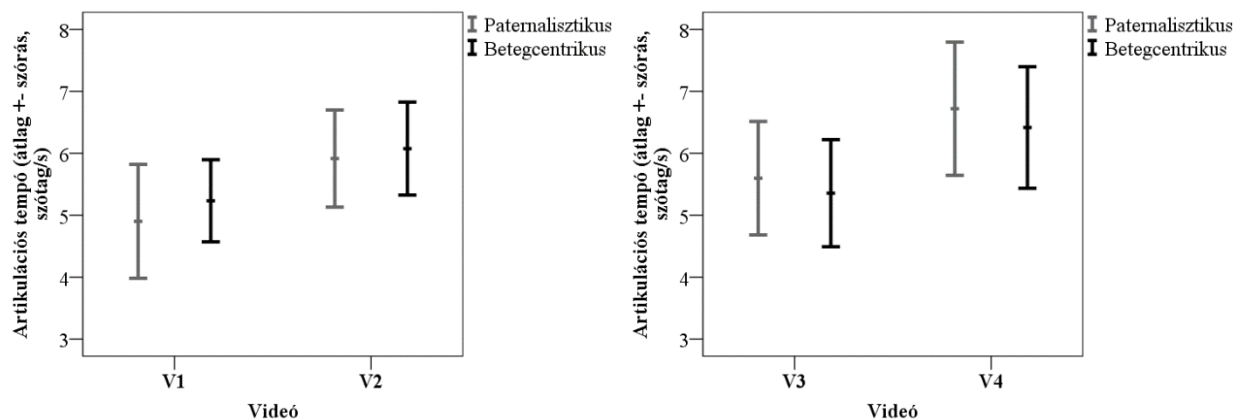
A pragmatikai elemzésnek is a (kvázi)azonos szekvenciák szolgáltak a kiindulópontjaként, ugyanakkor ezeknek tágabb nyelvi környezetükben, több társalgási fordulóban vizsgáltuk a működését kvalitatív szempontok mentén. Nagy hangsúlyt fektettünk az egyes beszédcselekvésekben (bemutatkozás, terápiás megbeszélés stb.) (Nowak, 2009) megvalósuló beszédaktusok összevetésére a két kapcsolatépítési módban. Az azonos szekvenciák elemzése új eredményekkel egészíti ki a mintán végzett, korábbi, kvalitatív szoftveres vizsgálatokat (Kuna, 2022; Kuna és Domonkosi, 2022; Kuna & Hámori, 2021).

## 4. Eredmények: a kapcsolatépítés jellemzői

### 4.1. A hangtani elemzés eredményei

Az artikulációs tempót (természetesen) egyéni variabilitás jellemzi, a két kondíció eltérésének az iránya ugyanakkor a nemek szerint mutat különbséget. A paternalisztikus kommunikációs módban a női egészségügyi szakembert alakító szereplők esetében  $4,9 \pm 0,9$  szótag/s, illetve  $5,9 \pm 0,9$  szótag/s átlagos artikulációs tempót mértünk. A betegcentrikus kommunikációs módban mindkettejük esetében gyorsabb artikulációs tempót kaptunk, az előbbinél  $5,2 \pm 0,7$  szótag/s-osat, az utóbbinál  $6,0 \pm 0,8$  szótag/s-nyit (1. ábra, bal oldali panel). A férfiak esetében a paternalisztikus módban  $5,6 \pm 0,9$  szótag/s-os, illetve  $6,7 \pm 1,1$  szótag/s-os átlagos artikulációs tempót mértünk, ugyanakkor lassabb tempóra utaló eredményeket kaptunk a betegcentrikus helyzetben:  $5,4 \pm 0,9$  szótag/s-os és  $6,4 \pm 1,0$  szótag/s-os átlagértékeket (1. ábra, jobb oldali panel). A statisztikai elemzés szerint a látható különbségek ellenére egyik videófelvétel-párban sem volt szignifikáns az eltérés.

1. ábra. Az artikulációs tempó alakulása a gyógyító-páciens viszony típusa függvényében a női gyógyítók (balra) és a férfi gyógyítók (jobbra) esetében

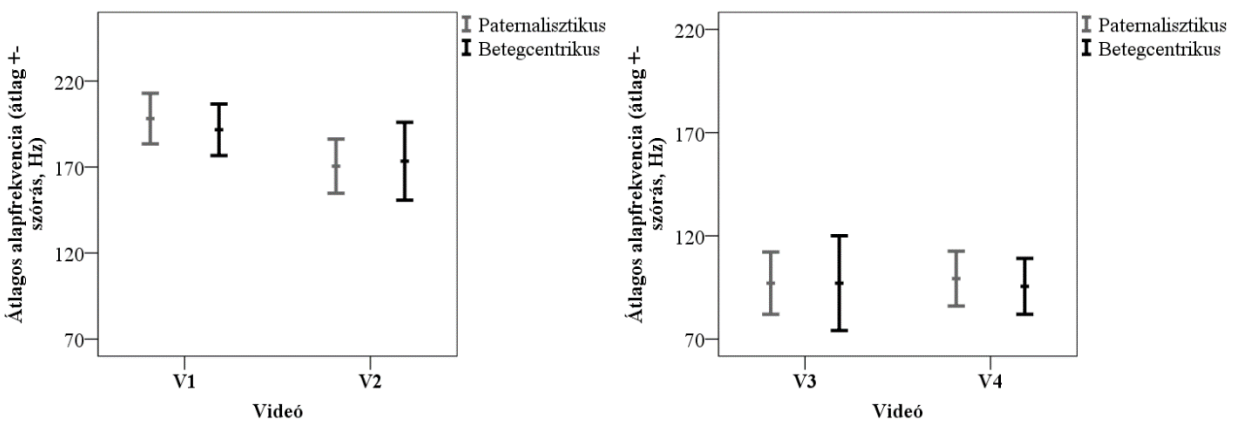


Az átlagos alapfrekvencia értékei a női és a férfi beszélők esetében értelemszerűen jelentős különbségeket mutatnak. Az egyes beszélőkön belül a kondíció függvényében eltérő mintázatokat kaptunk. Az első videófelvétel-párban (V1P, V1B) a gyógyító szerepét játszó színésznő átlagos alapfrekvencia-értéke  $198 \pm 15$  Hz volt a paternalisztikus kapcsolatot bemutató helyzetben, és csak néhány Hz-nyivel volt alacsonyabb ez az érték a betegcentrikus helyzetben:  $192 \pm 15$  Hz. A második videófelvétel-párban (V2P, V2B) szereplő, mélyebb hangú színésznő alaphangfrekvenciája átlagosan  $173 \pm 18$  Hz volt a paternalisztikus helyzetben, és azonos átlagot mértünk valamivel nagyobb szórással, azaz  $173 \pm 22$  Hz-et a betegcentrikus helyzetben (2. ábra, bal oldali panel). A harmadik videófelvétel-páron (V3P, V3B) szereplő férfi gyógyító esetében  $97 \pm 15$  Hz-es alapfrekvencia-átlagot



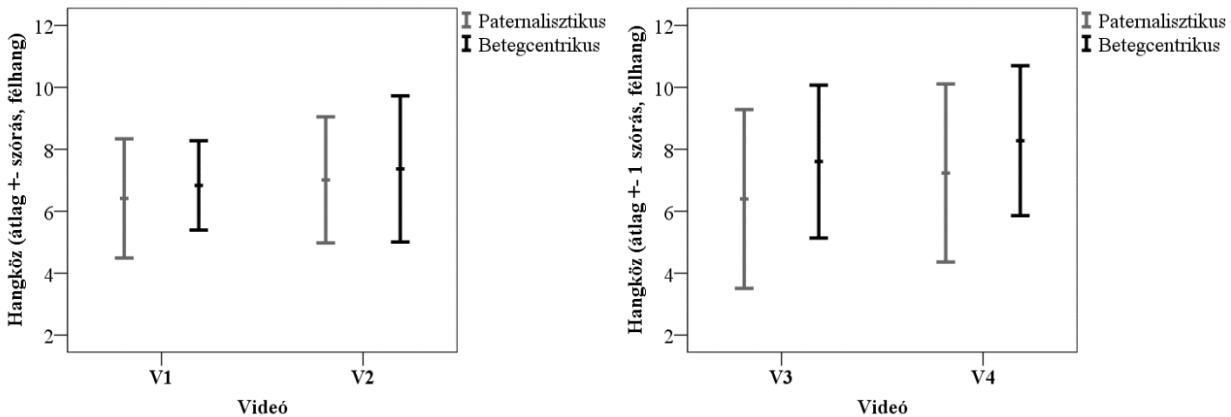
mértünk a paternalisztikus, valamint  $97 \pm 23$  Hz-et a betegcentrikus helyzetben, azaz az átlag nem mutatott különbséget, de a szórás valamivel nagyobb volt az utóbbi szituációban. A negyedik videófelvétel-pár (V4P, V4B) gyógyító szereplőjének átlagos alaphérfrekvencia-értéke a paternalisztikus kommunikációs módban  $99 \pm 13$  Hz volt, a betegcentrikusban pedig  $96 \pm 14$  Hz (2. ábra, jobb oldali panel). Összességében tehát mind az átlagok, mind a szórásértékek legfeljebb alig néhány (tized)százalékos eltéréseket mutattak ebben a tekintetben a kondíciók között. Ennek megfelelően a statisztikai próba sem hozott felszínre különbséget.

**2. ábra.** Az átlagos alaphérfrekvencia értékének alakulása a gyógyító-páciens viszony típusa függvényében a női gyógyítók (balra) és a férfi gyógyítók (jobbra) esetében



A hangközértékeket az adott szakaszok maximális és minimális alaphérfrekvencia-értékének félhangban megragadott távolságaként számítottuk ki. A szupraszegmentális jellemzők között csupán ennek a paraméternek az esetében látunk egységes tendenciát, mégpedig azt, hogy a hangközértékek rendre a betegcentrikus helyzetekben adódtak magasabbnak (3. ábra). Az első videófelvétel-páron szereplő női beszélő esetében átlagosan  $6,4 \pm 1,9$  félhangot kaptunk a paternalisztikus és  $6,8 \pm 1,4$  félhangot a betegcentrikus kondícióban. A második videófelvétel-pár női beszélője tágabb hangközökkel beszélt, az ő esetében átlagosan  $7,2 \pm 2,3$  félhangnyi átlagos hangközt mértünk a paternalisztikus és  $7,5 \pm 2,3$  félhangnyit a betegcentrikus helyzetben (3. ábra, bal oldali panel). A harmadik videófelvétel-pár férfi beszélőjének esetében az előbbi kommunikációs módban  $6,4 \pm 2,9$  félhangnyi, az utóbbiban pedig  $7,6 \pm 2,5$  félhangnyi átlagos hangközt mértünk. Végül a negyedik felvételpár férfi beszélőjének esetében ezek az értékek  $7,2 \pm 2,9$  és  $8,3 \pm 2,4$  félhangnak adódtak. Az egységesnek látszó tendenciák ellenére csak a harmadik felvételpáron mutatott ki szignifikáns eltérést a Wilcoxon-próba:  $Z = -2,261$ ,  $p = 0,024$ .

**3. ábra.** A hangközértékek alakulása a gyógyító-páciens viszony típusa függvényében a női gyógyítók (balra) és a férfi gyógyítók (jobbra) esetében



## 4.2. A pragmatikai kutatások eredményei

A videokonzultációk korábbi, tágabb társalgáselemzési és pragmatikai szempontú elemzése – verbális és a nonverbális szinten egyaránt – több nyelvi-interakciós különbségre rámutatott a két kapcsolatépítési módban (Kuna, megj. a).

A különbségek a (kvázi)azonos szekvenciák pragmatikai szempontú elemzésekor is megmutatkoznak, amelyekre négy példapár elemzésén keresztül térünk ki a következőkben. Az egészségügyi szakember megnyilatkozásaiban megjelenő (kvázi)azonos részeket minden esetben félkövérrel emeljük ki, és tágabb nyelvi közegükben, egy beszédcselekvéshez kötődően mutatjuk be.<sup>5</sup>

Az (1a) és (1b) példa (2. táblázat) is jól szemlélteti, hogy a betegcentrikus kapcsolatépítési módban a gyógyító szakember kezdeményezi a verbális kommunikációt, és a kapcsolatfelvétel, valamint a terápiás beszélgetés megkezdése más kommunikatív aktusokban valósul meg, mint a paternalisztikusban. A pszichológus kommunikációjának beszédcselekvési sémáját, beszédaktusait a 3. táblázat foglalja össze.

<sup>5</sup> Az itt bemutatott példák a jobb áttekinthetőség kedvéért nem FOLKER-átiratban, hanem az oktatókönyvben található lejegyzés szerint szerepelnek.

2. táblázat. Példa az eltérő kommunikációs módokra: az (1a) és (1b) dialógusrészlet

(1a) Paternalisztikus	(1b) Betegközpontú
<p>P.: Jó napot kívánok!                      Én a Békési doktor urat keresem.                      Psz.: <b>Én vagyok. Üdvözlöm! Békési Károly.</b>                      P.: Baloghné Zombori Mária.                      Psz.: <b>Foglaljon helyet, Marika!</b> Mindig korábban érkezik?                      P.: Korábban?                      Psz.: Még csak most lesz, 3 perc múlva 5 óra. De semmi gond. Csak tudja, a viselkedésünkben mindennek jelentősége van. Érdemes odafigyelni.  <b>Nos, miben segíthetek?</b>                      (V3P)</p>	<p>Psz.: Igen. Parancsoljon!                      P.: Jó napot kívánok! Én a Békési doktor urat keresem.                      Psz.: <b>Én vagyok. Üdvözlöm! Békési Károly.</b>                      P.: Baloghné Zombori Mária.                      Psz.: <b>Foglaljon helyet!</b> Hogyan szólíthatom?                      P.: Hát, általában Marikának szoktak.                      Psz.: Rendben, akkor én is így fogom. <b>Nos. Miben segíthetek?</b>                      (V3B)</p>

3. táblázat. Az (1a) és (1b) dialógusrészletben az egészségügyi szakember beszédcselekvései

Paternalisztikus	Betegközpontú
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bemutatkozás, identifikálás</li> <li>• Üdvözlés</li> <li>• Hellyel kínálás</li> <li>• Néven szólítás</li> <li>• „Számonkérés”</li> <li>• Pontos idő közlése</li> <li>• Kioktatás</li> <li>• Terápiás kezdőkérdés (támogatás felajánlása kérdésként)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beengedés</li> <li>• Bemutatkozás, identifikálás</li> <li>• Üdvözlés</li> <li>• Hellyel kínálás</li> <li>• Reflexió a megszólításra (kérdésként)</li> <li>• Reflexió a megszólításra (kijelentésként)</li> <li>• Terápiás kezdőkérdés (támogatás felajánlása kérdésként)</li> </ul>

Az összehasonlítás rávilágít, hogy az interakció megkezdésében mindkét kapcsolatépítési módban megjelennek a norma szerint is elvárt, konvencionizált beszédaktusok: köszönés, bemutatkozás, helyel kínálás. Ugyanakkor az is látható, hogy a betegközpontú kapcsolatépítésben több és más minőségű verbális aktus jelenik meg. A legnagyobb különbség a páciens megnevezésében, valamint a terápiás beszélgetés megkezdésében, az ehhez való átvezetésben figyelhető meg.

Az (1a) példában a páciens kezdeményezi a kommunikációt köszönéssel, valamint annak közlésével, hogy kihez érkezett, kit keres. Ezt a pszichológus válasza, köszönése és bemutatkozása követi; majd a következő fordulóban a páciens a teljes, hivatalos nevével mutatkozik be *Baloghné Zombori Máriaként*. A pszichológus helyel kínálja, és *Marikának* nevezi. Ezzel szemben az (1b) példában a pszichológus kezdeményezi verbálisan a beszélgetést (a páciens kopogására adott reakcióként). Ezt követően a köszönés, bemutatkozás ugyanúgy zajlik mindkét fél részéről, mint az (1a) jelenetben. A páciens hivatalos nevének elhangzását követően azonban a pszichológus expliciten rákérdez, hogyan szólíthatja, és miután a beteg erre válaszol,

szintén kifejtve meg is erősíti, hogy így fogja szólítani (*Rendben, akkor én is így fogom [szólítani]*).

A példák rámutatnak arra, hogy az (1a) dialógusban az egészségügyi szakember saját döntése alapján nevezi *Marikának* a páciensét anélkül, hogy bármilyen tudása lenne arról, hogyan viszonyul ehhez betege (kedveli, nem kedveli, családi körben szokta használni, személyeskedőnek tartja stb.). Az (1b) dialógusrészben a reflexiók révén a megszólításról folytatott egyezkedési folyamatok azonban explicit módon zajlanak. Így tudjuk, hogy a páciens *Marikának* szokták szólítani, és a pszichológus is ezt a megszólítást fogja alkalmazni.

Ugyan mindkét párbeszédben ugyanúgy szólítja az egészségügyi szakember a páciensét, a két explicit reflexió révén az (1b)-ben a páciensnek lehetősége van arra, hogy kifejezze attitűdjét arra vonatkozóan, hogyan szólítsák a konzultáción, anélkül, hogy az számára arcfenyegető lenne.<sup>6</sup> Habár mindkét esetben aszimmetrikus viszonyról beszélhetünk – például *Karcsinak* arcfenyegetés kockázata nélkül nem szólíthatná a páciens a pszichológust –, eltérően valósul meg a kapcsolatépítés kezdeti szakasza, amelyben a kérdésként és megerősítő állításként megjelenő reflexiók nagy szerepet kapnak (l. bővebben Kuna és Hámori, 2019).

Továbbá központi jelentőségű a terápiás beszélgetés megkezdése is. Ez az orvoscentrikus kapcsolatépítési módban lényegében egy indirekt számonkéréssel kezdődik (*Mindig korábban érkezik?*), amely további verbális kifejtést is kap, lekezelően hat (*Semmi gond*), és kioktatásként működik. Így gyerekszerepbe, alárendelt helyzetbe pozicionálja a páciens (*Csak tudja, a viselkedésünkben mindennek jelentősége van. Érdemes odafigyelni.*).

A konzultáció megkezdésének, a kapcsolatfelvételnek központi szerepe van a konzultáció további alakításában is, amely interaktív módon, dinamikusan valósul meg a konzultáció mikrokörnyezetében (Koerfer et al., 2018). A videók elemzése arra is rámutat, hogy a kapcsolatépítés alapvető hatást gyakorol a tudásmegosztás módjára és a terápiás cselekvések verbális megalkotására is. Ezt a második jelenet videóinak párbeszédrészelein keresztül mutatjuk be (2a–2b, 3a–3b). Ebben a jelenetben egy középkorú férfi egy lelettel érkezik a házi orvosához. Nincsen semmilyen problémája, kizárólag a jogosítványát szeretné meghosszabbítani. Ez számára kiemelten fontos, hiszen sofőrként dolgozik. A laborletet azonban azt mutatja, hogy megemelkedett a glükózsztintje, ami cukorbetegséghez vezethet. Ebben további veszélyeztető tényező, hogy a férfinak több családtagja cukorbeteg. A konzultáció kezdetén a doktornő a leletet tanulmányozza, és ennek az eredményeit, következményeit közli a pácienssel (2a–2b, 4. táblázat).

<sup>6</sup> Az (1a) párbeszédben csak explicit kérésként fogalmazhatná meg a páciens, ha más megszólítási módot részesítene előnyben, pl. „Kérem, szólítson Máriának!”.

4. táblázat. Példa az eltérő kommunikációs módokra: a (2a) és (2b) dialógusrészlet

(2a) Paternalisztikus	(2b) Betegközpontú
<p><b>D:</b> Nos hát, nézzük csak, hmmm, hát ez egy kicsit magas. Magas a glükóz, hmmm, hiperglikémia, és a trigliceridben is van egy kis emelkedés. De egyébként rendben. Nos hát, Szalai úr, egy kis életmódváltásra lenne szükség. [...]</p> <p><b>P.:</b> Szóval cukros vagyok. És most... injekciózni kell magam?</p> <p><b>D.:</b> Most még nem... először megpróbálkozik az életmódváltással, diétával, testmozgással, és hogyha nem kielégítő a diéta, akkor vércukorcsökkentő tablettákat adunk. (V2P)</p>	<p><b>D.:</b> Nos, nézzük, hát igen, látom, ühüm, hát ez egy kicsit magas, magas a glükóz. És a trigliceridben is van egy kis emelkedés, de egyébként rendben. Nos, Szalai úr, ugye van egy kis emelkedés a vércukorszintben, és enyhén a vérsírszintben is. Ez most még nem jelent komoly problémát, de mindenesetre ahhoz, hogy ne legyen nagyobb baj, egy kis életmódváltásra lenne szükség. [...]</p> <p><b>P.:</b> Értem. Szóval cukros vagyok. És most akkor injekciózni kell magam?</p> <p><b>D.:</b> Nem. Először megpróbálkozik az életmódváltással... a diétával, a testmozgással. És hogyha nem kielégítő a diéta, akkor vércukorcsökkentő tablettákat adunk. (V2B)</p>

A dialógusrészletekben a lelet értékelése és az abban tapasztalt eltérések tárgyalása áll a középpontban. A lelet megbeszélése a páciens számára kifejezetten kellemetlen. Ez annak is nagyban köszönhető, hogy a páciens a jogosítványát szeretné meghosszabbítani, tehát nem egy konkrét betegséggel vagy problémával érkezik a rendelésre. Váratlanul azonban mégis azzal szembesül, hogy nem teljesen egészséges, és attól fél, hogy nem hosszabbítják meg a jogosítványát, és így elveszítheti a munkáját. Az egyes dialógusrészekben megvalósuló nyelvi-kommunikatív cselekvéseket az 5. táblázat foglalja össze.

5. táblázat. A (2a) és (2b) dialógusrészletben az egészségügyi szakember beszédcselekvései

Paternalisztikus	Betegközpontú
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Figyelemirányítás közös cselekvésként (a lelet értelmezésének kezdete)</li> <li>• Leleteredmények megállapítása, kinyilatkoztatása</li> <li>• Az eredmények értékelése</li> <li>• Megszólítás</li> <li>• Javaslat (terápiás)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Figyelemirányítás közös cselekvésként (a lelet értelmezésének kezdete)</li> <li>• Reflexió saját észlelésre (<i>látom</i>)</li> <li>• Leleteredmények megállapítása, kinyilatkoztatása</li> <li>• Az eredmények értékelése</li> <li>• Megszólítás</li> <li>• Ismétlés, összegzés</li> <li>• Magyarázat</li> <li>• Javaslat (terápiás)</li> </ul>

A bemutatott párbeszéd részben jól látható, hogy viszonylag magas a (kvázi)azonos szekvenciák megjelenése, ami azt is jelenti egyben, hogy a két kapcsolatépítési módban

a lelet értelmezése verbálisan hasonlóan történik. Kisebbségi eltérések azonban már itt is megfigyelhetők, ahogy azt a 4. táblázat is mutatja. Mindkét dialógus egy közös figyelmi jelenet helyzetének az explicit megalkotásával kezdődik (*nos, nézzük*), amely a lelet értelmezésére vonatkozó asszertívumokat vezeti be. Miután a leletben látott eredményeket a doktornő nyelviileg hozzáférhetővé teszi, értékeli, megszólítja páciensét. A paternalisztikus kapcsolatépítési módban azonnal terápiás javaslatot fogalmaz meg (*egy kis életmódváltásra lenne szükség*). Ezzel szemben a betegközpontú dialógusban ugyanazt a terápiás javaslatot ismétlés, összegzés, a terápiát indokló magyarázat előzi meg. Ennek része a jelen helyzethez való deiktikus lehorgonyozása (*ez most*), valamint a probléma mértékének és jövőbeli lehetséges következményeinek a tisztázása is (*még nem jelent komoly problémát; ahhoz, hogy ne legyen nagyobb baj*). Ezek a nyelvi aktusok a beteg nézőpontjának, valamint feltételezett gondolatainak és érzelmeinek a figyelembevételét is jelentik egyben, ami az egész konzultáció során érzékelhető. Ezt a (3a), (3b) példák is szemléltetik (6. táblázat).

A 6. táblázatban bemutatott dialógusrészletek rávilágítanak a páciens szubjektív és laikus elképzelésére a cukorbetegség és a cukorfogyasztás összefüggéseit tekintve, továbbá arra is, hogy nem érti, miért magasabb a vércukorszintje. A doktornő mindkét esetben orvos-szakmai magyarázatot ad a kiemelt (kvázi)azonos szekvenciák révén. A páciens videóbéli metakommunikációja, főként arckifejezése alapján egyértelműen megállapítható, hogy ezt a hozzáférhetővé tett szakmai tudást nehezen tudja befogadni, megérteni. A paternalisztikus kapcsolatépítési módban az orvos erre a nonverbális jelzésre nem reagál, és expliciten lezárja a magyarázatot (*Nos, hát, ennyi lenne*).

6. táblázat. Példa az eltérő kommunikációs módokra: a (3a) és (3b) dialógusrészlet

(3a) Paternalisztikus	(3b) Betegközpontú
<p><i>P.:</i> De hát én nem eszem semmiféle édességet, nem is szeretem, és mégis cukros lettem?</p> <p><i>D.:</i> Most <b>nem erről van szó, hanem az inzulinról. Az inzulin nem tudja kifejteni a megfelelően a hatását, ezért a glükóz felszaporodik a vérben.</b> Nos hát, ennyi lenne. (V2P)</p>	<p><i>P.:</i> De hát én nem eszem édességet, nem is szeretem! És mégis cukros lettem?</p> <p><i>D.:</i> Hát itt <b>nem erről van szó, hanem az inzulinról... az inzulin nem tudja megfelelően kifejteni hatását, ezért a glükóz felszaporodik a vérben.</b> De ezzel kapcsolatban összegyűjtöttünk néhány könyvcímet. Itt vannak a brosrák, nézzük csak, itt össze vannak foglalva a tudnivalók, és esetleg beszerezheti valamelyik könyvet is, ha szüksége van rá. Ha pedig úgy érzi, hogy nehézséget okoz a diéta összeállítása, nyugodtan hívjon fel! Aztán ha elkezdí a diétát, akkor jöjjön vissza egy hónap múlva, és megnézzük, hogy hol tart! (V2B)</p>

Ezzel szemben a betegközpontú kapcsolatépítési módban megtörténik a szakmai-laikus kódváltás (3b), hiszen a doktornő konkrét könyveket, brosúrákat ajánl, illetve ad át fizikailag is a megzavarodott páciensének, amelyekből feltételezhetően számos kérdésére választ kaphat hétköznapi nyelven. Ezen túlmenően felajánlja a segítségét a diéta összeállításával kapcsolatban, és a következő konzultáció időpontját is kijelöli. Mivel egy krónikusan fennálló problémáról van szó, amelyben a páciens terápiahűségének nagy szerepe van, ezek a támogató lépések kiemelt fontosságúak. Megfigyelhető, hogy a tudásmegosztásnak a módja – a páciens nonverbális kommunikációjára való reakció, a közös cselekvések, a támogatás explicit felajánlása, a páciens érzelmeinek és érzeteinek a figyelembevétel – egészen más kapcsolat építését teszi lehetővé az egészségügyi szakember és a páciens között, mint a paternalisztikus módban. Ez a beszédcselekvésekben is megmutatkozik (7. táblázat).

**7. táblázat.** Az (3a) és (3b) dialógusrészletben az egészségügyi szakember beszédcselekvései

<b>Paternalisztikus</b>	<b>Betegközpontú</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Magyarázat</li> <li>• Lezárás</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Magyarázat</li> <li>• Információk átadása (fizikálisan is)</li> <li>• Segítség felajánlása</li> <li>• A következő találkozó egyeztetése</li> <li>• A lezárás előkészítése</li> </ul>

Már az előző példákban is megmutatkozott, hogy a kapcsolatépítés nagyon szorosan összekapcsolódik a tudásmegosztással, amelynek fontos része a páciens tudásának hozzáférhetővé tétele is. Ez nem csupán a betegségére, állapotára vonatkozó tudást foglalja magában, hanem az érzéseket és érzeteket, az erre vonatkozó explicit vagy implicit reflexiókat is. Továbbá az is fontos szempont, hogy az egészségügyi szakember ezeket mennyire veszi észre, illetve milyen mértékben veszi figyelembe, hiszen ez nagy hatással van a további nyelvi cselekvésekre is (megnyugtató, megerősítő, empátia kifejezése, pszichoszociális beszélgetés stb.).

A (4a) és (4b) dialógusrészletei egy érzelmileg nehéz helyzetet mutatnak be a negyedik videó két jelenetében, amelyben egy állapotos, ideges és aggódó nő a gyermekorvoshoz érkezik influenzás panaszokkal. Attól tart, hogy kisgyermekétől – akivel a héten jártak a jelenetben szereplő gyermekorvosnál – elkapta az influenzát. A helyzet az orvos számára kellemetlen, és nem érti, hogy miért nem a felnőtt háziorvost, illetve a nőgyógyászt keresi fel a hölgy. A konzultáció egészében nagy különbségek mutatkoznak a kapcsolatépítés módjában a betegközpontú és a paternalisztikus módban (verbálisan és nonverbálisan egyaránt). Itt azonban csak a kiemelt részletre térünk ki.

8. táblázat. Példa az eltérő kommunikációs módokra: a (4a) és (4b) dialógusrészlet

(4a) Paternalisztikus	(4b) Betegközpontú
<p>P.: De legalább annyit tessék megmondani, hogy a picire nem lesz-e ez valami káros hatással, hogy ez valami ismeretlen vírus, vagy....</p> <p>D.: <b>Azt se tudjuk, hogy</b> milyen vírus. Már ha <b>vírus egyáltalán. Láza volt?</b> (V4P)</p>	<p>P.: Igen, igen. De legalább azt tessék megmondani, hogy a picire nem lesz-e ez valami káros hatással, hogy ha ez valami ismeretlen vírus.</p> <p>D.: Nézze! <b>Azt se tudjuk, hogy vírus-e egyáltalán.</b> De nyugodjon meg! Semmi baja nem lesz a picinek. <b>Láza volt?</b> (V4B)</p>

A konzultáció ezen szakaszában a kismama páciens kifejti egyik legnagyobb aggodalmát. Attól fél ugyanis, hogy a kisbabájára káros hatással lehet a betegség, amelyet az ő szubjektív, laikus tudása szerint egy ismeretlen vírus okoz. Habár erre az aggodalomra az orvos részéről mindkét kapcsolatépítési módban viszonylag rövid reakció érkezik, nagy különbségek figyelhetők meg a megvalósuló nyelvi cselekvésekben (8. táblázat). A paternalisztikus módban a páciens laikus felvetésére, miszerint a betegséget egy ismeretlen vírus okozza, az orvos heves érzelmi reakcióval (hangosabban, mérges arckifejezéssel) és tagadással reagál (*Azt se tudjuk, hogy milyen vírus. Már ha vírus egyáltalán*). Ezzel a tagadással és azzal, hogy a páciens aggodalmára egyáltalán nem reflektál nyelviileg, lényegében figyelmen kívül hagyja a beteg érzelmeit. Ezt egy látványos „lenyugtató” célzó légzés követi, amely lényegében nyomatékot is ad megjelenő dühösségének, negatív érzelmeinek. A forduló lezárásaként az orvos egyfajta szakmai kötelességként teszi fel a kérdést, hogy volt-e láza a betegnek.

A betegcentrikus kapcsolatépítési módban a szóban forgó orvosi fordulóban több, a paternalisztikus példával (kvázi)azonos szekvencia is megtalálható, amely arra utal, hogy a szituáció nyelvi feldolgozásában több hasonlóság is megfigyelhető. Ugyanakkor ezek másfajta beszédcselekvésekbe ágyazódnak. Az orvos nyelvi tevékenysége egy, a beszédpartnert megszólító, az ő társas figyelmét „kérő” felszólítással kezdődik (*Nézze*). Ez bevezeti az ismeretlen vírus okozta betegségre vonatkozó információ szakmai tagadását, megkérdőjelezését. Ezt két explicit megnyilatkozás követi a páciens aggodalmára reakcióként. Az egyik a beteg érzelmi állapotára vonatkozó direktívum (*nyugodjon meg*), a másik egy ezt támogató asszertívum (*Semmi baja nem lesz a picinek*). A forduló ebben a párbeszédben is a kismama állapotára vonatkozó kérdéssel zárul, amely azonban teljesen más nonverbális aktusokban valósul meg (pl. előrehajolás, megértő arckifejezés).



9. táblázat. A (4a) és (4b) dialógusrészletben az egészségügyi szakember beszédcselekvései

Paternalisztikus	Betegközpontú
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tagadás</li> <li>• Az aggodalom megkérdőjelezése / figyelmen kívül hagyása</li> <li>• Információkérés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Megszólítás</li> <li>• Tagadás</li> <li>• Megnyugtató</li> <li>• Információkérés</li> </ul>

## 5. Összegzés, kitekintés

Összességében megállapítható, hogy a betegcentrikus és a paternalisztikus kapcsolatépítési mód különböző nyelvi jellemzőkkel és mintázatokkal írható le, amelyek együttállásokat is mutatnak a verbális és a nonverbális kommunikációban egyaránt. Ezek a jellegzetességek a (kvázi)azonos szekvenciák elemzése során is megmutatkoztak.

A hangtani vizsgálat rámutatott arra, hogy az egyéni variancia a mért paraméterekben jelentősebben befolyásolta a szupraszegmentális szerkezet alakulását az egyes beszédmódokban, mint a gyógyítói attitűd és beszédmód. Volt olyan szereplő, akinek az artikulációs tempója a paternalisztikus, másoké a betegcentrikus módban volt gyorsabb, de egyik esetben sem érte el a különbség a szignifikáns mértéket. Az átlagos alapfrekvencia nem mutatott eltérést, a minimális és maximális alapfrekvencia távolsága, azaz a hangköz ugyanakkor minden felvételpárban a betegcentrikus helyzetben mutatott magasabb értékeket, a statisztikai vizsgálat ennek ellenére csak az egyik jelenet (V3) esetén mutatott szignifikáns különbséget a hangközt tekintve. Annak, hogy a statisztikai elemzés kevésbé vagy nem mutatott ki tendenciákat, az egyéni variancia mellett oka lehet a kis adatmennyiség is. A (kvázi)azonos szekvenciák csak a szövegek egy (viszonylag kis) részét teszik ki, ebből adódóan a szupraszegmentumok és más nonverbális eszközök szerepe kisebb, mint teljes szövegazonosság esetén lehetne. A színészek ugyanis a szövegük változtatásával is helyzetfüggő megoldásokhoz tudtak jutni, amint ezt a pragmatikai elemzés is mutatja, akár beszédcselekvések beszúrása vagy kihagyása, módosítása is rendelkezésükre állt lehetőségként.

Mindezek alapján az merül fel, hogy a további szupraszegmentális elemzésekhez célzott hangtani vizsgálatra készült felvételpárookra volna szükség, amelyek szövegszerűen azonosak. Még ebben az esetben is számolni kell ugyanakkor az egyéni beszélői stratégiákkal, ahogyan más kommunikációs funkciók esetén (a meggyőzés kapcsán lásd pl. Bata, 2006), azaz nem biztos, hogy az egyes beszélők hasonlóképpen módosítják a szupraszegmentális eszköztárat a beszédhelyzet függvényében. Teljes szövegazonosság esetén elemezhetővé válnának a szünetek is, a megfelelő minőségű hangfelvételek pedig a hangerősség, a zöngeminőség és más

finom fonetikai különbségek vizsgálatát is lehetővé tennék, amelyekből további következtetéseket vonhatnánk le.

Az elemzés arra is rámutatott, hogy a (kvázi)azonos szekvenciák nyelvi cselekvésekbe való ágyazódása is másként működik a két kapcsolatépítési mód esetében. A vizsgált mintában azt láthattuk, hogy a betegcentrikus kapcsolatépítési módban a konzultációk során az egészségügyi szakember tudásmenedzselése jóval nagyobb mértékben épít és reflektál a páciens laikus tudáselemeire és érzelmeire. Ennek megfelelően az azonos szekvenciákat is jóval gyakrabban előzi meg vagy követi magyarázat, ismétlés, reflexió a szakkifejezésekre vagy a terápiás cselekvésekre, mint a paternalisztikus kapcsolatépítési módban. Megfigyelhető továbbá, hogy a betegcentrikus kommunikációban nagyobb szerepet kap az empátia, a megnyugtatás, az érzelmekre adott reakció nyelvi kifejezése; a több, páciens támogató udvariassági aktus használata; valamint a társalgás kezdetén az egészségügyi szakember kommunikációt kezdeményező szerepe. Ezzel szemben a paternalisztikus kapcsolatépítésben kevesebb az udvariassági aktus; gyakran hiányzik vagy kifejtetlen a magyarázat (pl. értelmezés nélkül maradnak szakszavak); jóval többször jelenik meg a direktív, előíró stílus (számonkérés, előírás, utasítás). A kétféle kapcsolatépítésben a szupraszegmentális szerkezethez és a beszédcselekvésekhez kapcsolódóan a testbeszéd is jelentős különbségeket mutatott, amelyre azonban itt csak utalásszerűen térünk ki.

A kutatás szimulált, fiktív diskurzusok elemzésén alapul, ami több társalgáselemzési és hangtani vizsgálat korlátját is jelenti egyben. Ugyanakkor a jelen elemzés számos olyan nyelvi jellemző felfedésére tett kísérletet, amelyek közelebb visznek a betegcentrikus és paternalisztikus kapcsolatépítési mód interakcióbeli működésének leírásához és ezáltal az eredményeknek az orvosi kommunikáció oktatásában való alkalmazásához is.

## Irodalom

- Balint, M.** (1957). *The doctor, his patient and the illness*. London: Pittman.
- Bálint, K., Nagy, T. & Csabai, M.** (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, 52–58. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.06.005>
- Bata Sarolta** (2006). A meggyőzés a beszédprodukciónban és a beszédpercepcióban. *Beszédkutató 2006*. 114–123.
- Beach, W. A.** (2013). Introduction. In Beach, W. A. (ed.), *Handbook of Patient-Provider Interactions*. New York: Hampton Press. 1–18.
- Bigi, S.** 2016. *Communicating (with) Care. A linguistic approach to the study of doctor-patient interactions*. Amsterdam, Berlin, Washington: IOS.
- Boersma, P. & Weenink, D.** (2021). Praat: doing phonetics by computer [Computer program]. Version 6.1.41, retrieved 25 March 2021 from <http://www.praat.org/>
- Boronkai Dóra** (2009). *Bevezetés a társalgáselemzésbe*. Budapest: Ad Librum.
- Cohen-Cole, S. A.** (ed.) 1991. *The medical interview: The Three Functional Approach*. St. Louis: MO, Mosby Year Book.

- Csabai Márta, Csörsz Ilona és Szili Katalin** (2009). *A gyógyító kapcsolat élménye. Kézikönyv és oktatólemez a kapcsolati készségek fejlesztéséhez*. Budapest: Oriold és Társa Kiadó.
- Emanuel, E. J. & Emanuel, L. L.** (1992). Four Models of Physician-patient relationship. *The Journal of the American Medical Association*, 267/16, 2221–2226.
- Hall, J. A., Roter, D. L. & Rand, C. S.** (1981): Communication of affect between patient and physician. *Journal of Health and Social Behavior*, 22/1, 18–30.
- Hámori Ágnes** (2009). *A figyelem és a beszédaktusok összefüggései a társalgásban*. Doktori disszertáció. Budapest: ELTE.
- Heritage, J.** (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, J. & Maynard, D. W.** (eds.) 2006. *Communication in medical care. Interaction between primary care physicians and patients*. Cambridge: CUP.
- Koerfer, A. & Albus, C.** (Hrsg.) (2018). *Kommunikative Kompetenz in der Medizin. Ein Lehrbuch zur Theorie, Didaktik, Praxis und Evaluation der ärztlichen Gesprächsführung*. Göttingen: Verlag für Gesprächsforschung. Letöltés: <http://verlag-gespraechsforschung.de/2018/pdf/kommunikative-kompetenz.pdf>
- Koerfer, A. & Koerfer, K.** (2018). Dialogische Kommunikation und Medizin. In Koerfer, A. & Albus, C. (Hrsg.), *Kommunikative Kompetenz in der Medizin. Ein Lehrbuch zur Theorie, Didaktik, Praxis und Evaluation der ärztlichen Gesprächsführung* (262–365). Göttingen: Verlag für Gesprächsforschung. Letöltés: <http://verlag-gespraechsforschung.de/2018/pdf/kommunikative-kompetenz.pdf>
- Koerfer, A., Reimer, T. & Albus, C.** (2018). Beziehung aufbauen. In Koerfer, A. & Albus, C. (Hrsg.), *Kommunikative Kompetenz in der Medizin: Ein Lehrbuch zur Theorie, Didaktik, Praxis und Evaluation der ärztlichen Gesprächsführung*. Göttingen: Verlag für Gesprächsforschung. 814–851. Letöltés: <http://verlag-gespraechsforschung.de/2018/pdf/kommunikative-kompetenz.pdf>
- Kuckartz, U. & Rädiker, S.** 2019. *Analyzing qualitative data with MAXQDA. Text, audio, and video*. Cham: Springer.
- Kuna Ágnes** (2019). *Nyelv, meggyőzés, gyógyítás. A meggyőzés nyelvi mintázatai a 16–17. századi orvosi receptben*. Budapest: Tinta Könyvkiadó.
- Kuna Ágnes** (2020). Változás az orvos-beteg kommunikációban. Változó szemlélet, módszer és gyakorlat. *Magyar Nyelvőr*, 144/3, 280–303. <https://doi.org/10.38143/nyr.2020.3.280>
- Kuna Ágnes** (megj. a.). *Az orvos-beteg kommunikáció nyelvészeti elemzése. Elmélet, gyakorlat, módszer*. Budapest: Eötvös Kiadó.
- Kuna Ágnes és Hámori Ágnes** (2019). „Hallgatom, mi a panasz?” A metapragmatikai reflexiók szerepei és mintázatai az orvos-beteg interakciókban. In Laczkó Krisztina és Tátrai Szilárd (szerk.), *Kontextualizáció és metapragmatikai tudatosság* (260–283). Budapest: Eötvös Collegium.
- Kuna, Á. & Hámori, Á.** (forthc.). Metapragmatics and reflections in support of knowledge transfer and common ground in doctor-patient interaction. In Bigi, S. & Rossi, M. G. (eds.), *A pragmatic agenda for healthcare: fostering inclusion and active participation through shared understanding*. Amsterdam: John Benjamins.
- Kuna Ágnes és Domonkosi Ágnes** (2022): Társas deixis és a kapcsolatépítés az orvos-beteg interakcióban. In Laczkó Krisztina és Szilárd Tátrai (szerk.), *A deixis a magyar nyelvben* (251–278). Budapest: Eötvös Collegium.
- Linke, A. & Schröter, J.** (2017). Sprache in Beziehungen – Beziehungen in Sprache: Überlegungen zur Konstitution eines linguistischen Forschungsfeldes. In Linke, A. & Schröter, J. (eds.), *Sprache und Beziehung* (1–32). Berlin, Boston: de Gruyter.
- Nowak, P.** (2009). *Eine Systematik sprachlichen Handelns von Ärzt/inn/en. Metastudie über Diskursforschungen zu deutschsprachigen Arzt-Patient-Interaktionen*. Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Oláh Andor** (1986). „Újhold, új király!” (*A magyar népi orvoslás életrajza*). Budapest: Gondolat Kiadó.
- Parsons, T.** (1951). *The social system*. New York: Free Press.

- Schmidt, T. & Schütte, W.** (2010). An annotation tool for efficient transcription of natural, multi-party interaction. In Calzolari, N., Choukri, K., Maegaard, B., Mariani, J., Odjik, J., Piperidis, S., Rosner, M. & Tapias, D. (eds.), *Proceedings of the 7th International Conference on Language Resources and Evaluation (LREC' 10), May 19-21, 2010, Valletta, Malta*. 2091–2096.
- Szasz, T. S. & Hollender, M.** (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** (2017). Pragmatika. In Tolcsvai Nagy Gábor (szerk.), *Nyelvtan*. Budapest: Osiris. 899–1058.
- Vajda Beáta, Horváth Sarolta és Málovics Éva** (2012). Közös döntéshozatal mint innováció az orvos-beteg kommunikációban In Bajmócy Zoltán, Lengyel Imre és Málovics György (szerk.), *Regionális innovációs képesség, versenyképesség és fenntarthatóság* (336–353). Szeged: JATEPress.
- Wasserman, R. C. & Inui, T. S.** (1983). Systematic analysis of clinician-patient interactions: a critique of recent approaches with suggestions for future research. *Medical Care*, 21/3, 279–293.

A tanulmány elkészítését az NKFIH K 129040 számú pályázat (K. Á., M. A.), a Bolyai János Kutatási Ösztöndíj (K. Á.), az Innovációs és Technológiai Minisztérium ÚNKP-21-5-ELTE-223 (K. Á.), valamint az Innovációs és Technológiai Minisztérium ELTE TKP2020-IKA-06 (K. Á.) pályázata támogatta.