

UNIVERZITET U BEOGRADU  
FILOLOŠKI FAKULTET

Danka R. Sinadinović

JEZIČKI ASPEKTI INTERAKCIJE LEKARA  
I PACIJENTA U ENGLESKOM I  
SRPSKOM

doktorska disertacija

Beograd, 2017.

UNIVERSITY OF BELGRADE  
FACULTY OF PHILOLOGY

Danka R. Sinadinović

LINGUISTIC ASPECTS OF DOCTOR –  
PATIENT INTERACTION IN ENGLISH  
AND SERBIAN

Doctoral Dissertation

Belgrade, 2017

БЕЛГРАДСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
ФИЛОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ

Данка Р. Синадинович

ЯЗЫКОВЫЕ АСПЕКТЫ  
ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ВРАЧА И  
ПАЦИЕНТА ВАНГЛИЙСКОМИ  
СЕРБСКОМ ЯЗЫКАХ

Докторская диссертация

Белград – 2017г.

## **Mentor**

Dr Vesna Polovina, redovni profesor  
Univerzitet u Beogradu, Filološki fakultet

## **Članovi komisije**

Jasmina Moskovljević Popović, vanredni profesor  
Univerzitet u Beogradu, Filološki fakultet

Sofija Mičić Kandijaš, redovni profesor  
Univerzitet u Beogradu, Medicinski fakultet

Datum odbrane: \_\_\_\_\_

## IZJAVE ZAHVALNOSTI

Posebnu zahvalnost dugujem svojoj mentorki prof. dr Vesni Polovini za svu pomoć i podršku tokom izrade ove disertacije, ali i za činjenicu da me je predlogom teme uvela u divan svet analize konverzacije i institucionalne komunikacije koji želim da nastavim da istražujem.

Veliku zahvalnost želim da izrazim i prof. dr Jasmini Moskovljević Popović za dragocenu pomoć oko pojedinih nedoumica iz oblasti gramatike srpskog jezika, kao i svojoj dragoj kolegini prof. dr Sofiji Mičić Kandijaš za ustupljeni materijal, podršku i iskreno zanimanje za moj rad na ovoj tezi.

Želela bih posebno da se zahvalim doc. dr Smiljki Stojanović čiji su mi komentari i stručna pomoć bili od izuzetnog značaja tokom svih ovih godina mog bavljanja naučnim radom, a zahvalnost dugujem i svojim profesorima sa doktorskih studija čiji su časovi bili veoma inspirativni, a saveti dragoceni, što je sve pozitivno uticalo na moj kasniji rad na ovoj tezi.

Izuzetnu zahvalnost dugujem prof. dr Ričardu M. Frenklu (Richard M. Frankel) koji je sa mnom velikodušno podelio deo svog korpusa i pokazao zanimanje za moje istraživanje, čime mi je učinio veliku čast.

Neizmernu zahvalnost želim da izrazim i svim lekarima koji su učestvovali u ovom istraživanju, a čija imena neću navoditi kako bi lični podaci učesnika ostali zaštićeni. Bez njihove dobre volje, predusretljivosti i kolegijalnosti ovo istraživanje ne bi bilo moguće sprovesti. Posebno se zahvaljujem prof. dr Predragu Stankoviću koji je u ime Etičkog odbora Kliničkog centra Srbije nadgledao jedan deo istraživanja i čiji su mi komentari bili od velike koristi. Naravno, veliko hvala i svim pacijentima iz tri zdravstvene ustanove koji su rado pristali da budu deo ovog istraživanja.

Najzad, najveću zahvalnost dugujem svojoj porodici za strpljenje, razumevanje i veliku podršku koju su mi pružali tokom svih ovih godina. Bez njihove pomoći svakako ne bih uspela da stignem do kraja.

Ovu disertaciju posvećujem tati i baki, jer znam koliko bi bili srećni i ponosni da su je dočekali.

# JEZIČKI ASPEKTI INTERAKCIJE LEKARA I PACIJENTA U ENGLISKOM I SRPSKOM

## Rezime

Predmet ovog istraživanja je interakcija lekara i pacijenta koja se odvija u okviru medicinskog susreta u ustanovama tercijarne zdravstvene zaštite u dve jezički i kulturno različite sredine. Dakle, glavni cilj ovog rada jeste analiza komunikacije između lekara i pacijenta na engleskom i srpskom jeziku, sa akcentom na jezičkim sredstvima kojima se govornici služe u tom tipu komunikacije, njihovim ulogama i pravima, te raspodeli i simbolima moći u okviru medicinskog susreta. Cilj nam je bio i da proverimo da li se i u kojoj meri interakcija lekara i pacijenta na ovim prostorima (koja je do sada nedovoljno istražena) razlikuje od one na engleskom govornom području (kojoj se već dugo posvećuje velika pažnja kako sa jezičkog tako i sa medicinskog stanovišta). Pri izboru predmeta istraživanja imali smo u vidu potencijalni značaj i praktičnu primenu dobijenih rezultata i izvedenih zaključaka na ovim prostorima.

Kako je reč o interakciji koja spada u domen institucionalne komunikacije, osnovni okvir za naše istraživanje predstavlja analiza (institucionalne) konverzacije, dok raspodelu moći i različite uloge i prava učesnika u komunikaciji posmatramo kroz prizmu kritičke analize diskursa, oslanjajući se pritom i na pojedina pravila sistemske funkcionalne gramatike.

Metodologija istraživanja podrazumeva rad na engleskom i srpskom korpusu. Razgovori koji čine ova dva korpusa snimani su u lekarskim ordinacijama tri ustanove tercijarne zdravstvene zaštite u Srbiji i jedne ustanove istog nivoa u SAD, uz pomoć elektronskog diktafona. Sve razgovore u srpskim ustanovama snimali smo lično, dok smo razgovore iz američke klinike (koji će po prvi put biti korišćeni za potrebe nekog istraživanja) dobili delom u vidu snimaka na CD-u, a delom u vidu transkripta. Sve snimljene razgovore transkribovali smo služeći se donekle prilagođenim sistemom koji je osmislila Gajl Džeferson, a potom smo ih analizirali i poredili. U radu je gotovo isključivo zastupljena kvalitativna analiza, dok je kvantitativna analiza prisutna u najjednostavnijem obliku.

Novinu u istraživanju predstavlja primena analize konverzacije i kritičke analize diskursa pri analiziranju interakcije lekara i pacijenta u srpskom korpusu i kontrastiranje engleskog i srpskog korpusa u ovoj oblasti, što do sada nije rađeno.

Rezultati koje smo dobili u okviru ovog istraživanja, samo u izvesnoj meri potvrđuju rezultate iz ranijih istraživanja na koja se ovde pozivamo, ali ukazuju i na neke bitne sličnosti i razlike između dva posmatrana korpusa i to po pitanju strukture konverzacije, upotrebljenih jezičkih sredstava, odnosa između lekara i pacijenta i organizacije medicinskog susreta.

Posmatrajući engleski i srpski korpus sa devet odabranih aspekata, zaključili smo da se interakcija lekara i pacijenta na srpskom jeziku u izvesnoj meri razlikuje od one na engleskom, te da je u srpskom korpusu asimetrija unutar medicinskog susreta nešto izraženija nego u engleskom. Uočili smo i izvesne razlike među posmatranim granama medicine, a ukazali smo i na pojedine rodne razlike.

Zaključci izvedeni u ovom istraživanju mogli bi predstavljati značajan doprinos ne samo analizi konverzacije, već i medicinskoj praksi i nastavi jezika struke na Medicinskom fakultetu u Beogradu. Naveli smo ograničenja sprovedenog istraživanja, kao i moguće pravce nekih budućih istraživanja u ovoj oblasti.

**Ključne reči:** interakcija lekara i pacijenta, engleski jezik, srpski jezik, medicinski susret, analiza konverzacije, institucionalna komunikacija, kritička analiza diskursa, asimetrija

**NAUČNA OBLAST:** NAUKA O JEZIKU

**UŽA NAUČNA OBLAST:** PRAGMATIKA, ANALIZA KONVERZACIJE

**UDK BROJ:**

# LINGUISTIC ASPECTS OF DOCTOR – PATIENT INTERACTION IN ENGLISH AND SERBIAN

## Summary

The subject of this research is doctor – patient interaction in medical encounters taking place in tertiary referral hospitals in two linguistically and culturally different environments. The prevailing goal of this research, therefore, is to analyse doctor – patient communication in English and Serbian, focusing on linguistic means participants in this type of communication use, the participants' roles and rights, as well as unequal power distribution in medical encounters. The research also aims at checking if doctor – patient interaction in Serbia (that has been scarcely researched so far) differs from doctor – patient interaction in English – speaking countries (that has received enormous attention both from linguistic and medical perspective) and to what degree. When choosing the subject of this research, potential practical implications were considered as well.

As doctor – patient interaction belongs to the field of institutional talk, (institutional) conversation analysis provides the basic frame for this research, whereas power distribution and unequal rights of the participants are explored from the perspective of critical discourse analysis and partly systemic functional grammar.

The methodology of this research includes work with English and Serbian corpora. Conversations contained in these corpora were recorded in examination offices of three tertiary referral hospitals in Serbia and one American university hospital of the same level. We personally recorded all the conversations in Serbian hospitals, whereas the conversations from the American hospital were obtained by courtesy of prof. dr Richard M. Frankel. The entire recorded material was transcribed using partially adapted Jeffersonian system and then analysed and contrasted. Qualitative technique was used in the entire paper, whereas quantitative technique was applied only minimally.

The novelty of the study lies in the application of conversation analysis and critical discourse analysis in analysing doctor – patient interaction in a Serbian corpus and contrasting English and Serbian corpora, which has not been done yet.



The results of this research confirm previously published results only to a certain extent, but they also reveal some important similarities and differences between the two corpora concerning the conversation structure, applied linguistic means, doctor – patient relationship and the organization of the medical encounter.

By analysing English and Serbian corpora from nine different aspects, we came to a conclusion that doctor – patient communication in Serbian differed from the one in English to a certain degree, as well as that the asymmetry was more pronounced in Serbian medical encounters. Some differences were also observed regarding different branches of medicine and participants' gender.

Apart from the field of linguistics, the results from this research could be applied in the field of medical practice and in teaching English for Medical Academic Purposes in Belgrade, Serbia. Finally, limitations of this study were provided, as well as possible directions of some further research.

**Key words:** doctor – patient interaction, English, Serbian, medical encounter, conversation analysis, institutional talk, critical discourse analysis, asymmetry

**SCIENTIFIC FIELD:** LINGUISTICS

**NARROW SCIENTIFIC FIELD:** PRAGMATICS, CONVERSATION ANALYSIS

**UDC NUMBER:**

## Sadržaj

Lista tabela .....	i
1. UVOD .....	1
1.1. Izbor i značaj teme .....	1
1.2. Predmet, cilj i osnovne pretpostavke istraživanja.....	2
1.3. Metodološki pristup .....	4
1.4. Korpus.....	5
1.5. Transkripti.....	9
2. OSNOVNA TEORIJSKO – TERMINOLOŠKA RAZMATRANJA ..	13
2.1. Analiza diskursa.....	13
2.2. Analiza konverzacije .....	15
2.2.1. Određenje pojma.....	15
2.2.2. Cilj proučavanja i metodološki pristup.....	16
2.2.3. Poreklo i uticaji.....	18
2.2.4. Osnovne pretpostavke analize konverzacije.....	21
2.2.5. Osnovni pojmovi u analizi konverzacije .....	22
2.3. Kriitička analiza diskursa.....	24
2.3.1. Određenje pojma.....	24
2.3.2. Poreklo i glavni predstavnici .....	25
2.3.3. Osnovni principi i ciljevi kriitičke analize diskursa .....	28
2.3.4. Zamerke kriitičkoj analizi diskursa .....	29
2.3.5. Sistemska funkcionalna gramatika .....	30
2.4. Institucionalna komunikacija.....	31
2.4.1. Određenje pojma.....	32
2.4.2. Nastanak, razvoj i pristupi izučavanju.....	32
2.4.3. Institucionalna komunikacija vs obična (svakodnevna) komunikacija ....	34
2.4.4. Osnovne odlike institucionalne komunikacije.....	35
2.5. Medicinski susret .....	39
2.5.1. Faze medicinskog susreta .....	39
2.5.1.1. Biomedicinski model.....	39
2.5.1.2. Biopsihosociološki model .....	41
2.5.2. Žanr medicinskog susreta .....	42

2.5.2.1.	Intervju ili običan razgovor? .....	42
2.5.2.2.	Priča.....	44
2.5.3.	Inicijativa .....	45
2.5.4.	Otvaranje i zatvaranje razgovora.....	46
2.5.4.1.	Otvaranje razgovora .....	47
2.5.4.2.	Zatvaranje razgovora.....	48
2.5.5.	Pitanja .....	51
2.5.5.1.	Pravo na postavljanje pitanja i demonstracija moći .....	51
2.5.5.2.	Dosadašnja istraživanja .....	52
2.5.5.3.	Klasifikcija pitanja .....	55
2.5.5.4.	Zašto lekari i pacijenti postavljaju pitanja.....	61
2.5.6.	Prekidanje sagovornika.....	62
2.5.6.1.	Prekidanja vs preklapanja.....	63
2.5.6.2.	Zaključci dosadašnjih istraživanja .....	64
2.5.7.	Treći turnus – acknowledgements i assessments.....	66
2.5.7.1.	Šta je treći turnus? .....	66
2.5.7.2.	Rezultati dosadašnjih istraživanja .....	68
2.5.8.	Izbor gramatičkih lica i nivo formalnosti govora .....	70
2.5.8.1.	Pokazatelji (ne)formalnosti u interakciji lekara i pacijenta.....	70
2.5.8.2.	Izbor gramatičkih lica.....	71
2.5.8.3.	Koliko formalno govore lekar i pacijent .....	72
2.5.9.	„Stvarni svet’’ protiv „sveta nauke’’ .....	73
<b>3.</b>	<b>REZULTATI ISTRAŽIVANJA .....</b>	<b>78</b>
3.1.	Faze medicinskog susreta .....	78
3.1.1.	Analiza faza u engleskom korpusu.....	78
3.1.2.	Analiza faza u srpskom korpusu.....	87
3.1.3.	Zaključak .....	99
3.2.	Žanr medicinskog susreta .....	100
3.2.1.	Žanr razgovora u engleskom korpusu .....	101
3.2.2.	Žanr razgovora u srpskom korpusu .....	104
3.2.3.	Zaključak .....	107
3.3.	Inicijativa .....	108

3.3.1.	Ispoljavanje i preuzimanje inicijative u engleskom korpusu.....	108
3.3.1.1.	Lekari .....	108
3.3.1.2.	Pacijenti.....	112
3.3.2.	Ispoljavanje i preuzimanje inicijative u srpskom korpusu .....	116
3.3.2.1.	Lekari .....	116
3.3.2.2.	Pacijenti.....	120
3.3.3.	Zaključak .....	127
3.4.	Otvaranje i zatvaranje razgovora.....	129
3.4.1.	Otvaranje i zatvaranje razgovora u engleskom korpusu.....	129
3.4.1.1.	Otvaranje razgovora .....	129
3.4.1.2.	Zatvaranje razgovora.....	132
3.4.2.	Otvaranje i zatvaranje razgovora u srpskom korpusu .....	138
3.4.2.1.	Otvaranje razgovora .....	138
3.4.2.2.	Zatvaranje razgovora.....	145
3.4.3.	Zaključak .....	150
3.5.	Pitanja .....	153
3.5.1.	Pitanja u engleskom korpusu.....	155
3.5.1.1.	Pitanja koja su postavljali lekari.....	155
3.5.1.2.	Pitanja koja su postavljali pacijenti .....	162
3.5.1.3.	Broj pitanja u odnosu na rod .....	165
3.5.1.4.	Broj pitanja u odnosu na tip susreta .....	165
3.5.1.5.	Negativno polarizovana pitanja.....	166
3.5.1.6.	Zašto lekar postavlja pitanja pacijentu .....	168
3.5.1.7.	Zašto pacijent postavlja pitanja lekaru .....	170
3.5.2.	Pitanja u srpskom korpusu.....	171
3.5.2.1.	Pitanja koja su postavljali lekari.....	172
3.5.2.2.	Pitanja koja su postavljali pacijenti.....	177
3.5.2.3.	Broj pitanja u odnosu na rod govornika .....	181
3.5.2.4.	Broj pitanja u odnosu na tip susreta .....	181
3.5.2.5.	Negativno polarizovana pitanja.....	182
3.5.2.6.	Zašto lekar postavlja pitanja pacijentu .....	184
3.5.2.7.	Zašto pacijent postavlja pitanja lekaru .....	186

3.5.3.	Zaključak .....	187
3.6.	Prekidanje sagovornika.....	191
3.6.1.	Prekidanje sagovornika u engleskom korpusu .....	191
3.6.1.1.	Rezultati u odnosu na rod govornika .....	191
3.6.1.2.	Zašto lekar prekida pacijenta.....	192
3.6.1.3.	Zašto pacijent prekida lekara.....	198
3.6.2.	Prekidanje sagovornika u srpskom korpusu .....	204
3.6.2.1.	Rezultati u odnosu na rod govornika .....	204
3.6.2.2.	Zašto lekar prekida pacijenta.....	205
3.6.2.3.	Zašto pacijent prekida lekara.....	215
3.6.3.	Zaključak .....	223
3.7.	Treći turnus – <i>acknowledgements</i> i <i>assessments</i> .....	226
3.7.1.	Treći turnus u engleskom korpusu.....	227
3.7.1.1.	Potvrde .....	227
3.7.1.2.	Procene .....	228
3.7.1.3.	Upotreba partikule <i>oh</i> .....	232
3.7.1.4.	Upotreba partikule <i>ok</i> .....	233
3.7.2.	Treći turnus u srpskom korpusu .....	234
3.7.2.1.	Potvrde .....	234
3.7.2.2.	Procene .....	236
3.7.2.3.	Upotreba partikule <i>dobro</i> .....	239
3.7.3.	Zaključak .....	240
3.8.	Izbor gramatičkih lica i nivo formalnosti govora .....	242
3.8.1.	Izbor gramatičkih lica i nivo formalnosti u engleskom korpusu .....	242
3.8.1.1.	Kako lekar upotrebljava gramatička lica.....	242
3.8.1.2.	Kako pacijent upotrebljava gramatička lica.....	246
3.8.1.3.	Koliko često pacijent izjavljuje da nešto ne zna .....	248
3.8.1.4.	Pokazatelji formalnog stila u govoru lekara.....	249
3.8.1.5.	Pokazatelji neformalnog stila u govoru lekara.....	250
3.8.1.6.	Pokazatelji formalnog stila u govoru pacijenta .....	253
3.8.1.7.	Pokazatelji neformalnog stila u govoru pacijenta .....	254
3.8.2.	Izbor gramatičkih lica i nivo formalnosti govora u srpskom korpusu....	257

3.8.2.1.	Kako lekar upotrebljava gramatička lica.....	257
3.8.2.2.	Kako pacijent upotrebljava gramatička lica.....	263
3.8.2.3.	Pokazatelji formalnog stila u govoru lekara.....	266
3.8.2.4.	Pokazatelji neformalnog stila u govoru lekara.....	268
3.8.2.5.	Pokazatelji formalnog stila u govoru pacijenta.....	271
3.8.2.6.	Pokazatelji neformalnog stila u govoru pacijenta.....	272
3.8.3.	Zaključak.....	276
3.9.	„Stvarni svet” protiv „sveta nauke”.....	279
3.9.1.	Odnos „stvarnog sveta” i „sveta nauke” u engleskom korpusu.....	279
3.9.2.	Odnos „stvarnog sveta” i „sveta nauke” u srpskom korpusu.....	282
3.9.2.1.	Prekidanje glasa medicine glasom svakodnevnog života.....	282
3.9.2.2.	Institucionalni <i>knowhow</i> .....	285
3.9.3.	Zaključak.....	286
4.	ZAKLJUČAK.....	288
4.1.	Zaključna razmatranja.....	288
4.2.	Ograničenja istraživanja.....	297
4.3.	Primena rezultata i buduća istraživanja.....	298
	LITERATURA.....	299
	Prilog 1.....	308
	Prilog 2.....	310
	BIOGRAFIJA AUTORA.....	311

## Lista tabela

Tabela 1: Ispoljavanje inicijative od strane lekara .....	127
Tabela 2: Ispoljavanje inicijative od strane pacijenta.....	128
Tabela 3: Pitanja koja su postavljali lekari u engleskom i srpskom korpusu .....	189
Tabela 4: Pitanja koja su postavljali pacijenti u engleskom i srpskom korpusu .....	190
Tabela 5: Načini prekidanja pacijenta od strane lekara u engleskom i srpskom korpusu.....	225
Tabela 6: Načini prekidanja lekara od strane pacijenta u engleskom i srpskom korpusu.....	226
Tabela 7: Situacije u kojima su lekari koristili procene u okviru trećeg turnusa u engleskom i srpskom korpusu.....	241
Tabela 8: Situacije u kojima su pacijenti koristili procene u okviru trećeg turnusa u engleskom i srpskom korpusu.....	241
Tabela 9: Stručni termini koje su koristili lekari u srpskom korpusu.....	267
Tabela 10: Familijarni izrazi koje su koristili lekari u srpskom korpusu .....	269

## **1. UVOD**

### **1.1. Izbor i značaj teme**

Interakcija lekara i pacijenta, koja spada u domen institucionalne komunikacije, tema je koja već nekoliko decenija zaokuplja pažnju istraživača iz različitih oblasti – analize konverzacije i kritičke analize diskursa pre svih, ali i sociologije, sociolingvistike, psihologije, antropologije, kao i same medicinske prakse. U istraživanjima manjeg ili većeg obima posmatrani su različiti aspekti ove interakcije i došlo se do mnogobrojnih značajnih rezultata od kojih mnogi imaju i praktičnu primenu i doprinose ne samo boljem odnosu lekara i pacijenta već i boljim rezultatima u lečenju pacijenata. Ipak, gotovo sva istraživanja iz ove oblasti rađena su na engleskom govornom području i u još nekolicini uglavnom evropskih zemalja gde su studije, osim na engleskom, sprovedene na još nekim jezicima (npr. holandskom ili španskom), a postoji i manji broj istraživanja sprovedenih na području Azije.

Na ovim prostorima i na srpskom jeziku, međutim, ima veoma malo istraživanja iz oblasti interakcije lekara i pacijenta i ni jedno od njih nije podrazumevalo rad na širem korpusu kao ni poređenje rezultata dobijenih istraživanjem interakcije lekara i pacijenta na srpskom i engleskom jeziku. Svi dosadašnji doprinosi na srpskom jeziku posmatrali su interakciju lekara i pacijenta sa aspekta kritičke analize diskursa posebno obraćajući pažnju na diskurs moći – Minić (2000) u svojoj studiji koja se bavi simbolima moći u verbalnom diskursu institucije analizira, između ostalog, i pojedine primere iz bolnice koji sadrže govor lekara i pacijenta, Jovičić (2008) se u svom radu takođe bavi simbolima moći u institucionalnom diskursu, ali isključivo u okviru fatičke razmene, pri čemu navodi kraće primere razgovora između pacijenta i lekara i pacijenta i tehničara u bolnici, dok Klikovac (2008a) daje najveći doprinos istraživanju diskursa moći u interakciji lekara i pacijenta analizom jednog dužeg razgovora između lekara i pacijenta koji je preuzela iz korpusa razgovornog jezika Savić i Polovine (1989: 168–180), a kojem pristupa obraćajući pažnju na različite odlike ove podvrste institucionalne komunikacije. I mi smo interakciju lekara i pacijenta posmatrali sa više različitih aspekata, ali u znatno manjem obimu (Sinadinović 2014, 2015, 2016, 2017). Mičić (2009: 93-94) je razmatrala važnost interakcije medicinskih radnika sa pacijentima, te sa kolegama u vizitama i na sastancima, kao i od kolikog je značaja za studente medicine kao buduće lekare da vežbaju veštinu govora. U tom smislu razmatrana je i važnost razumevanja interakcije na engleskom jeziku za studente i njihove buduće profesionalne



obaveze, te uticaj veštine slušanja na razvoj ove vrste interakcije (Mičić Kandijaš i Čajka 2014: 115–117). Najzad, Mičić (2012) se bavila i profesionalnom komunikacijom između srpskih lekara i njihovih kolega sa engleskog govornog područja, kao i načinima za usavršavanje nastave engleskog jezika srpskim lekarima, a u cilju poboljšanja njihove pisane i govorne komunikacije (Mičić Kandijaš 2013). Napominjemo da je osim sa jezičkog aspekta kod nas interakcija lekara i pacijenta posmatrana i u okviru drugih nauka - medicine (Radić 2008, 2010)<sup>1</sup> i sociologije i bioetike (Radenović 2012)<sup>2</sup>.

Osim činjenice da je na našim prostorima nedovoljno istražena, za ovu temu smo se odlučili i iz drugih razloga – smatramo da rezultati dobijeni analizom različitih aspekata ove vrste interakcije mogu ukazati na eventualne probleme koji postoje u komunikaciji između lekara i pacijenata na ovim prostorima, ali i doprineti poboljšanju njihove komunikacije a samim tim i boljoj obaveštenosti pacijenata te, posledično, boljim rezultatima lečenja. Takođe, zaključci izvedeni nakon poređenja rezultata dobijenih analizom razgovora između lekara i pacijenata na srpskom i engleskom mogu biti od koristi u okviru nastave engleskog jezika za medicinske akademske svrhe. Kako se i inače trudimo da u okviru nastave engleskog jezika na Medicinskom fakultetu Unverziteta u Beogradu studentima ukažemo na važnost dobre komunikacije između lekara i pacijenta, rezultati dobijeni u ovom istraživanju, kao i brojni analizirani primeri, mogu poslužiti kao dobra ilustracija glavnih odlika interakcije lekara i pacijenta i njihove praktične primene.

## **1.2. Predmet, cilj i osnovne pretpostavke istraživanja**

Predmet sprovedenog istraživanja jeste interakcija lekara i pacijenta koja se odvija u lekarskoj ordinaciji u okviru ustanova tercijarne zdravstvene zaštite, u dve jezički i kulturno različite sredine.

Glavni cilj istraživanja, dakle, jeste analiziranje interakcije lekara i pacijenta koja se odvija u prethodno navedenim uslovima, te analiza lingvističkih i pragmatičkih karakteristika ove vrste diskursa. Pored toga, imajući u vidu mnogobrojne društvene, kulturne i druge razlike koje evidentno postoje među sredinama u kojima su razgovori

---

<sup>1</sup>Studija se odnosi na očekivanja koja pacijenti imaju od posete lekaru opšte prakse i rađena je u domovima zdravlja u Srbiji

<sup>2</sup>Radenović (2012) se bavi odnosom lekar – pacijent sa aspekta integrativnog modela koji podrazumeva zajedničko donošenje odluka i svojevrsan „partnerski” odnos između lekara i pacijenta. Autorka se takođe osvrće na sociološke, medicinskoetičke i komunikacijske aspekte odnosa lekar – pacijent, a navodi i rezultate istraživanja o kvalitetu komunikacije između lekara i pacijenta u Srbiji.

snimani, cilj nam je bio da rezultate dobijene analiziranjem korpusa na engleskom i srpskom jeziku uporedimo kako bismo pronašli važne sličnosti i razlike po pitanju strukture konverzacije, jezičkih sredstava upotrebljenih u okviru ovog tipa institucionalnog diskursa i same organizacije medicinskog susreta. Ovaj rad takođe ima cilj da kroz prizmu kritičke analize diskursa sagleda postojanje i načine isticanja simbola moći u okviru interakcije lekara i pacijenta, kao i prava koja u tom smislu imaju jedan i drugi sagovornik. Najzad, cilj nam je i da pokažemo zašto se pojedina jezička sredstva koriste u određenim segmentima posmatranog institucionalnog diskursa i šta se na taj način postiže. Dakle, osim odgovora na pitanje *šta*, pokušali smo da damo i odgovore na pitanja *zašto* i *kako*.

U skladu sa praksom u okviru analize konverzacije koja potiče iz etnometodologije, a na osnovu dosadašnje bogate literature iz oblasti institucionalne komunikacije, izdvojili smo određene aspekte medicinskog susreta koje smo želeli da posmatramo i analiziramo u našem korpusu. U vezi sa tim, navešćemo i osnovne pretpostavke koje se prosto nameću u svakom istraživanju ovog tipa diskursa i samim tim umnogome određuju način na koji se tom diskursu pristupa:

- (1) susret između lekara i pacijenta je strogo organizovan događaj, gotovo ritualizovan;
- (2) lekar i pacijent nemaju ista prava, već lekar kao predstavnik institucije ima veća prava i veću moć, što nedvosmisleno i pokazuje u toku susreta;
- (3) lekar i pacijent poštuju jasno utvrđene uloge koje im pripadaju u interakciji;
- (4) u interakciji lekara i pacijenta uvek je reč o asimetričnoj komunikaciji;
- (5) lekar i pacijent sa različitih stanovišta i sa različitim očekivanjima pristupaju problemu zbog kojeg pacijent dolazi na pregled;
- (6) interakcija lekara i pacijenta je često neuspešna, jer jedan drugog „ne čuju”.

Navedenim pretpostavkama bavićemo se u odgovarajućim segmentima rada, ali ćemo isto tako zadržati slobodu da u interakciji lekara i pacijenta koju posmatramo

pronalazimo detalje koji će nas eventualno dovesti do nekih novih zaključaka, posebno u okviru interakcije na srpskom jeziku koja je nedovoljno istražena. Dakle, interakciju lekara i pacijenta sagledavamo iz više različitih uglova što nam omogućava širi pristup prikupljenom materijalu i izvođenje raznovrsnijih zaključaka.

### **1.3. Metodološki pristup**

Pošto se radi o analizi interakcije lekara i pacijenta, kao podvrste institucionalne komunikacije i institucionalnog diskursa, u dva različita korpusa, primenjena metodologija podrazumeva kombinaciju nekoliko pristupa. Kako se bavimo jednim tipom diskursa, najširi okvir za istraživanje svakako predstavlja analiza diskursa. Ipak, izbor usmenog diskursa određuje analizu konverzacije za osnovni metodološki pristup u ovom istraživanju. Razgovori između lekara i pacijenta, kao i svi primeri navedeni u daljem tekstu, analizirani su imajući u vidu pravila analize konverzacije, koja podrazumevaju razgovor organizovan uz pomoć sledova i turnusa, te blizinski par (engl. *adjacency pair*) kao osnovnu strukturnu jedinicu u konverzaciji (Schegloff, 2007: 13). Međutim, pošto ovde nije reč o svakodnevnoj komunikaciji, već onoj u okviru institucije, mi se zapravo služimo podvrstom analize konverzacije koja se obično naziva analiza institucionalne konverzacije (engl. *institutional conversation analysis*) i koja se u poslednje vreme polako izdvaja u posebnu disciplinu koja poštuje osnovna pravila matične discipline ali u izvesnoj meri i odstupa od njih.

Pošto se u okviru analize komunikacije između lekara i pacijenta bavimo i nekim njenim odlikama koje ukazuju na postojanje asimetrije, neravnomerne raspodele moći i nejednakih prava koja sagovornici imaju tokom razgovora, naš metodološki pristup podrazumeva i kritičku analizu diskursa, čije pretpostavke koristimo da odgovorimo na pitanja *zašto* i *kako* se nešto događa u interakciji lekara i pacijenta.

Kako se u radu bavimo analizom jezičkih sredstava na nadrečeničnom nivou koja nas zanimaju u smislu funkcija koje jezik ima u društvu, a ne u smislu gramatičkih pravila, pored pravila analize konverzacije od kojih uvek polazimo, u pojedinim segmentima analize oslanjamo se i na Halidejevu (Halliday 1970, 1973, 1976, 1985) sistemsku funkcionalnu gramatiku, što posebno dolazi do izražaja u primerima koji se bave diskursom moći i nejednakim statusom govornika (dakle segmentima koji se istražuju sa aspekta kritičke analize diskursa).

Najzad, pošto smo analizom obuhvatili korpuse na engleskom i srpskom jeziku, služimo se kontrastivnom analizom dva jezika kako bismo dobijene rezultate uporedili i izveli odgovarajuće zaključke.

#### **1.4. Korpus**

Korpus koji je korišćen za ovo istraživanje sastoji se iz snimaka razgovora između lekara i pacijenta na engleskom i srpskom jeziku, pri čemu su svi razgovori snimljeni u lekarskoj ordinaciji određene ustanove tercijarne zdravstvene zaštite. Radi lakšeg snalaženja i poređenja, u daljem tekstu govorićemo o dva odvojena korpusa – korpusu na engleskom jeziku i korpusu na srpskom jeziku, koje ćemo analizirati i međusobno porediti.

Korpus na engleskom jeziku sastoji se od ukupno 19 razgovora između lekara i pacijenta snimljenih na jednoj američkoj univerzitetskoj klinici, a u čiji posed smo došli ljubaznošću prof. dr Ričarda M. Frenkla sa Medicinskog fakulteta Univerziteta u Indijani, SAD. Od ovih 19 razgovora 9 smo transkribovali lično, sa CD-a na koji su bili snimljeni, dok smo preostalih 10 dobili u vidu transkripta koji je napravio prof. Frenkl, služeći se istim sistemom koji smo i mi koristili u ovom istraživanju. Napominjemo da ovi razgovori iz engleskog korpusa, u ukupnom trajanju od 5 sati, ranije nisu korišćeni niti objavljeni, a dobili smo dozvolu da ih upotrebimo u svrhu ovog istraživanja i njihove delove objavimo u vidu primera, poštujući prava pacijenata i lekara. Pošto nismo lično prisustvovali snimljenim medicinskim susretima, ne možemo sa preciznošću utvrditi koji broj lekara je vodio snimljene razgovore, ali znamo da je u samo jednom slučaju reč o lekarki. Nasuprot tome, rod svakog pacijenta je bilo lako utvrditi, bilo slušanjem snimljenog materijala, bilo uz pomoć imena pacijenata koja lekari koriste pri obraćanju. Od ukupnog broja razgovora, njih 14 je iz specijalističke oblasti ortopedske hirurgije (220'82''), dok su preostalih 5 (65') razgovori koje je prof. Frankel svrstao u oblast opšte prakse. Međutim, pošto se i ti razgovori odvijaju na univerzitetskoj klinici a ne u ustanovi primarne zdravstvene zaštite, pretpostavljamo da je zapravo reč o razgovorima iz oblasti interne medicine (što detaljniji uvid u njihov sadržaj i potvrđuje), pa ćemo ih u nastavku tako i tretirati. U razgovorima je učestvovalo 13 pacijenata muškog i 6 pacijenata ženskog roda. Radi lakšeg snalaženja, u primerima su razgovori iz engleskog korpusa iz oblasti ortopedske hirurgije označeni slovima ES (E – *English* i S – *surgery*) i rednim brojevima od 1 do 14 (npr. ES 1), dok su razgovori

iz oblasti interne medicine označeni slovima EIM (E – *English* i IM – *internal medicine*) i rednim brojevima od 1 do 5 (npr. EIM 3). Od snimljenih razgovora, samo jedan je primer za prvi susret lekara i pacijenta, dok su u preostalih 18 slučajeva u pitanju kontrolni pregledi.

Korpus na srpskom jeziku sastoji se od ukupno 110 razgovora između lekara i pacijenta u ukupnom trajanju od 11 sati i 30 minuta. Razgovori iz ovog korpusa snimani su u 3 ustanove tercijarne zdravstvene zaštite u Beogradu, u ordinacijama 6 lekara (4 muškarca i 2 žene). Nazive ustanova ovde nećemo navoditi kako ne bismo povredili privatnost pacijenata i lekara koji su učestvovali u istraživanju, ali napominjemo da su uslovi u kojima su se razgovori obavljali u svim institucijama jednaki. Od ukupnog broja razgovora, 37 je iz oblasti pulmologije (160'75''), 43 iz oblasti pedijatrije (126'78''), 4 iz oblasti psihijatrije (159'), 10 iz oblasti ORL (92'31'') i 16 iz oblasti kardiologije (138'83''). Dakle, u svim slučajevima u pitanju su medicinski susreti na specijalističkom nivou, kao i u slučaju engleskog korpusa. U razgovorima je učestvovalo 74 muška i 47 ženskih pacijenata. Radi lakšeg snalaženja, u primerima su razgovori iz srpskog korpusa označeni na sledeći način: razgovori iz oblasti pulmologije predstavljani su oznakom SPUL (S – *srpski* i PUL – *pulmologija*) i brojevima od 1 do 37 (npr. SPUL 15), razgovori iz oblasti pedijatrije nose oznaku SPED (S – *srpski* i PED – *pedijatrija*) i brojeve od 1 do 43 (npr. SPED 7), razgovori iz oblasti psihijatrije predstavljani su oznakom SPSIH (S – *srpski* i PSIH – *psihijatrija*) i brojevima od 1 do 4 (npr. SPSIH 2), razgovori iz oblasti ORL nose oznaku SORL (S – *srpski* i ORL – *ORL*) i brojeve od 1 do 10 (npr. SORL 4) i razgovori iz oblasti kardiologije predstavljani su oznakom SKARD (S – *srpski* i KARD – *kardiologija*) i brojevima od 1 do 16 (npr. SKARD 13). Među snimljenim razgovorima ima ukupno 9 prvih susreta između lekara i pacijenta, dok su u ostalim slučajevima u pitanju kontrolni pregledi. Sve razgovore iz ovog korpusa snimali smo lično u periodu od maja 2013. do aprila 2015. godine, tako što smo u ulozi istraživača prisustvovali pregledima u lekarskoj ordinaciji i koristili elektronski diktafon za beleženje razgovora koje smo kasnije transkribovali. Svi učesnici u interakciji znali su da se razgovor snima jer su bili unapred obavešteni o prisustvu istraživača, razlozima snimanja i načinu upotrebe snimljenog materijala (Prilog 1), a ponuđeno im je i da potpišu informisani pristanak o dobrovoljnom učešću u istraživanju u svojstvu ispitanika (Prilog 2). Istraživač se u Obaveštenju za pacijente (Prilog 1) obavezao da će svi dobijeni podaci biti korišćeni isključivo u naučne svrhe i da ni jedan lični podatak neće biti objavljen ili zloupotrebljen na bilo koji način. U

skladu s tim, prilikom snimanja razgovora, trudili smo se da budemo potpuno neupadljivi i ni u jednom trenutku nismo komunicirali ni sa jednim od učesnika u interakciji, niti na bilo koji način uticali na tok i sadržinu razgovora. Napominjemo da je, pored istraživača, razgovorima iz oblasti pulmologije prisustvovalo i dvoje stažista, dok je razgovorima iz oblasti ORL prisustvovao i drugi lekar u svojstvu asistenta.

Bilo je izuzetno teško doći do materijala za analizu, i u slučaju engleskog i u slučaju srpskog korpusa. Kako nismo bili u mogućnosti da lično prisustvujemo razgovorima između lekara i pacijenta na engleskom govornom području, a nismo želeli da se isključivo oslonimo na objavljene studije iz ove oblasti, od kojih su neke već dosta stare, obratili smo se prof. dr Ričardu M. Frenklu kao lekaru i istaknutom autoru iz oblasti analize medicinskog diskursa i interakcije lekara i pacijenta, a on nam je ljubazno izašao u susret ustupanjem materijala za analizu. Nedostatak ovako nastalog korpusa jeste činjenica da ne možemo lično da potvrdimo verodostojnost prikupljenog materijala u delu koji se odnosi na unapred transkribovane razgovore čije audio snimke ne posedujemo. Ipak, smatramo da u potpunosti možemo da verujemo sposobnostima i autoritetu koje prof. Frenkl ima na tom polju istraživanja. Kada je reč o građenju srpskog dela korpusa, veliku prepreku je predstavljala činjenica da se u našoj zemlji veoma ozbiljno pristupa zaštiti prava pacijenata, te se medicinski susreti retko ili gotovo nikada ne snimaju, bilo da je reč o audio ili video zapisima. Da bismo dobili dozvolu za snimanje i prisustvo prilikom obavljanja pregleda, morali smo da dobijemo odobrenje etičkog odbora odgovarajuće zdravstvene ustanove. U pitanju je duga i složena procedura koja, između ostalog, zahteva predavljanje ciljeva i plana istraživanja etičkom odboru koji treba da odluči da li se sprovođenjem istraživanja na bilo koji način povređuju prava pacijenta. Iz tog razloga, prikupljanje materijala za srpski deo korpusa trajalo je gotovo dve godine.

Činjenica je da su engleski i srpski deo korpusa neujednačeni po pitanju broja razgovora (19 razgovora u engleskom korpusu prema čak 110 razgovora u srpskom) i broja sati snimljenog materijala (5 sati materijala na engleskom jeziku naspram 11 sati i 30 minuta materijala na srpskom). Međutim, već na prvi pogled jasno je da su razgovori na engleskom jeziku znatno duži od onih na srpskom jer svega 19 razgovora traje gotovo 5 sati, dok je za samo duplo više vremena snimljeno čak 110 razgovora u srpskim zdravstvenim ustanovama; ovaj podatak, tako, na samom početku upućuje na jednu bitnu razliku između interakcije lekara i pacijenta na engleskom i srpskom jeziku. Kako smo se u ovom istraživanju odlučili pre svega za kvalitativni pristup snimljenom

materijalu, smatramo da ova neujednačenost korpusa ne predstavlja veliku prepreku, te da manji broj razgovora u engleskom korpusu ne znači nužno i nedostatak primera u određenim posmatranim kategorijama. Iako je interakcija lekara i pacijenta na engleskom jeziku dosta istraživana i iako literatura iz ove oblasti sadrži brojne primere i zaključke, nismo želeli da se oslonimo isključivo na postojeće rezultate i zapažanja, već nam je namera bila da njihovu održivost proverimo na novijim razgovorima koji do sada nisu korišćeni u istraživačke svrhe. Razgovori na engleskom jeziku su nam takođe poslužili za izdvajanje kategorija koje smo potom pronalazili i u korpusu na srpskom jeziku. Kvantitativnim pristupom se nismo bavili u smislu precizne statističke analize koja bi zahtevala jednake delove korpusa, te ujednačene varijable; u ovom radu kvantitativna analiza se svodi na jednostavne procentualne prikaze određenih posmatranih osobina medicinskog susreta, i to ne radi uopštavanja dobijenih rezultata, već radi uočavanja eventualnih očiglednih razlika među posmatranim delovima korpusa na engleskom i srpskom.

Razgovori u oba dela korpusa snimani su u ordinacijama lekara specijalista. Kada je srpski deo korpusa u pitanju, cilj nam je bio da snimimo određeni broj razgovora u nekoliko različitih medicinskih oblasti. Za oblasti pulmologije, pedijatrije, psihijatrije, ORL i kardiologije odlučili smo se pre svega zbog toga što je reč o granama medicine gde fizički pregled pacijenta (ukoliko se primenjuje tokom medicinskog susreta) ne podrazumeva ništa kompromitujuće po pacijenta; drugim rečima, pregled ne predstavlja prepreku za prisustvo istraživača, kao što bi to, na primer, bio slučaj da su snimani razgovori iz oblasti ginekologije, gastroenterologije i sl. Pored toga, oblasti pedijatrije i psihijatrije smo obabrali jer su po mnogo čemu specifične, a postoje i pojedina istraživanja koja su se njima posebno bavila. Pomenuta nekolicina dosadašnjih istraživanja na našem području uglavnom se bavila primerima iz opšte prakse, pa nam izbor navedenih specijalnosti pruža mogućnost da posmatramo medicinski susret iz nešto drugačijeg ugla nego što je to do sada bio slučaj na ovim prostorima, ali i da uočimo eventualne razlike u interakciji lekara i pacijenta u zavisnosti od konkretne grane medicine.

Kao i svi drugi istraživači koji su se bavili snimanjem konverzacije i njenim transkribovanjem, suočili smo se sa pitanjem „prirodnosti” i verodostojnosti snimljenog materijala. Drugim rečima, moramo se zapitati da li se osobe koje znaju da ih neko snima i posmatra radi naučnog istraživanja ponašaju onako kako bi se ponašale i da nije prisutan istraživač sa uključenim diktafonom. Sa svoje strane učinili smo sve

što je bilo u našoj moći da u srpskom korpusu dobijemo što prirodnije razgovore i mislimo da smo u tome uspjeli. Naime, iako su i lekari i pacijenti znali da se razgovori snimaju uz pomoć elektronskog diktafona, nisu znali šta se tačno posmatra i istražuje, pa smatramo da su se uglavnom ponašali onako kako bi se ponašali i bez našeg prisustva. Lekare smo zamolili da se u interakciji sa pacijentom ponašaju onako kako to i inače čine, rečeno im je da ne menjaju ništa zbog prisustva istraživača i da nema pravilnog i pogrešnog ponašanja, te da će snimljeni materijal biti upotrebljen za istraživanje u oblasti jezika i poređen sa sličnim materijalom sa engleskog govornog područja. Pacijenti su imali priliku da pročitaju izjavu istraživača (ukoliko su želeli) u kojoj je navedeno da je reč o istraživanju koje se sprovodi u naučne svrhe i u kojem njihovi lični podaci neće biti objavljeni niti zloupotrebljeni na bilo koji način, te da mogu da odluče hoće li dozvoliti prisustvo istraživača i snimanje razgovora ili ne. Napominjemo da ni u jednom slučaju pacijenti nisu izrazili nezadovoljstvo, dvoumili se ili odbili da učestvuju u istraživanju.

### **1.5. Transkripti**

Kako smo se odlučili za analizu snimljenog audio materijala, bilo je neophodno da snimljeni materijal najpre transkribujemo (izuzev pomenutih 10 razgovora na engleskom jeziku koje smo dobili u vidu transkripta). Kada je reč o srpskom korpusu, posebno smo beležili transkripte razgovora iz svih pet specijalnosti, obeležavali ih na prethodno naveden način i dodavali im pojedina zapažanja istraživača (rod i okvirnu starost pacijenta, prisustvo ili odsustvo trećeg lica, kao i eventualne neobičnosti poput upadljivih slučajeva neobrazovanosti ili specifičnog ponašanja lekara ili pacijenta, te postojanje nekih težih dijagnoza ili okolnosti na koje su nam sâmi lekari skretali pažnju).

Verovatno najpoznatiji sistem transkribovanja govora jeste onaj koji je osmislila i godinama razvijala Gajl Džeferson (Jefferson 1983, 1984, 2004), iako su se transkripcijom govora bavili i drugi autori, među kojima su Diboja sa saradnicima (Du Bois et al. 1992), Blum (Bloom 1993), Edvards i Lampert (Edwards & Lampert 1993), Bukults (Bucholtz 2000). Ono što je karakteristično za sve sisteme transkripcije jeste da ni jedan nije opšteprihvaćen i dovoljno savršen, već se stalno menjaju, prilagođavaju, dopunjuju. Simboli se često u manjoj ili većoj meri razlikuju u zavisnosti od sistema, pa



zato svaki istraživač obavezno navodi simbole koje je koristio prilikom transkripcije snimljenog govora i njihova precizna značenja.

Dakle, sve snimljene razgovore iz engleskog i srpskog korpusa transkribovali smo pre pristupanja analizi. Prilikom transkripcije služili smo se sistemom koji je osmislila Džeferson (tzv. *Jeffersonian system*), koji smo zatim u izvesnoj meri prilagodili svojim potrebama. U radu su korišćeni sledeći simboli:

// početak preklapanja govornika/prekidanje sagovornika/preuzimanje reči.

Odlučili smo se za ovaj nešto stariji način označavanja (drugi podrazumeva upotrebu uglastih zagrada), jer smatramo da je jednostavniji za upotrebu i zahteva manje prostora prilikom transkribovanja materijala. U našem istraživanju važno nam je samo da li jedan sagovornik prekida drugog ili se preklapa sa njim pre tačke tranzicije turnusa, dok nam je manje važno da sa preciznošću odredimo mesto početka preklapanja ili prekidanja, pa smo se stoga odlučili za simbol koji nam je vizuelno i praktično više odgovarao.

= tesno vezani elementi, bez pauze

Ovaj simbol nije često korišćen u transkriptima, a tamo gde jeste upotrebljavan je da naglasi zadržavanje reči od strane jednog učesnika u konverzaciji, te izostajanje bilo kakvog komentara ili pokušaja prekidanja sagovornika od strane drugog učesnika.

((**opis**)) neverbalno ponašanje

Pod neverbalnim ponašanjem u najvećem broju slučajeva podrazumevamo smeh koji često ima značenje „glasne pauze” (Savić i Polovina 1989: 61) ili je pak deo fatičke razmene. Ovim simbolom takođe beležimo aktivnosti poput pisanja izveštaja, čitanja nalaza, konsultovanja lekarskog kartona, gledanja (tj. „čitanja”) rentgenskog snimka, disanja (prilikom pulmološkog ili pedijatrijskog pregleda), koračanja, sedanja na stolicu ili leganja na krevet (u cilju ispunjavanja zadatka koji je pacijent dobio od lekara) i sl. Nismo beležili neverbalno ponašanje poput ispoljavanja nervoze ili anksioznosti, gestikulacije i sl. jer smo smatrali da to ne odgovara okvirima ove analize i njenim ciljevima.

(.) kratka pauza (do 1 sekunde)

(..) pauza u trajanju od 1 do 3 sekunde

(...) pauza duža od 3 sekunde

Smatrali smo da nije potrebno da precizno merimo dužinu svake pauze, što se ponekad čini u istraživanjima ovog tipa. Nas zanima samo okvirna dužina trajanja pauze

i zapravo je određujemo kao kraću i dužu, jer taj podatak može imati značaja za izvođenje pojedinih zaključaka.

/ popravka (engl. *repair*)

↓ silazna intonacija

↑ uzlazna intonacija

Povremeno smo se služili ovim simbolom da označimo iskaz koji nije klasično pitanje već intonacioni upitni iskaz koji ima komunikativnu vrednost pitanja.

/.../ deo koji nije u celini prikazan

Ovaj simbol je korišćen da označi pojedine detalje u razgovoru koje smo želeli da zaobiđemo zato što njihovo imenovanje nije važno za konkretan primer ili pak da bismo zaštitili privatnost učesnika u komunikaciji (reč je, na primer, o imenima, datumima, nazivima ustanova u kojima se obavlja pregled, pojedinim lekovima, i sl.).

: produžen slog ili glas

Reč je o duženju glasova koje obično ukazuje na oklevanje, zastajkivanje, pogrešan početak i sl., a na koje veoma često nailazimo u primerima iz oba korpusa.

**CAP** velika slova označavaju glasniji izgovor

Povremeno smo koristili velika slova kako bismo označili nešto glasniji govor jednog ili drugog učesnika u komunikaciji (češće lekara), bilo sa ciljem da sagovornik bolje čuje ono što govornik izgovara, bilo zato što govornik želi nešto da naglasi.

((XXX)) nerazumljiv deo govora

Umereno često služili smo se ovim simbolom kako bismo označili nešto što preslušavanjem snimljenog materijala nismo mogli da razumemo. U većini slučajeva radilo se o nazivu nekog medicinskog sredstva, lokaliteta ili osobe, a bilo je i slučajeva gde je govor bio nerazumljiv usled buke koja se čula u pozadini.

[...] izbačen deo razgovora

Ovim simbolom smo se služili u navedenim primerima da označimo da nedostaju čitavi delovi razgovora koje smo izbacili smatrajući da nisu relevantni za konkretan primer, a uglavnom u cilju uštede prostora.

- nedovršena replika

Povremeno smo se služili „crticom” da označimo nedovršenu repliku, koja nije takva usled prekidanja od strane sagovornika, već zato što je ostala nedovršena voljom trenutnog govornika.

## ? upitna intonacija

Uprkos praksi u pojedinim istraživanjima u oblasti analize konverzacije da se znaci interpunkcije u potpunosti izbacuju iz transkripta razgovora, mi smo sve znake interpunkcije koristili kako je to i obično slučaj. Pored znaka pitanja, to se odnosi i na tačku i zarez.

## 2. OSNOVNA TEORIJSKO – TERMINOLOŠKA RAZMATRANJA

### 2.1. Analiza diskursa

Oblast analize diskursa (engl. *discourse analysis*) već decenijama raste i razvija se u mnogobrojnim pravcima stalno dobijajući nove dimenzije koje podrazumevaju i nove perspektive u pristupu izučavanju diskursa.

Šifrin, Tenen i Hamilton (Schiffrin et al. 2001: 1) smatraju da je upravo taj neprekidan i plodonosan razvoj zaslužen za činjenicu da termini diskurs i analiza diskursa imaju više različitih značenja u zavisnosti od istraživača i polja istraživanja.

Kada je reč o terminu diskurs, Polovina (1987: 36–37) navodi nekoliko definicija iz engleske i francuske lingvistike. Ona najpre citira Kristala (Crystal 1980: 114–115) koji ovaj termin upotrebljava da označi kontinuum jezika (posebno govornog) koji je širi od rečenice te jedinicu ponašanja, tj. skup iskaza zahvaljujući kojima je neki govorni događaj prepoznatljiv (npr. razgovor, šala ili intervju), a potom i Dibuja i saradnike (Dubois et al. 1973: 121) koji diskurs takođe najpre određuju kao jedinicu dužu od rečenice, ali i kao jezik u akciji koji proizvodi neki govornik. Polovina (1999: 97) takođe navodi mišljenje de Bogranda i Dreslera (de Beaugrande & Dressler 1981) prema kojem su za diskurs najvažniji pojmovi nadrećeničnosti, koherentnosti, kohezivnosti i celovitosti kao i situaciono – referencijalni kontekst. Ferklaf (Fairclough 1993: 138) u okviru svog kritičkog pristupa jeziku ovaj termin takođe posmatra na dva različita načina – kada je reč o diskursu kao apstraktnoj imenici on ga izjednačava sa upotrebom jezika kao društvenom praksom, dok diskurs kao brojivu imenicu shvata kao označavanje određenog iskustva na osnovu izvesne perspektive; drugim rečima, različiti diskursi nude različite interpretacije i različita viđenja nekog pojedinačnog iskustva.

U skladu s tim, pod analizom diskursa se, u najopštijem smislu, podrazumeva izučavanje jezika iznad nivoa rečenice (Polovina 1987: 37; Schiffrin et al. 2001: 1; Levinson 1983: 286). Međutim, sve češće se analiza diskursa izjednačava sa analizom jezika u upotrebi (engl. *language in use*), pod čime Gi i Handford (Gee & Handford 2012: 2) podrazumevaju različita značenja koja pripisujemo jeziku, aktivnosti koje obavljamo koristeći jezik u izvesnom kontekstu i ciljeve koje upotrebom jezika ispunjavamo. Levinson (1983: 5), pak, izučavanje jezika u upotrebi izjednačava sa pojmom pragmatike, dok pod analizom diskursa podrazumeva proučavanje načina na koji se jedinice diskursa u nekom tekstu međusobno kombinuju radi postizanja

koherencije (Levinson 1983: 286) . Najzad, u novije vreme analiza diskursa često obuhvata i više različitih diskursa koji se odnose na brojne društvene i ideološke pretpostvke koje ne moraju nužno pripadati domenu lingvistike, pa tako, na primer, govorimo o diskursu moći, diskursu rasizma ili institucionalnom diskursu (Schiffrin et al. 2001: 1). Zbog toga Gi i Handford (Gee & Handford 2012: 5) analizu diskursa smatraju podjednako granom lingvistike i veoma bliskom naukama koje se bave izučavanjem društva jer ova disciplina zapravo izučava jezik u različitim kontekstima – društvenom, političkom, kulturnom, istorijskom, institucionalnom i sl.

Van Dajk (van Dijk 1985: 1-3) kao preteče analize diskursa označava najpre klasičnu retoriku, a potom i ruske formaliste na čelu sa Vladimirom Propom (Propp 1928, prvo izdanje 1958), te češke strukturaliste iz perioda 20-ih i 30-ih godina 20. veka, dok početak moderne analize diskursa smešta u period sredine 60-ih godina prošlog veka, i to istovremeno u Francuskoj i SAD. Van Dajk (van Dijk 1985: 3) posebno ističe značaj dela *Language in Culture and Society* koje je 1964. godine objavio Del Hajmz a koje je okupilo najpoznatija imena iz oblasti antropologije i sociolingvistike toga vremena i na taj način udarilo temelje i analizi diskursa i etnometodologiji. Rane 70-e godine prošlog veka označene su kao period samostalnog postojanja i razvoja sistematske analize diskursa, kada su se paralelno razvijala dva pristupa – sociolingvistika, koja se bavila jezičkim varijetetima i društvenim kontekstom, i teorija govornih činova, koja je u fokusu imala iskaze kao poseban vid društvenih aktivnosti (van Dijk 1985: 4–5). Svoj uspon tada je doživljavala i sociologija na čelu sa Gofmanom i Garfinkelom, ali i Saksom koji je nešto kasnije postao zaslužan za nastanak analize konverzacije i početak izučavanja svakodnevnne, obične konverzacije. Sinkler i Kultard (Sinclair & Coultard 1975) smatraju se zaslužnima za početak izučavanja diskursa u okviru institucije, jer su u Engleskoj prvi počeli da proučavaju interakciju između nastavnika i učenika. U okviru antropologije Hajmz i Gamperz sprovodili su etnografska istraživanja komunikativnih događaja, koja su iznedrila etnografiju komunikacije. Najzad, od druge polovine 80-ih godina prošlog veka razvija se i kritička analiza diskursa kao poseban pravac u okviru analize diskursa koji insistira na tome da su diskurs i društvo međusobno uslovljeni.

Dakle, zaključujemo da se analiza diskursa grana na razne strane i prepliće sa mnogim drugim društvenim disciplinama. Stoga različiti tipovi analize diskursa imaju različite ciljeve i metode. Dok je u nekim slučajevima analiza diskursa usko povezana sa lingvistikom i bavi se funkcijama gramatičkih struktura u određenom kontekstu, u

nekim drugim slučajevim bavi se isključivo opisivanjem, dok nekada pak ima isključivu nameru da skrene pažnju na neki društveni ili politički problem i aktivno se postavi prema njemu (Gee & Handford 2012: 5). Van Dajk (van Dijk 1985: 10-11) ističe da analiza diskursa u svom punom obliku obuhvata sve metode analize koji se primenjuju u okviru jezika, kognicije, interakcije, društva i kulture, a koji se u nekom konkretnom slučaju biraju na osnovu cilja analize.

U nastavku ćemo se detaljnije osvrnuti na dva pravca na koja ćemo se oslanjati u ovom radu – analizu konverzacije i kritičku analizu diskursa.

## **2.2. Analiza konverzacije**

Analiza konverzacije je po svojoj prirodi interdisciplinarna, svoj doprinos su joj dala brojna naučna imena, a tokom godina neprestano raste i razvija se. Ovaj rad se u velikoj meri oslanja upravo na pravila koja važe u analizi konverzacije, usvaja metodološki pristup svojstven ovoj disciplini i deli mnoge njene ciljeve.

### **2.2.1. Određenje pojma**

Hačbi i Vufit (Hutchby & Wooffitt 1998: 13) analizu konverzacije u najširem smislu definišu kao izučavanje govora. U nešto užem smislu, navode da je reč o sistematskoj analizi govora nastalog u svakodnevnoj međusobnoj interakciji ljudi, te naglašavaju da je zapravo reč o govoru u interakciji (engl. *talk – in – interaction*). Najzad, u najužem smislu, uzimajući u obzir metod i ciljeve analize konverzacije, može se reći da je u pitanju proučavanje snimljenog govora koji je spontano nastao u interakciji (Hutchby & Wooffitt 1998: 14). Stević (1997: 8) analizu konverzacije smešta u okvire lingvističke pragmatike i navodi da se ona u najvećem broju slučajeva bavi „neusiljenim razgovornim jezikom ili ćaskanjem, van okvira institucija [...] pri čemu se motivi ili ciljevi njegovih učesnika ne uzimaju u obzir”. Heritidž (Heritage 1984a: 238-239) naglašava da pod konverzaciju koja se analizira nikako ne potpada razgovor koji je na isuviše visokom intelektualnom nivou ili je za nekog od učesnika na bilo koji način „sudbonosan”, jer se u tom slučaju razgovor neizostavno menja i postaje formalniji<sup>3</sup>. U tom smislu, razmatrajući šta sve spada pod konverzaciju koju on želi da proučava,

---

<sup>3</sup> Sudbonosnim bismo svakako mogli nazvati i razgovor između lekara i pacijenta, jer u mnogim slučajevima pacijent svoj „slučaj” doživljava kao pitanje od izuzetnog značaja čije razrešenje zavisi upravo od lekara. Na osnovu ovog stanovišta, dakle, razgovore između lekara i pacijenta ne bi bilo moguće analizirati sa aspekta analize konverzacije.

Šeglof (Schegloff 1968: 1075-1076) pored ćaskanja navodi terapijsku sesiju i konferenciju za štampu kao i razgovor koji se vodi pri obavljanju razlićitih svakodnevnih aktivnosti. Poslednjih godina stvari su poćele da se menjaju, pa je analiza konverzacije sve prisutnija upravo u institucionalnim okvirima (analiziraju se razgovori u sudnici i školskoj učionici, novinski intervjui, kao i razgovori između lekara i pacijenta), o ćemu će više reći biti u delu 2.4.

### **2.2.2. Cilj proućavanja i metodološki pristup**

Haćbi i Vufit (Hutchby & Wooffitt 1998: 13–14) istiću da analizu konverzacije mnogo više od samog jezika zanima interakcijska organizacija društvenih aktivnosti, što zapravo znaći da se ona ne bavi strukturom jezika (kao što to ćini lingvistika), već njegovom praktićnom društvenom primenom. Mejnard (Maynard 2013: 2) kao osnovni cilj ove discipline navodi upravo opisivanje strukture interakcije, dok Heritidž i Atkinson (Heritage & Atkinson 1984: 1), pak, pod glavnim ciljem istraživanja koja se spovode u okviru analize konverzacije podrazumevaju opisivanje i objašnjavanje kompetencija na koje se govornici oslanjaju kada učestvuju u nekoj društveno organizovanoj interakciji. Kao odgovor na pitanje zašto se interakcija uopšte proućava, Haćbi i Vufit (Hutchby & Wooffitt 1998: 14) navode da se to ćini u cilju otkrivanja načina na koji učesnici u interakciji najpre razumeju jedni druge a zatim jedni drugima daju odgovore na iskaze ili postavljena pitanja, te se akcenat stavlja na sociolingvistićku kompetenciju koja stoji iza proizvodnje i interpretacije govora u organizovanoj interakciji.

Osnovno metodološko obeleđe analize konverzacije jeste snimanje prirodne konverzacije, a snimljeni razgovori se potom transkribuju i tako postaju materijal za analizu. Na ovaj način analiza konverzacije se udaljava od nekih ranijih i manje pouzdanih metoda kao što je intervjuisanje ispitanika ili uplitanje samog istraživaća koji najpre sluša i posmatra interakciju a potom „preprićava” šta je ćuo i video jer pisani trag ne postoji (Heritage & Atkinson 1984: 2–3). Kao pioniri analize konverzacije, sa praksom snimanja razgovora prvi su poćeli Saks, Šeglof i Džeferson istićući ovaj metod kao veoma vaćan i jedini prihvatljiv za svoja istraživanja (Sacks et al. 1974: 697-699). Kritićari ovog „prirodnog” metoda pozivali su se na „posmatraćev paradoks” kojim se, prema Labovu (Labov 1972), poriće mogućnost dobijanja bilo kakvih prirodnih podataka snimanjem, jer sâma aktivnost snimanja neizostavno narućava prirodnost

svake situacije. Ipak, Saks i njegovi saradnici ostali su pri pravilima i zahtevima koje su postavili u svojim prvim radovima i predavanjima, a njihovi naslednici su preuzeli i prihvatili njihov sistem rada, tako da je snimanje razgovora i danas nezaobilazan metod istraživanja u okviru analize konverzacije.

Snimljeni materijal koji se koristi u oblasti analize konverzacije je veoma raznorodan – od prvobitnih telefonskih razgovora snimanih u Centru za prevenciju samoubistava u Los Angelesu (Sacks 1967), preko poziva upućenih policiji (Schegloff 1968), snimaka grupne terapije (Sacks 1995) i audio i video zapisa svakodnevnih komunikacije (Schegloff 1979), do video zapisa komunikacije tokom porodičnih večera (Goodwin 1981).

Bilo da je reč o audio ili video snimcima, oni se pre pristupanja analizi transkribuju, a najpoznatije su konvencije koje je u tu svrhu osmislila Džeferson<sup>4</sup> (Jefferson 1983, 2004) i na koje se autori i danas najviše oslanjaju. Saks, Šeglof i Džeferson (Sacks et al. 1974: 734) navode da se njihovom načinu transkribovanja snimljenog materijala često zamera izbor ortografije koja mnoge podseća na onu koja se koristi u stripovima te se smatra da je takav način predstavljanja nečijeg govora pogrdan pa čak i uvredljiv za tu osobu. Autori, međutim, izbor ortografije pravdaju željom da zvučne karakteristike snimljenog govora prenesu što je moguće vernije a da transkribovan govori pri tome bude razumljiv i običnom čitaocu.. Dakle, analitičari konverzacije se trude da „uhvate” ne samo ono što je rečeno, već i način na koji je to rečeno, pa samim tim obraćaju pažnju na najsitnije pojedinosti uključujući i ponašanje učesnika u interakciji (Heritage 1984a: 241), njihove gestove i reakcije (npr. beleži se smeh, aktivnost pisanja ili čitanja, ustajanja, sedanja i sl.). Ukratko, u analizi interakcije sve se smatra važnim i ništa se unapred ne odbacuje ili zapostavlja (Heritage & Atkinson 1984: 4). Mondada (2013: 34) navodi da prisustvo kamere (ili diktafona) ne utiče nužno negativno na učesnike u interakciji, kao i da se trenuci u kojima oni iznenada postaju svesni tog tehnološkog prisustva mogu čak posebno posmatrati i analizirati i da bi to zapravo i trebalo činiti jer dobijeni rezultati mogu biti veoma zanimljivi sa naučnog stanovišta.

---

<sup>4</sup>O ovome je bilo više reči u 1.5.



### 2.2.3. Poreklo i uticaji

Kao što smo već naveli, začetnicima analize konverzacije smatraju se Saks, Šeglof i Džeferson koji su radove iz ove oblasti počeli da objavljuju 60-ih godina prošlog veka. Stivers i Sidnel (Stivers & Sidnell 2013: 1) ističu da je ova disciplina zapravo nastala kao plod nezadovoljstva njenih autora nekim drugim metodologijama i teorijskim stanovištima toga vremena, dok danas zauzima dominantno mesto u izučavanju društvene interakcije.

Iako se smatra da analiza konverzacije ima dodirnih tačaka sa brojnim drugim disciplinama, sâmi začetnici ove discipline izjavili su kako nisu imali direktne prethodnike na koje bi se ugledali, te da analiza konverzacije ranije nije postojala (Sacks et al. 1974: 697-698). Iako se upravo Saks smatra idejnim tvorcem analize konverzacije i njenih osnovnih pravila, Šeglof i Džeferson su takođe dali veoma značajan doprinos razvoju ove discipline – Šeglof je, između ostalog, uticao na to da njih troje umesto izučavanja pojedinačnih primera u svojim proučavanjima počnu da primenjuju kvantitativni pristup, dok je Džeferson zaslužna za sveobuhvatan sistem transkribovanja zahvaljujući kojem je u snimljenom materijalu moguće obratiti pažnju i na takve pojedinosti kao što su ćutanje, preklapanje, smeh ili prozodisjka obeležja govora.

Pre analize konverzacije smatralo se da interakciju zapravo nije moguće opisati jer je bez ikakvog reda (Sacks 1984: 21).<sup>5</sup>, a u skladu sa ovim je i zapažanje Polovine (1990: 23) da „postoji laičko mišljenje da je jezik koji se ostvaruje u razgovorima [...] bez sistema i svojih zakona”. To stanovište je u analizi konverzacije potpuno preokrenuto i takvo se danas smatra jednom od osnovnih karakteristika ove discipline, zlatnim pravilom koje je uveo upravo Saks – u interakciji u svakom trenutku, u svakom segmentu i na svakom nivou postoji red (engl. *order at all points*) (Sacks 1984: 22). On insistira na tome da je, uprkos ranijim suprotnim mišljenjima, svaka prirodna društvena aktivnost podložna formalnom opisivanju, jer je u potpunosti uređena (Sacks 1984: 21).

Iako analiza konverzacije predstavlja svojevrsnu revoluciju po pitanju pristupa i metoda, smatra se da postoje brojni uticaji koji su na ovaj ili onaj način doprineli njenom nastanku i oblikovanju. Heritidž i Klejman (Heritage & Clayman 2010: 8) posebno ističu doprinos Garfinkela i etnometodologije (1), te uticaj Gofmana (2).

---

<sup>5</sup> ”The important theories in the social sciences have tended to view a society as a piece of machinery with relatively few orderly products, where, then, much of what else takes place is more or less random. Such a view suggests that there are a few places where, if we can find them, we will be able to attack the problem of order. If we do not find them, we will not”. (Sacks 1984: 21)

Mejnard (Maynard 2013: 13), pak, pored ove dvojice naučnika (čiji uticaj takođe smatra ključnim) ističe i uticaj lingvistike (3), filozofije jezika (posebno teorije govornih činova) (4), kao i etnografije, antropologije, sociolingvistike, pa čak i klasičnog govorništva, te komunikacije, Frojdove psihologije i sl. Najzad, Kultard (Coulter 1977: 1) navodi Firta (Firth 1935) kao zaslužnog za početke izučavanja konverzacije i naglašava njegovo stanovište da jezik ima smisla jedino u kontekstu. Ovde ćemo detaljnije razmotriti samo nekoliko najvažnijih uticaja.

(1) Sâm Saks (1963: 1) označava Harolda Garfinkela (1917 – 2011) kao svog najvećeg uzora, navodeći da su ga upravo razgovori sa ovim naučnikom i čitanje njegovih rukopisa inspirisali da započne svoje istraživanje iz kojeg je kasnije nastala analiza konverzacije. Govoreći o Garfinkelu i njegovom doprinosu, Heritidž (Heritage 1984a: 304-311) posebno ističe njegovu sposobnost da uoči i istražuje neke sasvim obične činjenice koje predstavljaju sastavni deo društvenog života ali na koje obično ne obraćamo pažnju, njegovo istraživanje zajedničkog razumevanja (engl. *shared understanding*) u svakodnevnim situacijama, te insistiranje na tome da govorenje (dakle, konverzacija) predstavlja društvenu aktivnost. Dakle, jedna od tačaka poklapanja između etnometodologije i analize konverzacije svakako je zanimanje ovih dveju disciplina za obično i svakodnevno. Važno je, međutim, istaći da je Saks promenio metodološki pristup rešavajući tako jedan od najvećih problema sa kojim se etnometodologija suočavala – umesto izveštaja samog istraživača koji se sastoji iz njegovih beležaka i rekonstruisanja onoga što se tokom razgovora dešavalo, Saks se odlučio za snimanje prirodne konverzacije čime je izbegao zamke subjektivnosti i nepreciznosti.

(2) Pažnju na interakciju, koju i etnometodolozi i analitičari konverzacije smatraju ključnom za svoja izučavanja, prvi je skrenuo sociolog Erving Goffman (1922 – 1982) ističući da društvena interakcija predstavlja vid društvene organizacije, te da ona ima sopstvenu strukturu koju naziva „sintaksom” (Heritage & Clayman 2010: 8-9). On insistira na tome da je za svaku konverzaciju potrebno dva ili više učesnika i da se ona odvija prema pravilima smenjivanja govornika (engl. *turn at talking*) (Goffman 1964: 135-136)<sup>6</sup>, što je stav veoma blizak analizi konverzacije. Mejnard (Maynard

---

<sup>6</sup> ”I am suggesting that the act of speaking must always be referred to the state of talk that is sustained through the particular turn at talking, and that this state of talk involves a circle of others ratified as coparticipants. (Such a phenomenon as talking to oneself, or talking to unratified participants as in the case of collusive communication, or telephone talk, must first be seen as a departure from the norm, else its structure and significance will be lost”. (Goffman 1964: 135-136).

2013: 17) ključnim razlikama između analize konverzacije i Gofmanovih izučavanja smatra sledeće: (1) iako se i jedni i drugi bave analizom interakcije, Gofmana više zanimaju neka njena ritualna obeležja, dok se analiza konverzacije usredsređuje na sistemsku obeležja, baveći se strukturom interakcije (npr. sistemom reč – za – reč, sledovima, blizinskim parovima i sl.) i (2) analitičari konverzacije detaljno analiziraju stvarne razgovore koji se sastoje iz sledova, dok Gofman analizira pojedinačne iskaze koji su najčešće izmišljeni za datu priliku sa ciljem ilustrovanja nekog uobičajenog vida ponašanja umesto analiziranja ponašanja u nekoj konkretnoj, stvarnoj situaciji.

(3) Kada se govori o uticaju lingvistike na analizu konverzacije, zapravo se najčešće misli na sukobljavanja ove dve discipline po pitanju osnovnog predmeta proučavanja, govorne delatnosti. Naime, glavni predstavnik transformacione gramatike Noam Čomski i glavni predstavnik analize konverzacije Harvi Saks radili su i stvarali u isto vreme. U tradiciji koje se držao Čomski (Chomsky 1965), smatralo se da svakodnevna konverzacija ne može biti predmet izučavanja u oblasti lingvistike jer je neorganizovana i haotična.<sup>7</sup> S druge strane, Saks je, kao što smo već naveli, smatrao upravo suprotno, insistirajući na ideji da postoji red na svakom nivou interakcije, te da je stoga konverzaciju itekako moguće proučavati i analizirati.

(4) Najzad, uticaj filozofije jezika na analizu konverzacije takođe se smatra značajnim, posebno kada je reč o teoriji govornih činova čiji su najistaknutiji predstavnici Serl (Searle 1969) i Ostin (Austin 1962). Analiza konverzacije i teorija govornih činova imaju nekoliko zajedničkih stanovišta, od kojih je najvažnije to da jedan iskaz može imati više različitih značenja, tj. da može obavljati više različitih govornih činova (Maynard 2013: 21). Na primer, kao što postoje govorni činovi opisivanja, nagađanja ili pozdravljanja, u okviru analize konverzacije govori se o postavljanju pitanja i davanju odgovora, slaganju ili neslaganju sa sagovornikom, pozivanju, i sl. (Schegloff 2007: 7). Baveći se govornim činovima, Levinson (1983: 275) navodi primer imperativa koji u svakodnevnoj komunikaciji retko opravdava svoju gramatičku strukturu zapovesti, te se takvi iskazi zapravo ponašaju sasvim drugačije, nekada i suprotno od očekivanog (kao, na primer, u slučaju pozivanja sagovornika da

---

<sup>7</sup> "A record of natural speech will show numerous false starts, deviations from rules, changes of plan in mid-course, and so on. The problem for the linguist, as well as for the child learning the language, is to determine from the data of performance the underlying system of rules that has been mastered by the speaker-hearer and that he puts to use in actual performance. Hence, in the technical sense, linguistic theory is mentalistic, since it is concerned with discovering a mental reality underlying actual behavior. Observed use of language or hypothesized dispositions to respond, habits, and so on, may provide evidence as to the nature of this mental reality, but surely cannot constitute the actual subject matter of linguistics, if this is to be a serious discipline". (Chomsky 1965: 4).

uđe u prostoriju). Međutim, dok se teorija govornih činova oslanja na kategorije određenih aktivnosti, analiza konverzacije se zanima isključivo za govor i usredsređuje se na konkretnu praksu i prikupljanje iskaza i turnusa kao svojevrsnih aktivnosti (Maynard 2013: 22).

#### 2.2.4. Osnovne pretpostavke analize konverzacije

Već smo naveli da su analitičari konverzacije na čelu sa Saksom označili običnu, svakodnevnu konverzaciju (engl. *ordinary conversation*) kao glavni predmet svog istraživanja. Takođe smo već pomenuli jednu od ključnih pretpostavki - po mišljenju analitičara konverzacije svakodnevna konverzacija je uređena i metodična, te stoga sasvim pogodna za analizu. Hačbi i Vufit (Hutchby & Wooffitt 1998: 19), pored ove, ističu još dve osnovne pretpostavke analize konverzacije – govornici se služe iskazima (engl. *utterances*) kako bi u interakciji sa drugim govornicima postigli određene ciljeve, a razgovor u interakciji (engl. *talk – in – interaction*) može se analizirati kao poseban predmet, pri čemu on ne podrazumeva puko preuzimanje reda govorenja (engl. *turn – taking*), već pomoću njega učesnici u razgovoru sprovode i određene aktivnosti (Hutchby & Wooffitt 1998: 43).

Analiza konverzacije insistira na dvema osnovnim osobinama konverzacije – (1) uloge govornika i slušaoca se stalno smenjuju a izmene se događaju sa što je moguće manje preklapanja (engl. *overlapping*) i uz nezatne pauze u govoru, i (2) u svakom trenutku govori barem jedna i ne više od jedne osobe (Sacks et al. 1974: 700-701; Schegloff & Sacks 1984: 71-72; Sacks 1995 vol. 2: 222).

(1) Ova smena se događa po principu reč – za – reč ili preuzimanjem reda govorenja (engl. *turn - taking system*), a uglavnom se obavlja prema tipiziranom redosledu A-B-A-B (Schegloff 1968: 1076; Sacks 1995 vol.2: 523).. Govornici se menjaju na određenom mestu prelaza koje se zove mesto relevantne tranzicije (engl. *transition relevance place*) (Sacks et al. 1974: 705), tačka tranzicije turnusa (Stević 1997: 33) ili tačka mogućeg svršetka (engl. *point of possible completion*) (Sacks MS citirano prema Coultard 1977: 61).<sup>8</sup> Svršetak nije izvestan već samo moguć jer učesnik u konverzaciji zapravo nikada ne može biti sasvim siguran da je njegov sagovornik završio svoj iskaz, već to samo može pretpostaviti, a pravilo je da se reč uzima kada sagovornik završi svoj iskaz). Narednog govornika bira aktuelni govornik ili govornik

---

<sup>8</sup> U daljem tekstu služićemo se terminom *tačka tranzicije (turnusa)*.

sâm bira da govori sledeći (engl. *self – selection*) (Sacks et al. 1974: 703), a ukoliko sagovornik ne želi reč trenutni govornik može nastaviti da govori do sledeće tačke tranzicije turnusa (Sacks et al. 1974: 704)). Kultard (Coulterd 1977: 63) ističe da su pri preuzimanju reči poželjne nikakve ili što kraće pauze, jer u protivnom osoba koja je upravo završila svoj iskaz ima pravo na dodatni komentar (engl. *post - completer*) u vidu podsticajnog pitanja ili pak ponovljene replike. Govornik može i da odbije ponuđenu reč i to tako što će jednostavno ćutati ili time što će upotrebiti odgovarajući minimalni odgovor kojim će sagovorniku pokazati određenu reakciju (Coulterd 1977: 65) (na primer, da se slaže sa njegovim iskazom ili da jednostavno prati šta govori).

(2) Ponekad se dešava da u jednom trenutku govori više od jedne osobe (na primer tako što naredni govornik odluči da će biti sledeći koji preuzima reč i to učini pre nego što njegov sagovornik završi svoj iskaz). Preklapanje do kojeg tom prilikom dolazi rešava se brzo i to obično tako što jedan od govornika prepusti reč (engl. *floor*) onom drugom, a ukoliko ih je više od dvoje pravilo je da reč dobija sagovornik koji je ranije počeo da govori (Sacks et al. 1974: 706-708; Coulterd 1977: 62).

### **2.2.5. Osnovni pojmovi u analizi konverzacije**

Najzad, navešćemo nekoliko glavnih pojmova iz oblasti analize konverzacije kojima ćemo se služiti u nastavku teksta.

U sklopu sistema reč - za – reč, preuzimanja reči ili reda govorenja (engl. *turn – taking system*), koji je osnovni vid organizacije u okviru konverzacije (Sacks et al. 1974: 700), dolazi do raspoređivanja turnusa. Turnus (engl. *turn*) je, dakle, reč koju dobijamo posle sagovornika u interakciji, a uglavnom se može izjednačiti sa pojmovima iskaza (engl. *utterance*) i doprinosa (engl. *contribution*). Kultard (Coulterd 1977: 61) naglašava da se većina turnusa sastoji od najviše jedne rečenice, te da je za duži turnus, u kojem bi govornik ispričao priču ili vic, potrebno dobiti dozvolu, Saks, Šeglof i Džeferson (Sacks et al. 1974: 702) navode da se turnus može sastojati od sintaksičkih jedinica kao što su fraza, klauza, rečenica i sl., dok Šeglof (Schegloff 1968: 1076) ističe da turnus mogu činiti najobičniji minimalni respons poput *mm*, ali i čitav niz rečenica.

Osnovnom jedinicom analize konverzacije smatra se sled (engl. *sequence*) koji se minimalno sastoji iz dva iskaza ili turnusa (Sacks 1995 vol.2: 521), a postoji i trodelni sled koji se u literaturi obično skraćeno naziva trećim turnusom (engl. *third turn*) (ten Have 1991) i podrazumeva određenu reakciju govornika na iskaz sagovornika

u prethodnom turnusu; ovakvo ustrojstvo je značajno za oblast institucionalne komunikacije i njime ćemo se posebno baviti i u našem istraživanju. Kultard (Coultard 1985: 124-125) pod dvodelnim sledom podrazumeva razmenu pitanje – odgovor, dok trodelni sled naziva „tropoteznom” razmenom (engl. *a three – move structure*) koja ima šemu pitanje – odgovor – procena.

Redovi govorenja se po pravilu javljaju u parovima, a kada su ti parovi na neki način spojeni i međusobno zavisni ili tipizirani, govorimo o parovima međusobno usklađenih zavisnih replika (Polovina 1990: 24), spojenim parovima (Savić 1993), uparenim iskazima ili blizinskim parovima (Stević 1997: 79) (engl. *adjacency pairs*),<sup>9</sup> kako ćemo ih u nastavku teksta zvati. Blizinski par je, dakle, sled koji se sastoji od dva tipizirana tesno povezana iskaza, koje izgovaraju dva različita govornika, pri čemu prvi deo para uslovljava strukturu drugog, kao u slučaju parova pozdrav – pozdrav ili pitanje – odgovor, te izvinjenje – prihvatanje izvinjenja ili naredba – prihvatanje naredbe (Schegloff 2007: 13; Polovina 1990: 24). Takođe, kada govorimo o drugom delu blizinskog para (dakle uslovno rečeno odgovoru) on može biti poželjan (preferiran) (engl. *preferred*) ili nepoželjan (nepreferiran) (engl. *dispreferred*) (Schegloff 2007: 58-73). Kod Levinsona (Levinson 1983: 336), na primer, svako odbijanje, neslaganje ili neki neočekivan odgovor smatraju se nepreferiranim replikama, dok su prihvatanja i slaganja primeri za preferirane replike. Šeglof (Schegloff 2007: 59) navodi različite termine kojima se označavaju preferirane (+) i nepreferirane (-) replike, u zavisnosti od toga iz kakvog iskaza se sastoji prvi deo blizinskog para – ako je prvi deo izjavna rečenica ili pitanje u drugom delu nailazimo na slaganje (+) ili neslaganje (-); ako je u prvom delu zahtev, onda u drugom delu očekujemo odobravanje (+) ili odbijanje (-) zahteva, a kada se prvi deo sastoji iz ponude ili poziva, u drugom delu možemo očekivati prihvatanje () ili odbijanje (-). Polovina (1990: 24) ističe da se poželjne i nepoželjne replike međusobno lako razlikuju, jer u slučaju nepreferiranih sagovornik započinje svoj odgovor oklevanjem, pauzom ili poštapalicom, a često su ispunjene i naizgled nepovezanim sadržajem. Šeglof (Schegloff 2007: 64-65) takođe navodi da se nepreferirani odgovori prepoznaju po tome što su manje precizni i duži od preferiranih. S druge strane, preferirane replike su kratke, precizne, teku glatko i sasvim su jasne svim učesnicima u komunikaciji (Schegloff 2007: 65; Polovina 1990: 24).

---

<sup>9</sup> Termin *adjacency pair* prvi je upotrebio Saks u svojim predavanjima (Sacks 1995 vol. 2: 521),

Kada govorimo o reakciji na doprinos sagovornika, umesto kompletnog odgovora moguće je dati tzv. minimalni odgovor ili minimalni respons (engl. *minimal response*) koji nam u najvećem broju slučajeva služi samo za to da sagovorniku damo signal da ga slušamo i da mu pružimo podršku da nastavi (npr. *a-ha, da, dobro, ok* i sl.). Stević (1997: 24) za pojam minimalnog odgovora daje i termine nastavljač, propusnica ili žeton (pri čemu su poslednja dva termina karakteristična za etnometodologiju). Šeglof (Schegloff 2007: 118) ga, pak, naziva *minimal post – expansion*, objašnjavajući da je reč o turnusu koji se dodaje na prethodni sled. Kako je često reč o turnusu koji zapravo najavljuje zatvaranje sleda, on ga takođe naziva *sequence - closing third* i kao partikule koje se najčešće koriste u tu svrhu navodi *oh, okay* i procene.

U smislu nesavršenosti komunikacije, pomenućemo pogrešan start (engl. *false start*) koji podrazumeva započinjanje iskaza koji može ostati nedovršen ili će naknadno biti dovršen, te popravku (engl. *repair*) koja podrazumeva bilo kakvo ispravljanje sagovornika ili samoga sebe.

### **2.3. Kritička analiza diskursa**

Osim na analizu konverzacije, ovaj rad se u izvesnoj meri oslanja i na kritičku analizu diskursa, pre svega po pitanju istraživanja odnosa moći među učesnicima u institucionalnoj komunikaciji i načina na koji je ta moć istaknuta u okviru diskursa. Drugim rečima, u nekima od navedenih slučajeva ne bavimo se samo opisivanjem interakcije, već pokušavamo da odgovorimo i na pitanje zašto je nešto rečeno i kako je rečeno, a ne samo šta je rečeno, što po pravilu jedino zanima analizu konverzacije i etnometodologiju.

#### **2.3.1. Određenje pojma**

Van Dijk (van Dijk 1995: 17) kritičku analizu diskursa definiše kao poseban pristup izučavanju teksta i govora i navodi da je reč o pristupu koji ima uporište u kritičkoj lingvistici, kritičkoj semiotici i posebno u društveno i politički osvešćenom načinu izučavanja jezika, diskursa i komunikacije. Ovaj autor takođe ističe da je reč o vrsti analize diskursa koja se prvenstveno bavi zloupotrebom društvene moći i nejednakošću izraženom unutar teksta i govora, kao i načinom na koji im se tekst i govor odupiru u društvenom i političkom kontekstu (van Dijk 2001: 352). Slično

ovome, Wodak (Wodak 2006: 4) navodi da se kritička analiza diskursa definiše svojim osnovnim zanimanjem za analizu transparentnih i netransparentnih strukturalnih odnosa dominacije, diskriminacije, moći i kontrole u okviru jezika. Ona dodaje da se ova disciplina kritički odnosi prema društvenoj nejednakosti izraženoj i sadržanoj u diskursu ili u upotrebi jezika (Wodak 2001: 2). Filipović (2009: 37) navodi da „kritička analiza diskursa pokušava da objasni odnose moći koji uslovljavaju sociolingvističke konvencije”. Najzad, Ferklaf (Fairclough 2001: 10) koji u svom kapitalnom delu *Language and Power* umesto termina kritička analiza diskursa koristi termin kritičko proučavanje jezika (engl. *critical language study*), navodi da je reč o alternativnom pristupu izučavanju jezika koji podrazumeva jednu drugačiju podelu na grane i pristupe, kao i njihove drugačije međusobne odnose i drugačiju usmernost svakog od njih.

U skladu sa ovakvim aktivnim pristupom izučavanju teksta i govora, van Dijk (van Dijk 2001: 352) kao osnovnu osobinu naučnika koji se bave ovom vrstom analize navodi posedovanje svesti o ulozi koju imaju u društvu, a kao ključne reči svakog istraživača iz ove oblasti on određuje moć, dominaciju, hegemoniju, ideologiju, diskriminaciju, instituciju, klase i sl. (van Dijk 2001: 354). U skladu s tim, Wodak (2001: 3) kao tri osnovna koncepta kritičke analize diskursa navodi koncepte moći, istorije i ideologije, dok Ferklaf (Fairclough 2001: 4) termin *kritički* određuje kao pokušaj da se razotkriju veze koje mogu biti skrivene od ljudi, misleći pre svega na veze između jezika, moći i ideologije.

### **2.3.2. Poreklo i glavni predstavnici**

Za početak kritičke analize diskursa uglavnom se uzima kraj 80-ih (Blommaert & Bulcaen 2000: 447; Mišić Ilić 2011: 91) ili pak početak 90-ih godina 20. veka (Wodak 2001: 4), jer se inicijalnim događajima smatraju objavljivanja prvih uticajnih dela iz ove oblasti – najpre *Language and Power* (Fairclough 1989; 2001), potom i *Language, Power and Ideology* (Wodak 1989), te pokretanje časopisa *Discourse and Society* (van Dijk 1990).

Wodak (2006: 1–2) kritičku analizu diskursa vidi kao istraživački program, a zbog njenog teorijskog porekla, raznovrsnog materijala koji se u njenim okvirima proučava i primene brojnih gramatičkih pristupa, ona insistira na tome da se ova disciplina zove upravo programom ili pak školom. Ova autorka korene kritičke analize diskursa vidi u klasičnoj retorici, tekst lingvistici, sociolingvistici, primenjenoj



lingvistici i pragmatici (Wodak 2006: 1), dok Ferklaf u tom smislu (Fairclough 2001: 4–11) razmatra uticaje lingvistike, sociolingvistike, pragmatike, analize konverzacije i analize diskursa, te kognitivne psihologije i teorijskih pristupa Fukoa i Habermasa. Ferklaf (Fairclough 2001: 4–11) smatra da su sve navedene discipline u manjoj ili većoj meri uticale na nastanak i razvoj kritičke analize diskursa i da sa njom imaju izvesnih dodirnih tačaka, ali svakoj od njih pronalazi i bitne zamerke zbog kojih ih smatra inferiornim u odnosu na kritičku analizu diskursa – lingvistici zamera isključivu usredsređenost na jezik (*langue*) umesto na govor (*parole*), sociolingvistici i analizi konverzacije da su u stanju da odgovore na pitanje *šta* ali ne i na pitanja *zašto* i *kako*, pragmatici utopijsku sliku interakcije koja je previše individualistička, idealizovana i bez svesti o postojanju društvenih konvencija, dok pomenutim teorijskim pristupima Fukoa i Habermasa zamera isključivu usredsređenost na teoriju i nedostatak praktične primene.

Kritička analiza diskursa danas ima više istaknutih predstavnika, a najuticajnijima se smatraju (1) Norman Ferklaf, (2) Rut Vodak i (3) Teun van Dajk.

(1) Ferklaf se zvanično smatra začetnikom kritičke analize diskursa. On se najviše bavi proučavanjem moći u okviru institucionalnog diskursa pri čemu insistira na pojmovima intertekstualnosti i interdiskurzivnosti. Pod pojmom intertekstualnosti podrazumeva se stalno prisustvo elemenata drugih tekstova u tekstu<sup>10</sup> koji se trenutno posmatra (dakle, postojanje ranijih uticaja) pa samim tim i eventualno postojanje glasova koji se razlikuju od autorovog (Fairclough 2003: 218), kao i činjenica da jezik uvek obuhvata različite društvene identitete, kao i različite društvene odnose i sisteme znanja (Wodak 2006: 11). Pod interdiskurzivnošću podrazumevaju se različiti diskursi i žanrovi koji čine neki tekst (Fairclough 1993: 138).

U uvodu drugom izdanju svog najuticajnijeg dela *Language and Power* Ferklaf je naveo svoje osnovne ciljeve – otkrivanje načina na koji jezik podržava i menja odnose moći u savremenom društvu, analiziranje jezika na način koji razotkriva navedene procese, te osveščivanje ljudi po pitanju postojanja tih procesa kao i davanje podsticaja pružanju otpora pomenutim procesima i sprovođenju promena (Fairclough 2001: viii).

---

<sup>10</sup>Ferklaf (Fairclough 1993: 138) pod pojmom *tekst* podrazumeva i pisani i govorni jezik nastao u okviru jednog diskurzivnog događaja, a u pisani i govorni jezik uključuje i transkripte razgovornog jezika i intervjuja, kao i televizijski program i veb stranice (Fairclough 2003: 3). *Diskurzivni događaj* obuhvata sve što predstavlja deo teksta, diskurzivne prakse i društvene prakse (Fairclough 1993: 138).

U svojim istraživanjima Ferklaf primenjuje trodimenzionalni okvir poimanja diskursa, koji se na osnovu tog modela posmatra kao tekst, kao diskurzivna praksa i kao društvena praksa (Fairclough 1992: 71-73). U skladu sa postojanjem tri dimenzije diskursa, Ferklaf određuje tri različite faze ili nivoa kritičke analize diskursa. Prva faza podrazumeva deskripciju, pri čemu se opisuju lingvističke karakteristike teksta (upotrebljena leksika, gramatički izbori, prisustvo ili odsustvo kohezije i sl.). Sledi faza interpretacije gde se tekst povezuje sa interakcijom, pri čemu se pažnja jednako obraća na proces proizvodnje i proces interpretacije, dok se pri tumačenju lingvističkih karakteristika teksta na ovom nivou u obzir uzimaju govorni činovi i intertekstualnost. Poslednja faza podrazumeva objašnjenje, pri čemu se diskurzivna praksa poredi sa društvenom praksom sa aspekta ideologije i hegemonije (Fairclough 2001: 21–22; Blommaert & Bulcaen 2000: 448–449).

Istraživanja Normana Ferklafa i rezultati do kojih je došao u izvesnoj meri su važni i za ovaj rad jer se najviše od svih autora bavio interakcijom u institucionalnim okvirima. Kada je reč konkretno o interakciji lekara i pacijenta, Ferklaf ovu interakciju uzima za primer institucionalne komunikacije čiji učesnici uobičajeno pretpostavljaju da su u lekarskoj ordinaciji autoritet i hijerarhija prirodno na strani lekara, jer je on taj koji poseduje medicinsko znanje pa samim tim jedini ima pravo da odlučuje o daljem toku lečenja i da upravlja razgovorom, dok pacijent jedino ima pravo da se složi sa svime što lekar odredi kao poželjno (Fairclough 2001: 2).

Najzad, termin poreci diskursa (engl. *orders of discourse*), koji je Ferklaf preuzeo od Fukoa, takođe je važan za naše istraživanje. Pod ovim pojmom podrazumevaju se sve diskurzivne prakse koje postoje u okviru jedne institucije i njihovi međusobni odnosi (Fairclough 1993: 138). Naime, u različitim oblastima u upotrebi su različiti tipovi diskursa, koji nemaju isti značaj u različitim institucijama (na primer, svakodnevna konverzacija neće imati isti značaj ili zastupljenost u sudnici, školi ili zdravstvenoj ustanovi, itd.) (Fairclough 2001: 24–25).

(2) Wodak se u svojim istraživanjima najviše bavi proučavanjem načina na koji se donose odluke unutar organizacija Evropske unije, sa aspekta identiteta i politike (Wodak 2006: 16), što tematski nije blisko ovom radu.

(3) Van Dajk se smatra glavnim predstavnikom društveno – kognitivnog modela u okviru kritičke analize diskursa, koji se detaljno bavio medijskim diskursom, dok u novije vreme posebno posvećuje pažnju proučavanju etničkih predrasuda i diskursa rasizma u komunikaciji (Wodak 2006: 13). Ni ova polja istraživanja nemaju

dodirnih tačaka sa našim radom, jer ispitanike u naša dva korpusa nismo razvrstavali na osnovu etničke pripadnosti niti smo izvodili zaključke u tom smislu.

### **2.3.3. Osnovni principi i ciljevi kritičke analize diskursa**

Osnovne principe kritičke analize diskursa najdetaljnije su predstavili Ferklaf i Vodak (Fairclough & Wodak 1997: 271–280), pri čemu su kao prvi i osnovni princip naveli činjenicu da se kritička analiza diskursa bavi društvenim problemima. I gotovo deceniju kasnije, Vodak (2006: 2) insistira na tome da je ovo ključni princip, kojem dodaje i usmerenost na kontekst jezičke upotrebe.

Ferklaf i Vodak (Fairclough & Wodak 1997: 271–280) pored ovog navode i sledeće principe: odnosi moći su diskurzivni, diskurs konstituše društvo i kulturu<sup>11</sup>, diskurs ima ideološku funkciju, diskurs je istorijski zasnovan, veza između teksta i društva je posredovana<sup>12</sup>, analiza diskursa daje tumačenja i objašnjenja, diskurs je vid društvene akcije<sup>13</sup>.

Van Dajk (1995: 17–19) kao neke od glavnih karakteristika istraživanja u okviru kritičke analize diskursa navodi: usmerenost na problem umesto na paradigmu (zbog čega bilo koji metodološki pristup dolazi u obzir dokle god je efikasan); strogo kritički pristup proučavanju teksta i govora; multidisciplinarnost; bavljenje svim nivoima i dimenzijama diskursa; usredsređenost na odnose moći, dominacije, nejednakosti i načine na koje im članovi neke grupe podležu ili im se odupiru; zanimanje za međusobne odnose između roda, etničke, rasne i verske pripadnosti, jezika, nacionalne pripadnosti, starosti, itd.; zanimanje za ideologije; pokušaj da se razotkrije nešto što je implicitno ili skriveno po pitanju moći i dominacije, kao i izučavanje strategija manipulacije; opozicioni stav prema pripadnicima elite i onima koji poseduju moć. Van Dajk (van Dijk 1995: 21) iznosi mišljenje da moćni društveni činioци osim toga što kontrolišu komunikaciju takođe na neki način kontrolišu i um sagovornika, jer su manje moćni ljudi skloni da prihvate određena shvatanja i određeno znanje samo zato što dolaze iz „proverenih” izvora kojima se po pravilu veruje (Nesler et al. 1993: 1417-1418) (npr. od lekara ili drugih obrazovanih profesionalaca koji se

---

<sup>11</sup>Važi i obratno – društvo i kultura konstitušu diskurs. Dakle, postoji odnos međusobne zavisnosti između diskursa i društva (Fairclough & Wodak 1997: 273).

<sup>12</sup>Na primer, Ferklaf smatra da poreci diskursa posreduju između teksta i društva (Fairclough & Wodak 1997: 277).

<sup>13</sup>Cilj kritičke analize diskursa je otkrivanje netransparentnog u društvu, što je čini društveno angažovanom (Fairclough & Wodak 1997: 279–280; Wodak 2001: 2).

pojavljaju u medijima). Van Dajk (van Dijk 2001: 355) navodi i da je moć ubeđivanja koju po pravilu imaju profesori, novinari ili roditelji verovatno zasnovana na posedovanju izvesnog znanja, određenih informacija ili pak autoriteta, a ovom zapažanju mogli bismo dodati i lekare i njihov odnos prema pacijentima kada je plan lečenja u pitanju.

Kada je reč o odnosima u okviru institucije, van Dajk (van Dijk 1995: 21) ističe da predstavnici institucije (koji samim tim poseduju moć) mogu izvršiti uticaj na sagovornika u pogledu izbora jezičkog varijeteta i odgovarajućeg stila ili ga navesti da odgovara na pitanja i podeli određene informacije (što mu možda nije bila namera); ovo stanovište će biti važno i za naše istraživanje. Dakle, jedna od glavnih tema kritičke analize diskursa jeste i institucionalni diskurs gde spada i komunikacija između lekara i pacijenta (Blommaert & Bulcaen 2000: 451), o čemu će biti više reči u narednom delu.

#### **2.3.4. Zamerke kritičkoj analizi diskursa**

Kritička analiza diskursa trpi kritike od svojih početaka pa sve do danas, posebno od strane lingvista. Verovatno najpoznatiju kritiku do sada uputio je Vidouson (Widdowson 1995, 1996, 1998), imajući pre svega na umu istraživanja Normana Ferklafa. Ukratko, on kritičkoj analizi diskursa zamera unošenje zabune po pitanju koncepata, disciplina i metodoloških postupaka. Naime, on smatra da je najpre neophodno jasnije definisati ključne pojmove i utvrditi iz čega se sastoje modeli koji se primenjuju u okviru ove discipline. On takođe smatra da postoji problem u vezi sa interpretacijom teksta koju primenjuju zagovornici kritičke analize diskursa, te da se čitaocu kroz analizu teksta nameću izvesne ideološke premise (Blommaert & Bulcaen 2000: 455). U još jednoj poznatoj kritici, Stabs (Stubbs 1997) navodi da analize iz oblasti kritičke analize diskursa podsećaju na komentare tekstova, te da se ne oslanjaju u dovoljnoj meri na kvantitativnu analizu pa samim tim ne mogu biti dovoljno reprezentativne.

Kritiku kritičke analize diskursa iz ugla analize konverzacije dao je Šeglof (Schegloff 1997), zamerajući naučnicima iz ove oblasti pre svega političku pristrasnost i predrasude koje projektuju na materijal koji analiziraju i takvog ga serviraju čitaocima. On smatra da ni pojam moći kao jedan od osnovnih pojmova u kritičkoj analizi diskursa, nije u dovoljnoj meri utemeljen. Najzad, kontekst koji kritička analiza ima u vidu po Šeglofovom mišljenju je previše širok, te on smatra da je pri analizi potrebno

ograničiti se na tzv. endogeni kontekst (kontekst kojeg su učesnici u interakciji u svakom trenutku svesni), kao što to čini analiza konverzacije. Blomert (Blommaert 1997) se slaže da je kontekst koji kritička analiza diskursa koristi preširok i opisuje ga kao „narativan”.

Pored navedenih kritika, Vodak (2001: 4–5) navodi da im se često zamera i preširok teorijski okvir na koji se kritička analiza poziva a koji se ne poklapa uvek sa materijalom koji se analizira, kao i politički stav istraživača koji se u analizi jasno uočava. Van Dijk (van Dijk 2001: 352), međutim, ovakav pristup opravdava samim predmetom istraživanja i analize – ukoliko se proučava zloupotreba moći, dominacija i nejednakost, normalno je da analitičar zauzme jasan stav kako bi razotkrio ove probleme i suprotstavio im se.

### **2.3.5. Sistemska funkcionalna gramatika**

Sredstva za analizu i metodi istraživanja u oblasti kritičke analize diskursa biraju se prema konkretnoj situaciji i problemu koji se istražuje, što kritičku analizu diskursa čini veoma eklektičnom i pragmatičnom disciplinom (Vodak 2006: 7). Drugim rečima, kako postoje različiti pristupi u okviru kritičke analize diskursa, isto tako postoje i različiti gramatički pristupi koji se primenjuju u analizi. Ipak, u najvećem broju slučajeva analiza u ovoj oblasti zasniva se na sistenskoj funkcionalnoj lingvistici, koju Ferklaf (Fairclough 2001: 11) ocenjuje kao mnogo svrsishodniju od formalističkog pristupa Noama Čomskog.

Tvorcem sistemske funkcionalne lingvistike smatra se Majkl Halidej koji je skrenuo pažnju na povezanost gramatičkih sistema i društvenih i ličnih potreba koje jezik takođe treba da ispunjava (Wodak 2001: 8). Dakle, primena ovog pristupa omogućava kritičkoj analizi diskursa da jezička značenja i upotrebu jezika posmatra u odnosu na društvene kontekste jer shvata da se jezik i konteksti njegove upotrebe međusobno oblikuju (Schleppegrell 2012: 21). Mišić Ilić (2011: 93) ovaj pristup naziva sistenskom funkcionalnom gramatikom i kao njegovu osnovnu karakteristiku ističe stavljanje funkcije jezika u prvi plan, pri čemu se „funkcija bilo kog jezičkog segmenta, uključujući i rečenice, izjednačava sa njegovim značenjem, definisanim kao suma svega onoga što govornik želi da slušalac razume, a što je više od [...] doslovnog značenja”.

U okviru ovog pristupa, Halidej je ustanovio tri metafunkcije jezika koje se međusobno prepliću (Halliday 2003: 16)) – ideacionu, interpersonalnu i tekstualnu.

Ideaciona metafunkcija podrazumeva neku vrstu iskustva (Halliday 2003: 16; Schleppegrell 2012: 21), tj. našeg doživljaja stvarnosti (Mišić Ilić 2011: 94), a može biti iskustvena (jer jezik pored toga što označava iskustvo istovremeno ga i konstruiše) i logička (postoje logički i semantički odnosi među klauzama koje potom stvaraju komplekse klauzi) (Halliday 2003: 16–17). Interpersonalna metafunkcija podrazumeva odnose sa drugim učesnicima u komunikaciji (Wodak 2001: 8; Mišić Ilić 2011: 94), a prema Halideju (2003: 16) upravo ova metafunkcija podrazumeva izražavanje ličnih stavova, iskazivanje zadovoljstva ili nezadovoljstva, davanje ocena ili procena i sl. (što će biti važno i za ovaj rad). Najzad, tekstualna metafunkcija jezika povezuje tekst sa nekim prethodnim tekstom ili kontekstom (Schleppegrell 2012: 21), tj. zaslužna je za postojanje kohezije unutar teksta (Wodak 2001: 8). Na ovaj način tekst postaje koherentan i povezan sa određenim situacionim kontekstom, dakle postaje relevantan (Halliday 2003: 17).

Od tri navedene metafunkcije, za naš rad važna je interpersonalna jer pokušavamo da odgovorimo i na pitanje na koji način se ostvaruje odnos između lekara i pacijenta tokom medicinskog susreta. Ovaj rad se, dakle, manje bavi formalnim nivoom analize, tj. sintaksičkim funkcijama, a više semantičkim nivoom. Od sintaksičkih konstrukcija za prikrivanje identiteta, kojima se detaljno bavila Mišić Ilić (2011: 96–103) u ovom radu osvrnućemo se na nominalizaciju, pasivizaciju i bezlične konstrukcije, pre svega u smislu kontrolisanja razgovora i isticanja moći. Bavićemo se i govornim funkcijama kako ih klasifikuju Halidej i Mathiesen (Halliday & Mathiesen 2004: 108) – ponudom (engl. *offer*), zapovešću (engl. *command*), izjavom (engl. *statement*) i pitanjem (engl. *question*), a u smislu upravljanja razgovorom (i sagovornikom), analiziraćemo i izbor i upotrebu gramatičkih lica.

#### **2.4. Institucionalna komunikacija**

Kako smo ranije naveli, institucionalnom komunikacijom bave se i analiza konverzacije i kritička analiza diskursa. U našem istraživanju, koje se bavi komunikacijom između lekara i pacijenta kao podvrstom institucionalne komunikacije, oslanjali smo se na oba pristupa, u skladu sa opštim ciljevima i ciljevima pojedinačnih delova analize. Ipak, analiza konverzacije i njen metodološki pristup čine opšti okvir istraživanja, dok se stanovišta kritičke analize diskursa uzimaju u obzir u onim

delovima analize koji se tiču odnosa moći na relaciji predstavnik institucije (u našem slučaju lekar) – klijent institucije (u našem slučaju pacijent).

#### **2.4.1. Određenje pojma**

Najpotpunije određenje pojma institucionalna komunikacija (engl. *institutional talk*) dali su Dru i Heritidž (Drew & Heritage 1992: 22), Heritidž (2005: 106); Heritidž i Klejman (2010: 34) – to je interakcija (1) čiji učesnici imaju posebne ciljeve koji su usko povezani sa njihovim ulogama u okviru institucije (npr. lekara i pacijenta, nastavnika i učenika, sudije i okrivljenog i sl.), koja (2) podrazumeva postojanje posebnih ograničenja u vezi sa onim što je dozvoljeno ili nije dozvoljeno u komunikaciji i koja (3) poštuje posebne okvire i procedure koji važe za odgovarajuće institucionalne kontekste.

Ovaj vid komunikacije u najvećem broju slučajeva podrazumeva interakciju između „profesionalca” (predstavnik institucije) i „laika” (klijenta institucije) u okvirima neke institucije (škole, policijske stanice, bolnice/zdravstvenog centra, sudnice, televizijske emisije i sl.) (Heritage 2005: 106).

Jovičić (2008: 575) koristi termin institucionalni diskurs pod kojim podrazumeva „veoma različite tipove govornog i pisanog jezika u različitim institucionalnim kontekstima”, pri čemu navodi da svaki diskurs koji postoji u okviru neke institucije ograničava govornike uz pomoć odgovarajućih jezičkih normi koje su usklađene sa njihovim položajem u datom situacionom okruženju.

#### **2.4.2. Nastanak, razvoj i pristupi izučavanju**

Za početak izučavanja institucionalne komunikacije uzima se 1979. godina, kada su Etkinson i Dru objavili delo *Order in Court: The Organization of Verbal Interaction in Judicial Settings* (Atkinson & Drew 1979) u kojem su analizirali interakciju u sudnici posebno se baveći načinom na koji se specijalizovanim sistemom preuzimanja reči koji važi za ovu instituciju rešava problem prisustva velikog broja ljudi tokom saslušanja (Heritage & Clayman 2010: 16). Nakon ove studije pojavilo se još dosta drugih čiji su autori isti ili sličan princip primenili na različite institucije, pa su se tako Hit (Heath 1986) i ten Have (1991), između ostalih, bavili interakcijom lekara i pacijenta, MekHaul (McHoul 1978) interakcijom u učionici, a Cimerman (Zimmerman 1984, 1992) pozivima upućenim službi hitne pomoći.

Sva prethodno navedena istraživanja sprovedena su u tradiciji analize konverzacije ili tačnije njenog ogranka koji se naziva analizom institucionalne konverzacije (engl. *institutional conversation analysis*). Naime, kao što smo već naveli u delu 2.2., originalna analiza konverzacije čiji su predstavnici Saks, Šeglof i Džeferson nije uzimala u obzir komunikaciju u okviru institucije, već isključivo običnu, spontanu, svakodnevnu, komunikaciju izvan okvira institucije. S druge strane, analiza institucionalne konverzacije, iako se u potpunosti oslanja na osnovne postavke originalne analize konverzacije, podrazumeva postojanje nešto drugačije perspektive – koristi se pravilima analize konverzacije sa ciljem da ustanovi na koji način funkcionišu pojedine institucije (Heritage 2005: 104–105). Ona polazi od pretpostavke da interakcija utiče na stvaranje konteksta i da isključivo kroz kontekst institucionalni imperativi bivaju oživljeni i postaju relevantni za učesnike u interakciji (Heritage 2004: 163). Pri tome, smatra se da se rezultati do kojih ova vrsta analize konverzacije dolazi ne mogu smatrati posebno trajnim zbog činjenice da su sve društvene institucije podložne promenama pod uticajem promena koje se neizbežno događaju u društvu i kulturi, a što samim tim podrazumeva i promene u institucionalnoj komunikaciji. Na primer, upravo se za interakciju lekara i pacijenta smatra da je doživela ogromnu transformaciju u svega nekoliko decenija (Heritage 2005: 105).

Heritidž i Klejman (Heritage & Clayman 2010: 16) takođe ističu da sva istraživanja u okviru institucionalne komunikacije uvek i u svim svojim segmentima postavljaju jedno, osnovno, pitanje - *zašto sada baš to* (engl. *why that now*). Upravo ovaj metod dokazuje da je ovde reč o analizi koja zalazi na teritoriju kritičke analize diskursa, jer originalnu analizu konverzacije ne bi zanimalo *zašto* već samo *šta*.

Institucionalna komunikacija svakako zanima i kritičku analizu diskursa, prvenstveno zbog pojma društvene moći, te asimetrije kao jedne od glavnih odlika institucionalne komunikacije. Ferklaf, koji se najviše bavi upravo institucionalnim diskursom, polazi od činjenice da je svaki tip diskursa u stanju da svoje subjekte pozicionira u društvenom smislu (Fairclough 2001: 85). Drugim rečima, kada govorimo o institucijama, ovo pozicioniranje podrazumeva hijerarhijsko ustrojstvo i odnose moći koji su sa tim ustrojem usko povezani (Jovičić 2008: 575).

Džonston (Johnstone 2005: 119) takođe ističe da ljudi u govoru u velikoj meri zavise od društvenih uloga koje su im dodeljene i koje na taj način uslovljavaju diskurse kojima raspolažu, pa tako često podrazumevaju predefinisane načine interakcije. Etkinson i Dru (Atkinson & Drew 1979: 62) to nazvaju pred - raspodelom turnusa (engl.



*turn - type preallocation*), jer se unapred zna ko kolika prava ima i koliki prostor u razgovoru će na osnovu toga dobiti. Džonston (Johnstone 2005: 112) takođe smatra da upravo prisustvo moći ukazuje na postojanje asimetrije u međusobnoj interakciji, pri čemu jedna osoba može da kontroliše drugu. Drugim rečima, učesnici u ovom vidu komunikacije imaju ili nemaju izvesna prava na osnovu svojih uloga unutar institucije, a upravo ta prava daju im manju ili veću moć.

### **2.4.3. Institucionalna komunikacija vs obična (svakodnevna) komunikacija**

Kako se institucionalna komunikacija razlikuje od obične, svakodnevne komunikacije? Govoreći o raznolikosti koja postoji u oblasti sistema govorne razmene (engl. *speech – exchange systems*)<sup>14</sup>, Šeglof (Schegloff 1999: 407) ističe da nije ni malo lako razgraničiti institucionalnu od svakodnevne komunikacije, iako se na prvi pogled ne čini tako.<sup>15</sup>

Pod običnom ili svakodnevnom komunikacijom zapravo podrazumevamo tzv. razgovorni jezik. Polovina (1990: 27–28) kao njegove osnovne osobine navodi, između ostalih, asimilaciju i eliziju na fonetsko – fonološkom planu, kreativnost u građenju novih reči i upotrebu stereotipa na leksičkom planu, poseban način ostvarivanja veza između rečenica na gramatičkom planu, kao i česta oklevanja, (samo)ispravke, upotrebu partikula poput *pa* ili *ovaj* i sl.

Upravo tu uobičajenu konverzaciju analitičari konverzacije obeležavaju kao glavnu „instituciju”, osnovni, nadređeni, vid interakcije, iz kojeg se dalje razvijaju ostali, formalniji, tipovi komunikacije (Drew & Heritage 1992: 19; Heritage & Clayman 2010: 17). Oni takođe ističu da je svakodnevna komunikacija stabilna u odnosu na institucionalnu komunikaciju – u poslednjih nekoliko decenija ona se nije značajnije promenila, dok su pojedini vidovi institucionalne komunikacije gotovo neprepoznatljivi u odnosu na početke njihovog izučavanja, upravo zbog stalnih promena u društvu, te promena na tehnološkom, političkom ili nekom drugom planu. Kao takva, svakodnevna komunikacija podrazumeva mnogo različitih okvira u kojima se odvija, kao i brojna

---

<sup>14</sup> Primeri za sisteme govorne razmene su sastanci, intervjui, razne ceremonije, debate, i sl. (Sacks et al. 1974: 701).

<sup>15</sup> „Not everything which is called a 'business meeting' – even by its participants – is conducted by reference to the distinctive mode of organizing talk – in – interaction which we call the 'meeting' speech – exchange system. The talk may not be guided by a Chair, one who takes alternate turns, in which she or he assigns or recognizes next speakership, and so forth”. (Schegloff 1999: 407)

pravila koja svi učesnici poštuju (Sacks et al. 1974: 699), doživljavajući ih kao nešto što se podrazumeva, kao zajedničko znanje (u tradiciji etnometodologije) (Heritage & Clayman 2010: 17). Nasuprot tome, institucionalna komunikacija podrazumeva izvesna ograničenja po pitanju same interakcije, kao i po pitanju sadržaja (Drew & Heritage 1992: 19). Uprkos ovim razlikama, Heritidž (Heritage 2005: 107) tvrdi da učesnici u institucionalnoj komunikaciji ostvaruju interakciju na gotovo identičan način kao i učesnici obične konverzacije. Upravo iz tog razloga, smatra se da institucionalnu komunikaciju ne moramo nužno tražiti isključivo u okvirima institucije, kao što se i obična konverzacija može dogoditi upravo u institucionalnim okvirima (Drew & Heritage 1992: 3-4), što ćemo videti i u ovom istraživanju.

Kao predstavnik kritičke analize diskursa, Ferklaf (Fairclough 1996: 76) se slaže da je veoma teško razgraničiti institucionalnu komunikaciju od svakodnevne i uočava pojavu koju naziva „konverzacionalizacijom” institucionalnog diskursa. Naime, on smatra da su uloge u institucionalnoj komunikaciji sve ujednačenije, da je asimetrija sve manje uočljiva kada je ovaj tip komunikacije u pitanju, bilo da je reč o komunikaciji nadređenog i podređenog na radnom mestu ili između profesionalca i laika u okviru neke institucije. Nešto kasnije Ferklaf (Fairclough 2001: 52) ukazuje i na fenomen „sintetičke personalizacije” (engl. *synthetic personalization*) pod kojim podrazumeva sve učestaliju potrebu institucija da ostave utisak da „im je stalo” do klijenta, tj. da svakom od mnogobrojnih slučajeva prilaze pojedinačno i da pri tome nastoje da interakciju učine ličnijom. Slično tome, Kameron (Cameron 2000: 10) ističe činjenicu da brojne kompanije širom sveta uviđaju potrebu da obrate pažnju na potrebe klijenata i korisnički servis, što opet značajno menja institucionalnu komunikaciju čineći je ličnijom i verovatno manje asimetričnom.

#### **2.4.4. Osnovne odlike institucionalne komunikacije**

Heritidž (Heritage 2004: 164-179; 2005: 115–141) navodi šest osnovnih odlika institucionalne komunikacije koje se mogu podvesti pod sledeće kategorije: (1) sistem preuzimanja reči; (2) struktura interakcije; (3) organizacija sledova; (4) građenje turnusa; (5) izbor leksike; (6) asimetrija.

(1) U mnogim vidovima institucionalne komunikacije sistem preuzimanja reči se ni malo ne razlikuje od onoga koji je uobičajen za svakodnevnu komunikaciju. Međutim, u nekim slučajevima specifičan sistem preuzimanja reči ipak dolazi do

izražaja tako što sagovornik koji odbije dodeljenu reč može zbog toga biti sankcionisan (na primer, u školskoj učionici) ili tako što jedan sagovornik isključivo postavlja pitanja a drugi daje odgovore (na primer, u novinskom intervjuu, u sudnici, u policijskoj stanici, a u izvesnoj meri i u lekarskoj ordinaciji) (Heritage 2004: 165).

(2) Kada je reč o svakodnevnoj komunikaciji, koja je neplanirana i fluidna, struktura interakcije obično podrazumeva samo otvaranje i zatvaranje razgovora koji su fiksni, dok su ostali segmenti podložni promenama i varijacijama u zavisnosti od raspoloženja učesnika. Međutim, pojedini tipovi institucionalne komunikacije predstavljaju strogo organizovanu interakciju gde svaka komponenta ima svoje mesto i gde se čitava interakcija odvija prema unapred utvrđenom redosledu. U ovom radu bavićemo se i strukturom interakcije lekara i pacijenta za koju je u prvim istraživanjima (Byrne & Long 1976) dokazano da predstavlja izuzetno precizno organizovan događaj, dok su se mišljenja o tome kasnije donekle menjala. Sveukupna struktura interakcije se istražuje jer pokazuje na koji način se učesnici u interakciji odnose prema strukturi interakcije i na koji način se interakcija odvija (Heritage 2005: 119-123).

(3) Deo analize koji se bavi organizacijom sledova obično se smatra centralnim delom svake analize konverzacije jer upravo način na koji su sledovi organizovani i raspoređeni otkriva koje aktivnosti i zadatke ispunjavaju učesnici u konverzaciji. U slučaju svakodnevne komunikacije, sled se u najvećem broju slučajeva sastoji iz pitanja iza kojeg sledi odgovor, te zatvaranje sleda u vidu trećeg turnusa. Na engleskom govornom području u okviru takvog trećeg turnusa veoma često se koristi partikula *oh*, kojom se jednostavno sagovorniku stavlja do znanja da je njegov odgovor zadovoljavajući i da smo ga čuli. Međutim, ta ista partikula gotovo nikada neće biti upotrebljena u okviru institucionalne komunikacije, posebno kada je reč o interakciji lekara i pacijenta, jer se smatra da bi njenom upotrebom lekar pacijentu poslao pogrešan signal.<sup>16</sup> Takođe, treba imati u vidu da se organizacija sledova u institucionalnom diskursu razlikuje ne samo u odnosu na svakodnevnu komunikaciju već i od institucije do institucije. Isto tako, predstavnici institucije mogu organizovati sledove tako da pomoću njih strateški manipulišu svojim sagovornikom, kao u slučaju kada lekar želi pacijentu da saopšti nepovoljnu vest pa to čini tako što ga na neki način priprema upotrebom pred - sleda u kojem od njega zahteva da iznese sopstveno mišljenje o svom stanju; pacijent tako i sâm počinje da shvata kakvu vest će dobiti od lekara i na neki

---

<sup>16</sup>Ovim ćemo se detaljnije baviti u 2.5.7.2 i 2.5.8.1.

način je spremniji da je prihvati (Maynard 1991, 1992) (Heritage 2004: 166-170; Heritage 2005: 123-128).

(4) Smatra se da upravo sadržaj turnusa ukazuje na postojanje institucionalnih elemenata u nekoj interakciji. Naime, građenjem turnusa na određeni način učesnik u interakciji preduzima odgovarajuću akciju, a time takođe otkriva ili prikriva određenu nameru. Takav je slučaj, na primer, sa principom optimizacije (engl. *optimization principle*) (Boyd & Heritage 2006) u interakciji lekara i pacijenta koji podrazumeva da se postavljanjem pitanja sagovorniku uvek predviđa pozitivan ishod.<sup>17</sup> Takođe, način na koji pacijent lekaru u svom turnusu predstavlja problem zbog kojeg dolazi može usloviti određenu lekarovu reakciju po pitanju daljeg lečenja – ako pacijent izjavi da smatra kako ima neku infekciju, lekaru je to znak da pacijent od njega očekuje da mu prepíše antibiotik, dok jednostavno navođenje simptoma bez iznošenja sopstvenog mišljenja o dijagnozi uslovljava drugačiju lekarovu reakciju (Stivers et al. 2003: 143) (Heritage 2004: 170–173; Heritage 2005: 128–132).

(5) Izbor leksike takođe može otkriti govornikov stav prema predmetu razgovora, konkretnom situacionom kontekstu, samoj interakciji ili drugim učesnicima u razgovoru. U institucionalnom diskursu, govornici uglavnom biraju formalne termine za pojmove za koje bi u svakodnevnoj komunikaciji verovatno upotreбили neformalne termine (npr. umesto da kažu *pandur* radije će reći *policajac* ili čak *policijski službenik*, dok doktor ili lekar iz institucionalnog diskursa može postati *doca* u razgovornom jeziku). Dalje, učesnici u institucionalnoj komunikaciji često biraju opisne termine, što podrazumeva i izbor gramatičkih lica, pa se tako u govoru predstavnika institucije umesto *ja* često čuje *mi*, koje se odnosi na tu osobu kao člana organizacije ili predstavnika konkretne institucije (Drew & Heritage 1992: 30).<sup>18</sup> Najzad, česta je upotreba tzv. institucionalnih eufemizama kojima predstavnik institucije ublažava nešto što smatra problematičnim (npr. u medicinskom diskursu to je često slučaj sa imenicom *bol* i glagolom *boleti*, koji se često izbegavaju, a umesto njih se koriste drugi slični termini koji zvuče nešto blaže – npr. *upaljeno*, *osetljivo* i sl.). (Heritage 2004: 173–175)

Ovde ćemo pomenuti i razmatranja birokratskog jezika (jezika institucija koji sve više uzima maha i u svakodnevnom govoru) na našim prostorima koje je u svojoj studiji objedinila Klikovac (2008b), baveći se birokratizacijom srpskog jezika i njenim različitim aspektima i pozivajući se na neke ranije zaključke iz te oblasti (Bugarski

---

<sup>17</sup>O ovome detaljnije u delu 2.5.5.3.

<sup>18</sup>O ovome ćemo detaljnije govoriti u delu 2.5.8.2.

1986; Škiljan 1978; Klajn 1996, 2003). Kao osnovne osobine birokratskog jezika autorka navodi nominalnost, opštost, neodređenost, upotrebu eufemizama, višak reči, kvazinaučnost (koja se ogleda u upotrebi reči stranog porekla) i dodaje da je ovakav jezik „moćno sredstvo manipulacije ljudima i način da se mnogo govori a ništa bitno ne kaže” (Klikovac 2008b: 99). Jedna od bitnih odlika jeste i uklanjanje agensa (vršioca radnje) što se postiže pasivizacijom, bezličnim i obezličnim rečenicama, te pretvaranjem rečenica u nerečenice.<sup>19</sup>

(6) Najzad, jedna od najčešće razmatranih odlika institucionalne komunikacije jeste asimetrija. Heritidž (Heritage 2004: 175-179) skreće pažnju na četiri tipa asimetrije: (a) asimetriju po pitanju učešća u interakciji, (b) asimetriju u smislu institucionalnog *knowhow* (engl. *institutional knowhow*), (c) asimetriju po pitanju znanja i (d) asimetriju po pitanju prava na posedovanje znanja. Kada je reč o (a), uglavnom se smatra da predstavnik institucije ima inicijativu tokom celog susreta, dok klijent institucije nikada nije podjednako zastupljen u interakciji, što se navodi i kao osnovna razlika između simetrične svakodnevne komunikacije i asimetrične institucionalne. Institucionalni *knowhow* (b) podrazumeva različit odnos predstavnika institucije i klijenta institucije prema problemu zbog kojeg klijent dolazi u instituciju – dok je predstavniku institucije to još samo jedan od sličnih slučajeva u nizu, klijent ga doživljava kao izuzetno ozbiljan i značajan, te obično smatra da predstavnik institucije ne pokazuje dovoljno razumevanja i empatije. Asimetrija po pitanju znanja (c) podrazumeva različite stvari i u slučaju predstavnika institucije i u slučaju klijenta. U pojedinim slučajevima podrazumeva opreznost koju predstavnik institucije ispoljava pri zauzimanju stava, dok u nekim drugim slučajevima znači isticanje superiornosti po pitanju znanja (npr. u medicinskim susretima lekar često pacijentu stavlja do znanja da je on taj koji poseduje relevantno znanje). S druge strane, Heritidž (Heritage 2004: 178) citira Frenkla (Frankel 1990) koji ističe da klijenti institucije mogu propustiti da postave važna pitanja predstavniku institucije samo usled nedostatka znanja iz date oblasti. Neposedovanje odgovarajućeg medicinskog znanja pacijentu može da predstavlja i ozbiljnu prepreku u vidu nerazumevanja lekarove agende. Najzad, asimetrija po pitanju prava na pristup znanju (d) odnosi se na to da klijent institucije zapravo nema „prava” na posedovanje znanja koje predstavnik institucije ima zahvaljujući svojoj poziciji, svom obrazovanju i svojoj profesiji. U slučaju interakcije lekara i pacijenta to bi značilo

---

<sup>19</sup> O ovim odlikama detaljnije u 2.5.8.

da pacijent ne bi trebalo da otkrije lekaru da se o problemu zbog kojeg dolazi unapred obavestio putem Interneta ili nekog drugog izvora, jer on ne bi trebalo da raspolaže tom vrstom znanja. Slično tome, jedna studija je pokazala da lekari koji vode svoju decu pedijatru pokušavaju u tim situacijama da se ne ponašaju kao lekari već kao roditelji – laici, čime zapravo dobrovoljno potiskuju znanje koje imaju jer smatraju da ga nije primereno otkrivati u datoj situaciji (Strong 1979) (Heritage 2004: 175–179).

## **2.5. Medicinski susret**

U nastavku ćemo detaljnije razmotriti medicinski susret kao poseban tip institucionalne komunikacije kojim se ovaj rad bavi. U ovom delu bavićemo se teorijskim razmatranjem pojedinih odlika medicinskog susreta koje su po našem mišljenju važne za sveukupno sagledavanje interakcije lekara i pacijenta, iako svakako nisu i jedine. Upravo te odlike kasnije ćemo posmatrati i analizirati u naša dva korpusa, sa ciljem izvođenja zaključaka i poređenja dobijenih rezultata, međusobno i sa rezultatima i zaključcima nekih ranijih istraživanja na koja se ovde pozivamo.

### **2.5.1. Faze medicinskog susreta**

Jedna od osnovnih odlika medicinskog susreta jeste čvrsta organizacija koja podrazumeva nizanje događaja koji se odvijaju jedan za drugim i po unapred ustanovljenom redosledu (ten Have 1991: 138), usled čega podseća na ritualizovan događaj (Ainsworth-Vaughn 2001: 454). Organizacija medicinskog susreta kao takvog zanima lingvistiku, u okviru literature koja se bavi diskursom (engl. *discourse literature*), ali i samu medicinsku struku, u okvirima literature koja se bavi medicinskom praksom (engl. *praxis literature*) (Ainsworth-Vaughn 2001: 453-454).

#### **2.5.1.1. Biomedicinski model**

Istraživači iz obe oblasti slažu se u tome da postoji nekoliko važnih faza medicinskog susreta, pri čemu postoje relativno različite ideje o tome kako te faze izgledaju ili kako bi trebalo da izgledaju. Birn i Long (Byrne & Long 1976) prvi su u okviru lingvističkih istraživanja ustanovili postojanje šest faza medicinskog susreta, po modelu preuzetom iz medicinske prakse. Prema ovom modelu, medicinski susret započinje lekarovim obraćanjem pacijentu, iza čega sledi utvrđivanje razloga dolaska pacijenta u lekarsku ordinaciju, te sprovođenje (detaljnog) verbalnog i/ili fizičkog

pregleda pacijenta. U narednoj fazi, lekar razmatra pacijentovo stanje (uz pacijentovu pomoć ili samostalno), potom iznosi ideje o lečenju i/ili daje pacijentu uputstva za sprovođenje daljih istraživanja, te najzad zatvara razgovor. Ovaj model predstavlja standardan primer tzv. biomedicinskog modela (engl. *biomedical model*) i dugo vremena bio je i jedini model razgovora lekar – pacijent u medicinskoj praksi koji se smatrao idealnim rešenjem. U literaturi koja se bavi analizom diskursa i analizom konverzacije, postoji nekoliko varijacija ovog modela, koje se međusobno ne razlikuju mnogo, sa izuzetkom Mišlerove (Mishler 1984: 61) ideje prema kojoj se razgovor između lekara i pacijenta znatno pojednostavljuje i sastoji se iz svega tri dela – pitanja koje postavlja lekar, odgovora koji daje pacijent i lekarove procene pacijentovog odgovora (npr. *ok, a-ha, mhm, mh hm* i sl.) ili sledećeg pitanja koje lekar postavlja u nizu. Mišler ovakav model smatra strukturnom jedinicom diskursa koja je uobičajena za razgovor lekar – pacijent i ne misli da bi ga trebalo na bilo koji način proširivati jer smatra da upravo pitanja koja lekar postavlja u nizu predstavljaju ključni deo razgovora, na taj način predodređujući i njegov žanr.

S druge strane, Heritidž i Mejnard (Heritage & Maynard 2006: 14) su na osnovu istraživanja sprovedenog u oblasti opšte prakse zadržali šest faza iz Birnove i Longove studije, pri čemu su dali dodatne preporuke o tome kako te faze treba da izgledaju i iz čega treba da se sastoje. Pod otvaranjem razgovora oni podrazumevaju uspostavljanje interaktivne veze između lekara i pacijenta i ova faza, iako kratka, treba da bude srdačna i opuštajuća. U drugoj fazi predstavlja se aktuelni problem, tj. pacijent iznosi zašto je došao u lekarsku ordinaciju. Pregled predstavlja centralni i najduži deo susreta, a autori se slažu da ova faza treba da bude kombinacija verbalnog pregleda, koji se sprovodi postavljanjem pitanja, i fizičkog pregleda pacijenta. Četvrta faza se odnosi na postavljanje dijagnoze pri čemu lekar zapravo procenjuje pacijentovo trenutno stanje, na osnovu svih informacija koje je uspeo da prikupi u toku pregleda, dok se u petoj fazi razgovor usredsređuje na lečenje, tj. lekar iznosi detalje lečenja (što bi prema ovim autorima trebalo da učini u saradnji sa pacijentom) ili mu predlaže neke dalje procedure neophodne za preciznije postavljanje dijagnoze. Poslednja faza jeste zatvaranje razgovora, koje je ponovo prepušteno lekaru. Ten Have se u svojim radovima takođe drži gotovo identičnog modela, koji je prethodno usvojio od Hita (Heath 1986), dok veoma sličan model znatno kasnije srećemo i kod Gila i Robertsa (Gill & Roberts 2013: 581).

### 2.5.1.2. Biopsihosociološki model

Poslednjih godina u medicinskoj struci javila se izražena potreba za razvijanjem nešto drugačijeg modela koji bi bio više usmeren na pacijenta nego na lekara i pri čemu bi, pored svakako važnih simptoma bolesti, lekar mogao da sazna nešto više o pacijentovom emotivnom stanju (Ainsworth-Vaughn 2001: 455) što bi mu pomoglo da lakše i preciznije postavi dijagnozu, uspešnije leči pacijenta i tako postigne bolje rezultate. U skladu s tim, predložen je tzv. biopsihosociološki model (engl. *biopsychosociological model*) (Fortin et al. 2012: 1-2) za koji se smatra da znatno bolje pokriva potrebe pacijenta, ali omogućava i njegovo edukovanje i menjanje nekih važnih zdravstvenih i životnih navika. Prema ovom modelu, Fortin et al. (2012: 4) predlažu čak jedanaest koraka u okviru medicinskog susreta naspram do tada uobičajenih šest. Kao prva faza navodi se stvaranje atmosfere za razgovor, iza čega sledi iznošenje kratkog plana razgovora ili lekarove agende. Pod stvaranjem atmosfere zapravo se podrazumeva pozdravljanje pacijenta uz obaveznu upotrebu pacijentovog imena, kao i predstavljanje samog lekara ukoliko ga pacijent ne poznaje od ranije, te omogućavanje pacijentu da se udobno smesti i oseća prijatno u nastavku razgovora, što sve ukupno ne traje duže od jednog minuta. Iznošenje lekarovog plana podrazumeva postavljanje vremenskog okvira, pri čemu bi lekar trebalo da obavesti pacijenta koliko vremena imaju na raspolaganju za dati razgovor (preporučuje se 20 minuta), kao i da sazna o čemu bi sve pacijent toga dana želeo da razgovara i da li je moguće pokriti sve željene teme. Treći korak podrazumeva započinjanje razgovora uz pomoć fatičke razmene, kako bi se pacijent opustio i pripremio za razgovor, ali i uvođenjem otvorenih pitanja (engl. *open questions*) pri čemu pacijent dobija priliku da „svojim rečima” iznese problem zbog kojeg dolazi, dok se lekaru savetuje da u ovoj fazi pažljivo sluša pacijenta i da ga neverbalnom komunikacijom podstakne da kaže što više. Četvrti korak (koji može trajati i čitavih 10 minuta) odnosi se na utvrđivanje simptoma, ali i ličnog i emocionalnog konteksta problema zbog kojeg pacijent dolazi na pregled, pri čemu se od lekara očekuje da i dalje bira otvorena pitanja, te da uz pomoć ponavljanja pacijentovih reči (engl. *echoing*), dodatnih podstreka (engl. *requests*) ili zaokruživanjem onoga što je pacijent već rekao (engl. *summarizing*) sazna što više. Lični i emocionalni kontekst problema podrazumevaju širi psihološko – sociološki okvir, pri čemu je važno saznati kako problem koji pacijent ima utiče na njegova osećanja i svakodnevni život, te šta on lično smatra uzrokom problema, a preporučuje se da tokom ove faze razgovora lekar



pokaže empatiju, razumevanje i poštovanje. Peti korak predstavlja prelazak na centralni, sadržajno najvažniji, deo razgovora, gde lekar zaokružuje sve što je prethodno saznao od pacijenta, proverava da li je sve dobro razumeo i najavljuje da će nastavak razgovora izgledati nešto drugačije. U naredna četiri koraka, lekar se bavi pribavljanjem hronološkog opisa tegoba, anamnezom, te društvenom i porodičnom istorijom pacijenta koje bi mogle da mu pomognu pri postavljanju dijagnoze i definisanju problema. Svi navedeni koraci su veoma detaljno razrađeni, a odgovori od pacijenta pribavljaju se postavljanjem konkretnih, preciznih pitanja. Tek pretposlednji korak podrazumeva obavljanje detaljnog fizičkog pregleda, nakon čega se razgovor završava. U okviru ovog koraka lekar pacijentu iznosi svoje mišljenje o dijagnozi i prognozi i daje preporuku o eventualnim dodatnim ispitivanjima, pri čemu se od lekara očekuje da pacijenta uključi u proces donošenja konačne odluke o planu lečenja. Od lekara se takođe očekuje da pacijentu dâ pisana uputstva kojih bi trebalo da se pridržava, da ga još jednom podrži i ohrabri i tek nakon toga zvanično zatvori razgovor opraštajući se od pacijenta.

Autori ovog modela insistiraju na tzv. integrisanom ispitivanju (engl. *integrated interviewing*) (Fortin et al. 2012: 8) koje u prvom delu razgovora podrazumeva korišćenje veština koje pacijenta stavljaju u prvi plan (engl. *patient – centered skills*) dok se u centralnom delu razgovora koriste veštine koje ističu ulogu lekara (engl. *physician – centered skills*), da bi na kraju razgovora pacijent ponovo postao važniji od lekara. S druge strane, biomedicinski model uvek daje prednost lekaru u odnosu na pacijenta i to je ujedno i ključna razlika između ova dva modela.

### **2.5.2. Žanr medicinskog susreta**

U tesnoj vezi sa fazama medicinskog susreta jeste i žanr razgovora koji se tom prilikom vodi. Naime, postavlja se pitanje da li taj razgovor najviše podseća na običan, svakodnevni, razgovor ili pak na intervju sa jasno utvrđenim ulogama. Takođe, ima li u takvom razgovoru mesta iznošenju priče ili samo davanju preciznih odgovora na postavljena pitanja? Sudeći po dosadašnjim istraživanjima, reč je o kombinaciji žanrova, koji u različitoj meri dolaze do izražaja u zavisnosti od brojnih faktora.

#### **2.5.2.1. Intervju ili običan razgovor?**

Frenkl (Frankel 1990: 232) je među prvima izneo mišljenje da razgovor između lekara i pacijenta ne liči na uobičajenu, svakodnevnu komunikaciju, pozivajući

se na činjenicu da važan deo jednog takvog razgovora predstavlja postavljanje pitanja u nizu, čime se po pravilu isključuje spontanost, te ne može biti reči o svakodnevnoj komunikaciji. Mišler (Mishler 1984: 63-64) takođe smatra da se razgovor između lekara i pacijenta svodi na puko ispitivanje u formi intervjua. Naime, na osnovu razgovora koje je u svome istraživanju proučavao, Mišler je zaključio da je reč o veoma „nehumanim” razgovorima, jer lekar ne dozvoljava pacijentu da kaže bilo šta što ima veze sa ličnim iskustvom, osećanjima, zapažanjima ili mišljenjem. Naime, iako je zapazio da pacijenti s vremena na vreme pokušavaju o tome da govore, prekidajući niz direktnih pitanja kojima su izloženi, Mišler navodi da se lekar oglašuje o takve pokušaje i vrlo brzo uspeva da povрати kontrolu nad razgovorom i vrati se svojoj agendi. Upravo iz tog razloga, Mišler smatra da je razgovor između lekara i pacijenta najobičniji intervju, sa jasno utvrđenim ulogama i pravima učesnika, te da ne može imati bilo kakve veze sa svakodnevnom komunikacijom.

S druge strane, ten Have (ten 1991: 162), Heritidž (Heritage 1989: 34) i Mejnard (Maynard 1991: 449) smatraju da razgovor između lekara i pacijenta sadrži karakteristike oba žanra, ali da je žanr konverzacije izmenjen i prilagođen situaciji, tj. institucionalnom okruženju i pravilima koje ono nameće. Naime, Heritidž (Heritage 1989: 34) ovo prilagođavanje pravda činjenicom da je institucionalna komunikacija donekle ograničena u odnosu na svakodnevnu komunikaciju, dok ga ten Have (1991: 149) objašnjava time što se lekari često opiru pokušaju pacijenta da šire odgovori na postavljano pitanje ili da govori duže nego što je on to predvideo. Analizirajući 100 snimljenih razgovora, u okviru kojih su lekari zapravo popunjavali unapred pripremljen upitnik postavljajući pacijentima odgovarajuća pitanja, Šaj (Shuy 1983: 22) je došao do iznenađujućeg zaključka da zapravo ni jedan od tih razgovora nema istu formu, jer su lekari, postavljajući pitanja i razgovarajući sa pacijentima, nailazili na različite prepreke kojima su morali da se posvete, te je i krajnji rezultat znatno varirao. Dakle, svaki razgovor između lekara i pacijenta nije i ne može biti isti, jer je lekar često, i iz različitih razloga, prinuđen da odstupa od svog prvobitnog plana. Ejnsvort Von (Ainsworth-Vaughn 1998: 177) smatra da je svakako reč o kombinaciji žanrova, ali se pita da li je pravilnije reći da se suštinski radi o intervjuu koji povremeno ima odlike konverzacije ili je, pak, reč o konverzaciji koja se prilagođava formi intervjua.

### 2.5.2.2. Priča

Kada je reč o žanru razgovora lekar – pacijent, poseban aspekt čini pripovedanje ili pokušaj da se umesto davanja kratkih i preciznih odgovora na postavljena pitanja ponudi čitava priča<sup>20</sup>. Ejnsvort Von (Ainsworth-Vaughn 1998: 147-158) se u svojim istraživanjima posebno detaljno bavila ovom odlikom konverzacije, stavljajući akcenat na tzv. lokalizovane priče (engl. *localized stories*), priče manjeg obima, koje se sreću u medicinskim susretima. Autorka (Ainsworth–Vaughn 1998: 148) se poziva na dve prethodne studije koje su sprovedeli Dejvis (Davis 1988) i Jang (Young 1989), došavši do zaključka da pacijenti pribegavaju upotrebi priča kako bi prebrodili ili smanjili distancu koja postoji između njih i lekara, ali i kako bi se izborili za sebe i svoje pravo glasa u institucionalnim okvirima. Prema kritičkoj analizi diskursa, međutim, iznošenje priče zahteva određenu količinu moći, a pacijenti, kao klijenti institucije, ne poseduju tu potrebnu količinu moći da bi se izborili za pripovedanje svoje priče unutar medicinskog susreta te često bivaju prekidani od strane predstavnika institucije (u ovom slučaju lekara) (Klikovac 2008a: 48). Uprkos tome, Ejnsvort Von (Ainsworth-Vaughn 1998: 147) smatra da pričanje priča, kojim se po potrebi bave i lekar i pacijent, može u znatnoj meri da utiče na preciznije postavljanje dijagnoze, jer po njenom mišljenju rezultati testova i najmodernija kompjuterska tehnologija često nisu dovoljni. Analizirajući 30 snimljenih razgovora, autorka je došla do zaključka da se u svima javlja priča ili pokušaj pričanja priče, ali ne uvek na istim mestima tokom razgovora i ne uvek na istovetan način. Na primer, pacijenti su često pričom odgovarali na pitanje šta ih dovodi u ordinaciju toga dana ili prepričavali ko ili šta ih je navelo da se toga dana (konačno) pojave, što autorka svrstava u kategoriju tzv. Labovljevih priča (engl. *Labovian stories*) (Ainsworth–Vaughn 1998: 152-154). Ovaj tip priča povezuje prošlost i sadašnjost, navodeći događaje po redosledu kojim su se zbivali, i znatno su zastupljenije kod pacijenata, koji im obično pribegavaju na samom početku razgovora, nego kod lekara. Upravo zbog toga što se nalaze na samom početku razgovora, ove priče na neki način treba da opravdaju pacijentov dolazak u lekarsku

---

<sup>20</sup> O mestu priče i pripovedanja u svakodnevnoj komunikaciji prvi je govorio Saks na svojim predavanjima u proleće 1970. godine baveći se činjenicom da priča po pravilu zauzima više od jednog turnusa, te se na taj način suprotstavlja pravilima sistema reč – za – reč koji podrazumeva stalnu smenu govornika. On smatra da je potrebno da govornik zatraži dozvolu od ostalih učesnika u konverzaciji ukoliko namerava daispriča priču (i tako proizvede više od jednog turnusa) ili da se nada da drugi učesnici neće želeći da govore posle moguće tačke tranzicije turnusa što bi mu omogućilo da nastavi (Sacks 1985 vol. 2: 222-228). Dakle, i Saks je smatrao da je pripovedanje u okviru interakcije donekle problematično i da je potrebno imati *metod* kako bi se to valjano uradilo (Sacks 1985 vol. 2: 225).

ordinaciju, te nose izvesnu težinu kada je o diskursu reč (Ainsworth–Vaughn 1998: 152).

Pokazalo se da i lekari često pribegavaju pričanju priče, posebno u delu razgovora gde je pacijentu potrebno razjasniti dijagnozu ili preporučenu terapiju. Tom prilikom, lekari se najviše služe tzv. hipotetičkim pričama (engl. *hypothetical stories*) (Ainsworth–Vaughn 1998: 154), koje odgovaraju na pitanje „Šta ako...?“ i u kojima, uz upotrebu uslovnih rečenica, lekari pokušavaju da objasne pacijentu šta ga čeka ukoliko se odluči za određeni preporučeni tretman ili medicinsko sredstvo. Pored toga, služe se i tzv. pričama o uobičajenim radnjama i stanjima (engl. *habitual stories*) (Ainsworth–Vaughn 1998: 156) koje navode nešto što se dešava u najvećem broju slučajeva, što je uobičajeno i ni po čemu nije neobično za dati slučaj. Lekari pribegavaju ovom tipu priča kada pacijentima treba da objasne dejstvo određene terapije ili funkcionisanje organizma u određenoj situaciji, pri čemu se često služe i stručnom terminologijom. Za ovaj tip priča dosta često se odlučuju i pacijenti, pokušavajući da opišu (uobičajene) simptome koje imaju ili probleme sa kojima se suočavaju, kao i neke svoje životne navike.

### **2.5.3. Inicijativa**

Još jedna odlika interakcije koja se odvija u okviru medicinskog susreta jeste inicijativa koju ispoljavaju učesnici u interakciji. Inicijativu u okviru interakcije lekara i pacijenta možemo posmatrati iz različitih uglova. Pre svega, posebno možemo razmatrati inicijativu koju iskazuje pacijent i porediti je sa onom koju ispoljava lekar, a moguće je govoriti i o ispoljavanju inicijative u pojedinim fazama medicinskog susreta. Ovo istraživanje se više bavi prvim navedenim slučajem.

Smatra se da inicijativa za sâm medicinski susret pripada pacijentu (ten Have 1991: 142) – on je taj koji u određenom trenutku odlučuje da dođe u lekarsku ordinaciju i to je možda i jedini aspekt susreta na koji lekar nema nikakvog uticaja. Ipak, čini se da su pacijentova prava i po tom pitanju dosta skromna, jer se u literaturi sve češće razmatra i način na koji pacijent predstavlja lekaru razlog svog dolaska, pri čemu se naglašava da pacijent mora umeti da „opravda“ svoj dolazak, te da dokaže da se radi o problemu koji je dovoljno ozbiljan da zahteva lekarsko mišljenje (engl. *a doctorable problem*) (Heritage & Robinson 2006: 58).

Posmatranje pojma inicijative u medicinskom susretu u tesnoj je vezi sa asimetrijom koja postoji u svim razgovorima koji se vode u okvirima institucije i tzv. nejednakih susreta (engl. *unequal encounters*), a na taj način i sa pojmom moći i kontrole koju jedan ili drugi govornik poseduju unutar interakcije (Fairclough 2001: 36; Mishler 1984: 69). Na primer, ukoliko jedan od govornika uvodi nove teme, ima kontrolu nad redom govorenja ili redovno prvi govori unutar sleda, smatra se da, između ostalog, ima izraženiju inicijativu u odnosu na drugog govornika. Iako do susreta lekara i pacijenta dolazi zahvaljujući inicijativi pacijenta, kasnije u toku razgovora lekar u potpunosti ili delimično preuzima inicijativu, što je i jedan od osnovnih razloga za prisustvo asimetrije. Do preuzimanja inicijative zapravo dolazi već na samom početku susreta, čak i pre započinjanja samog razgovora, jer susret ne može ni otpočeti dok se lekar sa tim ne složi, te on, kao domaćin, poziva pacijenta da uđe, da sedne, da ispriča zbog čega je došao ili odlučuje da sa njime proćaska o svakodnevnim stvarima pre nego što pređe na razlog njegovog dolaska (ten Have 1991: 142). I temu razgovora obično određuje lekar, koji kasnije svojim pitanjima usmerava i čitav tok razgovora (Klikovac 2008a: 52). U tom smislu, Heritidž i Robinson (Heritage & Robinson 2006: 49) naglašavaju da čak i iznošenje problema zbog kojeg pacijent dolazi nije u potpunosti prepušteno pacijentu već direktno zavisi od lekara, koji odlučuje kada će pacijent započeti i završiti priču o tome, kao i koliko će pacijent moći da ispriča pre nego što bude prekinut.

Dakle, očekivano je da lekar, kao predstavnik institucije, ima veću kontrolu nad svim segmentima susreta, te da samim tim ima i veću i uočljiviju inicijativu u toku razgovora. Postavlja se, međutim, pitanje može li i pacijent ispoljiti inicijativu nakon što zakorači u lekarsku ordinaciju, kako i kada on to čini i kolika asimetrija postoji između lekara i pacijenta po ovom pitanju.

#### **2.5.4. Otvaranje i zatvaranje razgovora**

Kada je reč o segmentima razgovora koji se nalaze na samom početku i na samom kraju medicinskog susreta, oni se mogu posmatrati na dva načina – na osnovu toga iz čega se ti delovi razgovora sastoje i na osnovu toga ko otvara i zatvara razgovor (lekar ili pacijent). Prvi način spada u domen analize konverzacije, dok drugi pristup više zanima kritičku analizu diskursa, jer podrazumeva odnos između jezika i moći i različit položaj koji učesnici razgovora imaju u okviru institucionalne komunikacije.

#### 2.5.4.1. Otvaranje razgovora

U svakodnevnoj komunikaciji otvaranje razgovora se sprovodi rutinski, na gotovo ritualizovan način. Naime, ovaj segment razgovora uglavnom se sastoji iz izrazito kratkih turnusa, koji se prilagođavaju određenoj prilici i učesnicima u konkretnom razgovoru. Saks (Sacks 1985 vol. 2: 189) navodi da se na samom početku razgovora obično nalazi par pozdrava koje, za razliku od mnogih drugih delova konverzacije, uglavnom nije moguće razdvojiti ili im promeniti mesto, što znači da je reč o fiksiranom segmentu razgovora. Istraživanja iz oblasti analize konverzacije, posebno ona rana, najviše su se bavila proučavanjem otvaranja telefonskog razgovora koje podrazumeva primenu blizinskog para poziv – odziv (engl. *summons – answer sequence*) (Schegloff 1968: 1080-1081), pri čemu je karakteristično to da drugi (tj. pozvani) govornik (engl. *answerer*) zapravo govori prvi (Schegloff 1968: 1077; Sacks 1985 vol. 2: 542).. U slučaju našeg istraživanja, govorićemo o blizinskom paru pozdrav - pozdrav jer se radi o interakciji licem u lice.

Pod otvaranjem razgovora između lekara i pacijenta može se podrazumevati samo upravo pomenuti uvodni deo koji se sastoji iz nekoliko kratkih turnusa ili blizinskih parova, ali isto tako može se posmatrati i šire, te obuhvatiti i ceo prvi deo razgovora, zaključno sa predstavljanjem problema zbog kojeg pacijent dolazi na pregled. Prvi slučaj podrazumeva razmenu pozdrava između lekara i pacijenta, poziv pacijentu da se smesti, kao i eventualnu proveru da se radi upravo o pacijentu čiji karton lekar ima pred sobom, te kratko konsultovanje tog kartona u slučaju da je reč o kontrolnom pregledu. U drugom slučaju, segment otvaranja razgovora je nešto širi, jer uključuje i prvo otvoreno pitanje koje lekar postavlja pacijentu kako bi saznao zbog čega dolazi na pregled, te pacijentovo predstavljanje svog problema (Robinson 2006: 22). Drugi tip otvaranja prvi su istraživali Bekmen i Frenkl (Beckman & Frankel 1984) koji su u sprovedenoj studiji došli do iznenađujućeg rezultata prema kojem od početka medicinskog susreta do prelaska na centralni deo razgovora protekne svega 18 sekundi! Jasno je da u tako kratkom vremenskom okviru nije izvodljivo da pacijent ispriča priču ili šire odgovori na postavljano otvoreno pitanje. Robinson (2006: 23), pak, navodi da se u ovom proširenom otvaranju, posebna pažnja posvećuje upravo načinu na koji lekar od pacijenta saznaje o kakvom problemu je reč i kako formuliše svoje pitanje da bi do toga došao. Prema biomedicinskom modelu, koji je i dalje najrasprostranjeniji u medicinskoj struci, otvaranje razgovora se završava onog trenutka kada lekar od

pacijenta dobije sve potrebne detalje koji se tiču problema zbog kojeg dolazi, nakon čega lekar prelazi na istoriju bolesti i samim tim na konkretna, precizna pitanja (Roter & Hall 2006: 114). Kada je, pak, reč o biopsihosociološkom modelu koji smo u ovom radu predstavili<sup>21</sup> kao potencijalno novi vodeći model, smatramo da otvaranje razgovora prirodno pokriva prva tri koraka, dok bi prema upravo navedenom principu koji zastupaju Robinson (2006) i Roter i Hol (Roter & Hall 2006) trebalo uključiti i četvrti korak.

U okviru kritičke analize diskursa smatra se da je lekar taj koji ima moć da započne razgovor. Međutim, i ovo se može posmatrati sa dva različita stanovišta. Naime, pacijent je zapravo taj koji prvi progovara – nakon što otvori vrata i uđe u ordinaciju, on prirodno i prvi pozdravi lekara, jer se smatra da time poštuje pravila određena ulaskom na tuđu teritoriju (Klikovac 2008a: 46). Smatra se da ta osoba na neki način treba da pokaže svom domaćinu da ima miroljubive namere, a da se to najprirodnije izvodi uz pomoć pozdrava (Simpson 1989: 49)). Kao dokaz da je lekar „vlasnik” teritorije na kojoj se odvija razgovor (lekarske ordinacije), Klikovac (2008a: 46) navodi i činjenicu da lekaru pripada stalno mesto u ordinaciji, što je još više naglašeno njegovim neverbalnim ponašanjem – naime, kada pacijent uđe u ordinaciju lekar nastavlja da sedi. Međutim, moramo napomenuti da je navedena činjenica vezana za kulturni prostor u kome se odvija razgovor i, osim za našu zemlju, karakteristična je i za zdravstvene ustanove u Velikoj Britaniji i verovatno na području cele Evrope, dok je u SAD, na primer, situacija sasvim drugačija – lekar ne sedi u ordinaciji čekajući pacijenta, već tek nakon što pacijent uđe, on dolazi u ordinaciju (engl. *examination room*) da obavi pregled (West 2006: 382). Takođe, uprkos tome ko prvi pozdravlja, smatra se da je lekar zapravo taj koji zvanično započinje razgovor tako što odgovara na pozdrav i poziva pacijenta da uđe ili mu nudi da sedne (Klikovac 2008a: 46), čime se razgovor smatra otvorenim.

#### **2.5.4.2. Zatvaranje razgovora**

Kada je reč o zatvaranju razgovora, ono se u svakodnevnoj komunikaciji obično sastoji iz dva dela – predzatvaranja (engl. *pre-closing*) i terminalne razmene (engl. *terminal exchange*) (Schegloff & Sacks 1984: 73-80). Pod predzatvaranjem podrazumevaju se oblici koji imaju ulogu da najave zatvaranje razgovora i da potvrde

---

<sup>21</sup>Vidi 2.5.1.2.

da zaista ne postoji više ništa što bi sagovornik želeo da doda, te se smatraju prelaznim turnusima pred terminalnu razmenu. Kada je reč o predzatvaranju, Šegloff i Saks (Schegloff & Sacks 1984: 80-89) navode dve mogućnosti – (obično) predzatvaranje (engl. *pre-closing*) koje zatvaranju razgovora kao glavnoj mogućnosti pretpostavlja nastavak razgovora kao alternativnu mogućnost (npr. upotrebom partikule *ok* ili *well/pa, ovaj, dobro* i sl.) i tzv. ponudu predzatvaranja (engl. *pre – topic closing offering*) koja nastavak razgovora vidi kao glavnu mogućnost a njegovo zatvaranje kao alternativu (npr. *Da li te zadržavam?, Da li žuriš?* i sl.).

U slučaju medicinskog susreta, Vajt, Levinson i Roter (White et al 1994: 24) navode da se pod fazom zatvaranja podrazumeva nekoliko koraka – lekar treba da zaokruži sve što je do tada rečeno, da razjasni planove o (daljem) lečenju, da proveri da li je pacijent sve dobro razumeo, iznese planove o sledećem susretu i pokaže da mu je stalo do pacijenta i da brine o njemu. Baš kao i u slučaju svakodnevne komunikacije, lekar i pacijent ne mogu naglo da završe razgovor, tako što će neko od njih jednostavno napustiti ordinaciju ili prestati da govori, najpre zbog poštovanja pravila koja važe u sistemu reč – za- reč (Robinson 2001: 641). Takođe, smatra se da je zatvaranje razgovora donekle problematično i za lekara i za pacijenta. Naime, pacijenti se često žale da ih je zatvaranje razgovora od strane lekara sprečilo da iznesu (sve) probleme koji ih muče, dok lekari navode tzv. uzgredni sindrom (engl. *by the way syndrome*) (Byrne & Long 1976), koji Robinson (2001: 640) još slikovitije naziva „problemima na izlazu” (engl. *doorknob concerns*) kao izuzetno frustrirajući. Naime, onog trenutka kada se razgovor očigledno nalazi već na samom kraju, pacijent iznenada iznosi do tada nepomenuti problem koji je najčešće ili veoma ozbiljan ili ima značajnu emotivnu težinu, a zbog svojih daljih obaveza, lekar nije u mogućnosti da se posveti njegovom rešavanju. Međutim, iako se lekari često žale na ovaj sindrom zbog čega se stiče utisak da je on stalno prisutan u lekarskoj ordinaciji, rezultati istraživanja koje je sprovedla Vest (West 2006: 405-408) to ne potvrđuju. Naime, ni u jednom posmatranom razgovoru u okviru njenog istraživanja pacijent nije ovako postupio, već je to, naprotiv, učinio lekar i to u čak dva slučaja – nakon što se susret okončao i lekar izašao iz ordinacije, on se vratio kako bi pacijentu saopštio nešto o čemu u toku susreta nisu razgovarali, a što se pokazalo izuzetno važnim za pacijenta.

Kao i u slučaju svakodnevne komunikacije, razgovor između lekara i pacijenta zatvara se tako što je najpre potrebno pružiti priliku svim (drugim) učesnicima u razgovoru da iznesu nešto što eventualno nisu pomenuli do tada, a želeli bi (West 2006:



384). Pomenuta predzatvaranja služe upravo tome, a u medicinskom susretu obično podrazumevaju upotrebu partikula poput *ok, dobro, u redu, važi* i sl. Ove partikule, koje se obično kombinuju sa silaznom intonacijom, ne daju nikakav novi doprinos razgovoru, već reč prepuštaju sagovorniku, time mu dajući priliku da doda nešto ukoliko želi ili da se saglasi sa predlogom o zatvaranju razgovora (West 2006: 384).

Na osnovu razgovora koje je analizirala u svom istraživanju, Vest je došla do zaključka da je uvek lekar taj koji se u razgovoru služi predzatvaranjem i da on to čini na nekoliko načina (West 2006: 392-397). Na primer, lekar nekada najavljuje zatvaranje razgovora tako što se poziva na druge (profesionalne) obaveze koje ga očekuju, iako je Vest (West 2006: 393) došla do zaključka da se lekari ovim načinom zapravo dosta retko služe. Dalje, lekari najavljuju skoro zatvaranje razgovora i tako što pacijenta pitaju da li postoji još nešto o čemu bi želeo da razgovara ili što bi želeo da pita, ali je Vest (2006: 394) i ovoga puta ustanovila da je reč o ne tako često primenjivanoj strategiji. Ukoliko se, pak, odluče za postavljanje takvog pitanja, oni to uglavnom čine tako što postavljeno pitanje prilagode kako bi na njega prirodno dobili negativan odgovor (npr. *Nemate drugih pitanja?*), čime zapravo pacijentu oduzimaju priliku da razgovor produži (Robinson 2001: 647). Najzad, u najvećem broju slučajeva lekar daje pacijentu do znanja da se razgovor bliži kraju tako što ugovara pacijentov naredni dolazak u ordinaciju ili obaveštava pacijenta da će ga u budućnosti neko kontaktirati povodom nečega o čemu su toga dana razgovarali (Robinson 2001: 643; West 2006: 395). Nakon ovakvog turnusa, prirodno sledi turnus kojim pacijent prihvata ili odbija ponuđeni dogovor. Robinson (2001: 651) ističe da je Hit (Heath 1986) u svom istraživanju preko hiljadu medicinskih susreta naišao na svega tri slučaja gde pacijent nije prihvatio lekarovu inicijativu za zatvaranje razgovora. Osim navedenih načina, Robinson (2001: 653) ističe da je mogućenajaviti zatvaranje razgovora i zaokruživanjem ili rekapitulacijom trenutne teme razgovora, što često zvuči kao nekakva pouka koju izgovara lekar, a što su u okvirima svakodnevnice komunikacije Šeglof i Saks (Schegloff & Sacks 1984: 82) nazivali *topic – bounding technique*.

Kao i u slučaju otvaranja razgovora, smatra se da je lekar taj koji zadržava pravo da razgovor zatvori (Klikovac 2008a: 46; Heath 1986; White et al. 1994; West 2006: 409), a zatvaranje obično prethodno najavljuje na jedan ili više opisanih načina. Međutim, i ovde postoji nedoumica u vezi sa simboličnim prostorom ili tzv. „tuđom teritorijom”. Naime, u ovom delu sveta, pacijent je taj koji izlazi iz ordinacije i napušta lekara koji ostaje da sedi na svom mestu, te time na neki način on okončava razgovor,

dok je u SAD situacija upravo obrnuta – lekar napušta prostoriju u kojoj je obavljao pregled i samim tim pacijenta koji ostaje unutra i tek nešto kasnije napušta prostoriju. Kada je reč o našem kulturnom prostoru, moramo ipak naglasiti da, iako pacijent napušta teritoriju na kojoj se i dalje nalazi lekar, on to nikada ne čini dok od lekara ne dobije dozvolu da napusti ordinaciju, te pacijent zapravo samo prividno ima kontrolu nad zatvaranjem razgovora.

### **2.5.5. Pitanja**

Od svih odlika medicinskog susreta pitanja verovatno predstavljaju najčešće istraživano obeležje, koje je po mišljenju mnogih autora ujedno i najvažnije od svih jer najjasnije ukazuje na položaj i prava oba sagovornika za vreme interakcije u institucionalnim okvirima. Upravo zahvaljujući velikom broju pitanja koja bivaju postavljena u toku medicinskog susreta, mnogi autori i dalje smatraju da ti susreti nedvosmisleno pripadaju žanru intervjua.

#### **2.5.5.1. Pravo na postavljanje pitanja i demonstracija moći**

Pre svega, kada je reč o institucionalnoj komunikaciji, podrazumeva se da profesionalac (predstavnik institucije, u ovom slučaju lekar) postavlja pitanja dok laik (klijent institucije, u ovom slučaju pacijent) odgovara na njih (Frankel 1995: 235; Hayano 2013: 412). Razlog za to jeste demonstracija moći, a pitanja se smatraju glavnim instrumentom koji lekari imaju na raspolaganju u tom smislu, zahvaljujući tome što imaju privilegiju da, postavljajući pitanja, svojim turnusima uvek započnu sledove i tako određuju sadržaj narednog turnusa, a po potrebi se mogu služiti i trećim turnusom, koji obično ispunjavaju nekim minimalnim responsom (ten Have 1991: 146). Ejnsvort Von (Ainsworth-Vaughn 2001: 462) takođe navodi nekoliko razloga zašto postavljanje pitanja u medicinskom susretu zapravo znači iskazivanje moći – pored toga što se postavljanjem pitanja odmah određuje i sledeći govornik, u znatnoj meri se ograničava njegov odgovor po pitanju teme, ograničava se i sadržina celog razgovora u izvesnoj meri, a u pojedinim slučajevima pitanje se postavlja uz očekivanje da će se reč odmah vratiti onome ko ga je postavio. Birn i Long (Byrne & Long 1976) u svojoj pionirskoj studiji iz ove oblasti, analizom preko 2500 razgovora, došli su do zaključka da je lekar, zahvaljujući postavljanju pitanja, do te mere dominantan tokom razgovora da je pacijentov (mali) doprinos moguć tek na samom kraju susreta. Nejednaka prava po tom

pitanju i veoma primetnu asimetriju u količini moći koju poseduju lekar i pacijent u svojim studijama ističu Šaj (1983) i nešto kasnije Ong, de Hes, Hus i Lames (Ong et al. 1995: 906-910).

U analizi jednog reprezentativnog razgovora iz Mišlerovog (Mishler 1984) korpusa, Ferklaf (Fairclough 1992: 140) dolazi do zaključka da je čitav razgovor organizovan oko lekarovog postavljanja pitanja pacijentu, te da lekar u potpunosti kontroliše sistem preuzimanja reči. Naime, on je taj koji uspostavlja potpunu kontrolu nad dijalogom tako što započinje i završava svaki sled, dok nakon pacijentovog odgovora, u trećem turnusu, daje svoj komentar u vidu potvrde ili procene. Ferklaf još zaključuje da je doprinos pacijenta krajnje ograničen i da on govori samo kada ga lekar svojim pitanjem na to podstakne, te da lekar nikada ne traži dozvolu za preuzimanje reči, već reč uzima sâm i to kada god odluči da je pacijent dovoljno rekao u svom odgovoru na postavljeno pitanje (drugim rečima – prekida pacijenta). I sâm Mišler (Mishler 1984: 76) navodi da je lekaru dominacija razgovorom obezbeđena, s obzirom na to da je i prvi i poslednji govornik u svakom sledu. Slično ovome, nakon analize jednog dužeg razgovora između lekara i pacijenta, Klikovac (2008a: 51) dolazi do zaključka da samo lekar ima pravo da postavlja pitanja, te da on na taj način usmerava razgovor i utiče na njegov sadržaj, kao i da povremeno pitanjima podstiče pacijenta da govori, ali samo u okvirima teme koju je on odredio.

Najzad, smatra se da svako postavljanje pitanja zapravo znači traženje informacije, a posedovanje informacije takođe je odraz moći (Ainsworth-Vaughn 1998: 76). Upravo iz tog razloga, većina dosadašnjih istraživanja koja u svom središtu imaju postavljanje pitanja i njihov značaj za interakciju lekara i pacijenta pažnju poklanjaju isključivo navedenom odnosu jezika i moći. Međutim, Ejnsvort Von (2001: 462) tvrdi da pitanja u okviru medicinskog susreta ne znače samo traženje moći, već i podelu moći među sagovornicima, te da se istraživanja nepravedno u tolikom broju usredsređuju isključivo na asimetrični odnos moći koju poseduju lekar i pacijent, a na osnovu prebrojavanja postavljenih pitanja.

### **2.5.5.2. Dosadašnja istraživanja**

Kada je reč o dosadašnjim istraživanjima iz ove oblasti, ona su se u najvećem broju slučajeva zasnivala upravo na prebrojavanju pitanja postavljenih u toku medicinskog susreta, nakon čega je izvođen zaključak o procentu pitanja koja

postavljaju ili iniciraju pacijenti (naravno, unapred se pretpostavlja da lekar postavlja veći broj pitanja od pacijenta, samo je potrebno odrediti o kom odnosu je reč).

Jedno od prvih i najpoznatijih istraživanja pitanja u medicinskom susretu jeste Frenklovo (Frankel 1990) u kojem su vrlo uspešno kombinovane kvalitativne i kvantitativne metode. On je istraživanje ograničio na jednu užu podgrupu pitanja – pitanja koja inicira pacijent - a tražio ih je u korpusu sačinjenom od 10 medicinskih susreta snimljenih u ambulantnim uslovima. Pri tome, pitanjima je smatrao isključivo ona koja započinju blizinski par, a da bi pitanje spadalo u kategoriju onih koje je inicirao pacijent, bilo je neophodno da se nalazi na samom početku turnusa i da sadrži novu informaciju. Takođe, izuzeo je sve zahteve za pojašnjenjem, koji, po mišljenju Ejnsvort Von (Ainsworth-Vaughn 1998: 77) predstavljaju sasvim normalan deo svakog medicinskog susreta. Brojanjem ovako definisanih pitanja, Frenkl je došao do zaključka da ih ima svega 1% od ukupnog broja pitanja postavljenih u razgovorima iz njegovog korpusa. Ovaj njegov rezultat kasnije je često pogrešno interpretiran, tako što je generalizovan i pripisan kategoriji svih pitanja koje postavlja pacijent, a ne samo ovoj uskoj podgrupi pitanja koja nastaju na isključivu inicijativu pacijenta (Ainsworth - Vaughn 2001: 463).

Još jedno poznato istraživanje u vezi sa poređenjem pitanja koje postavlja lekar i onih koje postavlja pacijent, sproveda je Vest (West 1984a) na korpusu koji se sastojao od 21 medicinskog susreta snimljenog u kliničkim uslovima. Kao i Frenkl, pitanja je posmatrala kao prvi deo blizinskog para, ali je izuzela zahteve za ponavljanjem nečega što sagovornik nije dobro čuo i markere iznenađenosti (npr. *Zaista?* ili *Stvarno?*). Od 773 pitanja koliko ih je ukupno postavljeno, samo 9% su postavili pacijenti. U pokušaju da objasni uzrok tako malog broja pitanja koja tokom susreta postavljaju pacijenti, Vest navodi da bi razlog moglo biti često zamuckivanje i nevičnost pacijenta postavljanju pitanja, ali i doživljavanje pitanja koja postavlja pacijent kao „upad” na medicinsku teritoriju i ugrožavanje lekarovog autoriteta, usled čega se lekar često oglašuje o njih.

Najzad, Ejnsvort Von (Ainsworth-Vaughn 1998: 463; 2001: 78-100) je sproveda jedno veoma precizno, kvantitativno, istraživanje, u kojem je pokušala da izbegne sve ono što je prethodno zamerila istraživanjima koje su sprovedli Frenkl (Frankel 1990) i Vest (West 1984a). Ona naglašava važnost konteksta u istraživanju pitanja, te Vestovoj zamera što nije navela o kojim dijagnozama se radi u njenom korpusu i da li se lekar i pacijent sreću po prvi put ili se znaju od ranije, dok Frenklu zamera izbor previše uske podgrupe pitanja koju je proučavao. Ejnsvort Von (Ainsworth-Vaughn 1998: 75-100) je

za svoje istraživanje odabrala 40 razgovora iz oblasti onkologije, sa jednakim brojem muških i ženskih pacijenata i jednakim brojem razgovora koje obavljaju muški i ženski lekari, a svi razgovori snimljeni su na privatnoj klinici (za razliku od dva istraživanja koja smo prethodno naveli). Rukovodeći se onim što je Stenstrom (Stenström 1984: 24) primetila pre nje, Ejnsvort Von se udaljava od definisanja pitanja na osnovu toga da li ono otvara blizinski par ili ne, jer smatra da se odgovori na pitanja često ne podudaraju sa samim pitanjima u toj meri kao što, na primer, funkcionišu pozdravi koji se savršeno uklapaju jedan iza drugog čineći blizinski par. Ejnsvort Von se stoga usredsredila na to ko u toku razgovora traži moć postavljajući pitanje i odlučila je da broji sve zahteve za informacijom, tj. sve iskaze koji odražavaju želju govornika za nekakvim informativnim odgovorom. Pri tome je uzela u obzir različite lingvističke i fonološke markere, pa je, između ostalih, brojala pitanja koja sadrže upitni marker i pitanja na koja se očekuje odgovor da ili ne, zatim eliptična pitanja, dopunska pitanja (engl. *tag questions*), te intonacione upitne iskaze (Ainsworth-Vaughn 1998: 83). U ovako organizovanoj studiji, pacijenti su postavili znatno više pitanja nego u ranijim studijama – skoro 39% - što je Ejnsvort Von iskoristila kao dokaz da medicinski susreti ne pripadaju isključivo žanru intervjua, te da ih zato i treba zvati *medicinskim susretima* umesto *intervjuima* ili *konsultacijama* (Ainsworth-Vaughn 1998: 89)<sup>22</sup>. Takođe, za razliku od prethodnih studija, Ejnsvort Von se bavila i socioekonomskim razlikama (na primer, rezultati su pokazali da se pacijenti koji su postavili najviše pitanja bave zanimanjima u kojima dolaze u dodir sa novcem i odlučuju o njemu) kao i rodnim razlikama (ženski pacijenti su postavili više pitanja od muških, najviše pitanja je postavljeno kada je lekar žena a pacijent muškarac, a najmanje kada su i lekar i pacijent muškarci), pri čemu je zaključila da su upravo rodne razlike možda razlog za tako veliki jaz između rezultata koje je ona dobila i onih do kojih je došla Vest (West 1984a) (39% naspram svega 9%). Bavila se i etničkom pripadnošću (jer je među pacijentima osim pripadnika bele rase bilo i Afroamerikanaca), a naglasila je i važnost razlikovanja prvog susreta između lekara i pacijenata od kontrolnih susreta. Najzad, u dužim susretima logično je bilo i više prilike za postavljanje pitanja, posebno od strane pacijenta, a kao jedan od mogućih uzroka za tako različite rezultate navedena je i činjenica da se u ovom istraživanju radilo o privatnoj praksi (Frenkl i Vest su svoja istraživanja sprovedli u državnom sektoru).

---

<sup>22</sup> Konstatciju da interakcija lekara i pacijenta nije uvek i isključivo intervjua, već da često liči na svakodnevnu komunikaciju, izneli smo i ovde u 2.5.2, a bavićemo se tim pitanjem i u 3.2.3.

### 2.5.5.3. Klasifikacija pitanja

Da bi uopšte bilo moguće proučavati pitanja unutar jednog medicinskog susreta, potrebno ih je najpre klasifikovati, odnosno utvrditi šta se sve podrazumeva pod pitanjem i šta treba brojati u datom korpusu. Već smo naveli da različiti autori različito pristupaju samom definisanju pitanja unutar medicinskog susreta, a isto se dešava i kada je reč o vrstama pitanja i njihovoj ulozi u interakciji lekara i pacijenta. Ono u čemu se autori većinom slažu jeste da se najveći broj pitanja postavi tokom onog dela razgovora u kojem lekar uzima anamnezu (Boyd & Heritage 2006: 151; Mishler 1984: 77) i to su, prirodno, pitanja koja lekar postavlja pacijentu.

Kada je reč o klasifikaciji pitanja, Mišler (Mishler 1984) se usredsređuje na sintaksičku strukturu pitanja koja postavlja lekar, smatrajući je izuzetno važnom jer iz još jednog ugla osvetljava kontrolu koju lekar ima nad razgovorom. On je u tu svrhu izdvojio i identifikovao nekoliko različitih vrsta pitanja: pitanja sa da/ne odgovorom (engl. *yes/no questions*)<sup>23</sup>, alternativna/disjunktivna pitanja (engl. *polar/disjunctive questions*)<sup>24</sup>, posebna (pronominalna) pitanja (engl. *restrictive WH-questions*)<sup>25</sup>,

---

<sup>23</sup>Ova pitanja se u srpskom jeziku najčešće nazivaju opštim ili totalnim pitanjima, u kojima se uz pomoć upitnog markera pita za sadržaj cele propozicije, te su *da* i *ne* jedini mogući odgovori (Kovačević 2015: 151). Npr. *Imate li temperaturu?* ili *Da li ste prvi put kod nas?*

Mihaljević (1995: 20, 2011: 35) ovu vrstu pitanja naziva jestno – niječnim ili da/ne pitanjima (po ugledu na engleski termin *yes/no questions*), a deli ih dalje na nulta i čestična pitanja. Pitanjima koja ovde imamo na umu odgovara kategorija čestičnih pitanja koja podrazumeva upotrebu partikule (najčešće *li*, *zar* ili *da*), dok se nulta pitanja odnose na pitanja postavljena uz pomoć intonacije a koja ćemo mi ovde drugačije zvati. Piper (2005)) za ovaj tip pitanja koristi termin situativno opšta pitanja, a mi ćemo se u daljem tekstu služiti terminom *pitanja sa da/ne odgovorom* (Kovačević 2012: 68) zbog najjasnije paralele sa engleskim terminom.

<sup>24</sup>Mišler navodi da ova pitanja podrazumevaju prisustvo disjunktivnog veznika *ili* i izbor od dva (uglavnom međusobno suprotstavljena) odgovora, npr. *[...]this cough, are you producing anything or is it a dry cough?* (Mishler 1984: 65).

Tako definisanim pitanjima u srpskom jeziku najbolje odgovaraju alternativna ili disjunktivna pitanja, koja podrazumevaju kombinovanje upitnog markera i disjunktivnog veznika radi provere istinitosti jedne od dve ili više ponuđenih opcija, pri čemu se kao odgovor uvek dobija tzv. eho – odgovor (tj. navodi se jedna od ponuđenih mogućnosti) (Kovačević 2015: 151). U daljem tekstu služićemo se terminom *alternativna/disjunktivna pitanja* (Kovačević 2012: 68; Kovačević 2015: 151), a pod njima ćemo podrazumevati isključivo pitanja sa dve ponuđene mogućnosti razdvojene disjunktivnim veznikom. Mihaljević (2011: 35) i Piper (2005: 670–679) ova pitanja nazivaju alternativnim.

<sup>25</sup>Engleskom terminu *restrictive WH - questions* kojim se Mišler (1984) služi u srpskom jeziku odgovara posebno ili parcijalno pitanje u kojem upotrebom nekog upitnog markera pitamo samo za deo propozicije, a ne za celu propoziciju kao u slučaju opštih pitanja (Kovačević 2015: 151)., npr. *Kada ste prvi put uočili te simptome?*

Mihaljević (1995: 25) za ovaj tip pitanja koristi nekoliko termina – posebna, pronominalna, zamenična, pa čak i WH – pitanja po ugledu na engleski, dok se u Piperovoj (2005) klasifikaciji sreće termin situativno posebna pitanja. U daljem tekstu služićemo se terminom *posebna (pronominalna) pitanja* (Kovačević 2015: 151; Mihaljević 1995: 25).

umereno otvorena pitanja (engl. *moderately open How – questions*)<sup>26</sup> i otvorena pitanja (engl. *open How – questions*)<sup>27</sup> (Mishler 1984: 75-76).

Frenkel (Frankel 1995: 236-237) takođe daje najpre opštu sintaksičku podelu i pozivajući se na Serla (Searle 1969) navodi dva osnovna tipa pitanja – pitanja sa da/ne odgovorom (za koja kaže da se od izjavnih rečenica (engl. *statements*) razlikuju samo po prisustvu inverzije) i pitanja na koja je neophodno dati precizan odgovor (dakle, pitanja koja počinju nekim upitnim markerom). On insistira na tome da je proučavanje pitanja unutar medicinskog susreta neodvojivo od proučavanja odgovora dobijenih na ta pitanja, kao i tema i čitavih susreta, jer smatra da u tome leži društveni značaj medicinskih susreta. Stoga se zalaže za teoriju o pitanjima koja se zasniva na diskursu, a ne na sintaksi. Frenkl (Frankel 1995: 238–242) takođe skreće pažnju na mogućnost višestrukog tumačenja pitanja *Kako si/ste?* koje je izuzetno zastupljeno u medicinskim susretima– dok u svakodnevnoj komunikaciji ovo pitanje prirodno sledi iza blizinskog para pozdrav – pozdrav i kao takvo smatra se dopunom pozdrava a ne pitanjem koje pokreće novu temu, dotle ono u medicinskom susretu može biti protumačeno potpuno drugačije, posebno ukoliko se nalazi na početku faze u kojoj lekar pokušava da sazna šta muči pacijenta. U ovom drugom slučaju, očekuje se odgovor koji navodi na šta se pacijent žali ili koji je razlog njegovog dolaska u ordinaciju (Frankel 1995: 238). Međutim, Kupland, Robinson i Kupland (Coupland et al. 1994: 106) došli su do zaključka da pacijenti zapravo veoma retko na to pitanje daju odgovor koji ima veze sa medicinom, već ga pre doživljavaju kao uvod u fatičku razmenu, kao što bi to bio slučaj u razgovornom jeziku, bez obzira na to o kojoj fazi razgovora je reč.

Kordela (Cordella 2004) posebno razmatra pitanja koja postavlja lekar i pitanja koja postavlja pacijent. Kada je reč o pitanjima koja postavlja lekar, ona smatra da se to događa tokom faze u kojoj on traga za informacijama o pacijentu i deli ih na nekoliko

---

<sup>26</sup>Za Mišlerov (1984: 76) termin *moderately open How – questions* ne postoji adekvatan ekvivalent na srpskom jeziku. Mišler pod ovim tipom podrazumeva pitanja koja počinju upitnim markerom *How about* (npr. *How about your feet?*) pri čemu je sagovorniku dozvoljeno da na pitanje odgovori kako želi i koliko god opširno želi sve dok se pridržava date teme (u ovom slučaju stopala), pa se pitanja zato i zovu umereno otvorena. U srpskom jeziku ovakva pitanja počinjala bi sa *A šta je sa...* ili *A...* (npr. *A vaša stopala?/A šta je sa vašim stopalima?*). U daljem tekstu koristićemo termin *umereno otvorena pitanja*, kao direktan prevod sa engleskog jezika.

<sup>27</sup>Ni u ovom slučaju ne postoji adekvatan srpski ekvivalent upotrebljenom engleskom terminu. Pod terminom *open How – questions* Mišler (1984: 76) podrazumeva pitanja poput *How are you?* ili *How do you feel/How are you feeling?*, što bi najviše odgovaralo našem pitanju *Kako si/ste?*, pri čemu je u oba slučaja sagovorniku dozvoljeno da odgovori kako želi. Međutim, u analizi srpskog korpusa pored pitanja *Kako ste?*, *Kako se osećate?* i njihovih varijacija (što zaista i čini najveći broj primera), uzimaćemo u obzir i sva druga pitanja na koja sagovornik ima slobodu da odgovori kako god želi, bez ograničenja. U daljem tekstu služićemo se terminom *otvorena pitanja*.

tipova: pojedinačno pitanje (engl. *questions seeking information (QSI) one*), pitanja u nizu (engl. *QSI chain*), izborno pitanje (engl. *QSI multiple choice*), ponovljeno/preformulisano pitanje (engl. *QSI recycling/repetition*) i rezimirajuće pitanje (engl. *QSI +summary/summary + QSI*) (Cordella 2004: 63-69). Pojedinačno pitanje se može odnositi na konkretnu bolest, problem koji pacijent ima ili na efekte tog problema na život pacijenta, a iza njega nema pitanja koja bi nastavila niz. Pitanja u nizu su zapravo dva ili više pitanja postavljenih jedno iza drugog, pre nego što je pacijent dobio priliku da odgovori i na prvo. U vezi sa tim, Vest (West 1984a: 82) upozorava da ovakva pitanja zapravo predstavljaju opasnost da lekar dobije samo jedan odgovor umesto željena dva ili tri, jer pacijenti imaju tendenciju da odgovore samo na jedno pitanje iz niza, nikada na sva.<sup>28</sup> Izborno pitanje podrazumeva postojanje disjunktivnog veznika *ili* kojim se povezuju potencijalni odgovori kojih ima dva ili više od dva (slično tipu pitanja koje Mišler naziva *polar/disjunctive*, a koje ćemo mi ovde zvati *alternativno/disjunktivnim*).<sup>29</sup> Ponovljeno/preformulisano pitanje je zapravo pitanje na koje lekar nakon prvog pokušaja nije dobio odgovor pa ga ponavlja, u donekle izmenjenom obliku. Najzad, rezimirajuće pitanje iz ove podele jeste pitanje koje se odnosi na pacijentovo trenutno stanje, ali obavezno sadrži neku vrstu rezimea kojim se pominje neka relevantna činjenica o kojoj je bilo reči u prethodnom delu razgovora ili tokom prethodnog susreta. Pri tome, taj „rezime” u komunikaciji može prethoditi konkretnom pitanju ili doći iza njega.<sup>30</sup> Kordela navodi da je pojedinačno pitanje najčešće korišćena opcija, iza koje sledi izborno pitanje, dok se ostali tipovi javljaju znatno ređe (Cordella 2004: 69). Ova autorka takođe naglašava da lekari povremeno postavljaju i pitanja koja nemaju veze sa pacijentovim zdravljem, već se dotiču njegovog načina života, posla, privatnog života i sl., a sve u cilju razvijanja empatije u interakciji lekara i pacijenta.

Bojd i Heritidž (Boyd & Heritage 2006: 154) i Hajano (Hayano 2013: 400-409) bave se pitanjima koja postavlja lekar, a posmatraju ih na osnovu trojake funkcije koju

---

<sup>28</sup>Npr. L: *Recite mi, da li vam se ovo dešavalo i ranije? Sećate li se da ste i ranije imali takve napade anksioznosti? Da li su to sada kratki periodi anksioznosti?*

P: *Kratki period anksioznosti, da.* (Cordella 2004: 65)

<sup>29</sup>Termin *izborno pitanje* kojim ćemo se služiti u daljem tekstu preuzeli smo iz klasifikacije koju je dao Piper (2005) i koje podrazumeva isključivo izbor od tri ponuđene mogućnosti (npr. *Da li osećate vrtoglavicu, nesvesticu ili nestabilnost?*), dok ćemo kombinaciju disjunktivnog veznika i dve ponuđene mogućnosti smatrati *alternativno/disjunktivnim* pitanjem.

<sup>30</sup>Npr. L: *Recite mi, kako usklađujete sve sada kada imate i dete? Sećate se da smo pričali o organizovanju vremena i vašim obavezama?* U navedenom slučaju, rezime dolazi iza pitanja, pa se radi o podtipu *QSI + summary*.



imaju u medicinskom susretu – ograničavaju pacijentov odgovor nametanjem određene agende, sadrže pretpostavke o različitim aspektima pacijentovog zdravlja i njegovog poznavanja medicine i favorizuju jednu vrstu odgovora u odnosu na drugu. Kada je reč o nametanju agende, autori smatraju da zapravo postoje dve agende koje se pitanjima određuju – agenda u vezi sa temom razgovora<sup>31</sup> i agenda koja se odnosi na aktivnost koja se očekuje od pacijenta (npr. davanje pozitivnog ili negativnog odgovora, objašnjenja, pojašnjenja i sl.).<sup>32</sup> Kada je reč o pretpostavkama, one se mnogo češće sreću u pitanjima koja sadrže upitni marker (posebnim ili pronominalnim pitanjima) nego u pitanjima sa da/ne odgovorom (opštim ili totalnim pitanjima)<sup>33</sup>, a favorizovanje jednog odgovora zapravo znači formulisanje pitanja tako da se na njega prirodno dobije potvrđan ili odričan odgovor<sup>34</sup>.

Boyd i Heritidž (Boyd & Heritage 2006: 162) navode da pitanje sa da/ne odgovorom na koje se prirodno očekuje pozitivan odgovor može biti polarizovano u negativnom smeru uz upotrebu negativno polarizovanih partikula *any*, *ever* i sl.<sup>35</sup>, dok intonacioni upitni iskazi i dopunska pitanja mogu biti polarizovani u oba smera.<sup>36</sup> U vezi sa pitanjima koja favorizuju određeni odgovor, dosta su se istraživali i preferirani i nepreferirani odgovori, a zaključak je da se takvi odgovori međusobno znatno razlikuju. Naime, dok su preferirani odgovori uvek kratki, jednostavni i brzi, dotle su nepreferirani obeleženi zastojsima u govoru, partikulama (ispunjivačima) kao što su *pa*, *ovaj*, *uh* i sl. kojima se odgovori započinju, izvinjenjima, oklevanjima, objašnjenjima i indirektnim

---

<sup>31</sup>U ovom primeru, lekar svojim pitanjima nameće temu - pacijentov bračni status:

D: *Are you married?*

P: *No.*

D: *You're divorced currently?*

P: *Mm hm.* (Boyd & Heritage 2006: 155)

<sup>32</sup>Ovaj primer predstavlja kombinaciju agende kojom se nameće tema (u ovom slučaju smrt oca) i agende koja se odnosi na aktivnost koja se od pacijenta očekuje tokom razgovora (da sa lekarom podeli određene informacije):

D: *Is your father alive?*

P: *(.) No*

D: *How old was he when he died?*

P: *(.) hh Sixty three I think*

D: *What did he die from?*

P: *He had: uhm: He had high blood pressure.* (Boyd & Heritage 2006: 156)

<sup>33</sup>Pitanje *Šta uzimate od lekova?* sadrži pretpostavku da pacijent uzima nešto od lekova ili da je neophodno da uzima lekove. Dakle, pacijentu nije ostavljena sloboda da sâm navede da li uzima lekove ili ne, ali u svom odgovoru svakako može odbaciti ili prihvatiti ovu pretpostavku (Boyd & Heritage 2006: 159).

<sup>34</sup>Npr. *Nemate dijabetes?* je pitanje koje preferira negativan odgovor, dok pitanje *Rezultate ste dobili?* preferira pozitivan odgovor.

<sup>35</sup>Npr. *Do you have any questions?* (Boyd & Heritage 2006: 162)

<sup>36</sup>Npr. pitanje *No problems with your left arm?* je negativno polarizovano upotrebom partikule *no*, dok je pitanje *You understand what we're talking about?* pozitivno polarizovano.

odbijanjem ponuđenog (Heritage 1984a: 266-267; Polovina 1990: 24). Boyd i Heritidž (Boyd & Heritage 2006: 164-166) ističu i tzv. princip optimizacije (engl. *optimization principle*), koji podrazumeva da su lekarova pitanja tokom faze uzimanja anamneze najčešće formulisana tako da predviđaju najbolji mogući scenario i da se to najbolje vidi u pitanjima koja lekari postavljaju u vezi sa smrću supružnika ili roditelja – oni to uvek čine tako što pitanjem pretpostavljaju da je ta osoba živa, a ne mrtva.<sup>37</sup> Sa tim u vezi, Heritidž (Heritage 2005: 131) naglašava da se princip optimizacije u pojedinim slučajevima ne primenjuje, što je posebno primetno u fazi u kojoj lekar pacijentu postavlja pitanja u vezi sa društvenim i životnim navikama (npr. da li puši, da li pije alkohol i koliko često i sl.). Takva pitanja se smatraju „medicinski stigmatizovanim” i formulisana su tako da se na njih prirodno očekuje pozitivan odgovor, što ipak ne sprečava pacijenta da odgovori odrično.

Naveli smo već na koji način je Ejnsvort Von (Ainsworth-Vaughn 1998: 83) klasifikovala pitanja koja je smatrala relevantnim za svoje istraživanje, a radi se o sledećim tipovima: posebnim (pronominalnim) pitanjima (engl. *Wh-questions*), pitanjima sa da/ne odgovorom (engl. *inverted auxiliary*), eho – pitanjima (engl. „*search*” *WH-questions*)<sup>38</sup>, eliptičnim pitanjima (engl. *elliptical questions*)<sup>39</sup>, dopunskim pitanjima (engl. *tag questions*)<sup>40</sup>, intonacionim upitnim iskazima (engl. *rising intonation pattern*)<sup>41</sup>.

---

<sup>37</sup>Uvek će se pre odlučiti za pitanje *Is your mother alive?* nego za pitanje *Is your mother dead?*, bez obzira na godište pacijenta.

<sup>38</sup>Za ovaj tip pitanja bilo je izuzetno teško pronaći terminološki ekvivalent u srpskom jeziku iako se zapravo radi o pitanjima za koje nije tako teško pronaći primere. Odlučili smo se za ovaj Mihaljevićev (1995: 31) termin koji on koristi paralelno sa terminom *ječna pitanja*. Mihaljević smatra da se u ovom slučaju radi o jednoj marginalnoj jezičkoj pojavi gde se reaguje na neki sagovornikov iskaz, poput zahteva za ponavljanjem rečenog. Ova pitanja su karakteristična po tome što se upitna zamenica ne nalazi na početku reči, kao što je to obično slučaj, već ostaje na mestu koje odgovara njenoj sintaksičkoj ulozi (obično na samom kraju pitanja). Pored toga, u govoru je akcent obavezno na upitnoj zamenici, zahvaljujući čemu se i stiče utisak da sagovornik traži da se informacija ponovi.

U primeru *Zakazali ste pregled kod kardiologa kada?* postavljanje ovakvog pitanja moglo bi da znači da je lekar čuo da je pregled kod kardiologa zakazan, ali nije dobro čuo kada tačno (pa mu je potrebno ponavljanje informacije) li se pak čudi zašto je pregled zakazan baš za taj datum.

Napominjemo da u Piperovoj (2005) klasifikaciji takođe postoji eho – pitanje (u podeli na osnovu odnosa prema levom kontekstu), ali u tom slučaju reč je o ponavljanju celog dela sagovornikovog iskaza u cilju dobijanja potvrde o istinitosti istog, a to nije ono što podrazumevamo pod ovim pitanjima u našem korpusu.

<sup>39</sup>U ovom slučaju odlučili smo se za termin *eliptično pitanje*, po ugledu na termin iz engleskog jezika. U vezi sa ovim tipom pitanja, Kovačević (2012: 83) govori o kontekstualno uključenim iskazima koji imaju komunikativnu vrednost pitanja, ali nisu klasična pitanja. Pod kontekstualnom uključenosti se podrazumeva naglašavanje teme iz prethodnog konteksta, pa se zato ova pitanja nazivaju i tematska ili okrnjena pitanja (Mihaljević 1995: 27) (npr. *Ostalo ostaje isto?* – kada pacijent postavi lekaru ovo pitanje, obojici je jasno na šta se to *ostalo* odnosi jer su prethodno pričali o tome, dakle tema ostaje ista).

<sup>40</sup>Termin *dopunska pitanja* prvi je upotrebio Mihaljević (1995: 23-24), a reč je o pitanjima koja se u engleskom nazivaju *tag questions* i predstavljaju kategoriju za sebe. Kod ovih pitanja upitni marker se

Pored toga, Ejnsvort Von (Ainsworth-Vaughn 1998: 194-214) se posebno bavila retoričkim pitanjima (engl. *rethorical questions*) koja smatra veoma važnim i koja je u velikom broju pronašla u svom korpusu. Pre svega, ona ističe da su to pitanja na koja ne očekujemo odgovor i koja zapravo više liče na naredbu ili iskaz koji nema formu pitanja (Ainsworth-Vaughn 1998: 197). Ukoliko se, pak, daje odgovor na ovakvo pitanje, on mora biti očigledan i jednom i drugom sagovorniku (Stenström 1984: 53-54). U vezi sa ovim pitanjima obično se pominje dvosmislenost i moguća višeznačnost, a Ejnsvort Von (Ainsworth-Vaughn 1998: 198) kroz rezultate svog istraživanja ukazuje na razlike koje postoje između retoričkih pitanja koja koriste lekari i onih koja koriste pacijenti, a u vezi sa demonstracijom moći. Naime, u njenom korpusu lekari su najčešće koristili ovakva pitanja kako bi maskirali zapovesti upućene pacijentima<sup>42</sup>, dok pacijenti nikada nisu koristili prikrivene komande, ali jesu se povremeno služili retoričkim pitanjima kako bi implicitnoiskritikovali lekara ili kao odgovor na neku tešku situaciju u kojoj se pacijent neprijatno oseća (najčešće u vezi sa seksualnošću ili nezadovoljstvom zdravstvenom negom).<sup>43</sup>

Nešto u vezi sa čime se svi autori slažu i redovno navode kao veoma važno jeste razlika koja postoji između tzv. otvorenih pitanja (engl. *open - ended questions*) i restriktivnih pitanja (engl. *closed - ended questions*). Pod restriktivnim pitanjima podrazumevamo pitanja na koja se očekuje precizan, konkretan odgovor, te kao takva pacijentu pružaju veoma malo prostora za dalju diskusiju (to može biti kratak odgovor poput *da* ili *ne*, kao i odgovor posebnog tipa). Dakle, u ovu široku kategoriju spadaju i

---

nalazi na kraju rečenice, pa ih Kovačević (2015: 152) naziva finitivnim upitnim rečeničnim formama i ističe da takva pozicija upitnog markera zapravo menja komunikativni status iskaza iz obaveštajnog u interogativni. Na ova pitanja se očekuje isključivo potvrđan odgovor koji se odnosi na ono što je navedeno u prethodnom iskazu (Mihaljević 1995: 23). Upitne markere koji se nalaze na kraju pitanja, Kovačević (2015: 152) naziva (dopunskim) upitnim operatorima i kao najčešće korišćene navodi *je l'?* *je l' da?*, *zar ne?*, *je li?*, *a?*. Stević (1997) umesto termina upitni operator koristi termin *privesak*. Hudeček i Vukojević (2007: 223) ističu da se dopunska pitanja sreću isključivo u razgovornom stilu, što bi moglo biti važno kada je reč o određivanju žanra medicinskog susreta. Piper (2005: 678) ova pitanja zove *navodećim pitanjima*, jer sagovornika navode na (potvrđan) odgovor. Primer: *Imate rezultate od ranije, je l' da?*

<sup>41</sup>Odlučili smo se za ovaj termin koji koristi Kovačević (2012: 83) da označi sva pitanja koja na prvi pogled zapravo nisu pitanja. Mi ćemo pod terminom *intonacioni upitni iskazi* podrazumevati iskaze koji nemaju formu pitanja već izjavne rečenice (engl. *statement*), ali koji zahvaljujući uzlaznoj intonaciji dobijaju upitnu komunikativnu vrednost. Primer: *Doneli ste prethodni izveštaj?*

<sup>42</sup>Ejnsvort Von (Ainsworth-Vaughn 1998: 200) navodi sledeći primer: na samom početku pregleda, lekar pacijentu postavlja pitanje *Why don't you hop aboard?* Ovim pitanjem lekar zapravo zahteva od pacijenta da se popne na sto na kojem će obaviti pregled, a upotrebom retoričkog pitanja on ublažava svoju naredbu.

<sup>43</sup>Kovačević (2012: 75) retoričko pitanje čak naziva stilskom figurom i naglašava da je na sintaksičkom nivou svakako reč o pitanju, dok na komunikativnom planu ovo pitanje zapravo ima obaveštajnu funkciju, jer se od sagovornika ne traži nikakva informacija, već mu se informacija daje.

pitanja koja sadrže odgovarajući upitni marker (posebna, pronominalna pitanja) i pitanja sa da/ne odgovorom. S druge strane, otvorena pitanja ne predviđaju određeni odgovor, već daju pacijentu veću slobodu i mogućnost izbora pravca u kojem će njegov odgovor krenuti. Ona su obično drugačije formulisana i sadrže neki od sledećih izraza: *recite mi nešto o..., a šta je sa...* i sl. a to mogu biti i pitanja kao što je *Kako se osećate danas?*. Restriktivna pitanja, dakle, podrazumevaju mnogo veću kontrolu razgovora od strane lekara, dok otvorena pitanja znače manju kontrolu (Roter & Hall 2006: 117) i „odrešene ruke” za pacijenta, te mogućnost da svojim rečima ispriča zbog čega dolazi, kako se oseća, kakav problem ima i sl.

#### **2.5.5.4. Zašto lekari i pacijenti postavljaju pitanja**

Klikovac (2008a: 49-50) u okviru svoje studije navodi nekoliko glavnih razloga zbog kojih lekar pacijentu postavlja pitanja. Pre svega, on to čini kako bi saznao od pacijenta sve što smatra važnim za postavljanje dijagnoze ili lečenje. Lekar takođe postavlja pitanja sa namerom da usmeri pacijenta u pravcu koji je on odredio, a povremeno postavlja i pitanja koja nemaju nikakvu drugu funkciju osim da podstaknu pacijenta da nastavi izlaganje ili da odgovori detaljnije. Takođe, on ponekad svojim pitanjem zapravo nastavlja pacijentovu repliku ili izvodi zaključak, što opet predstavlja hrabrenje pacijenta da nastavi sa svojom pričom.

Najzad, kakva pitanja postavljaju pacijenti i zašto je važno da i pacijenti postavljaju pitanja svojim lekarima? Neki autori, poput Mišlera (Mishler 1984), uopšte ne ostavljaju prostora mogućnosti da pacijent postavi pitanje lekaru – on smatra da je to isključivo privilegija lekara i da pacijent ne poseduje ni približno dovoljnu količinu moći da bi to mogao da učini. Videli smo da su Frenkl (Frankel 1990) i Vest (West 1984a) pokazali da to i nije baš tako i da pacijenti ipak postavljaju pitanja prilikom susreta, ali u veoma malom broju (1% u Frenklovom istraživanju i 9% kod Vest). Tek je Ejnsvort Von (1998) svojim istraživanjem značajno uvećala ovaj procenat (39%) i pri tome uzela u obzir znatno veći broj varijabli nego što je to u prethodnim istraživanjima bio slučaj.

U ovom smislu, zanimljiva je već pomenuta studija koju je sprovela Kordela (2004). Ona je odnos lekara i pacijenta u okviru medicinskog susreta posmatrala kroz različite *glasove* (engl. *voices*) koje i jedni i drugi koriste u zavisnosti od situacije ili tipa ličnosti. Kada je reč o pacijentima, izdvojila je 4 glasa koja se javljaju tokom

interakcije sa lekarom – glas koji priča priču o zdravlju (engl. *the voice of health – related storytelling*), glas kompetentne osobe (engl. *the voice of competence*), glas društvenog komunikatora (engl. *the voice of social communicator*) i glas inicijatora (engl. *the voice of initiator*) (Cordella 2004: 149). Autorka navodi da je glas inicijatora zadužen za postavljanje pitanja, jer ovim glasom se služi pacijent koji traga za informacijama o svom zdravstvenom stanju, kako bi ga bolje razumeo i posledično bolje vodio računa o svom zdravlju (Cordella 2004: 171). Zanimljivo je pomenuti da je MekKenzi (McKenzie 2002: 34-37) u studiji u kojoj su učestvovala pacijentkinje koje očekuju blizance došla do zaključka da njene ispitanice smatraju da treba da naprave spisak pitanja pre odlaska u lekarsku ordinaciju kako bi bile sigurne da će dobiti odgovore od svog lekara, te da su izuzetno nezadovoljne činjenicom da lekari od njih kriju informacije ili ne žele da prokomentarišu nešto što one smatraju veoma značajnim. Edler, MekGro i Mek Kinli. (Adler et al. 1998: 339) navode da ima i onih pacijenata koji smatraju neprimerenim postavljanje bilo kakvog pitanja tokom medicinskog susreta jer bi na taj način mogli narušiti odnos lekar – pacijent!<sup>44</sup>

Pretpostavljamo da upravo iz navedenih razloga postoji sve više literature iz oblasti medicinske prakse koja se obraća direktno pacijentu i nudi pomoć u vezi sa ponašanjem tokom medicinskog susreta. Na primer, Korš i Harding (Korsch & Harding 1997: 193) savetuju svakome ko se nađe u ulozi pacijenta da obavezno pita sve što smatra važnim, a da bi bilo najbolje da svoja pitanja ostavi za kraj razgovora. Autori takođe insistiraju na tome da pacijent sa svakog pregleda mora otići zadovoljan i da bi zapravo trebalo da dobije priliku da posle pregleda porazgovara sa lekarom o svemu što ga muči. Kao razlog navode činjenicu da strah obično podstiče maštu, te da se ljudi više boje nečega što ne znaju ili ne razumeju, čime se problem dodatno uveličava.

### **2.5.6. Prekidanje sagovornika**

Kada se govori o nejednakosti sagovornika u okviru nekog razgovora ili o asimetriji u institucionalnoj komunikaciji, obično se neizostavno govori i o prekidanju sagovornika kao jednoj od odlika koja nedvosmisleno ukazuje na nejednak položaj sagovornika i demonstraciju moći. Prethodno smo naveli da Saks i njegovi saradnici insistiraju na činjenici da u jednom trenutku samo jedna osoba može govoriti ukoliko takvu interakciju želimo da nazovemo konverzacijom, dok tokom preuzimanja reči

---

<sup>44</sup> U njihovoj studiji reč je o onkološkim pacijentkinjama starosti od 63 do 85 godina.

treba da postoji tek minimalan zastoj u razgovoru, kao i minimalno preklapanje (Sacks et al. 1974: 700-701; Schegloff & Sacks 1984: 71-72; Sacks 1985 vol. 2: 222; Schegloff 2000: 2). Oni takođe ističu da se izbor narednog govornika sprovodi na jedan od sledećih načina – narednog govornika bira prethodni govornik, naredni govornik se sâm bira ili trenutni govornik nastavlja da govori i tako postaje naredni govornik (Sacks et al. 1974: 703). Ni jedan od slučajeva, dakle, ne pretpostavlja prekidanje sagovornika radi preuzimanja reči i dobijanja statusa narednog govornika.

### 2.5.6.1. Prekidanja vs preklapanja

Potrebno je, najpre, napraviti razliku između preklapanja (engl. *overlap*) i prekidanja (engl. *interruption*). Vest i Cimerman (West & Zimmerman 1977: 532) pod preklapanjem podrazumevaju istovremeno govorenje dva govornika koje nastaje na inicijativu „narednog” govornika dok „prethodni” govornik još nije završio svoj iskaz, ali je gotovo stigao do tzv. tranzitne tačke (engl. *transition point*)<sup>45</sup> i ostao mu je možda još jedan slog ili je, na primer, dodao dopunski operator pitanju koje je i bez toga kompletno. S druge strane, prekidanjem smatraju sve što je od tranzitne tačke udaljeno i po nekoliko slogova i pri tome znači povredu prava trenutnog govornika da kaže sve što je želeo i da ravnopravno učestvuje u razgovoru. Razmatrajući moguće reakcije dva ili više učesnika u konverzaciji na situacije u kojima u jednom trenutku govori više od jedne osobe, Šeglof (Schegloff 2000: 4) insistira na terminima preklapanje (engl. *overlap*) i istovremeno govorenje (engl. *simultaneous talk*), dok termin prekidanje (engl. *interruption*), prema sopstvenim rečima, namerno izbegava, smatrajući ga znatno drugačijim od ostala dva. On razlikuje četiri tipa preklapanja – (1) terminalna preklapanja (engl. *terminal overlaps*) nakon kojih dolazi do preuzimanja reči od strane drugog govornika; (2) „nastavljače” (engl. *continuers*) koji podrazumevaju upotrebu minimalnih responsa (npr. *a-ha*, *mhm* i sl.) sa ciljem hrabrenja govornika da nastavi; (3) „uslovne pristupe turnusu” (engl. *conditional access to the turn*) kojima govornik koji još uvek nije završio svoj iskaz „poziva” sagovornika da mu se u tom iskazu pridruži (npr. tako što od njega traži pomoć da se seti neke reči ili imena); i (4) kolektivne aktivnosti poput smeha, pozdrava, čestitanja, i sl. (Schegloff 2000: 5-6).

---

<sup>45</sup> Ekvivalentan termin kojim se mi ovde služimo jeste *tačka tranzicije turnusa*.

### 2.5.6.2. Zaključci dosadašnjih istraživanja

Iako u interakciji lekara i pacijenta ima i preklapanja i prekidanja, ono čime se većina istraživanja bavi jesu upravo prekidanja jer ukazuju na nejednakost susreta. Istraživanja uglavnom pokušavaju da odgovore na pitanje ko koga prekida i koliko često, kao i zašto lekar prekida pacijenta i zašto pacijent prekida lekara, te na koji način prekidaju jedan drugog.

Naveli smo već da su Bekmen i Frenkl (Beckman & Frankel 1984) u svojoj studiji došli su do zaključka da u proseku protekne svega 18 sekundi od trenutka kada lekar pacijentu postavi pitanje do trenutka kada prekine prvi odgovor koji pacijent daje na postavljeno pitanje, verovatno u nameri da postavi naredno pitanje ili pak da pacijentov odgovor usmeri u željenom pravcu.

Ferklaf (Fairclough 2001: 38) navodi nekoliko razloga za lekarovo prekidanje sagovornika (koji je u primeru koji analizira student medicine, a ne pacijent, ali smatramo da su njegovi zaključci primenjivi i na pacijenta). Iako ne poriče da jedan od razloga za prekidanje sagovornika može biti i taj što lekar želi sve vreme da govori, smatra da to nikako nije ni jedini ni najvažniji razlog, već da lekar to najpre čini kako bi mogao da kontroliše doprinose svog sagovornika. Naime, na taj način može da usmeri svog sagovornika u željenom pravcu, da ga spreči da ponovi nešto što je već rekao ili da mu saopšti informaciju koja je nevažna ili previše očigledna, dakle lekar može da se obezbedi da će od pacijenta dobiti isključivo informaciju od značaja.

Mišler (Mishler 1984: 100-103) se bavi načinima na koje lekar prekida pacijenta. U jednom od primera koje navodi on primećuje da lekar prekida pacijenta tako što ne obraća pažnju na ono što on govori (engl. *interruption by inattention*) – drugim rečima, ne komentariše ništa od onoga što je pacijentkinja rekla, ne traži od nje da nastavi ili da kaže nešto više o datoj temi. Tu je reč o pasivnom prekidanju, koje lekar često kombinuje sa uvođenjem nove teme, što se smatra nešto aktivnijim prekidanjem. Najzad, pod aktivnim prekidanjem Mišler podrazumeva davanje jasnog signala pacijentu da je vreme da prekine da govori o određenoj temi koju lekar ne smatra dovoljno važnom, a zanimljivo je da Mišler navodi kako lekar to najčešće radi upotrebom partikule *ok*. Naime, iako ova partikula najčešće služi uvođenju novog pitanja i predstavlja most ka narednoj temi, Mišler zaključuje da može imati i potpuno suprotnu funkciju i predstavljati prepreku za pacijenta da nastavi svoje izlaganje. On takođe navodi i jedan manje primetan način prekidanja pacijenta – kada pacijent nije

dovoljno jasan u svome izlaganju, a lekar ne traži pojašnjenje, on na neki način stavlja pacijentu do znanja da ga njegova priča ne zanima mnogo i da se verovatno sprema da promeni temu.

Ajriš i Hol (Irish & Hall 1995: 876) takođe su se bavili načinom prekidanja sagovornika unutar medicinskog susreta i došli su do zaključka da lekari češće prekidaju sagovornika postavljanjem pitanja, dok pacijenti najčešće prekidaju lekara deklarativnim iskazima (engl. *statements*).

Vest (West 1984b) je istraživala prekidanje u okviru interakcije lekara i pacijenta, ali prevashodno sa aspekta roda. Posmatrajući 21 razgovor snimljen u jednom zdravstvenom centru na jugu SAD, došla je do zaključka da lekari znatno češće prekidaju pacijenta nego obratno, kao i da muški lekari znatno češće prekidaju pacijente od ženskih. Četiri razgovora u kojima je lekar žena pokazali su da žene lekari znatno ređe prekidaju sagovornika, ali da zato znatno češće bivaju prekidane od strane pacijenata u odnosu na svoje muške kolege (naime, lekari muškarci prekidali su svoje pacijente u 67% slučajeva, dok su njih pacijenti prekidali u 33% slučajeva; žene lekari prekidale su svoje pacijente u svega 32% slučajeva, dok su njihovi pacijenti njih prekidali u 68% slučajeva). Takođe, istraživanje je pokazalo da lekarke bivaju mnogo češće prekidane od strane muških pacijenata nego od strane pacijentkinja. U analizi dobijenih rezultata, kao razlog ovako upadljivih razlika, Vest navodi rodne razlike (dakle različitost karaktera), ali i nepovoljan položaj žena u društvu koje su u tom trenutku (početkom 80-ih godina 20. veka) još uvek bile znatno manje cenjene u mnogim profesijama, uključujući i lekarsku. Ona takođe primećuje (West 1984b: 95-96) da muški lekari najčešće prekidaju pacijente tako što im postave naredno pitanje a da oni još uvek nisu dovršili svoj odgovor na prethodno, kao i da imaju običaj da daju svoje stručno mišljenje tako što prekinu pacijenta u iznošenju svog laičkog mišljenja, a da sve to čine u cilju isticanja svoje dominacije i kontrole nad razgovorom. S druge strane, žene lekari u njenim primerima su mnogo manje upadljive i nikada ne ističu svoj dominantan položaj. Najzad, razlog za tako česta prekidanja od strane prevashodno muških pacijenata, Vest (West 1984b: 99-101), osim u tradicionalistički shvaćenim ulogama, vidi u nedostatku poverenja u ženske lekare i činjenici da ih pacijenti „ne čuju” i ne doživljavaju na isti način kao njihove muške kolege.

Najzad, Klikovac (2008a: 47-48) u svom primeru razgovora između lekara i pacijenta takođe pronalazi nekoliko razloga za prekidanje sagovornika. Pre svega, ona pod prekidanjem podrazumeva jasnu nameru jednog govornika da prekine drugog, jer



želi u nečemu da mu se suprotstavi, nasuprot uobičajenim preklapanjima koja na neki način takođe prekidaju razgovor, ali sa ciljem podsticanja sagovornika da nastavi (Klikovac 2008a: 47). Klikovac navodi da lekar pre svega prekida pacijenta kako bi ga naveo da kaže nešto što on želi da čuje. On to ponekad čini i zato što jednostavno sve vreme prati svoju temu, ne dozvoljavajući da pacijent umetne svoju temu i naglašavajući da je ono što on govori važnije. Najzad, lekar prekida pacijenta i kada želi da okonča neku temu ili ceo razgovor (Klikovac 2008a: 48), što se poklapa sa navedenim Mišlerovim viđenjem aktivnog prekidanja. Pacijent takođe prekida lekara, ali to izgleda drugačije – prekida ga kako bi odrično odgovorio na neko lekarovo pitanje, da bi uveo novu temu ili podtemu (jer smatra da ima nešto važno da kaže), da bi se suprotstavio lekaru tvrdeći suprotno od onoga što on navodi ili pak da bi odbio neki lekarov predlog (Klikovac 2008a: 47). Klikovac (2008a: 48), dakle, zaključuje da pacijent prekida lekara, ali da on ima to pravo da ne dozvoli da bude prekinut i da se pravi kao da pacijent nije ni pokušao da ga prekine, dok pacijent to pravo nema. Takođe, samo lekar može da prekine pacijenta zato što želi razgovor da privede kraju, dok pacijent nema prava na to. Najzad, autorka zaključuje da su prekidanja od strane lekara češća na kraju nego na početku razgovora, što ima veze sa fazama razgovora i različitim zadacima koje lekar treba da ispuni u svakom od njih (vidi 3.1).

Ovo zapažanje podudara se sa ten Haveovim (ten Have 1991: 149) mišljenjem da lekar najviše odbija da odgovori na pitanja koja postavlja pacijent (i samim tim češće prekida pacijenta) u prvom delu razgovora, kada pokušava da prikupi sve relevantne informacije, a da to mnogo ređe čini u završnom delu razgovora.

## **2.5.7. Treći turnus – acknowledgements i assessments**

### **2.5.7.1. Šta je treći turnus?**

Iako u razgovornom jeziku uobičajen sled podrazumeva konstrukciju pitanje - odgovor, po principu uparenih iskaza ili blizinskih parova, sve češće se smatra da je trodelni sled zapravo mnogo prirodniji. Reč je o sledu pitanje – odgovor – procena, koji je ranije bio svojstven samo institucionalnom diskursu (posebno školskom), ali se sve više sreće i u svakodnevnoj komunikaciji. Zapravo je reč o prisustvu trećeg turnusa (engl. *third turn*), koji možemo posmatrati kao komentar na prethodni iskaz neku vrstu reakcije na odgovor koji joj prethodi. Na trodelnom sledu posebno insistira Mišler (Mishler 1984: 69-70), koji ga smatra osnovnom strukturnom jedinicom medicinskog

susreta (ili, kako ga on naziva, intervju). Po njegovom mišljenju, osnovna struktura, dakle, podrazumeva pitanje lekara, pacijentov odgovor i lekarovu procenu pacijentovog odgovora, iza čega sledi naredno pitanje kojim se započinje novi ciklus.

Kada je o medicinskim susretima reč, smatra se da uglavnom lekari (dakle predstavnici institucije) koriste treći turnus, te da pacijenti to ređe čine, što je sasvim u skladu sa manjim brojem prilika za postavljanje pitanja u odnosu na lekare. Pored toga, mnogi autori su zaključili da lekari treći turnus koriste na veoma specifičan način (Atkinson 1982; Frankel 1984; Heritage 1984a, 1984b; ten Have 1991). Istražujući novinski intervju kao tip institucionalne komunikacije, Heritidž i Grejtbeč (Heritage & Greatbatch 1991: 113-114) dolaze do zaključka da se predstavnici institucije uzdržavaju od bilo kakvog konkretnog komentara koji bi sagovorniku mogao da ukaže na to u kom pravcu razmišljaju i šta osećaju povodom onoga što je njihov sagovornik rekao.. U skladu sa ovim, ten Have (1991: 149) smatra da upotreba trećeg turnusa u medicinskom susretu zapravo znači zadržavanje informacija i odbijanje da se one podele sa pacijentom.

Analizirajući preko hiljadu sledova u okviru faze u kojoj lekar prikuplja podatke od pacijenta, Frenkl (Frankel 1984) je došao do zaključka da se svi komentari iz kojih se sastoji treći turnus mogu podeliti na dve vrste – *acknowledgements* i *assessments*. U prvom slučaju reč je zapravo o *potvrdi* (o prijemu informacije), dok se u drugom slučaju radi o nekakvoj *proceni* rečenog, pa ćemo ove termine iz srpskog jezika (iako nisu sasvim precizni) koristiti u daljem tekstu. Ove dve vrste komentara razlikuju se međusobno pre svega po stepenu subjektivnosti prilikom davanja komentara u okviru trećeg turnusa. Naime, dok potvrda podrazumeva isključivo neutralne minimalne odgovore (poput *ok*, *mhm*, *da*, *jasno*, *shvatam*, *razumem*, *a-ha*, *dobro* i sl.), dotle *procena* obavezno sadrži sagovornikovu (ličnu) reakciju ili njegovu interpretaciju rečenog u prethodnom turnusu (Frankel 1984: 157-158). Drugim rečima, procena bi trebalo da sadrži konstataciju lekara da je nešto dobro ili loše, povoljno ili nepovoljno (po pacijenta), ispravno ili neispravno, da izvesno ponašanje pacijentu može naškoditi i sl. Mišler (Mishler 1984: 68) ne pravi razliku između potvrde i procene, već svaki lekarov komentar unutar trećeg turnusa naziva procenom (engl. *assessment*), s tim što ih deli na eksplicitne procene (npr. *ok* ili *u redu*) i implicitne procene (kada lekar zapravo izbegava davanje bilo kakvog komentara i prelazi na naredno pitanje, na taj način skrivajući svoju procenu od pacijenta).

### 2.5.7.2. Rezultati dosadašnjih istraživanja

Zanimljivo je da je Frenkl (Frankel 1984) analizirajući rezultate svog istraživanja ustanovio da lekari gotovo nikada ne koriste procene unutar trećeg turnusa (oni to čine u manje od 3% slučajeva gde je treći turnus prisutan), dok s druge strane veoma često pribegavaju korišćenju potvrda i to uglavnom u vidu minimalnog responsa.

Ten Have (1991: 149-161) se bavio istraživanjem trećeg turnusa na holandskim primerima i takođe došao do zaključka da lekari retko posežu za procenama, ali ipak ne tako retko kao što je to pokazalo Frenklovo istraživanje. On je sve slučajeve u kojima se javlja upotreba trećeg turnusa u vidu procene podelio na tri kategorije – segmente razgovora u kojima se ne raspravlja o medicinskim temama već lekar i pacijent ćaskaju, segmente u kojima se govori o nečemu što je manje ili više povezano sa medicinskim temama, ali ne prati glavnu lekarovu agendu i segmente u kojima se raspravlja o glavnoj medicinskoj agendi, tj. glavnom problemu zbog kojeg je pacijent došao na pregled. Posmatrajući ovako klasifikovane primere, ten Have (1991: 157) je došao do zaključka da lekari najviše koriste procene u okviru trećeg turnusa onda kada hoće pacijentu da stave do znanja da problem o kojem govore ne shvataju kao nešto previše ozbiljno, kada ćaskaju sa pacijentom, kada govore o temama koje nisu direktno povezane sa glavnom agendom ili pak kada razgovaraju sa decom ili starim osobama (kada im upotrebom procene na neki način povlađuju ili im pomažu da se opuste, te to čine donekle prenaplašeno, drugačije nego prilikom razgovora sa ostalim pacijentima). Autor je takođe primetio da je lekarovo korišćenje procene u okviru trećeg turnusa povezano i sa fazom susreta, te da se često sreću pri kraju susreta i tada mogu značiti i uspešan način zatvaranja razgovora (ten Have 1991: 154). U segmentima razgovora gde lekar intenzivno ispituje pacijenta kako bi prikupio podatke za dijagnozu, nema mnogo primera upotrebe procene, već se znatno češće koriste potvrde.

Ferklaf (Fairclough 2001: 38) navodi da lekarova upotreba pozitivne procene (npr. *vrlo dobro, odlično, tako je*), iako suštinski ohrabrujuća, svakako predstavlja način kontrolisanja razgovora, a u izvaninstitucijskim okolnostima, u razgovorima gde sagovornici poseduju jednaku količinu moći, ovakav pristup smatrao bi se čak izuzetno arogantnim.

Heritidž (Heritage 2005: 127) je posebno istraživao značaj izbora odgovarajuće potvrde, jer bi pogrešan leksički izbor mogao da pošalje pogrešnu poruku pacijentu. Autor se posebno bavio minimalnim responsom *oh* koji u slučaju razgovora između

lekara i pacijenta smatra neadekvatnim, jer se njime šalje poruka pacijentu da je odgovor koji je upravo dao bio neočekivan, što može da znači da lekar nema dovoljno znanja iz date oblasti da bi mogao da predvidi takav odgovor ili pak da pacijent boluje od neke retke ili neobične bolesti. On takođe navodi da upravo iz tog razloga lekari izbegavaju upotrebu ove potvrde, te se primeri koji je sadrže veoma retko sreću u snimljenim razgovorima. Etkinson takođe smatra da je ova vrsta potvrde neprimerena razgovoru između predstavnika institucije i klijenta<sup>46</sup>, iako je sasvim uobičajena u razgovornom jeziku gde njena upotreba sagovorniku ne šalje nikakvu dvosmislenu poruku. On takođe napominje da bi lekar koji se služi ovom partikulom ili je manje formalan nego što bi trebalo da bude mogao da bude pogrešno shvaćen, a njegova kompetentnost dovedena u pitanje (Atkinson 1982: 113). Za razliku od Heritidžovih (Heritage 2005) i Atkinsonovih (1982) navoda, ten Have (1991: 163) je analizirajući korpus od 8 razgovora na holandskom jeziku prebrojao ukupno 31 *oh* koje su upotreбили pacijenti, ali i čitavih 14 koje su u okviru trećeg turnusa izgovorili lekari. Autor, međutim, ne smatra da je ovo rezultat postojanja razlika između dva jezika (engleskog i holandskog), već da je pre reč o činjenici da su u holandskim razgovorima lekari znatno neformalniji prilikom obraćanja pacijentu nego što je to slučaj u susretima koje su analizirali Heritidž (Heritage 2005) i Etkinson (Atkinson 1982).

Slično ovome, Bič (Beach 1995) se posebno bavio minimalnim responsom *ok* koji se veoma često koristi u vidu potvrde, možda i najčešće od svih. On je razmatrao i kritikovao Verbijevo (Verby 1991) mišljenje da *ok* kao odgovor u okviru trećeg turnusa treba potpuno izbaciti iz upotrebe jer pacijentima šalje pogrešne (i štetne) poruke. Naime, Verbi navodi da je neadekvatno stalno i mehanički upotrebljavati *ok* u okviru faze prikupljanja podataka od pacijenata, jer bi oni takvu lekarovu reakciju mogli da protumače kao podršku onome što rade ili govore, pa i u slučaju postojanja ozbiljnih poroka.<sup>47</sup> Ipak, Bič se ne slaže sa ovakvom isključivošću i navodi da se svako *ok* zapravo prilagođava prilici. On dodaje (Beach 1995: 283-284) da lekar koristi *ok* najpre kako bi pacijentu stavio do znanja da je adekvatno i u dovoljnoj meri odgovorio na postavljeno pitanje, a ne da bi procenjivao kako je on to uradio i da li je to pozitivno ili negativno. Zatim, lekari često koriste *ok* pre nego što ponove ili preformulišu pitanje, a ovaj minimalni respons takođe omogućava lekaru da prekine pacijenta ili se u govoru

---

<sup>46</sup> On se u svom istraživanju bavi komunikacijom u sudnici.

<sup>47</sup> Ukoliko lekar pita pacijenta koliko često pije alkohol, pacijent mu odgovori da pije nekoliko pakovanja piva nedeljno, a lekar na to odgovori *ok* pre nego što pređe na naredno pitanje, to može biti protumačeno kao lekarovo odobravanje pacijentovog ponašanja, iako on svakako nije to imao na umu (Verby 1991).

preklopi sa njim, najpre kako bi mu stavio do znanja da prati šta govori i da bi ga ohrabrio da nastavi.

Najzad, Klikovac (2008a: 60-66) je izdvojila minimalne response *da* i *dobro* kao različito korišćene od strane lekara i pacijenta. Ona se ne ograničava isključivo na upotrebu ovih partikula u okviru trećeg turnusa (posebno kada je reč o pacijentu), već navodi kako ih sve koristi lekar, a kako pacijent. Kada je reč o upotrebi *da* kao komentara u okviru trećeg turnusa, autorka navodi da lekaru ono uglavnom znači *razumem* i *čuo sam*, ali i da može značiti da se lekar zapravo sprema da promeni temu i da samo prividno prihvata ono što je pacijent rekao (Klikovac 2008a: 63). Ona takođe navodi da lekar podjednako često koristi *dobro* i to na veoma sličan način, kako bi pacijentu stavio do znanja da je čuo šta je želeo da mu kaže (Klikovac 2008a: 65).

## **2.5.8. Izbor gramatičkih lica i nivo formalnosti govora**

### **2.5.8.1. Pokazatelji (ne)formalnosti u interakciji lekara i pacijenta**

Kako medicinski susret spada u domen institucionalne komunikacije, koja podrazumeva određene norme i pravila ponašanja, mogli bismo pretpostaviti da je razgovor između lekara i pacijenta strogo formalan. Međutim, čini se da je teško utvrditi pravi nivo formalnosti medicinskih susreta koji bi bio jedinstven i odgovarao svim društvenim sredinama.

Naime, dok je Bensing (Bensing 1991: 1306)<sup>48</sup> došla do zaključka da gledanje pacijenta u oči tokom razgovora pomaže u ostvarivanju boljeg i bliskijeg kontakta, Paro, Burgun, Burgun i l’Puar. (Parrot et al. 1989: 1382) i Ong, de Hes, Hus i Lames. (Ong et al. 1995: 909) insistirali su upravo na suprotnom – dodirivanje pacijenta ili preterano približavanje pacijentu predstavljaju povredu njegove privatnosti. Slično tome, Ferklaf (Fairclough 2001: 49) navodi čitav niz pravila koja važe za susret sa ginekologom gde, između ostalog, pacijentkinja za vreme trajanja pregleda nikako ne sme svog lekara da gleda u oči, dok lekar mora da vodi računa o tome kako će imenovati pacijentkinjine intimne delove tela i kako će joj se tokom celog pregleda obraćati. Nešto slično Heritidž (Heritage 2004: 174) podrazumeva pod terminom

---

<sup>48</sup> U ovoj studiji 12 iskusnih lekara opšte prakse imalo je zadatak da pogleda video snimke 103 medicinska susreta i oceni komunikaciju između lekara i pacijenta sa stanovišta psihološko – sociološke brige o pacijentu (engl. *psychosocial care*). Posebna pažnja je posvećena verbalnom i neverbalnom ponašanju, a zaključeno je da je afektivno neverbalno ponašanje lekara imalo najveći uticaj na stepen zadovoljstva kod pacijenata.

institucionalni eufemizam (engl. *institutional euphemism*)<sup>49</sup> – ukoliko predstavnik institucije treba da govori o nečemu što smatra problematičnim, on će u obraćanju klijentu umanjiti značaj tog predmeta razgovora. Kada je reč o medicini, autor navodi primer razgovora o bolu, gde lekar najčešće izbegava pridev *bolan* i glagol *boleti*, već umesto toga koristi, na primer, pridev *upaljen* (engl. *sore*) ( Heritage 2004: 174). S druge strane, u Skarpaćijevoj (Scarpaci 1988: 205) studiji sprovedenoj u Čileu, pacijenti se nisu osećali nimalo ugroženim ukoliko im lekar priđe blizu, naprotiv,<sup>50</sup> pa zaključujemo da se ove razlike u pristupu pacijentu i javljaju usled razlika koje neminovno postoje među kulturnim sredinama.

Ten Have (1991: 161-163) se takođe dotakao teme formalnosti u svom komentaru na upotrebu minimalnog responsa *oh* od strane lekara u okviru trećeg turnusa. Već smo pomenuli<sup>51</sup> da se rezultati njegovog istraživanja dobijenih analizom holandskog korpusa nisu podudarili sa nekim ranijim istraživanjima drugih autora, pre svih Heritidža (Heritage 1984a) i Etkinsona (Atkinson 1982). Kao razlog za to ten Have navodi upravo činjenicu da su razgovori koje su ovi i drugi autori analizirali bili formalni, te da u njima nije bilo za očekivati da lekar (ili predstavnik neke druge institucije u kojoj je rađeno istraživanje) koristi partikulu *oh* kao reakciju na bilo šta što pacijent (klijent institucije) izgovori. S druge strane, osam holandskih razgovora koje je sâm analizirao okarakterisao je kao znatno manje formalne, što je bilo obrazloženje za čak 14 slučajeva u kojima su lekari upotrebili ovu partikulu upravo u okviru trećeg turnusa. Dakle, razgovori koje je posmatrao imaju i odlike razgovornog jezika, a ne samo institucionalne komunikacije, te dozvoljavaju sagovornicima da u izvesnoj meri zaobiđu stroge norme.

### 2.5.8.2. Izbor gramatičkih lica

Klikovac (2008a: 55-60 i 72-77) se najdetaljnije bavila načinom na koji se sagovornici jedan drugom obraćaju, kao i nivoom formalnosti njihovog govora. Na primeru dužeg razgovora koji je analizirala, došla je do zaključka da lekar naizmenično koristi različita gramatička lica kada se obraća pacijentu – 1. lice jednine i množine, 2. lice jednine i množine i 3. lice jednine i množine, kao i bezlično treće lice. Dok se drugim licem koristi kad god pacijentu postavlja pitanja (prvo isključivo koristeći

---

<sup>49</sup>Vidi 2.4.4

<sup>50</sup> ‘‘Eighty-three percent [of patients] cited a physician – related factor (e.g. the doctor touched them or listened attentively) as their greatest like.’’ (Scarpaci 1988: 205).

<sup>51</sup>Vidi 2.5.7.2

zamenicu *Vi*, da bi potom prešao na *ti* čime razgovor postaje znatno manje formalan), lekar 1. lice jednine koristi kako bi govorio o aktivnostima koje sâm predlaže pacijentu, ali i kako bi istakao svoju aktivnu percepciju (npr. služi se glagolima *misliti*, *videti*, *tvrditi* u njihovim punim značenjima, ne u vidu ispunjivača ili poštapalica). 1. lice množine, pak, koristi kako bi označio sebe i pacijenta (bilo da je aktivnost o kojoj govori zaista zajednička, da je samo prividno zajednička jer zapravo samo on odlučuje o njenom ishodu ili da je reč o nekom dogovoru o kojem će konačni sud ipak dati on sâm) ili kako bi označio sebe i druge lekare. Autorka navodi da lekar upotrebljava 3. lice jednine i množine kada govori o nekim drugim licima koja ne uključuju njega i pacijenta, kao i kada govori o terapiji ili bolesti.

Kordela (Cordella 2004: 80-82) se takođe bavila gramatičkim licima kojima se lekar služi u obraćanju pacijentu. Ona navodi upotrebu 1. lica jednine koja podrazumeva lekara lično, zatim upotrebu 1. lica množine gde lekar sebe posmatra u okviru institucije u kojoj radi (dakle, označava sebe i druge lekare) i 3. lice množine kojim obuhvata druge lekare, ali ne i sebe. Autorka takođe navodi i upotrebu bezličnog trećeg lica koje predstavlja sve pacijente ili se pak odnosi na većinu pacijenata koje određeni lekar viđa.

Heritidž (Heritage 2004: 174) skreće pažnju na upotrebu opisnih termina u okviru institucionalnog diskursa, te da, između ostalog, predstavnici institucije umesto uobičajenog 1. lica jednine veoma često koriste 1. lice množine da označe samo sebe kao predstavnike institucije u kojoj rade (Drew & Heritage 1992: 30; Heritage 2004: 174).

Kada je reč o pacijentu, Klikovac (2008a: 57-58) navodi da se on ponaša potpuno suprotno od lekara – gotovo isključivo se služi 1. licem jednine odgovarajući na lekarova pitanja i za razliku od lekara upotrebljava glagole koji ne označavaju aktivnosti već stanja i koji umesto aktivne percepcije označavaju nevoljnu percepciju. Autorka takođe navodi da se pacijent često služi potencijalom kako bi izneo šta želi, da glagol *misliti* u svom punom značenju gotovo i ne koristi i da veoma često govori *ne znam*, što se sve smatra pokazateljima njegove pasivne uloge u okviru medicinskog susreta (Klikovac 2008a: 58-59).

### **2.5.8.3. Koliko formalno govore lekar i pacijent**

Klikovac (2008a: 72-74) takođe navodi da lekar uglavnom govori formalno, što obrazlaže čestom upotrebom glagolskih i pridevskih imenica (dakle,

nominalizacijom) kojima govori o tegobama i stanjima zbog kojih pacijenti dolaze na pregled (i koje na taj način *postvaruje*<sup>52</sup>), kao i dekomponovanih glagola i prideva, te stručnih i administrativnih termina. Ono što po autorkinom mišljenju donekle ublažava formalnost lekarovog govora jeste česta upotreba razgovornog oblika *je l'* kojim se služi prilikom postavljanja pitanja. Kada je reč o pacijentu, autorka zaključuje da se on izražava znatno manje formalno od lekara i da je zapravo formalan samo u nekoliko navrata i to kada se svesno trudi da zvuči formalno, pa poseže za glagolskim imenicama koje koristi i lekar.

Suprotno ovome, Heritidž (Heritage 2004: 174) insistira na tome da i klijenti institucije (u ovom slučaju pacijenti) svoj govor svesno prilagođavaju situaciji te se uglavnom trude da koriste formalne termine tamo gde bi inače upotrebili termin iz razgovornog jezika (npr. svedočeći u sudu reći će *policajac* ili čak *policijski službenik* umesto *pandur*) (Jefferson 1974: 191; Heritage 2004: 174). Zanimljivo je pomenuti da Klikovac (2008a: 74-77) nagoveštava da bi pacijentovo lošije obrazovanje moglo da bude jedan od razloga za manje formalan način obraćanja lekaru koji se ogleda u upotrebi redukovanih samoglasnika, sažimanja na kraju i unutar reči, sažimanja samoglasnika na kraju reči, neknjiževnih oblika reči, nedovršenih i nerazrađenih rečenica sa mnogo lažnih početaka, duženih samoglasnika, poštapalica i ispunjivača, te familijarnih izraza. Kod lekara takođe nailazi na poštapalice (posebno *ovaj*) i povremene elizije u govoru, ali zaključuje da su mu rečenice duže, bolje povezane i tečnije, te da se iz analize razgovora jasno vidi da je znatno obrazovaniji od pacijenta u tom konkretnom slučaju.

### **2.5.9. „Stvarni svet” protiv „sveta nauke”**

Najzad, pomenućemo još jedan pravac istraživanja koji se tiče interakcije lekara i pacijenta, a zasniva se na različitim stavovima lekara kao predstavnika institucije i pacijenta kao klijenta institucije prema svemu što nije strogo vezano za glavni medicinski problem zbog kojeg pacijent dolazi u lekarsku ordinaciju.

Preuzimajući od Silvermena i Toroda (Silverman & Torode 1980)) ideju o različitim „glasovima” koji u tzv. otvorenim diskursima jedni druge prekidaju i omogućavaju nešto drugačiji poredak od onog unapred određenog, Mišler (Mishler 1984: 63) je zapravo prvi počeo da razmatra mogućnost da „glas svakodnevnog života”

---

<sup>52</sup> Klikovac (2008a: 66) navodi da je termin *postvarenje* (engl. *reification*) preuzela od Flajšman (Fleischman 2001) u nedostatku boljeg rešenja.



(engl. *voice of the lifeworld*) prekine „glas medicine” (engl. *voice of medicine*) koji rutinski dominira medicinskim susretom. Autor je odlučio da u snimljenim razgovorima koje je imao na raspolaganju posmatra one delove koji na bilo koji način odstupaju od uobičajene šeme (Mishler 1984: 63), te eventualni sukob koji nastaje između dva glasa (ili dva sveta, kako smo ih mi nazvali), smatrajući pri tome da „stvarni svet” prekida „svet nauke” tako što narušava očekivani tok razgovora kojim upravlja lekar, uzrokujući zastajkivanje u govoru i prekide u sistemu reč – za – reč (Mishler 1984: 96). Kao primer jednog takvog „upada” stvarnog života u svet nauke (medicine), autor navodi jedan duži odgovor koji je pacijent dao na lekarovo pitanje i u okviru kojeg je pomenuo svoga oca, bolest od koje je on bolovao i određene pojedinosti vezane za tu bolest, kao i period života kada se to sve događalo (kada je bio mali dečak), što sve predstavlja dodatne pojedinosti koje lekar nije ni tražio ni očekivao (Mishler 1984: 82), a pri tome su još i intimne, jer se tiču pacijentovog detinjstva i porodičnog života. Analizirajući sve situacije u kojima se događa da pacijent na ovaj način prekine lekara i progovori glasom svakodnevnog života, Mishler (1984: 83) zaključuje da lekaru veoma brzo polazi za rukom da ponovo uspostavi dominaciju nad razgovorom i obezbedi nadmoć medicinskog stanovišta, izuzev u jednom slučaju gde je pacijentkinja malo duže insistirala na pokušajima da u razgovor sa lekarom uvede više pojedinosti iz svog privatnog života. Ona je ravnotežu razgovora zapravo poremetila uvođenjem nove teme koja je po njenom mišljenju povezana sa pitanjem koje joj je lekar postavio, dok je njen sagovornik očito smatrao da nije. Kao pokazatelj poremećene ravnoteže unutar razgovora Mishler (Mishler 1984: 86) navodi činjenicu da lekar iznenada počinje da okleva pre nego što postavi naredno pitanje, iako je u dotadašnjem toku razgovora bio izuzetno tečan i precizan, što može biti i znak da je pacijent preuzeo kontrolu nad razgovorom i time „upao” na lekarovu teritoriju. Autor takođe navodi da, iako pacijentkinja insistira na ovoj temi, ističući da njen svakodnevni život ima uticaja na konkretan problem zbog kojeg dolazi, lekar sve vreme pokušava da taj problem preformuliše i smesti u medicinske okvire, kako bi ponovo uspostavio kontrolu nad razgovorom (Mishler 1984: 87). Dakle, u celom segmentu razgovora prisutna je neprestana borba dva glasa, dva sveta, od kojih jedan mora da prevagne jer lekar kao predstavnik institucije ne dozvoljava da teku paralelno i zajednički utiču na tok razgovora i ishod susreta.

Pošto je zaključio da glas medicine ne dominira samo medicinskim susretima već i samim lingvističkim analizama (jer svaistraživanja u ovoj oblasti zapravo kreću od

lekara i njegove pozicije, nikada obratno), Mišler (Mishler 1984: 97) odlučuje da po prvi put pacijenta i njegov glas postavi u središte analize. Pod glasom svakodnevnog života on podrazumeva događaje ili probleme koje pacijent ima u svom svakodnevnom životu, a koje pominje u vidu dodatnog (dužeg) komentara (engl. *tag comment*) u odgovoru na pitanje koje mu je lekar postavio, čime se moć, makar privremeno, sa lekara prenosi na pacijenta (Mishler 1984: 86–87). Dok pacijent navodi događaje iz svog svakodnevnog života čime ispoljava svoj „prirodni stav” (engl. *natural attitude*), lekar za ono što mu pacijent govori pokazuje samo tehnički interes, čime ispoljava svoj „naučni stav” (engl. *scientific attitude*) (Mishler 1984: 104; Schutz 1962).

Detaljnijom analizom pomenutog razgovora u kojem pacijentkinja insistira na glasu svakodnevnog života i time privremeno zadržava kontrolu nad razgovorom, Mišler je pronašao 10 prelaza sa glasa medicine na glas svakodnevnog života, pri čemu je čak 9 napravio pacijent, a lekar samo jedan. Osim toga, autor opaža da lekar minimalno učestvuje u segmentima razgovora koji sadrže glas svakodnevnog života i da se njegovo učešće zapravo svodi na izgovaranje potvrda u vidu minimalnog responsa (7 puta je upotrebio *hm* jednom *ok*), dok u segmentima gde preovladava glas medicine lekar veoma retko koristi ove minimalne response već umesto toga uglavnom ponavlja pacijentove reči (eho respons) ili traži neko pojašnjenje (Mishler 1984: 109), dakle mnogo aktivnije učestvuje u razgovoru. Najzad, Mišler (Mishler 1984: 121) naglašava da diskurs medicinskog susreta ne bi trebalo posmatrati kao diskurs kojim upravlja lekar koji govori glasom medicine dok pacijent povremeno pokušava da „upadne” na njegovu teritoriju navodeći neki od problema sa kojima se suočava i time narušavajući očekivani tok razgovora. Nasuprot tome, on smatra da ovaj diskurs treba zapravo da predstavlja kombinaciju glasa medicine i glasa svakodnevnog života, te da on svakako odražava postojanje sukoba između dva različita domena mišljenja, koje Šuc (Schutz 1962) naziva različitim oblastima mišljenja (engl. *provinces of meaning*), a Habermas (1970) različitim modalitetima svesti (engl. *modes of consciousness*). Postizanje ovakve simbioze dva glasa zapravo bi značilo kreiranje jednog humanijeg medicinskog susreta, čemu bi po Mišlerovom (Mishler 1984: 139) mišljenju trebalo težiti.

Kada je reč o drugim autorima, najbliže ovoj Mišlerovoj ideji prišao je Heritidž sa svojim zapažanjem o tzv. institucionalnom *knowhow* (Heritage 2004: 176 – 177). Kao što smo već videli u delu 2.4.4, on jednom od važnih odlika institucionalne asimetrije između predstavnika institucije i klijenta institucije smatra postojanje napetosti među sagovornicima usled različitog stava prema slučaju zbog kojeg klijent posećuje

određenu instituciju. Kada je reč o medicinskom susretu, to bi značilo da pacijent svoj slučaj smatra jedinstvenim, veoma ličnim i nadasve važnim, dok je za lekara to još samo jedan u nizu sličnih, rutinskih slučajeva. Naravno, usled ovakvog, strogo profesionalnog odnosa prema pacijentu i njegovom problemu, pacijent može steći utisak da lekar nije dovoljno zainteresovan za njega i njegov slučaj.

Razmatrajući saopštavanje „loših vesti” pacijentu, Mejnard (Maynard 1996: 119) takođe naglašava da je jaz koji postoji između institucionalnog *knowhow* i ličnog iskustva posebno stresan u slučaju medicinskog susreta te da stoga kod pacijenta može usloviti dramatične reakcije (npr. da okrive „glasnika”, da krive sebe ili da vest ne shvate dovoljno ozbiljno) ukoliko lekar loše vesti saopšti na pogrešan način. Pri tome, Mejnard smatra da je izuzetno važno da lekar vesti ne saopšti direktno i bez ikakve prethodne pripreme sagovornika, te insistira na tome da pacijent (sagovornik) na neki način bude uključen u saopštavanje vesti tako što će „pogoditi” o čemu se radi pre nego što to čuje od lekara (Maynard 1996: 117). Institucionalni *knowhow* podrazumeva i činjenicu da pacijent ne može uvek da prati i razume profesionalni cilj kojem lekar teži tokom razgovora, što je posebno karakteristično za medicinske susrete u oblasti psihijatrije (Peräkylä 1995; Heritage 2004: 177), dok u ostalim oblastima pacijent možda i razume kuda vode pitanja koja lekar postavlja, ali ipak teško uspeva da sagleda čitavu sliku (Heritage 2004: 177). Pored toga, u slučaju poseta obučениh patronažnih sestara novopečenim majkama radi popunjavanja odgovarajućih upitnika i davanja saveta po potrebi, zapaženo je da su majke smatrale da će u slučaju da zatraže savet u vezi sa negom deteta to biti protumačeno kao da ne umeju da vode računa o svom detetu, te su se uglavnom uzdržavale od postavljanja pitanja (Heritage & Sefi 1992: 367); tome je kriv jaz koji postoji između „laika” i „profesionalaca”, te različitog stepena znanja.

Kordela (Cordella 2004) u svojoj studiji o kojoj je već bilo reči takođe skreće pažnju na važnost postojanja humanijeg pristupa pacijentu. Naime, ona lekaru pripisuje postojanje tri različita glasa (Cordella 2004: 58–59) koja je neophodno kombinovati tokom interakcije sa pacijentom. Pored glasa lekara (engl. *doctor voice*) i glasa edukatora (engl. *educator voice*), ona insistira i na glasu ljudskosti (engl. *fellow human voice*), koji se razlikuje od ostala dva po tome što je neformalniji, sličniji svakodnevnoj komunikaciji i ne zahteva nikakvo posebno znanje već samo sociološko – kulturološku kompetenciju radi pokazivanja empatije (Hymes 1972 citirano prema Cordella 2004: 59). Iz tih razloga, ovaj glas ima veze sa afilijativnim diskursom koji se odlikuje

prijateljskim pristupom i kooperativnošću (Schiffirin 1984)<sup>53</sup>. Glasu ljudskosti Kordela (Cordella 2004: 121), pored ispoljavanja empatije, pripisuje i pomaganje pacijentu da ispriča svoju priču, podsticanje da to uradi, kao i postavljanje pitanja koja nisu strogo vezana za zdravlje pacijenta, već zadiru i u domen njegovog privatnog i porodičnog života.

I Klikovac (2008a: 77–79) se dotakla različitih pristupa koje lekar i pacijent imaju prema problemu zbog kojeg pacijent dolazi. U razgovoru koji je analizirala, autorka uviđa da lekar najpre nije voljan da prihvati pacijentovu tvrdnju da je njegov fizički bol zapravo povezan sa njegovim emocijama, te da tek nakon pacijentovog insistiranja on izvesno vreme posvećuje toj ideji. Ona takođe navodi da lekar i pacijent poseduju različite „istine” o stanju u kojem se pacijent nalazi i uzrocima takvog stanja (Klikovac 2008a: 77), te da lekar zapravo „ne čuje” pacijenta (Klikovac 2008a: 78) i pacijentovu bolest razume na svoj način koji je po njegovom mišljenju i jedini ispravan (Klikovac 2008a: 79).

---

<sup>53</sup> Na primeru razgovora u okviru jevrejske zajednice, autorka se bavi kooperativnošću i druželjubivim pristupom (*sociability*) koja je zastupljena i prilikom slaganja i prilikom neslaganja sa sagovornikom.

### 3. REZULTATI ISTRAŽIVANJA

#### 3.1. Faze medicinskog susreta

Zbog inovativnosti predloženog biopsihosociološkog modela (vidi 2.5.1.2) i sve veće pažnje koja mu se u novije vreme poklanja u medicinskim krugovima, poredili smonaša dva korpusa imajući u vidu pre svega ovaj model, a ne standardan biomedicinski koji je do nedavno smatran jedinim relevantnim modelom.

##### 3.1.1. Analiza faza u engleskom korpusu

U svih 19 razgovora iz kojih se sastoji naš korpus na engleskom jeziku, zapaža se obavezno prisustvo otvaranja razgovora uz razmenu pozdrava i napor lekara da stvori atmosferu za nastavak razgovora (Primer 1). U ukupno 8 razgovora lekar koristi pacijentovo ime (Primer 2), dok se u samo jednom snimljenom razgovoru lekar predstavlja pacijentu (Primer 3).

##### Primer 1:

D: Hello Dorothy!  
P: Hello!  
D: Welcome back! ((laughs)) It's been a couple of years.  
P: ((laughs)) Yeah. (.) I've brought a daughter.  
D: OK. Well, how's your husband doing?  
P: He's doing fine↑

(ES 8)

U datom primeru, jasno se uočava da lekar ulaže napor da pacijentkinju (koju očitno poznaje od ranije) srdačno dočeka i opusti za nastavak razgovora. Nakon klasičnog otvaranja razgovora uz pomoć blizinskog para pozdrav - pozdrav, iza kojeg sledi dobrodošlica i tzv. „glasna pauza” (Savić i Polovina 1989: 61) u vidu smeha, lekar stavlja pacijentkinji do znanja da je se dobro seća iako je od njihovog prethodnog susreta prošlo nekoliko godina. Pacijentkinji očigledno prija ovakav lekarov pristup, jer takođe reaguje smehom i nakon kratke pauze predstavlja još jednog člana porodice kojeg je dovela sa sobom, a kojeg njen lekar verovatno nije ranije upoznao. Analizom celog snimljenog razgovora saznajemo da je reč o starijoj osobi, te je jasno da treće lice (njena ćerka) prisustvuje razgovoru u ulozi pratioca i pomoćnika. Lekar se ne obraća posebno prisutnom trećem licu, ne predstavlja se, već neutralnim komentaram *ok* (ten Have 1991: 150) pokazuje da je primio informaciju i u nastavku započinje još jedan blizinski par pitanjem koje se odnosi na pacijentkinjinog supruga kojeg očitno poznaje od

ranije. Ovakav početak razgovora ostavlja utisak srdačne atmosfere pri čemu su oba sagovornika opuštena i spremna za nastavak dijaloga.

#### Primer 2:

D: How you doing James?

P: Well, I'm: (.) still alive.

(EIM 5)

Kao i u preostalim 7 razgovora u kojima se lekar prilikom obraćanja pacijentu koristi pacijentovim imenom ili prezimenom, u ovom primeru zapažamo da pacijent pozitivno reaguje na takav lekarov pristup, odgovarajući na postavljeno pitanje na šaljiv i sasvim neformalan način. Šaljivu prirodu svog odgovora pacijent dodatno naglašava oklevanjem i upotrebom kraće pauze. Da je lekar razgovor započeo na formalniji način, moguće je da bi i pacijentov odgovor bio znatno ozbiljniji, iako je iz ove razmene jasno da se lekar i pacijent poznaju već neko vreme i da mogu sebi da dozvole odstupanja od institucionalne norme.

#### Primer 3:

D: Good morning.

P: Good morning.

D: Mrs ((XXX)), I am doctor ((XXX)).

P: Pleased to meet you, dr ((XXX)).

(ES 9)

Ovo je primer formalnog predstavljanja i upoznavanja i jasno je da se pacijentkinja i lekar susreću po prvi put. Oboje se drže unapred utvrđenih uloga koje su uobičajene u ovakvim situacijama. Razgovor otvara tipiziran upareni iskaz pozdrav – pozdrav, koji se sastoji iz kratkih identičnih turnusa. Lekar se zatim obraća pacijentkinji koristeći njeno ime i titulu, te navodi svoje ime, dok je pacijentkinjin turnus i ovoga puta tipiziran i uobičajen za datu situaciju.

Kako se lekar pacijentu obraća imenom u svega 8 od ukupno 19 razgovora, postavlja se pitanje zašto se lekar zvanično predstavlja pacijentu samo u ovom jednom slučaju i šta je sa preostalim 10 razgovora. Detaljnom analizom pomenutih razgovora došli smo do zaključka da se u preostalim razgovorima lekar ne predstavlja jer već od ranije poznaje pacijente, koji dolaze na kontrolni pregled ili konsultaciju. Dakle, u Primeru 3 u pitanju je prvi pregled, prvi susret lekara i pacijenta, te lekar ima realnu potrebu da se zvanično predstavi pacijentu i time u potpunosti poštuje prvi preporučeni korak iz biopsihosociološkog modela.

Ni u jednom posmatranom razgovoru lekar ne pokušava da pacijentu predstavi svoj plan predstojećeg razgovora (lekarovu agendu) ili da od njega sazna o čemu sve namerava da razgovara tokom tog susreta, što znači da drugi korak koji je predlažen u biopsihosociološkom modelu lekari u svim analiziranim razgovorima iz engleskog korpusa preskaču.

Takođe, u svim snimljenim razgovorima primetan je pokušaj lekara da uz pomoć ćaskanja, neopterećujućeg, svakodnevnog razgovora ili fatičke razmene, uvede pacijenta u priču o problemu zbog kojeg dolazi (Primer 4), što je ujedno treći korak predviđen biopsihosociološkim modelom.

#### Primer 4:

D: Good afternoon.

P: Hi.

D: How was your weekend?

P: Okay, how was yours?

D: Oh (...)

P: ((laughs))

D: It was as if/I thought it was winter uhh (.) from 10 to 2 on Saturday (.) Yeah, we just saw an incredible number of people I really thought it was like winter.

P: Good, so that means you're a good doctor, good doctors have good business.

D: Well, I don't know. I-I-I hope so (..) Has anything changed since (..) Friday?

P: Uh, just that I still don't have, you know, the kinda mobility I'd like to have with my arm (..) and no more: strength than I did before.

D: OK.

(EIM 4)

Dati primer prikazuje pokušaj lekarke da postupno uvede pacijentkinju u razgovor, te da njihovu interakciju približi običnoj, svakodnevnoj, komunikaciji, a što ima za cilj da pacijenta opusti i pripremi za dalji tok razgovora. Lekarka stoga pribegava uobičajenoj fatičkoj razmeni raspitujući se kako je pacijentkinja provela vikend. Verovatno nije očekivala da će joj sagovornica uzvratiti pitanjem, ali ne odbija da odgovori. Nakon očiglednog oklevanja koje se manifestuje upotrebom partikule *oh* i zastoja u govoru dužeg od 3 sekunde koji se stoga može tretirati i kao procep u govoru (Stević 1997: 41), te pacijentkinjine reakcije u vidu smeha, lekarka daje dosta detaljan odgovor, ispresecan pauzama, oklevanjem i jednim pogrešnim startom. Ovaj umetni sled (Schegloff 1968) čini deo prekorednog pitanja) iza kojeg lekarka dozvoljava sagovornici još jednu konstataciju u vezi sa prethodnom temom i tek nakon toga skreće razgovor na pacijentkinju i njeno stanje tako što joj postavlja otvoreno pitanje. Iz pitanja da li se nešto promenilo od petka, jasno se vidi da je ovo kontrolni pregled i da lekarka

već neko vreme prati stanje ove pacijentkinje. Ona svoj odgovor otvara upotrebom partikule *uh*, koja ukazuje na oklevanje, i strukturnog markera *you know*, čime zapravo verbalno ispunjava pauzu u govoru Stević (1997: 23), da bi iza toga usledila i prava pauza u trajanju od 2 sekunde i novo oklevanje koje se ogleda u produženom slogu reči *more*. Lekarka se u okviru trećeg turnusa služi neutralnim odgovorom *ok*, čime sagovornici jednostavno stavlja do znanja da je primila i razumela informaciju (ten Have 1989: 150). Stiče se utisak da čitav segment razgovora teče glatko (iako lekarka na samom početku deluje pomalo zbunjeno), da je pacijentkinja veoma opuštena, ali i da razgovor nije izgubio na značaju ili ozbiljnosti tim kratkim uplivom u vode svakodnevnice komunikacije.

U svim analiziranim razgovorima lekari poštuju četvrti korak predviđen biopsihosociološkim modelom, što znači da uz pomoć otvorenih pitanja pružaju pacijentu priliku da objasni zbog čega je došao, pri tome ga ne prekidajući (Primer 5).

#### Primer 5:

D: Good. How's this feel?  
P: Oh, hey, not bad (...) Like I'm ready to play.  
D: Is it? (.) Tell me about it.  
P: Um: it (.) feels loose (...)  
D: Does it //  
P: //I don't want to start putting weight on it (.) it feels loose like it can't support it  
D: Uh-huh  
P: So I'll usually keep my foot rigid and (.) I don't want to stand on it

(ES 10)

Nakon pitanja kako se oseća, na koje od pacijenta dobija optimističan odgovor, lekar podstiče pacijenta da mu kaže nešto više o tome zašto smatra da već može da nastavi da se bavi određenim sportom i to čini postavljanjem otvorenog pitanja na koje može dobiti veoma širok odgovor (*Tell me about it*). Dakle, lekar ne očekuje konkretan i precizan odgovor, već želi da čuje pacijentovo mišljenje i ujedno da proveri da li je zaista tako kako je pacijent prvobitno odgovorio. U pacijentovom odgovoru primetno je oklevanje, a koristi čak dve pauze u veoma kratkom turnusu. Nakon druge, duže, pauze, lekar pokušava da mu pomogne potpitanjem, međutim pacijent ga odmah prekida dajući nešto duže i sigurnije objašnjenje. Lekar ga sasluša do kraja, da bi potom upotrebio treći turnus u vidu minimalnog odgovora *uh-huh*, kojiove zapravo služi kao podsticaj govorniku da nastavi sa izlaganjem, što pacijent spremno čini.



Na veoma slične situacije nailazimo i u preostalih 18 razgovora u našem korpusu na engleskom jeziku, što je svakako veoma zanimljivo ukoliko napravimo poređenje sa nekim starijim istraživanjima, posebno Mišlerovim. Naime, Mišler (Mishler 1984: 146–150) ističe da je postavljanje otvorenih pitanja u razgovorima lekara i pacijenta prava retkost i nailazi na njih u samo jednom razgovoru, pa i tu su u manjini u odnosu na konkretna, precizna pitanja kojima razgovor obiluje. Kako je između Mišlerovog i našeg istraživanja prošlo više od 25 godina, verovatno možemo reći da je došlo do značajnijih promena na polju interakcije lekara i pacijenta i njenog udaljavanja od biomedicinskog modela, barem kada je o ovom segmentu interakcije reč.

Pored upotrebe otvorenih pitanja, većina lekara se često služi ponavljanjem pacijentovih reči (engl. *echoing*), uglavnom da bi pacijenta podstakli da nastavi izlaganje (Primer 6).

Primer 6:

D: Your left knee, is it //

P: // It is ((XXX)), it bothers me at night.

D: It bothers you at night↑

P: Mhm.

(ES 9)

Eho – respons (Stević 1997: 155) ili „parazitski iskaz” (Goodwin & Goodwin 1990: 102) služi da govorniku pokažemo da ga pažljivo slušamo, da sa njim saosećamo ili da odobravamo ono što je upravo rekao. U ovom primeru, razlozi za ponavljanje pacijentkinjinih reči uz upotrebu uzlazne intonacije mogu biti dvojaki - lekar želi da naglasi važnost činjenice da je bolovi u levom kolenu muče tokom noći, ali možda i da ohrabri pacijentkinju da povodom toga kaže još nešto. Ukoliko je slučaj ovo drugo, pacijentkinja nije reagovala prema lekarovim očekivanjima, već je pribegla upotrebi minimalnog responsa (*mhm*) čime je samo potvrdila već rečeno i nije proširila svoj odgovor nakon čega razgovor neminovno kreće u drugom smeru.

Osim ponavljanja pacijentovih reči, lekari se služe i podsticajima (engl. *requests*)<sup>54</sup> (Primer 7) i sažimanjem ili zaokruživanjem onoga što je pacijent već rekao (engl. *summarizing*) (Primer 8).

---

<sup>54</sup>Iako engleskoj reči *request* obično odgovara srpska reč *zahtev*, ovde smo se odlučili za nešto drugačiji prevod jer smatramo da termin *podsticaj* mnogo bolje predstavlja nameravano značenje.

### Primer 7:

D: (...) Really↓

P: Yeah: I mean you're not/it doesn't (...) it's not (.) uh (.) critical it's just (.) for a while. So I've been moving my taking of it to around 7:30 a.m. the days that I take it so that it'll (...) If I take it any later than that (..) I think it has that effect in the morning. If I take it 6:30 7:30 somewhere in there I get tired you know, start to get tired normally around 10:30 11:00 and then (...)so I'm-I'm cool with where I'm (.) at.

D: Okay. And you don't feel like/like you want to switch back to the/the regular one

P: I need to (..) No (...) No definitely not that one. But/I don't even think I want to decrease the dosage.

(EIM 1)

Ovde je reč o kontrolnom pregledu tokom kojeg lekar i pacijent razgovaraju o pojedinim lekovima koje pacijent već neko vreme uzima. Lekar prvo pušta pacijenta da iznese svoje mišljenje o određenom leku, što on čini uz dosta oklevanja, ispravki (prisutan je označivač popravke *I mean*), nedoumica (neispravan start na samom početku), dužih i kraćih pauza i zastoja u govoru (*you know* je primer za verbalno ispunjavanje pauze). Čitav odgovor zvuči dosta konfuzno, nepovezano, i iz njega se ne može zaključiti šta je pacijent spreman da uradi i kakav je njegov stav, te lekar odlučuje da se posluži strategijom podsticanja kako bi ustanovio da li je pacijent voljan da promeni dozu jednog od lekova koje redovno uzima. Lekar to čini veoma oprezno, odlučivši se za opisno, indirektno pitanje bez uzlazne intonacije - umesto da ga direktno pita da li želi da se vrati na redovnu dozu, lekar mnogo obazrivije pristupa pacijentu, stavljajući mu do znanja da samostalno odlučuje hoće li to učiniti ili ne, i stiče se utisak da lekar čak pomalo okleva (dva puta „zapinje” u govoru) i kao da se boji da će povrediti pacijentova osećanja ili izazvati neku drugu negativnu reakciju. Zato se ne odlučuje za formu pitanja, već više za konstataciju, uz pomoć koje veoma oprezno pokušava da sazna da li pacijent možda *oseća* da *želi* da se vrati na uobičajenu dozu. Iz ovakve formulacije podsticaja zaključujemo da se verovatno radi o delikatnijem slučaju, što se i potvrđuje uvidom u kompletan razgovor, jer pred kraj susreta saznajemo da se radi o lekovima iz grupe antidepresiva.

### Primer 8:

D: Does it keep you awake?

P: Yes, it keeps me awake.

D: So, you stay around the clock pretty much↓

P: Oh, yeah.

(ES 9)

Nakon blizinskog para u okviru kojeg pacijent precizno odgovora na lekarovo direktno pitanje, lekar zaokružuje ono što je pacijent već rekao, neznatno menjajući formulaciju iskaza (*stay around the clock* umesto *it keeps me awake*). Smatramo da upotrebom ove strategije lekar daje na značaju tom konkretnom podatku, ali i pokazuje pacijentkinji da je pažljivo slušao šta mu je govorila.

Barem jedna od navedene tri strategije (ponavljanje pacijentovih reči, podsticanje i sažimanje/zaokruživanje već rečenog) prisutna je u ukupno 12/19 razgovora, dok u preostalim 7 uopšte nisu zastupljene.

Takođe je važno napomenuti da ni u jednom posmatranom razgovoru nije zapaženo nastojanje lekara da sazna kako trenutni ili hronični problem utiče na pacijentovo psihološko stanje i emocije, već su napori usmereni isključivo prema fizičkim aspektima problema. Takođe, u samo jednom razgovoru primećen je pokušaj pacijenta da govori o svojoj emotivnoj reakciji (Primer 9).

Primer 9:

D: [...] We can't keep having cortison shots all the time.

P: Shots hurt. I don't know why anybody would take them for cosmetic reasons as they hurt.

D: We're doing series of shots every 6 months [...]

(ES 7)

Lekar razgovara sa svojom pacijentkinjom o različitim mogućnostima za rešavanje njenog trenutnog problema. U toku razgovora o kortizonskim injekcijama pacijentkinja pokušava da nametne novu podtemu iznoseći svoj emotivni stav o injekcijama uopšte i spremnosti pojedinih ljudi da im se podvrgnu čak i bez preke potrebe. Međutim, njena izjava ne nailazi na bilo kakvu reakciju kod lekara – on je pušta da završi iskaz, ne prekida je, ali ni na koji način ne komentariše to što je rekla, već jednostavno nastavlja sa svojim izlaganjem, kao da se ništa nije dogodilo. Pacijentkinja odmah odustaje od daljih komentara na tu temu.

Takođe, u svega dva analizirana razgovora pacijent pokušava da iznese svoje mišljenje o problemu koji ga muči (Primeri 10 i 11).

Primer 10:

P: OK, I think we've missed something. I can't prove that, but I suspect it.

D: OK. We need one special view and I think it will show us significant ((XXX)) [...]

(ES 1)

### Primer 11:

P: Yeah, it's/it's definitely: Seems like it's regressing instead of progressing [...]  
D: OK. [...] I would like to get you into physical therapy.

(EIM 4)

U oba navedena primera, lekar daje pacijentu za pravo, slaže se sa njegovim/njenim mišljenjem upotrebom partikule *ok* i daje predlog šta je potrebno uraditi da bi se problem rešio. U Primeru 10 lekar je donekle oprezan i najavljuje da će uz pomoć snimka najpre proveriti o čemu je reč, dok u Primeru 11 odmah daje konkretan predlog da pacijent bude podvrgnut fizikalnoj terapiji. Ono što je uočljivo u oba primera jeste da pacijent okliše, okleva i nadasve oprezno saopštava lekaru svoje mišljenje. U Primeru 10 pacijent očitno smatra da je u njegovom lečenju došlo do nekakvog propusta, ali ne iznosi direktnu optužbu, već gotovo pravdajući se navodi da *sumnja* iako *ne može ništa da dokaže*. U Primeru 11 reč je o izvesnom poboljšanju stanja, ali je pacijent i u ovom slučaju oprezan, pogrešan start ukazuje na to da nije siguran kako da izrazi svoje mišljenje i iako najzad uspeva da artikulise mišljenje, iz izbora leksike (*it seems like...*) jasno je da se donekle ograđuje od rečenog.

Ni u jednom razgovoru iz engleskog korpusa lekari ne prelaze postupno na centralni deo susreta, prethodno zaokružujući sve što su saznali od pacijenta (kako to svojim petim korakom predviđa biopsihosociološki model), već to čine direktno, prelazeći na postavljanje konkretnih pitanja u nizu.

Dalje, hronološki opis tegoba, anamneza, društvena i porodična istorija pacijenta (navedeni kao četiri posebna, važna, koraka u biopsihosociološkom modelu) nisu uvek prisutni u posmatranim razgovorima i ako jesu, ne uvek preporučenim redosledom. Međutim, naglašavamo da je u većini slučajeva reč o kontrolnim pregledima, te lekar očitno preskače ono što već zna i usredsređuje se na terapiju, fizički pregled ili konkretne probleme na koje se pacijent žali. S druge strane, u razgovorima koji se vode tokom prvog susreta pacijenta i lekara ili u situaciji u kojoj pacijent ponovo dolazi posle višegodišnje pauze, lekari posvećuju znatno veću pažnju navedenim koracima. U svim takvim razgovorima (kojih ima ukupno 3/19), oni nastoje da pribave hronološki opis tegoba i anamnezu bolesti, dok se porodična i društvena istorija pacijenta sreću u svega 2 od posmatranih 19 razgovora (ES 7 i ES 9).

Fizički pregled pacijenta je prisutan u svim snimljenim razgovorima, a njegovo trajanje zavisi od težine problema. Nakon toga lekar uvek izdvaja vreme da pacijentu razjasni postavljenu dijagnozu, da opiše dalji tok lečenja i u pojedinim slučajevima

pacijent uzima učešća u donošenju odluke o daljem toku lečenja, dok u samo jednom od ovih razgovora lekar daje pacijentu pisano uputstvo o dijagnozi i lečenju i moli ga da tekst razmotri kako bi tokom sledećeg susreta mogli o tome detaljnije da razgovaraju (Primer 12).

Primer 12:

D: Do you feel/do you already have questions now?

P: No, I don't have questions.

D: OK, I'll have you read this and think about it and we can then discuss it, OK?

P: OK.

(ES 9)

Nakon pogrešnog starta, lekar formuliše pitanje sa da/ne odgovorom, na koje pacijent daje precizan i potpun odgovor. Lekar zatim obaveštava pacijenta da od njega očekuje da do sledećeg susreta pročita i razmotri pisano uputstvo koje mu daje kako bi o njemu mogli da porazgovaraju. Taj iskaz završava partikulom *ok*, koja ovoga puta ima ulogu dopunskog operatora (Kovačević 2015: 153) ili *priveska*<sup>55</sup>. Upotreba takve partikule uz upitnu intonaciju sagovornika treba da navede na potvrđan odgovor, što se u narednom turnusu i događa.

Najzad, u svim analiziranim razgovorima postoji zvanično zatvaranje razgovora koje inicira lekar (Primer 13).

Primer 13:

D: Okay. See you in another month.

P: Okey-doke.

D: Take care Carl.

P: You bet.

(EIM 1)

Ovo je jedno od neformalnih zatvaranja, iz kojeg nije teško zaključiti da se lekar i pacijent dobro poznaju i da su u dobrim odnosima. Kao što je i uobičajeno, lekar inicira zatvaranje razgovora i to tako što se najpre odlučuje za fazu predzatvaranja (engl. *pre-topic closing offering*) (Schegloff & Sacks 1984: 80-89), koju karakteriše upotreba partikule *okay*. Na ovaj način lekar signalizira pacijentu da su stigli do kraja razgovora i da nema više ničeg relevantnog o čemu bi trebalo da razgovaraju, sa čime se pacijent slaže. Nakon ovih prelaznih turnusa, sledi terminalna razmena koja obično

---

<sup>55</sup>Stević (1997: 24) se služi terminom *privesak* da označi ono što Saks i njegovi saradnici (Sacks et al. 1974: 718) nazivaju *tag questions*, opisujući ih kao *recompleters* koji služe za lakše određivanje narednog govornika.

podrazumeva neki tipiziran blizinski par. Međutim, u ovom slučaju reč je o nešto neobičnijem zatvaranju, pre svega zbog pacijentovog turnusa koji na lekarov standardan pozdrav (*Take care Carl*) odgovara dosta neformalno (*You bet*), što je dokaz (verovatno) dugogodišnjeg poznanstva lekara i pacijenta i opuštenosti pacijenta u ordinaciji ovog lekara.

U ostalim slučajevima reč je o klasičnijim zatvaranjima razgovora, gde lekar i pacijent jednostavno razmenjuju pozdrave, često i bez faze predzatvaranja.

### 3.1.2. Analiza faza u srpskom korpusu

Kao i u engleskom korpusu, u srpskom korpusu koji se sastoji od 110 razgovora, razgovor se, u velikoj većini slučajeva, otvara uz razmenu pozdrava između lekara i pacijenta. Međutim, ova razmena je veoma kratka i u mnogim slučajevima primetno izostaje pokušaj lekara da stvori (opušteniju) atmosferu za nastavak razgovora. Moglo bi se reći da prisustvo ili odsustvo tog međukoraka direktno zavisi od dužine vremena koje lekar ima na raspolaganju za razgovore koje obavlja sa svojim pacijentima, od samog lekara, a možda i od specijalnosti kojom se lekar bavi. Naime, u gotovo svim razgovorima snimljenim na odeljenjima pulmologije i kardiologije u dve različite zdravstvene ustanove uvodni deo sadrži isključivo razmenu pozdrava i poziv pacijentu da uđe ili da sedne, dok pokušaj stvaranja opuštenije atmosfere za nastavak razgovora izostaje i lekar odmah prelazi na razlog pacijentovog dolaska ili mu traži prethodni nalaz (Primer 14).

Primer 14:

L: Dobar dan.

P: Dobar dan.

L: Mh hm. Neki moj izveštaj prethodni↑ (...) Dobro, za ovih mesec dana, da li je bilo nekih dodatnih problema?

P. Pa, nije:

(SKARD 6)

U ovom primeru nema fatičke razmene, iako je očito u pitanju kontrolni pregled i lekar pacijenta poznaje od ranije. Nakon klasičnog otvaranja razgovora blizinskim parom pozdrav – pozdrav, sledi lekarov minimalni respons (*mh hm*) koji obično znači „da’’, ali koji u ovom slučaju očito predstavlja neku vrstu prelaza ili usputnog komentara koji nema mnogo veze sa prethodnim sledom. Iako je mogao da ga pita za razlog dolaska ili vrstu problema, lekar u nastavku od pacijenta traži prethodni

izveštaj, upotrebom eliptičnog izraza i uzlazne intonacije umesto standardnog pitanja, nakon čega sledi duža pauza. Lekar zatim prelazi na postavljanje konkretnih pitanja, a taj prelaz najavljuje upotrebom partikule *dobro*.

S druge strane, razgovori pedijatra sa pacijentima su znatno drugačiji i gotovo uvek sadrže i taj međukorak koji ima za cilj da opusti pacijenta i pripremi ga za pregled (Primer 15), osim u slučajevima kada roditelj dolazi bez deteta, te se susret sa lekarom svodi na traženje i dobijanje opravdanja za vrtić ili neke druge potvrde.

#### Primer 15:

M: majka pacijentkinje

M: Dobar dan.

L: Dobar dan, gospođice /.../, gde ste vi stekli ovu šljivu? ((smeh))

M: ((smeh))

P: ((stidljiv osmeh))

L: Baš je imponantna. ((smeh)) Dobro: Šta treba?

(SPED 13)

U ovom slučaju lekarka se obraća maloj devojčici koja dolazi na pregled u pratnji majke. Po ulasku u ordinaciju, ona se stidi i skriva, pa lekarka pokušava da je opusti. Nakon otvaranja razgovora blizinskim parom pozdrava, pri čemu se lekarka obraća detetu imenom i titulom *gospođica* (uobičajenom za znatno starije ženske osobe), lekarka odlučuje da se našali u vezi sa velikom modricom koju dete ima na čelu. Pri tome, modricu naziva *šljivom*, što je kolokvijalan i deci zanimljiviji izraz, kojim lekarka postiže željeni efekat – nakon što se i sama nasmejala, to isto čini devojčicina majka, a i sama devojčica pokazuje prve znake opuštanja tako što se stidljivo osmehne (a što smo bili u mogućnosti da zabeležimo u vidu dodatnog komentara). Tek nakon još jednog komentara na račun modrice i ponovnog smeha, lekarka najavljuje ozbiljniji tok razgovora koji uvodi otegnutim izrazom *dobro*, na šta se nastavlja konkretno, direktno, pitanje. U ovom primeru, značaj neverbalnih činilaca (tj. smeha) za analiziranje razgovora je veliki, jer upravo ovakvi činoci ukazuju na napore koje lekarka ulaže kako bi opustila pacijenta, kao i na rezultate tih napora.

Slično se događa i u razgovorima iz oblasti psihijatrije, gde taj uvodni deo može da traje čak i duže, a često podrazumeva mnogo prisniji odnos lekara i pacijenta. Naime, ukoliko lekar već od ranije poznaje pacijenta, on će se sa njim najpre rukovati, uputiti ga da sedne i kratko neobavezno sa njim porazgovarati, pre nego što pređe na razlog pacijentovog dolaska i dalje ispitivanje. To je upravo bio slučaj u jednom od ukupno 4 snimljena razgovora iz oblasti psihijatrije (SPSIH 2), ali kako o tome postoji

samo beleška autora s obzirom da uvodni deo tog razgovora iz tehničkih razloga nije snimljen, primer ovde nećemo navoditi.

Kada je reč o razgovorima snimljenim na klinici za ORL, koje obavlja profesor uz prisustvo asistenta, oni uglavnom, pored pozdrava, sadrže i kratku razmenu koja je mnogo više nalik na onu iz svakodnevne komunikacije (Primer 16), ali treba imati u vidu činjenicu da ovi razgovori u proseku traju duže od ostalih internističkih razgovora, snimljenih na odeljenjima pulmologije i kardiologije.

#### Primer 16:

P: Dobar dan.

L: Gospodine Samardžiću, dobar dan, kako ste?

P: Dobro. Dobro izgledam. ((smeh))

L: Izgled hoće i da vara. ((smeh))

P. Da, da, da. Tu i tamo opet promuklo govorim, nemam nekih drugih:[...]

(SORL 4)

Ovde se očito radi o kontrolnom pregledu i jasno je da se lekar i pacijent dobro poznaju i da je pacijent opušten u prisustvu svog lekara. Nakon otvaranja razgovora parom pozdrava, pri čemu je lekar veoma srdačan, te tipiziran blizinski par pozdrav – pozdrav (koji se obično sastoji iz veoma kratkih, najčešće identičnih, turnusa) donekle proširuje pitanjem o tome kako se pacijent oseća, pacijent se, odgovarajući na pitanje, prvi našali i svoju šalu proprati smehom. Lekar spremno prihvata šalu odgovorivši na dosta provokativan način (*Izgled hoće i da vara*), što bi da nije praćeno smehom, slučajnom posmatraču moglo da zazvuči čak i uvredljivo. Lekar se verovatno ne bi odlučio za takav komentar da pacijenta poznaje kraće ili ga uopšte ne poznaje. Pacijent opušteno prihvata šalu (na svoj račun), što potvrđuje upotrebom rečice *da* tri puta u nizu i tek tada (ozbiljno) odgovara na pitanje koje mu je lekar postavio na početku.

Od ukupno 110 razgovora iz kojih se sastoji srpski korpus, lekar koristi pacijentovo ime u 37, od toga u razgovorima iz oblasti pulmologije u 10/43, pedijatrije u 17/43, psihijatrije u 1/4, ORL u 3/10 i kardiologije u 6/16 (Primer 17).

#### Primer 17:

P: Dobar dan.

L: Dobar dan. (.) Izvolite, sedite (...) Kako ste vi, Nikola?

P: Da vam nešto kažem, ja sam mnogo bolje nego što sam bio.

(SPUL 1)

U pitanju je klasično otvaranje razgovora uz pomoć blizinskog para pozdrav – pozdrav, pri čemu je pacijent taj koji po ulasku u ordinaciju pozdravom započinje sled.



Lekar mu nudi da sedne i nakon duže pauze postavlja mu pitanje i pri tome mu se obraća imenom, iako je u pitanju pacijent koji je znatno stariji od samog lekara. Iako je postavljeno pitanje (*Kako ste...*) moglo da bude protumačeno i drugačije (kao početak fatičke razmene), pacijent ga je razumeo kao zanimanje lekara za njegovo fizičko stanje ili stanje hroničnog problema zbog kojeg dolazi. Dakle, pacijent na pitanje *Kako ste?* odgovara kako je predvideo Frenkl (Frankel 1995: 238), a ne prema zaključcima do kojih su došli Kupland i saradnici (Coupland et al. 1994: 106).<sup>56</sup> Iako u svom odgovoru donekle okleva (koristi predstrukturu *da vam nešto kažem*), jasno je da se odgovor odnosi na to kako se trenutno oseća u zdravstvenom smislu, a ne sa aspekta fatičke razmene.

Zanimljivo je da se ni u jednom snimljenom razgovoru lekar ne predstavlja pacijentu, čak ni u slučajevima kada pacijent po prvi put dolazi ili je prethodno posećivao drugog lekara.

Kao i u razgovorima iz engleskog korpusa, lekar ni u jednom posmatranom razgovoru ne predstavlja pacijentu svoj plan predstojećeg razgovora niti pokušava da sazna o čemu sve pacijent želi da razgovara, te i ovde drugi korak predviđen biopsihosociološkim modelom u potpunosti izostaje.

Kada je reč o trećem koraku predviđenom ovim modelom, tj. fatičkoj razmeni u cilju uvođenja pacijenta u priču o problemu zbog kojeg dolazi, može se reći da je u pojedinim posmatranim razgovorima prisutan, ali svakako u znatno manjoj meri nego što je to slučaj u engleskom korpusu gde se ovaj korak pokazao neizostavnim. Na primer, ovaj korak nije prisutan ni u jednom od ukupno 37 razgovora koje lekar pulmolog obavlja sa svojim pacijentima, dok se u ukupno 16 razgovora iz oblasti kardiologije sreće samo jednom (Primer 18).

#### Primer 18:

L: Sretene, kako si mi? K'o dečko? ((smeh))

P: A: ((smeh)) Ja prošli put kad sam izaš'o tek saznam da ste vi radili kod mene.

L: Dobro, ja sam video da ste od dole, tako da: //

P: // Jesam, odozdo. ((vadi flašu rakije)) Ovo je naša, iz Bučja.

L: E, kad je iz Bučja, moraćemo da je probamo, čim je domaća.

P: Pa, sigurno. Domaća.

[...]

L: Može li se uzbrdo tamo uz Bučje?

P: Pa, nisam još gore iš'o, sad planiram za Uskrs da odem, inače hodam dobro.

L: Jesi u starom ili novom delu?

---

<sup>56</sup> Vidi 2.5.5.3.

P: Novom.

L: Pa dobro, ideš gore uz Čitluk?

(SKARD 4)

U ovom primeru pacijent je zapravo taj koji insistira na fatičkoj razmeni i samim tim obezbeđuje umetanje trećeg koraka, ali lekar ne pokušava da izbegne njegovu inicijativu, već prihvata ovakvu razmenu i prilagođava se situaciji. Osim toga, lekar je načinom na koji je otvorio razgovor, koji je više nalik početku razgovora koji vode dva prijatelja u opuštenoj atmosferi nego razgovoru u lekarskoj ordinaciji, svakako ohrabrio pacijenta da se upusti u ćaskanje. Pored toga što se pacijentu obraća imenom, lekar je veoma neformalan u obraćanju jer koristi drugo lice jednine, a umesto tipiziranog *kako si* on se odlučuje za još prisniji oblik *kako si mi*. Takođe, laska pacijentu (koji je, osim što očito ima srčanih problema, i starija osoba) poređenjem sa znatno mlađom osobom i iako smehom pokazuje da se radi o šali, to ima pozitivan efekat na pacijenta koji odmah uzvraća smehom i započinje ćaskanje sa lekarom. Pacijent se očigledno oseća dovoljno prijatno i opušteno, toliko da čak vadi flašu rakije, koju je namenio lekaru kao poklon. Reč je svakako o kulturološkom fenomenu i sasvim sigurno ništa slično nismo sreli u medicinskim susretima iz engleskog korpusa. Lekar ne odbija ponuđeni poklon i nastavlja ćaskanje na tu temu, jer i on očito ovakav poklon smatra kulturološkim simbolom i ne oseća da to predstavlja bilo kakvu pretnju po njegovu profesiju ili položaj. Iako se i nakon toga ćaskanje nastavlja, lekar sada umeće pitanja koja mu služe da sazna nešto više o pacijentovom stanju. Služeći se toponimima koji su obojici bliski (*Bučje, Čitluk*), lekar zapravo pokušava da sazna može li pacijent da hoda uzbrdo bez zamaranja i koliko daleko. Da je i dalje reč o ćaskanju a ne o ozbiljnom propitivanju vidi se iz umetnutog sleda u kojem se lekar zanima u kom delu Bučja pacijent živi.

Fatička razmena je prisutna u 5/10 razgovora iz oblasti ORL, uglavnom kada su u pitanju pacijenti koji su već ranije dolazili. Ovaj korak je takođe obavezno prisutan u svim razgovorima pedijatra sa svojim pacijentima, osim u slučajevima kada roditelji dolaze sami, a posebno je upadljiv kada su pacijenti sasvim mala deca. Psihijatar takođe u sva četiri snimljena psihoterapeutska razgovora koristi ćaskanje da pacijenta polako uvede u razgovor o problemu zbog kojeg dolazi.

Za razliku od engleskog korpusa, gde svi lekari poštuju četvrti korak koji predviđa biopsihosociološki model i uz pomoć otvorenih pitanja pružaju priliku pacijentu da objasni zbog čega je došao, razgovori iz srpskog korpusa izgledaju nešto

drugačije. Na primer, od ukupno 37 razgovora pulmologa sa svojim pacijentima, u svega 13 opažena je upotreba otvorenog pitanja na odgovarajućem mestu, kao u Primeru 19.

Primer 19:

L: E, kako ste vi danas? Kakve tegobe imate?

P: Ja (.) od tegoba imam temperaturu (.) malo grlo i:pluća me bole.

(SPUL 4)

Lekar u ovom slučaju postavlja dva otvorena pitanja u nizu koja pacijentu daju mogućnost da svojim rečima iznese problem zbog kojeg dolazi, ne navodeći ga na neki određeni odgovor. Način na koji lekar započinje ovu razmenu, partikulom *e*, više podseća na razgovorni jezik (Polovina 1990: 28), dok pacijent odgovara dosta nezgrapno, neprecizno, oklevajući i zastajkujući, što je takođe odlika svakodnevne komunikacije.

U svega 3/10 razgovora iz oblasti ORL zabeležena je upotreba otvorenog pitanja u okviru ovog koraka, dok je u razgovorima iz oblasti kardiologije to slučaj u njih 7/16. Zapažamo da svi lekari u okviru internističkih pregleda mnogo češće već na samom početku razgovora pribegavaju restriktivnim pitanjima nego što pacijentima pružaju priliku da sami iznesu svoj problem ili tegobe.

Kada je reč o pedijatriji, upotreba otvorenog pitanja u okviru ovog koraka je prisutna u gotovo svim razgovorima (Primer 20), osim u slučajevima kada roditelji još sa vrata kažu lekaru zbog čega dolaze ili kada se pacijent vraća po drugi put u toku istog dana, donoseći traženi nalaz.

Primer 20:

O: otac pacientkinje

L:Gde si, Anja?

O: Evo nas ↑

L: Kako ste?

O: Pa, ne znam baš.

L: Šta se događa?

O: Imamo problem, ovaj: al' ne znamo da l' je veliki ili mali.

L: Šta? 'Ajde da čujemo.

O: Juče smo bili, ovaj: to jest supruga je bila↑ (...) Ima neku izraslinu ispod pazuha pa su nas slali na radiologiju, na hematologiju, to nismo uspeli da zakažemo↑ Mislim, zakazao sam za petak -

(SPED 38)

U otvaranju ovog razgovora nailazimo na situaciju koja je osobena razgovorima u oblasti pedijatrije. Naime, u prvom turnusu lekarka se (vrlo neformalno i

prijateljski) obraća direktno pacijentkinji (koja je devojčica školskog uzrasta). Međutim, ona ni ne pokušava da odgovori na postavljeno pitanje, već to umesto nje čini otac kao njen pratilac, što predstavlja jednu od glavnih razlika između pedijatrije i svih ostalih specijalnosti – prisustvo trećeg lica koje ravnopravno učestvuje u razgovoru i u većini slučajeva ima dominantniju ulogu od samog pacijenta. Naime, dete često nije kompetentan sagovornik (Stivers 2001: 252), pa lekarka ne insistira dalje na direktnom obraćanju pacijentkinji, već naredno pitanje postavlja u množini umesto u jednini (*Kako ste?*), na šta dobija nesiguran odgovor, te postavlja prvo otvoreno pitanje (*Šta se dešava?*) na koje očekuje nešto širi odgovor. Otac devojčice ne koristi ovu prvu priliku, okleva, služi se ispunjivačem (*ovaj*), razvlači svoju repliku ne prelazeći odmah na priču o problemu zbog kojeg je doveo dete. Od lekarke dobija i drugu priliku, uslovno rečeno drugo otvoreno pitanje (*'Ajde da čujemo*), koje je zapravo više podsticaj (engl. *request*) nego pitanje i on ovoga puta koristi datu priliku. Lekarka pušta oca da kaže o čemu se radi ne prekidajući ga. Odgovor je i ovoga puta dosta konfuzan, uz popravke, oklevanja, zastoje u govoru. Zanimljivo je da se lekarka dosta neformalno obraća roditelju svoje pacijentkinje (koristi kolokvijalno *'ajde* umesto formalnijeg *hajde*, zatim veoma direktno *šta?* umesto ljubaznijeg i formalnijeg *Kakav problem?* ili *U čemu je problem?*), iz čega zaključujemo da je devojčica verovatno već godinama njena pacijentkinja i da se svi dobro poznaju.

Od ukupno 4 razgovora snimljena u ordinaciji psihijatra, upotreba otvorenog pitanja u četvrtom koraku zapaža se u dva (Primer 21), dok u preostala dva lekar sve vreme vodi razgovor, usmeravajući pacijenta u željenom pravcu.

Primer 21:

L: Kada smo se videli? Pre dva meseca↑

P: Ima tačno dva meseca.

L: Kako ste?

P: Evo, ovako. Ja sam ova dva meseca:/imao sam ovaj eksces, ovaj incident sa kolegom na radnom mestu. Doduše, on je bio jači od mene ((smeh)) (.). Zato što je teži. Malo sam ga isprovocir'o izgleda, ali ja se nisam nadao da će on da reaguje TAKO. Pa sam se posle branio ((smeh)). Sreća naiš'o je posle 20 minuta jedan kolega, on je snažan, odvojio nas obojicu i:

(SPSIH 3)

U ovom primeru pacijent lekarovo kurtoazno pitanje *Kako ste?* interpretira kao otvoreno pitanje koje mu pruža priliku da govori o incidentnoj situaciji koju je imao na poslu. To nam govori da se lekar i pacijent već dobro poznaju i da pacijent redovno dobija priliku da daje opširnije odgovore na pitanja, te se oseća sigurno da to i ovoga

puta učini. Lekar u to očitost ne smeta, jer ni jednom ne prekida pacijenta, iako su u njegovom odgovoru prisutna zastajkivanja, oklevanja i jedan pogrešan start.

Kao i njihove kolege sa engleskog govornog područja, lekari čije smo razgovore sa pacijentima analizirali u okviru srpskog korpusa takođe se služe ponavljanjem pacijentovih reči (engl. *echoing*) (Primer 22), podsticajima (engl. *requests*) (Primer 23) i sažimanjem/zaokruživanjem (engl. *summerizing*) onoga što je pacijent izgovorio (Primer 24), u manjoj ili većoj meri.

#### Primer 22:

L: [...] Krijete od dece da pušite?

P: I od roditelja.

L: I od roditelja? Pa zašto, je li vas peče savest što pušite te tri - četiri cigarete?  
(SORL 3)

U ovom primeru lekar se služi strategijom ponavljanja pacijentovih reči, očitost u nameri da izrazi čuđenje zbog onoga što je pacijentkinja prethodno rekla, a ne zato što to odobrava, a što je uglavnom slučaj sa eho – responsom. Naime, reč je o odrasloj osobi, majci dvoje dece, te lekar pokazuje iznenađenje da postoji nešto što ona krije od svojih roditelja. Sledi konkretno pitanje kojim pokušava da otkrije zašto je to tako.

#### Primer 23:

L: Je li taj osećaj u grudima, je li bi to nazvala kao: bol, kao kad te boli zub ili kao neka nelagodnost?

P: Nelagodnost, teret neka, teret, stiskanje, probadanje, nešto: ne znam kako da objasnim: teško mi je kao da mi je neki kamen stao.

L: I šta onda radiš, onda uzmeš i sažvaćeš Nitroglicerina?

P: Da. I popijem Profilaxis.

(SKARD 7)

U ovom primeru lekar pribegava strategiji podsticanja, jer pacijentkinja ima poteškoća u davanju opisa svog stanja i problema koji ima (teško artikuliše ono što oseća, dosta okleva u toku iskaza, ponavlja se, ima nedoumice). U pitanju je starija pacijentkinja, koja dosta gestikulira dok govori, pa joj lekar priskače u pomoć u pokušaju da objasni kako obično rešava svoj problem. Lekar joj najpre postavi pitanje (*I šta onda radiš*), da bi se na pola puta predomislio i repliku završio strategijom podsticanja, kojom pacijentkinji zapravo nudi gotov odgovor. Ona spremno prihvata ponuđenu pomoć i odgovara potvrdno na postavljeno pitanje.

#### Primer 24:

- L: [...] A nemate konkretno otežano disanje (.) kašalj, temperaturu↑//  
P: //Baš sam bio zdrav dugo, dugo godina //  
L: //Znači, vi praktično dok nisu počele ove tegobe sa grlom nikakve smetnje sa plućima niste imali↓  
(SPUL 2)

Ovde je reč o strategiji sažimanja/zaokruživanja onoga što je pacijent već rekao. Lekar se služi ovom strategijom kako bi proverio važnu činjenicu, a to je koliko dugo pacijent ima određene tegobe. Jasno je da je u pitanju rekapitulacija nečega što je pacijent već rekao, a ne pitanje, jer se iskaz završava silaznom intonacijom.

Barem jedna od ove tri strategije prisutna je u razgovorima pulmologa sa pacijentima u ukupno 14/37 snimljenih razgovora, u 6/10 razgovora snimljenih na klinici za ORL, u 10/16 razgovora snimljenih u kardiološkoj ambulanti, u sva 4 psihoterapeutska razgovora, ali u svega 10/43 razgovora snimljenih na kabinetu za pedijatriju. Zapažene razlike mogle bi ponovo biti pripisane razlikama koje postoje među posmatranim specijalnostima. Dok psihijatar stalno poseže za navedenim strategijama, u nameri da podstakne pacijenta na dalji razgovor i pruži mu priliku da što više kaže o problemu koji ga muči, dotle lekari koji se bave internističkim pregledima (pulmolog, kardiolog i otorinolaringolog) to ipak ređe čine. Jedan od razloga može biti kraće vreme kojim raspolažu u toku razgovora sa pacijentom, kao i činjenica da brže prelaze na restriktivna pitanja, te samim tim manje prostora ostavljaju svojim pacijentima da sami opišu šta ih muči. Iznenađenje predstavlja podatak da su ove strategije veoma retko zastupljene u razgovorima snimljenim u pedijatrijskoj ordinaciji (reč je o svega 23% svih snimljenih razgovora), iako smo prethodno došli do zaključka da pomenuti lekari poštuju četvrti korak predviđen biopsihosociološkim modelom i postavljanjem otvorenog pitanja pružaju priliku pacijentu da „svojim rečima” kaže zbog čega dolazi. Jedan od razloga izostanka pomenutih strategija možda leži u činjenici da su pacijenti (i njihovi roditelji) znatno opušteniji u razgovoru sa pedijatrom, pa samim tim i bez dodatnih podstreka dovoljno govore, što nije slučaj sa pacijentima u okviru ostalih posmatranih specijalnosti.

Jedna ili više pomenutih strategija prisutne su u 40% svih razgovora analiziranih u okviru srpskog korpusa, dok je u engleskom korpusu to slučaj u 63% razgovora. Kao i u razgovorima sa engleskog govornog područja, najređe se sreću podsticaji (requests), osim u slučaju psihijatrije gde su češći od preostale dve strategije.

Ponavljjanje pacijentovih reči ili eho – respons i sažimanje/zaokruživanje onoga što je pacijent rekao koriste se podjednako često, neretko i u okviru istog razgovora.

Kao i u slučaju engleskog korpusa, razgovorima iz srpskog korpusa takođe nedostaje peti korak, tj. postepeni prelazak na centralni deo razgovora uz zaokruživanje svega što je lekar do tada saznao od svog pacijenta. Nasuprot tome, lekari direktno prelaze na restriktivna pitanja, uz pomoć kojih pokušavaju da dođu do pacijentove dijagnoze.

Četiri naredna koraka (hronološki opis tegoba, anamneza, društvena i porodična istorija) ne opažaju se uvek u snimljenim razgovorima, baš kao što je to slučaj i sa razgovorima iz engleskog korpusa. Glavni razlog je isti – veliki broj razgovora zapravo predstavlja kontrolne preglede i u tim slučajevima lekar i pacijent se već veoma dobro poznaju, te nema potrebe prolaziti kroz sve detalje. To je slučaj u svim razgovorima iz oblasti kardiologije (ukupno 16), jer su u pitanju uglavnom postoperativni preglede pacijenata u ambulanti ili pak dolazak (višegodišnjih) pacijenata na kontrolne preglede, te samim tim razgovori imaju drugačiji tok i lekar se usredsređuje na kontrolu rezultata pojedinih istraživanja, rane od operativnog zahvata ili pacijentovog opšteg stanja. Od sva četiri pomenuta koraka, ovaj lekar se jedino usredsređuje na anamnezu. Slično je i u svim razgovorima koje pedijatar obavlja sa svojim pacijentima ili njihovim roditeljima – u pitanju su pacijenti koje lekar leči već mesecima ili čak godinama, te nije potrebno da postavlja detaljna pitanja. Međutim, u slučaju izdavanja povrde za upis deteta u vrtić, lekar uzima detaljniju anamnezu (Primer 25).

Primer 25:

M: majka pacijentkinje

L: Nije imala boginje?

M: Ne.

L: Dobro. Nije imala visoke temperature, ništa, dečije te neke:

M: Ništa, ništa.

L: Hvala Bogu. Povrede?

M: Ne.

(SPED 17)

Lekarka postavlja veoma kratka i konkretna pitanja u nizu na koja očekuje, i dobija, kratke i precizne odgovore. Dobijenim odgovorima popunjava formular koji dete treba da ponese sa sobom u vrtić.

Takođe, ukoliko pacijent dolazi zbog nekog konkretnog problema, lekar mnogo više pažnje posvećuje hronologiji događaja, anamnezi, pa i društvenoj istoriji (Primer 26).

Primer 26:

O: otac

O: [...] Ima neku izraslinu ispod pazuha, pa su nas slali na radiologiju, hematologiju [...]

L: Ispod pazuha? Baš u pazušnoj jami?

O: Da, da, da.

L: ((obraća se pacijentkinji)) A, kaži ti meni, da li ti koristiš sprejeve, antiperspirante?

P: Ne, ne.

L: Dezodoranse?

P: Ne.

(SPED 38)

U ovom primeru lekarka posebnu pažnju posvećuje društvenoj istoriji, tačnije načinu na koji dete živi i sredstvima koja koristi u svakodnevnom životu, jer na taj način može doći do dragocenih činjenica u vezi sa problemom zbog kojeg dete dolazi na pregled (izrasline ispod pazuha). I u ovom slučaju lekarka postavlja restriktivna pitanja u nizu i dobija veoma precizne, odrične, odgovore.

U svega 5/37 razgovora pulmologa sa pacijentom u pitanju je njihov prvi susret, te samo u tim slučajevima zapažamo veće prisustvo pomenuta četiri koraka. Međutim, lekar se najviše zadržava na hronološkom opisu događaja i anamnezi, dok porodičnu istoriju ne uzima u obzir, a društvene istorije se dotiče samo kroz pitanje o pušačkim navikama pacijenta.

Za razliku od toga, prvi pregled pacijenta na klinici za ORL sadrži veliki broj pitanja u vezi sa sva četiri koraka i čak se posebna pažnja posvećuje porodičnoj istoriji pacijenta (Primer 27). Ipak, treba ponovo naglasiti da ovi razgovori vremenski znatno duže traju od razgovora u svim ostalim oblastima, sa izuzetkom psihijatrije.

Primer 27:

M: majka pacijenta

L: Govori jače↑

M: Inače glasno govori.

L: Da li je neko u vašoj porodici ili sa očeve strane gluv ili oboleo od nekog težeg oboljenja?

M: Njegov deda, suprugov otac, je operisao kancer glasnih žica. Vaš pacijent, inače.

(SORL 1)



U ovom primeru, roditelji dovode dečaka od 6 godina na pregled zbog česte promuklosti. Lekar se bavi porodičnom istorijom pacijenta, jer bi postavljanjem pitanja iz te kategorije mogao da dođe do nekog važnog podatka, kao što je upravo taj da u porodici postoji slučaj kancera glasnih žica.

Fizički pregled pacijenta prisutan je u gotovo svim razgovorima, sa izuzetkom psihoterapeutskih, gde je to slučaj u samo jednom od ukupno četiri posmatrana razgovora. Takođe, fizički pregled povremeno izostaje i u drugim specijalnostima u slučajevima kada pacijent dolazi da lekaru pokaže rezultate traženih analiza.

Za razliku od kolega sa engleskog govornog područja, lekari čije smo razgovore sa pacijentom posmatrali u okviru srpskog korpusa, ne odvajaju uvek vreme da pacijentu razjasne postavljenu dijagnozu. Izuzetak predstavljaju razgovori sa klinike za ORL, gde profesor često veoma detaljno objašnjava šta određena dijagnoza znači i kakve tegobe podrazumeva, kao i razgovori sa psihijatrom, koji često hrabri pacijente tvrdnjama da njihova dijagnoza nije toliko ozbiljna koliko se njima možda čini. Lekar, međutim, komentariše dalji tok lečenja, najčešće tako što pacijenta upućuje da uradi dodatna ispitivanja, dosta se zadržava na prepisivanju lekova i njihovoj upotrebi, ali ni u jednom posmatranom slučaju pacijent ne uzima učešća u donošenju odluke o daljem toku lečenja ili terapiji. Takođe, ni u jednom posmatranom razgovoru lekar ne daje pacijentu pisano uputstvo o dijagnozi ili lečenju.

Kao i u engleskom korpusu, razgovor zvanično zatvara lekar, pozdravljajući se sa pacijentom (Primer 28).

Primer 28:

L: [...] Tako je.  
P: Znači bez javljanja vama ovde?  
L: Bez↓  
P: OK. Dogovoreno.  
L: OK. Završili smo sve.  
P: Dobro, hvala.  
L. Doviđenja.

(SORL 2)

Nakon što mu je lekar objasnio šta je potrebno da uradi pre narednog dolaska, pacijent proverava da li je dobro razumeo uputstva, te potvrđuje da se slaže. Lekar potom daje signal da je razgovor završen (*OK. Završili smo sve*), što znači da je i ovde prisutna faza tzv. predzatvaranja. Pacijent se slaže sa lekarovom inicijativom, što pokazuje tako što zahvaljuje lekaru i izlazi iz ordinacije. Ovo bi mogao biti primer

jednog od kompletnijih zatvaranja razgovora, međutim nedostaje pacijentov deo blizinskog para kojim se razgovor obično tipski završava. Naime, pacijent potvrđuje da je saglasan sa time da se razgovor završi i zahvaljuje lekaru, ali izostaje njegov pozdrav kao odgovor na lekarov pozdrav. Primećujemo da je to često slučaj u srpskom korpusu, gde pacijenti „zaborave” da kažu *doviđenja* ili smatraju da je dovoljno da se zahvale lekaru, te potom napuste ordinaciju.

### 3.1.3. Zaključak

Ukoliko bismo razgovore iz oba korpusa posmatrali u odnosu na klasičan biomedicinski model, zaključili bismo da se lekari sa engleskog govornog područja i ovdašnji lekari podjednako dobro pridržavaju preporučenog modela i da među njima nema značajnijih razlika. Međutim, ukoliko se odlučimo za biopsihosociološki pristup, koji je ovde predstavljen i u odnosu na koji smo posmatrali snimljeni materijal iz oba korpusa, primećujemo uočljivije razlike.

Dok i jedni i drugi otvaraju razgovor na preporučen način, u svim razgovorima iz engleskog korpusa lekari se trude da stvore opuštenu atmosferu za razgovor, dok je u srpskom korpusu to slučaj samo u razgovorima iz oblasti pedijatrije i psihijatrije i donekle iz oblasti ORL. Takođe, lekari iz engleskog korpusa se nešto češće obraćaju pacijentu imenom (42% slučajeva) u odnosu na ovdašnje lekare (34% slučajeva). Osim toga, u srpskom korpusu lekar se ni jednom ne predstavlja pacijentu, iako je u 9/110 slučajeva reč o njegovom prvom susretu sa pacijentom, dok se u engleskom korpusu lekar predstavlja u jednoj od tri situacije kada se očekivalo da to uradi. I u jednom i u drugom korpusu opažamo izostanak drugog koraka predviđenog biopsihosociološkim modelom – lekari ne izdvajaju vreme da pacijentu predstave svoju agendu. Kada je reč o fatičkoj razmeni, koju lekar koristi kako bi pacijenta polako uveo u razgovor o problemu zbog kojeg dolazi, u engleskom korpusu prisutna je u 100% slučajeva, dok je u srpskom opažena u svega 36% slučajeva. Isto tako, u svim posmatranim razgovorima iz engleskog korpusa, lekari postavljaju otvorena pitanja kako bi pacijentu pružili priliku da sâm predstavi problem, dok je u srpskom korpusu to slučaj u 55% razgovora. Kada je reč o korišćenju odgovarajućih strategija u okviru četvrtog koraka (ponavljanje pacijentovih reči, podsticanje, sažimanje/zaokruživanje onoga što je pacijent već rekao), koje takođe imaju za cilj da pacijenta podstaknu da što više kaže o svom problemu, u engleskom korpusu se sreću u 63% slučajeva, a u srpskom u 40%. Peti korak (postepeni

prelazak na centralni deo razgovora) nije prisutan ni u jednom ni u drugom korpusu, dok se naredna četiri koraka (hronološki opis tegoba, anamneza, društvena istorija i porodična istorija) i u jednom i u drugom korpusu sreću tek povremeno, bez određenog pravila, i u gotovo podjednakom broju slučajeva i sličnim situacijama. Fizički pregled je u medicinskim susretima iz engleskog korpusa neizostavan, dok u srpskom to nije uvek slučaj i zavisi od razloga pacijentovog dolaska. Takođe, dok lekari sa engleskog govornog područja uvek izdvajaju vreme da pacijentu razjasne dijagnozu, njihove srpske kolege to retko čine, ali zato i jedni i drugi neizostavno komentarišu dalji tok lečenja. Međutim, dok u engleskom korpusu nailazimo na nekoliko slučajeva gde pacijent uzima aktivno učešće u donošenju konačne odluke o lečenju, dotle u srpskom korpusu to ni jednom nije slučaj. Na davanje pisanog uputstva pacijentu nailazimo samo jednom, i to u engleskom korpusu, dok zatvaranje razgovora i jedni i drugi lekari obavljaju prema preporukama.

Iz svega navedenog, možemo zaključiti da se lekari sa engleskog govornog područja u dovoljnoj meri pridržavaju preporučenog biopsihosociološkog modela, iako ne u potpunosti i ne uvek preporučenim redosledom. Razgovori i po dužini sasvim odgovaraju ovakvom modelu, jer lekar ima dovoljno vremena da obuhvati sve preporučene segmente.

U poređenju sa kolegama sa engleskog govornog područja, ovdašnji lekari se manje dosledno pridržavaju preporučenog biopsihosociološkog modela i njihovi razgovori sa pacijentom još uvek mnogo više odgovaraju biomedicinskom modelu. Ipak, u razgovorima su nesporno prisutni određeni koraci koje podrazumeva biopsihosociološki model, koji su međutim nedovoljno razrađeni ili nemaju preporučeno mesto u razgovoru. Razlog za to bi pre svega moglo biti znatno kraće vreme koje ovdašnji lekari imaju na raspolaganju za razgovor sa pacijentima, pa se možda ne može ni očekivati da medicinskim susretom obuhvate sve tražene segmente. Takođe, na engleskom govornom području sve se više pažnje posvećuje medicinskom susretu i modelu interakcije lekara i pacijenta, i to u okviru medicinske prakse, dok se na našem području to pitanje još uvek ne razmatra sa onoliko pažnje koliko zaslužuje.

### **3.2. Žanr medicinskog susreta**

Poredili smo dva korpusa imajući u vidu žanr i tipove priča koje tokom susreta pričaju lekari i pacijenti.

### 3.2.1. Žanr razgovora u engleskom korpusu

Kada je reč o engleskom korpusu, može se reći da svih 19 analiziranih razgovora predstavljaju kombinaciju dva žanra – konverzacije koja podseća na svakodnevnu i intervjuu gde učesnici imaju jasno utvrđene uloge. U svim posmatranim slučajevima, ova dva žanra smenjuju se po utvrđenom redosledu, tj. forma intervjuu je rezervisana za centralni deo razgovora tokom kojeg lekar uzima anamnezu i pregleda pacijenta, dok svi ostali delovi razgovora više podsećaju na svakodnevnu komunikaciju.

Zanimljivo je istaći da se priča kao obeležje žanra konverzacije sreće u čak 15 od ukupno 19 analiziranih razgovora (79%), a njome se podjednako koriste i pacijenti i lekari. Pacijenti se, prema navedenoj klasifikaciji Ejnsvort Von (Ainsworth–Vaughn 1998)<sup>57</sup> najviše služe tzv. Labovljevim pričama, za kojima posežu kako bi objasnili ko ili šta ih je navelo da toga dana dođu na pregled (Primer 29) ili pak navode prošle događaje po redu zbivanja (Primer 30).

Primer 29:

- P: But yesterday: afternoon, 'course I usually see Roger and Joyce around noon:  
In the afternoon (.) uhh (.) first thing Joyce said is Mom did you call the doctor today (..) Hhh I says yes I did but his line was busy and I was gonna call him again. Well then when I called and I (.) couldn't go in yesterday and of course that was the first thing he asked me last night (...) Hhh (.) did you call the doctor, I says yes. What did he say I didn't talk to him I have to go in and see him tomorrow. Well don't forget ((laughs))  
D: Mmh-hmh ((laughs)) Well, theyare after you, aren't they?  
P: They're after me.

(EIM 2)

U primeru je očito reč o Labovljevoj priči jer se, u pokušaju da objasni kako se odlučila da dođe na pregled, pacijentkinja vraća na prošle događaje. Reč je o događajima od prethodnog dana kada su je sin (Rodžer) i njegova supruga (Džojks) propitivali da li je zakazala pregled kod lekara. Još jedan pokazatelj da se radi o Labovljevoj priči jeste činjenica da pacijentkinja navodi događaje hronološkim redom - najpre razgovor sa snahom koji se dogodio tokom popodneva, a zatim i razgovor sa sinom (verovatno putem telefona) koji se odigrao tokom večeri. Kao i u slučajevima na koje je Ejnsvort Von naišla u svom istraživanju (Ainsworth–Vaughn 1998: 153), i ovde se opisuje aktivnost drugih ljudi (sina i snahe), koja najpre ima za cilj da pokaže da i drugi smatraju da je pacijentkinjin dolazak na pregled važan i opravdan, ali i da je

---

<sup>57</sup>Vidi 2.5.2.2.

pacijentkinja cenjen član porodice kao važne društvene grupe. Pacijentkinja detaljno prepričava oba razgovora koja je vodila sa mlađim članovima svoje porodice, pri tome praveći česte duže i kraće pauze i ne pridržavajući se gramatičkih pravila o navođenju tuđeg govora – stiče se utisak da žuri da što pre ispriča svoju priču (možda u strahu da će biti prekinuta ili u želji da dokaže opravdanost svog dolaska) i da se pritom trudi da ne izostavi bilo koji detalj razgovora. Lekar sluša pacijentkinju, ne pokušavajući da je prekine, i svojim minimalnim responsom (*mmh-hmh*) potvrđuje da je primio k' znanju ono što je upravo čuo, nakon čega se našali sa pacijentkinjom (*They are after you, aren't they?*), koja svojim odgovorom pokazuje da prihvata šalu.

**Primer 30:**

- D: Ehh: you've managed to avoid doctors long enough that uh there's not much record on you ((laughs))  
P: Well, I've been going to uh (..) dr ((XXX)) about the circulation problem in my legs since 1978. (...) Uhh then I had uh (..)I had an angiogram and an angioplasty uh... about 5 years ago at: dr ((XXX)) and both of 'em there at the Thorasic Clinic.  
D: Mmm-hmm. Right.

(ES 11)

I ovde je reč o klasičnoj Labovljevoj priči, koja ovoga puta započinje u dalekoj prošlosti (1978. godine) i potom se kreće ka sadašnjem trenutku, navodeći probleme sa kojima se pacijent suočavao i način na koji se tim problemima bavio, hronološkim redom. Baš kao što i Ejnsvort Von (Ainsworth–Vaughn 1998: 153) navodi u svom istraživanju, pacijent pominje događaje koji su se nizali jedan za drugim i tokom kojih je preduzeo određene aktivnosti po pitanju svog zdravlja tako što je posećivao lekare određenih specijalnosti. U priči se nazire i dijagnoza, jer pacijent već na početku priče nagoveštava prirodu svog problema (*circulation problem*). I u ovom primeru, lekar se služi minimalnim responsom (*mmm-hmm*) i potvrdom (*right*) i na taj način pokazuje pacijentu da je saslušao njegovu priču, a da prethodno nije pokušao da ga prekine.

U nekim slučajevima, pacijenti su se takođe služili pričama o uobičajenim radnjama i stanjima (Primer 31).

**Primer 31:**

- D: [...] Well, if had the uh: ACL reconstruction it wouldn't [...] as long as your work isn't too physical.  
P: Well, right now it is. But well/then as the project increases I don't do work (.) I basically just tell people what to do. (..) In the beginning I do, you know, physical work. Being an electrician and all (.) up and down and (...) on my knees and all.

D: Mmm-hmm. Sure (.) Well it'd be a little better to delay it until that phase of the project is (...)/is uh completed.

(ES 13)

U ovom slučaju, pacijentova priča se odnosi na nešto što svakodnevno radi, jer je reč o poslu kojim se bavi. Pacijent navodi različite faze posla koji obavlja i šta je karakteristično za te faze. Da je reč o priči koja govori o uobičajenim radnjama ili stanjima, jasno je i iz izbora leksike – *as the project increases* (kako projekat odmiče), *basically* (u suštini), *in the beginning* (u početku). Lekar pažljivo sluša pacijentovo izlaganje, minimalnim responsom (*mmm-hmm*) i potvrdom (*sure*) pokazuje da razume šta pacijent želi da kaže i nadovezuje se preporukom o daljem toku lečenja.

Kada je reč o lekarima u engleskom korpusu, oni najviše pribegavaju tzv. hipotetičkim pričama, u kojima pokušavaju pacijentu da objasne šta ga čeka ukoliko se odluči za određeni tretman (Primer 32), ali služe se i pričama o uobičajenim radnjama i stanjima, posebno kada govore o efektu pojedinih vrsta terapije (Primer 33).

Primer 32:

D: [...] If we can't get rid of the pain with cortisone and ((XXX)) mix, that means that ((XXX)) is not in the spot or cortisone is not in the spot. OK? The cortisone takes 2-3 days to work 2-3 weeks to make full improvement. If I give you a shot and cortisone works and eliminates the pain, we're done. If the cortisone does not work, then we see where the pain is and go for another treatment. (.) We will talk about that point if the cortisone does not work.

P: OK. So, I need to take cortisone injections for two weeks↓

(ES 3)

Ovde je reč o klasičnom primeru hipotetičke priče, kojom se lekar služi kako bi objasnio pacijentu šta se može dogoditi ukoliko se odluči za terapiju kortizonskim injekcijama. Lekar čak četiri puta upotrebljava uslovnu rečenicu i na taj način pacijentu navodi mogućnosti pozitivnog i negativnog ishoda lečenja. Pacijent se slaže sa onim što je čuo od lekara (*ok*) i izvodi zaključak kojim na neki način zaokružuje sve što je lekar želeo da kaže (*So, I need to take cortisone injections for two weeks*).

Primer 33:

D: Hhh (...) It's uh a contracture. It's not always related to alcohol. And it pulls their/ eventually the hand winds up like this (...). But that depends on how heavy the progression is. (.) The treatment for it/uh unfortunately there's no medicine (..) Little injections don't help. You need to go in there and loosen stuff up surgically.

P: Mhm.

(ES 11)

U ovom primeru lekar priča priču kako bi pacijentu razjasnio dijagnozu grčenja šake, te ona spada u kategoriju priča o uobičajenim radnjama i stanjima, što se vidi i na osnovu izbora leksike (*always, eventually*). Iako se u takvim pričama lekari često služe stručnom terminologijom, to ovde nije slučaj, naprotiv – čini se da se lekar trudi da pacijentu što jednostavnije objasni o kakvoj dijagnozi je reč i šta bi povodom toga *trebalomogao* da uradi. Zapažamo česte pauze u govoru, kao i oklevanja i ispravke, što je verovatno posledica upravo lekarovog pokušaja da pacijentu približi dijagnozu služeći se jednostavnijim, laičkim, jezikom. U prilog tome govori i činjenica da se u poslednjoj rečenici služi frazalnim glagolom (*to loosen up*), što je u engleskom jeziku odlika razgovornog jezika.

### 3.2.2. Žanr razgovora u srpskom korpusu

Kao i u slučaju engleskog korpusa, u razgovorima iz srpskog korpusa reč je o kombinaciji dva žanra – svakodnevne komunikacije i intervjua, iako u većini snimljenih razgovora forma intervjua ima veću zastupljenost. Izuzetak predstavljaju psihijatrijski razgovori, gde pacijent ima mnogo više prostora da iznese sve što želi da kaže, te je i očekivano da će u ovim razgovorima asimetrija među govornicima biti manja nego u razgovorima iz ostalih specijalnosti.

Dakle, za razliku od engleskog korpusa, gde je forma intervjua rezervisana isključivo za centralni deo razgovora, u razgovorima na srpskom jeziku ona se često sreće već od samog početka, odmah nakon otvaranja razgovora, i ogleda se u postavljanju pitanja u nizu. Ukoliko je konverzacija kao žanr prisutna, zapažamo je u prvom delu razgovora (kao i u engleskom korpusu), ali nešto ređe u završnom delu razgovora (za razliku od engleskog korpusa gde je to bilo uobičajeno).

Ipak, priča, kao obeležje žanra konverzacije, sreće se u gotovo polovini snimljenih razgovora – 52/110 (47%). Posmatrano kroz grane medicine, priča se najčešće sreće u razgovorima iz oblasti psihijatrije (4/4), zatim ORL (8/10) i kardiologije (12/16), dok je najmanje zastupljena u razgovorima iz oblasti pulmologije (18/37) i pedijatrije (10/33). Rekli bismo da ove razlike umnogome direktno zavise od dužine samog razgovora i vremena koje je lekarima na raspolaganju – razgovori iz oblasti psihijatrije u proseku traju i do 5 puta duže od svih ostalih, dok su razgovori iz oblasti ORL barem dvostruko duži od svih razgovora izuzev psihoterapeutskih. I

razgovori iz oblasti kardiologije u proseku traju nekoliko minuta duže od onih iz oblasti pulmologije i pedijatrije, koji su ujedno i najkraći.

Kao i u razgovorima iz engleskog korpusa, pričama se služe i lekari i pacijenti, mada se zapaža da u ovom slučaju lekari za pričom posežu nešto češće od pacijenata, kojima lekar ne ostavlja uvek prostora da u svoj odgovor umetnu (dužu) priču.

Baš kao i u slučaju engleskog korpusa, kod pacijenata iz srpskog korpusa najzastupljenije su tzv. Labovljeve priče, kojima se pacijenti služe u početnom delu razgovora. Međutim, zanimljivo je istaći da u ovom korpusu nismo pronašli ni jednu Labovljevu priču koja ima za temu razloge dolaska na pregled, ili osobe koje su uticale na to da pacijent dođe na pregled, već je isključivo reč o pričama koje navode događaje po redosledu zbivanja a u cilju opisivanja pacijentovog stanja (Primer 34).

#### Primer 34:

- L: [...] Pa, kako ste živeli 6 godina s kašljem?  
P: Lepo, kašljem, teram dalje //  
L: //A: kako ste sad došli do zaključka da dođete kod doktora? Je l' sad sve gore ili ste rešili //da vidite šta je to?  
P: //Ne (.) Ne, ne, ne, ja sam pre 2 godine počeo da radim, ovaj, radim kao veštak na narkoticima u policiji i radim u laboratoriji koja je izložena/gde sam izložen isparenjima hemikalija organskih i tako dalje, i tako dalje (.) I: ovaj, to se samo pogoršalo, a ja sad imam problem noću ne znam: guši me da ne mogu da dišem, pa onda bilo, u stvari, pre mesec dana smo imali sistematski pregled i na sistematskom pregledu sam se ja zadihao da/da nisam mogao da dođem sebi petnaestak minuta: Pa je onda krenula doktorka 'ajde da vidimo šta je.  
L: Mhm. Jeste išli još negde?

(SPUL 17)

U primeru je reč o Labovljevoj priči jer se pacijent vraća u prošlost (u period od pre 2 godine) kada je počeo da radi na sadašnjem radnom mestu, da bi zatim nastavio da se kreće ka sadašnjem trenutku. Dalje navodi šta se dogodilo pre mesec dana (sistematski pregled), kao i kako se u sadašnjem trenutku oseća i kako se stanje progresivno pogoršavalo. Pominje i lekarku koja se prva zainteresovala za njegov slučaj i koja je očitó zatražila prva ispitivanja. Lekar svojim komentarom (minimalnim responsom *mmh*) pokazuje da je saslušao pacijenta i razumeo šta mu je ispričao, a potom prelazi na restriktivna pitanja kako bi došao do pojedinosti koje ga zanimaju.

I u ovom korpusu, zapaženo je da se pacijenti služe i pričama koje spadaju u kategoriju priča o uobičajenim radnjama i stanjima (Primer 35).



Primer 35:

- P: [...] Pijem te lekove što mi je doktorka dala.  
L: Dobro. A, reci mi: noću spavaš?  
P: Neku noć spavam, a neku ne mogu da spavam. Kad dobijem pritisak onda mi je i puls povišen, počnem da drhtim sva //  
L: //Mhm. Dobro. [...]

(SKARD 7)

Pacijentkinja ovde govori o nečemu što joj se uobičajeno ili povremeno dešava. Služi se sadašnjim vremenom, a kao pokazatelj ponovljene radnje ili stanja, javlja se vremenska rečenica (*Kad dobijem pritisak...*). Lekar je u jednom trenutku prekida, ali joj pokazuje da je saslušao (minimalni respons *mhm*) šta ima da kaže i da je čuo dovoljno.

I u razgovorima iz srpskog korpusa, lekari se najviše služe hipotetičkim pričama (Primer 36), a potom i pričama o uobičajenim radnjama i stanjima (Primer 37).

Primer 36:

- P: [...] Ja baš vodim računa o ishrani.  
L: Što se vidi po vama, niste gojazni.  
P. Da.  
L: A, i da bismo mi bili sigurni da su vam nalazi dobri, možemo da uradimo kontrolu za 3-4 meseca (.) I da vidimo. Ako je to i dalje ovako, onda u suštini, s obzirom na godine starosti (.) i nizak pritisak: ja ne bih za sada uvodio ništa. Ne bi uvodio statine. Tek ako ne bude bilo neke drastične razlike, recimo 7, 8, 9, itd., a da ovaj bude preko 5, 6 = Znači, ovaj loš bi trebao da bude ispod 3. On je sad 4. I to je ono što mi zovemo umereno:

(SKARD 6)

U ovom primeru reč je o tipičnoj hipotetičkoj priči kojom se lekar služi kako bi pacijentkinji objasnio šta je moguće preduzeti u vezi sa visokim vrednostima njenog holesterola. Ni u jednom trenutku lekar ne govori konkretno šta će uraditi već šta je *moguće* uraditi i kako *bi trebalo* da bude. Služi se uslovnim rečenicama i modalnim glagolima, po čemu je ovaj tip priča i prepoznatljiv.

Primer 37:

- P: Ja uvek dišem na nos. Kad god ne dišem tako, ja se probudim.  
L: Da. Jedino ispravno, jedino fiziološko disanje je disanje na nos. Znače, za organizam je skoro svejedno da li ste na Severnom polu ili u Sahari, ako dišete na nos. Da za tih 7 cm koliko je prosečna visina ili dužina nosa vazduh bude adekvatno zagrejan, ovlažen, humidifikovan, prečišćen i pripremljen za silazak u donje disajne puteve (.) Znači, trudite se uvek da dišete na nos, jer ako to ne radite, onda bi za organizam to bilo neprijatno, kao kada bi kafu, supu, čaj pili na nos umesto na usta.

(SORL 4)

Lekar priča priču kako bi pacijentu objasnio neophodnost disanja na nos, te je ovo primer za priču o uobičajenim radnjama ili stanjima. Lekar se služi primerima iz života kako bi pacijentu na što jednostavniji način približio ono što želi da objasni. Dakle, služi se dosta jednostavnim jezikom, bez stručne terminologije, ukoliko izuzmemo termin *humidifikovan* koji više spada u domen profesionalnog žargona.

### 3.2.3. Zaključak

Iako su priče prisutne i u engleskom i u srpskom korpusu, razlike postoje.

Kada je reč o razgovorima iz engleskog korpusa, zaključujemo da lekari, osim što i sami veoma često posežu za pričom, daju dovoljno prostora svojim pacijentima da ispričaju svoje priče i to u onim delovima razgovora koji bi po pravilu trebalo više da budu usmereni na samog pacijenta (uvodni i završni delovi razgovora). Zapažamo da je broj priča koje pričaju pacijenti i onaj koje pričaju lekari u ovom korpusu gotovo jednak, a priča kao takva zastupljena je u čak 79% slučajeva. U centralnom delu razgovora, koji se svodi na postavljanje pitanja radi utvrđivanja dijagnoze, priče nisu zastupljene i to pravilo podjednako poštuju i lekari i pacijenti.

U srpskom korpusu, situacija je nešto drugačija. Pre svega, priče su zastupljene u nešto manje od polovine svih razgovora (47%). Takođe, postoji značajna asimetrija kada je reč o broju priča koje pričaju lekari i onih koje pričaju pacijenti. Pored toga što su brojnije, priče lekara su i znatno duže od priča koje pričaju pacijenti i neprekinute su, dok pacijenti pričaju nešto kraće priče i često bivaju prekidani od strane lekara. Zaključili smo da postoje razlike među specijalnostima, kao i da prisustvo priča u razgovoru zavisi i od vremena koje lekari imaju na raspolaganju za taj razgovor, te da su priče najzastupljenije i najduže u oblasti psihijatrije, a najređe se javljaju u oblasti pulmologije i pedijatrije.

U razgovorima iz oba korpusa, najdominantniji tip priča za koje se odlučuju pacijenti jesu Labovljeve priče, koje uvek povezuju prošlost i sadašnjost, a mogu imati dvojaku namenu – da opišu zašto i uz čiji nagovor pacijent toga dana dolazi na pregled ili da hronološki poređaju događaje koji se tiču pacijentovog dotadašnjeg lečenja ili tegoba. Dok su u engleskom korpusu podjednako zastupljena oba podtipa, u srpskom smo naišli samo na drugi. Osim Labovljevih priča, pacijenti u oba korpusa povremeno koriste i priče o uobičajenim radnjama i stanjima, pre svega kako bi govorili o svojim

navikama ili o trenutnom stanju. Sa druge strane, lekari iz oba korpusa podjednako često se služe hipotetičkim pričama i pričama o uobičajenim radnjama i stanjima.

S obzirom na relativno veliki broj priča u oba korpusa, možemo zaključiti da žanr razgovora između lekara i pacijenta treba tražiti negde na kontinuumu između svakodnevnih komunikacija i intervjuja, te da se ova dva žanra zapravo smenjuju u interakciji lekara i pacijenta u zavisnosti od dela razgovora – intervju više odgovara centralnom delu razgovora kojim dominira lekar, dok običan razgovor više odgovara početnom i završnom delu susreta koji bi u svom središtu trebalo da imaju pacijenta. Analizom oba korpusa, došli smo do zaključka da u engleskom korpusu to uvek i jeste slučaj, dok u srpskom korpusu granice nisu baš sasvim jasne i čini se da je prisutna veća dominacija lekara i manja zastupljenost pacijenta, te da je samim tim intervju kao žanr nešto zastupljeniji od običnog razgovora.

### **3.3. Inicijativa**

U snimljenim razgovorima iz engleskog i srpskog korpusa pokušali smo da pronađemo primere (preuzimanja) inicijative od strane lekara i pacijenta u toku razgovora. Pretpostavili smo da inicijativa za sâm dolazak u lekarsku ordinaciju u svim slučajevima pripada pacijentu, te to nismo posebno razmatrali.

#### **3.3.1. Ispoljavanje i preuzimanje inicijative u engleskom korpusu**

U svim razgovorima iz engleskog korpusa pronašli smo primere ispoljavanja ili preuzimanja inicijative, kako od strane lekara, tako i od strane pacijenta. U svim posmatranim slučajevima lekar je taj koji upravlja razgovorom, uvodi temu i podteme, po potrebi navodi pacijenta na željeni odgovor, prekida izlaganje pacijenta ukoliko ga ne smatra relevantnim i zauzima veći ukupni prostor tokom razgovora. Međutim, pacijenti takođe imaju brojne prilike za ispoljavanje inicijative, što lekar nekada prihvata i razgovor usmerava u pravcu koji je odabrao pacijent, dok nekada pak odlučuje da prekine pacijenta i ne dozvoli mu da uvede novu temu, iznese mišljenje ili postavi pitanje.

##### **3.3.1.1. Lekari**

U posmatranim razgovorima, lekari uglavnom ispoljavaju inicijativu tako što upravljaju celim razgovorom, a to čine na nekoliko načina. Jedan od tih načina jeste

usmeravanje razgovora u željenom pravcu postavljanjem konkretnih i preciznih pitanja, što je slučaj u 100% razgovora iz engleskog korpusa (Primer 38). Još jedan način ispoljavanja inicijative jeste navođenje pacijenta na određeni odgovor, što smo zapazili u ukupno 3 razgovora (Primer 39). Dalje, iako pacijent dolazi lekaru sa određenim problemom, što na neki način određuje temu razgovora, ipak je lekar taj koji u svim posmatranim razgovorima uvodi teme i podteme razgovora (Primer 40). Najzad, lekar određuje ponašanje pacijentu – upućuje ga da sedne, legne, svuče se, pređe u drugu prostoriju ili pokaže prethodni nalaz, čime takođe ispoljava inicijativu unutar medicinskog susreta (Primer 41).

Primer 38:

D: [...]It's painful when/when you sit and rest?  
P: Um: sometimes when I sit. I always feel ((XXX)) going through my //  
D: , //Does it wake  
you up at night?  
P: No.  
D: You sleep OK?  
P: Well, I take ((XXX))  
D: How much?  
P: Half a milligram [...]

(ES 7)

U ovom segmentu razgovora, lekar pokušava da sazna što više o problemu na koji se pacijent žali. To čini postavljanjem restriktivnih pitanja u nizu, čime jasno stavlja pacijentu do znanja da je on taj koji kontroliše tok razgovora i da zadržava pravo da razgovor u svakom trenutku usmeri u željenom pravcu. Ovo posebno dolazi do izražaja u drugom sledu – nakon prvog sleda u kojem je lekar pacijentu postavio pitanje (*It's painful when/when you sit and rest?*) i na njega dobio pomalo nesiguran odgovor (*Um: sometimes when I sit*) koji je pacijent zatim pokušao da dopuni, lekar prekida pacijenta u daljem izlaganju, preuzima inicijativu i postavlja novo pitanje u nizu (*Does it wake you up at night?*) na koje dobija kratak i precizan odgovor. Sledi još jedno pitanje (*You sleep ok?*), ali ovoga puta umesto potvrdnog ili odričnog odgovora pacijent u svom turnusu navodi da uzima određene tablete za spavanje, zbog čega se lekar u nastavku odlučuje za umetnuti sled koji započinje pitanjem u vezi sa doziranjem pomenutih pilula (*How much?*). U celom segmentu lekar ispoljava jasnu inicijativu, dok pacijent svojim odgovorima samo prati lekara. Povodom ovoga, Mišler (Mishler 1984: 67) ističe da lekar na ovaj način postavlja pitanja kako bi stavio pacijentu do znanja da

on sve vreme drži temu pod kontrolom, iako je (naizgled) pacijent taj koji iznosi problem zbog kojeg je došao u ordinaciju.

Primer 39:

P: [...] After that, I spent time looking up stuff on the Internet, because I didn't know much about it//  
D: //Let's go back when you went to see a cardiologist, did they do a stress test?  
P: Yeah.  
D: And they said everything was OK, physically↓  
P: Well, was it a stress test or was it something else: They were doing something that was checking://  
[...]  
D: //Yeah, maybe a monitor?  
P: Yeah.

(ES 8)

I u ovom primeru lekar svojim pitanjima upravlja razgovorom, s tim što ovoga puta upadljivije navodi pacijenta u određenom pravcu ili na konkretan odgovor. Nakon prvog pacijentovog iskaza u kojem on pokušava da ispriča kako se osećao i šta je radio nakon što je saznao od čega boluje (*I spent time looking stuff up on the Internet*), lekar preuzima inicijativu tako što prekida njegovo izlaganje i usmerava ga na konkretan događaj i ono što se tom prilikom dešavalo (*Let's go back when...*). Nakon pacijentovog potvrdnog odgovora, lekar traži potvrdu (Mišler, 1984: 67) nečega što je pacijent izrekao u nekom od prethodnih segmenata razgovora (*And they said everything was ok, phisically*). Na kraju ovog segmenta nailazimo i na veoma konkretno navođenje (*Maybe a monitor?*), jer u okviru svog pitanja lekar pacijentu zapravo nudi odgovor, koji ovaj i prihvata, odgovorivši potvrdno.

Primer 40:

D: So, Dave told me [...] that you had problems with your shoulder for quite some time.  
P: Mhm.  
D: [...] Is this a medical bracelet? For allergies?  
P: Oh, yeah.  
D: OK, that's a good idea  
P: Well:  
D: [...] Well let's see. Are you/are you neighbors with ((XXX))?  
P: Yeah, but he lives in the other section [...]

(ES 6)

Navedeni primer pokazuje koliko različitih tema lekar može uvesti tokom razgovora sa pacijentom, a da one pri tome mogu i ne moraju imati direktne veze sa

pacijentovim problemom. Pacijentkinja očito dolazi na pregled zbog problema sa ramenom, što lekar i navodi u svom prvom turnusu, a pacijentkinja minimalnim responsom (*mhm*) i potvrđuje. Nakon toga sledi fizički pregled (koji se u primeru ne navodi), iza čega lekar iznenada uvodi novu temu pitanjem o medicinskoj narukvici koju pacijentkinja nosi. Nakon što dobije odgovor na postavljeno pitanje, lekar se služi trećim turnusom u vidu jednog neutralnog odgovora (*ok*) i jedne pozitivne procene (*that's a good idea*) koja ima za cilj da ohrabri i podrži pacijentkinju. Najzad, nešto kasnije (nakon još jednog dela razgovora koji nam nije bio zanimljiv u ovom primeru), lekar uvodi još jednu novu temu, koja naizgled nema nikakve veze sa medicinskim problemom zbog kojeg pacijentkinja dolazi. Lekar pita da li izvesna osoba (drugi pacijent?) stanuje u njenom komšiluku, na šta pacijentkinja spremno odgovara i nastavlja razgovor u pravcu koji je odabrao lekar.

#### Primer 41:

D: [...] Let me see you walk without your cane.

P: ((gets up and walks))

D: OK. All right, OK (.) Can you get this down for me? [...] Can you take off your pants?

P: My pants?

D: Yeah.

P: Oh, OK [...]

D. OK. Let me see you walk again.

(ES 9)

U datom primeru zapažamo nekoliko načina na koje lekar pacijentu određuje ponašanje tokom medicinskog susreta. U pitanju je deo razgovora tokom kojeg lekar obavlja fizički pregled pacijenta. Najpre mu traži da pokaže kako hoda bez pomoći štapa, što pacijent spremno prihvata, bez ikakvog komentara. Zatim lekar traži da pacijent svuče pantalone, na šta on ne pristaje tako spremno kao prvi put. Od lekara prvo traži potvrdu da je dobro razumeo (*My pants?*), pa tek nakon što lekar potvrdi da je upravo to želeo, pacijent prihvata, uz dosta oklevanja. Partikula *oh* u ovom turnusu označava pacijentovu zbunjenost i podseća na početak tzv. nepreferirane replike (Polovina 1990: 24; Schegloff 2007: 58-67). Nakon toga, lekar još jednom traži pacijentu da mu pokaže kako hoda. Iako su u pitanju naredbe, lekar se trudi da ih ublaži. Naime, u sva tri slučaja umesto imperativa lekar koristi indirektne naredbe, koje uvodi uz pomoć *Let me...* i *Can you...?*, čime znatno olakšava poziciju pacijenta jer se (barem naizgled) čini da može i da odbije da uradi ono što lekar od njega traži, zbog čega se verovatno oseća bolje i prijatnije.

### 3.3.1.2. Pacijenti

Primere za inicijativu koju ispoljava pacijent pronalazimo u čak 17/19 razgovora (89%), dok je u jednom razgovoru (EIM 3) prisutna jasno izražena inicijativa pacijentovih pratilaca (sina i ćerke) koji sve vreme nastupaju umesto pacijenta koji ni jednog trenutka ne pokušava da ispolji inicijativu i čini se kao da nije ni prisutan.

Kao i lekar, i pacijent ispoljava inicijativu na nekoliko načina. Na primer, on to čini tako što prvi započinje fatičku razmenu sa lekarom iako je zakoračio na teritoriju na kojoj je lekar domaćin, a on gost, što je slučaj u jednom posmatranom razgovoru (ES 14) (Primer 42). Zatim, pacijent ispoljava inicijativu i tako što u toku razgovora postavlja lekaru pitanja o svom slučaju (na šta smo naišli u 12/19 razgovora) (Primer 43), tako što iznosi sopstveno mišljenje (što je slučaj u 8/19 razgovora) (Primer 44) ili tako što uvodi (ili pokušava da uvede) novu temu ili podtemu (što se dešava u 8/19 razgovora) (Primer 45). Najzad, posebno je zanimljivo pomenuti da pacijent ispoljava inicijativu i tako što započinje fatičku razmenu sa lekarom na teme koje se tiču lekarovog privatnog života i to čak 5 puta u ukupno 4/19 razgovora (Primer 46). U svim ovim slučajevima, lekar prihvata inicijativu pacijenta i nastavlja razgovor u pravcu koji je pacijent odabrao.

Primer 42:

P: I played golf I played golf  
D: Oh right  
P: I played golf on: Saturday  
D: Did you go to the Fred Meyer?  
P: Ah no I didn't: no, I didn't feel: that good (...) about uh about I know  
Thursday I felt pretty good, took the kids down to the fair Thursday and  
walked around for a: few hours  
D: Good (...) and you played golf when  
P: Ah Saturday  
D: How'd you play  
P: ((XXX)) six  
D: You shot down six  
P: Yeah Oregon City on the front side  
D: No kidding (...)

(ES 14)

Navedeni primer predstavlja sam početak medicinskog susreta i pacijent izgovara prvu repliku odmah po ulasku u ordinaciju. Neobično je to što nema standardnog otvaranja razgovora, pa se stiče utisak da je pacijent veoma uzbuđen i da nije mogao da dočeka da sa svojim lekarom podeli ovu informaciju. Lekar prihvata

temu iz svakodnevnog života koju je pacijent nametnuo, tako što najpre pokazuje da je primio informaciju upotrebom partikule *oh* i neutralnog odgovora *right*. Pomenuli smo već da ten Have (1991: 157) navodi kako lekari veoma retko, gotovo nikada, ne koriste partikulu *oh*<sup>58</sup>, te da je ona veoma zastupljena u svakodnevnom govoru i da zapravo služi da pokaže da smo informaciju primili (Schegloff 2007: 118), te da je ona za nas značajna (ten Have 1991: 157); iz tog razloga, njome se mnogo češće služe pacijenti kao odgovor na lekarovo izlaganje. Upotreba ove partikule je, dakle, prvi znak da se lekar i pacijent dobro poznaju i da su tokom razgovora opušteni i manje formalni. Nakon ovakve lekarove reakcije, pacijent započinje još jedan sled istom informacijom koju neznatno dopunjuje (*I played golf on: Saturday*), nakon čega lekar nastavlja ćaskanje proširujući temu. U pitanju koje lekar postavlja unutar svog turnusa očitno je reč o izvesnom sportskom centru (*Fred Meyer*) koji ima terene za golf, a pacijent umesto konkretnog odgovora na pitanje daje mnogo širi odgovor, pri čemu iznosi i kako se osećao i šta je sve bio u stanju da uradi određenog dana. Ovaj njegov doprinos zvuči dosta nepovezano, nesigurno, opterećen je oklevanjima, pogrešnim startom, dužom pauzom. Lekar dalje nastavlja da ispituje pacijenta o partiji golfa koju je odigrao i čini se da je iskreno zainteresovan za temu. Iz poslednjeg lekarovog iskaza koji je veoma neformalan (*no kidding*) još jednom zaključujemo da se lekar i pacijent dobro poznaju, ali i da očigledno dele strast prema golfu.

#### Primer 43:

- P: [...]Mhm-hmh (...) with what you've seem um: without surgery what could I expect?  
 D: In terms of:  
 P: Uh: mobility  
 D: When?  
 P: Without surgery  
 D: Without (...) well um: (...) I'll bet you walk around just fine/I'll bet now you as loose as the knee feel, you know, go back to where we started by saying as loose as the knee feels I think (.) you could this knee I would predict is a knee that if you step off a curbs without you know you miss a step that kind of thing or [...]  
 P: Mmh-hmh

(ES 10)

Ovo je primer za uspešan pokušaj preuzimanja inicijative uz pomoć postavljanja pitanja tokom razgovora. Pacijent tome pristupa dosta nesigurno, jer iako svojim turnusom započinje sled, čini se da dosta okleva. Nakon minimalnog responsa

---

<sup>58</sup>Vidi 2.4.4



*mhm-hmh* (koji najverovatnije znači *da* ili *razumem* i kojim očito odgovora na lekarov prethodni iskaz) i jedne duge pauze (takoreći procepa u govoru), pacijent uspeva da formuliše pitanje. Umesto odgovora, lekar dva puta traži pojašnjenje (*in terms of: i when?*), koje i dobija od pacijenta, prvi put uz oklevanje (*uh:mobility*), drugi put znatno sigurnije. Tek onda lekar odgovara na pitanje, uz zastajkivanja, oklevanje, verbalno ispunjavanje pauze (strukturnim markerom *you know*) i čini to dosta konfuzno. Stiče se utisak da pokušava da objasni šta će se dogoditi na što jednostavniji, laički, način, ali da mu to ne polazi najbolje za rukom. Međutim, jasno je da lekar prihvata pacijentovu inicijativu jer se svakako trudi da mu detaljno odgovori na pitanje.

Primer 44:

P: This knee seems to be more swollen.

D: There's some swelling here (.) The right one doesn't bother you?

P: No, just left.

(ES 7)

U ovom primeru pacijent preuzima inicijativu tako što u toku razgovora sa lekarom iznosi sopstveno mišljenje (*This knee seems to be more swollen*). Lekar prihvata pacijentov iskaz i na njega odgovara tako što potvrđuje da otok zaista postoji. Nakon kratke pauze raspituje se i za drugo koleno, na šta pacijent odgovara odrično. U ovom slučaju lekar nije odbacio pacijentovo laičko mišljenje kao neosnovano ili mišljenje koje ne zavrđuje stručnu pažnju, već je prihvatio temu i čak je donekle proširio.

Primer 45:

P: [...](laughs) whereas my /my former lifestyle was (..) obviously in need of little explosions. ((sniffs)) Or it was used to them or something.

D: Mmm-hmm

P: I was gonna ask you (...) Oh, I was talking to my mum, uh, what about/is there a flu thing going?

D: Uh-huh

P: Do I need to (...) take precautions?

D: hhh You mean the/the flu shot↓

(EIM 1)

Ovaj primer pokazuje ispoljavanje inicijative putem uvođenja nove teme. Pacijentov prvi iskaz odnosi se na prethodni segment razgovora, gde su lekar i pacijent govorili o pojedinim pacijentovim lošim navikama. U drugom sledu pacijent odlučuje da promeni temu i to čini uz pomoć predstrukture (engl. *pre – sequence*) (Schegloff 2007: 44) *I was gonna ask you*. Potom uvodi i digresiju koja pokazuje da inicijativa za

pitanje koje će postaviti zapravo potiče od njegove majke, da bi najzad postavio i pitanje (*What about/is there a flu thing going?*). Lekar najpre daje neutralan odgovor (minimalni respons *uh-huh*) kojim zapravo ohrabruje pacijenta da nastavi, da kaže još nešto. Pacijent zatim u sledećem turnusu pojašnjava šta je hteo da pita, iako to čini dosta nespretno i uz upotrebu duge pauze (*Do I need to (...) take precautions?*). Iz tog razloga lekar oseća potrebu da u svom turnusu zatraži pojašnjenje (*You mean...*).

Primer 46:

D: [...]Well, that's a good sign [...]

P: And how's your daughter?

D: She's fine. Thank you. She's/she's doing very well [...] You'll get my name on the theater list?

P: Oh ((laughs)) Sure.

(ES 5)

U navedenom primeru pacijent ispoljava inicijativu tako što uvodi novu temu, pri čemu se tema odnosi na lekarov privatni život. Pacijent postavlja pitanje u vezi sa lekarovom ćerkom (koje nema nikakve veze sa prethodnim temama o kojima su tokom susreta razgovarali), a lekar spremno odgovara, bez prethodnog dvoumljenja. U lekarovom iskazu prisutan je jedan pogrešan start, ali jasno je da lekar ne izbegava da odgovori na postavljeno pitanje. Naprotiv, zahvaljuje se i čak na dva različita načina poručuje da je njegova ćerka dobro (*she's fine* i *she's doing very well*). Nakon toga vraća pacijenta na temu sa početka razgovora, kada su takođe ćaskali na privatne teme, i traži mu kartu za pozorišnu predstavu na Brodveju. Pacijent nakon glasne pauze (smeha) i neznatnog oklevanja potvrđuje da će to učiniti čime se ova razmena završava. Postavivši lekaru privatno pitanje, pacijent je verovatno samo želeo da bude ljubazan, kao tokom svakodnevne komunikacije. Kako je reč o interakciji sa izraženom društvenom funkcijom (Malinowski 1923: 151), možemo reći da se radi o fatičkoj razmeni koju lekar bez dvoumljenja prihvata. Dakle, lekar očito ne smatra da je pacijent prekoračio ovlašćenja i da ga je potrebno „postaviti na mesto”, već vrlo ljubazno odgovara na postavljeno pitanje i čak nastavlja razmenu novim doprinosom kojim pacijentu traži izvesnu uslugu. Iz ovakve razmene doprinosa zaključujemo da se lekar i pacijent verovatno dugo poznaju, da je pacijent opušten prilikom posete ovom lekaru, te da se vrlo verovatno sreću i izvan ordinacije, kao i da lekar ne smatra da je potrebno da ističe simbole moći tokom susreta sa ovim pacijentom. Ovakva lekarova reakcija na fatičku razmenu izrazito lične prirode potpuno je suprotna od svih sličnih primera koje je u svojem istraživanju pronašla Minić (2000: 163-164) i u kojima je svaki pokušaj

ovakve fizičke razmene bio odmah osujećen od strane lekara i doživljavao kao pretnja hijerarhiji unutar institucije.

U pojedinim analiziranim susretima pacijent ispoljava ili pokušava da ispolji inicijativu više puta u toku razgovora, ukupno 73 puta u celom korpusu. Pri tome, lekar čak 57 puta (78%) prihvata pacijentovu inicijativu i nastavlja razgovor u pravcu koji je pacijent odredio, tako što daje odgovor na pacijentovo pitanje, komentariše mišljenje koje je pacijent izneo ili se nadovezuje na ćaskanje koje je pacijent započeo. U preostalim 16 slučajeva, lekar ne dozvoljava pacijentu da ispolji inicijativu, a obično je reč o pokušaju pacijenta da uvede novu temu. U navedenim slučajevima, lekar ili prekida pacijenta ili nastavlja da prati svoju agendu kao da pacijent nije ništa ni rekao.

### **3.3.2. Ispoljavanje i preuzimanje inicijative u srpskom korpusu**

Kao i u slučaju engleskog korpusa, u svim analiziranim razgovorima iz srpskog korpusa pronašli smo primere ispoljavanja ili preuzimanja inicijative, najpre od strane lekara, a nešto ređe i od strane pacijenta. I ovde je u 100% slučajeva lekar taj koji upravlja razgovorom i zauzima veći ukupni prostor u razgovoru, te određuje i uvodi teme, insistira na određenim odgovorima ili prekida pacijenta kada god poželi. Ipak, i pacijenti povremeno ispoljavaju inicijativu ili pokušavaju da to učine, ali ređe u odnosu na lekare. Kao i u razgovorima iz engleskog korpusa, lekar u nekim slučajevima prihvata pacijentovu inicijativu i razgovor nastavlja u tom pravcu, dok nekada pak osujećuje svaki pokušaj pacijenta da ispolji inicijativu ili se, ukoliko to pacijentu ipak pođe za rukom, oglašuje o ono što je pacijent rekao, praveći se da se ništa nije dogodilo.

#### **3.3.2.1. Lekari**

U srpskom korpusu, lekari ispoljavaju inicijativu na nekoliko načina identičnih onima iz engleskog korpusa. I u ovom korpusu, osnovni način jeste usmeravanje razgovora postavljanjem preciznih pitanja (Primer 47). Ovo je slučaj u svim posmatranim razgovorima, bez obzira na granu medicine. Lekari takođe ispoljavaju inicijativu tako što navode pacijenta na određeni odgovor, što smo zapazili u ukupno 63/110 razgovora<sup>59</sup> (Primer 48). I ovde lekar u svim razgovorima odlučuje o temama i podtemama razgovora (Primer 49) i određuje pacijentu ponašanje (Primer 50), što posebno dolazi do izražaja u susretima u kojima lekar obavlja i fizički pregled pacijenta.

---

<sup>59</sup>Reč je o 14/37 razgovora iz oblasti pulmologije, 26/43 razgovora iz oblasti pedijatrije, sva 4 razgovora iz oblasti psihijatrije, 8/10 razgovora iz oblasti ORL i 11/16 razgovora iz oblasti kardiologije.

Primer 47:

- L: Izvolite sedite (.) Vi ste Nebojša, a? Jeste vi imali nekih problema sa plućima?  
P: Nikad.  
L: Česte prehlade, bronhitise:↑  
P: Možda nekad prehlada, al' to je://  
: //Nikad nije bilo ništa ozbiljnije↑  
P: Ne, nikad.  
L: Alergije neke?  
P: Ne.  
L: Jeste pušač?  
P: Bivši.  
L: Kad pre bivši? ((smeh))  
P: Poč'o sam na vreme.

(SPUL 27)

U navedenom primeru lekar postavljanjem restriktivnih pitanja u nizu upravlja razgovorom i sve vreme određuje pravac kojim će se razgovor kretati. Nakon što pacijent dobije dozvolu da uđe i sedne, lekar proverava da li u rukama ima pravi karton (*Vi ste Nebojša, a?*), a dosta neformalan način na koji to čini (pre svega zbog upotrebe partikule *a*, koja ima funkciju dopunskog operatora)<sup>60</sup> možda objašnjava činjenica da se radi o veoma mladom pacijentu, vojniku, koji dolazi na sistematski pregled. Lekar odmah prelazi na prvo pitanje u nizu, na koje dobija kratak odričan odgovor. Sledeće pitanje lekar postavlja u vidu eliptične rečenice i uzlazne intonacije (*Česte prehlade, bronhitise*↑), a pacijent ovoga puta umesto konkretnog odgovora pokušava da ponudi širi odgovor, možda priču, ali odmah biva prekinut narednim pitanjem (*Nikad nije bilo ništa ozbiljnije*↑), na koje najzad daje precizan odgovor. I u ovom i u narednom pitanju (*Alergije neke?*), lekar se odlučio za eliptična pitanja, što odaje utisak još veće sažetosti i preciznosti ovog susreta – kao da izborom takvih pitanja lekar želi da pokaže da u ovom razgovoru nema mesta ni jednoj suvišnoj informaciji. Ipak, nakon narednog pitanja (*Jeste pušač?*) i neočekivanog odgovora (umesto potvrdnog ili odričnog odgovora, pacijent navodi da je nekada bio pušač ali više nije), lekar za trenutak prekida ispitivanje i u jednom umetnutom sledu, više konstatacijom nego pitanjem (*Kad pre bivši?*), izražava svoje čuđenje. Kako je ovaj lekarov turnus praćen smehom, i pacijent sebi dozvoljava da odgovori na šaljiv način, koji je pri tome i neformalan, s obzirom da pacijent koristi eliziju.

---

<sup>60</sup>Reč je o tzv. *nazalnom a* za koje Kovačević (2015: 164-165) kaže da ima najveću supstandardnu vrednost i da je najkolokvijalnije od svih dopunskih operatora, te da se koristi kako bi pojačalo upitni karakter rečenice ili radi emocionalnog markiranja pitanja (Kovačević 2012: 71).

Primer 48:

L: Recite mi, sem zamaranja, to što je počelo zamaranje, ima li još nekih tegoba da vam je/da vam je smetalo? Da li vam je nešto još smetalo? (.) Neko lupanje srca, gubitak svesti↑

P: Nije, nije. Samo sam malaksala, nisam mogla da hodam, do prodavnice, do pošte, nigde. [...]

L: A niste imali temperaturu?

P: Ne, ne, ne, temperaturu nikako nisam imala [...]

(SKARD 13)

U navedenom segmentu razgovora, lekar ispoljava inicijativu tako što pacijentkinju navodi na određeni odgovor (takoreći „pomaže” joj da odgovori) i to čini čak dva puta. U prvom turnusu, nakon konkretnog pitanja o eventualnim drugim tegobama, lekar odmah „nudi” pacijentkinji i dva moguća odgovora koji njega kao specijalistu u njenom slučaju posebno zanimaju (*lupanje srca, gubitak svesti*). Pacijentkinja odgovara odrično, ali u nastavku ipak daje širi odgovor koji lekaru daje nešto jasniju sliku pacijentkinjinog stanja. Nakon jednog segmenta razgovora koji smo u primeru izostavili, lekar postavlja još jedno pitanje kojim pacijentkinju navodi na željeni odgovor. Umesto restriktivnog pitanja (npr. *Da li ste imali temperaturu ?*) na koje bi mogao da dobije potvrđan ili odričan odgovor, lekar se odlučuje za oblik koji više podseća na konstataciju (*A niste imali temperaturu?*) i kojim zapravo pacijentkinji sugerise negativan odgovor. Primena principa optimizacije ovde služi za proveru nečega što je pacijentkinja izjavila u nekom prethodnom segmentu razgovora (da nije imala temperaturu), a što je lekaru očito veoma važno. I pacijentkinja shvata da se radi o važnoj činjenici, te čak tri puta koristi odričnu rečcu *ne*, kojoj dodaje i prilog *nikako* koji ovde ima značenje *ni jednom/nikada za sve to vreme*.

Primer 49:

L: [...]Čujete dobro?

P: Da.

L: Pridite glavom bliže meni (...) Je l' to modni detalj ili –

P: Koje?

L: Ovo ovde sa strane.

P: A, da, da, da. Silikon.

L: Pa da, to gledam, pa nisam shvatio da li je to neko, neko terapijsko sredstvo ili:

P: ((smeh)) Greje mi ramena, reuma.

[...]

L: Ovo sasvim dobro zvuči sad. Šta radite, čime se bavite? =Sve ja to znam, al' da vas čujem malo.

P: Uhhhhh. Pa telefon, mejl, sastanci, tako: Internet.

L: Dobro, to je najvažnije. A zašto toliko telefon, mejl, internet?  
P: Pa: ja sam producent za reklame. [...]

(SORL 3)

Slično kao u Primeru 40 iz engleskog korpusa, ovde zapažamo nekoliko različitih tema koje lekar uvodi tokom razgovora sa pacijentkinjom, čime ispoljava inicijativu i razgovor drži pod kontrolom. Dati segment razgovora očito obuhvata fizički pregled, tokom kojeg lekar pacijentkinji postavlja pitanja. Nakon prve teme koja se odnosi na oblast ORL iz koje najverovatnije potiče i problem zbog kojeg pacijentkinja dolazi, lekar iznenada uvodi i novu temu koja naizgled nema nikakve veze sa prethodnom temom niti sa fizičkim pregledom pacijentkinje. Baš kao i u Primeru 40 (gde je lekar zapazio da pacijentkinja nosi medicinsku narukvicu i raspitivao se o tome), lekar se zanima za određeni detalj koji zapaža na pacijentkinjinom ramenu, čime razgovor usmerava u sasvim novom pravcu koji se proteže kroz čak tri sleda. Nešto kasnije, nakon obavljenog fizičkog pregleda, lekar uvodi još jednu temu – raspituje se za pacijentkinjinu profesiju iako naglašava da to čini samo kako bi joj čuo glas i procenio da li je sa te strane sve u redu. I ova tema se nastavlja kroz nekoliko sledova, koji u primeru nisu do kraja prikazani.

Primer 50:

L: [...] Dobro. Uđite, skinite se.  
P: (...) Malo sporije ide, ali šta da radim ((smeh)) [...]Jel da skinem i majicu?  
L: Pa, moraćete da zadignete, ne znam dokle vam to doseže ((smeh))  
P: Da ((smeh)) Nema problema.  
L: Samo vi polako (.) E odlično, dobro ste se snašli, svaka čast, sedite, odlično, bravo. Dišite na otvorena usta.  
P: ((diše))  
L: Ali, nemojte tako sitno, onako normalno [...]Obucite se. Morali bi da odete, da napravite jedno ispitivanje, da vidimo koliki vam je kapacitet pluća.

(SPUL 35)

U ovom primeru lekar ispoljava inicijativu tako što pacijentkinji određuje ponašanje i to čini nekoliko puta u toku ovog segmenta razgovora. Pored toga što je lekar taj koji započinje svaki sled, on koristi imperativ kako bi uslovio pacijentkinjino ponašanje. Za razliku od engleskog kolege iz Primera 41, ovaj lekar ne pokušava da na bilo koji način ublaži naredbu, da je formuliše kao indirektno pitanje, već se sve vreme služi direktnim govornim činom – imperativom. U prvom sledu i pacijentkinja donekle ispoljava inicijativu, jer postavlja lekaru pitanje kojim traži pojašnjenje datog uputstva (*Je l' da skinem i majicu?*). Pri tome se pravda što je očito sporija nego što misli da bi

trebalo (radi se o starijoj osobi). Međutim, i pacijentkinja i lekar su opušteni tokom razmene u prva dva sleda, oboje se smeju, i u ovom slučaju smeh zaista ima funkciju glasne pauze. Iako se sve vreme služi direktnim naredbama koje se ne trudi da ublaži, lekar ipak pokazuje srdačnost koja se ispoljava kroz upotrebu brojnih pozitivnih procena (*2 x odlično, svaka čast, bravo*). Na ovaj način lekar hrabri pacijentkinju, stavlja joj do znanja da se dobro snalazi tokom pregleda, ali i donekle maskira naredbodavni ton koji preovladava u svim njegovim turnusima. Pored imperativa, lekar u dva navrata koristi i modalni glagol *morati* (*moraćete da zadignete, morali bi da odete*), čime još jasnije stavlja do znanja da je on taj koji upravlja razgovorom i u potpunosti određuje pacijentkinjino ponašanje. Samim tim, za razliku od Primera 41, ovde se ne stiče utisak da pacijentkinja ima izbora da uradi bilo šta drugo osim onoga što joj je naloženo zapovednim načinom i glagolom *morati*, iako ona lično to očito doživljava kao nešto sasvim normalno i očekivano i tome ne pridaje poseban značaj, bez obzira na svoje godine.

### 3.3.2.2. Pacijenti

U ukupno 78/110 razgovora (71%) nailazimo na primere ispoljavanja inicijative od strane pacijenta. Od toga, to je slučaj u 25/37 razgovora iz oblasti pulmologije, u 27/43 razgovora iz oblasti pedijatrije, u 3/4 razgovora iz oblasti psihijatrije, u 8/10 razgovora iz oblasti ORL i u 15/16 razgovora iz oblasti kardiologije.

Pacijenti u srpskom korpusu takođe ispoljavaju inicijativu na nekoliko različitih načina, koji se uglavnom poklapaju sa onima koje smo opisali u engleskom korpusu. Na primer, i ovde nailazimo na slučajeve gde pacijent prvi započinje fatičku razmenu ili se našali, na šta se lekar zatim nadovezuje (ukupno 6 razgovora) (Primeri 51 i 52), kao i na slučajeve gde pacijenti započinju fatičku razmenu sa lekarom pri tome zadirući u domen lekarovog privatnog života (primere smo pronašli u ukupno 7 razgovora – 3 pulmologija, 3 pedijatrija i jedan kardiologija) (Primer 53). Pacijenti i ovde ispoljavaju inicijativu tako što za vreme susreta postavljaju lekaru pitanja o svom slučaju (ukupno 39 razgovora)<sup>61</sup> (Primer 54) ili tako što iskazuju svoje mišljenje (u ukupno 26 razgovora)<sup>62</sup> (Primer 55). Najzad, i ovde pacijenti povremeno pokušavaju da uvedu novu temu ili podtemu (što se dešava u ukupno 47 razgovora)<sup>63</sup> (Primer 56), ali i

---

<sup>61</sup>16/37 pulmologija, 10/43 pedijatrija, 5/10 ORL, 8/16 kardiologija

<sup>62</sup>4/37 pulmologija, 4/43 pedijatrija, 1/4 psihijatrija, 4/10 ORL i 4/16 kardiologija

<sup>63</sup>14/37 pulmologija, 11/43 pedijatrija, 2/4 psihijatrija, 6/19 ORL i 14/16 kardiologija

da izraze nezadovoljstvo nekim od lekara ili čitavim sistemom zdravstvene zaštite (Primer 57). Na izražavanje nezadovoljstva ili suprostavljanje lekaru nailazimo u čak 3 razgovora, dok u engleskom korpusu nismo pronašli ni jedan sličan primer.

Primer 51:

O=otac pacijentkinje

L: Je li, je l' te boli nešto?

O: Da je ona druga, njena sestra, tu, ona bi pričala.

L: Znači, ima pričljivija i manje pričljiva sestra↓

O: Da. I najpričljivija, ova najmatorija.

L: Je l' da:↑ Ajde srećo, malo da se slušamo, da dišeš. [...]

(SPED 1)

Primer 52:

L: [...]Od 250, to su male doze, da kažemo: dečje

P: Da, da.

L: Dobro, nisu dečje, ali: (.) I deca uzimaju tolike.

P: I ja sam dete, a ostario sam ((smeh))

L: Svi smo mi nečije dete ((smeh))

(SPUL 15)

U oba navedena primera, pacijenti prvi započinju ćaskanje i šale se – u Primeru 51 u pitanju je pratilac maloletne pacijentkinje (njen otac), dok u Primeru 52 to čini sâm pacijent. U prvom slučaju otac najverovatnije započinje ćaskanje kako bi odobrovoljio ćerkicu koju lekarka pokušava da pregleda. Iako se lekarka obraća direktno pacijentkinji, otac je taj koji progovara, i to ne da bi odgovorio na postavljeno pitanje, već da bi izneo poređenje iz porodičnog života i time nekako opustio devojčicu. Lekarka spremno prihvata ovakvu razmenu i u svom turnusu se nadovezuje na nametnutu temu, koju otac u narednom iskazu još proširuje. Lekarka se i ovoga puta nadovezuje na njegovu repliku, upotrebom dopunskog operatora *je l' tako* i uzlazne intonacije, ali čini se da je ova replika samo izraz ljubaznosti, jer se već u nastavku turnusa lekarka ponovo obraća pacijentkinji vraćajući se prvobitnoj temi.

U drugom primeru, lekar i pacijent razgovaraju o dozi određenog leka, pri čemu se lekar trudi da ubedi pacijenta kako je pomenuta doza minimalna i kao takva pogodna čak i za decu. Pacijent koristi priliku da se našali, što lekar prihvata i odgovara u istom tonu, te ovaj umetnuti sled na neki način služi kao predah od ozbiljnije teme kojom se bave tokom razgovora.

Primer 53:

L: [...]Znači, ja ću napisati po šemi (..) kontrola za mesec dana.



P: I sad ja idem mojoj kućici ((smeh))  
L: E da, lepo vi, pustite vi doktore // ((smeh))  
P: //Ja sa moja tri muška kod kuće (..) Jesu vaši  
dobro, jesu?  
L: Dobro su, hvala.  
P: Hvala lepo, prijatno.  
L: Doviđenja.

(SPUL 5)

Primer navodi sam kraj jednog razgovora, gde pacijentkinja, slično Primeru 46 u engleskom korpusu, ispoljavanjem inicijative zadire u lekarov privatni život. Na početku sleda, lekar pokušava da zaključi razgovor dajući pacijentkinji do znanja da su stigli do kraja susreta, na šta ona, međutim, umesto pozdravom, odgovara inicijativom – započinje ćaskanje praćeno smehom, što lekar prihvata. On se u okviru trećeg turnusa šaljivo nadovezuje na nametnutu temu, koristeći se pozitivnom procenom *e da* koja verovatno ima za cilj da ohrabri i podrži pacijentkinju. Pacijentkinja se i u novom sledu nadovezuje na temu koju je otvorila u prethodnom sledu, da bi zatim lekaru postavila privatno pitanje koje se odnosi na njegovu porodicu. Kao i u pomenutom primeru iz engleskog korpusa, ovde je najverovatnije reč o fatičkoj razmeni i pokušaju pacijentkinje da bude ljubazna, jer se iz preostalog dela razgovora ne stiče utisak da se lekar i pacijentkinja privatno poznaju. Lekar spremno prihvata ovu fatičku razmenu i odgovara tipiziranim iskazom u okviru blizinskog para (*Dobro su, hvala*). Njegova reakcija ne odaje utisak da mu ovakva pacijentkinjina inicijativa na bilo koji način smeta, već se čini da je najprirodnije prihvatiti. Dakle, ni u ovom slučaju lekar ne oseća potrebu da istakne simbole moći i stavi pacijentkinji do znanja da je prekoračila ovlašćenja.

Primer 54:

P: [...]A, recite mi, šta sam još htela da vas pitam: Neke: šumeće, kaže prijace mi neke šumeće  
L: Kalcijum?  
P: Ne, ne, neki aparatić. Proizvode neki:  
L: A, ((XXX)). To su ((XXX)) najbolji.

(SORL 10)

Ovo je primer preuzimanja inicijative postavljanjem pitanja u vezi sa problemom zbog kojeg pacijent dolazi ili daljim tokom lećenja. Pacijentkinja ispoljava inicijativu, jer je ona ta koja započinje sled, ali pitanje postavlja nesigurno, uz dosta oklevanja, što se vidi iz načina na koji uvodi pitanje – odlučuje se za čak dve predstrukture (*a, recite mi* i *šta sam još htela da vas pitam*), iza kojih sledi nedovršena

klauza. Lekar pokušava da pomogne tako što joj nudi odgovor, nakon čega pacijentkinja ponovo objašnjava na šta je mislila, ovoga puta nešto sigurnije, ali ponovo uz upotrebu nedovršene klauze. Stoga lekar ponovo oseća potrebu da se umeša i ovoga puta pogađa na šta je pacijentkinja mislila.

Primer 55:

L: [...] Znači, nije vam poznato iz detinjstva da su alergije //u pitanju?  
P: //Ne, ne. To je sad od pre tri godine kako mi se mama razbolela: Eto da kažem da mi je imunitet opao (..) Da li od sekiracije (..) Da kažem stres, mislim ne znam kako bi//  
L: //Dišite.  
P: Je l' jače ili normalno da dišem?

(SPUL 13)

U ovom primeru pacijentkinja ispoljava inicijativu tako što iznosi svoje mišljenje. Lekar svojim prvim pitanjem očitno proverava nešto što je pacijentkinju već ranije pitao, što je jasno iz izbora poštapalice ili ispunjivača *znači* kojim započinje svoj turnus. Pacijentkinja žuri da odgovori odrično i tom prilikom čak prekida lekara, što je takođe vid preuzimanja inicijative. Ona objašnjava od kad smatra da su tegobe počele, pri čemu iznosi lično mišljenje, koje nije potkrepljeno lekarskim nalazima (*Eto da kažem da mi je imunitet opao*), te nagađa šta bi mogao biti uzrok tome (*da li je od sekiracije, da kažem stres...*). Lekar se u potpunosti oglašuje o inicijativu koju je pacijentkinja na ovaj način ispoljila i to joj stavlja do znanja tako što je prekida i započinje fizički pregled, pri čemu joj imperativom određuje dalje ponašanje (*Dišite*). Pacijentkinja napušta prethodnu temu, ali ponovo postavlja pitanje lekaru (*Je l' jače ili normalno da dišem?*). Iako se i ovde radi o jednom vidu inicijative, pacijentkinja ovoga puta postavlja pitanje u želji da što bolje odgovori lekarovom zahtevu, a ne kako bi se sa njim borila za inicijativu.

Primer 56:

Ć: ćerka pacijenta

P: [...] Pritisak mi je stabilan.[...]  
L: Dobro.  
P: Samo da vas pitam, ima jedno 15 dana, dok ležim ovako, pošto ležim samo ((XXX))//  
L: //Dobro.  
P: Osetim nekad lupanje srca sa blagim bolom, dva puta, pa to prekine, pa može posle nekoliko sati opet, ali samo u ležećem stavu (..) ne znam da l' to/da li je to uobičajeno posle operacije: ili:  
[...]  
P: [...]Slabo/slabije spavam noću, doktore. Smem li ja nešto da uzimam?

L: Možete, ali to mora da vam prepiše neuropsihijatar. Znači, mi nemamo više pravo da pišemo te lekiće.

P: [...]Ovih 5-6 dana boli me u kuku, pa se spušta naniže, pio sam 2 dana Panadol, prestalo je sad, ti bolovi, nema ih više//

L: // Dobro [...]

P: [...] Doktore, samo jednu rečenicu ako mi dozvolite [...]ali sam uspeo da zaustavim gubitak težine i da dodam 5 kg posle bolnice.

L: Dobro.

Ć: [...] Rekli su nam za ovu pljuvačnu žlezdu isto kao da se ((XXX)). Tako da je mekano, nije tvrdo.

P: Pokretno je i://

Ć: // Da li to ima veze?

L: Ne, sigurno.

Ć: [...]Da vas pitam, onaj lek što je uzimao pre operacije, je l' ne može da se vrati na njega?

L: Početna doza je manja nego što je za Farin [...]

(SKARD 14)

U primeru zapažamo čak sedam tema ili podtema koje pacijent uvodi tokom razgovora sa lekarom, pri čemu lekar svaki put prihvata inicijativu pacijenta ili njegovog pratioca. Pacijent najpre iznosi konstataciju u vezi sa svojim pritiskom, na šta lekar odgovara upotreбивši partikuludobro, koja može imati različita značenja – može predstavljati potvrdu primljene informacije (slično kao *ok* ili *shvatam*) (ten Have 1991:150, Klikovac 2008a: 65) ili pozitivnu procenu (što bi značilo da je informacija da je pacijentov pritisak stabilan dobra, a ne loša) (ten Have 1991: 150-157). Pacijent zatim uvodi novu temu, služeći se predstrukturuom *samo da vas pitam*, na šta lekar ponovo odgovara sa *dobro*, koje ovoga puta znači da je lekar primio k' znanju ono što mu je pacijent upravo rekao, te da ga hrabri da nastavi izlaganje (Klikovac 2008a: 65), što pacijent i čini u svom sledećem turnusu. Nešto kasnije u toku razgovora, pacijent ponovo uvodi novu temu pitanjem da li bi mogao da uzima nešto za spavanje, na šta ga lekar upućuje na kolegu druge specijalnosti. Pacijent zatim uvodi još jednu temu, bolove u kuku, na šta lekar ponovo reaguje partikulom *dobro*, kojom ovoga puta podstiče pacijenta da mu kaže nešto više o tome (deo razgovora koji nije prikazan u primeru). Nešto kasnije nailazimo na uvođenje još jedne teme, pri čemu se pacijent koristi predstrukturuom, najavljuje lekaru da će reći još (samo) nešto (*Doktore, samo jednu rečenicu ako mi dozvolite*), a lekar odgovara na istovetan način kao u prethodnim slučajevima, pri čemu *dobro* sada najviše liči na potvrdu prijema informacije. Pred kraj razgovora, uključuje se i pacijentova ćerka koja takođe započinje novu temu, o uvećanoj pljuvačnoj žlezdi koja predstavlja mogući problem – ona uvodi temu, pacijent se nadovezuje sa novim detaljima, da bi potom ćerka postavila lekaru direktno pitanje na koje od lekara dobijaju kratak i precizan odgovor. Najzad, na samom kraju razgovora,

ćerka uvodi još jednu temu pitanjem o određenom leku, što lekar takođe prihvata i daje joj odgovor.

Primer 57:

Ć: ćerka pacijentkinje

Ć: [...] Je l' neko može da napiše da je to ipak hitno?

L: Koje?

Ć: Pa, sve to što trebamo, ta snimanja ↓ Holster/holter

L: To su kardiološka, to oni moraju da se izjasne. Ne mogu ja to da vam//

Ć: //Pa,

kao, u SLUČAJU hitnosti, mislim ne razumem, uopšte mi nije jasno. Čovek do septembra, oktobra može da umre.

L: (...) Pa, vi ste to trebali sa doktorom kardiologom da rešite:

Ć: Dobro, ona kaže dobićete sve informacije na šalteru, a kada dođete na šalter onda: se šokirate. Zakazivanje za 6-7 meseci.

[...]

Ć: Od četvrtka do četvrtka se tamo zakazuje. Znači tek možemo idućeg četvrtka//

L: //Dobro, plus minus jedan dan

Ć: Nije jedan dan, nego šest dana

L: Dobro. Sve ste sad u pravu, evo vam sada, i u redu-

Ć: Pa ne, nisam, nego:

L: Pa nema problema, znate šta, taman posla da se s takvim pacijentima ovako//

Ć: //Nego

niko nam nije rekao ni da uradimo ovaj INR. Verovatno su prepostavili da ćemo ovde

L: Napisali su, piše ((proziva sledećeg pacijenta))

(SPUL 21)

U ovom primeru pratilac pacijentkinje (njena ćerka) ispoljava inicijativu iskazivanjem nezadovoljstva radom pojedinih lekara i ustanova, kao i sistema zdravstvene zaštite uopšte. Iz celokupnog razgovora saznajemo da osim pulmologa, pacijentkinja redovno posećuje i kardiologa i vaskularnog hirurga. Tokom celog razgovora, pacijentkinja ćuti i umesto nje govori njena ćerka, koja je prisutna u ulozi pratioca. U poslednjem delu razgovora, gde lekar objašnjava šta je sve potrebno uraditi pre sledeće kontrole, ćerka preuzima inicijativu tako što iskazuje nezadovoljstvo sistemom zakazivanja. Najpre pita lekara da li je moguće slučaj njene majke označiti kao hitan, na šta on reaguje kontra - pitanjem, kojim traži pojašnjenje (*Koje?*). Njegova sagovornica zatim dosta nespretno objašnjava na šta je mislila, ali lekar odbija ponudenu temu i upućuje ih lekaru druge specijalnosti, navodeći da to nije njegova oblast. Iz ćerkine naredne reakcije jasno je da je uznemirena – u jednom trenutku povisuje ton, a služi se i jednom uopštenom hiperboličnom frazom (*Čovek do septembra - oktobra može da umre*), kako bi dočarala u kakvoj teškoj poziciji se nalazi njena majka (ali i ostali pacijenti sa sličnim problemom). Na samom kraju razgovora još

jednom iskazuje nezadovoljstvo, po pitanju mehanizma zakazivanja i analize koja se traži od pacijentkinje. Direktno se suprotstavlja lekaru koji je pokušao da ublaži problem (*Nije jedan dan nego šest dana*), nakon čega se lekar povlači. Njegovo *dobro* u ovom slučaju predstavlja signal za kraj razgovora, nakon čega lekar daje pacijentkinji za pravo (*Sve ste sad u pravu*), iako se stiče utisak da to čini samo kako bi se razgovor što pre okončao. Pruža joj nalaze i još jednom signalizira da je razgovor gotov (*i u redu*). Međutim, njegova sagovornica pokušava da nastavi razgovor, što lekar ne dozvoljava i ovoga puta svojim komentaram pokazuje da je neznatno uvređen (*...znate šta, taman posla da se s takvim pacijentima ovako...*). Njegova sagovornica zatim optužbe usmerava ka lekarki iz druge ustanove u kojoj su bili, ali lekar joj svojim komentaram stavlja do znanja da su grešku napravile ona i njena majka jer nisu pročitale šta je njegova koleginica napisala, a zatim odmah proziva sledećeg pacijenta. Ovim postupkom lekar je svojoj sagovornici stavio do znanja da je ipak on taj koji upravlja razgovorom i određuje kada će on biti završen, te da su sve teme iscrpljene i da je vreme da napuste ordinaciju. Upravo iz tog razloga, razgovor se završava baš na tom mestu, veoma direktno bez faze zatvaranja.

Kao i u engleskom korpusu, u nekim razgovorima pacijent pokušava da ispolji inicijativu više puta u toku razgovora, ukupno 304 puta (pulmologija 87 puta, pedijatrija 59 puta, psihijatrija 21 put, ORL 35 puta i kardiologija 102 puta). U 75% svih slučajeva (229 puta) lekar prihvata pacijentovu inicijativu i prati pravac razgovora koji je pacijent odredio, dok u preostalih 75 slučajeva ne dozvoljava pacijentu da ispolji inicijativu, tako što ga prekida ili ignoriše njegove pokušaje, nastavljajući da prati svoju agendu. U oblasti pulmologije, lekar prihvata inicijativu koju ispoljava pacijent u 66% slučajeva, pedijatri to čine u 83% slučajeva, psihijatar u 86% slučajeva, ORL specijalista u 80% slučajeva i kardiolog u 75% slučajeva. Dakle, ponovo nailazimo na situaciju da pacijent dobija najviše prostora u razgovoru sa psihijatrom (što je i očekivano), ali i sa pedijatrom i specijalistom ORL. Već smo napomenuli da razgovori koje smo snimali na klinici za ORL traju dosta duže u odnosu na sve druge razgovore osim psihijatrijskih, te to može biti razlog ovako visokog procenta prihvaćenih inicijativa koje dolaze od strane pacijenta. Međutim, u slučaju pedijatrije taj razlog ne bi bio prihvatljiv, jer su ovi razgovori zapravo najkraći od svih – u proseku traju svega 3 minuta (poređenja radi, razgovori iz oblasti ORL u proseku traju preko 9 minuta, razgovori sa kardiologom 8'30'', sa pulmologom 4'30'', dok su psihoterapeutski razgovori u proseku dugi oko 40 minuta). Dakle, razlog bismo morali da potražimo na drugoj strani, najverovatnije u

činjenici da su specijalisti pedijatrije po pravilu predusretljiviji prema svojim pacijentima i njihovim pratiocima i da su otvoreniji za njihove priče, a možda je važno i sâmo ustrojstvo razgovora – gotovo stalno prisustvo trećeg lica i potreba lekara da komunicira i sa pacijentom i sa pratiocem kako bi došao do dijagnoze ili valjano obavio pregled.

### 3.3.3. Zaključak

U svim razgovorima iz engleskog i srpskog korpusa pronašli smo primere ispoljavanja ili preuzimanja inicijative, kako od strane lekara, tako i od strane pacijenata.

U svim razgovorima iz engleskog korpusa i u svim razgovorima iz srpskog korpusa, lekar je taj koji upravlja razgovorom tako što određuje teme i podteme razgovora, navodi pacijenta na željeni odgovor, prekida pacijentovo izlaganje kada god poželi i zauzima veći prostor u razgovoru od pacijenta. I pored toga, pacijenti u razgovorima iz oba korpusa takođe imaju priliku za ispoljavanje ili preuzimanje inicijative, dok lekar odlučuje hoće li njihovu inicijativu podržati ili ne.

U razgovorima iz oba korpusa, lekari ispoljavaju inicijativu na nekoliko istovetnih načina. Pre svega, oni to čine tako što usmeravaju razgovor u željenom pravcu postavljanjem preciznih pitanja i to je slučaj u 100% razgovora iz oba korpusa. Dalje, lekari navode pacijenta na željeni odgovor, što je u engleskom korpusu slučaj u 3/19 razgovora (16%), a u srpskom u čak 63/110 razgovora (57%). U 100% slučajeva iz oba korpusa lekari ispoljavaju inicijativu i tako što uvode teme i podteme, ali i određuju ponašanje pacijenta. Rezultati su prikazani u Tabeli 1.

**Tabela 1: Ispoljavanje inicijative od strane lekara**

NAČIN ISPOLJAVANJA INICIJATIVE	ENGLSKI KORPUS	SRPSKI KORPUS
usmeravanjem razgovora u željenom pravcu postavljanjem pitanja	100%	100%
navođenjem pacijenta na željeni odgovor	16%	57%
uvođenjem tema ili podtema	100%	100%
određivanjem ponašanja pacijenta	100%	100%

Kada je reč o inicijativi koju ispoljavaju pacijenti, u razgovorima iz engleskog korpusa oni to čine u čak 89% slučajeva (17/19 razgovora), dok je u razgovorima iz

srpskog korpusa reč o 71% slučajeva (78/110 razgovora). U oba korpusa, pacijenti ispoljavaju inicijativu na nekoliko gotovo istovetnih načina. Na primer, oni to čine tako što prvi započinju fatičku razmenu na koju se lekar potom nadovezuje, što je slučaj u 1/19 razgovora iz engleskog korpusa i 6/110 razgovora iz srpskog korpusa. Dalje, u oba korpusa postavljaju lekaru pitanja o svom slučaju ili daljem lečenju – u 12/19 u engleskom korpusu i 39/110 u srpskom korpusu. Pacijenti takođe iznose svoje lično mišljenje u 8/19 razgovora iz engleskog korpusa i 26/110 razgovora iz srpskog korpusa. Uvode ili pokušavaju da uvedu temu ili podtemu u 8/19 razgovora iz engleskog korpusa i 47/110 razgovora iz srpskog korpusa. Takođe, u oba korpusa nailazimo na primere fatičke razmene kojom pacijent zadire u domen lekarovog privatnog života, što je slučaj u 4/19 razgovora iz engleskog korpusa i 7/110 razgovora iz srpskog korpusa. Jedini način ispoljavanja inicijative koji je prisutan u srpskom ali ne i u engleskom korpusu jeste izražavanje nezadovoljstva lekarima, zdravstvenim ustanovama ili čitavim sistemom zdravstvene zaštite i na takve primere naišli smo u ukupno 3/110 razgovora. Rezultati su prikazani u Tabeli 2.

**Tabela 2: Ispoljavanje inicijative od strane pacijenta**

<b>NAČIN ISPOLJAVANJA INICIJATIVE</b>	<b>ENGLESKI KORPUS</b>	<b>SRPSKI KORPUS</b>
započinjanjem fatičke razmene	5%	5%
postavljanjem pitanja o svom slučaju ili daljem lečenju	63%	35%
iznošenjem ličnog mišljenja	42%	24%
uvođenjem nove teme ili podteme	42%	43%
raspitivanjem o lekarovom privatnom životu	21%	6%
izražavanjem nezadovoljstva sistemom zdravstvene zaštite	0%	3%

Gotovo istovetan broj puta lekar prihvata pacijentovu inicijativu i razgovor nastavlja u pravcu koji je pacijent odabrao – 78% slučajeva u engleskom korpusu i 75% slučajeva u srpskom korpusu.

Zaključujemo da je u oba korpusa lekar taj koji upravlja razgovorom i u većem delu susreta potpuno drži razgovor pod kontrolom, a to čini na četiri istovetna načina. Međutim, i pacijenti u oba korpusa imaju prilike da ispolje inicijativu, pri čemu su

prilike u engleskom korpusu nešto brojnije (89% svih razgovora prema 71% razgovora u srpskom korpusu). I pacijenti ispoljavaju inicijativu na gotovo istovetne načine u oba korpusa i jedini način koji se javlja samo u srpskom korpusu jeste ispoljavanje nezadovoljstva sistemom zdravstvene zaštite, na šta ne nailazimo u engleskom korpusu. Takođe primećujemo da pacijenti iz srpskog korpusa znatno ređe ispoljavaju inicijativu tako što postavljaju pitanja o svom slučaju ili iznose lično mišljenje, a ređe zadiru i u lekarov privatni život.

Najzad, u srpskom korpusu smo poredili razgovore iz oblasti različitih specijalnosti i došli do zaključka da lekar najčešće prihvata inicijativu koju iskazuje pacijent u oblasti psihijatrije, pedijatrije i ORL, te da su razlozi raznovrsni – sama priroda razgovora (u slučaju psihijatrije), predusretljivost lekara i ustrojstvo razgovora obeleženo prisustvom trećeg lica (u slučaju pedijatrije) i nešto duži razgovori nego što je to obično slučaj kod internističkih pregleda (u slučaju ORL).

### **3.4. Otvaranje i zatvaranje razgovora**

#### **3.4.1. Otvaranje i zatvaranje razgovora u engleskom korpusu**

##### **3.4.1.1. Otvaranje razgovora**

Kada je reč o otvaranju razgovora, od 19 razgovora koliko ih ukupno ima u našem engleskom korpusu, svega 6 otvara uobičajeni blizinski par pozdrav – pozdrav (Primer 58), dok u preostalim 13 razgovora nailazimo na nešto izmenjen model otvaranja. Od toga, u 2 slučaja u potpunosti je izostavljen blizinski par pozdrav - pozdrav i umesto njega razgovor otvara kratka fatička razmena između lekara i pacijenta (koja inače po pravilu dolazi tek nakon navedenog blizinskog para). Ova razmena između lekara i pacijenta takođe je predstavljena blizinskim parom – lekar obično pita pacijenta kako je, kako se oseća, dok mu pacijent po pravilu odgovora nekim tipiziranim iskazom (Primer 59). U jednom slučaju, lekar otvara razgovor turnusom u kojem pozdravlja pacijenta, ali umesto da dopuni započeti blizinski par pozdravom, pacijent započinje fatičku razmenu tako što lekaru upućuje pitanje (Primer 60). Slično tome, jedan razgovor pacijent započinje pozdravom, dok lekar umesto pozdravom odgovara pitanjem kojim započinje fatičku razmenu (Primer 61). U čak 5 razgovora u potpunosti nedostaje faza otvaranja, jer se lekar odmah usredsređuje na komentarisanje upravo pristiglog rentgenskog snimka, reakciju pacijenta na injekciju



koju je upravo primio ili na neki drugi vid terapije na koji pacijent treba da odreaguje na određeni način, a uglavnom je u pitanju drugi ili treći susret sa pacijentom u toku istog dana. U ukupno 3 razgovora lekar preskače i pozdrave i fatičku razmenu i odmah prelazi na otvoreno pitanje, iza kojeg sledi pacijentov odgovor o tome kako se oseća ili objašnjenje zašto je došao na pregled (Primer 62). Najzad, jedan razgovor, umesto na standardan način, započinje ćaskanjem o golfu koje pokreće pacijent, a lekar spremno prihvata (Primer 42 koji je naveden u 3.3.1.2). Razgovore u svim slučajevima otpočinje lekar, osim u Primeru 61 gde to čini pacijent, što na neki način predstavlja iznenađenje.

Primer 58:

D: Hi there  
P: Good morning doctor  
D: How are you?  
P: Good, how are you?  
D: (..) Mmm good, how's this feel?  
P: Oh hey not bad (...) like I'm ready to play  
D: Is it? Tell me about it [...]

(ES 10)

Ovo je primer kompletnog otvaranja razgovora, koje započinje blizinskim parom pozdrav – pozdrav. Lekar prvi pozdravlja pacijenta i to čini dosta neformalno, dok se pacijent u odgovoru ipak odlučuje za formalan pozdrav. Sledi novi blizinski par koji sadrži fatičku razmenu između lekara i pacijenta. I ovoga puta je lekar taj koji pitanjem započinje čitav sled, dok pacijent odgovara na pitanje, ali i uzvraća tipiziranim pitanjem (*Good, how are you?*), što je uobičajeno za ovakve situacije. Nakon kraće pauze i oklevanja, gotovo odsutno, lekar sasvim kratko odgovara na postavljeno pitanje i odmah, bez bilo kakvog zastoja u govoru, postavlja pacijentu pitanje iz kojeg bi trebalo da sazna kako se on oseća (*How's this feel?*). Pacijentov odgovor je donekle neformalan i kao da pokušava da dobije na vremenu – najpre dosta nesigurno kaže da njegovo stanje nije loše (*oh hey not bad*), a zatim pravi dužu pauzu, takoreći procep, i tek nakon toga izjavljuje da je spreman da igra (očito je reč o sportski aktivnoj osobi). Lekar se nadovezuje na pacijentovu izjavu i otvorenim pitanjem pokušava da sazna zašto pacijent misli da je spreman za tu aktivnost (*Tell me about it*) koju ni jedan ni drugi prećutno ne spominju jer ovo očito nije prvi pacijentov dolazak i lekar svakako zna čime se pacijent bavi i na šta je mislio u svom odgovoru.

Primer 59:

D: How are ya'?'  
P: Good, how are you?  
D: I'm ok (...) How's the weather nowadays? You could have been outside[...]  
(EIM 3)

Ovde zapažamo da nedostaju pozdravi i da razgovor zapravo počinje od fatičke razmene koju inicira lekar. Na lekarovo tipizirano pitanje pacijent daje tipiziran odgovor, ali i uzvraća pitanjem koje se na neki način takođe podrazumeva u ovakvoj razmeni. Lekar odgovara na pitanje i u nastavku, nakon kraće pauze, proširuje fatičku razmenu tako što se raspituje za vremenske uslove. Svi iskazi u ovom primeru imaju za cilj da stvore atmosferu za nastavak razgovora, da opuste pacijenta i pripreme ga za pregled.

Primer 60:

D: Well hello again Carl  
P: How'y'doing?  
D: (.) How have things been going for you eh: since I saw you last?[...]  
(EIM 1)

U ovom slučaju, lekar započinje blizinski par pozdrav – pozdrav na standardan način, ali pacijent ne dovršava započeti par onako kako je to uobičajeno. Umesto toga, on uzvraća pitanjem kojim zapravo započinje fatičku razmenu (*How'y'doing?*). Međutim, lekar se oglašuje o ovaj pacijentov pokušaj – nakon kratke pauze on postavlja otvoreno pitanje kojim daje priliku pacijentu da svojim rečima iznese kako se oseća i šta se sve dešavalo od njihovog prethodnog susreta.

Primer 61:

P: Morning Stan.  
D: How are you?  
P: Oh, good.  
D: Good (...) Well, let's see. The MRI. I'm sure you're kind of interested in those results[...]  
(ES 4)

Ovaj primer ilustruje situaciju koja je sasvim nalik onoj iz Primera 60, sa tom razlikom što ovoga puta pacijent otvara razgovor. On se na samom početku odlučuje za eliziju (*Morning*) usled čega je pozdrav veoma neformalan, a taj utisak dodatno pojačava činjenica da se lekaru obraća imenom, ili još verovatnije nadimkom (*Stan*). Lekar ne dopunjuje započeti blizinski par na očekivani način, već umesto pozdrava

pacijentu upućuje pitanje kojim započinje fatičku razmenu. Pacijent odgovara, uz upotrebu partikule *oh*, što ukazuje na izvesno oklevanje. Nakon toga, lekar se najpre služi jednom pozitivnom procenom (*good*) koja ima za cilj da ohrabri i podrži pacijenta. Sledi duža pauza u govoru, nakon čega lekar uz pomoć predstrukture (*Well, let's see*) najavljuje prelazak na naredni deo, pri čemu *well* obično služi da najavi početak detaljnijeg govora (Polovina 1987: 75) Reč je o rezultatima magnetne rezonance koje lekar prvo uvodi u razgovor tako što podseća pacijenta na to šta je rađeno i iznosi mišljenje o pacijentovim očekivanjima.

Primer 62:

D: Okay. Good to see you. W/What can I help you with?

P: Thank you I/good to see you. (.) Oh, this is just a uh (...) exploratory visit.

(ES 11)

U ovom primeru otvaranju razgovora nedostaju i pozdravi i fatička razmena i razgovor počinje od otvorenog pitanja koje lekar postavlja pacijentu. Tome prethodi jedna potvrda (*okay*) što može da ukaže na to da razgovor nije sniman od samog početka, te da je ovo reakcija lekara na nešto što je pacijent prethodno rekao. Ipak, u transkriptu nema napomena o tome, pa uzimamo da razgovor počinje baš na ovom mestu; u tom slučaju partikula *okay* može da znači najavu „prelaska na stvar” ili da lekar sada (konačno) može da se posveti pacijentu jer je prethodno bio zauzet i na drugoj strani. Lekar takođe upotrebljava kurtoazni izraz *good to see you*, koji na neki način podseća na fatičku razmenu, ali odmah zatim prelazi na formulaciju pitanja, ne pruživši pacijentu priliku da nastavi fatičku razmenu. Pacijent, zato, svoj odgovor započinje jednim pogrešnim startom jer pre nego što odgovori na postavljeno pitanje on se zahvaljuje lekaru na ljubaznosti i uzvraća istom merom, čime zapravo prirodno nastavlja onu fatičku razmenu koju je lekar započeo pa napustio. Pri davanju odgovora dosta okleva i zastajkuje čak dva puta, da bi najzad objasnio da se radi o poseti bez konkretnog razloga (*exploratory visit*).

#### **3.4.1.2. Zatvaranje razgovora**

Kada je reč o zatvaranju razgovora, 2 razgovora se završavaju bez klasičnog zatvaranja, dok preostalih 17 imaju neki vid zatvaranja. Od toga, 10 razgovora ima i predzatvaranje i terminalnu razmenu, dok preostalih 7 nema terminalnu razmenu, tj. ne sadrži pozdrave. Jedan razgovor se veoma naglo završava, tj. ima direktno zatvaranje,

bez predzatvaranja i klasične terminalne razmene – lekar donosi odluku o tome da je razgovor završen, a pacijent tu odluku prihvata (Primer 63). „Uzgređni sindrom” prisutan je u dva razgovora gde pacijent na samom kraju razgovora uvodi ili pokušava da uvede novu temu (Primer 64), a u jednom razgovoru to čini i lekar (Primer 65). U svim razgovorima gde postoji predzatvaranje lekar je taj koji pokazuje inicijativu za zatvaranje razgovora i on to čini na dva načina – tako što pita pacijenta da li ima još nešto da doda (Primer 66) i tako što govori o budućim događajima (zakazuje naredni pacijentov pregled ili govori pacijentu da će ga neko uskoro kontaktirati) (Primer 67), što je slučaj u najvećem broju razgovora sa predzatvaranjem. Kada je reč o pitanjima upućenim pacijentu, ovde nismo naišli na dokaz da lekar postavlja pitanja na koja će nužno dobiti negativan odgovor, kao što je to bio slučaj u istraživanju koje je sprovela Vest (West 2006). U ovom korpusu nismo naišli ni na slučajeve gde se lekar poziva na obaveze koje ga očekuju, dok smo na rekapitulaciju koja zvuči kao pouka naišli samo u jednom razgovoru (Primer 68). Kada je reč o obavezama koje lekari imaju prema pacijentu, u našem korpusu lekari povremeno razjašnjavaju planove lečenja, prave planove o sledećem susretu i ponekad proveravaju razumevanje, dok u samo jednom razgovoru lekar pokazuje da mu je stalo do pacijenta (Primer 69). U svim posmatranim slučajevima lekar zadržava pravo da zatvori razgovor – on je taj koji ispoljava inicijativu za zatvaranje razgovora i on najzad i odlučuje kada i kako će doći do terminalne razmene.

Primer 63:

D: [...] How much do you weigh?  
P: ((XXX))  
D: OK, we're done.  
P: OK.

(ES 9)

Primer navodi sâm kraj razgovora i jasno je da se razgovor naglo završava, te da nedostaje i predzatvaranje i terminalna razmena u vidu pozdrava. Nakon što je završio ispitivanje pacijenta uz pomoć restriktivnih pitanja (pri čemu je u primeru navedeno samo poslednje pitanje), lekar donosi odluku da je došao kraj razgovora i to veoma direktno saopštava pacijentu. Partikula *ok* ovde znači zaokruživanje prethodnog segmenta razgovora i najavljuje kraj razgovora, koji lekar potom i objavljuje. Iskazom *we're done* lekar pacijentu jasno stavlja do znanja da jedino on odlučuje o tome da li će se razgovor produžiti ili će biti okončan. Takođe, lekar pacijentu ne daje priliku da se

složi ili ne složi sa zatvaranjem razgovora, već ga stavlja pred svršen čin. Pacijent se ponaša u skladu s tim i partikulom *ok* pokazuje da se slaže i da neće preduzeti ništa da ovaj razgovor produži.

Primer 64:

D: Okay (.) Take care

P: Okay, thanks for the good job you did on me

D: Oh ((laughs))

P: ((laughs))

D: I did pretty well with healthy young guys like you

P: ((laughs)) (.) Well I lost some/I lost some weight too (...) that's pretty good too

D: That's good

P: ((laughs)) Thanks

D: See you later.

(ES 14)

U ovom primeru nailazimo na pokušaj pacijenta da na samom kraju razgovora uvede novu temu. Lekar najpre koristi predzatvaranje kako bi najavio skori kraj razgovora – *okay* najverovatnije znači da je prethodni segment razgovora okončan i nakon kraće pauze lekar koristi pozdrav kojim prirodno nagoveštava skoro zatvaranje razgovora. Pacijent u svom doprinosu takođe koristi partikulu *okay* što verovatno znači da se slaže sa time da je prethodni deo razgovora završen, ali umesto da odgovori na lekarov pozdrav nekim tipiziranim iskazom, on na neki način odlaže zatvaranje razgovora tako što se zahvaljuje lekaru. Lekar prihvata zahvalnost, ali zbog izbora partikule *oh* i glasne pauze u vidu smeha stiče se utisak da mu je pomalo neprijatno da komentariše svoje zasluge. Pacijent mu smehom pruža podršku, te lekar odlučuje da se našali, na šta pacijent ponovo odgovara smehom. Nakon kraće pauze pacijent pokušava da uvede novu temu iako se prvobitno složio sa tim da razgovor može da se privede kraju. Izjavljuje da je (tokom tretmana) izgubio i na kilaži i nakon duže pauze dodaje da je to što se dogodilo dosta dobro, te se stiče utisak da skretanjem pažnje na važnost tog događaja zapravo pokušava da iznudi lekarovu reakciju i time produži razgovor. Lekar, međutim, osim jedne pozitivne procene (*That's good*) ne daje nikakav drugi komentar, čime pacijentu stavlja do znanja da ne prihvata nametnutu temu i da će razgovor ipak biti okončan. Pacijent se zahvaljuje, nakon čega mu lekar upućuje pozdrav kojim definitivno okončava razgovor. Nedostaje pacijentov odgovor kojim bi započeti blizinski par bio upotpunjen, te pretpostavljamo da je lekar nakon pozdrava izašao iz prostorije u kojoj je obavljao pregled (pošto je razgovor sniman na američkoj klinici) i

da se razgovor zaista i završio na tom mestu, bez mogućnosti za pacijenta da mu dâ svoj konačni doprinos.

Primer 65:

D: All right, so this is February, let me see you at the beginning of May.  
P: OK  
D: What about Glucosamine, have you tried that?  
P: I've never tried that.  
D: When you're out there in the ((XXX)) talk to the pharmacist to give you a sample of it [...] (..) OK, Sharlot, I'll see you in May.  
P: OK.

(ES 7)

Ovde nailazimo na sličnu situaciju kao u prethodnom primeru, samo što su ovoga puta uloge zamenjene. Lekar najpre izborom potvrde *all right* i predzatvaranjem u vidu zakazivanja narednog susreta (*...let me see you at the beginning of May*) pokazuje da je spreman da razgovor okonča, što pacijent prihvata upotrebom partikule *ok*. Međutim, umesto da pređe na terminalnu razmenu, lekar iznenada uvodi temu koju do tada nije pominjao i postavlja pacijentu pitanje (*What about Glucosamine...?*), na koje on odgovara, da bi lekar potom dao uputstva o tome šta je potrebno da uradi kada ode u apoteku. Ovaj primer se razlikuje od prethodnog po tome što, za razliku od lekara koji može da odbije da prihvati novu temu koja dolazi od strane pacijenta, pacijentkinja to ni ne pomišlja da učini i spremno odgovara na postavljeno pitanje. Lekar zatim koristi još jednu predstrukturu kojom ponovo pravi plan za pacijentkinjin budući dolazak (*I'll see you in May*) a razgovor se završava tako što pacijentkinja po drugi put pristaje na taj aranžman. I ovde nedostaje klasična terminalna razmena, tj. pozdravi koje lekar i pacijent razmenjuju.

Primer 66:

DT: daughter  
D: [...] OK, very good. Questions?  
DT: So, what do we do next? [...] OK. So we don't do anything unless we hear from you↓  
D: That's right. OK?  
P: See you in March.

(ES 8)

Ovo je još jedan primer predzatvaranja kojim se služi lekar kako bi najavio skoriji kraj razgovora i pružio priliku pacijentu da se izjasni da li se sa time slaže. Lekar najpre koristi partikulu *ok* i pozitivnu procenu *very good* kako bi pacijentu stavio do znanja da je prethodni segment razgovora okončan i da se približavaju samom kraju

susreta. Nakon toga lekar daje pacijentu priliku da još nešto pita ili doda, tako što mu postavlja pitanje. Odlučuje se za eliptično pitanje (*Questions?*). Ovakvo pitanje ne pretpostavlja negativan odgovor, kako je to bio slučaj u većini razgovora koje je analizirala Vest (West 2006) u svojoj studiji, ali svakako zvuči pomalo nestrpljivo, „skraćeno”, u odnosu na, recimo, *Do you have any questions?* ili *Is there anything else you would like to ask me?* Pacijentkinjina ćerka, koja razgovoru prisustvuje u ulozi njenog pratioca, prihvata datu priliku i postavlja lekaru pitanja u nizu (od kojih je u primeru prikazano jedno), da bi potom izvršila i proveru svega prethodno rečenog jednom konstatacijom sa silaznom intonacijom (*So, we don't do anything unless we hear from you*↓). Lekar potvrđuje, te zatim partikulom *ok* i uzlaznom intonacijom još jednom stavlja do znanja pacijentkinji i njenoj pratilji da je razgovor došao do samog kraja. Pacijentkinja pokazuje da se slaže sa inicijativom o zatvaranju razgovora tako što podseća lekara da će se videti u martu kada dođe na kontrolu. Razgovor se okončava na ovom mestu, bez razmene pozdrava, pa pretpostavljamo da su u ovom slučaju pacijentkinja i njena pratilja ipak napustile prostoriju u kojoj je ostao lekar a ne obratno. Naime, u obrnutom slučaju, lekar bi morao da odgovori pozdravom pre nego što napusti prostoriju, jer bi bilo kakav drugačiji scenario bio krajnje neobičan.

Primer 67:

D: Well, I'll see you in a month and then we'll see what happened and if you need MRI.

P: Hopefully not. Thank you.

D: OK.

(ES 6)

Ovaj primer prikazuje još jedan način na koji lekar koristi fazu predzatvaranja razgovora – zakazuje pacijentov naredni dolazak. Lekar najpre navodi da pacijent treba ponovo da dođe za mesec dana i to čini upotrebom modalnog glagola *will* čime pokazuje da se isključivo on pita kada će se to dogoditi, a zatim navodi i šta će se još događati u budućnosti, kada pacijent dođe na kontrolni pregled. Pacijent prihvata inicijativu izraženu u predzatvaranju i slaže se da se razgovor zatvori, tako što reaguje na potencijalno rešenje koje lekar navodi u svom iskazu (*Hopefully not*) nakon čega se zahvaljuje lekaru. Lekar potom okončava razgovor upotrebom partikule *ok* koja ovoga puta ima ulogu potvrde da je razgovor zaista završen. Nedostaje terminalna razmena, jer se razgovor završava upravo na ovom mestu, bez razmene pozdrava.

Primer 68:

D: [...]But the body's an amazing thing, it heals pretty well (...) OK, take care.  
P: Okay, thanks for the good job you did on me [...]

(ES 14)

Ovo je primer za zaokruživanje dotadašnjeg toka razgovora u vidu iskaza koji najviše podseća na pouku. Lekar ovim iskazom reaguje na pacijentov komentar rezultata koji su zajedno postigli tokom terapije (segment koji nije naveden u ovom primeru), čime okončava diskusiju i priprema se da razgovor privede kraju. To jasno stavlja do znanja kada nakon duže pauze koristi partikulu *ok* (koja dodatno zaokružuje prethodni segment razgovora) i pozdrav (*take care*). Pacijent se najpre složi sa lekarovom inicijativom (*okay*) i zatim se zahvaljuje na onome što je lekar kao profesionalac učinio za njega. Ovde se razgovor ne završava, već se nastavlja još izvesno vreme, što je prikazano u Primeru 64.

Primer 69:

P: Well, you know, it seems it's stabilized and at least it's not getting any worse.  
D: Well, that's a good sign [...]  
[...]  
D: I'm glad you're doing better.  
P: Thanks  
D: OK, see you in 6 weeks then  
P: OK. Bye.  
D: Bye.

(ES 5)

Ovo je jedini primer u celom korpusu gde lekar pokazuje primetnije interesovanje za pacijenta i nešto emotivniji pristup. Nakon što je pacijent izneo svoje mišljenje u kojem navodi da mu se stanje stabilizovalo i prestalo da se pogoršava, lekar najpre reaguje tako što se služi pozitivnom procenom (*that's a good sign*) koja ima za cilj da pacijentu pruži podršku. Zatim, nešto kasnije, nakon časkanja koje nije navedeno u primeru, lekar još jasnije ističe da mu je stalo do pacijenta i njegovog boljitka, tako što navodi da mu je (lično) drago što je pacijentovo stanje bolje nego ranije (*I'm glad you're doing better*). Pacijent reaguje tako što zahvaljuje lekaru, a lekar odmah potom prelazi na predzavarivanje u kojem zakazuje pacijentu naredni susret za 6 nedelja. Pacijent se i sa ovim slaže, čime stavlja lekaru do znanja da prihvata njegovu inicijativu o zatvaranju razgovora. Oni potom razmenjuju pozdrave, čime se na adekvatan način završava i faza terminalne razmene.



### 3.4.2. Otvaranje i zatvaranje razgovora u srpskom korpusu

#### 3.4.2.1. Otvaranje razgovora

Kada je reč o otvaranju razgovora, standardni blizinski par pozdrav – pozdrav nalazi se na početku svega 38/110 razgovora (9/37 pulmologija, 22/43 pedijatrija, 2/4 psihijatrija, 4/10 ORL i 1/16 kardiologija), što je procentualno gotovo identično kao u slučaju engleskog korpusa (reč je o 35% svih razgovora naspram 32% svih razgovora u engleskom korpusu koji ovako počinju). U ostalim razgovorima reč je o nešto izmenjenom otvaranju. Kao i u engleskom korpusu, postoji 3 slučaja gde lekar umesto pozdravom razgovor započinje fatičkom razmenom (ovaj scenario se dešava po jednom u razgovorima sa pedijatrom, ORL specijalistom i kardiologom) (Primer 70). Zatim, i u ovom korpusu ima otvaranja sa nepotpunim blizinskim parom, gde lekar ili pacijent pozdravljaju, a sagovornik umesto da otpozdravi započinje fatičku razmenu (to je slučaj u 2 razgovora sa pedijatrom i jednim razgovorom sa kardiologom) (Primer 71). Kada je reč o nepotpunom blizinskom paru, ima primera i sa drugačijim reakcijama sagovornika na uvodni pozdrav – npr. pacijent prvi pozdravlja, a lekar mu, umesto odgovora, nudi da sedne (Primer 72) ili lekar prvi pozdravlja, a pacijent umesto pozdrava odmah navodi zašto je došao (to je slučaj u jednom razgovoru sa pulmologom i u jednom razgovoru sa pedijatrom) (Primer 73) ili pak umesto pozdrava odgovara na pitanje koje je lekar postavio uz pozdrav (što je slučaj u čak 4/10 razgovora sa ORL specijalistom) (Primer 74). Faza otvaranja u potpunosti nedostaje u 21 razgovoru, a razlozi su različiti - ovo se, između ostalog, događa kada pacijent ulazi u ordinaciju po drugi put u toku istog dana (čest slučaj u pulmologiji i pedijatriji), kada je u pitanju sistematski pregled vojnika (pulmologija) ili kada je prvi deo razgovora već obavljen u kabini za pregled pacijenata što nije moglo da bude snimljeno (kardiologija). I u ovom slučaju nailazimo na približno isti procenat u dva korpusa – dok u engleskom korpusu u 26% razgovora nema otvaranja, u srpskom korpusu je to slučaj sa 19% svih razgovora. I u ovom korpusu nailazimo na nestandardno otvaranje u kojem lekar preskače i pozdrave i fatičku razmenu i odmah pacijentu postavlja otvoreno pitanje kako bi saznao zbog čega dolazi ili šta ga muči<sup>64</sup> (Primer 75). Za razliku od engleskog korpusa, u srpskom korpusu je bilo i drugih primera nestandardnog otvaranja. Na primer, umesto da

---

<sup>64</sup>Ovo je slučaj u 8/37 razgovora sa pulmologom, u 1/43 razgovora sa pedijatrom i u 3/16 razgovora sa kardiologom.

pozdravi pacijenta, lekar mu odmah nudi da sedne<sup>65</sup>(Primer 76), poziva pacijenta da uđe (Primer 77) (ukupno 4 razgovora), pita da li pacijent prvi put dolazi u tu ustanovu (Primer 78) (2 razgovora sa pulmologom) ili pak odmah kaže *izvolite* (Primer 79) (2 razgovora sa pedijatrom). U jednom razgovoru iz oblasti pedijatrije roditelj deteta započinje razgovor tako što sa vrata traži dozvolu da uđe, a lekar odobrava (Primer 80). Bez obzira na način otvaranja, razgovore u velikom broju slučajeva započinje lekar –to se događa u ukupno 83/110 razgovora (75%), od toga 34/37 razgovora sa pulmologom, 24/43 razgovora sa pedijatrom, sva 4 razgovora sa psihijatrom, 8/10 razgovora sa ORL specijalistom i 13/16 razgovora sa kardiologom. Ovo je donekle neobično ako imamo u vidu pravilo o stupanju na tuđu teritoriju (Klikovac 2008a: 46) o kome je ranije bilo reči - naime, iako pacijent ulazi na lekarovu teritoriju, lekar je taj koji u većini slučajeva prvi progovara. To je verovatno još jedan od načina da se pacijentu stavi do znanja da lekar kao predstavnik institucije ima veću moć i određuje kada će razgovor početi i kako će teći, a pacijent je, sa svoje strane, toga potpuno svestan i ponaša se u skladu s' tim. U ovom korpusu takođe primećujemo da pacijenti u primetnom broju slučajeva propuštaju da odgovore na lekarov pozdrav, već umesto toga odmah prelaze na razlog svog dolaska ili pak odgovaraju na lekarovo pitanje, što smo već pomenuli. Razlog može biti njihova usredsređenost na susret sa lekarom kako bi uspeali da postignu ono zbog čega su došli – svoju pažnju usmeravaju na postavljanje pitanja ili predstavljanje svog slučaja, kako im nešto važno ne bi promaklo.

#### Primer 70:

- L: Meni dvaput, preporučujem.  
P: Molim?  
L: Meni dvaput „dobar dan“, a doktoru više puta.  
P: Doktoru svašta.  
L: Dobili smo kompliment da se jako dugo čeka kod nas, kao na sahranama/ne, sporo ide, kao na sahranama//  
P: //Tako je. Standardna izreka.//  
L: //Ne, ja to doživljavam da je sve dostojanstveno  
P: Pa nije baš, profesore. Jao:  
L: Tu se radi o dostojanstvu  
P: A ne, ne:  
L: Zaboravila kako je bilo kad je došla.  
P: Ma, gde sam zaboravila!

---

<sup>65</sup>Ovo je slučaj u čak 10/37 razgovora sa pulmologom, 1/43 razgovora sa pedijatrom i 2/16 razgovora sa kardiologom.

L: Kako je bilo ((XXX))?

P: Ništa, opet sam nešto izgubila dobar glas, da znate[...]

(SORL 5)

U primeru je navedeno otvaranje razgovora sa pacijentkinjom koja je prethodno u čekaonici veoma bučno izražavala nezadovoljstvo povodom predugog čekanja da bude prozvana, zbog čega je ušla u verbalni duel sa drugim lekarom koji je prilikom ovog razgovora takođe prisutan. Na njega se odnosi *a doktoru više puta* u lekarovom drugom turnusu. Pokušavajući da odobrovolji pacijentkinju, lekar se umesto pozdrava odlučuje za fatičku razmenu koju započinje šaljivim predlogom. Pacijentkinja, još uvek besna, dosta direktno i drsko traži pojašnjenje lekarovih reči (*Molim?*), što on prihvata u svom sledećem doprinosu, na šta pacijentkinja nastavlja da izražava svoje nezadovoljstvo radom prisutnog lekara. Lekar zatim nastavlja ovu razmenu još jednim šaljivim iskazom koji podrazumeva veoma neobično i neočekivano poređenje (*sporo ide...kao na sahranama*). U ovom slučaju, pacijentkinja prihvata razmenu i daje svoj doprinos tako što se suprotstavlja lekarovom mišljenju – ne slaže se sa konstatacijom da je čekanje dostojanstveno, naprotiv. Lekar najzad podseća pacijentkinju na njen prvi dolazak (koji je očigledno bio pre dosta vremena) (*Zaboravila kako je bilo kad je došla*), a ona ponovo iskazuje neslaganje tvrdnjom da se itekako seća svega (*Ma, gde sam zaboravila!*). Tek u ovom trenutku, lekar postavlja umereno otvoreno pitanje kako bi saznao zašto je pacijentkinja došla toga dana. Iz njenog odgovora, koji je takođe donekle šaljiv i uključuje igru reči (*opet sam nešto izgubila dobar glas, da znate*), jasno je da se u znatnoj meri odobrovoljila i da je spremna za nastavak razgovora/pregleda, što je verovatno i bio lekarov cilj.

Primer 71:

O=otac

O: Dobar dan.

L: Gde si ti Janči, čoveče? Čao↑ Pa, ko se to nama sprema za Dansku? Ovo je moje ljubimče!

O: Je l' ? ((smeh))

L: Kakvi ste?

O: Pa evo, dobro, vi?

L: Dobro. Kako je /.../?

O: Dobro.

L: A šta je sa Jančikom?

O: Jana kašlje nešto, ne prečesto, ali traje već nekih mesec dana.[...]

(SPED 36)

U ovom primeru pacijent (ili tačnije pacijentov pratilac) započinje blizinski par pozdrav – pozdrav, ali umesto da odgovori tipiziranim iskazom i tako dopuni par, lekarka odmah prelazi na fatičku razmenu sa svojom pacijentkinjom. Jasno je da je lekarka upućena u devojčicina kretanja, a iz načina na koji joj se obraća (*Gde si ti, Janči čoveče?*) zaključujemo da se dugo poznaju. I pozdrav koji joj upućuje usred ove razmene (*ćao*) je neformalan i primeren razgovoru sa maloletnom osobom. Uzlazna intonacija i znak uzvika na kraju turnusa ukazuju na iskrenu uzbuđenost, pa nam nije teško da poverujemo da devojčica zaista jeste lekarkino *ljubimče*. Ovakva reakcija nailazi na sličnu reakciju kod devojčicinog oca, koji pokazuje i da je pomalo iznenađen lekarkinom izjavom (*Je l'?*). Lekarka u nastavku postavlja otvoreno pitanje, i to u množini (*Kakvi ste?*), time određujući i pacijentkinju i njenog oca kao osobe koje mogu odgovoriti na pitanje. Odgovora ipak otac iskazom koji, pored odgovora, uzvraća pitanje i time produžava fatičku razmenu. Lekarka odgovara i raspituje se za još jednog člana porodice i tek nakon što dobije odgovor na to pitanje, okončava fatičku razmenu prelazeći na nešto konkretnije, umereno otvoreno, pitanje kojim pokušava da sazna zbog čega je pacijentkinja Jana toga dana došla u lekarsku ordinaciju (*A šta je sa Jančikom?*), jer joj to prvimpostavljenim otvorenim pitanjem nije pošlo za rukom.

Primer 72:

P: Dobar dan.

L: Izvolite, sedite

P: Ja sam bila doktore//

L: //Znam, sećam se. Vi ste bili u utorak:

(SPUL 14)

I u ovom slučaju, pacijentkinja započinje blizinski par pozdrav – pozdrav, ali umesto da odgovori pozdravom, lekar pacijentkinju odmah poziva da sedne, time joj određujući ponašanje, što smo obeležili kao jedan od načina za isticanje moći u okviru institucionalnog diskursa. Pacijentkinja zatim podseća lekara na svoj prethodni dolazak, a on prekida njeno izlaganje potvrdom da je se seća, te sâm dopunjuje informaciju.

Primer 73:

M=majka pacijenta

L: Dobar dan↑ Pa vi to već krećete na školovanje.

M: U vrtić, da.

L: Dobro.[...]

(SPED 35)

U ovom primeru lekarka je ta koja započinje blizinski par pozdrav – pozdrav, ali majka deteta ne odgovara na očekivani način, već umesto toga odmah navodi zbog čega dolazi – u pitanju je potvrda za upis deteta u obdanište. Ovakav njen odgovor je donekle uslovljen lekarkinom konstatacijom koju je izrekla odmah nakon pozdrava (*Pa vi to već krećete na školovanje*), te je ona zapravo mogla da bira na koji deo lekarkinog iskaza će odgovoriti u svom doprinosu – na pozdrav ili na komentar – i odlučila se za ovo drugo.

Primer 74:

L: Dobar dan, kako ste?

P: Super.

L: [...] Jeste prestali da pušite?

P: [...] Ja pušim par cigara nedeljno [...]

(SORL 3)

Ovaj primer je veoma sličan prethodno navedenom primeru, jer lekar uz pozdrav postavlja i otvoreno pitanje (*Kako ste?*), a pacijent bira da umesto pozdrava, kojim bi dopunio tipiziran blizinski par, odmah odgovori na postavljeno pitanje (*Super*). Lekar potom odmah prelazi na konkretna pitanja koja se ovoga puta odnose na društvene navike pacijenta.

Primer 75:

L: Dragane (.) kako si?

P: Pa, da se ne žalim.

L: Ima li kakvih tegoba posle operacije?

P: Pa ne: ovaj, to: svaki dan ide poboljšanje minimalno:

(SKARD 2)

U ovom primeru lekar očigledno preskače i blizinski par pozdrav – pozdrav i fatičku razmenu i odmah prelazi na otvoreno pitanje pomoću kojeg planira da sazna kako se pacijent oseća. Pacijent odgovara donekle nesigurno (što se vidi iz upotrebe partikule *pa* kojom otvara svoj turnus) i diplomatski, a njegov odgovor najviše podseća na nepreferiranu repliku. Lekar zatim prelazi na konkretnije pitanje (*Ima li kakvih tegoba posle operacije?*), na koje takođe dobija dosta nesiguran odgovor, obeležen brojnim oklevanjima (partikula *ovaj*, duženje čak tri reči), zbog čega se stiče utisak da pacijent nije u potpunosti siguran da je do poboljšanja zaista došlo ili da, pak, nije siguran šta se podrazumeva pod poboljšanjem.

#### Primer 76:

- L: Sedite (..) Sedite, gospođo. Jeste vi prvi put ovde na našem kabinetu?  
P: Nisam  
L: Niste↑ Kada ste bili poslednji put?//  
P: //Bila sam 2011. godine, doktore, imala sam nešto kao neki buran alergijski vaskulitis koji nije dokazan na kraju:  
(SPUL 16)

U primeru je navedeno jedno nestandardno otvaranje razgovora, gde lekar umesto jednim od prethodno navedenih načina razgovor otvara tako što pacijentkinju poziva da sedne, da bi je potom pitao da li je nekada ranije bila na tom istom kabinetu. Kako nije bilo pozdrava od strane lekara, pacijentinja prirodno takođe ne pozdravlja, već umesto toga odgovara na pitanje koje joj je postavljeno. Nakon echo - responsa i uzlazne intonacije (*Niste*↑), čime verovatno naglašava važnost te činjenice, lekar postavlja još jedno pitanje kako bi utvrdio kada je pacijentkinja poslednji put bila na pregledu. Ovoga puta ona spremno odgovara, čak prekidajući lekara, kako bi što pre i što preciznije odgovorila na pitanje.

#### Primer 77:

- O=otac pacijenta  
L: 'Ajde, uđite.  
O: Polomio je nogu, pa je bio na:/nije išao u vrtić, pa nam treba opravdanje.  
L: Dobro [...]  
(SPED 41)

Slično kao u Primeru 76, lekarka ne započinje razgovor na standardan način, već tako što pacijenta jednostavno poziva da uđe. Otac pacijenta, koji je u ulozi pratioca, takođe izostavlja pozdrav i odmah govori lekarki zbog čega su došli i šta im je potrebno. Partikulom *dobro* lekarka pokazuje da je spremna da im izađe u susret i da se slaže sa predloženim.

#### Primer 78:

- L: Jeste li vi prvi put kod nas?  
P: Ne.  
L: Aha. Na kontrolni pregled ste došli↓ A, imate prethodni nalaz? (...) Kako ste sada? [...]  
(SPUL 20)

Još jedno nestandardno otvaranje razgovora podrazumeva pitanje o tome da li pacijent dolazi po prvi put u datu ustanovu. Kako je reč o preciznom, restriktivnom pitanju, lekar dobija i precizan odgovor. Pošto je odgovor negativan i pacijent ne daje

nikakav drugi komentar, lekar izvlači zaključak da se radi o kontrolnom pregledu i u skladu s tim traži prethodni izveštaj. Nakon toga postavlja i otvoreno pitanje (*Kako ste sada?*) koje će označiti kraj otvaranja razgovora i prelazak na naredni segment.

Primer 79:

L: Izvoli. Kaži?

P: Pa:

L: A, gotovi su?

P: Da

L: ((gleda rezultate)) E: (...) Odlično, sve je u redu [...]

(SPED 26)

I ovaj primer navodi jedno neuobičajeno otvaranje razgovora – umesto pozdrava, lekarka odmah kaže *izvolite*, ili u ovom slučaju *izvoli*, pošto je reč o pacijentu tinejdžerskog uzrasta koji je sâm došao u ordinaciju. Kako bi ga podstakla da kaže zbog čega je došao, ona se služi eliptičnim pitanjem (*Kaži?*). Dečak započinje repliku, očigledno nepreferiranu (*Pa:*), pa lekarka pogledom na papire koje drži u rukama zaključuje da se radi o nalazima koje treba da pogleda. U svom sledećem turnusu ona ne imenuje to na šta misli, ali oba sagovornika prećutno znaju o čemu je reč i sporazumevaju se bez problema i bez suvišnih reči.

Primer 80:

M=majka pacijenta

M: Je l' može?

L: Može.

M: Hvala (.) Joj, da li je iko doneo ovakve rezultate!

L: A, da: ((smeh)) To u pedijatriji i veterini ovako otprilike izgleda[...]

(SPED 12)

U ovom slučaju roditelj deteta (pratilac) otvara razgovor, a umesto pozdrava proverava da li može da uđe. Ovo pitanje lekarki postavlja stojeći na vratima i provirujući u ordinaciju, tako poštujući prostor koji lekarki kao predstavniku institucije pripada. Služi se eliptičnim pitanjem, pri čemu ni jednog trenutka zapravo ne pita da li može da *uđe*, ali oba sagovornika podrazumevaju da se radi upravo o tome. Kada dobije dozvolu od lekarke, ona se zahvaljuje i nakon kraće pauze započinje fatičku razmenu, koju lekarka prihvata i nastavlja.

### 3.4.2.2. Zatvaranje razgovora

Kada je reč o zatvaranju razgovora iz srpskog korpusa, 16/110 razgovora uopšte nema zatvaranje (12/37 pulmologija, 2/10 ORL i 2/16 kardiologija, dok u pedijatriji i psihijatriji svi razgovori imaju zatvaranje), dok svi ostali razgovori imaju neki oblik zatvaranja. 27 razgovora ima i predzatvaranje i terminalnu razmenu, dok preostalim razgovorima nedostaje jedno ili drugo. Za razliku od engleskog korpusa gde se to događa u samo jednom razgovoru, u srpskom korpusu ima ukupno 17 razgovora koji se naglo završavaju (najviše u oblasti pulmologije, čak 13/37), bez predzatvaranja i terminalne razmene, veoma direktno, samo odlukom lekara i u potpunosti na njegovu inicijativu (Primer 81). „Uzgređni sindrom” je u ovom korpusu prisutniji nego u engleskom – naišli smo na njega čak 15 puta (Primer 82), dok u jednom slučaju ovaj sindrom zapažamo i kod lekara (Primer 83). U razgovorima gde postoji predzatvaranje, lekar uglavnom pokazuje inicijativu za zatvaranje razgovora. Kao i u engleskom korpusu, on to često čini tako što zakazuje naredni susret ili obaveštava pacijenta da će ga neko kontaktirati povodom terapije, nalaza ili nečeg trećeg o čemu su toga dana razgovarali (Primer 84). Međutim, za razliku od engleskog korpusa gde lekar veoma često pokazuje da se razgovor bliži kraju tako što proverava da li pacijent ima pitanja ili bi još nešto da doda, u ovom korpusu na to nailazimo u svega dva razgovora (Primer 85). Ta dva pitanja koja specijalista ORL postavlja pacijentu (*Imate li još nešto da pitate?* i *Imate li vi nas nešto da pitate?*) u cilju najave skorog zatvaranja ni ovoga puta ne potvrđuju zaključak koji je izvela Vest (2006) nakon svog istraživanja – dakle, ni ovde se ne radi o pitanjima koja pretpostavljaju negativan odgovor, već o pitanjima koja pacijentu pružaju mogućnost da lekara pita šta god želi. U prilog tome govori i činjenica da u oba slučaja pacijent koristi pruženu priliku i zaista lekaru postavlja pitanje na koje dobija i odgovor. S druge strane, u srpskom korpusu lekar najavljuje skori kraj razgovora i na treći način koji nismo zapazili u engleskom korpusu - pacijentu jasno stavlja do znanja da su stigli do kraja susreta, drugim rečima „stavlja pacijenta pred svršen čin”. Ovo je prisutno u velikom broju razgovora, bez obzira na specijalnost, a ogleda se u upotrebi pozdrava pre stvarne terminalne razmene ili u nekoj vrsti zaokruživanja razgovora uz upotrebu partikula *eto, dobro, važi, ništa, znači, iskaza to je to, eto tako* ili pružanja upravo odštampanog izveštaja pacijentu (obično uz upotrebu partikule *evo* ili izraza *evo, izvolite*) (Primer 86). Ni u jednom razgovoru od ukupno 110 lekar se ne poziva na druge obaveze kako bi razgovor približio kraju, ali nešto nalik



tome jeste jedan razgovor sa lekarom pulmologom koji se okončava tako što lekar proziva drugog pacijenta dok je prethodni pacijent još uvek u ordinaciji, upravo kako bi tom pacijentu stavio do znanja da je razgovor završen i da je vreme da napusti ordinaciju (Primer 87). Na zaokruživanje dotadašnjeg toka razgovora u vidu pouke naišli smo samo jednom, u razgovoru sa pedijatrom (Primer 88), dok u po jednom razgovoru iz oblasti pulmologije, kardiologije i psihijatrije lekar iskazuje brigu za pacijenta (Primer 89). Međutim, moramo naglasiti da se ova briga za pacijenta, na manje standardan način ali dosta često, sreće i u oblasti pedijatrije – lekar komentariše putovanja na kojima su njeni pacijenti bili, aktivnosti kojima se bave, njihove uspehe, raspituje se za druge članove porodice, te to takođe možemo shvatiti kao znak da je lekaru „stalo do pacijenta” i njegovog dobrostanja. Kao i u engleskom korpusu, u svim posmatranim razgovorima iz srpskog korpusa lekar ima moć da zatvori razgovor i odlučuje o tome kada će se to dogoditi, te utiče na predzatatvaranje i terminalnu razmenu, iako lekar nije nužno taj koji prvi započinje blizinski par pozdrav – pozdrav u terminalnoj razmeni – to može učiniti i pacijent, ali nakon sasvim jasnog signala da je razgovor stigao do kraja koji dobija od lekara.

Primer 81:

L: [...] Znači, na osnovu dokumentacije i pregleda nema jasne kontraindikacije za operaciju. Eto tako Siniša. Prijatno.

P: Hvala vam.

(SPUL 2)

U primeru je prikazan sâm kraj razgovora koji lekar završava naglo, stavljajući pacijentu do znanja da su stigli do kraja susreta. Neku vrstu uvoda u zatvaranje predstavlja partikula *znači* koju lekar koristi kako bi zaokružio ono o čemu su do tada razgovarali. Nakon toga služi se izrazom *eto tako* koji takođe podrazumeva zaokruživanje dotadašnjeg toka razgovora i objavu njegovog kraja. Kako bi to još više naglasio, lekar dodaje pozdrav *prijatno* čime pacijenta stavlja pred svršen čin. Razgovor se nakon ovoga ne može produžiti, pa se pacijent zahvaljuje, čime se razgovor i zvanično završava. Nedostaje pozdrav pacijenta, iako nakon zahvaljivanja lekaru napušta ordinaciju.

Primer 82:

P: [...] Da, to ja sve uzimam dole u Raškoj (..) Ja: evo već mi se sad malo promenilo raspoloženje doktore:

L: 4. oktobra dolaziš?

P: Da.

L: Ako se nešto intenziviraju tegobe, dođi ranije. Uvek možeš da se javiš u hitnu, gde god treba ((štampa izveštaj)) Evo, javi se tamo za pečat. Sve najbolje.

P: Hvala. Prijatno.

(SPSIH 2)

Ovo je primer tzv. „uzgrednog sindroma”, tj. pokušaja da se na samom kraju razgovora uvede tema koja može imati veliki značaj ili emotivnu težinu, a za koju lekar nema dovoljno vremena. Upravo to pacijent pokušava da učini u prvom turnusu – u segmentu razgovora koji se odnosi na prepisivanje terapije i davanje uputstava o njenoj primeni, pacijent odlučuje da uvede novu temu u kojoj bi izneo kako se trenutno oseća i naglasio da se oseća drugačije (lošije) nego kada je razgovor počeo. Pacijent prilikom ove izjave dosta okleva, deluje nesigurno, ali lekar ipak ne prihvata nametnutu temu. On nastavlja tok razgovora koji je pacijent pokušao da prekine i usredsređuje se na datum ponovnog dolaska pacijenta, tačnije služi se predzavaranjem u vidu ugovaranja budućih događaja. Nakon još nekoliko saveta o tome kako da se ponaša ukoliko tegobe postanu izraženije, lekar privodi razgovor kraju tako što upućuje pacijenta na šalter i razgovor završava jednom vrstom pozdrava (*Sve najbolje*). Za to vreme ni jednom nije pokazao da je uopšte primetio pacijentov pokušaj uvođenja nove teme, te pacijentu ostaje samo da se složi sa dosta direktnim predlogom za zatvaranje razgovora i on to čini tako što se zahvaljuje lekaru. Sledi pacijentov pozdrav, kojim se razgovor zatvara.

#### Primer 83:

L: [...] To će biti u redu.

P: Nadam se.

L: Ništa što treba da vas zabrinjava, ništa nije opasno. Ne trebate da radite nikakve markere na koksaki i ostalo. Štitna žlezda je dobro?

P: Jeste.

L: Svaka treća žena preko pedesete ima poremećene te hormone.

P: Nemam još 50 ((smeh))

L: Je l' tako? ((smeh))

P: Hvala vam najlepše. Prijatno.

L: Prijatno.

(SKARD 6)

U ovom primeru lekar je taj kod kojeg se zapaža „uzgredni sindrom” jer uvodi temu na samom kraju razgovora. Za razliku od prethodnog primera gde je pokušaj uvođenja nove teme odbijen, ovde se predlog prihvata, jer pacijent nema moć da odbije bilo koju temu koju lekar nametne. Neposredno pre zatvaranja razgovora, lekar iznenada uvodi temu o štitnoj žlezdi i to čini postavljanjem pitanja koje je oblikovano

tako da pretpostavlja pozitivan odgovor (*Štitna žlezda je dobro?*) – lekar samo želi potvrditi da je i sa te strane sve u redu. Pacijentkinja potvrđuje njegova predviđanja, a lekar zatim proširuje nametnutu temu, tako što komentariše učestalost oboljevanja u godinama koje (po njegovom mišljenju) ima pacijentkinja. Sledi donekle neprijatna situacija za oboje, jer je lekar pogrešno procenio pacijentkinjine godine. Međutim, ona ga ispravlja uz smeh, što i on prihvata na isti način. Zanimljivo je da lekar ne pokušava da se izvini što je pogrešio (iako se radi o dami), već jednostavno prihvata njenu konstataciju uz jedno retoričko pitanje. Razgovor se potom završava parom pozdrava, pre čega se pacijent najpre zahvaljuje lekaru.

Primer 84:

L: Znači, ja ću napisati po šemi (...) I kontrola za mesec dana.

[...]

P: Hvala lepo, prijatno.

L: Doviđenja.

(SPUL 5)

Primer prikazuje predzavrtavanje u vidu pravljenja planova za naredni susret. Lekar najavljuje naredni pacijentov dolazak i nakon još jednog kraćeg segmenta koji nam nije bio zanimljiv u ovom primeru, pacijent zahvaljuje lekaru i pozdravlja ga, na šta lekar takođe uzvraća pozdravom, čime se susret i završava.

Primer 85:

L: [...] I onda: kod nas ovde zakažite za jedno 6 meseci, negde u septembru. Pa da se vidimo na kontroli.= Imate li vi nas nešto da pitate?

P: Hteo sam da pitam za ovo ((XXX)). Je l' to ostaje?

L: Da, da, da. Te vežbe stalno da koristite [...]

[...]

P: OK. Dogovoreno.

L: OK. Završili smo sve.

P: Dobro, hvala.

(SORL 2)

U primeru je navedeno proveravanje da li pacijent ima još nešto da pita ili da doda. Kao što smo već rekli – pitanje koje lekar ovde postavlja nije obavezno negativno. Ono pruža priliku pacijentu da se seti nečega što je u međuvremenu zaboravio i on to prihvata, postavivši konkretno pitanje na koje dobija lekarov odgovor. Nakon toga, pacijent potvrđuje da se slaže sa preporukama i prećutno daje saglasnost da se razgovor okonča (*OK. Dogovoreno.*). Lekar takođe koristi partikulu *ok* kako bi potvrdio da je razgovoru došao kraj, što pojačava izrazom *završili smo sve* koji zvuči

konačno i čini se da je iza toga nemoguće produžiti razgovor. Pacijent još jednom potvrđuje da je to u redu (*dobro*) i zahvaljuje lekaru, čime se razgovor i završava. Ovde nedostaju pozdravi da bi zatvaranje bilo kompletno.

Primer 86:

L: [...]Sada zakažite kontrolu kad sidete dole (...) Evo. Prijatno.

P: Hvala vam, prijatno.

(SPUL 1)

Ovde nailazimo na primer zaokruživanja razgovora uz pomoć partikule *evo*, koju lekar koristi uporedo sa pružanjem izveštaja pacijentu. Time pacijentu daje signal da je razgovoru došao kraj, što dodatno pojačava pozdravom (*Prijatno*). Pacijent se slaže sa inicijativom o zatvaranju razgovora tako što se zahvaljuje lekaru i uzvraća pozdrav.

Primer 87:

Ć=ćerka pacijentkinje

L: [...]Sve ste sad u pravu, evo vam sada, i u redu.

P: Pa ne, nisam, nego:

L: Pa nema problema, znate šta, taman posla da se sa takvim pacijentima ovako//

Ć: //Niko nam nije ni rekao da uradimo ovaj INR [...]

L: Napisali su, piše. ((obraća se sestri)) Zovite /.../ Nikolu.

(SPUL 21)

Ovo je primer veoma neuobičajenog zatvaranja i jedini je te vrste u našem korpusu. Lekar najpre pokušava da razgovor završi tako što pratilji pacijentkinje daje za pravo, iako se iz izbora leksike vidi da tako ne misli (*evo vam sada i u redu* ukazuju na to da lekar ne deli njeno mišljenje, ali je voljan da se sa njim složi kako bi se rasprava okončala). Njegova sagovornica shvata signal i pokušava da se odbrani, ali je lekar prekida, donekle nestrpljvo i ljutito (o čemu svedoči izraz *taman posla*). Njegova sagovornica zatim pokušava da prebaci krivicu na lekare u ustanovi u kojoj su prethodno bile, ali lekar ni to ne prihvata. Usprotivljuje se njenim navodima tako što dva puta naglašava da im je bilo rečeno šta treba da urade (*napisali su i piše*), a onda, kao da dve žene više nisu prisutne, govori sestri da prozove narednog pacijenta. Time jasno pokazuje da on upravlja razgovorom i da je razgovoru upravo došao kraj, što i njegova sagovornica i njena majka prihvataju, napuštajući ordinaciju bez dalje rasprave, ali i bez pozdrava.

Primer 88:

M=majka pacijenta O=otac pacijenta

M: Napravismo lom.

L: Nema veze, važno je da smo se malo zabavili. Težak je ovaj period, ali kasnije je gore ((smeh)) Samo da su zdravi.

M: Naravno. Doviđenja.

O: Doviđenja.

P: Doviđenja.

O: ((obraća se detetu)) Daj poljubac, daj poljubac.

(SPED 35)

Ovo je jedini primer zaokruživanja razgovora u vidu pouke na koji smo naišli u srpskom korpusu. Reč je o delu lekarkinog iskaza *Težak je ovaj period, ali kasnije je gore*, kojim pokušava da uteši majku svog pacijenta koji je očitio napravio nered u ordinaciji ili među igračkama. U nastavku turnusa lekarka iskazuje i brigu za pacijenta izrazom *Samo da su zdravi*. Slede pozdravi kojima se razgovor završava.

Primer 89:

L: Opet ćemo kontrolu za 2 meseca.

P: Da, čisto ono da držimo pod: pa ćemo da vidimo [...]jednostavno da izađem iz te sredine, ja to ne mogu da promenim i pokušavam da se prilagodim, al' ima tu i nepravde

L: Nesporno↑

P: Da:

L: Drago mi je da ste bolje, to sam i želeo

[...]

P: Hvala, vidimo se

L: Doviđenja.

(SPSIH 3)

U ovom primeru lekar iskazuje brigu za pacijenta, pokazuje da mu je stalo do njegovog boljitka. Nakon predzavrtavanja u vidu zakazivanja narednog susreta, pacijent pokazuje da se slaže sa tim tako što navodi da želi da stvari drži pod kontrolom. Donekle proširuje temu, ali mu lekar ne zamera, već se slaže sa njim. Nakon toga lekar iskazuje zadovoljstvo zbog činjenice da se pacijentovo stanje popravilo (*Drago mi je da ste bolje*), a iskazom *to sam i želeo* pokazuje da sve vreme misli na pacijenta i kakoda mu pomogne. Pacijent se zahvaljuje i razgovor se završava nakon što lekar i pacijent razmene pozdrave.

### 3.4.3. Zaključak

Otvoravanje i zatvaranje razgovora u dva posmatrana korpusa uglavnom se podudaraju, iako pojedine razlike postoje.

U oba slučaja samo manji procenat svih razgovora ima standardno otvaranje uz pomoć blizinskog para pozdrav – pozdrav (32% razgovora iz engleskog korpusa i 35% razgovora iz srpskog korpusa). Svi ostali razgovori imaju donekle izmenjena otvaranja - umesto razmene pozdrava počinju fatičkom razmenom, jedan sagovornik započinje razgovor pozdravom, dok drugi umesto pozdravom odgovara započinjanjem fatičke razmene ili pak lekar preskače i pozdrave i fatičku razmenu i odmah pacijentu postavlja otvoreno pitanje. Otvaranje razgovora fatičkom razmenom koju započinje pacijent prisutno je u samo jednom razgovoru iz engleskog korpusa, dok u srpskom korpusu ima nekoliko nestandardnih vidova otvaranja koji nisu prisutni u engleskom korpusu – pacijent pozdravlja lekara a on mu umesto pozdrava nudi da sedne, lekar pozdravlja pacijenta a on umesto pozdrava odmah iznosi zašto je došao ili odgovara na pitanje koje je lekar postavio uz svoj pozdrav, lekar preskače pozdrav i umesto toga odmah nudi pacijentu da sedne, poziva ga da uđe, pita da li po prvi put dolazi ili odmah kaže *izvolite*. Otvaranje nije uopšte prisutno u približno istom procentu razgovora iz oba korpusa (26% razgovora iz engleskog korpusa i 19% razgovora iz srpskog korpusa). U većini razgovora iz oba korpusa lekar je taj koji otpočinje razgovor (95% slučajeva u engleskom korpusu prema 75% razgovora u srpskom korpusu). Već smo naveli da je ovakva inicijativa za otvaranje sasvim razumljiva kada je reč o engleskom korpusu jer su razgovori snimani na američkim klinikama za koje važi pravilo da lekar ulazi u ordinaciju u kojoj se pacijent već nalazi, te ga prirodno prvi pozdravlja. Stoga zapravo iznenađenje predstavlja taj jedan slučaj u kojem pacijent prvi pozdravlja lekara. S druge strane, ovako visok procenat inicijative koju lekar pokazuje za otvaranje razgovora u srpskom korpusu svakako je neobičan, jer po pravilu koje se odnosi na stupanje na tuđu teritoriju zapravo bi pacijent trebalo uvek prvi da pozdravi lekara jer ulazi u ordinaciju u kojoj se lekar već nalazi. Takođe u razgovorima iz srpskog korpusa primetno je da pacijenti često uopšte ne odgovaraju na lekarov pozdrav, već odmah prelaze na ono zbog čega su došli ili se usredsređuju na nešto drugo što je lekar rekao, dok to u engleskom korpusu nije slučaj.

Kada je reč o zatvaranju razgovora, dva korpusa su ponovo dosta slična. Zatvaranje uopšte ne postoji u približno istom procentu razgovora iz dva korpusa - 11% svih razgovora iz engleskog korpusa i 15% svih razgovora iz srpskog korpusa. Znatno veći broj razgovora iz engleskog korpusa sadrži i predzatvaranje i terminalnu razmenu – 53% naspram svega 25% razgovora iz srpskog korpusa, dok preostalim razgovorima nedostaje ili predzatvaranje ili terminalna razmena. Kada je reč o naglom zatvaranju

razgovora, gde lekar zapravo pacijenta stavlja pred svršen čin i ne ostavlja mu prostora da se složi ili ne složi sa njegovom inicijativom o zatvaranju, brojka je ponovo veća u slučaju srpskog korpusa – 15% naspram svega 5% u engleskom korpusu. Uzgredni sindrom nije često prisutan ni u jednom korpusu, čime su potvrđeni zaključci do kojih je došla Vest (2006) u svom istraživanju – 11% svih razgovora iz engleskog korpusa i 14% svih razgovora iz srpskog korpusa, dok je za uzgredni sindrom „kriv” lekar u samo po jednom slučaju iz oba korpusa. U oba korpusa do predzatvaranja dolazi isključivo na inicijativu lekara, a on to čini na nekoliko načina. Najčešći način jeste ugovaranje sledećeg pacientovog dolaska, koji je u oba korpusa veoma zastupljen. Zatim, lekar proverava da li pacijent ima još nešto da doda ili da pita, što je čest slučaj u engleskom korpusu, dok je u srpskom korpusu to prisutno u svega 2 slučaja. Međutim, posmatranjem pitanja koja lekar postavlja pacijentu tom prilikom u oba korpusa dolazimo do zaključka da pitanja nisu tako formulisana da pretpostavljaju negativan odgovor, već pacijentu zaista pružaju mogućnost da doda šta god želi, što znači da nismo potvrdili zaključak koji je izvela Vest (2006) nakon istraživanja na svom korpusu. Pored ova dva načina, samo u srpskom korpusu dominantan je još jedan – direktno stavljanje do znanja pacijentu da je došao kraj razgovora ili stavljanje pacijenta pred svršen čin, što se ne događa ni jednom u engleskom korpusu. Takođe, u engleskom korpusu lekari često izdvajaju vreme na kraju razgovora kako bi pacijentu razjasnili planove za njegovo lečenje ili proverili razumevanje, što u srpskom korpusu nije prisutno. U oba korpusa, u veoma malom procentu, lekar otvoreno pokazuje brigu za pacijenta. Takođe, lekar je taj koji u oba korpusa ima apsolutnu inicijativu za zatvaranje razgovora.

Dakle, posmatrajući rezultate dobijene analizom otvaranja i zatvaranja razgovora iz oba korpusa, dolazimo do zaključka da inicijativa lekara preovladava u oba posmatrana segmenta susreta, kao i da ni jedan od ovih segmenata nije u dovoljnoj meri tipiziran, kako to predviđa literatura iz ove oblasti. Pri tome, u srpskom korpusu nailazimo na nešto raznovrsnije načine otvaranja razgovora u odnosu na engleski. Kada je reč o segmentu zatvaranja razgovora, razgovori iz srpskog korpusa se znatno češće od onih iz engleskog završavaju naglo, lekar mnogo ređe proverava da li pacijent ima dodatnih pitanja pre nego što zvanično zatvori razgovor i ne izdvaja vreme na kraju razgovora da proveriti razumevanje ili pacijentu razjasni pojedine detalje lečenja.

### 3.5. Pitanja

U ovom istraživanju, odlučili smo se za prebrojavanje pitanja, kao što je to bio slučaj i u većini dosadašnjih istraživanja, ali ne kako bismo izveli precizne zaključke o statističkim rezultatima, već kako bismo uočili tipove pitanja koji se javljaju u posmatranim korpusima i na osnovu toga izveli zaključke o odnosu lekara i pacijenta i njihovim pravima unutar medicinskog susreta.

Pitanja smo prebrojavali po principu koji je ustanovila Ejnsvort Von (Ainsworth–Vaughn 1998) u svom istraživanju – dakle, uzimali smo u obzir svaki zahtev za informacijom, uključujući i zahteve za pojašnjenjem (koje je Frenkl izostavio iz svog istraživanja) ali nismo uzimali u obzir zahteve da se ponovi nešto što sagovornik nije razumeo i markere iznenađenosti (što je i Vest izostavila iz svoje studije). Takođe nismo brojali ni traženje potvrde da je sagovornik nešto razumeo (npr. *OK?*, *All right?* koje lekari često upućuju pacijentima, posebno nakon nekog dužeg izlaganja, a koje ne smatramo pravim pitanjima iako se završavaju znakom pitanja), kao ni prisećanja (npr. *What was it?*=*Kako ono beše?*, što takođe nije pravo pitanje, već više glasno razmišljanje).

Dakle, imajući u vidu prethodno navedene studije koje su sproveli Mišler (Mishler 1984), Vest (West 1984a), Ejnsvort Von (Ainsworth–Vaughn 1998) i Kordela (Cordella 2004) i analizirajući građu u naša dva korpusa, naišli smo na sledeće vrste pitanja: posebna (pronominalna) pitanja, eho - pitanja, umereno otvorena pitanja, otvorena pitanja, dopunska pitanja, alternativna/disjunktivna pitanja, retorička pitanja, eliptična pitanja, intonacione upitne iskaze, pitanja sa da/ne odgovorom i izborna pitanja.<sup>66</sup>

U oba korpusa obratili smo pažnju na to koliko pitanja je ukupno postavljeno i koliko ih je postavio lekar, a koliko pacijent, koji tip pitanja su najviše postavljali lekari a koji pacijenti, kao i koliko ima negativno polarizovanih pitanja i ko ih je postavio, te u kojoj meri je zastupljen princip optimizacije. Takođe smo na osnovu dobijenih rezultata pokušali da odgovorimo na pitanje zašto lekari postavljaju pitanja, a zašto pacijenti, kao i kako tip pitanja koja postavljaju utiče na odnos moći u lekarskoj ordinaciji.

Po ugledu na istraživanje Ejnsvort Von (Ainsworth–Vaughn 1998), u izvesnoj meri smo obratili pažnju i na rodne razlike i to kada je reč o broju pitanja koja postavljaju pacijenti. Nismo se bavili rodnim razlikama kada su lekari u pitanju (osim

---

<sup>66</sup>Za terminološka objašnjenja i razgraničenja vidi 2.5.5.3.



delimično u srpskom korpusu), jer u oba korpusa ima znatno više lekara nego lekarki, pa izvođenje zaključaka u vezi sa tim ne bi imalo mnogo smisla. Nismo se bavili ni socioekonomskim razlikama među pacijentima ( a koje svakako postoje i u jednom i u drugom korpusu), jer tim podacima ne raspolažemo.

Naglašavamo da vrste pitanja koja smo pronašli i analizirali u naša dva korpusa jesu pitanja čija klasifikacija više odgovara engleskom jeziku, a njima su se detaljno bavila prethodno navedena istraživanja čiji su autori svoje radove pisali i objavili na engleskom jeziku. S tim u vezi, u pojedinim slučajevima imali smo problem da pronađemo adekvatne termine na srpskom jeziku. U srpskoj gramatici upitne rečenice kao primeri predikatskih rečenica sa komunikativnim funkcijama (Stanojčić, Popović i Micić 1989: 327–330) uglavnom se razvrstavaju u dve velike kategorije - opšta pitanja (u kojima se traži informacija o tome da li je iskaz istinit ili nije, pa su očekivani odgovori *da* ili *ne*, a postavljaju se uz pomoć upitnih reči *da li*, *zar* i sl.) i posebna pitanja (u kojima se traži informacija o samo jednom određenom delu iskaza, pa tako i odgovor mora biti poseban, a postavljaju se uz pomoć upitnih zamenica). Mihaljević (2011: 35), međutim, daje nešto detaljniju podelu na čak 5 kategorija: jestno – niječna ili da/ne pitanja (koja dalje deli na nulta i čestična), dopunska pitanja, posebna ili pronominalna, alternativna i ječna ili eho pitanja. Kovačević (2012: 68; 2015: 151) navodi tri kategorije pitanja: totalna ili opšta, parcijalna ili posebna i alternativna/disjunktivna. Prema tipu odgovora Kovačević pitanja svrstava u tri odvojene kategorije: pitanja sa da/ne odgovorima, pitanja sa posebnim odgovorima i pitanja sa eho – odgovorima (Kovačević 2012: 68). Najzad, prema tipu forme, Kovačević (2012: 68) upitne rečenice deli na gramatikalizovane (one koje sadrže jasne leksičke pokazatelje upitnosti) i negramatikalizovane (one čija upitnost potiče isključivo od intonacije).

Prema navedenim klasifikacijama koje su u upotrebi u srpskom jeziku, pitanja na koja smo naišli u naša dva korpusa i koja će kroz primere biti prikazana u daljem tekstu mogla bi se razvrstati u date kategorije i to na sledeći način: totalna pitanja (gde bi spadala pitanja sa da/ne odgovorom i intonacioni upitni iskazi), parcijalna pitanja (koja bi uključivala posebna ili pronominalna pitanja, eho – pitanja, umereno otvorena, otvorena i eliptična pitanja) i alternativna pitanja (gde bi spadala alternativna/disjunktivna i izborna pitanja), dok bi retorička i dopunska pitanja predstavljala zasebne kategorije. U srpskom jeziku ne postoje široke kategorije otvorenih i restriktivnih pitanja (vidi 2.5.5.3.) na način na koji se one posmatraju u

istraživanjima na koje se pozivamo, ali ćemo se u daljem tekstu služiti tim terminima, po ugledu na engleski.

### 3.5.1. Pitanja u engleskom korpusu

U 19 razgovora iz engleskog korpusa, postavljeno je ukupno 334 pitanja – od toga, čak 272 pitanja su postavili lekari(81%), dok su preostala 62 pitanja postavili pacijenti (19%). U ova 62 pitanja uračunali smo i 8 pitanja koja nisu postavili lično pacijenti, već su to umesto njih učinili njihovi pratioci, odnosno treće lice koje je prisustvovalo susretu.

#### 3.5.1.1. Pitanja koja su postavljali lekari

Kada je reč o vrsti pitanja, lekari u ovom korpusu najviše su postavljali pitanja sa da/ne odgovorom (73/272) (Primer 90), eliptična pitanja (ukupno 42) (Primer 91) i posebna (pronominalna) pitanja (ukupno 41) (Primer 92). Dosta često su se služili i intonacionim upitnim iskazima (36/272) (Primer 93) i umereno otvorenim pitanjima (29/272) (Primer 94), dok su povremeno postavljali i retorička pitanja (ukupno 15) (Primer 95), otvorena pitanja (takođe 15) (Primer 96) i alternativna/disjunktivna pitanja (ukupno 10) (Primer 97). Najređe su postavljali eho - pitanja (5/272) (Primer 98), dopunska pitanja (4/272) (Primer 99) i izborna pitanja (ukupno 2) (Primer 100). Ako posmatramo odnos otvorenih i restriktivnih pitanja, lekari su postavili znatno više restriktivnih pitanja na koja je potrebno dati precizan odgovor (bilo da se radi o odgovorima *da* i *ne* ili o konkretnim odgovorima) nego otvorenih koja bi pacijentu dala veću slobodu u izražavanju i koja bi ga podstakla da samostalno, „svojim rečima”, objasni zbog čega dolazi i šta ga muči.

Primer 90:

D: [...] Have you had any operations when you were put to sleep?

P: Yeah, I had two operations [...]

D: [...] Was it gall stones?

P: No, not gall stones. I don't know where, but they operated on me [...]

D: Are you allergic to medication?

P: No, I'm not allergic to medication.

(ES 9)

U ovom primeru lekar uzima anamnezu i pri tome pacijentu postavlja niz od nekoliko pitanja sa da/ne odgovorom. Lekar svojim pitanjem započinje svaki sled zbog čega je jasno da on upravlja razgovorom i da pri tome prati svoju agendu čiju logiku

pacijent verovatno ne može uvek da razume. Kao jedan od razloga pacijentovog podređenog položaja u interakciji sa lekarom, Mišler (Mishler 1984: 74) navodi upravo činjenicu da pacijent nikada ne zna koje pitanje će uslediti i da li će njegov prvobitan odgovor biti adekvatan. Primećujemo da na prva dva postavljena pitanja u navedenom primeru, pacijent najpre odgovora sa *da* ili *ne*, kako je lekar i predodredio svojim pitanjem, a zatim u izvesnoj meri dopunjava svoje odgovore. Lekar se, međutim, ne obazire na ove dopune i nastavlja da prati svoju agendu, očito insistirajući na kratkim turnusima. Nikako ne čudi lekarov izbor baš ovog tipa pitanja u ovoj fazi razgovora – restriktivna pitanja (posebno pitanja sa *da/ne* odgovorom) ograničavaju vreme razgovora i u znatnoj meri kontrolišu pacijentov odgovor, te lekaru daju mogućnost da postavi veći broj pitanja i na njih dobije odgovore kojima će popuniti neki stvarni ili zamišljeni formular u okviru svoje agende. S druge strane, pacijent primetno izbegava da na postavljena pitanja daje samo šture odgovore *da* ili *ne*, pa osim što dodaje određene detalje koje smatra relevantnim, on na sva pitanja odgovara punom rečenicom (što svakako ne bi bio slučaj u svakodnevnoj komunikaciji). Takođe primećujemo da ni u pitanjima ni u odgovorima nema oklevanja, pogrešnog starta, zamuckivanja i da svi turnusi teku veoma glatko i brzo se smenjuju. Samim tim, ovaj primer se ne podudara sa Mišlerovim (Mishler 1984:75) (opštim) zaključkom da se pacijent služi dužim ili kraćim pauzama u svojim odgovorima u zavisnosti od toga da li je lekarovo pitanje logično vezano za pacijentov prethodni odgovor ili glavnu temu, te da pacijent odgovara bez oklevanja samo u slučaju da može jasno da vidi vezu između tog i prethodnih pitanja. U našem primeru, prva dva pitanja jesu donekle povezana, jer drugim pitanjem u nizu lekar zapravo pomaže pacijentu da odgovori na prvo, ali treće pitanje otvara sasvim novu temu, a pacijent i dalje ne okleva sa svojim odgovorom. Takođe nema ni trećeg turnusa, tj. lekar ne daje nikakav komentar na pacijentov odgovor u vidu procene ili potvrde, već samo prelazi sa pitanja na pitanje što ten Have (1991: 149) naziva brzim i restriktivnim propitivanjem, tzv. „diferencijalnom dijagnozom” (engl. *differential diagnosis*)<sup>67</sup> u profesionalnom žargonu.

#### Primer 91:

P: [...] And then I stopped using it and that seemed to have healed, but it'd taken almost a month to feel better↑

D: And still doesn't?

---

<sup>67</sup>Diferencijalna dijagnoza podrazumeva utvrđivanje precizne dijagnoze na osnovu određenih simptoma ili sindroma (Vidanović 2006).

P: No. I can use it now, but I'm afraid to go back and exercise and do that kind of thing.

(ES 6)

Ovo je primer eliptičnog pitanja kojim lekar reaguje na pacijentov iskaz. Pacijent najpre govori o svom problemu sa ramenom zbog kojeg je ranije posećivao lekara i o tome kako se stanje popravilo kada je rame prestao da opterećuje, pri čemu svoj iskaz završava rečima da je bilo potrebno skoro mesec dana da rame počne da se oporavlja (*it'd taken almost a month to feel better*). Lekar svoje pitanje postavlja kao reakciju na sâm kraj pacijentovog iskaza (*to feel better*), u nameri da sazna da li rame i dalje nije sasvim oporavljeno. Umesto pitanja sa da/ne odgovorom (*Does it feel better now?*) ili pak kompletnog intonacionog upitnog iskaza (*And it still doesn't feel better?*), on se odlučuje za eliptičnu formu *And still doesn't?* koja je pri tome još i negativno polarizovana, što znači da lekar očekuje negativan odgovor (verovatno sudeći po tome što je pacijent ponovo došao u lekarsku ordinaciju). Iako pitanje koje je ovako formulisano izolovano ne bi ništa značilo i može da izazove zbunjenost, pacijent nema problema sa razumevanjem njegovog značenja i odmah odgovara odrično, kako je lekar i predvideo, a zatim dopunjuje svoj odgovor još nekim detaljima koje smatra relevantnim. Izbor ovakvog pitanja jasno pokazuje da je reč o drugačijoj fazi razgovora u odnosu na onu u Primeru 90 – ovo je početni deo razgovora u kojem pacijent dobija priliku da ispriča šta ga muči i zbog čega je došao, pa i lekar prilagođava pitanja situaciji i radije se služi kraćim pitanjima kojima proverava određenu informaciju, a ne traži novu.

Primer 92:

D: Let's see (.) How many/how/how long has it been now (..) on the sobriety.

P: /.../

D: What's your date?

P: I use January 6th.

(EIM 1)

Ovde lekar postavlja dva restriktivna pitanja u nizu. Prilikom postavljanja prvog pitanja on primetno okleva, ima čak dva pogrešna starta i dve pauze, što je razumljivo s obzirom na to da se očito radi o veoma delikatnom problemu sa kojim se suočava njegov pacijent (odvikavanju od alkohola). Stiče se utisak da se trudi da pitanje postavi što bezbolnije, iako se ipak odlučuje za posebno (pronominalno) pitanje, a ne, na primer, za otvoreno ili umereno otvoreno pitanje. Razlog za to je verovatno taj da lekar zbog nečegamora da zna koliko je tačno vremena prošlo od kada je pacijent

uključen u program odvikavanja, što i potvrđuje svojim narednim pitanjem. Pacijent je u svom prvom turnusu odgovorio koliko dugo je trezan, ali nije naveo tačan datum, što lekar pokušava da sazna u svom narednom turnusu. Ovoga puta posebno pitanje postavlja bez oklevanja, a pacijent takođe odgovara bez oklevanja, s tim što umesto *It is January 6th* on kaže *I use January 6th*, što možda znači da nije trezan baš od trenutka kada je uključen u program, već je u pitanju nešto kasniji datum.

Primer 93:

D: You've made it through your surgery OK?

P: Yeah, yeah, you asked me that last time.

D: Uh (...) well.

(ES 12)

U ovom primeru reč je o intonacionom upitnom iskazu. Očito se radi o početku razgovora, pa lekar možda radije bira formu pitanja koja nije toliko restriktivna i više liči na konstataciju. Pri tome, ovaj intonacioni iskaz je pozitivno polarizovan, što znači da lekar očekuje da čuje potvrđan odgovor – on odgovor očito već zna, a pitanje verovatno postavlja više u nameri da započne fatičku razmenu nego da zaista dobije važnu informaciju od pacijenta. I sama leksička formulacija pitanja ukazuje na to da se lekar neformalno obraća svom pacijentu – služi se izrazom *to make it through surgery* što bi prevedeno na srpski glasilo *pregurati operaciju*. Zanimljivo je da pacijent odgovara donekle nestrpljivo, tako što dva puta daje potvrđan odgovor, i to njegovu neformalniju varijantu (*yeah* umesto *yes*), nakon čega kao da prebacuje lekaru činjenicu da ga je to isto pitao tokom prethodnog susreta. Čitav odgovor zvuči kao da je pacijentu pomalo dosadno da (ponovo) odgovara na postavljeno pitanje, a čini se da ni lekar nije očekivao takav odgovor jer umesto da postavi naredno pitanje u nizu, odlučuje se za komentar u okviru trećeg turnusa koji započinje partikulom *uh* i dužom pauzom, a završava ga partikulom *well*, dakle služi se ispunjivačima, što je jasan znak oklevanja.

Primer 94:

D: [...] OK, fine. And: how about going to back pocket, is it causing troubles?

P: Well, ((XXX)).

D: OK, mild. How about combing your hair? Can you do it?

P: Well, I can use my hand but ((XXX))

D: OK (.) OK How about opening a jar, something like that?

P: Yes, unless it's too tight.

(ES 1)

Ovde se lekar služi umereno otvorenim pitanjima koja u engleskom jeziku započinju upitnom rečcom *how about*. Postavlja ukupno tri takva pitanja u nizu, pri čemu u dva slučaja pitanje dopunjuje upotrebom pitanja sa da/ne odgovorom (*Is it causing troubles?* i *Can you do it?*). Samim tim on donekle menja nivo otvorenosti pitanja, pa pacijentu ograničava odgovor u većoj meri nego što je to obično slučaj kod ovog tipa pitanja. Stiče se utisak da se u poslednjem trenutku odlučuje da pacijentov odgovor donekle usmeri. Samo je treće pitanje u nizu pravo umereno otvoreno pitanje koje pacijentu daje priliku da svoj odgovor formuliše kako želi. Međutim, pacijent i na to pitanje odgovara upotrebom partikule *yes*, kao da mu je lekar postavio restriktivno pitanje sa da/ne odgovorom umesto umereno otvorenog, pa tek nakon toga neznatno proširuje svoj odgovor. Pre svakog narednog pitanja, lekar daje svoj komentar na pacijentov prethodni odgovor, služeći se partikulom *ok* kao minimalnim responsom, kao i pozitivnom procenom *fine*, dok u jednom slučaju dopunjuje pacijentov odgovor tako što ga rezimira (*OK, mild*).

Primer 95:

D: [...] And: uhh why don't you see me in two months?

P: Two months?

D: Mmm-hmm [...]

(EIM 1)

Ovde se lekar služi retoričkim pitanjem koje ne postavlja da bi od pacijenta dobio neku informaciju, već kako bi pacijenta obavestio da bi trebalo da dođe na kontrolu za dva meseca. Ejnsvort Von (Ainsworth–Vaughn 1994: 195) retorička pitanja smatra „zamaskiranim” naredbama ili deklarativnim iskazima i navodi da su često dvosmislena. Drugim rečima, retorička pitanja i jesu i nisu pitanja, jer sagovorniku pružaju mogućnost da odluči hoće li na njih odgovoriti ili ne. U našem primeru, reč je zapravo o zakazivanju naredne kontrole, pri čemu lekar želi da proverii da li se pacijent slaže sa njegovim predlogom da to bude period od 2 meseca. Zbog toga se umesto komande u vidu imperativa služi pitanjem kao blažom varijantom, iako je i dalje on taj koji daje predlog i verovatno na kraju odlučuje o tome kada će zakazati kontrolni pregled. Pacijent umesto odgovora takođe postavlja pitanje tražeći potvrdu da je dobro razumeo ono što je lekar prethodno predložio, a lekar odgovara služeći se minimalnim responsom.

Primer 96:

D: How are you doing ((XXX))? How are things?

P: Good (.) I take pills.

(ES 5)

U ovom primeru lekar se služi otvorenim pitanjima koja pacijentu daju mogućnost šireg i slobodnijeg odgovora. U pitanju je sâmo otvaranje razgovora, pa bismo očekivali da i pacijent odgovori na sličan način, tj. da dopuni blizinski par tako što će lekaru uzvratiti kurtoaznim pitanjem. Međutim, nakon kratkog odgovora na drugo pitanje po redu (što još jednom potvrđuje činjenicu koju je zapazila Vest (West 1984a) da će u slučaju postojanja više od jednog pitanja pacijent odgovoriti samo na poslednje), on navodi da uzima lekove. Ovaj pacijentov odgovor je veoma zanimljiv, jer pobija zaključak do kojeg su došli Kupland i saradnici (Coupland et al. 1994: 106) da pacijenti ovakva otvorena pitanja češće doživljavaju kao poziv na ćaskanje nego na davanje medicinskog odgovora. Oni su zaključili da je to veoma često slučaj čak i u kasnijim fazama razgovora, kada lekar uzima anamnezu, pa je veoma neobično što ovaj pacijent već na samom početku razgovora, u okviru fatičke razmene, daje medicinski odgovor na postavljeno otvoreno pitanje.

Primer 97:

D: [...] OK. So you're still on ((XXX)) or you're taking anything else?

P: ((XXX)) the whole time.

D: The whole time? And: overall, is it better or is it the same?

P: It's a deterioration.

(ES 1)

U ovom primeru reč je o alternativnim/disjunktivnim pitanjima koja sagovorniku nude dva (suprotna) odgovora međusobno odvojena disjunktivnim veznikom *ili*. Lekar postavlja čak dva pitanja ovog tipa, jedno za drugim. U prvom slučaju radi se zapravo o intonacionom upitnom iskazu koji je po svojoj prirodi polarizovan jer nudi pacijentu mogućnost da bira između uzimanja određenog leka i uzimanja bilo kog drugog leka. Pacijent se u odgovoru odlučuje za prvu ponuđenu opciju, dodajući da sve vreme uzima taj lek. Nakon eho - responsa, lekar postavlja još jedno alternativno/disjunktivno pitanje, koje ovoga puta sadrži inverziju. Međutim, zanimljivo je da se između dva ponuđena odgovora, *bolje* ili *isto*, pacijent ne odlučuje ni za jedan, već dodaje treći i kaže da je *gore*, tj. da je u pitanju pogoršanje.

Primer 98:

D: [...] Now, you've been out of the hospital for how long?  
P: I think it's three weeks.

(EIM 2)

Ovo je primer upotrebe echo - pitanja. Umesto uobičajeno formulisanog pitanja *How long have you been out of the hospital?*, lekar se odlučuje za manje uobičajenu verziju u kojoj se upitni marker nalazi na samom kraju pitanja. Razlog za izbor ovako formulisanog pitanja najpre bi mogla bi da bude želja lekara da proveriti određeni podatak ili da zatraži od pacijenta da ponovi deo iskaza koji nije čuo. Drugi razlog bi mogao biti da se na pola puta predomislio, pa je umesto intonacionog upitnog iskaza ipak rešio da postavi restriktivno (u ovom slučaju posebno) pitanje na koje će dobiti konkretan odgovor a ne samo potvrđan ili odričan.

Primer 99:

D: [...] The Doxycycline is a one hundred, is it?  
P: Oh: my gosh I don't know  
D: It comes in a fifty and a one/hundred.  
P: Yeah.

(ES 11)

Ovde je reč o tzv. dopunskom pitanju (engl. *tag question*) kojim se lekar služi kako bi proverio određenu informaciju – koju dozu leka pacijent trenutno uzima. Lekar ovakvom formulacijom pitanja pacijenta navodi na određeni odgovor koji smatra ispravnim i adekvatnim, te pitanjem zapravo ne traži novu informaciju već samo želi da potvrdi svoju pretpostavku o postojećoj. Pacijent daje nesiguran, zbunjen, nepotpun odgovor, pa mu lekar u svom narednom turnusu priskače u pomoć nudeći mu dve moguće opcije.

Primer 100:

D: [...] And: any old injuries, car accidents, broken bones↑//  
P: // No, no, no. Well, I  
had ((XXX)) when I was 17 years old.

(ES 1)

U ovom primeru lekar pacijentu postavlja pitanje u kojem mu nudi čak tri moguća odgovora. Pacijent prekida lekara u želji da naglasi kako ni jedan od ponuđenih odgovora nije nešto sa čime se on suočavao, te u nastavku daje četvrti odgovor.



### 3.5.1.2. Pitanja koja su postavljali pacijenti

Što se tiče pacijenata, i oni su se najviše služili pitanjima sa da/ne odgovorom (19/62) (Primer 101) i eliptičnim pitanjima (ukupno 11) (Primer 102), kao i intonacionim upitnim iskazima (takođe 11) (Primer 103). Dosta često su postavljali i posebna (pronominalna) pitanja (ukupno 9) (Primer 104), znatno ređe otvorena pitanja (ukupno 4) (Primer 105) i dopunska pitanja (takođe 4) (Primer 106), a veoma retko alternativna/disjunktivna pitanja (ukupno 3) (Primer 107) i umereno otvorena pitanja (ukupno 2) (Primer 108). Pacijenti nisu postavili ni jedno retoričko pitanje, kao ni eho - pitanje ili izborna pitanje.

Primer 101:

[...] Um: my question=Can masking it last for the next 20 years?

D: Well: masking is probably not the correct word, but maybe ((?fooling)) it is a better word [...]

(ES 3)

U ovom primeru pacijent postavlja lekaru pitanje sa da/ne odgovorom, a to čini kako bi proverio koje mogućnosti su mu na raspolaganju u vezi sa problemom koji ga muči. Pacijent lekaru najpre najavljuje svoje pitanje tako što započinje svoj iskaz markerom za oklevanje (produženim *um*) i predstrukturuom (*my question*), dok u nastavku sasvim jasno formuliše svoje pitanje. Lekar u ovom slučaju prihvata pacijentovu inicijativu i nakon kratkog oklevanja daje odgovor na postavljeno pitanje trudeći se da govori što jednostavnije kako bi ga i laik razumeo.

Primer 102:

P: Mmm-hmm (...) Um (..) Any other options? If I (...)/if I did nothing what am I going to end up with?

D: I don't think you're doing any harm by doing nothing for the (..) immediate future [...]

(ES 13)

Ovaj primer zapravo sadrži dva različita pitanja koja pacijent postavlja lekaru. Nakon minimalnog responsa, koji je očito reakcija na lekarov prethodni iskaz, i primetnog oklevanja (obeleženo markerom *um* i dvema dužim pauzama), pacijent najpre postavlja eliptično pitanje. Umesto pitanja sa da/ne odgovorom *Are there any other options?*, pacijent se odlučuje za kraću varijantu *Any other options?* Odmah potom nadovezuje i restriktivno pitanje u okviru uslovne rečenice, verovatno kako bi lekaru stavio do znanja šta je imao na umu – pod *drugim opcijama* ne podrazumeva

nikakvu konkretnu aktivnost, već se pita šta će se dogoditi u slučaju da odluči da ne uradi ništa po pitanju svog problema. Lekar mu na to daje umirujući odgovor, barem kada je u pitanju bliska budućnost.

Primer 103:

P: [...] But (...) polymyalgia is something you never get over then?  
D: No. I mean I've/I guess/the patients that have that (...) are on Prednisone and have the diagnosis need to be on Prednisone all their lives, okay [...]  
(ES 12)

Ovo je primer za intonacioni upitni iskaz kojim pacijent samo proverava nešto što je sâm shvatio, neki zaključak do kojeg je došao tokom prethodnog dela razgovora. Upotrebom partikule *never* pacijent polarizuje pitanje u negativnom smeru i očekuje od lekara negativan odgovor. Takav odgovor i dobija, nakon čega lekar pokušava da mu objasni da će do kraja života morati da uzima lekove. Lekar se trudi da svoj odgovor donekle ublaži, zbog čega na početku dosta okleva, odgovor započinje pogrešnim startom i jednom dužom pauzom, a služi se i izrazom *I guess* čime pacijentu stavlja do znanja da je ono što će mu saopštiti samo njegov lični stav i da možda ima nade da ipak ne bude tako.

Primer 104:

P: Well, what if (.) / what actually causes this pain?  
D: The cartilage underneath the cap has thinned down so it's rubbing against the other side (.) and it causes inflammation [...]  
(ES 7)

U ovom slučaju, pacijent lekaru postavlja posebno (pronominalno) pitanje na koje očekuje konkretan odgovor. Ovo je pitanje kojim pacijent od lekara traži određenu informaciju, a u nameri da se detaljnije obavesti o bolu koji trpi. On svoje pitanje započinje dosta nesigurno, upotrebom ispunjivača *well*, pogrešnim startom i kraćom pauzom. Lekar, međutim, pokazuje da je ozbiljno shvatio pacijentovo pitanje, jer mu daje veoma podroban odgovor.

Primer 105:

P: [...] You're a fisherman, no↑  
D: Yes sir. That's a Steelhead.  
P: I know a Steelhead. Yeah. (...) There's things around.  
D: Yeah [...]  
(ES 11)

Ovo je donekle neobično otvoreno pitanje koje zapravo dosta podseća na dopunsko pitanje. Smatramo ipak da je reč o otvorenom pitanju jer njime pacijent ustvari započinje fatičku razmenu sa lekarom, dajući mu priliku da se detaljnije pozabavi nametnutom temom. Lekar prihvata ovu razmenu i proširuje temu, na koju se i pacijent dalje nadovezuje.

Primer 106:

- P: [...]There isn't any other (...) treatment for it either, is there?  
D: Prednisone it/I've never/I've never heard of anything else that works [...]  
P: Mmm (.) It works ((XXX)) I think it does help (...) make you retain water though don't it/doesn't it?  
D: A little [...]

(ES 12)

U ovom primeru pacijent postavlja čak dva dopunska pitanja. Prvo pitanje je negativno polarizovano i iako ga pacijent postavlja u nadi da možda ipak postoji neki drugi način lečenja, on ipak očekuje od lekara negativan odgovor. Lekar dosta okleva u svom odgovoru, ima čak dva pogrešna starta, kao da ne želi da razočara pacijenta, ali na kraju mora da mu saopšti da je izvesni lek koji koristi jedino rešenje. Nakon minimalnog responsa *mmm* kojim pokazuje da je razumeo poruku, pacijent iznosi svoje mišljenje o leku pri čemu postavlja još jedno dopunsko pitanje, uz popravku. U ovom slučaju on traži od lekara potvrdu da je ono što je sâm, kao laik, primetio tačno. Međutim, lekar je dosta suzdržan i samo se delimično slaže sa njim.

Primer 107:

- P: [...] Would I be able to/if we did it on a Friday would I be able to go back to work by the y'know/be mobile say by Monday (.) or should I give myself two or three:-  
D: Yeah (.)I'd/I'd give yourself (...) maybe (...) five days total/to be able to just-

(ES 13)

U ovom primeru pacijent postavlja jedno od retkih alternativnih/disjunktivnih pitanja u kojem od lekara očekuje da se složi sa jednom od dve alternativne mogućnosti. On veoma teško formuliše pitanje, dosta okleva, zamuckuje, ima pogrešan start, ispravke, verbalno ispunjava pauzu upotrebom strukturnog markera *y'know*, zastaje u govoru, i čak ne uspeva ni da dovrši pitanje. Lekar pomaže pacijentu time što mu potvrdom *yeah* stavlja do znanja da je razumeo pitanje. I on sâm se u odgovoru veoma teško izražava, ispravlja se i zamuckuje, pravi duže pauze, pre nego što odbaci i jednu i

drugu opciju koju mu je pacijent ponudio u svom alternativnom/disjunktivnom pitanju i predloži mu treću.

Primer 108:

P: I was gonna ask you (.) Oh, I was talking to my mom, uh, what about/is there a flu thing going-

D: Uh-huh [...]

(EIM 1)

U ovom slučaju pacijent lekaru najavljuje da će mu postaviti pitanje (koristi predstrukturu *I was gonna ask you*) i pritom dodaje da je zapravo njegova majka bila inicijator pitanja. Pacijent se služi umereno otvorenim pitanjem koje na polovini prerasta u pitanje sa da/ne odgovorom. Lekar reaguje minimalnim responsom (*uh-huh*), a u nastavku razgovora (koji ovde nije prikazan) daje detaljniji odgovor i obrazloženje svog mišljenja.

### 3.5.1.3. Broj pitanja u odnosu na rod

Od 19 razgovora iz ovog korpusa, u 13 su pacijenti muškog roda, a u 6 ženskog. Muški pacijenti su postavili ukupno 37/62 pitanja (ne računajući pratioce), tj. 2.8 pitanja po pacijentu. Žene su postavile ukupno 13/67 pitanja (takođe ne računajući pratioce), što je ukupno 2.2 pitanja po pacijentkinji. Dakle, u ovom korpusu muškarci su postavili nešto više pitanja nego žene, čime se rezultati razlikuju od istraživanja koje je sprovela Vest (West 2006) gde su žene postavile više pitanja nego muškarci. Nismo pravili slično poređenje između lekara i lekarki, jer su u engleskom korpusu u svim slučajevima izuzev u jednom u pitanju lekari, te uzorak u tom smislu nije reprezentativan.

### 3.5.1.4. Broj pitanja u odnosu na tip susreta

U samo jednom slučaju (ES 9) reč je o prvom susretu između lekara i pacijenta, dok se u ostalim susretima radi o kontrolnim pregledima. U tom smislu, zanimljivo je pomenuti da je upravo u tom razgovoru lekar postavio daleko najveći broj pitanja (čak 59) dok je pacijent postavio svega 3 pitanja. Ovaj razgovor je, očekivano, bio i jedan od najdužih (36'44''), a svakako je najdetaljniji, pre svega zbog uzimanja anamneze što je i glavni razlog za toliki broj pitanja koja je postavio lekar. Upravo u ovim pitanjima prisutan je princip optimizacije (Boyd & Heritage 2006: 164-165) ili

kako ga još nazivaju „scenario najboljeg slučaja” ili „ishod bez ijednog problema” (Primer 109).

Primer 109:

D: [...] No unusual problems with your bowls?  
P: No (.) Sometimes I hiccup (.) sometimes.  
D: No problems with your breathing?  
P: Huh-huh. Sometimes I://  
D: // You don't have asthma, do you?  
P: No.  
D. Or sinus? [...]

(ES 9)

Sva pitanja koja je u ovom primeru lekar postavio u nizu negativno su polarizovana i predviđaju upravo scenario najboljeg slučaja. Iako postavlja pacijentkinji sva uobičajena pitanja koja po agendi treba da postavi u fazi uzimanja anamneze, lekar to čini tako što pretpostavlja da će svi njeni odgovori biti negativni, tj. da ona neće imati ni jedan od problema na koja se ta pitanja odnose. Pacijentkinja zaista daje negativne odgovore na sva postavljena pitanja, ali uglavnom pokušava i nešto da doda. Međutim, lekar se u potpunosti oglašuje o te njene pokušaje i nastavlja da prati svoju agendu, a njen odgovor na drugo pitanje prekida u trenutku kada smatra da je čuo dovoljno i da treba da reaguje narednim pitanjem.

### 3.5.1.5. Negativno polarizovana pitanja

Kada je reč o preferiranju negativnog odgovora, to je znatno češće bio slučaj kod lekara nego kod pacijenta. Lekar je postavio ukupno 20 pitanja polarizovanih u negativnom smeru (upotrebom partikula *any* i *ever*) (Primer 110), dok su pacijenti postavili 4 takva pitanja (Primer 111). Kod pacijenata smo primetili često postojanje problema pri formulisanju pitanja, u vidu zamuckivanja, popravki, pogrešnog starta, čestih pauza u govoru (Primer 112). Takođe, dosta često pitanja pacijenata nisu dovršena i ponekad ih sâm lekar dovršava ili pak daje svoj odgovor a da pacijent nije ni izrekao pitanje do kraja (Primer 113). Isto je zapazila i Vest (West 2006) u svom istraživanju.

Primer 110:

D: [...]How ya doing otherwise? Any/any problems?  
P: No, not really.

(ES 12)

U ovom primeru lekar postavlja negativno polarizovano pitanje upotrebom partikule *any*. On time predviđa da će od pacijenta dobiti negativan odgovor, što se zaista i dešava – pacijent odgovara odrično, ali se donekle ograđuje upotrebom izraza *not really*, što je možda obična poštapalica, ali može i da znači da zapravo postoji jedna ili dve stvari koje se mogu smatrati problematičnim.

Primer 111:

P: [...] Mmm-hmm (..) Well at this point what would you do about it, nothing?

D: Look: I'd ask the question [...]

(ES 11)

U ovom slučaju pacijent je taj koji postavlja negativno polarizovano pitanje. On pita lekara šta bi uradio u vezi sa problemom koji ga muči, a ujedno nagoveštava da je svestan da ne postoji ništa što bi moglo da se uradi, drugim rečima očekuje negativan odgovor. Lekar oprezno pristupa odgovoru i umesto da odmah odgovori odrično, on okoliša, verovatno u pokušaju da pacijenta pripremi na negativan odgovor koji će mu u nastavku dati.

Primer 112:

P: [...] I don't uh: at the first part I'll/I'll need mobility for a lot of: But I'd be (.) I'd be (..) basically out for a little while, wouldn't I?

D: Well if had the uh: ACL reconstruction it wouldn't a whole/a lot as long as your work isn't too physical.

(ES 13)

Kao i u Primeru 107, ovde pacijent ima dosta poteškoća da izrazi ono što želi. Dosta okleva, zamuckuje, ispravlja se, ostavlja rečenice nedovršenim, pravi česte pauze duže od jedne sekunde. Najzad uspeva da formuliše jedno dopunsko pitanje, kojim traži od lekara potvrdu da će neko vreme morati da odsustvuje sa posla. Lekar mu potvrđuje da je tako, uz dodatno objašnjenje.

Primer 113:

P: [...] In other words delaying it is not going to↑//

D: //Won't hurt a bit.

P: Make it any more difficult to:↑//

D: //Right. Right, I don't think it'll hurt a thing [...]

(ES 11)

U ovom slučaju čak dva pitanja koja postavlja pacijent ostaju nedovršena. Lekar zapravo prekida pitanja u trenutku kada smatra da je čuo dovoljno i daje svoj odgovor, čime preuzima moć i kontrolu nad razgovorom.

### 3.5.1.6. Zašto lekar postavlja pitanja pacijentu

Samim tim što daje veliku prednost restriktivnim pitanjima u odnosu na otvorena, lekar ističe moć koju poseduje u medicinskom susretu. U najvećem broju slučajeva, lekar postavlja pitanja kako bi došao do određene informacije koja mu je potrebna za postavljanje dijagnoze ili lečenje pacijenta (Primer 114), ali i kako bi pacijenta naveo na određeni odgovori pomogao mu da odgovori na pitanje (Primer 115). On takođe ponekad postavlja pitanja kako bi od pacijenta iznudio određenu reakciju (Primer 116). Pokazali smo već da lekar postavlja i kurtoazna pitanja, kao deo faze otvaranja, i da njima započinje blizinski par pozdrav - pozdrav, kao i da ponekad postavlja pitanja tek da bi učestvovao u fatičkoj razmeni sa pacijentom. Činjenica da je lekar postavio čak 15 retoričkih pitanja takođe ukazuje na to da on u potpunosti vlada susretom i razgovorom jer postavljanjem takvog pitanja pacijent zapravo i ne dobija priliku da na njega odgovori, što retoričko pitanje čini više konstatacijom nego pitanjem (ovo se najbolje vidi u Primeru 117).

Primer 114:

D: What happens when you're taking ((XXX)) and Aspirins?  
P: After I've taken it a period of time: that/uh: that((XXX)) with my ulcer.  
D: Mhm.

(ES 7)

U ovom primeru lekar postavlja posebno (pronominalno) pitanje kako bi saznao šta se događa kada pacijent uzima određenu kombinaciju lekova, što je važna informacija za određivanje dalje terapije. Pacijent uz određene poteškoće odgovara kako ova kombinacija lekova utiče na njega, a lekar u okviru trećeg turnusa, upotrebom minimalnog responsa *mhm*, poručuje pacijentu da je primio i razumeo informaciju.

Primer 115:

P: [...] They gave me some kind of medication.  
D: They didn't do any/any: procedure? Angioplasty or:↑  
P: Uh, they did one: some kind of gram://  
D: //Angiogram?  
P: Yeah uh:

(ES 9)

U ovom slučaju pacijentkinja nije u stanju da se seti koja ispitivanja su joj rađena u vezi sa problemom koji ima, a možda je i medicinski neobrazovana i teško izlazi na kraj sa stručnom terminologijom. Lekar joj priskače u pomoć tako što je navodi na određeni odgovor (*Angioplasty or:↑*). U svom drugom turnusu, pacijentkinja pokazuje da nije vična upotrebi medicinske terminologije i da je slabo poznaje (*they did some kind of gram*). Lekar ponovo priskače u pomoć nudeći najlogičnije rešenje, koje pacijentkinja najzad prihvata.

Primer 116:

D: [...]Can you lift it up overhead?All the way up?

P: I can ((XXX)).

D: You're sure that's the best you can do? OK.

P: Well, I can go ((XXX)) with some pain.

D: OK. So it can go up with some pain. OK. That's what I wanted to hear. That's the critical distinction [...]

(ES 1)

U ovom primeru lekar postavlja pitanja kako bi iznudio određenu (fizičku) reakciju od pacijenta – traži pacijentu da podigne ruku iznad glave. Nakon što pacijent izvede određeni pokret, lekar ga hrabri da još bolje pokaže šta može. Nakon ovog podsticaja pacijent zaključuje da ipak može bolje ali uz određeni stepen bola. Lekar je zadovoljan onim što je čuo i potvrđuje da mu je bio cilj da dobije upravo takav odgovor.

Primer 117:

PD=patient's daughter

D: [...]That's the thing. Okay great (..) yeah, that's ok (..) Why should he be different than any other seniors? (.) All the seniors they've got their long johns on.

P: Heh heh heh

PD: Heh heh

(EIM 3)

U ovom primeru lekar i treće lice koje prisustvuje razgovoru razgovaraju kao da pacijent nije ni prisutan. Iako pozitivnim procenama hrabri pacijenta koji pokušava da skine odeću za pregled (*that's the thing, okay great, yeah that's ok*), on upotrebom retoričkog pitanja *Why should he be different than any other seniors?* stavlja pacijentu do znanja da je u inferiornom položaju u odnosu na njega i u odnosu na treće lice, pacijentovu ćerku, te da se ne razlikuje od svih ostalih starih ljudi koji nose određeni odevni predmet („dugačke gaće”). Kako ovo zapravo nije ni bilo pitanje, pacijent ne



odgovora na njega, već reaguje smehom, a isto čini i njegova ćerka koja prisustvuje razgovoru.

### 3.5.1.7. Zašto pacijent postavlja pitanja lekaru

Sa svoje strane, pacijent veoma često postavlja pitanja da bi proverio da li je dobro razumeo šta treba da uradi (Primer 118), da bi proverio informaciju koju je dobio od lekara tokom susreta (Primer 119), ali i da se detaljnije obavesti o problemu koji ima (Primer 120). U našem korpusu bilo je i nekoliko primera za tzv. inicijatora (Cordella 2004), tj. pacijenta koji postavlja pitanja lekaru kako bi naučio što više o problemu koji ga muči ili o svom stanju (Primer 121), ali takvih slučajeva nije bilo mnogo. Kao i lekar, i pacijent povremeno postavlja kurtoazna pitanja, ili kao odgovor kojim dopunjava blizinski par pozdrav – pozdrav u fazi otvaranja razgovora ili kao učesnik u fatičkoj razmeni sa lekarom, što smo ranije pokazali (vidi 3.4).

Primer 118:

P: Do you want my undershirt up too?

D: Yes, please.

(ES 11)

Pacijent ovde ne postavlja pitanje da bi dobio određenu informaciju od lekara, već pre da bi bio siguran da je razumeo šta lekar od njega zahteva i da bi na što bolji način ispunio lekarova očekivanja. Način na koji postavlja pitanje pokazuje da je svestan svog položaja – lekar je taj koji može da *želi* da pacijent nešto uradi i pacijent to prihvata kao nešto prirodno, koristeći glagol *want*.

Primer 119:

D: OK. Let's see what that x-ray looks like and I'll see you in a couple of minutes.

P: OK. I'll get here?

D: Sure.

(ES 1)

U ovom slučaju pacijent još jednom proverava informaciju koju je tokom razgovora dobio od lekara (*I'll get here?*), kako bi znao kako da postupi kada se vrati sa nalazima. On to čini upotrebom intonacionog upitnog iskaza.

Primer 120:

P: [...] Not really it's uh it/it's just something that I uh (..) I wanted to find out about or um (..) is it going to uh incapacitate my hands?

D: Well if I remember right you don't drink much (.) Right?

P: No.

D: Than that stimulus is not there (.) So I would anticipate that it's gonna (.) continue or progress at a fairly slow speed [...]

(ES 11)

U ovom slučaju pacijent lekaru postavlja pitanje kako bi saznao nešto više o bolesti od koje boluje. On veoma teško formuliše pitanje, uz dosta zamuckivanja, oklevanja, ispravki, zastoja u govoru, verovatno iz razloga što ne zna mnogo o toj bolesti (a možda i o medicini uopšte) i teško mu je da se izrazi. Lekar najpre upućuje pacijentu kontra pitanje i tek nakon što dobije njegov odričan odgovor, on daje svoju (dosta utešnu) prognozu.

Primer 121:

P: Do I sound OK?

D: It sounds pretty good yeah. Let me just/you can put your head down as ((XXX)) (...) All right. I think you're doing great Mr Porter really [...]

(ES 12)

Ovo je primer tzv. inicijatora (Cordella 2004) koji postavlja pitanje zato što želi odmah da sazna u kakvom je stanju, ne pristaje na to da lekarova agenda bude skrivena i da ne dobije sve relevantne informacije. On postavlja pitanje dok lekar još obavlja fizički pregled, što je veoma redak slučaj. Lekar se međutim ne oglašuje o postavljeno pitanje, već se trudi da odgovori i to čini uz dosta podstreka.

### 3.5.2. Pitanja u srpskom korpusu

U 110 razgovora koji čine srpski korpus, postavljeno je ukupno 1090 pitanja – od toga 886 pitanja (81%) postavili su lekari<sup>68</sup> dok su preostala 204 pitanja (19%) postavili pacijenti<sup>69</sup>, što je procentualno identičan rezultat kao u engleskom korpusu. Kao i u slučaju engleskog korpusa, u 204 pitanja koja su postavili pacijenti, uračunali

---

<sup>68</sup>Pulmolog je postavio 273 pitanja u 37 razgovora, psihijatar 110 pitanja u 4 razgovora, pedijatri 224 pitanja u 43 razgovora, specijalista ORL 142 pitanja u 10 razgovora i kardiolog 137 pitanja u 16 razgovora.

<sup>69</sup>Pacijenti su postavili 64 pitanja u susretima sa pulmologom, 3 pitanja u razgovoru sa psihijatrom, 59 pitanja u razgovorima sa pedijatrom, 21 pitanje u susretima na klinici za ORL i 57 pitanja u razgovorima sa kardiologom.

smo i pitanja koja su postavili njihovi pratioci, a takvih pitanja bilo je čak 86 (42% svih pitanja koja su postavili pacijenti).

### 3.5.2.1. Pitanja koja su postavljali lekari

Kada je reč o vrsti pitanja, lekari u srpskom korpusu najčešće su se služili pitanjima sa da/ne odgovorom (253/886) (Primer 122), posebnim (pronominalnim) pitanjima (158/886) (Primer 123), intonacionim upitnim iskazima (151/886) (Primer 124) i eliptičnim pitanjima (137/886) (Primer 125). Dosta često su posezali i za otvorenim pitanjima (58/886) (Primer 126) i dopunskim pitanjima<sup>70</sup> (46/886) (Primer 127). Povremeno su postavljali i alternativna/disjunktivna pitanja (29/886) (Primer 128), umereno otvorena pitanja (24/886) (Primer 129), kao i izborna pitanja (15/886) (Primer 130), dok su najređe birali retorička pitanja (11/886) (Primer 131) i eho - pitanja (4/886) (Primer 132). Dakle, kao i njihove kolege iz engleskog korpusa, lekari iz srpskog korpusa postavili su znatno veći broj restriktivnih pitanja nego otvorenih.

Primer 122:

- L: [...] Jeste promukli?  
P: Pa, to što jesam to i nije problem, nego mene tera da kašljem i on sumnja, tamo me terao u nekom položaju da://  
L: //Mhm  
P: Iritiram na neki kašalj i://  
L: //Jeste skoro snimali pluća?  
P: Ne, nisam.  
L: Je l' dobro dišete? [...]  
P: Dobro dišem.  
L: [...]Je l' se zagrcnjavate kad pijete vodu, čaj, supu?  
P: Ne.

(SORL 7)

U ovom primeru lekar, uzimajući anamnezu, postavlja pacijentu niz od nekoliko pitanja sa da/ne odgovorom. Reč je o kratkim pitanjima, na koja lekar očekuje isto tako kratke i precizne odgovore, koje i dobija u svim slučajevima osim u prvom. Naime, nakon prvog pitanja, pacijent uz izvesno oklevanje (obeleženo ispunjivačem *pa*) pokušava da ispolji inicijativu i uvede novu temu (*...nego mene tera da kašljem i on sumnja...*), što lekar najpre delimično dopušta tako što minimalnim responsom *mhm* prekida pacijentovo izlaganje kako bi mu stavio do znanja da ga sluša i da može da nastavi. Međutim, već u narednom turnusu, lekar ponovo prekida pacijenta, ali ovoga

<sup>70</sup>Kada je reč o dopunskim pitanjima, dopunskim operatorom smo umesto standardnog *zar ne?* koje se ne pojavljuje ni u jednom od naših primera smatrali *je l'?*, *je l' da?*, *a?*, a ponekad i *je l' tako?*.

puta postavlja sasvim novo pitanje, time stavljajući tačku na temu koju je pacijent pokušao da uvede. Dalje postavljanje pitanja se odvija prema lekarovoj agendi kojoj se i pacijent povinovao dajući kratke i precizne odgovore.

Primer 123:

L: Šta pijemo od lekova?

P: Presolol.

L: Koliko pijete Presolola?

P: Jednom samo i to sam ja prepolovio.

(SKARD 11)

U ovom slučaju lekar postavlja dva restriktivna pitanja u nizu. Reč je o posebnim (pronominalnim) pitanjima koja počinju upitnim markerima *šta* i *koliko* i postavljanjem takvih pitanja lekar od pacijenta očekuje precizan odgovor. Primećujemo da prvo pitanje lekar postavlja u prvom licu množine, na taj način označavajući sebe i pacijenta kao vršioce radnje. Klikovac (2008a: 56-57) navodi tri situacije u kojima lekar pribegava upotrebi prvog lica množine – kada govori o nekoj aktivnosti koja je zaista zajednička, kada govori o nekakvom dogovaranju njega i pacijenta i kada je određena aktivnost zapravo lično njegova, ali on pokušava da je predstavi kao zajedničku<sup>71</sup>. Pošto se navedeni primer ne uklapa u potpunosti ni u jednu navedenu mogućnost, on može značiti da lekar na ovaj način želi sa pacijentom da podeli moć tako što će ga prividno uključiti u nešto o čemu zapravo ne odlučuje (Klikovac 2008a: 59), jer lekar je taj koji određuje terapiju. Međutim, smatramo da namera iza ovako postavljenog pitanja može biti i sasvim drugačija – lekar zapravo želi da istakne svoju moć stavljajući pacijentu do znanja da on ne odlučuje o terapiji koju će korigovati iako je on taj koji *pije* lek, a ne lekar. Pacijent na postavljeno pitanje odgovara vrlo precizno, navodeći ime odgovarajućeg leka, dok u nastavku lekar produbljuje ovu temu postavljanjem još jednog posebnog (pronominalnog) pitanja, sada u drugom licu množine, obraćajući se direktno pacijentu. Ovoga puta pacijent pored preciznog odgovora donekle produbljuje temu navodeći kakvu je odluku u vezi sa tim on lično doneo.

Primer 124:

L: [...]A posle toga, više niste se pratili?

P: Da vam kažem, nisam, jednom sam pokušala da dođem, ovaj, ne znam, nisam bila zakazana nisu me primili i jednostavno sam zapustila to. Nekako osećam tu neku:

---

<sup>71</sup>Više o ovome u 2.5.8.2 i 3.8.

L: A imate česte prehlade?  
P: Imam: jako [...]

(SPUL 16)

I u ovom primeru lekar postavlja dva pitanja u nizu i oba puta reč je o intonacionim upitnim iskazima. Postavljanjem ovakvih pitanja lekar zapravo očekuje potvrđan ili odričan odgovor, baš kao u slučaju pitanja sa da/ne odgovorom, ali pri tome njegovo pitanje više zvuči kao konstatacija nego kao pitanje, kao da već zna odgovor i samo želi da proveri da li je u pravu. Ovakvim pitanjima lekar često izvodi zaključak iz nečega što je pacijent prethodno rekao ili podstiče pacijenta da nastavi izlaganje ili da bude detaljniji (Klikovac 2008a: 50), što bi mogao biti slučaj u lekarovom prvom pitanju iz ovog primera, koje je negativno polarizovano (*A posle toga, više niste se pratili?*). Ohrabrena lekarovim podsticajem, pacijentkinja daje dosta detaljan odgovor i zapravo nudi priču koju lekar ne prekida. Tek kada je pacijentkinja zastala u govoru, lekar postavlja naredno pitanje, ovoga puta pozitivno polarizovano (*A imate česte prehlade?*), koje takođe ima za cilj da pacijentkinju podstakne da mu kaže nešto više o svojim tegobama.

Primer 125:

P: [...] Ali to je 7 meseci zvanične veze, pre toga smo bili u kontaktu i družili se 3 godine.

L: Dobro (.) Pa, kako na tom planu?

P: Pa, što se tiče emocija, ništa posebno, šta znam, nisam hteo da silim situaciju, da nalazim/da bukvalno striktno nađem nekoga, nego jednostavno: puštam ako se desi desi se.

(SPSIH 1)

Ovaj primer pokazuje upotrebu eliptičnog pitanja. Nakon što je pacijent izneo neke podatke o svojoj prethodnoj vezi, lekar mu postavlja pitanje kako bi ga podstakao da nastavi da govori o toj temi. On to čini upotrebom eliptičnog pitanja – umesto da pita *Šta se dešava na tom planu?*, *Kako napreduješ/se snalaziš na tom planu?* ili *Da li se nešto dešava na tom planu?*, on jednostavno pita *Kako na tom planu?*. Ovakvim pitanjem lekar ne označava pacijenta kao vršioca radnje, niti označava neku određenu radnju već samo *plan* pod kojim podrazumeva emotivne veze svoga pacijenta. Ipak, uprkos tome što nedostaju pojedini delovi pitanja, pacijent zna na šta je lekar mislio jer, uz neznatno oklevanje, daje odgovor o svom emotivnom statusu.

Primer 126:

L: Šta ima, Kristina?

P: Nema ništa ((smeh))

L: 'Što si došla?

P: Pa, juče me je boleo stomak, ovaj, nisam mogla da hodam.

(SPED 3)

U ovom slučaju lekarka postavlja dva otvorena pitanja u nizu, sa namerom da od pacijentkinje sazna zašto je došla u ordinaciju toga dana. U pitanju je sâmo otvaranje razgovora, pa lekarka najpre postavlja otvoreno pitanje ( *Šta ima...?*) koje pacijentkinji pruža mogućnost veoma širokog odgovora. Međutim, kako pacijentkinja odgovara veoma šturo ili izbegava odgovor (što nas ne čudi, jer je reč o tinejdžerki), lekarka postavlja još jedno pitanje koje je naizgled restriktivnije. Međutim, kako joj je cilj da sazna razloge pacijentkinjinog dolaska, lekarka i ovo pitanje postavlja kako bi pacijentkinju podstakla da svojim rečima ispriča koji su razlozi za njenu posetu, te je i ovo pitanje u suštini otvoreno. Ovoga puta devojčica daje željeni odgovor tako što navodi razlog dolaska i ujedno opisuje tegobe koje oseća.

Primer 127:

L: [...]Vi imate još uvek onaj Seratide od 250, je l' tako?

P: A-ha. To je zadnji put doktor prepis'o. Kao, sve u redu i onda po/poslušajte me i vidite[...]

(SPUL 15)

Ovde je reč o dopunskom pitanju (engl. *tag question*) koje lekar postavlja kako bi izneo određenu konstataciju ili izveo određeni zaključak i on zapravo tek naizgled očekuje nekakav odgovor od pacijenta. Postavljanjem ovakvog pitanja lekar samo traži potvrdu i ne očekuje odričan odgovor. Dopunski operator *je l' da* koji lekar ovde upotrebljava jedan je od češće korišćenih u razgovorima iz ovog korpusa, umesto *zar ne?* koje se obično navodi kao najfrekventniji dopunski operator kod ovakvih pitanja (Kovačević 2015: 153). Pacijent, očekivano, potvrđuje lekarovu konstataciju upotrebom minimalnog responsa (*a-ha*), iza čega daje detaljnije obrazloženje.

Primer 128:

M: majka pacijentkinje

L: Samo traže ovo o vakcinama ili i ovu potvrdu da je zdrava?

M: Pa i tu potvrdu da je zdrava i rekli su mi tu potvrdu o vakcinama[...]

(SPED 13)

U ovom primeru lekarka se služi alternativnim/disjunktivnim pitanjem koje nudi izbor između dve opcije. Obično se očekuje da sagovornik izabere jednu od dve ponuđene opcije, a dešava se i da odbaci obe i u svom odgovoru odabere nešto treće. U ovom slučaju, međutim, pacijent bira i jednu i drugu ponuđenu opciju.

Primer 129:

L: [...] E, kako ste vi danas? Kakve vi tegobe imate?

P: Ja (.) od tegoba imam temperaturu (.) malo grlo i-

(SPUL 4)

U ovom slučaju lekar iza otvorenog pitanja, kojim započinje razgovor, odmah postavlja i umereno otvoreno pitanje. Dok pitanje *Kako ste vi danas?* daje pacijentu veliku slobodu da na njega odgovori kako god želi (na medicinski ili nemedicinski način), dotle je pitanje *Kakve vi tegobe imate?* otvoreno samo u izvesnoj meri, jer od pacijenta zahteva da se ograniči na svoje tegobe, ali mu isto tako dozvoljava da na tu temu ispriča šta god želi i kako želi. U odgovoru na ovako postavljeno pitanje, pacijent je izabrao da nabroji svoje tegobe.

Primer 130:

L: Kada je to onda najizraženije, ujutru, na kraju dana ili je isto preko celog dana?

P: Popodne.

(SORL 1)

Ovde lekar pacijentu postavlja pitanje u kojem mu odmah nudi tri moguća odgovora. Time istovremeno ograničava pacijentov odgovor, ne dozvoljavajući mu da se raspline, i pomaže mu da odgovori na pitanje tako što ga usmerava. Iako daje veoma kratak i precizan odgovor, zanimljivo je da pacijent zapravo ne bira ni jednu ponuđenu opciju, iako je njegov izbor najpribližniji drugoj.

Primer 131:

L: Šta će čovek, takav mu je posao, mora da radi fiskulturu, je l' tako?

P: Dok mogu još uvek↓

(SPUL 11)

Ovo je primer retoričkog pitanja koje lekar ne koristi kako bi prikrio neku naredbu upućenu pacijentu (kao što je to bio slučaj sa većinom retoričkih pitanja postavljenih u engleskom korpusu), već kako bi izneo zapažanje, konstataciju, a možda i kako bi malo opustio ili nasmejao pacijenta. Kao i svako retoričko pitanje, ni ovo ne

zahteva odgovor, već se odgovor podrazumeva, i toga su svesni i lekar i pacijent. Stoga pacijent ne daje potvrđan ili odričan odgovor, već umesto toga malo proširuje temu, aludirajući na svoje fizičke sposobnosti.

Primer 132:

L: [...]Po aktuelnim propisima treba koliko?

P: Treba 40 i ((XXX)) godina života [...]

(SPSIH 3)

U ovom primeru lekar pacijentu postavlja eho - pitanje. Lekar verovatno reaguje na ovaj način, jer želi da proveri određenu činjenicu koju prethodno nije dobro čuo od pacijenta ili je pak nekada znao ali sad ne može da se seti. Takođe postoji mogućnost da ovakvim poretkom jednostavno naglašava upitni marker ili je pak započeo intonacioni upitni iskaz pa se u poslednjem trenutku predomislio i odlučio za restriktivni tip pitanja.

### 3.5.2.2. Pitanja koja su postavljali pacijenti

Pacijenti su takođe najčešće postavljali pitanja sa da/ne odgovorom, baš kao i u engleskom korpusu – ukupno 71/204 (skoro 35% svih postavljenih pitanja) (Primer 133). Bilo je i dosta eliptičnih pitanja (43/204) (Primer 134) i intonacionih upitnih iskaza (36/204) (Primer 135), posebnih (pronominalnih) pitanja (29/204) (Primer 136). Postavili su i 14 dopunskih pitanja (Primer 137), 7 alternativnih/disjunktivnih pitanja (Primer 138), 3 otvorena pitanja (Primer 139) i samo jedno umereno otvoreno pitanje (Primer 140). Pacijenti nisu postavili ni jedno retoričko pitanje, a među njihovim pitanjima nije bilo ni izbornih pitanja i eho – pitanja.

Primer 133:

L: [...]Imate li vi nešto nas da pitate?

P: Hteo sam da pitam za ovo ((XXX)). Je l' to ostaje?

L: Da, da, da. Te vežbe stalno da koristite, da te vežbe više primenjujete [...]

(SORL 2)

Nakon lekarovog jasnog signala da može da postavi pitanje, pacijent to i čini, ali ne direktno. On se odlučuje za indirektan način postavljanja pitanja, tako što najpre najavljuje lekaru šta će ga pitati (upotrebom predstrukture *Hteo sam da pitam...*). Takav potez može da znači da se izvinjava što će lekaru oduzeti vreme ili da mu stavlja do znanja da će ga pitati samo jednu stvar. Tek nakon toga on postavlja svoje pitanje na



koje očekuje potvrđan ili odričan odgovor. Lekar odgovara potvrđno i pri tome se veoma trudi da pacijentu stavi do znanja da je veoma važno da nastavi da radi ono što je do tada radio.

Primer 134:

L: [...]Jednom dnevno i da se vidimo za mesec dana.

P: A istu terapiju?

L: Ovo drugo isto↑

P: Isto?

L: Da.

(SPUL 36)

U ovom primeru pacijent postavlja lekaru dva eliptična pitanja u nizu. Očito je reč o fazi zatvaranja razgovora jer lekar najavljuje skori kraj susreta tako što ugovara naredni kontrolni pregled (...*da se vidimo za mesec dana*). Pacijent međutim pokazuje da se ne slaže sa lekarovom odlukom da zatvori razgovor tako što postavlja pitanje i time donekle produžava razgovor. Umesto pitanja sa *da/ne* odgovorom (npr. *Da li nastavljam da uzimam istu terapiju?*) pacijent se odlučuje za eliptično pitanje *A istu terapiju?*. Lekar prirodno razume na šta je pacijent mislio (iako pitanje naizgled nema nikakve veze sa lekarovim prethodnim doprinosom) i odgovora potvrđno, takođe eliptičnim iskazom, jer i pacijent bez problema razume na šta se to *drugo* odnosi. Pacijent ovo pitanje ne postavlja kako bi uveo novu temu, već kako bi bio siguran kako treba da se ponaša u periodu između dva kontrolna pregleda, a koliko mu je to važno vidi se iz toga što vrši još jednu proveru postavljanjem još jednog, gotovo istovetnog, eliptičnog pitanja (*Isto?*), na koje ponovo dobija potvrđan odgovor.

Primer 135:

O=otac pacijenta

O: I ovaj, mi možemo doći posle po potvrdu da je ona zdrava za vrtić?

L: Mhm.

(SPED 11)

Pacijent (tačnije otac maloletnog deteta koji prisustvuje pregledu u svojstvu pratioca) u ovom slučaju postavlja pitanje u vidu intonacionog upitnog iskaza. On to čini uz neznatno oklevanje (označeno ispunjivačem *ovaj*) i sa namerom da proveri informaciju koju već poseduje, a ne da zatraži novu i tako nametne novu temu. Lekarka odgovara potvrđno upotrebom minimalnog responsa.

Primer 136:

- P: I dokle ću da pijem taj lek?  
L: Pijete doživotno, s obzirom da imate aritmiju.  
P: Znači, još 15 godina ((smeh))  
L: Najmanje ((smeh))

(SKARD 9)

U ovom primeru pacijent postavlja posebno (pronominalno) pitanje, čime od lekara traži informaciju koja je za njega lično veoma važna. Uprkos težini koju ima, pacijent ovo pitanje postavlja vrlo direktno, bez zastoja u govoru, oklevanja ili neke prethodne najave. Lekar mu isto tako direktno odgovara, iako je odgovor nepovoljan po pacijenta, ali se zatim trudi i da mu objasni zbog čega je to tako. Nakon lekarovog odgovora, pacijent produžava sled još jednim turnusom, tačnije procenom lekarovog odgovora u vidu šaljivog komentara i glasne pauze u vidu smeha. Lekar spremno prihvata šalu i odgovara na isti način, eliptičnim iskazom i smehom. Ova njihova razmena doprinosna je dobar primer za ono što Roter i Hol (Roter & Hall 2006: 120) nazivaju jačanjem pozitivne povezanosti govornika i opuštanjem sagovornika uz pokazivanje topline i prijateljskog pristupa, a uz pomoć zajedničkog smeha, iskazivanja empatije i podrške.

Primer 137:

- P: [...]Onda ću opet morati da uzmem uput, je l' tako//  
L: //Ne morate.

(SPUL 18)

Ovo je primer dopunskog pitanja koje postavlja pacijent. Za razliku od lekara koji nekada postavlja ovaj tip pitanja kako bi njima maskirao neku zapovest upućenu pacijentu, pacijenti ova pitanja postavljaju kako bi zatražili potvrdu informacije. U ovom slučaju pacijent je ubeđen da će mu ponovo trebati uput, pa dopunskim operatorom *je l' tako* samo proverava da li je to zaista tako, očekujući potvrđan odgovor jer je pitanje polarizovano u pozitivnom smeru. Lekar, međutim, ne ispunjava pacijentova očekivanja, već odgovara da uput nije neophodan.

Primer 138:

- P: Aktivnost kad budem nosila holter ili ova 3 meseca?  
L: Samo kad budete nosili holter, inače regularna aktivnost, ništa tu nećemo menjati. A kad budete nosili holter radite isto što radite svaki dan.  
P: Da,da.

(SKARD 6)

U ovom primeru pacijentkinja postavlja alternativno/disjunktivno pitanje koje sadrži dve opcije razdvojene rastavnim veznikom *ili*. Ona postavlja pitanje kako bi bila sigurna da će se ponašati u skladu sa lekarovim preporukama i da će rezultati nošenja holetra biti valjani. Dakle, ne radi se o uvođenju nove teme, već o produblјivanju postojećeg. U svom odgovoru, lekar se odlučuje za jednu od ponuđenih opcija, koju dalje obrazlaže i dopunjuje novim informacijama. Pacijentkinja kratkim potvrdnim odgovorom pokazuje da je saglasna i da je razumela šta lekar od nje očekuje.

Primer 139:

M=majka pacijenta

L: Dobar dan. Pa, kako si?

M: Kako ste, doktorka? Rekli smo da imamo pregled kod vas, a oni nas prebacili kod /.../

L: ((smeh)) Pa pogrešili. Sedi srećo [...]

(SPED 7)

U ovom slučaju majka maloletnog pacijenta koristi otvoreno pitanje kao odgovor na slično pitanje koje je lekarka uputila pacijentu. Reč je o blizinskom paru pozdrav – pozdrav koji otvara ovaj susret, a umesto da odgovori na lekarkino pitanje, majka pacijenta upućuje lekarki kontra – pitanje. Iako je reč o otvorenom pitanju koje nudi mogućnost širokog odgovora, zapravo se radi o kurtoaznom pitanju na koje se najčešće ni ne očekuje pravi odgovor, barem ne kada ga pacijent postavlja lekaru. Lekarka upravo to i dokazuje jer pitanje ni ne primećuje što verovatno znači da ga ne shvata ozbiljno ili joj je možda promaklo usled informacije koju je majka podelila sa njom odmah iza pitanja. Lekarka odgovara upravo na taj deo doprinosa njene sagovornice i odmah potom se obraća pacijentu nudeći mu da sedne.

Primer 140:

P: Doktore, molila bih vas, a kako sa ishranom?

L: Što se tiče ovog našeg dela, samo da ne jedete previše zelenog povrća [...]

(SPUL 21)

Pacijentkinja ovde postavlja umereno otvoreno pitanje, koje uvodi indirektnim putem – najpre se obraća lekaru najavlјujući mu da će ga nešto pitati i pri tome mu se na neki način izvinjava što će mu oduzeti vreme (*Doktore, molila bih vas...*). Potom postavlja eliptično pitanje koje je po tipu umereno otvoreno jer lekara ograničava na temu ishrane u skladu sa njenom dijagnozom i trenutnim stanjem a daje mu mogućnost da odgovori onoliko opširno koliko želi. Lekar to i čini najpre navodeći šta ne bi smela

da jede, a zatim dodaje još nekoliko podataka koji joj mogu biti od koristi (a koji nisu navedeni u ovom primeru).

### **3.5.2.3. Broj pitanja u odnosu na rod govornika**

U srpskom korpusu bilo je ukupno 74 pacijenta muškog roda i 47 pacijenata ženskog roda. Kada je reč o rodu, pratioce pacijenata, tj. treće lice koje u pojedinim slučajevima prisustvuje razgovoru između lekara i pacijenta, računali smo samo u slučaju razgovora sa pedijatrom. U toj grani medicine lekar zapravo mnogo češće razgovara sa pratiocima (najčešće roditeljima deteta) nego sa samim pacijentima, te smo tu činjenicu morali da uzmemo u obzir i da ova lica uvrstimo među pacijente ili pacijentkinje. Ovako klasifikovani, pripadnici muškog roda postavili su ukupno 77 pitanja, što je 1.04 pitanja po osobi, dok su pripadnice ženskog roda postavile ukupno 97 pitanja ili 2.1 pitanje po osobi.<sup>72</sup> Dakle, za razliku od engleskog korpusa gde su muškarci postavili nešto više pitanja od žena, u srpskom korpusu žene su postavile nešto veći broj pitanja od muškaraca, što je bio slučaj i u istraživanju koje je sprovela Vest (West 2006). Međutim, primećujemo da je prosečan broj pitanja po pacijentu nešto niži u srpskom korpusu u odnosu na engleski korpus.

Kada je reč o lekarima, jedine dve lekarke u ovom korpusu (pedijatri) postavile su ukupno 224 pitanja, što je u proseku 5.2 pitanja po razgovoru (kojih je bilo ukupno 43), u odnosu na četvoricu njihovih muških kolega koji su u proseku postavili 9.9 pitanja po razgovoru (662 pitanja u ukupno 67 razgovora). Ipak, ne želimo da izvodimo zaključke u tom smislu, jer su u pitanju različite grane medicine, a postoje i značajne razlike u dužini razgovora (već smo naveli da su pedijatrijski razgovori u proseku najkraći od svih razgovora u srpskom korpusu).

### **3.5.2.4. Broj pitanja u odnosu na tip susreta**

Od 110 posmatranih razgovora, u 9 slučajeva je reč o prvom susretu između lekara i pacijenta (od toga 6 razgovora sa pulmologom, 1 sa specijalistom ORL i 2 sa kardiologom), dok su ostali pregledi bili kontrolni. Kao i u engleskom korpusu, zapazili smo da se prvi susret razlikuje od ostalih uglavnom po većem broju pitanja koja

---

<sup>72</sup> Pripadnici muškog roda najviše pitanja su postavili u razgovorima sa kardiologom (2 pitanja po razgovoru) i specijalistom ORL (1.8 pitanja po susretu), dok su u ostalim susretima postavljali prosečno 0.8 pitanja po razgovoru. Pripadnice ženskog roda najviše pitanja su postavile u razgovorima sa kardiologom (čak 3.7 pitanja po pregledu) i pulmologom (2.7 pitanja po susretu), dok su najmanje pitanja postavile u razgovorima sa specijalistom ORL (1.2 pitanja po susretu).

postavlja lekar, pre svega zahvaljujući uzimanju anamneze. To je bilo posebno primetno u slučaju jednog razgovora iz oblasti ORL gde je lekar postavio čak 65 pitanja, a razgovor je trajao 20'32'' (što je znatno iznad proseka razgovora iz srpskog korpusa, sa izuzetkom psihijatrijskih razgovora). U ovom razgovoru (SORL 1) maloletni pacijent i njegovi pratioci (roditelji) postavili su ukupno 9 pitanja.

### 3.5.2.5. Negativno polarizovana pitanja

Kao i u engleskom korpusu, i ovde su se lekari u poređenju sa pacijentima mnogo češće služili negativno polarizovanim pitanjima, tj. preferirali su negativan odgovor u odnosu na pozitivan. Najviše takvih pitanja (ukupno 24) postavio je kardiolog, a najmanje psihijatar (svega 4). U svih 110 razgovora, lekari su postavili ukupno 54 negativno polarizovana pitanja (Primer 141), dok su pacijenti postavili svega 9 (Primer 142). Pitanja su polarizovana u negativnom smeru upotrebom rečice *ne*, partikule *ništa*, glagola *biti* u negativnom obliku (*nije*, *niste*), glagola *nemati*.

Primer 141:

- L: [...] Vrtoglavice, nesvestice nemate?  
P: Do sad.  
L: [...] Znači, ovih poslednjih godinu dana nije bilo nekih tegoba?  
P: Ja ne osećam da/da:  
L: ((kuca izveštaj)) Nije bilo gubitka svesti?  
P: Ne (.) Uzmem po jednu rakijicu pred ručak i meni super.  
L: Recite mi, tegoba tokom noći nema?  
P: Pa, sad sam se malo iznervirao oko Đokovića, pa sam zato možda malo, ovaj:  
L: ((smeh))

(SKARD 11)

Ovaj primer sadrži nekoliko negativno polarizovanih pitanja koja lekar postavlja u nizu, uzimajući anamnezu i unoseći pacijentove odgovore u izveštaj koji piše paralelno sa ispitivanjem. Lekar očekuje da pacijent odgovori negativno na sva postavljena pitanja, koja je polarizovao upotrebom glagola *nemati* i glagola *biti* u negativnom obliku i trećem licu jednine (*nije*). Ovakvim postavljanjem pitanja lekar očigledno unapred pretpostavlja optimističan scenario i pozitivan ishod, te se ovde lekar pridržava principa optimizacije (Boyd & Heritage 2006: 164-165). Međutim, pacijent samo donekle svoje odgovore prilagođava očekivanoj šemi. Naime, u svim slučajevima osim u jednom on izbegava davanje konkretnog i preciznog odričnog odgovora. Umesto toga, na prvo pitanje daje neodređen odgovor, na drugo pitanje pokušava da ponudi širi odgovor i možda uvede novu temu (*Ja ne osećam da...*), na

treće pitanje konačno daje precizan odričan odgovor, prema očekivanjima, ali isto tako uvodi dodatnu informaciju koju lekar nije tražio (*Uzmem po jednu rakijicu pred ručak i meni super*), dok na četvrto pitanje uopšte i ne daje odgovor, već umesto toga ponovo daje komentar koji nema nikakve veze sa postavljenim pitanjem i više se uklapa u fatičku razmenu (*Pa, sad sam se malo iznervirao oko Đokovića, pa sam zato možda malo...*). Ipak, ovim poslednjim komentarom uspeva od lekara da izmami glasnu pauzu u vidu smeha i na neki način ga primora da, barem na trenutak, prekine ispitivanje prema agendi.

Primer 142:

M=majka

M: A je l' nema on više one kontrolice?

L: Nema. Dobro, viđaćemo se mi, biće toga [...]

(SPED 12)

U ovom slučaju pacijent je taj koji postavlja negativno polarizovano pitanje, tačnije to umesto njega čini treće lice koje prisustvuje razgovoru u svojstvu pratioca maloletnog deteta. Majka pacijenta unapred pretpostavlja da redovnih kontrola više neće biti (*onih kontrolica*, kako ih ona naziva) i zato formuliše pitanje koje je negativno polarizovano i unapred pretpostavlja odričan odgovor. Lekarka potvrđuje njena očekivanja i zaista odgovara odrično, ali odmah zatim donekle razuverava sagovornicu i najavljuje da će susreta ipak biti i ubuduće, jer iz pitanja očito zaključuje da je majci deteta to važno i da predstavlja izvesnu sigurnost.

I ovde su pacijenti povremeno imali poteškoća prilikom formulisanja pitanja, ali primetno ređe u odnosu na engleski korpus. Retko je bilo zamuckivanja, popravki ili pogrešnih startova i stiče se utisak da su pacijenti lakše postavljali pitanja u odnosu na one iz engleskog korpusa. Međutim, i u ovom slučaju njihova pitanja su često ostajala nedovršena, a lekar je davao odgovor pre nego što pacijent do kraja izgovori pitanje (Primer 143).

Primer 143:

P: [...] A kad otprilike da:↑

L: Čim dođe bris, rezultat brisa donesite, da vidimo rezultat.

(SORL 5)

Izolovano posmatrano, teško da je moguće razumeti ovo nedovršeno pitanje koje postavlja pacijent. Ipak, kako je ovo pitanje zapravo reakcija na prethodni segment razgovora u kojem lekar daje pacijentu uputstva za dalje postupanje, lekar bez problema

razume šta je pacijent želeo da pita (kada ponovo da dođe) i odgovara na pitanje iako je ostalo nedovršeno.

### 3.5.2.6. Zašto lekar postavlja pitanja pacijentu

I u srpskom korpusu lekar postavlja pitanja najpre kako bi došao do određene informacije koja mu je potrebna (Primer 144), zatim da bi pacijenta naveo na željeni odgovor (Primer 145), da bi pacijentu pomogao da odgovori na pitanje (Primer 146) i da bi od pacijenta iznudio neku reakciju (Primer 147). I u ovom korpusu lekari postavljaju pitanja u sklopu blizinskig para pozdrav – pozdrav, kao i da bi započeli ili nastavili fatičku razmenu sa pacijentom (što smo već prikazali u delu 3.4.), ali se to događa ređe u odnosu na engleski korpus.

Primer 144:

L: [...] A koliko uzimate, koju dozu?

P: 3 puta dnevno po jednu kafenu kašiku.

(SPUL 7)

U ovom slučaju lekar postavlja posebno (pronominalno) pitanje kako bi od pacijenta pribavio važnu informaciju koja mu je potrebna za određivanje dalje terapije ili daljih koraka lečenja. Pacijent reaguje u skladu sa lekarovim očekivanjima, dajući precizan odgovor.

Primer 145:

P: [...] Lupanja srca ima, dva puta sam bila u Hitnoj pomoći//

L: //To lupanje srca je bilo tokom noći ili tokom dana?

P: Dana. [...]

(SKARD 12)

U ovom primeru lekar postavlja alternativno/disjunktivno pitanje kako bi pacijenta naveo na željeni odgovor. On zapravo prekida pacijentkinjin iskaz kako bi joj postavio pitanje kojim joj daje konkretne smernice za odgovor.

Primer 146:

P: [...] Ja se kao zagrcnem, probudim se, kao gušim se//

L: //Ali, da li se gušite u nedostatku vazduha koji sami sebi uskraćujete, znate, pričate, pričate, i onda se u jednom trenutku setite da udahnete?

P: Nisam ja završio glumu ((smeh))

(SORL 4)

Ovde lekar pomaže pacijentu da odgovori na pitanje, tako što mu u pitanju nudi i slikovit odgovor. Međutim, pacijent ne koristi ponuđenu pomoć i uopšte ne daje odgovor na pitanje, već se umesto toga šali na način koji, interno, razumeju on i lekar (naime, njegov rođeni brat je glumac, a ne on).

Primer 147:

L: Imate nekih prethodnih papira?

P: Imam. Hoćete prvo ovo što sam ja:/mislim tražili ste prošli put [...]

(SKARD 11)

Postavljanjem ovakvog konkretnog pitanja lekar zapravo izaziva odgovarajuću reakciju kod pacijenta, koji u ovom slučaju lekaru pokazuje prethodne nalaze. Nakon što potvrdno odgovori na lekarovo pitanje, pacijent pokušava da odluči kojim redom lekaru da pokaže izveštaje koje poseduje, pa pitanjem poziva lekara da tu odluku donese umesto njega.

Za razliku od svojih engleskih kolega koji su postavili čak 15 retoričkih pitanja (što je oko 4.5% svih pitanja koje su u engleskom korpusu postavili lekari), lekari u srpskom korpusu postavili su svega 11 od ukupno 886 (svega 0.04%). Ta malobrojna retorička pitanja koja su postavili takođe nešto drugačije izgledaju u odnosu na retorička pitanja iz engleskog korpusa – dok su u engleskom korpusu retorička pitanja najviše postavljana kako bi maskirala neku naredbu (uglavnom u toku pregleda ili u sklopu zakazivanja narednog susreta) dotle se ovde ona ređe koriste u tu svrhu (Primer 148), a više u svrhu konstatacije (Primer 149). Takođe treba imati na umu da pedijatri ponekad postavljaju pitanja pacijentu i samo da bi ga odobrovoljili, ne da bi od njega zatražili neku informaciju. To je posebno uobičajeno kada su pacijenti sasvim mali.

Primer 148:

L: [...]Hoćemo za dva meseca kontrolu? A po potrebi ranije.

P: Pa, ako pomogne//

L: //Ajde, napisaćemo za mesec dana pa ćemo videti.

(SPSIH 4)

U ovom primeru lekar se služi retoričkim pitanjem na način kako to u najvećem broju slučajeva čine lekari iz engleskog korpusa – postavlja pacijentu pitanje u vezi sa zakazivanjem narednog susreta, a zapravo njime maskira odluku koju je tim povodom već doneo, samostalno. Ipak, kako pacijent okleva i kako njegovo slaganje sa ponuđenim izborom izostaje, lekar ga prekida i nudi mu da kontrola ipak bude ranije. U



ovom slučaju on se ne trudi da odluku maskira novim pitanjem, već samo obaveštava pacijenta šta će pisati u izveštaju.

Primer 149:

L: Kontrolni pregled, je l' da? Vi ste se javljali prethodno našim (.) i lečeni ste bolnički//

P: //Jeste, bio sam.

(SPUL 12)

Iako je i ovo retoričko pitanje, ono je sasvim drugačije od pitanja u Primeru 148. Naime, lekar ga u ovom slučaju koristi samo kao konstataciju – ne samo da ne očekuje nikakav odgovor od pacijenta, već ga očito ni sâm ne doživljava kao pitanje. U nastavku obaveštava pacijenta da zna kako je teklo njegovo lečenje u toj ustanovi, a pacijent samo potvrđuje informacije koje lekar poseduje.

### **3.5.2.7. Zašto pacijent postavlja pitanja lekaru**

Sa svoje strane, pacijent najviše postavlja pitanja da bi proverio da li je dobro razumeo šta treba da uradi ili kuda treba da ide (Primer 150), baš kao što je to slučaj i u engleskom korpusu. Pacijenti takođe postavljaju pitanja kako bi više saznali o svom trenutnom stanju (Primer 151), a nekad to čine i da bi više naučili o svemu tome ili da bi pokazali da već ponešto znaju, što ih svrstava u kategoriju inicijatora (Cordella 2004) (Primer 152). I pacijent povremeno postavlja pitanja u sklopu blizinskog para pozdrav – pozdrav, mada znatno ređe nego lekar, ili u sklopu fatičke razmene.

Primer 150:

L: Uđite ovde da se skinete do pojasa.

P: Do pola, je l'?

L: Da [...]

(SPUL 13)

Nakon što je lekar imperativom odredio pacijentkinjino ponašanje, ona postavlja pitanje, ne da bi uvela novu temu ili zatražila informaciju, već da bi bila sigurna da je razumela šta se od nje očekuje i da bi što bolje odgovorila na lekarova očekivanja.

#### Primer 151:

P: [...] I, na šta sumnjate?

L: Nema sumnje. Tek kada budemo napravili detaljan pregled, onda ćemo proceniti da li treba da se uzima nešto ili ne, tek onda možemo da budemo pametniji. Do tad nema razloga za bilo kakvu brigu.

(SORL 8)

U ovom slučaju pacijentkinja postavlja vrlo direktno pitanje u vezi sa svojim trenutnim stanjem. Ona ni malo ne okleva, ne najavljuje svoje pitanje, već postavlja restriktivno, posebno (pronominalno) pitanje na koje očekuje konkretan odgovor. Lekar odgovara opisno, pokušavajući da umiri pacijentkinju, jer izborom glagola *sumnjati* njeno pitanje na neki način pretpostavlja nepovoljan odgovor.

#### Primer 152:

L: Može da bude reumatološki, može da bude tu lokalno u ORL regiji ili da bude u pozadini da je neka alergija na sve ove stvari. Inače, pluća kao pluća u redu su.

P: Možda eventualno kod kardiologa? Pošto nekad osećam tu: težinu

L: Da. Dobro, to da, svakako (.) Eto tako.

(SPUL 18)

Nakon što lekar navede moguće uzroke njenih tegoba sa namerom da razgovor privede kraju, pacijentkinja postavlja još jedno pitanje koje je svrstava u grupu tzv. inicijatora. Naime, ona pokazuje izvesno poznavanje medicinskih simptoma jer povezuje osećaj težine u grudima sa potrebom da poseti kardiologa. Postavljanjem eliptičnog pitanja (*Možda eventualno kod kardiologa?*) ona traži podršku od lekara i dobija je u njegovom narednom turnusu. On potvrđuje njena predviđanja i slaže se sa njenom idejom da poseti kardiologa, a potom započinje predzatvaranje.

### 3.5.3. Zaključak

Postavljanje pitanja od strane lekara i pacijenata u dva posmatrana korpusa ima svojih sličnosti, ali i razlika.

Pre svega, kada je reč o broju pitanja koja su zadovoljila naše kriterijume, u engleskom korpusu je postavljeno ukupno 334 pitanja, od čega 272 čine pitanja lekara, a 62 pitanja pacijenata, dok je u srpskom korpusu postavljeno ukupno 1090 pitanja (od čega 886 pitanja lekara i 204 pitanja pacijenata). Ono što je zanimljivo jeste identičan procentualni udeo pitanja koja su postavili lekari i onih koja su postavili pacijenti u oba korpusa – 81% svih pitanja postavili su lekari, dok su pacijenti postavili preostalih 19%.

Dakle, kada je o pacijentima reč, ovaj rezultat je bolji od onoga koji su dobili Frenkl (Frankel 1990) i Vest (West 1984a) u svojim istraživanjima (1% i 9%)<sup>73</sup>, ali je ipak daleko ispod onoga koji je dobila Ejnsvort Von (Ainswort–Vaughn 1998) u svom istraživanju (skoro 39%). Takođe, u engleskom korpusu postavljeno je u proseku 18 pitanja po susretu, dok je u srpskom korpusu postavljeno gotovo dvostruko manje, 9.9 pitanja po razgovoru. Glavni razlog za to bi moglo da bude vreme koje lekari imaju na raspolaganju za razgovor sa pacijentom, a koje je u engleskom korpusu znatno duže nego u srpskom (sa izuzetkom psihijatrijskih razgovora).

Lekari u engleskom korpusu najviše su koristili pitanja sa da/ne odgovorom (27%), zatim eliptična i posebna (pronominalna) pitanja (po približno 15%), te intonacione upitne iskaze (13%), dok su najređe postavljali dopunska pitanja (1.5%) i izborna pitanja (0.7%). Njihove kolege u srpskom korpusu takođe su se najčešće služile pitanjima sa da/ne odgovorom (28.5%), posebnim (pronominalnim) pitanjima (18%), intonacionim upitnim iskazima (17%) i eliptičnim pitanjima (15%), dok su najređe postavljali retorička pitanja (1.2%) i eho - pitanja (0.4%). Najveću razliku u broju primećujemo kod retoričkih pitanja i dopunskih pitanja – dok u engleskom korpusu retorička pitanja čine čak 5.5% svih pitanja koja su postavili lekari, dotle su ona u srpskom veoma retka; s druge strane, dopunska pitanja u engleskom korpusu su veoma malo zastupljena, dok ih u srpskom korpusu ima čak 5.2%. Osim razlike u broju, primetili smo i da lekari u dva posmatrana korpusa često iz različitih pobuda postavljaju retorička pitanja, tj. da lekari iz engleskog korpusa to uglavnom čine kako bi maskirali neku naredbu upućenu pacijentu, dok njihove kolege iz srpskog korpusa to prvenstveno čine kako bi izneli neku konstataciju. Vrste pitanja koja su postavljali lekari u oba korpusa izražene u procentima prikazane su u Tabeli 3.

---

<sup>73</sup>Vidi 2.5.5.2.

**Tabela 3: Pitanja koja su postavljali lekari u engleskom i srpskom korpusu**

<b>TIP PITANJA KOJA LEKAR POSTAVLJA PACIJENTU</b>	<b>ENGLESKI KORPUS</b>	<b>SRPSKI KORPUS</b>
posebno (pronominalno) pitanje	15.07%	17.83%
eho – pitanje	1.84%	0.45%
umereno otvoreno pitanje	10.66%	2.72%
otvoreno pitanje	5.51%	6.55%
dopunsko pitanje	1.47%	5.19%
alternativno/disjunktivno pitanje	3.68%	3.27%
retoričko pitanje	5.51%	1.24%
eliptično pitanje	15.44%	15.46%
intonacioni upitni iskaz	13.24%	17.04%
pitanje sa da/ne odgovorom	26.84%	28.56%
izborno pitanje	0.74%	1.69%

Pacijenti u engleskom korpusu najčešće su koristili pitanja sa da/ne odgovorom (29%), eliptična pitanja i intonacione upitne iskaze (po 18%), dok su najređe postavljali umereno otvorena pitanja (3.2%). U srpskom korpusu, pacijenti su takođe najviše koristili pitanja sa da/ne odgovorom (35%), zatim eliptična pitanja (21%) i intonacione upitne iskaze (17.5%), dok su najređe postavljali otvorena (1.47%) i umereno otvorena pitanja (0.5%). U oba korpusa, pacijenti nisu postavili ni jedno retoričko pitanje, eho - pitanje ili izborno pitanje. Pitanja koja su postavljali pacijenti u oba korpusa, izražena u procentima, prikazana su u Tabeli 4.

**Tabela 4: Pitanja koja su postavljali pacijenti u engleskom i srpskom korpusu**

<b>PITANJA KOJA SU PACIJENTI POSTAVLJALI LEKARIMA</b>	<b>ENGLESKI KORPUS</b>	<b>SRPSKI KORPUS</b>
posebno (pronominalno) pitanje	14.52%	14.22%
umereno otvoreno pitanje	3.23%	0.49%
otvoreno pitanje	6.45%	1.47%
dopunsko pitanje	6.45%	6.86%
alternativno/disjunktivno pitanje	4.84%	3.44%
eliptično pitanje	17.74%	21.07%
intonacioni upitni iskaz	17.74%	17.65%
pitanje sa da/ne odgovorom	29.03%	34.80%

U oba korpusa, lekar je taj koji je postavio više negativno polarizovanih pitanja od pacijenta, odnosno veći broj pitanja kod kojih se očekuje negativan odgovor, a u skladu sa principom optimizacije i pozitivnim scenarijom. U engleskom korpusu 7% svih pitanja koja su postavili lekari su negativno polarizovana, dok je u srpskom korpusu reč o 6.1%. Pacijenti u engleskom korpusu postavili su 6.5% takvih pitanja, dok su pacijenti u srpskom korpusu postavili 4.4% ovakvih pitanja.

Kada je reč o rodним razlikama i postavljanju pitanja, muški pacijenti u engleskom korpusu postavili su nešto više pitanja nego ženski (2.8 prema 2.2 pitanja po osobi), dok je u srpskom korpusu situacija bila obrnuta – ženski pacijenti postavili su više pitanja od muških (2.1 prema 1.04 pitanja po osobi), dok su pacijenti oba roda postavili nešto više pitanja u engleskom korpusu u odnosu na pacijente iz srpskog korpusa. Rodne razlike među lekarima u engleskom korpusu nismo uzimali u obzir, jer postoji samo jedan relativno kratak razgovor koji je vodila lekarka. Što se tiče srpskog korpusa, dve lekarke pedijatri postavile su manje pitanja u odnosu na svoje muške kolege, ali ni taj podatak nismo uzimali u obzir za izvođenje zaključaka jer su u pitanju razgovori iz oblasti pedijatrije koji su u proseku najkraći od svih razgovora u srpskom korpusu.

U engleskom korpusu postoji samo jedan prvi suret lekara i pacijenta, dok je u srpskom korpusu to slučaj sa 9 razgovora. U svima njima zapažen je znatno veći broj pitanja koja postavlja lekar u odnosu na kontrolne preglede.

Najzad, u oba korpusa lekari najčešće postavljaju pitanja kako bi od pacijenta zatražili određenu informaciju, ali oni to takođe čine kako bi pacijenta naveli na željeni odgovor ili kako bi mu pomogli da adekvatno odgovori na pitanje. S druge strane, pacijenti iz oba korpusa najviše postavljaju pitanja kako bi proverili šta lekar od njih očekuje, ali i kako bi više saznali o svom trenutnom stanju ili o svojoj bolesti.

### **3.6. Prekidanje sagovornika**

U naša dva korpusa posmatrali smo ko koga prekida i u kojoj meri, kao i na koje načine lekar prekida pacijenta i pacijent lekara i sa kojim razlozima to čine<sup>74</sup>. Takođe smo obratili pažnju na razlike koje u tom smislu postoje između muških i ženskih pacijenata, dok smo u srpskom korpusu takođe razmatrali eventualne razlike između lekara i lekarki. U engleskom korpusu nismo pravili takvo poređenje, s obzirom na činjenicu da postoji samo jedan (kratak) razgovor koji je sa pacijentom obavila lekarka, te korpus u tom smislu nije reprezentativan.

#### **3.6.1. Prekidanje sagovornika u engleskom korpusu**

U 19 razgovora koji čine korpus na engleskom jeziku izbrojali smo ukupno 172 prekidanja. Pri tome, lekar prekida pacijenta u 97 slučajeva (56%), dok pacijent prekida lekara u 75 slučajeva (44%), od čega pratilac pacijenta prekida lekara u 12 slučajeva. Dakle, iako lekar češće prekida pacijenta, ta razlika nije toliko upadljiva, jer i pacijent u znatnoj meri prekida lekara (dok lekar napravi oko 5 prekidanja po razgovoru, pacijent prekine lekara u proseku 4 puta).

##### **3.6.1.1. Rezultati u odnosu na rod govornika**

Ako prekidanje lekara od strane pacijenata posmatramo sa aspekta roda, dobijaju se zanimljivi rezultati. Iako su muški pacijenti procentualno prekidali lekare u većem broju slučajeva (ukupno 40 slučajeva ili 53%) u odnosu na pacijentkinje koje su to činile u svega 23 slučaja (31%), žene su zapravo češće prekidale lekara od muškaraca. Prema dobijenim podacima, one to čine 3.8 puta po razgovoru, dok muški pacijenti u proseku naprave 3 prekidanja po razgovoru. Navedeni podaci se odnose isključivo na pacijente i pacijentkinje, dok su u preostalim 16% slučajeva lekare

---

<sup>74</sup>Pri tome nismo strogo vodili računa o razlici između preklapanja i prekidanja, jer nam je bilo važno da uočimo svaki pokušaj preuzimanja reči pre nego što sagovornik završi svoj doprinos.

prekidali pratioci pacijenata, tj. treće lice koje prisustvuje razgovoru (sin, ćerka ili prijatelj/prijateljica).

### 3.6.1.2. Zašto lekar prekida pacijenta

Kako bismo ustanovili sa kojom namerom su sagovornici prekidali jedni druge, posmatrali smo načine na koje su oni to činili. Zanimljivo je da su i lekari i pacijenti sagovornike prekidali na 11 različitih načina, od kojih se neki poklapaju, dok su neki svojstveni isključivo lekarima ili pacijentima.

Lekari su u najvećem broju slučajeva (21 put) prekidali pacijente kako bi ih podstakli ili ohrabрили da nastave sa izlaganjem, te pokazali da aktivno slušaju i da su zainteresovani za ono što pacijent ima da kaže (Primer 153), a to su činili uz pomoć minimalnog responsa (uglavnom *mhm*). Klikovac (2008a: 47) smatra da u takvim slučajevima i nije reč o klasičnom prekidanju, već više o preklapanju, ali odlučili smo da brojimo i ove slučajeve jer nas zanima svako preuzimanje reči i namera koja stoji iza toga. Lekari su takođe dosta često prekidali pacijenta tako što su postavljali naredno pitanje a da pacijent nije dovršio svoju repliku (Primer 154) i tako što su pratili neku svoju prethodnu misao i nisu obraćali pažnju na ono što pacijent govori (Primer 155), a oba ova načina zastupljena su u korpusu po 12 puta. Gotovo podjednako često (po 11 puta), lekari su prekidali pacijenta kako bi mu dali svoje stručno mišljenje ili objašnjenje (Primer 156), tako što su završavali pacijentovu rečenicu umesto njega (Primer 157), ali i kako bi istakli da se slažu sa onim što je pacijent rekao ili kako bi pokazali razumevanje (Primer 158). Ukupno 8 puta lekar je prekinuo pacijenta kako bi ga usmerio u željenom pravcu i naveo na željeni odgovor (Primer 159), a 6 puta je to učinio kako bi ispravio pacijenta ili mu pomogao da odgovori na pitanje (Primer 160). Znatno ređe (po 2 puta), lekar je prekinuo pacijenta uvođenjem nove teme (Primer 161) ili tako što mu je jasno stavio do znanja da se razgovor privodi kraju (Primer 162), što Mišler (Mishler 1984) naziva aktivnim prekidanjem. U jednom slučaju lekar je prekinuo pacijenta i zbog spoljašnjeg razloga, koji nema veze sa samim razgovorom (Primer 163).

Primer 153:

P: A week later there was no change↑//

D: //Mhm

P: And I was back here. In January I called to make my appointment with you.

(ES 1)

U ovom primeru reč je o samom početku razgovora gde pacijent iznosi razloge svog dolaska na pregled, prepričavajući kako se problem razvijao i šta je on povodom toga činio. Pacijentov prvi turnus lekar prekida upotrebom minimalnog responsa *mhm* koji ima za cilj da ohrabri pacijenta da nastavi svoje izlaganje i kaže nešto više o problemu koji ga muči. Ten Have (1991: 150) ovakav respons naziva neutralnim odgovorom unutar trećeg turnusa kojim se sagovorniku stavlja do znanja da smo primili poruku i da može da nastavi. Dakle, lekar u ovom slučaju ne želi da preuzme reč već samo da pacijentu stavi do znanja da ga sluša, da prati šta govori i da želi da čuje još detalja. Stoga pacijent u svom narednom turnusu nastavlja svoje izlaganje kao da prekidanja nije ni bilo.

Primer 154:

D: It's painful when/when you sit and rest?

P: Um: sometimes when I sit. I always feel ((XXX)) going through my//

D: //Does it wake  
you up at night?

P: No.

(ES 7)

U ovom primeru lekar najpre postavlja pitanje u vidu intonacionog upitnog iskaza na koje pacijent daje nepotpun odgovor, koji zatim pokušava da dopuni. Usred replike, lekar ga prekida postavljanjem novog pitanja i na taj način preuzima kontrolu nad razgovorom. Ovo je način prekidanja sagovornika koji je Vest (West 1984b: 95-96) u svom istraživanju označila kao onaj za kojim su najčešće posezali lekari muškog roda, sa ciljem isticanja svog dominantnog položaja u odnosu na sagovornika. Pacijent se prilagođava inicijativi koju ispoljava lekar, prihvata da napusti svoju prethodnu misao, te daje kratak i precizan odgovor na novo postavljeno pitanje.

Primer 155:

P: That just grew that way.

D: So that's a frozen joint anyway huh

P: So that (...) that finger/finger we can discount that one (...) But I was//

D: //Then I'd rate  
it as very mild disability.

(ES 11)

U ovom slučaju lekar prekida pacijenta tako što sledi svoju prethodnu misao ne obraćajući pažnju na pokušaj pacijenta da dovrši svoj iskaz. Nakon što posle pacijentovog prvog turnusa zaključi da se radi o zaleđenom ili ukočenom zglobu (*that's*



*a frozen joint anyway*), lekar se u svom narednom turnusu nadovezuje na tu misao (*Then I'd rate it as very mild disability*), potpuno zanemarujući pacijentovu repliku koja mu prethodi. Upravo ovaj način prekidanja pacijenta jeste jedan od najupadljivijih koje je Klikovac (2008a: 48) pronašla u primeru razgovora koji je detaljno analizirala i ona smatra da ga lekari koriste kako bi pacijentima stavili do znanja da je ono što oni imaju da kažu važnije od bilo čega što pacijent želi sa njima da podeli, te da lekar uvek ima prednost.

Primer 156:

P: [...]Yeah. Um (..) And exercise therapy bicycling is one of the main things that//

D: //Exactly. Absolutely. The stronger your (..) the better it's going to function. That's before or after surgery. So you want to continue to do anything you can to strengthen the muscles across your knee prior to surgery and then after surgery.

P: Mhm

(ES 13)

Ovde lekar prekida pacijenta tako što umeće svoje stručno mišljenje ili objašnjenje na osnovu kojeg će se pacijent ponašati nakon što napusti ordinaciju. Ovo je jedan od načina koje je Vest (West 1984b: 95-96)) označila kao najčešće upotrebljavane od strane muških lekara u razgovorima koje je posmatrala, a smatra da se lekari njime služe kako bi istakli svoju nadmoćnost u interakciji. Pored toga što prekida pacijenta usred replike, lekar koristi i jednu veoma neobičnu formulaciju na kakvu svakako ne bismo naišli u razgovoru koji vode dva ravnopravna sagovornika, tj. u svakodnevnoj komunikaciji. Naime, birajući izraz *you want to continue to (do anything you can...)*, umesto, na primer, znatno blažeg *you should*, lekar indirektno stavlja pacijentu do znanja da je on taj koji odlučuje šta pacijent želi ili ne želi i da će mu on u potpunosti odrediti ponašanje, te da se sâm pacijent tu ništa ne pita. Pacijent izborom minimalnog responsa *mhm* poručuje da razume šta lekar želi da kaže i da se slaže sa tim, kao i da očitó odustaje od svoje prethodne replike i da je neće nastavljati, a takođe i da ne namerava da protivreči lekaru.

Primer 157:

D: What about pulling a shirt?

P: I can do it, but//

D: //But it's difficult↓

P: Yeah.

(ES 1)

U ovom slučaju lekar prekida pacijenta tako što dovršava njegovu rečenicu. Međutim, iako se na prvi pogled čini da lekar to radi kako bi pomogao pacijentu da odgovori na pitanje, zapravo je reč o uzurpiranju prostora koji pacijent ima za svoj doprinos. Umesto da sačeka da pacijent svoju repliku izgovori do kraja, lekar umeće svoj iskaz kojim pretpostavlja šta je pacijent želeo da kaže, verovatno na osnovu procene pacijentovog trenutnog stanja i njegovih fizičkih sposobnosti. Ipak, on ne može biti siguran da pacijent nije želeo da mu saopšti nešto potpuno drugačije, te zato smatramo da je ovde reč o ograničavanju pacijenta i njegovih prava unutar interakcije. Pacijent, međutim, svojim minimalnim responsom potvrđuje da je lekarova pretpostavka bila tačna i da se slaže sa njim.

Primer 158:

P: One day is just like another//

D: //Yeah I understand (.) Well, it was (..) it looks like  
around September the seventh yeah when you went in the hospital that was  
it[...]

(EIM 2)

U ovom slučaju lekar prekida pacijenta kako bi mu stavio do znanja da razume šta je u svojoj replici želeo da kaže i da se slaže sa njim, a potom nastavlja svoju misao kojom dopunjuje pacijentovo izlaganje. Naime, u ovom segmentu razgovora, pacijent pokušava da se seti kada je boravio u bolnici i kada je prethodno posetio lekara, a lekar se trudi da mu u tom prisećanju pomogne. Izraz kojim prekida pacijenta (*Yeah I understand*) ima funkciju podstreka i stavlja pacijentu do znanja da lekar deli njegovo mišljenje.

Primer 159:

D: You drink any liquor?

P: Sometimes, I just://

D: //Rarely?

P: Just rarely.

(ES 9)

Ovde lekar usmerava pacijenta i navodi ga na željeni odgovor. Lekar najpre u okviru uzimanja anamneze postavlja pacijentu eliptično pitanje, na koje očekuje kratak potvrđan ili odričan odgovor. Pošto pacijent nije izabrao ni jednu od ove dve varijante, već se umesto toga odlučio za opisni odgovor, lekar ga prekida nudeći mu konkretan odgovor, ponovo u formi eliptičnog pitanja (*Rarely?*). Kako se pacijent izjasnio da *ponekad* pije, lekaru je bilo važno da sazna da li to znači *retko* ili umereno često.

Pacijent se složio već sa prvom ponuđenom opcijom, odgovorivši kako je lekar i predvideo.

Primer 160:

P: [...]Uh, they did one:/some kind of –gram://  
D: //Angiogram?  
P: Yeah uh://  
D: //And did they find any blockage?  
P: Well, they did something: ((XXX))//  
D: //Was it a test?  
P: Yeah, some kind of a test.

(ES 9)

U ovom slučaju, pacijentkinja nije dovoljno medicinski obrazovana i ima poteškoća da objasni lekaru šta joj je od pregleda već rađeno. Na osnovu njene prve replike jasno je da okleva i zamuckuje u pokušaju da se priseti stručnog termina za odgovarajući dijagnostički pregled. Lekar je prekida kako bi joj priskočio u pomoć – pošto se pacijentkinja seća da se reč završava na *–gram*, lekar joj nudi *angiogram* kao rešenje. Ona minimalnim responsom potvrđuje da se radi upravo o tome, iako se stiče utisak da nije zadovoljna odgovorom ili da želi još nešto da doda. Lekar je, međutim, prekida narednim pitanjem, na koje ona ponovo daje veoma nesiguran i neprecizan odgovor. Zato lekar još jednom interveniše i pitanjem pokušava da joj pomogne da odgovori na adekvatan način. Najzad pacijentkinja potvrđuje da je reč o *nekakvom* testu.

Primer 161:

P: [...] After that, I spent time looking up stuff on the Internet, because I didn't know much about it//  
D: // Let's go back when you went to see a cardiologist, did they do a stress test?  
P: Yeah.

(ES 8)

Ovde lekar prekida pacijenta tako što uvodi novu temu. Iako pacijent nije dovršio svoj doprinos u kome govori o tome kako se osećao i šta je sve radio kada je saznao od čega boluje, lekar odlučuje da ga prekine i postavi mu pitanje koje najavljuje drugu temu. Na taj način pacijentu stavlja do znanja da nije zainteresovan za detalje iz njegovog privatnog života niti za njegova lična osećanja, već da želi da dobije konkretne odgovore uz pomoć kojih će moći da postavi dijagnozu i odluči o terapijskim postupcima. Pacijent se brzo prilagođava lekarovoj odluci da promeni temu i na postavljeno pitanje daje kratak potvrđan odgovor.

Primer 162:

D: I think that's a/I think that's a really intelligent way of dealing with it  
P: ((XXX)) if I decide not to//  
D: //That's OK. Let me see you in about two weeks then.  
P: Okay.

(ES 10)

U ovom primeru nailazimo na ono što Mišler (Mishler 1984: 103) naziva aktivnim prekidanjem. Lekar najpre daje za pravo pacijentu, pohvalivši njegov pristup određenom problemu kao veoma pametan. Međutim, kada pacijent pokuša da produbi temu i možda postavi još jedno pitanje sa tim u vezi ( *...if I decide not to*), lekar mu jasnim signalom stavlja do znanja da je razgovoru došao kraj i da nema mesta daljoj diskusiji. On to čini baš na način koji je Mišler (Mishler 1984: 102) naveo kao najčešći–upotrebom partikule *ok* (u okviru izraza *that's ok*), koja ovde očitoma nema ulogu mosta ka novoj temi, već nagoveštava sâm kraj razgovora i pacijentu stavlja do znanja da treba da prekine da govori kako bi razgovor bio okončan. Lekar pacijentu šalje još jedan jasan signal u tom smislu, time što mu zakazuje naredni susret. Pacijent minimalnim neutralnim odgovorom (*okay*) pokazuje da prihvata lekarovu inicijativu za zatvaranje razgovora i da se slaže da njegovim predlogom.

Primer 163:

Ns=nurse

P: [...] But for the most part (..) I mean I've been (..) uhh I've been very fortunate as far as my health's concerned. Big problem's been my eyes, of course always but uh//  
D: //Mmm excuse me for a second. Come in!  
Ns: Excuse me. Joe is on the phone.  
D: hhh Okay uh it's kind of hectic. Can I answer this phone call?  
P: Sure/sure I mean  
D: Okay.

(ES 11)

Ovo je jedini primer u korpusu u kojem lekar prekida pacijenta zbog spoljašnjih okolnosti, tj. na osnovu inicijative koja ne dolazi od njega lično. U trenutku kada se pacijent vidno muči da iznese svoj problem (okleva, koristi čak dve pauze duže od jedne sekunde, koristi ispunjivač *uh*), lekar ga prekida tako što najpre minimalnim responsom *mhm* pokazuje da ga sluša i da mu je jasno o čemu govori, a onda poziva treće lice da uđe u prostoriju. Nakon što mu medicinska sestra saopšti da izvesna osoba želi da razgovara sa njim putem telefona, lekar traži dozvolu od pacijenta da primi poziv. Pacijent odgovara potvrdno, ali se stiče utisak da je pomalo zbunjen (zapažamo

pogrešan start i označivač popravke *I mean*) i kao da želi da doda još nešto, ali svoj iskaz ipak završava na tom mestu.

Posmatrajući načine na koje lekar prekida pacijenta u engleskom korpusu, dolazimo do zaključka da je u 61% slučajeva reč o prekidanju koje može da znači isticanje simbola moći i naglašavanje dominantne pozicije koju lekar ima unutar interakcije sa pacijentom. Bilo da završava pacijentovu rečenicu, postavlja novo pitanje (a da pacijent nije još odgovorio na prethodno) ili uvodi novu temu, lekar sebi daje veći prostor u razgovoru i veću važnost, te naglašava asimetriju koja postoji između njega i pacijenta. Ukoliko pak usmerava pacijentov odgovor i svojim stručnim objašnjenjem prekida pacijentovo laičko predstavljanje svog problema, lekar ograničava pacijentov doprinos i smešta ga unutar granica koje je sam odredio. Najzad, lekar u dva slučaja aktivno prekida pacijenta tako što mu jasno stavlja do znanja da je razgovor došao do kraja. S druge strane, u 39% slučajeva lekar ne prekida pacijenta da bi dominirao razgovorom ili kontrolisao pacijentov doprinos, već da bi podstakao pacijenta da nastavi svoje izlaganje, da što bolje predstavi problem zbog kojeg dolazi na pregled i da se oseća prijatno u ordinaciji. On to čini prekidanjem koje ima za cilj hrabrenje pacijenta (i koje je primenjivano najveći broj puta), pomaganjem pacijentu da odgovori na pitanje i slaganjem sa pacijentovom replikom. Dakle, lekar ne prekida uvek pacijenta sa namerom da u potpunosti upravlja razgovorom i istakne svoj dominantan položaj, ali to čini češće nego što se trudi da pacijentu pomogne i da ga ohrabri.

### **3.6.1.3. Zašto pacijent prekida lekara**

Pacijenti su takođe prekidali lekare iz više različitih razloga i na različite načine. Najčešće su to činili (ukupno 20 puta) kako bi pokazali da se slažu sa onim što je lekar rekao (Primer 164) i to su obično činili uz pomoć minimalnih responsa *ok, yeah, uh-uh, mmm-hmm, right, mmm*. Slično tome, pacijent čak 17 puta prekida lekara kako bi pokazao da razume ono o čemu lekar govori (Primer 165), što takođe čini uz pomoć minimalnog responsa (*mhm, yeah, OK, sure, right, mmh-hmh*). Pacijent 14 puta prekida lekara zato što prati svoju prethodnu misao i ne dozvoljava lekaru da umetne svoje pitanje ili novu temu (Primer 166). 9 puta pacijent prekida lekara tako što dovršava njegovu rečenicu (Primer 167). Znatno ređe (po 3 puta) pacijent prekida lekara kako bi postavio neko pitanje (Primer 168), da bi odrično odgovorio na lekarovo pitanje (Primer 169) ili kako bi od lekara tražio pojašnjenje nečega o čemu je prethodno govorio

(Primer 170). Po 2 puta pacijent prekida lekara uvođenjem nove teme (Primer 171) i tako što tvrdi suprotno od onoga što je lekar rekao (Primer 172). Najzad, po jednom pacijent prekida sagovornika da bi ispričao priču (Primer 173) i tako što umesto odgovora koristi pauzu (Primer 174).

**Primer 164:**

D: Well maybe the Lotensin's not holding it through the night, is uh//  
P: //That seems to  
be what's happening yeah  
(EIM 5)

U ovom primeru pacijent prekida lekara kako bi pokazao da se slaže sa njegovim mišljenjem. Dakle, prekidanje nema za cilj preuzimanje reči ili pokušaj isticanja sopstvenog mišljenja, već pacijent žuri da pokaže da je lekar u pravu i da se slaže sa njim. Lekar nije sasvim siguran u svoj sud (koristi partikulu *maybe*), pa se i pacijent umesto minimalnog responsa odlučuje za izraz koji ukazuje na to da ni on nije sasvim siguran ali mu se čini da je lekar u pravu (*that seems to be...*).

**Primer 165:**

D: Well, you've got ((XXX))//  
P: //Mhm  
D: And over the top of it there's a bony part of the shoulder blade//  
P: //Mhm  
D: Now between the top of the ball and the bottom of the ((XXX)) there are  
tendons for your rotator cuff  
P: OK  
D: They become swollen, they may hurt on using them, on stretching//  
P: //Mhm  
(ES 6)

U ovom segmentu razgovora, pacijent čak nekoliko puta za redom prekida lekara, ali to svaki put čini kako bi pokazao da razume šta mu lekar govori. Lekar najpre obavestava pacijenta o dijagnozi koju je postavio, a pacijent ga prekida upotrebom minimalnog responsa *mhm* kojim pokazuje da je razumeo ono što je upravo čuo. Lekar zatim detaljnije objašnjava gde je problem lociran, a pacijent ga ponovo prekida na isti način i sa istom namerom. Pacijent onda pušta lekara da dovrši misao, nakon čega upotrebom neutralnog responsa *ok* ponovo pokazuje da ga prati i da mu je sve jasno. Najzad lekar dolazi do dela u kojem objašnjava zašto pacijent trpi bol, pri čemu ga pacijent još jednom prekida upotrebom minimalnog responsa. Dakle, u ovom kratkom segmentu, lekar je prekinut čak 3 puta, ali pri tome pacijent ni jednom nije pokušao da

preuzme reč, već je svaki put samo stavljao lekaru do znanja da ga pažljivo sluša, da uspeva da prati sve što mu govori i da mu je sve jasno.

Primer 166:

P: Um (.) it feels loose  
D: Does it//  
P: //I don't want to start putting weight on it it feels loose like it can't support it  
D: Uh-huh

(ES 10)

U ovom slučaju pacijent prekida lekara zato što nastavlja da prati svoju prethodnu misao i zapravo ne dozvoljava da bude prekinut i ne prepušta lekaru reč dok ne dovrši ono o čemu govori. Nakon pacijentove nepotpune replike u prvom turnusu, lekar pokušava da se ubaci postavljanjem pitanja (*Does it...*) i na taj način verovatno preuzme kontrolu nad razgovorom, ali ga pacijent odmah prekida nastavljajući svoj prethodni iskaz kao da lekar ništa nije ni rekao. Lekar prihvata ovu pacijentovu inicijativu i u svom drugom turnusu koristi minimalni respons (*uh-huh*) kojim pokazuje da je primio poruku i da razume šta je pacijent želeo da kaže. Ovakvim pristupom pacijent sebi obezbeđuje aktivniju poziciju u okviru interakcije sa lekarom koja mu omogućava i izvesnu količinu moći.

Primer 167:

D: Well, we're all doing flexing exercises. When you're in the house and //  
P: //With children  
D: Yeah, they do well

(ES 5)

Ovde pacijent dovršava lekarovu rečenicu, što je takođe jedan od aktivnijih vidova prekidanja kada su pacijenti u pitanju. Ovakvo prekidanje moglo bi se tumačiti na dva načina – pacijent je nestrpljiv i lekaru stavlja do znanja da zna šta će reći i pre nego on to učini ili dovršava lekarovu rečenicu zato što želi da mu pokaže da ga veoma pažljivo sluša, da mu je jasno sve što govori i da zato zna odgovor i pre nego što ga čuje od njega. U slučaju primera iz svakodnevnice konverzacije, ovakvo prekidanje bismo verovatno pre nazvali običnim preklapanjem, ali kako je reč o institucionalnoj komunikaciji, svako pacijentovo umetanje u doprinos lekara računamo kao prekidanje.

Primer 168:

D: You can't just, this is not something you//  
P: //OK. What if we discovered it earlier?  
If I discovered it 10 years ago?  
D: Who knows? [...]

(ES 3)

U ovom primeru pacijent veoma aktivno prekida lekara, sa jasnom namerom da preuzme inicijativu. Pre svega, on prekida lekarov iskaz upotrebom partikule *ok* koja bi ovde mogla da ima značenje koje joj je Mišler (Mishler 1984: 68) pripisao u slučajevima kada lekar prekida pacijenta – da sagovorniku stavi do znanja da ne želi da nastavi započetu temu, već želi da učini nešto drugo. U ovom slučaju to znači postavljanje „šta ako” pitanja, na koje očekuje konkretan odgovor. Lekar prihvata da odgovori na pitanje, ali odgovor započinje dosta neodređeno, na neki način odričući bilo kakvu ličnu umešanost. Nakon toga daje pacijentu detaljniji odgovor (koji ovde nije naveden u celosti).

Primer 169:

D: OK (.) And: any old injuries, car accidents, broken bones//  
P: // No, no, no. Well, I  
had ((XXX)) when I was 17 years old.

(ES 1)

U ovom primeru pacijent prekida lekara kako bi odlučno odrekao sve ono što lekar navodi u svom pitanju, što je Klikovac (2008a: 47) takođe zapazila u razgovoru koji je analizirala. Naime, stiče se utisak da pacijent prekida lekara jer mu se žuri da mu stavi do znanja da ništa od onoga što ga pita nije tačno u njegovom slučaju i to čini tako što umesto odričnog odgovora koristi negativnu rečcu čak tri puta u nizu naglašavajući tako njen značaj. U nastavku upotrebom partikule *well* nagoveštava da ipak postoji nešto što želi da podeli sa lekarom i verovatno je reč o nečemu što se ne uklapa sasvim u kategorije navedene u lekarovom pitanju, ali je svakako slično.

Primer 170:

D: I'd/I'd give yourself (.) maybe (.) five days total to be able to just//  
P: //Five  
days for just rehab?  
D: Yeah exactly just to get your initial mobility [...]

(ES 13)



Ovde pacijent prekida lekara kako bi proverio informaciju koju je upravo dobio. Lekar najpre otvara sled time što pacijentu veoma oprezno saopštava da mu je potrebno čak pet dana za oporavak (u prethodnom delu razgovora pacijent je naveo kako pred sobom ima važan projekat na kome će raditi i važno mu je da posle operacije što pre bude ponovo sposoban za rad). Pre nego što je uspeo da završi iskaz, pacijent ga prekida upotrebom eliptičnog pitanja kojim proverava da li je dobro razumeo, dakle traži neku vrstu pojašnjenja. S obzirom na to da koristi partikulu *just* (*just for rehab*), stiče se utisak da smatra kako je to previše vremena samo za oporavak i da je to vreme koje se dodaje na ono koje je prethodno potrebno provesti u bolnici. Lekar mu u svom narednom turnusu potvrđuje da je dobro čuo i da je zaista imao na umu samo oporavak, tj. vraćanje pokretljivosti.

Primer 171:

D: [...] Central third of the tela tendon//

P: //Yeah, I've heard of it. Like part of ((XXX)).  
Do you believe that somebody told me that they (.) take part of the hamstring  
or something

(ES 13)

U ovom slučaju pacijent prekida lekara tako što pokušava da uvede novu temu. On najpre prekida lekarovo stručno objašnjenje rečima da je to već ranije čuo, da mu je poznato, nakon čega odmah uvodi novu temu iznošenjem nečega što je ranije čuo i što očigledno smatra neverovatnim. Ovaj pokušaj možemo smatrati i uvodom u ćaskanje, ali svakako predstavlja novu temu i prekidanje lekara u stručnom izlaganju, čime pacijent sebi stvara određeni prostor unutar razgovora.

Primer 172:

D: [...] Well hhh (.) you know I'm a little perplexed like I told you Friday as to why you're weak. The weakness to me seems greater now than it was earlier (.) correct me if I'm wrong I don't remember//

P: // I think it's always been like that

(EIM 4)

U ovom primeru pacijent se suprotstavlja stanovištu lekara. Lekarka prethodno izražava svoju zbunjenost usled činjenice da je pacijentkinja slabija nego što je bila ranije, ali kako nije sigurna u svoje zapažanje, ona traži potvrdu od pacijentkinje ističući da se ne seća baš najbolje tog ranijeg perioda. Međutim, pacijentkinja prekida lekarku iznošenjem drugačijeg mišljenja, koje se ne podudara sa njenim. Ona ne poriče decidno ono što je lekarka izjavila, ali ističe da *misli* kako je njeno stanje oduvek bilo isto, ni

bolje ni gore. Dakle, upotrebom glagola *to think* ona ostavlja prostora mogućnosti da je lekarka u pravu, ali ipak ne želi da se složi sa njom. Zanimljivo je da je ovde reč o jedinom razgovoru koji vodi lekar ženskog roda i to sa pacijentkinjom, a ne sa pacijentom. Sâm način na koji lekarka iznosi svoje mišljenje u prvom turnusu, čini nam se, odudara od načina na koji to čini većina njenih muških kolega u ovom korpusu – ona dosta okleva, koristi pauze, glagol *seem to be* kojim ističe svoju nesigurnost u ono što govori, a takođe daje pacijentkinji prostora da porekne njeno zapažanje. Pacijentkinja, iako prekida lekarku suprostavljanjem, čini to dosta neupadljivo, te se pitamo kako bi ovo prekidanje izgledalo kada bi na njenom mestu bio pacijent muškog roda. Ne želimo da izvodimo bilo kakve zaključke na osnovu ovog jednog primera, ali čini se da ima dosta poklapanja sa onim što je Vest (West 1984b: 95-101) navela u svom istraživanju u vezi sa rodnim razlikama.<sup>75</sup>

Primer 173:

D: I mean compared to what they have been they're not too bad//  
P: //But yesterday  
afternoon 'course I usually see Roger or Joyce around noon/in the afternoon  
(.) uhh (.) first thing Joyce said is Mom did you call the doctor today hhh I  
says yes I did but his line was busy and I was gonna call him again [...]  
(EIM 2)

Ovde pacijentkinja prekida lekara kako bi ispričala svoju priču iz svakodnevnog života.<sup>76</sup> Iako lekar govori o stanju njenih nogu (navodeći da nisu otečene kao obično), pacijentkinja ga prekida i umeće čitavu priču iz svog porodičnog života. Kao što smo već naveli u 2.5.2.2., za ovakvo nešto potrebna je znatna količina moći, što znači da lekar dopušta pacijentkinji da sebi napravi prostora unutar razgovora i čak ispriča čitavu priču.

Primer 174:

D: Are you living alone again?  
P: (.)  
D: Okay (.) Um (.) sometimes/sometimes the/the/the two issues about Antabuse  
(.) uhhh are (.) um (.) eh having it monitored (.) by anybody/anybody outside  
your brain heh heh  
P: Mmm-hmm  
(EIM 1)

<sup>75</sup> Vidi 2.5.6.2.

<sup>76</sup> Ovaj segment razgovora smo već navodili u 3.2.1. kao primer za Labovljevu priču koju pacijentkinja koristi kako bi objasnila šta je navelo da toga dana dođe na pregled.

Ovo je jedini slučaj u korpusu gde pacijent zapravo zvanično ne prekida lekara, ali to na neki način ipak čini odlučivši se za pauzu nakon lekarovog pitanja. Zapravo, lekar je taj koji na neki način tu pauzu ističe kao prekidanje, jer ne insistira dalje na pacijentovom odgovoru na postavljeno pitanje, već prelazi na novu temu. Time se pacijent izborio za svoje pravo da ne odgovori na pitanje koje možda smatra neadekvatnim i na taj način je pasivno prekinuo lekara.

Uvidom u načine na koje pacijent prekida lekara u ovom korpusu, dolazimo do zaključka da pacijent gotovo podjednako često prekida lekara kako bi mu stavio do znanja da je u pravu, da se sa njim slaže i da razume šta mu govori (kao i da će se tome povinovati) i da mu se na neki način suprotstavi. U 53% slučajeva reč je o „podaničkom” stavu pacijenta pri čemu se on trudi da u potpunosti prati lekarovu agendu i prekida lekara samo kako bi istakao da je primio k’ znanju sve što mu je govorio, te kako bi eventualno zatražio pojašnjenje nečega što je lekar prethodno rekao. S druge strane, u čak 47% slučajeva pacijent prekidanjem lekara na neki način ispoljava inicijativu i dozvoljava sebi da se ne složi sa lekarovim stanovištem, da mu pričanjem priče ili praćenjem neke svoje misli ne dozvoli da promeni temu ili pak da sâm uvede novu temu ili postavi pitanje. Dakle, čini se da pacijent nije sasvim u podređenom položaju i da ne pristaje uvek na takvu ulogu, već da povremeno uspeva da se izbori za nešto istaknutiji položaj u okviru interakcije sa lekarom.

### **3.6.2. Prekidanje sagovornika u srpskom korpusu**

Razgovori iz srpskog korpusa sadrže ukupno 849 prekidanja, pri čemu lekar prekida pacijenta u 552 slučaja (65%), a pacijent lekara u 297 slučajeva (35%), od čega pratilac to čini umesto pacijenta u ukupno 32 slučaja. U odnosu na engleski korpus, ovde je razlika između lekara i pacijenta nešto veća – dok lekari u proseku naprave 5 prekidanja po razgovoru (baš kao i njihove kolege iz engleskog korpusa), pacijent napravi samo 2.7 prekidanja po razgovoru (što je manje u odnosu na pacijente u engleskom korpusu koji u proseku prekinu lekara čak 4 puta po razgovoru).

#### **3.6.2.1. Rezultati u odnosu na rod govornika**

Ukoliko prekidanje lekara od strane pacijenta posmatramo sa aspekta roda, dobijamo slične rezultate kao u engleskom korpusu – iako su muškarci (ne računajući pratioce) procentualno napravili veći broj prekidanja (52% ili 154 prekidanja) od žena

(37% ili 111 prekidanja), pacijentkinje, kojih u oba korpusa ima manje nego muških pacijenata, zapravo su malo češće prekidale lekara u odnosu na muške pacijente (2.4 prekidanja po razgovoru prema prosečno 2 prekidanja po razgovoru koje su napravili muškarci). Međutim, ono po čemu se srpski korpus razlikuje od engleskog jeste ukupno manji broj prekidanja lekara od strane pacijenta, bez obzira na rod – pacijentkinje u engleskom korpusu u proseku su prekidale lekara 1.4 puta više od pacijentkinja iz srpskog korpusa, dok su pacijenti iz engleskog korpusa to činili u proseku jedan put više od pacijenata iz srpskog korpusa. I ovde se podaci odnose isključivo na pacijente i pacijentkinje (osim kada je reč o razgovorima sa pedijatrom), dok su pratioci (sin, ćerka, supruga) prekinuli lekara u ukupno 11% slučajeva.

U ovom korpusu bavili smo se i razlikama koje postoje između lekara i lekarki. Rezultati analize pokazuju da su 4 lekara prekinula pacijenta ukupno 409 puta (što je 6.1 prekidanje po razgovoru), dok su dve lekarke to učinile 143 puta (3.3 prekidanja po razgovoru). Dakle, lekari muškog roda gotovo dvostruko češće su prekidali pacijente od svojih koleginica, što potvrđuje rezultate koje Vest (West 1984b) navodi u svojoj studiji.

### **3.6.2.2. Zašto lekar prekida pacijenta**

Dok su lekari i pacijenti u engleskom korpusu prekidali svog sagovornika na 11 različitih načina, u srpskom korpusu i lekari i pacijenti prekidali su sagovornika na 17 različitih načina. Pri tome, baš kao i u engleskom korpusu, neki načini su zajednički lekaru i pacijentu, dok ima onih koji su svojstveni isključivo lekaru ili isključivo pacijentu.

Lekari su u najvećem broju slučajeva (ukupno 115 puta) prekidali pacijente tako što bi im postavili novo pitanje (Primer 175) ili da bi ih podstakli da nastave sa svojim izlaganjem i daju potpuniji odgovor (93 puta) (Primer 176). Takođe, dosta često su to činili davanjem stručnog objašnjenja ili mišljenja (ukupno 55 puta) (Primer 177), traženjem pojašnjenja (47 puta) (Primer 178), slaganjem sa pacijentom ili pokazivanjem razumevanja za ono što pacijent ima da kaže (ukupno 43 puta) (Primer 179) i aktivnim prekidanjem (39 puta) (Primer 180). Po 23 puta, lekar prekida pacijenta tako što njegov odgovor usmerava u željenom pravcu (Primer 181), tako što prati svoju prethodnu misao i ne obraća pažnju na ono što pacijent govori (Primer 182) i tako što razuverava ili teši pacijenta (Primer 183). U 22 slučaja, lekar prekida pacijenta tako što mu daje uputstva

(Primer 184), dok ga 18 puta prekida tako što dovršava njegovu rečenicu (Primer 185). Ukupno 15 puta lekar ispravlja pacijenta ili mu pomaže da ispravno odgovori na postavljeno pitanje (Primer 186), dok u 14 slučajeva on prekida pacijenta tako što mu protivreči ili ističe neslaganje sa njegovim mišljenjem (Primer 187). Takođe, lekar ponekad prekida pacijenta tako što započinje fatičku razmenu (9 slučajeva) (Primer 188), tako što daje odgovor pre nego što do kraja sasluša pacijentovo pitanje (7 slučajeva) (Primer 189) ili prekida pacijenta tako što se šali ili se čudi nekom njegovom odgovoru (5 slučajeva) (Primer 190). Najzad, u jednom slučaju, lekar prekida pacijenta kako bi ispričao priču (Primer 191).

Primer 175:

L: [...] Mhm. Jeste išli još negde?  
P: Ovaj: bili su neki bakteriološki i imunološki testovi//  
L: //Jeste to uradili?  
P: Jesam [...]

(SPUL 17)

U navedenom primeru lekar prekida pacijentkinju tako što joj postavlja novo pitanje. Očito je reč o fazi razgovora kojom u potpunosti dominira lekar, jer pokušava da sazna što više detalja u vezi sa problemom zbog kojeg pacijentkinja dolazi na pregled. Lekar započinje sled tako što pacijentkinji postavlja pitanje sa da/ne odgovorom, na koje ona, međutim, ne daje ni jedan od predviđenih odgovora. Umesto toga, uz neznatno oklevanje, ona pokušava da objasni da je nešto preduzela povodom svog problema, ali stiče se utisak da ne razume sasvim o kakvim testovima je reč i zbog čega su rađeni. Lekar je prekida novim pitanjem (*Jeste to uradili?*), na koje ponovo očekuje potvrđan ili odričan odgovor i ovoga puta pacijentkinja odgovara na željeni način, potvrđno. Prekidanjem pacijenta na ovaj način, lekar mu stavlja do znanja da u potpunosti kontroliše njegov doprinos i određuje šta će i koliko biti rečeno u svakom sledu, kao i da nema mesta suvišnim ili nedorečenim iskazima jer sve može biti važno za postavljanje dijagnoze.

Primer 176:

P: Pa: ovo je prvo izgledalo kao mali crveni plik:↑//  
L: //Dobro  
P: Onda me je malo peklo, onda se ((XXX))

(SPED 4)

U ovom primeru lekar na potpuno drugačiji način prekida pacijenta u odnosu na Primer 176. Naime, dok u prethodno navedenom primeru lekar prekida sa namerom da kontroliše određeni doprinos pacijenta i jednu čitavu celinu unutar razgovora, u ovom slučaju lekarka to čini kako bi podstakla ili ohrabrila pacijenta da nastavi izlaganje i završi svoj iskaz, a u cilju dobijanja što većeg broja podataka o problemu na koji se pacijent žali. Dok je prethodni primer očito deo centralnog dela razgovora, ovaj primer pripada početku razgovora kada pacijent „svojim rečima” iznosi zbog čega dolazi u lekarsku ordinaciju. Pacijent započinje svoj prvi turnus tako što opisuje kako je problem nastao, koristeći laičku terminologiju. Lekarka ga prekida u blizini tačke tranzicije turnusa, upotrebivši partikulu *dobro*, koja u ovom slučaju znači *slušam te, pratim šta govoriš i želim još da čujem*. Pacijent, stoga, u svom narednom turnusu nastavlja izlaganje, dodajući svom iskazu iz prvog turnusa dva nova detalja.

Primer 177:

P: [...]To je blago, blago, doktore, sasvim//

L: //Ja vam kažem, najverovatnije nisu vezani za samu operaciju, samo treba malo vremena da se to rehabilituje, da se povrati.

(SKARD 14)

Lekar ovde koristi jedan od dva načina koja je Vest (West 1984b: 95-96) označila kao najčešće birane za prekidanje pacijenata od strane lekara muškog roda – davanje stručnog mišljenja ili objašnjenja. Pacijent započinje sled tako što iznosi sopstveno mišljenje o nekom aspektu svog problema, naglašavajući da tegobe nisu suviše ozbiljne. Lekar prekida pacijenta davanjem stručnog mišljenja kojim mu potvrđuje da je u pravu što problem ne smatra naročito ozbiljnim i poručuje mu da je potrebno da se strpi. Zahvaljujući formulaciji lekarovog iskaza (*ja vam kažem*) zaključujemo da je lekar prethodno već govorio o tome i da je ovo verovatno reformulacija nekog njegovog ranijeg iskaza, kao i da već neko vreme pokušava da ubedi pacijenta da nema mesta zabrinutosti i da problem koji se javio nije povezan sa posledicama operacije.

Primer 178:

P: [...] Pa: sa sve tri nekako različito↑ ovaj: ((smeh)) i tri su različite kategorije, bukvalno. Znači, jedna ovako//

L: //Ono što sam te shvatio znači da ti nisi zvanično sa njima u vezi, ali da imaš s njima kontakt. Samo te nisam shvatio

da li si ti sa njima u nekoj drugarskoj vezi ili više od toga (.)I da li ostvarujete neke seksualne odnose↓  
P: Sa:/sa jednom da, imam seksualne odnose, a sa ostale dve://  
L: //Znači, imaš neku vrstu veze  
P: Ne znam, jednostavno ne ispunjava me.

(SPSIH 1)

U ovom slučaju, lekar prekida pacijenta kako bi zatražio pojašnjenje nečega što je pacijent prethodno rekao. Pacijent u svom prvom doprinosu izjavljuje da održava čak tri paralelne veze koje se međusobno razlikuju, a zatim počinje da govori o tome kako te veze funkcionišu. Međutim, lekar ga odmah prekida tražeći od njega da se izjasni da li su u pitanju prave veze ili samo platonske, jer je to nešto što iz njegove formulacije nije mogao da razume. Pacijent u svom narednom turnusu delimično odgovara na pitanje, navodeći da je veza sa jednom od tri pomenute devojke prava, dok se ostale dve razlikuju. Lekar ga potom ponovo prekida na isti način, ovoga puta očekujući pojašnjenje u vezi sa statusom te veze, tj. pokušava da proveriti da li pacijent takvu vezu doživljava kao zvaničnu (*Znači, imaš neku vrstu veze?*). Iako je pitanje formulisano tako da pretpostavlja potvrđan odgovor, pacijent ne odgovara na taj način, ali ne daje ni negativan odgovor, već svoju repliku započinje ispunjivačem (praznim rečima) *ne znam* iza kojeg sledi donekle nepovezan sadržaj, što ovaj doprinos svrstava u grupu nepreferiranih replika (Polovina 1990: 24; Schegloff 2007: 58-59). Stiče se utisak da pacijent zapravo izbegava da se izjasni, pa okoliša, pokušavajući da izbegne davanje konkretnog odgovora.

Primer 179:

P: [...] Otkad/otkad ne uzimam ove (.) ovaj zeleniš i ovo//  
L: //Da, bolje (.) Odnosno, bolje regulišete. E pa, super je danas/danas je /.../ a znate i vi da je umeo da bude[...]

(SPUL 3)

Slično kao u Primeru 177, lekar ne prekida pacijenta sa namerom da istakne svoju dominantnu poziciju unutar razgovora, već da pokaže da se slaže sa onim što pacijent govori i na taj način mu pruži podršku. Lekarovo *da, bolje* zapravo se odnosi na nešto što lekar pretpostavlja da je pacijent želeo da kaže – da je regulisanje faktora zgrušavanja krvi znatno bolje/lakše od kada jede manje zelenog povrća. Ovakvom formulacijom iskaza on pacijentu stavlja do znanja da se slaže sa njegovim mišljenjem iako pacijent nije stigao da iznese mišljenje do kraja. Lekar se u nastavku trudi da

ohrabri pacijenta tako što (očigledno veoma dobre) rezultate od toga dana poredi sa rezultatima od ranije koji očito nisu bili zadovoljavajući.

Primer 180:

L: [...] Pa, to je negde između četvrtine i polovine

P: Ja kad sam uz'o jedan ipo, ono otišlo na//

L: //Dobro (.) Ništa, neka ti vode  
regularno, znači, napisao ti je doktor, za 7 dana ti je pregled i ti ćeš negde po  
prazniku da ideš na kontrolu.

(SKARD 4)

Ukoliko se poslužimo Mišlerovom (Mishler 1984: 100-103) klasifikacijom prekidanja, ovo je primer aktivnog prekidanja pacijenta. Reč je o završnom delu razgovora gde lekar pacijentu daje uputstva i prepisuje mu terapiju, te dogovara novi susret. Lekarova prva replika najviše podseća na glasno razmišljanje, jer očito je reč o komplikovanoj šemi upotrebe nekog leka i lekar se trudi da se koncentriše kako bi pacijentu odredio pravu dozu. Pacijent, međutim, pokušava da uvede novu temu ili čak ispriča priču u vezi sa posledicama uzimanja pogrešne doze tog istog leka, ali lekar ga odmah prekida. On to čini upotrebom partikule *dobro* koja se poklapa sa Mišlerovim *ok* (Mishler 1984: 102) koje najavljuje kraj razgovora ili kraj određene teme, određene celine. Jasno je da ovo *dobro* ne znači slaganje sa pacijentom ili podsticanje pacijenta da dalje govori, već upravo suprotno – ovo *dobro* zvuči konačno jer najavljuje da je ta tema zatvorena. Lekar to dokazuje time što odmah pacijentu daje uputstva o tome šta treba da radi i kada bi trebalo da dođe na kontrolu.

Primer 181:

P: [...]Naročito kad god sam prehladena, malo sluzi i tako dalje, ja imam neki pritisak u plućima, otežano disanje, čak imam neke, kako bih vam rekla, manifestacije sa desne strane: ne znam kako to da opišem, da li je bol, da li (.) kao da se nešto dešava//

L: //Aha. Neodređene neke tegobe, je l'?

P: Pa, ne znam kako da ih definišem, ali nelagodnost i: kao i bol neki://

L: //A to sve  
zajedno kad je prehlada i kad je:

P: Naročito je izraženo kad je prehlada[...]

(SPUL 16)

U ovom primeru reč je o početnom delu razgovora gde pacijentkinja iznosi svoj problem. Lekar je najpre pušta da govori i reaguje tek kada primeti da pacijentkinja teško formuliše svoj iskaz – okleva (služi se ispunjivačima *kako bih vam rekla, ne znam kako to da opišem*), nagađa (*da li je bol, da li..., kao da se nešto dešava*), koristi pauzu.



Tada je prekida, najpre upotrebom partikule *a-ha* kojom pokazuje da je sluša i da mu je jasno šta želi da kaže, da je podržava u naporima da to kaže, a potom je usmerava time što joj zapravo nudi adekvatnu formulaciju u vidu dopunskog pitanja (*Neodređene neke tegobe, je l'?*). Pacijentkinja i dalje ne ume da definiše tegobe, već nastavlja da ih laički opisuje lekaru. Lekar je zatim još jednom prekida, na isti način, a ovoga puta pacijentkinja u potpunosti prihvata usmeravanje i odgovara onako kako je lekar zamislio.

Primer 182:

L: [...] Ako završiš fakultet i dok ne stvoriš porodicu i decu imaćeš i ti taj džeparac od 300 eura.

P: Pa da, ali://

L: //Sa boljom platom inženjera. Ali do tad ćeš morati da živiš životom većine studenata u Beogradu.

(SPSIH 1)

Ovde je lekar taj koji započinje sled i to tako što pacijentu objašnjava šta će se dogoditi kada završi fakultet. Pacijent pokušava da se suprotstavi lekaru (*Pa da, ali...*), ali lekar ga prekida prateći svoju prethodnu misao čime ignoriše pacijentovu želju da iznese mišljenje koje se, po svemu sudeći, ne podudara sa njegovim. Dakle, lekar stavlja pacijentu do znanja da on bolje zna šta će se dešavati u budućnosti i šta je pacijentu sada činiti, a to je posebno naglašeno izborom glagola *morati* kojim pacijentu zapravo određuje ponašanje i pretpostavlja da je to jedini mogući način.

Primer 183:

L: [...] Imate ovde/ovde jednu nepravilnost u tehnici izvođenja ove procedure (.)  
Trebali ste da duvate malo ravnomernije

P: Ništa, vi me vratite na popravni//

L: //Ne, ne, nije za vraćanje (.) Nije za vraćanje  
(SPUL 7)

U ovom primeru lekar ne prekida pacijenta kako bi preuzeo kontrolu nad razgovorom, već kako bi pacijenta razuverio. Lekar u svom prvom turnusu obavestava pacijenta da tehnički nije baš najbolje uradio test na koji ga je prethodno poslao, te pacijent predlaže da ga vrati da ponovi. Lekar prekida ovaj pacijentov iskaz tako što tvrdi da to nije neophodno. On to čini tako što čak dva puta u nizu koristi rečcu *ne*, a zatim i dva puta poriče da je rezultat *za vraćanje*. Time pacijenta smiruje i poručuje mu da rezultat nije toliko loš i da su verovatno u pitanju sitnije nepravilnosti koje se neće mnogo odraziti na postavljanje dijagnoze.

Primer 184:

- P: Kući se kreće od 100, 120 sa 70, 75. 125 sa//  
L: //Dobro, dobro  
P: Ja sam pre operacije//  
L: //Ako ti pritisak bude padao, da ti bude niži, da ide prema 110,  
gornji govorim, ne donji, i da bude niži, slobodno izbac i Tritace.  
P: Dobro.

(SKARD 10)

Ovde lekar prekida pacijenta kako bi mu dao određena uputstva. Pacijent najpre navodi uobičajene vrednosti svog krvnog pritiska, a lekar ga prekida čim je zaključio da je čuo dovoljno. On to čini upotrebom dvostrukog *dobro*, čime poručuje pacijentu da ga je čuo i da je razumeo šta je želeo da mu kaže. Pacijent zatim pokušava da uvede novu temu i verovatno da ispriča kako su se vrednosti kretale pre operacije, ali lekar ga odmah prekida tako što mu daje uputstva u vezi sa lekovima protiv visokog pritiska. Na ovaj način on preuzima potpunu kontrolu nad razgovorom i stavlja pacijentu do znanja da je njegova terapija trenutno prioritet, ali isto tako i najavljuje kraj ove teme. Pacijentovo *dobro* takođe ima dvostruko značenje – on pokazuje lekaru da je razumeo šta treba da radi u vezi sa terapijom, ali i da se slaže sa njegovom inicijativom da se ova tema okonča na tom mestu.

Primer 185:

- O=otac pacijenta  
O: [...]I dali smo krv za//  
L: //Infektivnu.  
O: Za krpelja. Pa ne znam da l' su stigli.

(SPED 18)

U ovom primeru lekarka prekida pacijentovog pratioca tako što umesto njega dovršava rečenicu koju je započeo. Ovakvim prekidanjem lekarka verovatno želi da mu stavi do znanja da zna o čemu je reč i da se seća njihovog prethodnog susreta, ali isto tako može sagovorniku poslati potpuno drugačiju poruku – da je nestrpljiva i da smatra da mu treba previše vremena da izgovori zbog čega je došao. Međutim, čini se da je njen sagovornik pozitivno procenio nameru koja stoji iza ovog prekidanja, pa u svom narednom turnusu dopunjuje informaciju iako je očigledno da lekarka zna zbog čega je krv poslata na analizu. On zatim pokušava da sazna da li su rezultati stigli, ali umesto da lekarki postavi direktno pitanje, on se odlučuje za krajnje indirektno pitanje u vidu intonacionog upitnog iskaza iz čije formulacije se stiče utisak da nije siguran da li je prošlo dovoljno vremena da bi rezultati mogli da budu gotovi i da se izvinjava što pita.

### Primer 186:

P: [...] Bolje sa ovom pumpicom//  
L: //Sa ovom /.../ //  
P: //Spiralom//  
L: //SPI-RI-VA  
P: Spiriva, da, evo je ((pokazuje lek))

(SPUL 1)

U ovom slučaju lekar prekida pacijenta kako bi ga ispravio ili mu pak pomogao da pravilno izgovori ime leka kod kojeg greši. Pacijent najpre iznosi lično mišljenje da se oseća bolje od kada koristi izvestan lek koji mu je lekar prethodno prepisao. Lekar ga prekida tražeći pojašnjenje (*Sa ovom /.../*), da bi pacijent zatim prekinuo lekara navodeći naziv leka. Lekar pacijenta odmah prekida još jednom, ovoga puta ispravljajući naziv leka koji je pacijent prethodno pogrešno izgovorio. Kako bi bio siguran da će pacijent razumeti i zapamtiti, lekar ispravan termin izgovara glasnije od ostatka razgovora i sričući slogove. Pacijent to prihvata, što pokazuje ponavljanjem ispravnog naziva, a potom vadi pumpicu iz džepa kako bi dokazao da se radi baš o tom leku.

### Primer 187:

O=otac

O: [...] Pa: mi smo merili, ono ispada da je kao 36 sa ne znam koliko, a čini mi se da je vruća//  
L: //To ne može da se desi. Znači ono što toplomer kaže, to je to.

(SPED 23)

Ovde lekarka prekida pacijentovog pratioca tako što mu protivreči. Nakon njegovog iskaza u kojem navodi da sumnja u vrednost temperature koju pokazuje toplomer i daje svoje lično mišljenje o tome kako se njegovo dete zapravo oseća, lekarka prekida sagovornika tvrdeći da je tako nešto nemoguće, a zatim ga ubeđuje da je toplomer krajnje pouzdan. Na ovaj način lekarka ističe svoj autoritet i od pacijenta očekuje da joj veruje i da se ponaša u skladu sa njenim uputstvima. Ne ostavlja prostora mogućnosti da je došlo do neke greške i da toplomer zaista nije pokazao pravu vrednost, te da je subjektivni osećaj roditelja ipak bio ispravan, jer očito smatra da je to nemoguće.

### Primer 188:

L: [...] Ona je mlada žena.  
P: Da, ali šlogirana već 20 godina//  
L: //Ima još rođendana, barem do 99//

P:  
(smeh))

//Da,da

(SORL 5)

Ovde lekar prekida pacijentkinju kako bi započeo fatičku razmenu. Lekarovo *ona je mlada žena* odnosi se na pacijentkinjinu majku o kojoj je ona u prethodnom segmentu govorila. Pacijentkinja se slaže sa lekarovom replikom, ali dodaje važnu informaciju koja bi mogla da promeni lekarovo pozitivno mišljenje. Međutim, umesto da pusti pacijentkinju da kaže još nešto na tu temu, lekar je prekida, pri čemu na njenu repliku odgovara potpuno neočekivano – pozitivnom šalom kojom razgovor premešta u oblast fatičke razmene. Nakon toga, pacijentkinja prekida lekarov iskaz tako što mu pokazuje da se slaže sa njegovom konstatacijom (upotrebom dvostrukog *da*), iza čega sledi glasna pauza u vidu smeha.

Primer 189:

P: [...] Dobro. Jer moj doktor opšte prakse pit'o me je l' smeš one druge pumpe da upotrebljavaš (.) Berodual i//

L: //Naravno (.) Berodual po potrebi, a ovu okruglu i ovu što ste novu dobili REDOVNO

(SPUL 1)

Pacijent otvara sled tako što dosta nevešto pokušava lekaru da postavi pitanje. Umesto da ga direktno pita da li može da koristi druge pumpice koje ima, on se odlučuje za indirektno pitanje pri čemu se trudi da naglasi da to zapravo ne pita on već njegov lekar opšte prakse. Zbog takve formulacije pitanja stiče se utisak da se pacijent snebiva i da se možda čak i izvinjava što pita, da mu je iz nekog razloga neprijatno. Kako je reč o nevešto postavljenom pitanju, lekar ga prekida čim je čuo dovoljno, te tako odgovara na pitanje koje zapravo nije ni postavljeno do kraja. Kao i u Primeru 185 gde lekarka dovršava pacijentovu rečenicu, ovakvo prekidanje može biti protumačeno na dva različita načina – lekar možda samo želi da pomogne pacijentu stavivši mu do znanja da ne mora da se muči da dovrši pitanje jer on već sada može da odgovori ili pak poručuje pacijentu da mu je potrebno previše vremena da postavi pitanje i da bi mogao da požuri. U svakom slučaju, nakon što pacijentu najpre dâ potvrđan odgovor na njegovo pitanje, lekar dodaje još jednu važnu informaciju koja se odnosi na upotrebu lekova koji su pacijentu prepisani.

Primer 190:

P: [...] Kad on ponovo meni, hoćete li ili nećete. Pa ne znam šta da operišem. Pa, kaže, krajnike. Reko' meni ovaj prethodnik vaš rek'o da ja treba d' operišem devijaciju, a ne krajnike, a vi 'oćete krajnike. Pa ne, kaže, nije to neka devijacija. I tako ostade meni devijacija. Posle kad sam ja htio da operišem devijaciju, kaže, kasno, neće, a toliko mi SMETA://

L: // Prvo je bilo rano, a posle je bilo kasno ((smeh))

(SPUL 15)

Pacijentovu priču o tome kako je do sada izbegao operaciju devijacije nosa iako smatra da mu je potrebna, lekar prekida onog trenutka kada smatra da je čuo dovoljno i da bi svaki dalji komentar na tu temu bio suvišan. Umesto da aktivno prekine pacijenta stavljajući mu do znanja da je potrebno da dovrši datu temu, lekar to čini tako što se našali. Da su mu namere dobre i da se zaista radi o šali, o nameri da malo nasmeje pacijenta, lekar potvrđuje time što svoju repliku prati smehom.

Primer 191:

P: [...] Posle sam se malo privik'o slušajući vas, šta mi kažete//

L: //Da, pa bolje mene slušati. Ja se šalim pa kažem, nama je to parče hleba što pacijenti isporučavaju, takav je posao.

(SORL 2)

Ovo je jedini primer u celom korpusu u kojem lekar prekida pacijenta kako bi ispričao priču koja nema direktne veze sa pacijentom. Pacijentovu repliku u kojoj navodi da mu je sada znatno lakše da izdrži neprijatan pregled nego što je to bilo kada je prvi put došao, lekar prekida blizu tačke tranzicije turnusa potvrđujući da je pametno što je odlučio da ga sluša. On dopunjuje svoj doprinos time što govori o nečemu što se tiče njegove profesije i njegovog ličnog mišljenja o svojoj profesiji, a verovatno sa namerom da malo nasmeje i opusti pacijenta.

Ukoliko posmatramo načine na koje lekar prekida pacijenta u srpskom korpusu, dolazimo do rezultata koji su veoma slični onima u engleskom korpusu. Naime, u 66% slučajeva reč je o prekidanju koje može biti protumačeno kao isticanje simbola moći i skretanje pažnje na dominantnu poziciju lekara u okviru medicinskog susreta, a to je neznatno više nego u engleskom korpusu. I ovde lekari postavljaju novo pitanje kada pacijent još nije odgovorio na prethodno, dovršavaju pacijentove rečenice, usmeravaju pacijentov odgovor u željenom pravcu, stručnim objašnjenjima prekidaju pacijentovo laičko izlaganje ili aktivno prekidaju pacijenta stavljajući mu do znanja da

su razgovor na određenu temu ili čitav susret došli do kraja. Lekari iz srpskog korpusa nisu prekidali pacijente uvođenjem nove teme, ali su povremeno ignorisali ono što pacijent pokušava da kaže prateći svoju prethodnu misao, odgovarali su na pitanje koje pacijent nije ni postavio do kraja, tražili pojašnjenje kada god su smatrali da nisu dobili potpunu ili adekvatnu informaciju, protivrečili su pacijentu i davali mu direktna uputstva kako treba da se ponaša i šta treba da radi ili ne radi. S druge strane, u 34% slučajeva lekari iz srpskog korpusa prekidali su pacijente kako bi ih podstakli, ohrabрили ili opustili, a ne da bi preuzeli kontrolu nad razgovorom. Oni su to činili pre svega podsticanjem pacijenta da nastavi izlaganje, zatim slaganjem sa nečim što je pacijent rekao i pomaganjem pacijentu da odgovori na pitanje ili ispravljanjem nečega što nije dobro rekao jer mu nije dovoljno jasno. Pored toga, lekari su pacijente prekidali i kako bi započeli fatičku razmenu, našalili se ili ispričali priču, a sve u cilju opuštanja pacijenta, ne radi isticanja svog dominantnog položaja.

### **3.6.2.3. Zašto pacijent prekida lekara**

Pacijenti u srpskom korpusu najčešće su prekidali lekara kako bi mu pokazali da razumeju ono što im govori (67 slučajeva) (Primer 192), a to su činili najviše uz pomoć minimalnih responsa *da, dobro, mhm i u redu*. Često su prekidali lekara i kako bi mu stavili do znanja da se slažu sa njegovim mišljenjem (59 puta) (Primer 193), a to su takođe najviše činili uz pomoć minimalnih responsa, i to: *jeste, u redu, dobro, da, tako je i važi*. Takođe, oni često prekidaju uvođenjem ili pokušajem uvođenja nove teme (21 slučaj) (Primer 194), postavljanjem pitanja (takođe 21 slučaj) (Primer 195) ili pričanjem priče (čak 20 puta) (Primer 196). Ukupno 17 puta pacijent prekida lekara kako bi odrično odgovorio na postavljeno pitanje (Primer 197), dok u 16 slučajeva iznosi mišljenje i tako prekida lekara (Primer 198). U po 12 slučajeva, pacijent prekida lekara tako što dovršava lekarovu rečenicu (Primer 199) i objašnjava šta radi u vezi sa problemom koji ima (Primer 200). U po 10 slučajeva, pacijent prati svoju prethodnu misao i ne dozvoljava lekaru da se ubaci (Primer 201), te odgovara na pitanje pre nego što ga lekar do kraja postavi (Primer 202). Pacijent takođe prekida sagovornika tako što traži pojašnjenje (9 slučajeva) (Primer 203), tako što daje traženi podatak (7 slučajeva) (Primer 204), ali i tako što tvrdi suprotno od lekara (5 slučajeva) (Primer 205) i što započinje fatičku razmenu (5 slučajeva) (Primer 206). Najzad, u po 3 slučaja pacijent

prekida lekara tako što zahteva nešto od njega/nje (Primer 207) ili uz pomoć glasne pauze, tj. smeha (Primer 208).

Primer 192:

- L: [...] Daću vam šest stvari koje treba da uradite. To možete kod vas u Zaječaru. I onda ćete nam doći na kontrolu sa propisno overenim uputom//  
P: //Jasno  
L: [...]Ovde vrata levo naći ćete glavnu sestru da vam pokaže gde je kontrola disanja i produkcija glasa. Radićete kod kuće te vežbe//  
P: //Da  
L: Kada završite svih ovih šest stvari//  
P: //Da  
L: Molim vas pozovite da se dogovorimo kada ćete doći

(SORL 7)

U ovom primeru pacijent čak tri puta prekida lekara kako bi mu stavio do znanja da prati i razume šta mu govori. U svom prvom turnusu lekar daje pacijentu uputstva o tome šta je sve potrebno da uradi u lokalnoj bolnici pre nego što ponovo dođe na kontrolu, a pacijent ga prekida minimalnim responsom *jasno* u trenutku kada mu se čini da je lekar rekao sve što je imao. Lekar, međutim, nastavlja da daje uputstva i u narednom turnusu, a pacijent koristi minimalni respons *da* kako bi mu pokazao da je razumeo i da će raditi pomenute vežbe. Najzad, poslednji put pacijent prekida lekara veoma rano (takođe minimalnim responsom *da*), kada je tek započeo svoju repliku, verovatno u želji da pokaže da pažljivo prati sve što mu lekar govori.

Primer 193:

- L: Pa, znate šta, što se tiče ishrane, ne suviše masno, ne suviše slano//  
P: //Da. To je osnovno.  
L: To je osnovno. Znači, umereno da se jede, nema da se gojite, pušenje//  
P: //Da.

(SKARD 2)

U svom prvom turnusu lekar očitno odgovara na pacijentovo pitanje u vezi sa preporukama u ishrani, navodeći neka osnovna pravila. Dok lekar još navodi pravila, pacijent ga prekida, najpre minimalnim responsom *da* kojem zatim dodaje i svoje mišljenje (*To je osnovno*). Na ovaj način želi da pokaže da se u potpunosti slaže sa svime što je lekar u svojoj replici nabrojao, ali verovatno i da pokaže lekaru da je on i od ranije znao za to. Lekar u svom narednom turnusu ponavlja deo pacijentove replike, a potom sumira ono što je rekao u prethodnom turnusu, dodajući pravilima u ishrani i

zabranu pušenja. Pacijent i ovoga puta prekida lekara uz pomoć minimalnog responsa da kojim mu pokazuje da mu je sve jasno i da je uputstva primio k' znanju.

Primer 194:

P: A je l' može zbog štitne žlezde da bude//  
L: //Može, može i psihogeno↑ Znači (.) vi ste rekli//  
P: //Ja imam recimo i problem sa želucem. Imao sam neku bakteriju ovaj://  
L: //Pa može i to da pravi problem, zbog otežanog varenja

(SPUL 8)

U ovom primeru pacijent prekida lekara kako bi uveo novu temu. Pacijent otvara sled tako što lekaru postavlja konkretno pitanje na koje očekuje potvrđan ili odričan odgovor (*A je l' može zbog štitne žlezde da bude?*). Lekar ga prekida potvrđnim odgovorom, pre nego što je i saslušao pitanje do kraja, dodajući još jednu mogućnost koju pacijent nije predvideo (*Može i psihogeno*). Potom u nastavku podseća pacijenta na nešto što je prethodno rekao, najavljujući tako uvođenje nove teme. Međutim, pacijent odmah prekida lekara navodeći da ima probleme i sa želucem (koji očitno nije njegov primaran problem zbog kojeg je toga dana došao u ordinaciju), čime zapravo i on pokušava da uvede novu temu. Uz to, on odmah nudi i priču o tome kako su ti problemi počeli (*Imao sam neku bakteriju*). Lekar ne ignoriše ovaj njegov pokušaj nametanja nove teme, već prihvata inicijativu dajući pacijentu za pravo i nudeći medicinsko objašnjenje za njegove tegobe.

Primer 195:

L: [...] Znači, ovaj loš bi trebao da bude ispod 3. On je sad 4. I to je ono što mi zovemo umereno//  
P: //Šta bi mogla da radim?  
L: Pa ništa, pošto vi verovatno vodite računa o ishrani.

(SKARD 6)

Ova pacijentkinja prekida lekara tako što mu postavlja pitanje. Lekar u svom prvom turnusu objašnjava pacijentkinji koje vrednosti holesterola bi bile zadovoljavajuće. Ona ga prekida umereno otvorenim pitanjem, očekujući od njega određena uputstva za ponašanje kako bi unapredila svoje zdravlje. Međutim, lekar daje veoma neobičan odgovor na postavljeno pitanje – umesto konkretnih uputstava, on zapravo izbegava odgovor navodeći kako pretpostavlja da pacijentkinja već vodi računa o ishrani. Ovakav odgovor verovatno znači da lekar dobro poznaje pacijentkinju, da zna



da je veoma disciplinovana i vodi računa o svom zdravlju, te pretpostavlja da već čini sve što je potrebno i nije neophodno da joj daje bilo kakva nova uputstva.

Primer 196:

L: [...] To je sticanje anksioznih poremećaja i ovo što ste mi pominjali da vam tu://

P: //Tu samo počne da mi igra. Smiri se, meni bude dobro, i onda primetim samo. Sklonim se i sačekam. Kao/kao sad kad bi otvorili ovaj ((XXX)). E, taj osećaj. E sad, mene samo plaši taj period dok se ja smirim, da ne naiđe neko.

(SPSIH 3)

Pacijent prekida lekara usred stručnog objašnjenja pričanjem priče. Na to ga je podstakao sam lekar koji je počeo da govori o nečemu što je pacijent ranije pominjao. Pacijent koristi ovu priliku da lekaru ispriča priču o tome šta mu se dešava u trenucima kada se njegov problem aktivira. Prema ranije datoj klasifikaciji<sup>77</sup> ovo bi bila priča o uobičajenim radnjama i stanjima, jer se očito sve što pacijent opisuje ponavlja svaki put kada to nešto, što ni jedan od njih dvojice ne imenuje, *počne da igra*.

Primer 197:

L: [...] A konkretno neki plućni problem niste imali više? Da se radi dijagnoza, da ste koristili lekove//

P: //Nisam (.). Ne

(SPUL 17)

U ovom slučaju pacijent prekida lekara jer žuri da odrično odgovori na pitanje koje mu je lekar postavio, ne dozvolivši mu da dovrši svoj iskaz. On čak daje dvostruki negativan odgovor (*nisam i ne*), razdvojen kraćom pauzom, verovatno u želji da naglasi kako to što lekara zanima nikako nije slučaj sa njim i da zato može da pređe na naredno pitanje.

Primer 198:

L: Dobro, a da li vi imate neke smetnje od strane te osnovne bolesti, da li imate otežano disanje://

P: //Ja mislim da: mi je stanje mnogo bolje u odnosu na prethodne: [...]

(SPUL 7)

Lekar otvara sled umereno otvorenim pitanjem, iza kojeg počinje da navodi pacijenta na željeni odgovor. Pacijent ga prekida, ali ne da bi dao traženi odgovor već

---

<sup>77</sup> Vidi 2.5.2.2.

da bi izneo sopstveno mišljenje. On neznatno okleva (što se vidi po duženju vokala) i pravi uvod u repliku (*ja mislim*) koji mu služi da se ogradi i naglasi da se radi isključivo o njegovom subjektivnom mišljenju. Ovim prekidanjem on na neki način odgovara na lekarovo pitanje, tako što zapravo navodi da nema *smetnji, otežanog disanja* i ostalih simptoma koje je lekar verovatno želeo da spomene pre nego što je prekinut.

Primer 199:

L: [...] E, a za tri meseca se vidimo ovde. Donećete mi tada takođe://  
P: //Krvnu sliku.  
L: Ne mora krvna slika, ali ove masnoće, lipidni profil.

(SKARD 6)

U ovom slučaju pacijent prekida lekara tako što dovršava njegovu rečenicu umesto njega. U svom prvom turnusu lekar privodi razgovor kraju zakazujući pacijentu novi susret. On mu takođe daje uputstva u vezi sa tim šta treba da ponese sa sobom, ali mu pacijent ne dozvoljava da završi iskaz, već ga prekida nudeći logičan nastavak. Međutim, lekar u svom narednom turnusu razuverava pacijenta tvrdnjom da krvna slika nije neophodna, već umesto toga navodi pojedine parametre koje želi da pacijent proveriti i potom donese (*masnoće, lipidni profil*). Ovde pacijent prekida lekara verovatno sa namerom da pokaže kako vodi računa o svemu što je potrebno uraditi, ali takođe pokazuje i da poseduje određeno znanje i time malo smanjuje asimetriju po pitanju prava na posedovanje znanja u institucionalnoj komunikaciji<sup>78</sup>. Prekidanje takođe može značiti da je ta ista uputstva već čuo pri ranijim susretima, pa sada zna šta može da očekuje, te želi da preduhitri lekara.

Primer 200:

L: [...] Trebalo bi da se trudite da://  
P: //Ali, znate kako, ja kad me uhvati baš ono frka,  
ja uzmem izgrickam i onda mi bude:/bude mi bolje, razumete

(SPSIH 2)

U ovom slučaju pacijent prekida lekara kako bi mu objasnio šta radi povodom svog problema. On lekara prekida u trenutku dok mu daje uputstva. Lekar očito pokušava da objasni pacijentu da je neophodno da smanji dozu određenog leka, a pacijent ga prekida objašnjavajući zašto to ipak nije moguće. Pri tome okleva, vrši ispravku, koristi ispunjivač *znate kako*, što sve govori o tome da je verovatno uzbuđen i da mu je stalo do toga da lekaru objasni koliko je taj lek važan za njega (*razumete*).

---

<sup>78</sup> Vidi 2.4.4.

Primer 201:

M=majka pacijenta

L: Danas je petak. Stigao bi on već i u nedelju, ali je neradni dan.

M: A-ha. 'Ajde: pa ćemo da//

L: //Da mu ne dajem bezveze, ovaj://

M: //Onda ćemo da  
pomerimo jedan dan, šta ima veze.

(SPED 14)

Majka pacijenta i lekarka ovde jedna drugu prekidaju, a obe to čine jer prate sopstvenu misao i ne obraćaju punu pažnju na ono što njihova sagovornica ima da kaže. Lekarka otvara sled objašnjenjem zašto nalaz ne može ranije da stigne, na šta majka najpre odgovara koristeći minimalni respons *a-ha* kojim pokazuje da razume o čemu lekarka govori, a potom nastavlja repliku davanjem predloga šta bi moglo da se uradi. Međutim, lekarka prati sopstvenu misao i prekida majku pre nego što je uspela da dovrši iskaz, navodeći da ne želi *bezveze* detetu da daje nešto od terapije (najverovatnije antibiotik). Majka takođe u potpunosti ignoriše lekarkin iskaz, jer prati sopstvenu misao iz prethodnog turnusa i u svom drugom turnusu je najzad dovršava. Koristeći prvo lice množine (iako je ona ta koja donosi odluku, ne i dete), obaveštava lekarku da će pomeriti putovanje za jedan dan, a izraz *šta ima veze* na kraju ima za cilj da pokaže da je majka spremna sve da učini kako bi dete dobilo adekvatnu medicinsku negu i terapiju.

Primer 202:

M=majka pacijenta

L: Je l' priča po malo, koji neutralni slog, malo „ma-ma’’, pa malo „me-me’’, malo//

M: //Da, „be-be’’, leba ((smeh))

(SPED 6)

Ovde pratilac pacijenta (majka) prekida lekarku tako što odgovara na pitanje još pre nego što ga je do kraja saslušala. Lekarka najpre postavlja restriktivno pitanje sa da/ne odgovorom (*Je l' priča pomalo?*) koje zatim dopunjuje usmeravanjem pacijenta na željeni odgovor. Već posle drugog ponuđenog odgovora, majka žuri da dâ potvrđan odgovor a onda navodi i svoje primere.

### Primer 203:

- L: Evo izvolite. Vidimo se za 2 meseca, koristite terapiju redovno//  
P: //Znači, kao što sam do sada?  
L: Tako, i neće biti problema.

(SPUL 12)

U ovom primeru pacijent prekida lekara kako bi zatražio pojašnjenje u vezi sa uputstvima koja je dobio od lekara. Iako lekar očito nije dovršio svoj iskaz i moguće je da je postojalo još uputstava koja bi pomenuo, na pomen terapije pacijent prekida lekara kako bi bio siguran da je sve dobro razumeo. On to čini koristeći intonacioni upitni iskaz, a započinje ga ispunjivačem *znači*, koji treba da ukaže na to da pacijent već zna šta treba da radi i da samo želi da proveriti, dakle traži pojašnjenje. Lekar odgovara potvrdno i uz to ga na neki način hrabri, navodeći da *neće biti problema*.

### Primer 204:

Ć=ćerka pacijentkinje

- L: [...]Da. Onda ćete postupiti ovako. Znači, jedan-dva dana četvrtinu, pa onda//  
Ć: //Danas da ne pije uopšte↑ To nam je rekao.  
L: Ne, ne [...]

(SPUL 21)

U ovom slučaju pratilac pacijenta prekida lekara tako što mu daje neki podatak. Lekar najpre daje uputstva pacijentu i to vrlo precizna, što naglašava formulacijom *Onda ćete postupiti ovako*, ne ostavljajući pacijentu mnogo prostora za izmene. Pacijentkinjina ćerka ga, međutim, prekida navođenjem onoga što im je prethodni lekar savetovao, dakle daje lekaru važan podatak koji bi unekoliko mogao da promeni njegov plan lečenja. Lekar, međutim, vrlo odlučno odbija tu opciju, nastavljajući da objašnjava zašto je njegova ideja bolja (što nije do kraja navedeno u primeru).

### Primer 205:

- L: [...] To danas sasvim zadovoljavajuće zvuči, sad kad vas slušam, s obzirom na ono što ima i što je imala//  
P: //To da, ali: (.) Ali ja znam da je bilo bolje do pre 2 meseca.

(SORL 5)

Lekar započinje sled pohvalom pacijentkinjinog stanja, koje je, po njegovom mišljenju, znatno bolje nego što je bilo. Obraćajući se i prisutnom asistentu, lekar naglašava da je stanje dobro uprkos onome *što ima i što je imala*. Pretpostavljamo da je

u pitanju neka ozbiljna dijagnoza i operacija nakon koje se pacijentkinja oporavila. Pacijentkinja prekida lekara, najpre potvrđujući da se delimično slaže (*To da*), ali onda uvodi i rastavnu rečenicu u kojoj tvrdi da se do pre 2 meseca bolje osećala. Time direktno protivreči lekaru koji je očigledno zadovoljan njenim stanjem.

Primer 206:

L: [...] Znae šta, tu je pola posla ste završili kad vi kažete da ste DOBRO. To je//  
P: //I rešila 120 da živim. Ja sam rekla, iz inata//  
L: //Dobro, u startu ste u prednosti ((smeh))  
(SPUL 5)

Ovde pacijentkinja prekida lekara sa ciljem da se našali i tako nastavi fatičku razmenu koju je započeo sâm lekar. U svom prvom turnusu lekar se obraća pacijentkinji šaljivim tonom, pritom očito odgovarajući na neku njenu prethodnu repliku. Ona potom prekida lekara kako bi se i sama našalila (*I rešila 105 da živim*). Lekar je zatim ponovo prekida šaljivom opaskom koju prati glasnom pauzom. Iz ovog primera je jasno da se lekar i pacijentkinja duže poznaju, kao i da je reč o starijoj osobi, ali da je lekar siguran da mu ona neće zameriti ukoliko se našali na račun njenih godina.

Primer 207:

O=otac pacijenta

O: On kaže da ga ovde sad, u zadnje vreme, čelo//  
L: //Da to baš liči na://  
O: //A možda neke kapi za nos? Malo je i prehladen  
(SPED 8)

U ovom primeru pacijent (tačnije pratilac pacijenta) prekida lekarku tako što zahteva nešto od nje. Otac je taj koji otvara čitav sled navođenjem problema zbog kojeg dovodi sina na pregled. Lekarka ga prekida složivši se sa njim i pokušavajući da kaže šta bi to moglo da bude. Međutim, otac u potpunosti ignoriše taj njen pokušaj i prekida je tako što traži da njegovom sinu prepíše kapi za nos. On to čini postavivši eliptično pitanje koje je formulisano kao predlog i kao zahtev istovremeno (*A možda neke kapi za nos?*). Naime, formulacija podseća na predlog jer sadrži partikulu *možda*, a reč je i o zahtevu jer je pacijentu nešto potrebno, lekarka to može da mu obezbedi (iako nije planirala) i njegov otac to od nje traži. On u nastavku daje i objašnjenje za svoj zahtev (*Malo je i prehladen*).

### Primer 208:

L: Pa dobro, ako izgledaš kao Tom Kruz i staneš u Knez Mihailovu verovatno će ti prići. Možda ako se ne stide mnogo ali//

P: //((smeh))

L: Ako ti ne učiniš neki korak oslanjajući se samo na to da će da ti prilaze [...] (SPSIH 1)

Ovo je primer prekidanja lekara upotrebom glasne pauze, tj. smehom. Lekar je taj koji započinje sled tako što na donekle šaljiv način skreće pažnju pacijentu na njegova nerealna očekivanja kada je reč o otpočinjanju emotivne veze. Pacijent ga prekida smehom, ali ne daje nikakav drugi komentar. Lekar stoga u svom narednom turnusu nastavlja svoju misao, objašnjavajući pacijentu šta bi trebalo da radi.

Uvidom u načine na koje pacijent prekida lekara, primećujemo da kao i u engleskom korpusu pacijent gotovo podjednako često prekida lekara kako bi mu stavio do znanja da ga sluša i slaže se sa njim i da mu se na neki način suprotstavi ili pokaže drugu vrstu inicijative. Međutim, za razliku od engleskog korpusa, ovde je situacija obrnuta, u korist ispoljavanja inicijative. Naime, u 45% slučajeva pacijent u potpunosti prati lekarovu agendu i prekida svog sagovornika samo kako bi mu stavio do znanja da pažljivo sluša, da mu je jasno sve što mu govori, da se slaže sa onim što govori ili eventualno traži pojašnjenje kako bi što bolje mogao da ispuni sve što lekar od njega očekuje. Međutim, u čak 55% slučajeva pacijent prekida lekara tako što na neki način ispoljava inicijativu – dozvoljava sebi da se suprotstavi lekarovom mišljenju, da ispriča priču, iznese lično mišljenje, postavi pitanje, nametne novu temu, dovrši lekarovu rečenicu, odgovori na pitanje pre nego što ga je lekar postavio do kraja ili čak zatraži nešto od lekara. U ovu kategoriju prekidanja uračunali smo i pacijentovo učešće u fatičkoj razmeni, davanje nekog objašnjenja ili pojedinog podatka, jer je za sve to potrebna određena količina moći.

### 3.6.3. Zaključak

Kada je reč o ukupnom broju prekidanja koja u susretima čine lekar i pacijent pojedinačno, analiza dva posmatrana korpusa dala je dosta slične rezultate. U oba korpusa lekar češće prekida pacijenta nego obratno – 56% svih prekidanja čini lekar u engleskom korpusu, dok lekar u srpskom korpusu prekida pacijenta u 65% slučajeva; pacijent prekida lekara u 44% slučajeva u engleskom korpusu, dok u srpskom korpusu on to čini u 35% svih slučajeva. Dakle, asimetrija između lekara i pacijenta je nešto upadljivija u srpskom korpusu. Takođe, pacijenti u srpskom korpusu prekidaju lekara

svoga 2.7 puta po susretu naspram pacijenata u engleskom korpusu koji to u proseku čine čak skoro 4 puta po susretu, dok lekari u oba korpusa prekidaju sagovornika u proseku 5 puta to razgovoru.

Posmatranjem razlika između muških i ženskih pacijenata po pitanju prekidanja lekara, zaključili smo da u oba korpusa pacijenti ženskog roda nešto češće prekidaju lekara od pacijenata muškog roda, ali da je prosečan broj prekidanja za oba roda dosta niži u srpskom nego u engleskom korpusu. Dok pacijentkinje iz engleskog korpusa prekidaju svoje lekare u proseku 3.8 puta po razgovoru, pacijentkinje iz srpskog korpusa to čine svega 2.4 puta po razgovoru. Slično, muški pacijenti iz engleskog korpusa prekidaju lekara u proseku 3 puta po razgovoru, dok pacijenti iz srpskog korpusa to čine svega 2 puta po susretu.

U srpskom korpusu smo sa aspekta roda posmatrali i prekidanja koja čine lekari i došli do zaključka da lekari muškog roda znatno češće prekidaju pacijente od svojih koleginica. Naime, oni to čine u proseku 6.1 put po razgovoru, dok lekarke prekidaju pacijente u proseku 3.3 puta po susretu. Dakle, lekari gotovo dvostruko češće prekidaju svoje pacijente od lekarki. U engleskom korpusu nismo radili ovu vrstu analize, zbog toga što u celom korpusu postoji samo jedna lekarka zastupljena u jednom (kraćem) razgovoru, ali jesmo primetili da ta lekarka drugačije pristupa prekidanju pacijenta u odnosu na ostale (muške) kolege. Naime, ona to čini manje nametljivo, dosta nesigurno i ostavljajući pacijentu dovoljno prostora da se usprotivi ili ne složi sa njenim mišljenjem.

Analiza načina koje lekari koriste kako bi prekinuli pacijenta pokazala je manje razlike između dva korpusa. Naime, u oba korpusa lekari su češće prekidali pacijenta kako bi istakli simbole moći i svoj dominantan položaj, te institucionalnu asimetriju. U engleskom korpusu lekari su u 61% slučajeva prekidali pacijenta na taj način, dok su njihove kolege iz srpskog korpusa to činile u 66% slučajeva. S druge strane, lekari iz engleskog korpusa u 39% slučajeva su prekidali pacijente kako bi im pružili podršku i ohrabрили ih da nastave, dok su njihove kolege iz srpskog korpusa to činile u 34% slučajeva. Dakle, rezultati u ovom smislu su veoma slični, s tim što srpski lekari nešto češće ističu simbole moći od svojih engleskih kolega. Isto tako, lekari iz srpskog korpusa prekidali su pacijente na nešto raznovrsnije načine (čak 17 načina), dok su njihove kolege iz engleskog korpusa primenile 11 načina za prekidanje pacijenata. Procentualni prikaz svih načina prekidanja pacijenta dat je u Tabeli 5.

**Tabela 5: Načini prekidanja pacijenta od strane lekara u engleskom i srpskom korpusu**

NAČIN PREKIDANJA PACIJENTA OD STRANE LEKARA	ENGLESKI KORPUS	SRPSKI KORPUS
usmerava pacijentov odgovor u željenom pravcu	8.2%	4.17%
ispravlja pacijenta/pomaže pacijentu	6.2%	2.72%
aktivno prekida pacijenta	2.06%	7.07%
uvodi novu temu	2.06%	0.0%
slaže se sa pacijentom/pokazuje razumevanje	11.3%	7.79%
postavlja novo pitanje	12.4%	20.83%
podstiče pacijenta da nastavi/hrabri pacijenta	21.7%	16.85%
daje stručno mišljenje/objašnjenje	11.3%	9.96%
prati svoju prethodnu misao	12.4%	4.17%
dovršava pacijentovu rečenicu umesto njega	11.3%	3.26%
odgovara pre nego što sasluša pitanje do kraja	0.0%	1.27%
traži pojašnjenje	0.0%	8.51%
protivreči pacijentu	0.0%	2.54%
daje pacijentu uputstva	0.0%	3.99%
razuverava pacijenta/teši ili umiruje pacijenta	0.0%	4.17%
šali se/čudi se nečemu što je pacijent rekao	0.0%	0.91%
otpočinje fatičku razmenu	0.0%	1.63%
priča priču	0.0%	0.16%
spoljašnji razlozi	1.08%	0.0%

Analizom načina koje pacijenti koriste kako bi tokom razgovora prekinuli lekara došli smo do pojedinih razlika koje postoje između dva korpusa. Naime, u engleskom korpusu pacijenti su češće prekidali lekara kako bi pokazali da prate njegovu agendu, razumeju ono što govori i slažu se sa tim (53% slučajeva), nego da bi mu se suprotstavili ili pokazali neku drugu vrstu inicijative (47% slučajeva). U srpskom korpusu, međutim, rezultati su obratni – pacijenti su u 45% slučajeva prekidali lekara kako bi se sa njim složili, dok su u čak 55% slučajeva to činili kako bi se na neki način suprotstavili lekaru i ispoljili inicijativu. Kao i u slučaju lekara, pacijenti iz srpskog korpusa prekidali su lekare na ukupno 17 različitih načina, dok su pacijenti iz engleskog korpusa to činili na 11 načina. Procentualni prikaz svih načina prekidanja lekara dat je u Tabeli 6.



**Tabela 6: Načini prekidanja lekara od strane pacijenta u engleskom i srpskom korpusu**

<b>RAZLOZI PREKIDANJA LEKARA OD STRANE PACIJENTA</b>	<b>ENGLISKI KORPUS</b>	<b>SRPSKI KORPUS</b>
daje odričan odgovor na postavljeno pitanje	4.0%	5.72%
uvodi novu temu	2.7%	7.07%
tvrdi suprotno od lekara/suprotstavlja se lekaru	2.7%	1.68%
pokazuje da razume šta lekar govori	22.7%	22.56%
pokazuje da se slaže sa lekarom	26.6%	19.87%
postavlja pitanje	4.0%	7.07%
prati svoju prethodnu misao	18.7%	3.37%
dovršava lekarovu rečenicu umesto njega	12.0%	4.04%
traži pojašnjenje	4.0%	3.03%
priča priču	1.3%	6.73%
objašnjava šta radi u vezi sa svojim problemom	0.0%	4.04%
odgovara na pitanje pre nego što ga sasluša	0.0%	3.37%
iznosi sopstveno mišljenje	0.0%	5.39%
otpočinje ili nastavlja fatičku razmenu	0.0%	1.68%
iznosi određeni podatak	0.0%	2.36%
zahteva nešto od lekara	0.0%	1.01%
koristi glasnu pauzu (smeh)	0.0%	1.01%
koristi pauzu	1.3%	0.0%

### **3.7. Treći turnus – *acknowledgements* i *assessments***

U engleskom i srpskom korpusu pokušali smo da pronađemo i prebrojimo sve primere upotrebe trećeg turnusa, kao i potvrda (*acknowledgements*) i procena (*assessments*) korišćenih u okviru trećeg turnusa, od strane lekara i pacijenta. Navešćemo različite partikule koje se u tu svrhu koriste i razmotriti njihova značenja, kao i u kojim delovima medicinskog susreta nailazimo na upotrebu trećeg turnusa i koliko se dobijeni rezultati podudaraju sa rezultatima dobijenim u ranijim istraživanjima.

### 3.7.1. Treći turnus u engleskom korpusu

U razgovorima koji čine engleski korpus treći turnus se javlja ukupno 160 puta, što je u proseku 8.4 puta po razgovoru. Pri tome lekari su koristili treći turnus 122 puta (76%), a pacijenti 38 puta (24%), od čega njihovi pratioci 10 puta.

#### 3.7.1.1. Potvrde

Kao što su i druga istraživanja pokazala, u okviru trećeg turnusa mnogo češće se sreću potvrde nego procene, kako kod lekara tako i kod pacijenata. I jedni i drugi su povremeno koristili i do tri različite partikule u obliku potvrde u okviru jednog turnusa, te su lekari upotrebili ukupno 117 potvrda, a pacijenti 52. Lekari su najčešće koristili minimalne response *ok* (54 puta), *yeah* (13 puta) i *mhm* (11 puta). Partikulu *oh* su upotrebili čak 9 puta, minimalni respons *mmm-hmm* 7 puta, *uh-huh* 5 puta, a *mmh-hmh* 4 puta. 3 puta su upotrebili dvostruko *ok* razdvojeno pauzom, po 2 puta *all right*, *right* i *mmm*, a po jednom *good*, *ah-hah*, *uhh*, *sure*, *I see* (Primer 209). Pacijenti su takođe najčešće koristili *ok* (21 put), zatim *mmh-hmh* (7 puta) i *yeah* (6 puta). Po 4 puta upotrebili su partikulu *oh* i *all right*, 3 puta *mmm-hmm* i *uh-huh*, a po 2 puta *mmm* i *right* (Primer 210).

Primer 209:

D: [...] And: no swelling? Does it get ((XXX)) on you? Does it pop out?  
P: It doesn't pop out.  
D: All right. Do you drop things? Dropping coffee cups?  
P: No, no, no. What I feel is ((XXX)).  
D: OK. Um: pins and needles, where?  
P: They are very RARE  
D: OK (.) OK [...]

(ES 1)

U ovom primeru opažamo da lekar koristi treći turnus čak tri puta za redom i svaki otvara potvrdom. Reč je o standardnoj konstrukciji razgovora (pitanje – odgovor – komentar, iza čega dolazi novo pitanje koje najavljuje novi ciklus), a jasno je da se radi o uzimanju anamneze, tj. o centralnom delu razgovora u kojem lekar pokušava da prikupi što više informacija od pacijenta uz pomoć kratkih i preciznih pitanja. Nakon što pacijent odrično odgovori na prvo lekarovo pitanje, lekar minimalnim responsom *all right* potvrđuje da je primio informaciju, a potom postavlja naredno pitanje. Pacijent ponovo odrično odgovara (ovoga puta naglašeno, pošto koristi odričnu rečcu čak tri puta u nizu) i pokušava da objasni šta oseća (*What I feel is...*). Lekar minimalnim

responsom *ok* potvrđuje da je razumeo šta je pacijent želeo da kaže i u nastavku proširuje pitanje (pretpostavljamo da je pacijent u nerazumljivom delu svog odgovora pomenuo nešto nalik na *pins and needles* pa lekar zato u nastavku postavlja baš ovo pitanje). Pacijent u odgovoru navodi da to retko oseća, a posebno naglašava reč *rare* koju izgovara glasnije od ostatka iskaza. Lekar ovoga puta reaguje potvrdom u vidu dvostrukog *ok* koje razdvaja pauzom, a sa ciljem da pacijentu pokaže da je čuo i razumeo sve što mu je do tada rekao, a možda i da naglasi da jednu celinu unutar razgovora privodi kraju.

Primer 210:

P: [...] And walking will not bother me?

D: Well, walking probably won't bother you as much as squatting, bending

P: OK.

(ES 7)

U ovom slučaju pacijent započinje sled svojim pitanjem u vidu intonacionog upitnog iskaza. Iako je pitanje negativno polarizovano, dakle predviđa negativan odgovor, od lekara, umesto kratkog odgovora, pacijent dobija donekle nesiguran odgovor (lekar otvara iskaz partikulom *well*, a zatim u nastavku koristi i prilog *probably* koji ukazuje na to da lekar ne može sa sigurnošću da kaže šta će se događati). Ipak, bez obzira na činjenicu da nije dobio potpuno precizan odgovor kakav je očekivao, pacijent u trećem turnusu koristi potvrdu *ok* kojom pokazuje i da je razumeo šta je lekar želeo da mu kaže i da je spreman da pređe na naredni segment razgovora.

### 3.7.1.2. Procene

Iako znatno ređe od potvrda, i lekari i pacijenti koristili su i procene u okviru trećeg turnusa, pri čemu su ih lekari upotrebili ukupno 24 puta, a pacijenti 5 puta. U poređenju sa potvrdama, gde su i lekari i pacijenti pribegavali određenom broju minimalnih responsa koji se uobičajeno koriste u takvim prilikama, upotrebljene procene su znatno raznovrsnije. Lekari su po 4 puta upotrebili *good* i *that's good*, a pored toga u korpusu smo naišli i na sledeće izraze: *good point, that hurts a lot, that's a good possibility, pretty good, that's the worst, you've got a difficult problem, that's right, that's a good thought, that's better, better, that's ok, nice, great, no kidding, oh for heaven sakes, very good*. Pacijenti su u cilju procene koristili sledeće izraze: *good Lord, lucky me, that's not so cool, poor guy, (he's got) damn long johns (on)*. Ukoliko se poslužimo ten Haveovom (1991: 151) klasifikacijom situacija u kojima se koriste

procene, lekari su se najčešće služili procenama u okviru razgovora o glavnoj temi posete (14 puta) (Primer 211), ređe u okviru razgovora o nekoj od medicinskih tema izvan glavne agende (6 puta) (Primer 212) i za vreme ćaskanja ili fatičke razmene (3 puta) (Primer 213), a samo jednom na specifičan način, u razgovoru sa starijim licem (Primer 214). Pacijenti su po 2 puta upotreбили procenu u okviru razgovora o glavnoj temi (Primer 215) i tokom razgovora na neku od medicinskih tema izvan glavne agende (Primer 216), a jednom za vreme fatičke razmene (Primer 217).

**Primer 211:**

D: Why don't you lie back? Do you feel like you're breathing okay?  
P: Yeah, fine.  
D: Great.

(ES 12)

Ovde je reč o segmentu razgovora koji se odvija tokom fizičkog pregleda pacijenta. Lekar otvara sled retoričkim pitanjem (*Why don't you lie back?*), a potom postavlja i pitanje sa da/ne odgovorom na koje očekuje precizan odgovor. Pacijent odgovara potvrdno, a lekar se potom u okviru trećeg turnusa odlučuje za procenu *great* umesto potvrde. Ovakvom procenom on istovremeno pokazuje pacijentu da je čuo šta mu je rekao i ističe svoje zadovoljstvo povodom pozitivnog odgovora koji je dobio od pacijenta.

**Primer 212:**

D: [...] Would you feel more comfortable coming back in one month?  
P: Yeah, let's do one/let's do a month. 'Cause at the same time (.) a lot of things are happening. Uh (.) my probation is lapsing uh/you know, we're chan/changing the supervision of the/the Antabuse more or less  
D: That's right. You bet. Oh that's a good thought.

(EIM 1)

Ovde je reč o završnom delu razgovora gde lekar zakazuje pacijentu naredni susret, time mu stavljajući do znanja da se razgovor bliži kraju. Nakon što primeti da pacijent nije zadovoljan vremenskim razmakom koji je imao na umu (deo razgovora koji nije naveden u primeru), lekar mu nudi da dođe ranije. Pacijent se slaže sa ovim predlogom, a zatim objašnjava zašto misli da je to dobra ideja. Ovo njegovo objašnjenje pomalo skreće sa glavne teme (doziranje određenog leka), jer navodi i neke druge teme koje se tiču njegovog odvikavanja od alkohola, ali nisu u direktnoj vezi sa glavnom agendom tog konkretnog susreta. Nakon pacijentovog odgovora, lekar koristi trostruku

procenu (*that's right, you bet, oh that's a good thought*) u okviru trećeg turnusa koja ima za cilj da pacijentu pruži podršku. Sve tri procene su izuzetno pozitivne, ohrabrujuće, podržavajuće, pa je jasno da je lekaru stalo da pacijent oseti njegovu podršku.

Primer 213:

D: How you doing James?

P: Well I'm still alive

D: Gee that's/that's a really good sign[...]

(EIM 5)

U ovom primeru reč je o fatičkoj razmeni u okviru otvaranja razgovora. Lekar otvara sled pitanjem koje se smatra standardnim u fazi otvaranja razgovora, ali pacijent umesto davanja tipiziranog odgovora odlučuje da se našali (*Well, I'm still alive*). Stoga i lekar na sličan način koristi svoj treći turnus – služi se šaljivom procenom koja zapravo ima za cilj da podrži šaljiv ton koji je nametnuo pacijent. Iako izraz *that's a really good sign* pod drugačijim okolnostima može da bude i sasvim ozbiljna pozitivna procena, način na koji je lekar uvodi (*gee*) ukazuje na to da ni on nije ozbiljan već samo prati pacijenta.

Primer 214:

D: [...]You a little slower these days

P: Oh yeah, I'm gettin' slower and slower

D: Oh for heaven sakes (.) for heaven sakes. How is your eating?

(EIM 2)

Ovo je jedini primer u korpusu gde lekar na poseban način razgovara sa starijim pacijentom, dakle sa sagovornikom kakvog ten Have (1991: 156) smešta u posebnu kategoriju, zajedno sa decom. Lekar se najpre obraća pacijentu više konstatacijom nego pitanjem (*You a little slower these days*). Pacijent prihvata konstataciju i svojim iskazom pokazuje da se slaže sa lekarovom ocenom njegovog stanja. Lekar potom koristi treći turnus na veoma neobičan način – zapravo, zbog procene za koju se odlučio (*for heaven sakes*), koja zvuči donekle dramatično, stiče se utisak da se obraća malom detetu, a ne odrasloj osobi, što svakako pokazuje kakav odnos ovaj lekar ima prema starijim pacijentima. Izabravši ovakvu procenu, lekar je verovatno želeo da pokaže empatiju i činjenicu da saoseća sa pacijentom zbog pogoršanja njegovog stanja, ali je to svakako učinio drugačije nego što bi to bio slučaj da je njegov sagovornik neki mlađi pacijent u punoj snazi.

Primer 215:

- P: [...] What if we discovered it earlier? If I discovered it 10 years ago?  
D: Who knows? /.../ You need special views to see things. And this/this just highlights things, this is an impressive X-ray. That's world class.  
P: Lucky me ((laughing))

(ES 3)

U ovom primeru pacijent otvara sled postavljanjem pitanja u okviru glavne agende. On se raspituje šta bi se dogodilo da je njegova bolest ranije otkrivena i zapravo želi da sazna da li bi to donekle promenilo njegovo trenutno stanje. Lekar najpre odgovara veoma neodređeno, stavljajući pacijentu do znanja da mu ne može dati precizan odgovor na postavljeno pitanje, a onda objašnjava zašto bi pacijent trebalo da pristane na rentgentsko snimanje, hvaleći novu tehnologiju. Pacijent reaguje upotrebom trećeg turnusa i izborom procene *lucky me*. Jasno je da je zaporavo reč o šaljivoj ili pak ironičnoj proceni, koju je pacijent propratio smehom.

Primer 216:

- P: [...] That's what I wanted to talk to you about today. Just the way it is now, I'd wait to pick up really badly.  
D: Yeah. You're not gonna lose anything and you should do flexing exercises.  
P: That's not so cool.

(ES 7)

U ovom slučaju pacijent postavlja pitanje tako što zapravo najavljuje novu temu ili podtemu koja nije direktno povezana sa glavnim agendom. Pacijent iznosi i svoje mišljenje o koracima koje treba preduzeti, a lekar podržava takav njegov stav i dodaje jedan savet u vezi sa vežbama koje treba da radi. Pacijent u trećem turnusu reaguje upravo na taj deo lekarove replike koji se odnosi na vežbe – on na polušaljiv i dosta neformalan način stavlja lekaru do znanja da nije neki ljubitelj tog vida rekreacije (*That's not so cool*).

Primer 217:

- P: [...] Did you put Mike's ((XXX)) back together?  
D: Yeah, yeah.  
P: Oh, poor guy [...]

(ES 6)

U ovom slučaju pacijent započinje fatičku razmenu tako što lekaru postavlja pitanje u vezi sa osobom koju obojica poznaju. Lekar potvrđuje da pacijent ima tačne

informacije, a pacijent zatim koristi treći turnus kako bi izrekao procenu koja se odnosi na tu treću osobu o kojoj razgovaraju (*Oh, poor guy*).

### 3.7.1.3. Upotreba partikule *oh*

Naveli smo već da su lekari upotrebili partikulu *oh* čak 9 puta (Primer 218), što je približnije rezultatima koje je dobio ten Have (1991: 149-152) u svom istraživanju, nego zapažanjima Heritidža (Heritage 1984b, 2005) i drugih autora koji su tvrdili da lekari ovu partikulu veoma retko koriste jer njenom upotrebom mogu da pošalju pacijentu pogrešnu poruku. Smatramo da je lekari u ovom korpusu nisu koristili kako bi pacijentu stavili do znanja da nisu očekivali njegovo pitanje ili da je pitanje neobično, osim možda u jednom slučaju (Primer 219). U ostalim slučajevima lekari ovu partikulu jednostavno koriste kao reakciju i verovatno, kao i u slučaju ten Haveovog holandskog korpusa<sup>79</sup>, u skladu sa nešto neformalnijm pristupom pacijentima od onoga na koji su nailazili drugi autori u ranijim istraživanjima. Osim toga, iako ten Have, pozivajući se na svoje i neka ranija istraživanja, navodi da pacijenti veoma često koriste partikulu *oh* kao reakciju na neko lekarovo objašnjenje ili izjavu, ovde smo na to naišli svega 4 puta u svih 19 razgovora. Dakle, više puta su partikulu *oh* u okviru trećeg turnusa upotrebili lekari nego pacijenti, što nije u skladu sa rezultatima dobijenim u prethodnim istraživanjima.

Primer 218:

D: Did you have any rehab last time? Did you have it at Mercy?  
P: No: there was a floor where:  
D: Oh. Skill nursing.

(ES 8)

Na lekarovo restriktivno pitanje sa da/ne odgovorom pacijentkinja pored odričnog odgovora nudi i objašnjenje koje ne dovršava. Lekarovo *oh* kojim otvara treći turnus zapravo znači da se setio na šta to pacijentkinja misli, pa joj u nastavku nudi odgovor kojeg sama očito nije mogla da se seti. Dakle, lekar nije imao nameru da se čudi pacijentkinjinom odgovoru ili da ukaže na to da sa njim nešto nije u redu, već je reč o njegovoj spontanoj reakciji u trenutku kada je u pacijentkinjinom nemuštom objašnjenju prepoznao o čemu je zapravo reč.

---

<sup>79</sup>Vidi 2.5.7.2.

Primer 219:

D: How was your weekend?  
P: Okay. How was yours?  
D: Oh

(EIM 4)

U ovom primeru čini se da lekarka zaista koristi partikulu *oh* onako kako je to naveo Heritidž (Heritage 2005: 127) kao znak da je iznenađena pitanjem ili da ga nije očekivala. Lekarka otvara sled pitanjem sasvim uobičajenim za fatičku razmenu u fazi otvaranja razgovora, ali pacijent pored odgovora postavlja i kontra-pitanje. Pre nego što odgovori na postavljeno pitanje, lekarka najpre trećim turnusom koji se sastoji samo od partikule *oh* pokazuje iznenađenost i zatečenost.

#### 3.7.1.4. Upotreba partikule *ok*

Kada je reč o partikuli *ok*, jasno je da je to najčešće korišćen minimalni respons od svih, i od strane lekara (Primer 220) i od strane pacijenata (Primer 221). Primećujemo da lekari koriste *ok* u skladu sa Bičovim (Beach 1995) zaključcima<sup>80</sup>, tj. u skladu sa svakom pojedinačnom situacijom, i da svakako ne vode računa o tome da li će njegovom upotrebom pacijentu poslati neku pogrešnu ili dvosmislenu poruku. Takođe, nismo primetili ni u jednom primeru razgovora da su pacijenti pogrešno protumačili lekarovu upotrebu ove partikule.

Primer 220:

D: Are you taking any medicine for the shoulder now?  
P: No.  
D: OK (.) Let's have you stand up here for me [...]

(ES 6)

Lekar otvara sled postavljanjem pitanja sa da/ne odgovorom i na njega dobija precizan, odričan odgovor. Svojim minimalnim responsom *ok* u trećem turnusu lekar pokazuje da je razumeo ono što mu je pacijent prethodno rekao i da nastavlja dalje. Dakle, partikula *ok* ima značenje potvrde, a ne procene i lekaru služi kao most ka narednom delu susreta, tj. fizičkom pregledu.

Primer 221:

P: Uh (.) now you would do the/the cleaning up and the reconstruction all at the same time?

---

<sup>80</sup>Vidi 2.5.7.2



D: Yes  
P: Okay.

(ES 13)

U ovom primeru pacijent želi da sazna od lekara šta bi uradio u vezi sa njegovim problemom, a to čini upotrebom intonacionog upitnog iskaza. Lekar daje kratak potvrđan odgovor, a pacijent se služi trećim turnusom i potvrdom *okay* kako bi lekaru stavio do znanja da je razumeo ono što mu je rekao.

### 3.7.2. Treći turnus u srpskom korpusu

U razgovorima iz srpskog korpusa treći turnus se javlja ukupno 264 puta, što je u proseku 2.4 puta po razgovoru (a što je čak 3.5 puta ređe u odnosu na razgovore iz engleskog korpusa). Lekari su koristili treći turnus 224 puta (85%), a pacijenti 40 puta (15%), od čega njihovi pratioci 6 puta. Treći turnus se najčešće javlja u razgovorima sa psihijatrom (u proseku 5.3 puta po razgovoru) i u razgovorima sa kardiologom (u proseku 3.8 puta po susretu), a najređe je korišćen u razgovorima sa pedijatrom (u proseku 1.8 puta po razgovoru) i razgovorima sa pulmologom (u proseku 2 puta po susretu). U razgovorima iz svih oblasti pacijent je mnogo ređe koristio treći turnus u odnosu na lekara, a samo u oblasti psihijatrije nije zabeležen ni jedan treći turnus od strane pacijenta.

#### 3.7.2.1. Potvrde

Baš kao i u engleskom korpusu, u okviru trećeg turnusa mnogo se češće sreću potvrde nego procene, i kod lekara i kod pacijenata. I ovde su, kao i u engleskom korpusu, i jedni i drugi često koristili više od jedne partikule u vidu potvrde u okviru istog turnusa, pa su tako lekari izgovorili ukupno 212 potvrda, a pacijenti 40.

Lekari su u vidu potvrde najčešće koristili minimalne response *dobro* (čak 99 puta), *mhm* (44 puta), *a-ha* (26 puta) i *da* (17 puta). Partikulu *a* kao potvrdu koristili su ukupno 5 puta, po 2 puta u tu svrhu upotreбили su partikulu *ok*, zatim *dobro dobro* i *pa dobro*, dok su po jednom upotreabili i partikulu *e*, zatim *važi*, *tako*, *tako je* i *uhhh* (Primer 222). Pacijenti su takođe najčešće koristili minimalni respons *dobro* (13 puta), zatim *da* (5 puta) i *da*, *da* i *važi* (po 4 puta). Po 3 puta upotreabili su minimalne response *ok* i *mhm*, 2 puta *a-ha* i po jednom *razumem*, *dobro dobro*, *a dobro*, *pa dobro* i *u redu* (Primer 223).

Primer 222:

- L: [...] Znači, tegobe su intenzivnije noću?  
P: Da. Noću me probudi kašalj, stezanje, ne mogu da dođem do daha:  
L: Mhm. (..) A da li vam neko kaže da hrčete?  
P: Mmmm. Moja bivša devojka je znala da kaže ako ne zaspi pre mene, posle vrlo teško  
L: A-ha. Dobro. Uđite ovde, skinite se do pola [...]

(SPUL 17)

U ovom primeru opažamo da lekar u okviru jednog sleda koristi treći turnus čak dva puta. On otvara sled intonacionim upitnim iskazom koje ima za cilj da proveri informaciju koju mu je pacijent dao u prethodnom segmentu razgovora, te lekar od pacijenta očekuje potvrđan odgovor. Pacijent u okviru svog turnusa daje očekivani potvrđni odgovor iza kojeg sledi detaljnije navođenje tegoba. Lekar u okviru trećeg turnusa reaguje partikulom *mhm* kojom pacijentu pokazuje da ga pažljivo sluša, a onda nakon kraće pauze prelazi na novo pitanje. Nakon pacijentovog odgovora lekar ponovo koristi treći turnus i čak dve potvrde. Pri tome potvrda *a-ha* pacijentu ponovo stavlja do znanja da ga je pažljivo saslušao i razumeo, dok *dobro* ima i ulogu mosta ka narednoj fazi susreta – lekar uz pomoć imperativa određuje pacijentu šta treba da uradi i time započinje fazu fizičkog pregleda.

Primer 223:

- P: [...]To je puls, je l' tako? Jane znam.  
L: Puls. Kad je puls između 55 i 65, to je dobra beta blokada. A vi umete da budete i preko 88 [...]Tako da ćete uzeti malu dozu beta blokade[...]  
P: Da, da.

(SKARD 14)

Ovde je pacijent taj koji svojim pitanjem upućenim lekaru otvara sled. On uz pomoć dopunskog pitanja traži potvrdu od lekara da je govorio o puls, jer očitno nije razumeo stručni termin koji je lekar prethodno upotrebio u objašnjenju. U nastavku svog doprinosa pravda se da ne poseduje tu vrstu znanja i time indirektno lekaru stavlja do znanja da nije medicinski obrazovan. Lekar u svom iskazu potvrđuje pacijentovu pretpostavku i pruža mu detaljnije objašnjenje u vezi sa očekivanim vrednostima pulsa. Zanimljivo je da se lekar i dalje služi stručnom terminologijom (*beta blokada*) iako mu je pacijent otkrio da ga ne razume baš najbolje. Ipak, ovog puta pacijent u okviru trećeg turnusa koristi potvrdu u vidu dvostrukog *da* kako bi pokazao lekaru da ga je sada dobro razumeo.

### 3.7.2.2. Procene

Pored potvrda, i lekari i pacijenti služili su se i procenama u okviru trećeg turnusa, ali приметно ređe u odnosu na potvrde, baš kao i u engleskom korpusu. Lekari su procenu upotreбили ukupno 25 puta (što je u proseku svega 0.23 puta po razgovoru u odnosu na 1.4 puta po razgovoru iz engleskog korpusa), a pacijenti svega 3 puta (u proseku 0.03 puta po razgovoru u odnosu na 0.3 puta po razgovoru iz engleskog korpusa). Kao i u razgovorima iz engleskog korpusa, izgovorene procene su daleko raznovrsnije nego potvrde. Lekari su 4 puta upotreбили partikulu *dobro* u vidu procene, 2 puta izraz *to je najvažnije*, a između ostalih, u korpusu smo naišli i na sledeće izraze: *super, divno, sjajno, lepo, e bravo, odlično odlično, moguće, pa to je dobro, pa to je nemoguće, hvala Bogu*, itd. Pacijenti su u cilju davanja procene koristili sledeće izraze: *nije strašno, pa nije lepo* i *to je osnovno*. Prema ten Haveovoj (1991: 151) klasifikaciji situacija u kojima se koriste procene, lekari su se, kao i njihove kolege iz engleskog korpusa, najčešće služili procenama u okviru razgovora o glavnoj temi susreta (13 puta) (Primer 224), a ređe za vreme ćaskanja (7 puta) (Primer 225) i u okviru razgovora o nekoj od medicinskih tema izvan glavne agende (4 puta) (Primer 226). Procena je samo jednom upotrebljena na specifičan način, u razgovoru sa detetom, i to od strane pedijatra (Primer 227). Pacijenti su 2 puta upotreбили procenu u razgovoru na neku od medicinskih tema izvan glavne agende (Primer 228), a jednom u okviru razgovora o glavnoj temi (Primer 229).

Primer 224:

L: [...] Praviš krug okolo↑

P: Skroz okolo pravim. Znači, to je negde 4 km otprilike//

L: // E bravo [...]

(SKARD 4)

Ovde je reč o fazi razgovora u kojoj lekar pacijentu postavlja pitanja u nizu pokušavajući da dođe do što većeg broja informacija. Radi se o glavnoj temi razgovora, jer je pacijent došao na kontrolni pregled, pa lekar svoja pitanja usmerava ka fizičkoj sposobnosti pacijenta nakon operacije i oporavka. Lekar započinje sled intonacionim upitnim iskazom, a od pacijenta dobija potvrđan odgovor i dodatno pojašnjenje o kilometraži koju pređe šetajući. On potom u okviru trećeg turnusa koristi procenu *e bravo* kojom dodatno hrabri pacijenta, ali ujedno pokazuje i zadovoljstvo zbog njegovog napretka.

Primer 225:

O=otac pacijentkinje

L: [...] Gde putujete?

O: Idemo u Francusku, Belgiju i Holandiju.

L: Divno.

(SPED 11)

U ovom primeru reč je o uvodnom delu razgovora i fatičkoj razmeni između lekara i dugogodišnje pacijentkinje i njenog pratioca (oca). Nakon što je otac objavio da se spremaju za put pa su došli po nekakvu potvrdu, lekarka započinje fatičku razmenu kratkim posebnim (pronominalnim) pitanjem. Nakon očevog odgovora na postavljeno pitanje, lekarka se služi procenom *divno* u okviru trećeg turnusa. Ova procena zaokružuje fatičku razmenu, a lekarka njome istovremeno pruža podršku njihovoj nameri da otputuju, pokazuje zadovoljstvo usled odabrane destinacije i reaguje na kurtoazan način svojstven fatičkoj razmeni ovog tipa.

Primer 226:

L: [...] Pa, je l' vredi nešto?

P: Nemam pojma, ja sam u glavi rešio da ne pušim//

L: // To je najvažnije.

(SPUL 2)

Ovde lekar postavlja pacijentu pitanje koje se ne odnosi direktno na glavnu temu susreta, ali jeste medicinsko jer se tiče odvikavanja od pušenja i nikotinskih flastera koje pacijent u tu svrhu koristi. Lekar svoje pitanje formuliše na dosta neformalan način, a zbog partikule *nešto* koju koristi na kraju pitanje je polarizovano u negativnom smeru i stiče se utisak da lekar očekuje negativan odgovor i da pomenute flastere ne shvata previše ozbiljno. I pacijent daje dosta neformalan odgovor (*nemam pojma*). Potom lekar ipak pruža podršku pacijentu upotrebom procene u okviru trećeg turnusa. Iskazom *to je najvažnije* on mu stavlja do znanja da je na pravom putu i da treba da istraje u svojoj nameri da ostavi cigarete, bilo da su flasteri zaista efikasni ili je samo reč o autosugestiji i snazi volje.

Primer 227:

M=majka pacijentkinje

L: Dobar dan, gospođice. Gde ste vi stekli ovu šljivu? ((smeh))

M: ((smeh))

L: Baš je impozantna ((smeh)) [...]

(SPED 13)

Ovo je jedini primer u srpskom korpusu u kojem lekar koristi procenu na specifičan način, u razgovoru sa detetom. Reč je o samom otvaranju razgovora gde lekarka započinje sled pozdravom karakterističnim za pedijatriju (obraća se pacijentkinji koristeći titulu *gospođica*, iako je ta „gospođica” tek nešto malo starija od bebe). U nastavku svog doprinosa postavlja šaljivo pitanje koje je propratila smehom, na šta pacijentkinjina majka takođe reaguje smehom. Nakon toga lekarka koristi procenu u okviru trećeg turnusa koja se odnosi na *šljivu* (modricu) iz prvog turnusa. Izrečena procena je takođe šaljiva iako se na prvi pogled čini da je lekarka sasvim ozbiljna kada *šljivu* naziva *impozantnom*. Svojim trećim turnusom lekarka zaokružuje fatičku razmenu sa pacijentkinjom, a jasno je da je cilj trećeg turnusa, pa i celog sleda, opuštanje pacijentkinje i priprema za naredni, ozbiljniji, deo susreta i fizički pregled kroz koji će morati da prođe.

Primer 228:

P: [...] Ali ja volim, evo jutros kafa, espresso. I sad, kako?

L: Pa lepo.

P: Pa nije lepo.

(SORL 5)

Ovaj sled otvara pacijentkinja najpre konstatacijom, a onda i pitanjem u vezi sa jednom od tema izvan glavne agende. Reč je o cigaretama koje nikako ne može da ostavi, iako puši retko i po malo. Pitanje koje ona postavlja lekaru je više retoričko, ona ne očekuje odgovor, ali ga ipak dobija. Lekarov odgovor je lakonski, ne nudi konkretno rešenje, već stavlja pacijentkinji do znanja da je potrebno da jednostavno reši da se oslobodi svoje navike i da to ne bi trebalo da bude preterano teško. U okviru trećeg turnusa, pacijentkinja reaguje upravo na lekarov odgovor procenom koja se direktno suprotstavlja njegovoj prethodnoj konstataciji. Time mu stavlja do znanja da je ostavljanje poroka težak zadatak, jer ona u tome uživa i ne smatra da je život bez cigareta lep.

Primer 229:

M=majka pacijenta

M: [...] Znači, premažu. To je neki zaštitni sloj↑

L: Da, nekom četkicom namažu zubiće.

M: Nije strašno.

(SPED 30)

Ovde majka kao treće lice koje prisustvuje razgovoru lekara i maloletnog pacijenta postavlja pitanje u okviru glavne teme. Reč je o uputu za stomatologa koji treba da zaštiti zube deteta. Ona pokušava da sazna o čemu je tačno reč, pa postavlja lekarki pitanje u vidu intonacionog upitnog iskaza. Lekarka potvrđuje njenu pretpostavku i dodaje nove detalje, nakon čega majka koristi procenu unutar trećeg turnusa kojom reaguje na lekarkino objašnjenje. Njena procena *nije strašno* pokazuje da je lekarka uspeła da je razuveri i da je verovatno prethodno mislila da se radi o komplikovanijoj proceduri.

### 3.7.2.3. Upotreba partikule *dobro*

U srpskom korpusu partikula *oh* nije upotrebljena ni jednom, niti joj je bilo koja korišćena partikula slična po upotrebi i značenju. S druge strane, ono što je partikula *ok* u engleskom korpusu, to je *dobro* u srpskom korpusu. Ovu partikulu lekari najčešće koriste kako bi pacijentu stavili do znanja da su čuli i razumeli ono što im je govorio (Primer 230), kao što navodi Klikovac (2008a: 65), a pacijenti je takođe koriste kako bi lekaru pokazali da su sve shvatili (Primer 231). Partikulu *da* i jedni i drugi koriste na sličan način, ali znatno ređe nego *dobro*.

Primer 230:

L: [...] Je l' to nešto mesec dana, dva?

P: Ne dva, ne dva, desetak dana možda.

L: Dobro. Znači, to je bila jedna epizoda [...]

(SPSIH 1)

U ovom primeru lekar otvara sled pitanjem kojim od pacijenta pokušava da dobije precizniji odgovor. Pacijent u okviru svog turnusa daje odgovor kojim je lekar očito zadovoljan jer u okviru trećeg turnusa koristi potvrdu *dobro*. Ovo *dobro* znači da je čuo i razumeo pacijenta, ali i da želi da mu stavi do znanja da tu temu privodi kraju. Iza ove potvrde lekar sumira ono što je saznao od pacijenta da bi potom prešao na novo pitanje.

Primer 231:

P: [...] Ovde ćemo sad uraditi?

L: Pa, da l' ćemo danas to će da odrede kolege koje se time bave.

P: Dobro.

(SKARD 13)

Pacijent otvara sled pitanjem kojim proverava da li je dobro razumeo šta je potrebno da uradi i kada će to biti učinjeno. Lekar mu daje neodređen odgovor prebacujući odluku na kolege iz druge službe. Pacijent koristi potvrdu *dobro* u okviru trećeg turnusa, ne zato što je zadovoljan odgovorom ili činjenicom da možda neće toga dana moći sve da završi, već kako bi lekaru pokazao da ga je čuo i razumeo.

### 3.7.3. Zaključak

U engleskom korpusu treći turnus je upotrebljen ukupno 160 puta (što je u proseku čak 8.4 puta po razgovoru), dok je u srpskom korpusu upotrebljen 264 puta (što je svega 2.4 puta po razgovoru). I u jednom i u drugom korpusu treći turnus su znatno češće koristili lekari (76% od ukupnog broja trećih turnusa u engleskom korpusu i čak 85% u srpskom korpusu), pri čemu su u engleskom korpusu i lekari i pacijenti češće pribegavali upotrebi trećeg turnusa u odnosu na srpski korpus.

I u jednom i u drugom korpusu lekari i pacijenti su u okviru trećeg turnusa znatno češće izgovarali potvrde u odnosu na procene. Lekari iz engleskog korpusa izgovorili su ukupno 117 potvrda, a najčešće su koristili partikulu *ok*, zatim *yeah* i *mhm*, dok su lekari iz srpskog korpusa u tu svrhu najčešće izgovarali *dobro*, zatim *mhm*, *a-ha* i *da*, a upotrebili su ukupno 212 potvrda. Pacijenti u engleskom korpusu izgovorili su ukupno 52 potvrde, pri čemu su najviše puta upotrebili partikulu *ok*, dok su pacijenti u srpskom korpusu u tu svrhu najčešće govorili *dobro* a izgovorili su ukupno 40 potvrda u okviru trećeg turnusa.

U oba posmatrana korpusa lekari i pacijenti su u okviru trećeg turnusa koristili i procene, ali znatno ređe. Lekari iz engleskog korpusa upotrebili su procenu ukupno 27 puta ili 1.4 puta po razgovoru, dok su njihove kolege iz srpskog korpusa to učinile 25 puta ili svega 0.2 puta po susretu. Pacijenti iz engleskog korpusa izgovorili su ukupno 5 procena što je u proseku 0.3 puta po razgovoru, dok su pacijenti iz srpskog korpusa izgovorili svega 3 procene u 110 razgovora ili 0.03 procene po susretu. I u jednom i u drugom korpusu korišćene su raznovrsne procene. Jedine procene koje su se u engleskom korpusu javile više od jednog puta su *good* i *that's good* (svaka po 4 puta), a u srpskom korpusu *dobro* (4 puta) i *to je najvažnije* (2 puta), a sve su korišćene od strane lekara.

Kada je reč o prilikama u kojima su lekari koristili procene prema ranije navedenoj ten Haveovoj (1991: 149-161) klasifikaciji, rezultati su prikazani u Tabeli 7.

**Tabela 7: Situacije u kojima su lekari koristili procene u okviru trećeg turnusa u engleskom i srpskom korpusu**

SITUACIJE U KOJIMA SU LEKARI KORISTILI PROCENE	ENGLESKI KORPUS	SRPSKI KORPUS
glavna tema susreta	63%	52%
medicinska tema izvan glavne agende	22%	16%
fatička razmena	11%	28%
razgovor sa starijom osobom/detetom	4%	4%

Dakle, lekari iz oba korpusa najčešće su koristili procene u okviru razgovora o glavnoj temi susreta, dok su samo po jednom to učinili u okviru specifičnog razgovora koji su vodili sa starijom osobom (engleski korpus) ili detetom (srpski korpus). Ono po čemu se razlikuju jeste da su lekari iz engleskog korpusa češće koristili procene u okviru razgovora na neku od medicinskih tema izvan glavne agende, dok su lekari iz srpskog korpusa to češće činili u okviru fatičke razmene.

Za prilike u kojima su pacijenti koristili procene prema ten Haveovoj klasifikaciji, rezultati su prikazani u Tabeli 8.

**Tabela 8: Situacije u kojima su pacijenti koristili procene u okviru trećeg turnusa u engleskom i srpskom korpusu**

SITUACIJE U KOJIMA SU PACIJENTI KORISTILI PROCENE	ENGLESKI KORPUS	SRPSKI KORPUS
glavna tema susreta	40%	33%
medicinska tema izvan glavne agende	40%	67%
fatička razmena	20%	0%

Dakle, osim toga što su pacijenti iz engleskog korpusa nešto češće koristili procene u okviru trećeg turnusa, pacijenti iz srpskog korpusa su to češće činili u okviru razgovora na neku od tema izvan glavne agende nego u okviru glavne teme razgovora, dok za vreme fatičke razmene to nisu učinili ni jednom.

U okviru engleskog korpusa posebnu pažnju posvetili smo partikuli *oh* koju su lekari upotreбили čak 9 puta. Na osnovu dobijenih rezultata, složili smo se sa ten Haveovim (1991: 163) mišljenjem i zaključili da se ona relativno često javlja zbog toga što se lekari obraćaju pacijentima dosta neformalno, kao i da njena upotreba ne šalje pacijentu poruku da sa njegovim pitanjem nešto nije u redu, osim eventualno u jednom slučaju (koji smo u primeru naveli). Za razliku od prethodnih istraživanja čiji su rezultati pokazali da pacijenti čak veoma često koriste partikulu *oh* u okviru trećeg turnusa, u našem korpusu naišli smo na ovaj minimalni respons svega 4 puta, te su



lekari zapravo češće koristili ovu partikulu od pacijenata što nije u skladu sa rezultatima prethodnih istraživanja. Kako je reč o veoma specifičnoj potvrdi, u srpskom korpusu je ne nalazimo ni jednom, a nismo uspeali da pronađemo ni neku potvrdu koja bi joj po značenju odgovarala.

Takođe smo zaključili da partikulu *ok*, koja je u engleskom korpusu korišćena u vidu potvrde mnogo češće od svih drugih, lekari u engleskom korpusu koriste po automatizmu, ne razmišljajući o tome da li će njenom upotrebom pacijentu poslati neku pogrešnu poruku. Na veoma sličan način u srpskom korpusu je korišćen minimalni respons *dobro* i znatno ređe partikula *da*.

### **3.8. Izbor gramatičkih lica i nivo formalnosti govora**

U oba posmatrana korpusa pronašli smo primere formalnog i neformalnog izražavanja oba sagovornika, kao i primere upotrebe različitih gramatičkih lica kojima se lekar i pacijent služe da označe sebe, sebe i svog sagovornika ili nekog trećeg.

#### **3.8.1. Izbor gramatičkih lica i nivo formalnosti u engleskom korpusu**

Kada je reč o lekarima iz engleskog korpusa, pored očekivanog 2. lica pri postavljanju pitanja, pronašli smo i primere upotrebe svih ostalih lica – 1. lica jednine i množine, 3. lica jednine i množine i bezličnog oblika.

##### **3.8.1.1. Kako lekar upotrebljava gramatička lica**

U slučaju 1. lica jednine, rezultati se podudaraju sa zaključcima koje je izvela Klikovac (2008a: 55-56) ) na osnovu svoje analize. Naime, osim toga što ovim licem označava sebe, lekar ga koristi kako bi istakao određene aktivnosti koje sâm preuzima ili savetuje pacijentu (Primer 232) kao i svoju aktivnu percepciju (Primer 233). Između ostalih, sreću se sledeće kombinacije 1. lica jednine i glagola: *I would like, I've anticipated, I suspect, I would consider, I'll see you (in a month), I'm surprised, I prefer, I'll have you read (this brochure)...*

Primer 232:

D: [...] So, I would anticipate that it's gonna (.) continue or progress at a fairly slow speed, okay. A slow rate. And it probably is never going to interfere with your life [...] How long has it been going like this? [...]  
P: I don't know [...]

(ES 11)

U ovom primeru lekar aktivno prognozira šta će se dalje događati sa pacijentovom bolešću. Upotrebom 1. lica jednine i glagola *anticipate* on naglašava činjenicu da kao predstavnik institucije i profesionalac ume da predvidi kako će se stvari razvijati. Izborom modalnog glagola *would* (*I would anticipate*) lekar donekle ublažava neminovnost izrečenog, ali iskaz i dalje zvuči autoritativno. Nakon što je izrekao prognozu, lekar odmah prelazi na naredno pitanje, ne ostavljajući pacijentu prostora da prokomentariše ono što je upravo čuo ili da se usprotivi.

Primer 233:

D: [...] I think you'll probably come for some kind of knee replacement.

P: You know, I really don't want to put my life in danger. [...]

(ES 7)

Ovde je reč o aktivnoj percepciji koja se ogleda u upotrebi glagola *misliti*. Korišćenjem 1. lica jednine i glagola *to think* lekar iznosi svoje mišljenje koje donekle ublažava izborom partikule *probably*. Kako lekar nagoveštava da postoji mogućnost operacije kolena, pacijentkinja reaguje iznošenjem ličnog stava koji zvuči konačno i nepokolebljivo (*I really don't want to put my life in danger.*). Dakle, moramo primetiti da ovde pacijent nije neko ko trpi radnju, već vrlo aktivno saopštava šta želi, odnosno ne želi.

Kada koristi 1. lice množine, lekar u najvećem broju slučajeva njime označava sebe i pacijenta u nekoj naizgled zajedničkoj aktivnosti (Primer 234), kao u sledećim slučajevima: *we'll have a Cortisone injection, we can think about surgery, we'll know (what it is), we've tried pills, we've taken things a bit further, we'll see what happened...* U manjem broju slučajeva ovom zamenicom označava sebe i druge lekare ili sebe u okviru institucije u kojoj radi (Primer 235).

Primer 234:

D: We need one special view and I think it will show us significant ((XXX)). [...] So, I feel that x-ray shows what I have anticipated and we'll have a Cortisone injection and we'll see ((XXX)). If the Cortisone injection eliminates the pain, then we'll know exactly [...] If we don't touch the pain, then we have to go with something else and rethink that. If the Cortisone does the job in two weeks than we can proceed. If it doesn't do the job, we can think about surgery.

P: OK [...]

(ES 1)

Upotrebom 1. lica množine u ovom primeru lekar označava sebe i pacijenta u aktivnostima koje su samo naizgled zajedničke jer je zapravo lekar taj koji ih sprovodi i o njima odlučuje. Na početku svog doprinosa lekar navodi da je neophodno napraviti rentgentski snimak i upotrebom 1. lica množine on naglašava da je snimak potreban njemu i pacijentu iako pacijent vrlo verovatno ne ume ni da pročita snimak (*We need one special view...*). Isti je slučaj i sa injekcijom kortizola, osim što aktivnost ovoga puta pripada pacijentu – on će primiti injekciju, a ne lekar (ili će, pak, lekar prepisati injekciju, sa čime pacijent nema nikakve veze, tako da aktivnost svakako nije zajednička). Lekar takođe navodi da će oni *videti (šta dalje), znati šta se tačno događa, morati da probaju nešto drugo, da će moći da nastave (sa terapijom) ili razmisle o operaciji*. U svim navedenim slučajevima, aktivnosti su isključivo lekarove, on je taj koji odlučuje koji koraci će biti preduzeti i koji procenjuje da li je nešto uspešno ili ne. U ovom turnusu lekar koristi 1. lice množine čak 9 puta, ali 3 puta upotrebljava i 1. lice jednine (jednom da označi aktivnost uz pomoć glagolato *anticipate* i dva puta da označi aktivnu percepciju glagolima *to think* i *to feel*). Razlog iz kojeg lekar na ovaj način uključuje pacijenta može imati veze sa pružanjem podrške, bodrenjem ili opuštanjem pacijenta, tako što mu na neki način stavlja do znanja da je uz njega u procesu oporavka ili da se i on pita kako će biti lečen. Ipak, moramo ostaviti prostora i mogućnosti na kojoj insistiraju Dru i Heritidž (Drew & Heritage 1992: 30) da u pojedinim slučajevima lekar koristi 1. lice množine da označi isključivo sebe kao predstavnika institucije; ovo je posebno moguće u narednim slučajevima: *we need (one special view), (it will show) us..., (then) we have to go with something else, (we have to) rethink (it), we can proceed*.

Primer 235:

D: We can do ((XXX)) with my partner dr /.../. He's doing this. And if we don't do anything in 3 months, I'm retiring in June ((laughing))

P: Oh

D: And I couldn't be doing a surgery then. But we can get you to see ((XXX)).

P: Mhm.

(ES 7)

U turnusu kojim otvara sled lekar navodi ime još jednog lekara, svog kolege koji bi mogao da pomogne pacijentu u vezi sa problemom koji ima. Prvim *we* koje upotrebljava lekar najverovatnije obuhvata sebe i pacijenta (*we can do...*), dok drugim označava sebe i drugog lekara (*if we don't do anything*). Pacijent odgovara minimalnim

responsom *oh* pokazujući iznenađenost vestima o lekarovom penzionisanju, a lekar u svom narednom turnusu ponovo koristi 1. lice množine kojim obuhvata sebe i pomenutog drugog lekara ili možda sebe i celu ordinaciju/kliniku koja stoji iz njega, a takođe je moguće i da misli samo na sebe kao predstavnika institucije, te umesto uobičajenog i očekivanog *I* koristi *we*.

Lekar se u nekoliko navrata služi i 3. licem. On u jednom slučaju 3. licem jednine označava pacijenta (Primer 236) dok 3. lice množine upotrebljava da označi druge lekare ili medicinsko osoblje, ali ne i sebe (Primer 237).

Primer 236:

D: [...] Can you hold it up this way? Hold it up, hold it up. Still weak?

P: Yeah.

D: OK. He still has weakness, but no pain [...]

(ES 4)

U primeru je naveden deo susreta u kojem lekar fizički pregleda pacijenta. Nakon uputstva kako da namesti ruku da bi izvršio pregled, lekar pacijentu postavlja eliptično pitanje (*Still weak?*) kojim pokušava da otkrije da li i dalje oseća slabost. Nakon što od pacijenta dobije potvrđan odgovor, lekar u trećem turnusu, nakon partikule *ok* kojom pacijentu stavlja do znanja da ga je čuo, koristi 3. lice jednine da bi opisao kako se pacijent oseća. Zamenicom *he* on očigledno označava pacijenta i govori o njemu kao da je odsutan, iako se zapravo obraća upravo njemu. Čitav iskaz zvuči kao rekapitulacija onoga što je saznao od pacijenta i iz obavljenog pregleda, ali nije jasno zašto se služi 3. licem jednine umesto 2. licem koje je takođe mogao da upotrebi u datoj situaciji. Stiče se utisak da je lekar ovaj iskaz izgovorio za sebe ili pak da govori u diktafon (pošto treće lice ne prisustvuje razgovoru).

Primer 237:

D: Well, we will write a prescription then for therapy and when you go there you'll tell me what they say, if they can work something out for you.

P: OK

(ES 6)

U ovom slučaju lekar najpre upotrebljava 1. lice množine kojim označava sebe i pacijenta (*we will write a prescription*) iako je aktivnost pisanja recepta naravno isključivo njegova. Takođe postoji mogućnost da je na ovaj način označio sebe kao predstavnika institucije. Nakon toga dva puta upotrebljava zamenicu za 3. lice množine kojom označava terapeute kojima namerava da pošalje pacijenta. On takođe pacijentu

stavlja do znanja da nije siguran koliko uspeha će imati ta fizikalna terapija, što pokazuje upućivanjem pacijenta da proveri sa terapeutima mogu li *nešto da smisle* (*work something out*).

Lekar ni jednom ne koristi bezličnu zamenicu za sva lica *one*, ali po jednom koristi oblik *some people* i zamenicu *you*, upravo sa takvim, bezličnim, značenjem (Primer 238).

Primer 238:

P: What if we discovered it earlier? [...]

D: Who knows? You need special views to see things. [...]

(ES 3)

Pacijent je taj koji svojim pitanjem otvara sled. Pokušava da sazna šta bi se dogodilo da su ranije otkrili problem zbog kojeg je došao na pregled. Lekar mu najpre odgovara krajnje neodređeno, lišavajući sebe bilo kakve odgovornosti (*Who knows?*), da bi potom upotrebio zamenicu za 2. lice koja u ovom slučaju znači *čovjek* ili *ljudi*, jer ne određuje nikoga posebno. Lekar pod time verovatno podrazumeva lekare, jer oni čitaju snimke, ali se ipak odlučuje za neodređen oblik.

### 3.8.1.2. Kako pacijent upotrebljava gramatička lica

Kada je reč o pacijentu, za razliku od razgovora koji je analizirala Klikovac (2008a: 57-58) gde pacijent upotrebljava 1. lice jednine isključivo da bi govorio o svojim osećanjima i osećajima, te nevoljnoj percepciji, ovde to nije slučaj (Primer 239). Naime, glagoli koje pacijent koristi uz 1. lice jednine često izražavaju aktivnost i aktivnu percepciju. *I think* se javlja čak 8 puta, a pored toga i *I can't prove*, *I'd hate (to do that again)*, *I guess*, *I'm finding now (that...)*, *I (don't) want*, *I don't notice it*, *I've decided*, *I'm not sure*.

Primer 239:

P: [...] There were times when I couldn't cross the parking lot. But these couple of days, I think it's going back to this/this: And now ((XXX)) seems to have stabilized. I'm not feeling great, but it doesn't get worse.

D: OK. We'll keep the stage on this plato and it could continue to get better. [...]

(ES 5)

U ovom primeru pacijentov govor ne pokazuje pasivnu percepciju, već on na veoma aktivan način iznosi svoje mišljenje. On najpre koristi glagol *to think* u njegovom punom značenju kako bi istakao da se polako vraća u prvobitno stanje (ova

pacijentova rečenica je nedovršena, ali iz prethodnog segmenta razgovora koji ovde nije prikazan jasno je o čemu govori). Pacijent zatim nastavlja da procenjuje svoje stanje i pri tome navodi kako se oseća (*I'm not feeling great, but it deasn't get worse*). Lekar minimalnim responsom *ok* poručuje pacijentu da razume šta želi da kaže ili pak da se slaže sa njegovim mišljenjem, a zatim koristi 1. lice množine kojim označava sebe i pacijenta kako bi mu saopštio da je potrebno zadržati njegovo stanje na trenutnom nivou i nadati se daljem poboljšanju.

Neočekivano, pacijent u nekoliko slučajeva koristi i 1. lice množine, kako bi označio sebe i lekara ili nekog drugog člana medicinskog osoblja (Primer 240).

Primer 240:

D: [...] But, OK, let's wait. You're back to normal.

P: ((laughs)) No, I'm not back to normal. But I'm hoping we can do something with physical therapy first↓

(ES 6)

U ovom primeru pacijent protivreči lekaru koji predlaže da sačekaju jer smatra da se pacijent vratio u normalu. Međutim, pacijent to negira, a potom koristi 1. lice množine kako bi izrazio nadu da je ipak moguće postići neke rezultate uz pomoć fizikalne terapije. Zamenicom *we* pacijent najverovatnije označava sebe i lekara, imajući u vidu da oni rade kao tim, a moguće je i da se zamenica odnosi na pacijenta i fizikalne terapeute (u slučaju da je terapija već otpočela).

U jednom slučaju pacijent koristi i 3. lice množine kojim označava druge lekare (Primer 241), kao i bezličan oblik *you* u značenju *čovjek* ili *svi ljudi* (Primer 242).

Primer 241:

DT= patient's daughter

D: Why is she on Cumarin all the time?

DT: I don't know. I/I don't understand that.

D: OK.

DT: What they told her is that she was diagnosed with ((XXX)). [...]

(ES 8)

U ovom slučaju lekar komunicira sa trećim licem koje prisustvuje razgovoru, pacijentkinjinom ćerkom. On otvara sled posebnim (pronominalnim) pitanjem u vezi sa lekom za razređivanje krvi koji pacijentkinja očito redovno uzima. Njegova sagovornica mu svojom replikom stavlja do znanja da ne zna o čemu je reč (*I don't know*) i da se slabo u to razume (*I don't understand that*). Nakon lekarovog ohrabrenja u vidu

minimalnog responsa *ok*, daje nešto potpuniji odgovor navodeći šta su joj *oni* rekli. *Oni* (*they*) su drugi lekari, kardiolozi, koji su joj prepisali trenutnu terapiju.

Primer 242:

P: [...] You know, my bedroom is upstairs and I try to stay down. But I gotta keep walking, you can't just sit.

D: No, you gotta keep walking[...]

(ES 7)

Ovde pacijentkinja navodi sa kakvim problemima se svakodnevno suočava pošto se teško kreće. Nakon što je navela određene činjenice u vezi sa svojom spavaćom sobom, ona uz upotrebu 1. lica jednine iznosi zaključak da je važno da nastavi da se kreće, a potom sa 1. lica jednine iznenada prelazi na 2. lice. Na ovaj način ona naglašava da je kretanje važno za ljude generalno, ne samo za nju, te da *čovjek* ne može samo sedeti. Iako je u ovom delu replike mogla da upotrebi i 1. lice jednine, na ovaj način je svojoj izjavi dala veći značaj. U svojoj replici lekar se slaže sa ovim stavom.

### 3.8.1.3. Koliko često pacijent izjavljuje da nešto ne zna

Kao i u razgovoru koji je analizirala Klikovac (2008a: 58-59), pacijent relativno često izjavljuje da nešto *ne zna* ili naglašava da ne poseduje određeno znanje (Primer 243). Čak 4 puta nailazimo na izjavu *I don't know*, a zatim i na: *I have no idea what it means* i *I don't understand that*.

Primer 243:

P: They gave me cortisone in the office.

D: Where? Where did they give you the injection?

P: I/I have no idea what it means//

D: //OK. This/this needs to be on the side of the area//

P: //OK

(ES 1)

Nakon pacijentove izjave da je prethodno već primio kortizon, lekar uz pomoć posebnog (pronominalnog) pitanja pokušava da sazna na kojem tačno mestu je primio injekciju. Pacijent u svome odgovoru okleva i nakon jednog pogrešnog starta izjavljuje da *nema pojma* šta to znači. *To* verovatno podrazumeva mesto na kojem se prima injekcija, a ovom svojom izjavom pacijent verovatno želi lekaru da poruči da mu te procedure nisu jasne. Lekar ga prekida upotrebom minimalnog responsa *ok*, a potom

pokušava da mu objasni (i verovatno demonstrira) kako bi to trebalo da izgleda. Pacijent prekida objašnjenje partikulom *ok* kojom lekaru pokazuje da ga je razumeo.

#### 3.8.1.4. Pokazatelji formalnog stila u govoru lekara

U engleskom korpusu nailazimo na dva pokazatelja formalnog stila pri obraćanju lekara pacijentu – upotrebu stručnih termina i strogo medicinskih objašnjenja (Primer 244), kao i upotrebu glagolskih imenica kada govori o bolesti ili problemu zbog kojeg pacijent dolazi na pregled, dakle njihovom „postvarivanju” (Primer 245). U razgovorima iz ovog korpusa lekari umereno često posežu za stručnim terminima, a između ostalih naišli smo na sledeće: *femur, tibia, patella, medial wall, atrial fibrillation, angiogram, hysterectomy, torsional straining, harvesting the graft, appendicitis...* Nismo opazili ni jedan pokušaj „prevođenja” laičkog izraza koji je pacijent upotrebio na stručni jezik.

Primer 244:

D: [...] This long after a previous injury there (.) some changes are inevitable. Especially with your anterior crucia being a little loose. So the decision on what we do if anything would be (.) to go in there and arthroscope the knee and just clean up all the (.) old and recent changes. And uh consideration of reconstructing the anterior cruciate ligament. That's done (.) pretty much as an arthroscopic technique now except for (.) taking the tendon graft. It's the central part of the (.) teller tendon, the tendon below the kneecap. And uh (..) long term that may be your best option [...]

P: Yeah.

(ES 13)

U ovom primeru lekar daje pacijentu stručno objašnjenje njegovog stanja. On se trudi da ne bude previše formalan i da objašnjenje artikuliše tako da ga pacijent razume (o čemu svedoče brojne kraće pauze i pokušaj da objasni šta je *teller tendon* i gde se nalazi), ali uprkos tome upotrebljava veliki broj stručnih termina – *anterior crucia* (modifikovan termin koji u punom obliku glasi *anterior cruciate ligament*), *to arthroscope, tendon graft, teller tendon*. Ipak, pacijent minimalnim responsom *yeah* signalizira lekaru da ga je razumeo.

Primer 245:

P: This knee seems to be more swollen.

D: There's some swelling here [...]

(ES 7)



Pacijent u svom turnusu skreće pažnju lekaru na to da mu je jedno koleno otečeno. Pri tome upotrebljava imenicu koleno(*knee*) i oblik pasivnog participa *swallen*. Lekar u svojoj replici daje pacijentu za pravo, potvrđujući njegovo opažanje, ali umesto upotrebljene pasivne konstrukcije služi se nominalizacijom - koristi *gerund* (glagolsku imenicu) *swelling*, koji mu omogućava da zaobiđe imenovanje bilo kog dela tela pacijenta i da tako postvari problem (Klikovac 2008a: 72–74) koji pacijent ima. Time pribegava administrativnom načinu izražavanja karakterističnom za institucionalnu komunikaciju.

### 3.8.1.5. Pokazatelji neformalnog stila u govoru lekara

Pokazatelji neformalnog stila u govoru lekara znatno su brojniji:

- a) sažimanje reči – *gotta* (=got to), *kinda* (=kind of), *wanna* (=want to), *how'y'doin'* (=how are you doing), *'cause* (=because), *'kay* (=okay), *oughta* (=ought to), *Nitro* (=Nitroglycerin), *gettin'* (=getting), *lookin'* (=looking), *how 'bout* (=how about), *lemme* (=let me), *'em* (=them) (Primer 246);
- b) nedovršene rečenice (Primer 247);
- c) upotreba ispunjivača – *I mean, you know* (Primer 248);
- d) upotreba familijarnih (neformalnih) reči i izraza – npr. *at this stage of the game, get rid of the pain, we're done, (if this) does the job, (if it) gives you any trouble, (my) God, sit tight, (a little bit of therapy is) the way to go, (I will) push the MRI, sort of, (it's not) my call, that's cool, put (your sobriety) on the line, break it loose, oh boy, ease up on (the salt), folks, gee, a hack of a lot (cheaper), no kidding, (let me) eyeball (this arm), (it is) a pain in the neck, yeah, get you hooked up with it* (Primer 249);
- e) upotreba neodređenih izraza – *(help you out with) stuff, (all this) stuff, (that sorta) stuff* (Primer 250);
- f) upotreba frazalnih glagola – npr. *cut back on (cigarettes), jump up (5 pounds), work it out, put on (a lot of water), figure out...* (Primer 251).

Primer 246:

D: [...] or if you wanna wait and sorta let me keep seeing you and see how things go and then decide or again this isn't something that has to be done soon, you could wait even months as long as you don't (.) tear the knee up any more [...]

P: Mmh-hmh

(ES 10)

U ovom primeru lekar dva puta koristi sažimanje – *wanna* umesto *want to* i *sorta* umesto *sort of*. Osim toga, sâm izbor izraza *sort of* je neformalan i ima više ulogu poštapalice nego izraza sa punim značenjem. Takođe, lekar koristi frazalni glagol *tear up* na kraju replike, što se takođe smatra manje formalnim stilom, kao i neodređeni izraz *to see how things go*.

Primer 247:

P: So, you say I need to stop playing tennis↑

D: Oh, I guarantee it, I guarantee it. This is not just 2 or 3 months. This would be a minimum of a couple of years, could be 5 or 10 years

P: Good Lord! ((laughs))

D: You can't just: This is not something you:

(ES 9)

Pacijent otvara sled svojim pitanjem u vidu intonacionog upitnog iskaza (*So, you say I need to stop playing tennis*↑). U pitanju je više konstatacija nego pitanje, koju lekar svojim turnusom potvrđuje, dodajući detaljnije objašnjenje. Nakon pacijentovog komentara iz kojeg je jasno da je zaprepašćen (*good Lord!*), lekar pokušava da mu objasni zašto to mora da bude tako, a pri tome započinje čak dve rečenice koje ostavlja nedovršenima (*You can't just:* i *This is not something you:*). To je još jedan od pokazatelja neformalnog stila kojem lekar pribegava verovatno tek da bi utešio pacijenta, a ne sa namerom da mu kaže nešto konkretno.

Primer 248:

D: All right, let's see. [...] Ouch! You've got a huge spur! Look at this thing. I mean, it's huge, it's at least 6-7 mm (.) that's HUGE [...]

P: Uh:

(ES 3)

U ovom primeru lekar gleda pacijentov rentgentski snimak kojim je očigledno veoma iznenađen. Iz konstrukcije cele replike jasno je da lekar ne može da prikrije svoju iznenađenost, koja čak povremeno podseća na ushićenje. Pokušavajući da objasni pacijentu šta ga to toliko fascinira, on koristi i ispunjivač *I mean* koji očitoma nema

nikakvu drugu ulogu osim da ispuni pauzu. Zanimljivo je i da koristi bezlični oblik *thing* (*Look at this thing*) umesto konkretnog termina, što ponovo ide u prilog teoriji o postvarivanju (Klikovac 2008a: 72-73).

Primer 249:

D: [...] It's a little bit of a diuretic and uh: a small amount works very well. They work kinda synergistically rather than uh that's another combination and a heck of a lot cheaper

P: Mmh-hmh

(EIM 5)

Osim sažetog oblika *kinda* (*kind of*), lekar koristi i familijarni izraz, idiom, *a heck of* (*a lot cheaper*) u značenju *puno/daleko jeftinije*, čime njegov govor postaje znatno manje formalan.

Primer 250:

D: [...] This knee I would predict is a knee that if you step off a curb without you know you miss a step, that kind of thing or you're talking to somebody and you step off a curb without sort of guarding it/it's the kind of knee that's apt to buckle with that sorta stuff [...]

P: Mmh-hmh

(ES 10)

U ovom primeru govor lekara sadrži dosta neformalnih elemenata. Pored ispunjivača *you know* i *sort of*, lekar čak dva puta koristi neodređeni izraz – *that kind of thing* i *that sorta stuff*. Pri tome prvi izraz ima samo značenje ispunjivača, dok drugi zaokružuje sve situacije koje je lekar prethodno naveo a mogu da se dogode osobi koja ima problem sa kolenom (*miss a step, step off a curb*).

Primer 251:

D: The easiest way for you to (.) to know when it's a problem (.) is to use bathroom scales and just weigh yourself (.) If you jump up five pounds then you've put on a lot of water and: I probably oughta see you.

P: Well, that's how it was the last time I got on the scales (.) at home[...]

(EIM 2)

Ovde lekar upotrebljava čak dva frazalna glagola dok pacijentkinji objašnjava kako da prepozna da je došlo do preteranog nakupljanja tečnosti u organizmu– *jump up* (*five pounds*) i *put on* (*a lot of water*). U oba slučaja lekar je mogao da upotrebi drugi glagol koji bi zvučao formalnije (*gain/get five pounds, accumulate water*).

Pored svega navedenog, lekari se u najvećem broju slučajeva trude i da svoja objašnjenja prilagode pacijentu i njegovoj laičkoj terminologiji, sa manje ili više uspeha (Primer 252).

Primer 252:

D: OK. This is your right knee and it shows ((XXX)) and the patella, you know the kneecap//  
P: //Mhm  
D: Right? See it here?  
P: Mhm.

(ES 7)

U svom prvom turnusu, lekar pokazuje pacijentu njegov rentgentski snimak i objašnjava mu šta se na njemu nalazi. Iako za čašicu kolena prvo koristi stručan termin *patella*, on odmah pokušava svoj govor da pojednostavi i prilagodi ga pacijentu, te objašnjava da je reč o nečemu što je u svakodnevnoj komunikaciji poznato kao *kneecap*. Pacijent odmah prekida lekara minimalnim responsom *mhm* kojim pokazuje da ga je razumeo. Uprkos tome, lekar i u svom narednom turnusu proverava da li ga pacijent prati i može li na snimku da vidi ono što mu pokazuje, a pacijent još jednom, na isti način, potvrđuje da prati i razume lekarov govor.

### 3.8.1.6. Pokazatelji formalnog stila u govoru pacijenta

Kada je reč o pacijentovom govoru, teže je pronaći primere formalnog jezika, jer pacijenti u celom korpusu govore znatno manje formalno od lekara. Ipak, u delu razgovora EIM 3 pacijent je povremeno veoma formalan u obraćanju lekaru i poštuje sva pravila koja podrazumeva obraćanje osobi od autoriteta, iako je sâm pacijent stariji od lekara (Primer 253). Istovremeno, njegovi pratioci (sin i ćerka) nisu formalni pri obraćanju lekaru, a govor samog lekara je takođe više neformalan nego formalan, čak i pri obraćanju pacijentu.

Primer 253:

D: Okay, I'll slide inside and then you sit in the back over here  
P: Okay  
D: Just ((XXX)) the stool  
P: Thank you sir

(EIM 3)

U navedenom primeru lekar se priprema za obavljanje fizičkog pregleda, pa daje pacijentu uputstva gde da sedne i kako da se smesti. Pacijent uz pomoć minimalnog responsa *okay* potvrđuje da je razumeo. Lekar mu potom skreće pažnju na stolicu koja se okreće (*stool*) i na koju bi pacijent trebalo da sedne, verovatno u nameri da ga upozori da se stolica okreće i da stoga može biti nestabilna. Pacijent mu potom zahvaljuje na veoma formalan način, upotrebljavajući titulu *sir*. Ovakva pacijentova reakcija može da ima i šaljiv karakter, ali kako nije praćena smehom smatramo da je pacijent bio ozbiljan.

### 3.8.1.7. Pokazatelji neformalnog stila u govoru pacijenta

Pokazatelji neformalnog stila su znatno brojniji, kao i u slučaju lekara:

- a) sažimanje reči – *kinda, 'cause, havin''em, sorta, how 'bout, hurtin', expectin'* (Primer 254);
- b) nedovršene rečenice (Primer 255);
- c) upotreba ispunjivača – *you know, I mean* (Primer 256);
- d) upotreba familijarnih reči i izraza – *(I think) the ((XXX)) suck, that's not cool, o' mine, (that's a) deal, like sb. is striking a dagger in it, (that medicine) really killed me, (I used to) sleep like in a field, why screw up a good thing, gee, (is there a flu) thing going, that's cool, okey-doke, you bet, holy Moses, what the heck, I drool (on food), no kidding, darn (long johns), jup, thank you a bunch, gosh...* (Primer 257);
- e) upotreba neodređenih izraza – *(I'm) doing some weight stuff, do that kind of thing* (Primer 258);
- f) upotreba negramatičnih oblika – *I says* (Primer 259).

Primer 254:

D: [...] Any kind of infection, any kind of spit?

P: I don't know what I spit but: it's sorta like a (.) jell or I don't know: jelly

D: Mmh-hmh

(EIM 3)

Lekar započinje sled postavljanjem eliptičnog pitanja kojim pokušava da sazna da li pacijent iskašlja nekakav sadržaj. Pacijent odgovara neodređeno, ali dosta neformalno – osim duženja reči i kraće pauze, čime pokazuje da okleva i zastajkuje u govoru, on takođe koristi oblik *sorta* umesto *sort of*.

Primer255:

DT=daughter

DT: She had an episode of, what do they call it:

D: Atrial fibrillation

DT: That's right [...]

(ES 8)

Treće lice koje prisustvuje razgovoru lekara i pacijentkinje (pacijentkinjina ćerka) pokušava da objasni šta se jednom prilikom dogodilo sa njenom majkom, ali nakon pokušaja da se priseti (*what do they call it*) ostavlja rečenicu nedovršenom. Lekar to shvata kao signal da joj je potrebna pomoć, te nudi adekvatan stručni termin (*atrial fibrillation*), koji ona u svom narednom turnusu prihvata i označava kao tačan.

Primer 256:

D: [...] The supervision is going to continue to:

P: Yeah I mean I've got enough to last me through the end of October so I'm just gonna keep going to them even though my probation ends (.) You know

(EIM 1)

U ovom primeru pacijent u okviru svoje replike čak dva puta koristi ispunjivače – *I mean* i *you know*. Dok *I mean* ima ulogu klasičnog ispunjivača, da pacijentu da vremena da formuliše i izgovori ono što želi, čini se da *you know*, kojim pacijent započinje novu rečenicu koju potom ostavlja nedovršenom, pored uloge ispunjivača ima još jednu ulogu – da od lekara iznudi dodatni komentar ili ga podstakne na neko novo pitanje. Drugim rečima, stiče se utisak da pacijentova replika nije kompletna, većda je imao nameru da otvori prostor novom komentaru.

Primer 257:

P: Roger uses quite a bit of macaroni and uh (.) spaghetti (.) does that drive my sugar up (..) What the heck has been pushing it up?

D: 'Kay I don't know what it's been running

(EIM 2)

Pacijentkinja otvara sled svojim turnusom u kojem nameće novu temu postavljajući pitanje u vezi sa eventualnim greškama u ishrani i njihovim uticajem na očito visok nivo šećera u krvi. U ovom iskazu opažamo nekoliko elemenata usled kojih pacijentkinjin govor zvuči krajnje neformalno. Ona najpre kaže (*he*) *uses quite a bit of macaroni* umesto, na primer, *he often prepares/cooks macaroni*. Zatim upotrebljava frazalni glagol (*does that*) *drive (my sugar) up* iako je mogla da kaže i (*does that*) *increase/raise my blood sugar level*. Najzad, ona upotrebljava familijaran izraz *what the*

*heck* (što je nešto blaži sinonim za *what the hell*) u kombinaciji sa još jednim frazalnim glagolom *push (sugar) up*, usled čega je jasno da se ni malo ne trudi da govori formalno sa svojim lekarom. Lekar, zauzvrat, svoju repliku takođe započinje neformalno, sažimanjem (*'kay* umesto *okay*).

Primer 258:

D: [...] And still doesn't?

P: No. I can use it now, but I'm afraid to go back and exercise and do that kind of thing.

(ES 6)

U svom odgovoru na lekarovo eliptično pitanje (*And still doesn't?*), pacijent objašnjava da ima strah u vezi sa vraćanjem starom načinu života, koji podrazumeva vežbanje i *tako to (that kind of thing)*. Kako se radi o povredi ruke, pacijent je verovatno imao na umu dizanje tegova ili rad na spravama, ali ne precizira na šta je mislio već se odlučuje za neodređen izraz.

Primer 259:

P: [...] that was the first thing he asked me last night (.) Did you call the doctor I says yes. What did he say I didn't talk to him I have to go in and see him tomorrow [...]

D: Mmh-hmh

(EIM 2)

U pokušaju da lekaru prepriča svoj razgovor sa sinom, pacijentkinja se služi negramatičnim oblicima. Ona najpre ne primenjuje pravilo o prenošenju pitanja u indirektni govor (navodi direktno pitanje umesto *he asked if I had called the doctor*), a potom upotrebljava i oblik *I says* koji je u potpunosti nepravilan (po pravilu je trebalo da kaže *I said* ili, ukoliko baš insistira na sadašnjem vremenu, *I say*, dok se upotrebljena konstrukcija smatra nepravilnom). Razlog može biti pacijentkinjina žurba da lekaru što pre prepriča ono što je naumila, a može biti i da poseduje slabije obrazovanje pa ni ne ume da se izrazi pravilno. Najzad, moguće je i da je samo krajnje neformalna te namerno zaobilazi sva (formalna) gramatička pravila i razgovor sa sinom prepričava kako bi to učinila, na primer, u neformalnom telefonskom razgovoru sa prijateljicom.

### 3.8.2. Izbor gramatičkih lica i nivo formalnosti govora u srpskom korpusu

#### 3.8.2.1. Kako lekar upotrebljava gramatička lica

U razgovorima koji čine srpski korpus naišli smo na primere upotrebe svih lica od strane lekara– 1. lica jednine i množine, 2. lica jednine i množine, 3. lica jednine i množine i bezličnog oblika.

Kao i u engleskom korpusu, kada je reč o 1. licu jednine, lekar ovo lice koristi kako bi istakao aktivnosti koje preduzima ili savetuje pacijentu (Primer 260) kao i svoju aktivnu percepciju (Primer 261). Neke od kombinacija su sledeće: *sećam se, ja se nadam, ne bih vam preporučio, ne znam da li sam vam skrenuo pažnju, ne vidim razlog, meni ovo liči na..., ja bih pogledala krvnu sliku, ja bi' ostao na Konkoru, ja bi' uradio test opterećenja, ne očekujem, ja bi' ostavio...*

Primer 260:

M=majka

M: [...] Pa, od onog Pancefa, znači popila je dve doze, pa je tek onda još Febricet da bi joj potpuno spala temperatura//

L: //Dobro. Ono je bio 19. E, sada bih ja pogledala krvnu sliku.

(SPED 24)

Nakon što je dobila željene informacije o toku lečenja pacijentkinje i njenom trenutnom stanju, lekarka se u svom turnusu služi 1. licem jednine, potencijalom i glagolom *pogledati* kako bi istakla šta dalje namerava da preduzme (*E sada bih ja pogledala krvnu sliku*). Odlukom da upotrebi potencijal ona donekle ublažava autoritativan ton koji bi ovakav iskaz mogao da ima, iako će naravno upravo ona doneti odluku o daljim koracima, što je jasno i njoj i njenoj sagovornici. Zanimljiv je i izbor glagola *pogledati* koji ovde zapravo nema svoje pravo značenje, već je upotrebljen umesto glagola *proveriti, uraditi/dati da se uradi* ili *ponoviti*. Čitav iskaz je pomalo eliptičan i verovatno znači da bi lekarka želela sada, posle terapije, da *ponovo* proveri krvnu sliku pacijentkinje i uporedi je sa prethodnom, te da po potrebi prepíše novu terapiju.



Primer 261:

L: [...] Mislim da je to sada vama potrebnije, ne vidim ovde neki razlog da je to primaran plućni problem. Ova gore regija i polisomnografsko ispitivanje.

P: Ja sam negde to i počeo: [...]

(SPUL 22)

U ovom primeru lekar svoju aktivnu percepciju ističe čak dva puta – upotrebom glagola *misliti* i *videti*. On najpre iznosi svoje mišljenje dajući prednost jednoj od mogućnosti koje pacijent ima, a potom upotrebljava glagol *videti* u prenesenom značenju (*ne vidim razlog*) kako bi pacijenta razuverio da postoji neki ozbiljan pulmološki problem i uputio ga specijalistima iz drugih oblasti. U svojoj replici pacijent pokazuje da se slaže sa lekarovim stavom tako što navodi da je i sâm već krenuo u tom smeru.

Kada koristi 1. lice množine, lekar uglavnom njime označava sebe i pacijenta u nekoj naizgled zajedničkoj aktivnosti (Primer 262), kao u sledećim slučajevima: *da vidimo (zašto se to dešava)*, *da imamo korist (od terapije)*, *kontrolisaćemo se, hoćemo za dva meseca kontrolu?*, *Orvažil ne pijemo...* Lekari ovom zamenicom takođe označavaju sebe i druge lekare iz iste institucije ili sebe i lekare iste specijalnosti, kada govore uopšteno (Primer 263).

Primer 262:

P: [...] Jer ja uvek želim da znam gde je manja šteta ((smeh))

L: Pa, manja je da uzimate male doze, zaista mislim da: ako hoćete da imamo korist od ovog leka onda samo ima smisla kontinuirana primena [...]

(SPUL 15)

U ovom primeru pacijent ispoljava inicijativu time što pokušava da sazna od lekara šta je za njega najbolje, ali umesto da lekaru postavi direktno pitanje on se služi konstatacijom kojom zapravo maskira pitanje (*jer ja uvek želim da znam gde je manja šteta*). Lekar je ipak razumeo da je reč o pitanju i prihvatio pacijentovu inicijativu, jer mu u svom turnusu daje konkretan odgovor. Pored toga, on naglašava svoje mišljenje (*zaista mislim*) povodom korišćenja određenog leka, a upotrebom 1. lica množine on označava i sebe i pacijenta kao uživaoca koristi usled pravilnog korišćenja leka (*da imamo korist*). Naravno, pacijent je jedini koji će ovu korist zapravo i imati, ali označavajući i sebe lekar verovatno poručuje pacijentu da je sve vreme uz njega i da mu pruža podršku, te da je pacijentov uspeh i njegov uspeh.

### Primer 263:

L: Mi znamo da Sintron stabilizuje to, podešava. Međutim, njega nema uvek na tržištu i to je problem. Farin je najbolji jer stalno ga ima. Mišljenja smo da dajemo pacijentu one lekove koji su stalno na tržištu [...]

P: Znači, on ništa ne remeti?

(SKARD 14)

U ovom primeru lekar objašnjava pacijentu zašto je jedan lek bolji izbor od drugog. Pri tome se služi 1. licem množine (*mi znamo, mišljenja smo*) kojim označava sebe i druge lekare iz iste institucije ili sebe i druge kardiologe. Upotrebom izraza *mišljenja smo* lekar ističe postojanje opšteg stava na nivou institucije u kojoj radi ili na nivou cele zemlje. Ovim lekar na neki način „skida” odgovornost sa sebe lično, pozivajući se na zajedničku odluku (dakle, konsenzus), koja možda nije ni jedina ni najbolja, ali se trenutno i u datim okolnostima smatra najsvrsishodnijom.

Dok u engleskom korpusu upotreba 2. lica nije imala poseban značaj (zbog nepostojanja razlike između 2. lica jednine i 2. lica množine pri oslovljavanju), u srpskom korpusu nailazimo na različite pristupe lekara kada je ova zamenica u pitanju. U najvećem broju slučajeva, lekari su se pacijentima obraćali 2. licem množine (koristeći zamenicu *Vi*), ali bilo je i drugačijih primera. U pojedinim slučajevima lekar bi se pacijentu od početka susreta obraćao 2. licem množine da bi u nekom trenutku tokom razgovora prešao na 2. lice jednine (i zamenicu *ti*) (pulmolog i psihijatar)<sup>81</sup> (Primer 264). Kardiolog se u najvećem broju slučajeva tokom celog razgovora pacijentima obraćao 2. licem jednine (iako su u pitanju stariji pacijenti) (Primer 265), a u nekoliko slučajeva bi razgovor započeo obraćajući se pacijentu 2. licem jednine da bi u određenom trenutku prešao na 2. lice množine.<sup>82</sup> Specijalista ORL se svim pacijentima dosledno obraćao 2. licem množine izuzev šestogodišnjem detetu, dok su se pedijatri svim pacijentima obraćali 2. licem jednine, a svim pratiocima dosledno 2. licem množine.

---

<sup>81</sup>Pri tome, pulmolog je „prelazio na ti” samo u razgovoru sa mlađim muškarcima, bez obzira na to da li ih zna od ranije ili je u pitanju prvi pregled. S druge strane, psihijatar je prelazio na 2. lice jednine u čak 3 od ukupno 4 razgovora, bez obzira na godište sagovornika – u samo jednom slučaju radilo se o mladom momku, studentu, dok su u preostala dva slučaja pacijenti stariji od samog lekara, ali su u pitanju stari pacijenti koji su došli na kontrolni pregled.

<sup>82</sup>Zanimljivo je da se ovaj lekar uglavnom pacijentkinjama obraćao 2. licem množine, osim u dva slučaja kada je pred sobom imao starije žene slabijeg obrazovanja (jedna od njih je u toku razgovora priznala da je nepismena) iz seoske sredine. S druge strane, pacijentima muškog roda obraćao se 2. licem jednine (bez obzira na godine), osim u jednom slučaju kada je dosledno koristio 2. lice množine tokom celog razgovora.

Primer 264:

- L: [...] Šta ste osetili?  
P: Šta sam osetio? Pa, postaneš nervozan, meni je došlo da ga udavim, razumeš.  
Hteo sam da ga ubijem tog momenta, razumete[...]Nisam mog'o više da istrpim. Da ovaj drug nije bio tu, ja bi' možda i ko zna šta uradio//  
L: //Skočio ti pritisak↓

(SPSIH 2)

U ovom primeru lekar i pacijent na veoma zanimljiv način prelaze sa 2. lica množine na 2. lice jednine i obratno. U svom prvom turnusu kojim otvara sled, lekar pacijentu postavlja posebno (pronominalno) pitanje obraćajući mu se formalno, 2. licem množine. Pacijent u svojoj replici najpre koristi 2. lice jednine u značenju *čovjek* (*postane nervozan*), a zatim i familijarni izraz *razumeš*. Iako glagol *razumeti* ovom slučaju nema svoje puno značenje već više služi kao ispunjivač ili poštapalica, pacijent se na neki način ipak obraća lekaru iznenada prelazeći sa *Vi* na *ti*. U nastavku, međutim, on koristi oblik *razumete* vraćajući se formalnom načinu obraćanja. Lekar, pak, prekida njegov doprinos tako što u okviru trećeg turnusa koristi neku vrstu procene, pri čemu iznenada prelazi na 2. lice jednine (*Skočio ti pritisak*). Moguće obrazloženje za ovako nedoslednu upotrebu 2. lica i kod jednog i kod drugog sagovornika mogla bi da bude priča koju pacijent priča kao odgovor na lekarovo pitanje. Pacijentova priča je veoma dinamična, on je izuzetno uzbuđen i očitno ponovo proživljava sve o čemu govori, pa verovatno usled uzbuđenja ne može lako da kontroliše svoj govor koji postaje manje formalan nego u početku. S druge strane, lekar prelaskom na 2. lice jednine na neki način daje svoj doprinos priči, podstiče pacijenta da nastavi, stavljajući mu do znanja da pomno prati ono o čemu govori i da se i sâm „uživeo” u priču.

Primer 265:

- L: Reci mi, šta ti najviše smeta?  
P: Muka mi je, doktore, najviše.  
L: Najviše ti je muka?  
P: Da [...] I preko noći ne mogu da spavam[...]  
L: A kad spavaš, je l' te budi šta noću?  
P: Ne[...] Čim popijem te tablete do 5 sati se ne budim[...]  
L: Dobro. Krstana, je l' tako?  
P: Jeste.  
L: Odakle si?  
P: Iz /.../  
L: /.../↑ U kom delu ti je to, Kragujevac↑[...]

(SKARD 12)

Navedeni primer predstavlja razgovor lekara sa starijom pacijentkinjom slabijeg obrazovanja koja dolazi iz seoske sredine. Od samog početka razgovora (koji je ovde prikazan) do kraja lekar joj se obraća 2. licem jednine, a način na koji joj postavlja pitanja podseća na razgovor sa detetom – on započinje sled umereno otvorenim pitanjem (*Reci mi, šta ti najviše smeta?*), ali pošto od pacijentkinje nije dobio zadovoljavajući odgovor, on je u nastavku podstiče intonacionim upitnim iskazom (*Najviše ti je muka?*), a zatim koristi pitanje sa da/ne odgovorom. U jednom trenutku lekar odlučuje da prekine niz pitanja i da započne fatičku razmenu. Razlog za to je verovatno opuštanje pacijentkinje koju će nastaviti da ispituje.

Lekari su se povremeno služili i 3. licem. 3. licem jednine uglavnom označavaju drugog lekara (Primer 266), ali često i samog pacijenta (pulmolog to čini kada o pacijentu govori prisutnim stažistima, specijalista ORL tako o pacijentu govori prisutnom asistentu, a pedijatar kada o pacijentu govori prisutnom roditelju) (Primer 267). Ređe se lekar služi 3. licem jednine i da označi bolest odnosno promenu. 3. lice množine lekar u najvećem broju slučajeva koristi da označi druge lekare ili drugo medicinsko osoblje, ali ne i sebe (Primer 268).

#### Primer 266:

O=otac

L: Dobar dan. Zdravo Aleksa.

O: Mi smo hteli kod očnog ovo što smo uzeli, ovaj: pa nam treba sad//

L: //A-ha

O: Pa nam treba ovaj://

L: //A,da. ((čita izveštaj)) On sad kaže da on ima konjuktivitis, dobro.

(SPED 34)

Ovde je u pitanju sâmo otvaranje razgovora gde lekarka pozdravlja pacijenta i njegovog pratioca. Otac koji kao treće lice prisustvuje razgovoru navodi da bi želeli da posete očnog lekara, a pošto ne uspeva u potpunosti da se izrazi, lekarka ga prekida minimalnim responsom *a-ha* čime ga podstiče da svoj iskaz dovrši. Njemu to ni u narednom turnusu ne polazi za rukom, pa lekarka sama izvlači zaključak. Čitajući izveštaj pomenutog očnog lekara, ona koristi 3. lice jednine kojim označava ovog lekara – kaže *on* (*On sad kaže da on ima konjuktivitis*) umesto da upotrebi titulu *doktor*, prezime lekara ili termin *kolega*.

Primer 267:

L: Dobar dan, kako ste?

P: Super.

L: Dobro se oseća, nije promukla, ne zamarate se brzo, pri govoru nema brze govorne zamorljivosti[...]

(SORL 3)

Ovaj primer bi zvučao veoma čudno da su lekar i pacijentkinja bili sami u ordinaciji. Međutim, kako svim pregledima koje obavlja profesor prisustvuje i njegov asistent, u svom drugom turnusu lekar se upravo njemu i obraća kada iznenada 3. licem jednine označava pacijentkinju (*dobro se oseća, nije promukla, nema brze govorne zamorljivosti*). U sredini svog doprinosa lekar, međutim, koristi 2. lice jednine (*ne zamarate se brzo*) obraćajući se direktno pacijentkinji, da bi potom ponovo prešao na 3. lice jednine. Ukoliko znamo da asistent sve vreme zapisuje ono što profesor govori kako bi potom mogao da napiše izveštaj, lekarov izbor postaje jasniji.

Primer 268:

P: [...] Šta to znači?

L: To znači da je srce malo [...] i da ima dobru: kontraktilnost. A srčani mišić radi kao pumpa. Ali su primetili da postoji malo taj: perikard (.) hiperehogenije, što bi rekli↑[...]

(SKARD 6)

U okviru objašnjenja koje daje pacijentu, lekar upotrebljava i 3. lice množine (*primetili su*) kojim označava druge lekare koji rade u drugoj ustanovi, a koje je pacijent prethodno posetio i od njih doneo nalaz.

Kada je reč o zamenici za sva lica, lekari se povremeno služe oblicima koji imaju takvo značenje. Najčešće je reč o obliku *čovек* ili pak *ljudi* (Primer 269).

Primer 269:

P: [...] A znači obavezno je?

L: Pa ne kažem da je obavezno. Ako čovek ne ode do 3 meseca nakon operacije, znači da ste se sami rehabilitovali[...]

(SKARD 14)

Nakon pozitivno polarizovanog pitanja u vidu intonacionog upitnog iskaza, lekar razuverava pacijenta odričnim odgovorom, a potom se umesto 2. licem služi oblikom *čovек* u značenju *svi pacijenti*. Međutim, u drugom delu replike, lekar ponovo prelazi na 2. lice množine (*da ste se sami rehabilitovali*).

### 3.8.2.2. Kako pacijent upotrebljava gramatička lica

Kada je reč o pacijentovom izboru gramatičkih lica, primeri na koje smo naišli u srpskom korpusu donekle se podudaraju sa rezultatima dobijenim u engleskom korpusu, ali se poklapaju i sa zaključcima koje je izvela Klikovac (2008a: 55-60) u svojoj analizi, više nego što je to bio slučaj sa engleskim korpusom Naime, i ovde su brojni slučajevi u kojima pacijent koristi 1. lice jednine kako bi govorio o svojim aktivnostima i aktivnoj percepciji (Primer 270). Oblik (*ja mislim*) javlja se ređe nego u engleskom korpusu (8 puta u 110 razgovora), a pored toga sreću se i naredni primeri: *vodim računa o ishrani, ne osećam da..., sad sam se malo iznervirao, ja sam pravila šemu, ušla sam u raspravu, navikao sam se, volontirao sam, tražim bolje mesto, čujem da je (počela da krklja)...* Međutim, pacijent se ovim licem služi i da govori o svojim osećanjima/osećajima i nevoljnoj percepciji (Primer 271) – *osećam tu neku..., razočarao sam se, ja se osećam..., meni se to pojavi, meni kao da zaigra...*

Primer 270:

O=otac pacijentkinje

L: Boli je stomak↑

O: I: čujem da je počela da krklja malo u grlu

(SPED 1)

U ovom slučaju otac deteta koji u svojstvu pratioca prisustvuje razgovoru pokazuje aktivnu percepciju time što lekarki saopštava kakav problem je on lično opazio kod svoje ćerke. Koristi glagol *čuti* kako bi precizirao šta se događa u grlu (*čujem da je počela da krklja malo u grlu*) čime sagovornici stavlja do znanja da i on, laik, ume da prepozna kada nešto nije u redu, iako je izbor leksike uz glagol *krkljati* pomalo neobičan – obično kažemo da *krklja* u plućima, ili dok diše, a ne u grlu.

Primer 271:

P: [...] Pojavi se neko od drugara koji su, ono, radimo ono normalno posao i sad šta ima još jedna stvar, čega sam se ja pribijav'o. Dođu oni i kažu, ej ((XXX)) dođu nekad i pitaju nekoga da l' bi hteo, da l' bi mog'o, zamole//

L: //A što vas to brine? (.) Što vam to zadaje napetost? [...]

(SPSIH 3)

U ovom primeru pacijent izborom glagola pokazuje postojanje nevoljne percepcije – (*čega sam se ja pribijav'o*). On u donekle nepovezanom i konfuznom iskazu lekaru pokušava da objasni šta ga uznemirava u svakodnevnoj interakciji sa

drugim ljudima i pri tome koristi glagol *pribojavati se* koji bi mogao da nagoveštava prisustvo straha, iako je u ovom slučaju verovatno pre reč o prenesenom značenju, pa se radi o zabrinutosti, strepnji da bi nešto moglo da se dogodi. I lekar svojom replikom pokazuje da je tako razumeo pacijentov doprinos, jer koristi glagol *brinuti* i imenicu *napetost*.

Za razliku od engleskog korpusa, pacijent samo u jednom slučaju koristi 1. lice množine kako bi označio sebe i lekara u prividno zajedničkoj aktivnosti (Primer 272).

Primer 272:

L: [...] Može to da bude, da: vam to stvara gasove i da imate: podrigivanje (.)  
Može refleksno ta: bakterija, ako imate gastritis pa: znate  
P: Ne, samo pričamo o otežanom disanju i: zamaranju

(SPUL 8)

Lekar objašnjava pacijentu šta bi sve mogao da bude uzrok problema koji je prethodno naveo. Pacijent u svojoj replici odriče navedene mogućnosti i navodi da je imao na umu samo *otežano disanje i zamaranje*. Zanimljiv je izbor glagola *pričati* i 1. lica množine. Iako pacijent njime očito obuhvata i sebe i lekara (*pričamo o...*), jasno je da se aktivnost odnosi samo na pacijenta jer je on taj koji lekaru iznosi problem zbog kojeg je došao. Iako lekar razgovara sa njim, on svakako ne *priča* o simptomima koje oseća sâm pacijent, već može govoriti o znacima ili potencijalnoj terapiji.

Kada je reč o 2. licu, pacijent isključivo koristi 2. lice množine pri obraćanju lekaru i to dosledno, od početka do kraja svakog razgovora.

Pacijent povremeno koristi i 3. lice jednine i to kako bi označio nekog drugog lekara (bilo da radi u drugoj ustanovi ili da je druge specijalnosti u odnosu na lekara sa kojim trenutno razgovara) (Primer 273). 3. lice množine takođe povremeno koristi kako bi označio druge lekare (Primer 274).

Primer 273:

L: [...] Jeste promukli?  
P: Pa, to što jesam to i nije problem, nego mene tera da kašljem i on sumnja, tamo me terao u nekom položaju da://

L: //Mhm.

(SORL 7)

Na lekarovo restriktivno pitanje, pacijent osim potvrdnog odgovora navodi dodatni problem koji ima u vezi sa tim, kao i mišljenje drugog lekara sa kojim se prethodno konsultovao. Umesto imena ili titule, pacijent tog lekara označava samo

zamenicom *on* iako ga lekar u svojoj replici nije ni pomenuo. Ipak, i lekar se prećutno slaže sa tim da drugi lekar bude *on* jer prekida pacijenta minimalnim responsom *mhm* koji služi da ohrabri pacijenta da nastavi dalje.

Primer 274:

Ć=ćerka pacijentkinje

Ć: [...] Nego niko nam nije rekao ni da uradimo ovaj INR. Verovatno su pretpostavili da ćemo ovde na ((XXX))

L: Napisali su, piše.

(SPUL 21)

Pacijentkinjina ćerka koja prisustvuje razgovoru u vidu pratnje žali se na to da njena majka i ona nisu bile obavestene da treba da urade izvesnu analizu. Pri tome 3. licem množine označava te druge lekare iz druge institucije (*pretpostavili su*), ne navodeći njihova imena ili titulu. Lekar to prihvata i na isti način govori o njima – *napisali su*. Očigledno je da su se sagovornici prećutno složili da *oni* znači *lekari iz druge zdravstvene ustanove*.

Kao i lekari, pacijenti nisu često koristili zamenicu za sva lica ili bezličan oblik, a kada jesu činili su to uz pomoć oblika *čovjek* ili 2. lica jednine (Primer 275).

Primer 275:

P: [...] Tamo gde sam ja čist vazduh, nadmorska visina, zelenilo. Ne trebaju mi ni naočari tamo, ne treba mi ništa//

L: //Ništa, čovek progleda.

P: Verujte, pravim tamo sok od neprskanih jabuka [...] Šta ćeš, nešto moraš da se zanimaš.

(SKARD 11)

U ovom primeru i lekar i pacijent koriste bezličan oblik. Najpre lekar kaže da *čovjek progleda* misleći na to da kada bilo ko (dakle, svi ljudi, ne neko određen) ode na selo i na čist vazduh oseti poboljšanje. Pacijent, pak, u svom turnusu koristi 2. lice jednine (*nešto moraš da se zanimaš*) koje se ne odnosi na njegovog sagovornika već takođe ima uopšteno značenje *čovjek* ili *ljudi*. Na samom početku rečenice on koristi oblik *šta ćeš* koji bismo mogli protumačiti na isti način, ali je verovatnije da je ipak samo reč o ispunjivaču.

Pacijent i ovde umereno često izjavljuje da nešto ne zna ili da mu nije jasno (Primer 276). Najčešće se sreće izjava (*ja*) *ne znam*, a pored toga i *ne razumem*, *uopšte mi nije jasno*, *otkud znam*, *ja ne znam šta je to*.



Primer 276:

P: [...] Ja ne znam šta je to, da l' je to, ja sam vama prič'o, ja sam bio zarobljen u ((XXX)) 45 dana//

L: //Tvoj problem je: [...]

(SPSIH 2)

Glagol *ne znati* koji pacijent koristi u ovom slučaju može da ima tek značenje ispunjivača ili poštapalice i kao takav jednostavno da označava nagađanje, ali isto tako može se odnositi na nešto što pacijent zaista ne zna i želi to lekaru da stavi do znanja.

### 3.8.2.3. Pokazatelji formalnog stila u govoru lekara

U srpskom korpusu takođe nailazimo na pokazatelje formalnog stila pri obraćanju lekara pacijentu – kao i u engleskom korpusu to je najpre upotreba stručnih termina i davanje medicinskih objašnjenja (Primer 277), a zatim i upotreba glagolskih imenica kada se govori o postvarenim bolestima ili problemima koje pacijent ima (nešto ređe nego u engleskom korpusu), česta upotreba pasivnih konstrukcija kada se govori o terapiji i lečenju (Primer 278) i upotreba infinitiva. U odnosu na kolege iz engleskog korpusa, lekari iz srpskog korpusa češće posežu za stručnim terminima i administrativnim izrazima, a primeri na koje smo naišli prikazani su u Tabeli 9.

Primer 277:

M=majka pacijenta

L: [...] On sigurno ovde ima i enterovirusnu komponentu po ovoj ružičastoj boji, ovoj kao narandžasto – crvenoj i to je prava slika viroze. [...] tako da ću ja sada uključiti antibiotik, koji će pokriti streptokok. Ono što ostane, to je ovaj: Onda ćemo se prema ovome ravnati da li ćemo baš desetodnevnu terapiju ili-

M: Dobro.

(SPED 14)

U ovom segmentu razgovora lekarka pokušava da objasni majci svog pacijenta o kakvom problemu je reč i šta ona tim povodom namerava da preduzme. Pri tome koristi dva stručna termina (*enterovirusna komponenta* i *viroza*) i izraze koji pripadaju medicinskom žargonu (*uključiti antibiotik*, *pokriti streptokok*). Iako koristi i opisne termine koji više pripadaju razgovornom jeziku (*po ovoj ružičastoj boji*, *kao narandžasto – crvenoj*) kojima pokušava sagovornici da približi o čemu je reč, objašnjenje se ipak pre može smatrati formalnim nego neformalnim. Sagovornica minimalnim responsom *dobro* ipak potvrđuje da prati i razume šta joj lekarka govori.

Primer 278:

L: Kol'ko ima kako je rečeno da imate ovu bolest?

P: Pa: ima jedno 4 godine.

(SPUL 7)

Lekar otvara sled turnusom u kojem postavlja pacijentu posebno (pronominalno) pitanje pokušavajući da sazna koliko je vremena prošlo od trenutka kada je pacijent saznao da ima određenu bolest. Umesto aktivne konstrukcije sa glagolom *bolovati* (npr. *Koliko dugo bolujete od ove bolesti?*) ili aktivnog oblika glagola *otkriti/saznati* (npr. *Kada ste otkrili/saznali da imate ovu bolest?* ili *Kada su vam lekari otkrili/saopštili da bolujete od ove bolesti?*), lekar se odlučuje za pasivnu konstrukciju (*kako je rečeno*) čime čitav iskaz dobija formalan prizvuk. Pacijent u svojoj replici ne prati ovaj način izražavanja, već odgovara dosta neodređeno, uz poštapalicu *pa* i neodređeni izraz *jedno* (*4 godine*) u značenju *oko* ili *otprilike*.

**Tabela 9: Stručni termini koje su koristili lekari u srpskom korpusu**

<b>PULMOLOGIJA</b>	<i>da se sanira, akutna faza, da predvidimo kako se kreće vrednost, (postoji) nepravilnost u tehnici izvođenja, očekivana varijacija, (kad se) saniraju tegobe, bolest je stabilna, kontrola po potrebi, u toj meri da zahteva..., kontinuirana primena, simptomatologija, vaše tegobe ukazuju na..., nus pojave, treplje na sluzokoži</i>
<b>PEDIJARIJA</b>	<i>upala spoljašnjeg ušnog kanala, zapaljenje srednjeg uha, stresogene/tenzogene glavobolje, enterovirusna komponenta, viroza, venski zalisci, normalan anatomski nalaz, nepotpun efekat (leka), upaljeno ždrelo, virusna bradavica, na šalter da se to protokoliše</i>
<b>PSIHIJARIJA</b>	<i>depresivna epizoda, ako su tegobe izražene, fiziologija sna, nagoni su narušeni, psihičke funkcije, diferenciranje, redukovati nervozu, psihostabilizacija, somatski korelati anksioznosti, farmakoterapija, anksiolitik</i>
<b>ORL</b>	<i>laringitis, (bolest) recidivira, senzibilisan, audiometrija, okluzija, respiratorni alergeni, pneumonija, doći na kontrolu sa svim traženim nalazima</i>
<b>KARDIOLOGIJA</b>	<i>frekvenca, poremećaj ritma, kontraktilnost, hiperehogenija, perikardna kesa, perikardit, u konstelaciji sa..., ekstrasistole, antiaritmici, holter, statini, srčana maramica, nema izliva u plućima, smatra se da si rehabilitovan, naš cilj je da..., beta blokator, aneurizma, septum, desna/leva pretkomora, (uraditi) lipidni profil, koronografija, hemoragija, (vrednost treba da) uđe u opseg, antikoagulantna terapija, protrombinsko vreme, INR, kontraindikovano, valvula, gradijent valunga.</i>

Ni u ovom korpusu nismo naišli na primere prevođenja laičkog termina koji je upotrebio pacijent na stručni termin. Opazili smo, međutim, nekoliko primera ispravljanja pacijenta koji ne ume da izgovori ime leka, a takođe postoji nekoliko slučajeva gde se lekar trudi da previše stručno objašnjenje ili termin „prevede” na laički jezik kako bi ga pacijent bolje razumeo (Primer 279).

Primer 279:

O=otac

L: [...] Ali to RECIDIVIRA. (.) Ponavlja se. Znači, ukoliko dete se ne bude držalo tih saveta, za 2, 3, 5 godina mogu ponovo da se jave. [...]Imate li još nešto da pitate?

O: Ja sam samo hteo da pitam može li inhalacija pantenolom

(SORL 1)

U ovom primeru lekar daje pacijentu (tačnije pratiocu) stručno objašnjenje u vezi sa tim šta može da se dogodi nakon eventualne operacije. Pri tome koristi stručni termin *recidivirati* (koji u govoru naglašava), ali odmah potom kao da se ispravlja jer nakon kratke pauze on upotrebljeni termin „prevodi” na laički jezik (*ponavlja se*), a onda daje i detaljnije objašnjenje u vidu uslovne rečenice. Nakon toga on nastavlja dalje sa razgovorom, ne zadržava se na daljim objašnjenjima, već pacijentu postavlja pitanje sa da/ne odgovorom kojim proverava da li ima još nešto da pita. Pacijent koristi ponuđenu priliku, ne osvrćući se na lekarovo prethodno objašnjenje.

#### **3.8.2.4. Pokazatelji neformalnog stila u govoru lekara**

Kao i u engleskom korpusu, pokazatelji neformalnog stila kojim se lekari obraćaju pacijentu su brojniji:

a) redukovanje samoglasnika

Primer redukovanja samoglasnika na koji smo najčešće nailazili (i po nekoliko puta u svakom analiziranom razgovoru) jeste *je l'* – razgovorni oblik za postavljanje pitanja (Klikovac 2008a: 73). Osim za započinjanje pitanja, ovaj oblik je često korišćen i na kraju pitanja, u vidu dopunskog operatora (priveska), samostalno ili u kombinaciji (*je l' tako, je l' da*). Pored njega, često smo sretali i sledeće primere: *al', da l', kol'ko, izvol'te*. Svih pet lekara čije smo razgovore sa pacijentom analizirali koristili su jedan ili više navedenih oblika.

b) sažimanje na kraju i u okviru reči

Naišli smo na sledeće primere: *odma'* i *ček'*. Ove oblike koristili su samo pulmolog i jedna lekarka pedijatar, dok kod ostalih nismo našli na primere upotrebe ovakvih oblika.

c) sažimanje samoglasnika na kraju reči

Lekari u srpskom korpusu koristili su sledeće oblike: *pit'o (sam)*, *iš'o*, *mog'o*, *razmišlj'o (sam)*, *rek'o*, *potpis'o*.

Ove oblike u srpskom korpusu koriste pulmolog, psihijatar i specijalista ORL, dok kod pedijatara i kardiologa nisu uočeni.

d) redukovanje suglasnika ili sloga na početku reči (skraćeni oblici reči)

Najbrojniji primeri su: *što (=zašto)*, *'ajde (=hajde)* i *'oću (=hoću)*.

Kod svih posmatranih lekara naišli smo na neki od ovih oblika.

Primerom 280 ilustrovaćemo neke od prethodno navedenih sažetih oblika reči koje su lekari koristili u govoru.

e) nedovršene rečenice (Primer 281)

Nedovršenih i neadekvatno formuliranih rečenica ima kod svih posmatranih lekara.

f) upotreba familijarnih (neformalnih) reči i izraza (Primer 282)

Svi lekari su u govoru često pribegavali upotrebi familijarnih izraza, a uočeni primeri su dati u Tabeli 10.

**Tabela 10: Familijarni izrazi koje su koristili lekari u srpskom korpusu**

<b>PULMOLOG</b>	<i>a (kao dopunski operator, na kraju pitanja), pola posla ste završili, da to pregurate, to je okidač za..., koliko ova priča traje?, treba da vas ispratimo, sve tako u krug, to mu dođe kao (aminofilin), ko ti ga zna šta sve ne, s' brda s' dola, vezane su nam ruke</i>
<b>PEDIJATRI</b>	<i>šta ima?, odma' me tuga uhvati, (2 meseca) i nešto malo jače, to su administrativne gluposti, (dovedite ga) kad nije slinav, izmišljaju toplu vodu, hvala Bogu, da te priupitam nešto, da vam pravo kažem, joj kakva si!, čuvaj noge za stare dane</i>
<b>PSIHIJATAR</b>	<i>(to je) guranje pod telih, i ja sam bubao, šta bi bilo kad bi bilo, hvala Bogu</i>
<b>ORL SPECIJALISTA</b>	<i>bre, preveli (ga) žednog preko vode, a (u vidu priveska, na kraju pitanja), (uzmite) Brufenčić</i>
<b>KARDIOLOG</b>	<i>kako si mi, da ne ureknemo, ne daj Bože, (ti si) k'o dečko, putuj igumane ne žali manastire, ne treba da forsirate. Da izgurate ovako</i>

g) upotreba ispunjivača

Svi lekari se služe ispunjivačima, a uočili smo sledeće: *ništa, znate kako, recite mi, mislim, tako da..., znači, što bi rekli*

h) upotreba poštapalica

Poštapalice smo uočili kod pulmologa i pedijatra, a u pitanju su sledeći oblici: *ovaj, pa, ono.*

i) upotreba neodređenih izraza

Svi lekari su najmanje jednom upotreбили i neki neodređeni izraz, a uočeni su sledeći primeri: *zbog ove priče, ove druge stvari, pa ovo pa ono, jurnjava neka i tako, (natrijum) ne znam ovaj ili onaj, to je ovo ili ono, ili tako nešto, svejedno, ili šta, da ima to što ima.*

U Primeru 283 prikazaćemo neki od oblika navedenih pod g), h) i i).

Primer 280:

M=majka pacijenta

L: [...] Ček' da vidim. To sam i ja mislila, nego ne vidim ovde zapisano. A je l' znate koliko je težak?

M: Tad je bio 10 i 100[...]

L: Je l' hoda?

(SPED 6)

Od elemenata koji ukazuju na neformalan stil pri obraćanju sagovorniku, lekarka je upotrebila oblik *ček'* (sažimanje na kraju reči) i razgovorni oblik za postavljanje pitanja *je l'* (dva puta).

Primer 281:

P: [...] Otkad/otkad ne uzimam ove (.) ovaj zeleniš i ovo//

L: Da, bolje (.) Odnosno, bolje regulišete (..) E pa, super je danas, danas je /.../, a znate i vi da je umeo da bude

(SPUL 3)

Pacijent u svom turnusu koristi neodređeni izraz (*ovaj zeleniš i ovo*), očito kao odgovor na lekarovo pitanje o tome kako se oseća ili da li je stanje bolje. Lekar u svom iskazu potvrđuje pacijentov subjektivni osećaj da je stanje bolje, a u nastavku koristi i afirmativnu procenu (*super je danas*), kojom pacijentu pruža podršku, da bi potom rečenicu ostavio nedovršenom. On u svom iskazu podseća pacijenta na to kako je nekada bilo, pa je moguće da rečenicu ostavlja nedovršenom jer zna da će pacijent razumeti šta je želeo da kaže.

Primer 282:

S=sin pacijentkinje

L: [...] Oni se ne čuju na slušalice, kao što ja nisam čuo (.) nema ništa. Putuj igumane i ne žali manastire, javi se doktorima kardiolozima u Kragujevac. Da ti daju lekove (.) za srce da ti ojača [...]

S: Znači, nešto ako bude trebalo kod naših lekara da se javimo.

(SKARD 15)

Osim toga što se pacijentkinji koja je vrlo verovatno starija od njega obraća 2. licem jednine, lekar upotrebljava i veoma familijaran, „narodski” izraz (*putuj igumane i ne žali manastire*) kojim pacijentkinji poručuje da ne treba ni najmanje da brine za svoje stanje. Takođe joj veoma pojednostavljeno govori zašto treba da poseti *doktore kardiologe u Kragujevcu* (da dobije lekove *da joj srce ojača*), pa se donekle stiče utisak da se obraća detetu a ne odrasloj osobi.

Primer 283:

M=majka pacijenta

M: [...] A, one viršle, paštete://

L: //Ne, to roze ne, neću što se ne vidi šta je šta, nikako [...] Ne samo što su to otpaci od mesa, aj' što su to oči, uši, repovi, al' što je kalijum-sorbat i natrijum ne znam ovaj i onaj: Nikako//

M: //Mhm

(SPED 12)

U odgovoru na pitanje da li bi dete moglo da jede izvesne mesne prerađevine, lekarka se izražava neformalnim stilom. Ona koristi sažeti termin *aj'* (umesto *hajde*) i *al'* koji predstavlja primer redukovanja samoglasnika, a iskaz završava neodređenim izrazom (*natrijum ne znam ovaj i onaj*).

### 3.8.2.5. Pokazatelji formalnog stila u govoru pacijenta

Kada je reč o govoru pacijenta u srpskom korpusu, samo povremeno nailazimo na primere formalnog jezika i samo u slučaju pojedinih pacijenata. Osim činjenice da se svi pacijenti obraćaju lekaru isključivo 2. licem množine, u pojedinim slučajevima nailazimo na upotrebu stručnih termina i izraza. Radi se o pacijentima koji očito nešto bolje poznaju medicinsku terminologiju i samoinicijativno je koriste u razgovoru sa lekarom, pa nailazimo na sledeće termine: *alergijski vaskulitis*, (*dijagnostikovana mi je*) *Bekerova cista*, *opstruktivni bronhitis*, *alergološke probe*, *komorbiditet*, *sekundarna anemija*, *benigno*. Takođe, u nekoliko slučajeva nailazimo na upotrebu pasivnih konstrukcija kada pacijenti govore o lečenju ili svom zdravstvenom problemu: *sklonjen*

*sam, nije dokazano, nije to do kraja ispitano, naročito je izraženo kad..., gde sam izložen (isparenjima), bila je potvrđena, gde je primećeno, data je neka mast, rađene su alergološke probe, snimak nije čitan* (Primer 284).

Primer 284:

L: Kada si snimao?

P: Pa, ja mislim 25. da je bio

L: Dobro. Prošli mesec?

P: Da (.) Nije čitan zato što je bio na odmoru: kardiolog

(SKARD 2)

Lekar otvara sled svojim pitanjem (posebnim/pronominalnim) koje, osim što je u 2. licu jednine, odaje utisak da pacijent može sâm da snimi pluća (*Kada si snimao?*). Nakon što od pacijenta dobije odgovor, lekar proširuje pitanje postavljanjem podpitanja, na koje pacijent daje odgovor koristeći pasivnu konstrukciju. On kaže *nije čitan* pri tome misleći na snimak pluća koji niko nije „pročitao” (zapravo pogledao i opisao), iako je mogao da kaže, na primer, *kardiolog nije pročitao snimak jer je bio na odmoru*. Zbog izbora pasivne konstrukcije, ovaj pacijentov doprinos zvuči mnogo formalnije od njegovog prethodnog iskaza.

### 3.8.2.6. Pokazatelji neformalnog stila u govoru pacijenta

Pokazatelji neformalnog stila su i u slučaju pacijenta brojniji:

a) redukovanje samoglasnika

Kao i lekari, pacijenti su najčešće koristili razgovorni oblik za postavljanje pitanja *je l*, a ređe su isti oblik koristili i na kraju pitanja, u vidu dopunskog operatora. Pored toga, naišli smo na sledeće oblike: *da l', kol'ko, tol'ko, al', d'operišem, odma', d'izvineš*.

b) sažimanje na kraju i u okviru reči

Pacijenti su koristili sledeće oblike: *reko', aj'te, bi'*.

c) sažimanje samoglasnika na kraju reči

Ovi oblici sažimanja su najfrekventniji u celom korpusu (gotovo svaki pacijent je upotrebio barem jedan od oblika), a naišli smo na sledeće primere: *mog'o, pit'o, upotrebljav'o, poč'o, im'o, stig'o, treb'o (sam), kopir'o, prepis'o, k'o, doš'o, uz'o, istek'o (rok), ost'o (sam), razočar'o, odvez'o me, prič'o, putov'o sam, nervir'o, isprovorcir'o, naiš'o, otiš'o, navik'o, povrać'o, privik'o se, iskašljav'o sam*.

d) sažimanje suglasnika ili sloga na početku reči

Kao i lekari, pacijenti koriste sledeće oblike: 'ajde, 'što, 'oću/oćete.

U Primeru 285 prikazaćemo neke od oblika navedenih pod a), b), c) i d).

e) nedovršene i neadekvatno formulisane rečenice (Primer 286)

f) upotreba familijarnih reči i izraza (Primer 287)

Pacijenti su veoma često koristili familijarne izraze u razgovoru sa lekarima.

Neki od primera na koje smo naišli su sledeći: *bio sam zaglavio juče, kad ono (bronhitis), hvala Bogu, na svoju ruku, teram dalje, magareći kašalj, opet slinim, ja bi' za mesec dana bila pokojna, (pijem) silne neke lekove, (on malo) šmrca, (priča) samo veze, priča k'o navijen, nemam ventil, skontao sam, da zagrizem ponovo, da mi nabije na nos, naiđe mi tako, crk'o bi, guranje kamena uzbrdo, dođe mi kao terapija, bezvezne stvari, svega mi je preko glave, kao da mi neki kamen stao, im'o sam katastrofu, (prošlo) kao rukom odnešeno, bre, sve živo (donosim), (moram da bacim) i bog, niko se nije uhvatio u koštac, glupo će da zvuči.*

g) upotreba ispunjivača

Pacijenti češće koriste ispunjivače od lekara, a primeri na koje smo naišli su sledeći: *mislim, da kažem, valjda, da vam kažem, kako bih vam rekla, nekako, lepo, kao, znate šta, znači, recimo, što se kaže, tako da, eto, otprilike, prosto, nekako, generalno, šta li, u suštini, ništa, šta sam još htela da vas pitam, što bi rekli.*

h) upotreba poštapalica

Pacijenti dosta često koriste i poštapalice, a najčešće su sledeće: *ovaj, kao, pa, nego, ono, kako se zove.*

i) upotreba neodređenih izraza

Pacijenti češće od lekara upotrebljavaju neodređene izraze kada o nečemu govore, a opazili smo sledeće primere: *ovaj zeleniš i ovo, ne znam ni ja kako, pa šta znam, i tako to, i tako dalje, ovako nešto, nešto kao neki..., na sve ove stvari, samo onako, ili nešto, šta znam, tako nešto, ovako-onako, (to) ili ne znam šta, kao neka (nestabilnost), taj neki, sve i svašta.*

U Primeru 288 navešćemo neke od oblika navedenih pod g), h) i i).

j) upotreba neknjiževnih/negramatičnih oblika (Primer 289)

Za razliku od govora lekara gde nismo primetili neknjiževne ili nigramatične oblike<sup>83</sup>, kod pacijenata se oni povremeno sreću. U korpusu smo naišli na sledeće oblike: *prepisato mi je, holster (umesto holter), (puls se) unormalizovao, da mi dadnete*

---

<sup>83</sup>Sa izuzetkom nepravilne upotrebe glagola *trebati* koju opažamo kod gotovo svih posmatranih lekara.



*nešto protiv..., ne mogu da preplaniravam, bio sam studirao, samo mi na noge ostalo, srce mi bilo lupalo, (vozim) putničko auto, osećam teškoću (sa leve strane), pritišće me nešto, donji (pritisk) izleti do 100, počinjem da ne mogu da spavam, teret neka, inekcije(umesto injekcije).*

Primer 285:

- P: [...] Nisam povraćala, al' mi se gadilo[...]  
L: Nema otoka na nogama, je l' tako?  
P: Ne, ne, ne, nikakvog. I ne izbacujem tol'ku tečnost sada. Ali mi je dobro, kako svaki dan to pijem, meni super  
L: [...] Ako ovakav bude nalaz kako su našli u ((XXX)) bolnici, mislim da će to biti za operaciju.  
P: Rek'o mi je tamo doktor. Rek'o mi je tamo doktor isto. Jako je divan doktor bio, baš mi je lepo objasnio.  
L: Evo.  
P: To je to, je l'?

(SKARD 13)

Pored toga što lekar koristi neformalni oblik *je l'* za postavljanje pitanja u vidu dopunskog operatora na kraju pitanja (*je l' tako?*), postoji nekoliko pokazatelja neformalnog stila u govoru pacijentkinje. Ona najpre koristi oblike *al'* i *tol'ka* (redukovanje samoglasnika), a zatim dva puta oblik *rek'o* (sažimanje samoglasnika na kraju reči). Najzad, i ona koristi oblik *je l'* u vidu dopunskog operatora na kraju pitanja (*To je to, je l'?*).

Primer 286:

- L: Znači, vi praktično dok nisu počele ove tegobe sa grlom nikakve smetnje sa plućima niste imali?  
P: Uhhh. Pre petnaestak godina sam imao upalu pluća i:  
L: Šta? Ležali u bolnici?  
P: Da.

(SPUL 2)

Dajući odgovor na pitanje u vidu deklarativnog iskaza sa uzlaznom intonacijom koje mu je lekar postavio, pacijent svoj iskaz ostavlja nedovršenim. Zbog toga lekar oseća potrebu da ga podstakne dodatnim pitanjem, na koje pacijent daje potvrđan odgovor.

Primer 287:

- L: [...] A što bi on bio težak?  
P: Pa, može da mi nabije na nos, kao, gde ćeš sada, nisi završio fakultet, ovako, onako:

(SPSIH 1)

Odgovarajući na lekarovo pitanje, pacijent se služi familijarnim izrazom *nabiti na nos*, u značenju *prebaciti nekome nešto*, da bi nakon toga upotrebio i neodređen izraz *ovako, onako*. Čitav doprinos zvuči kao da pripada razgovornom jeziku, a ne institucionalnoj komunikaciji.

Primer 288:

- L: A da li ste u detinjstvu imali ovako te slične simptome?  
P: Pa, nisam imala, da kažem (.) U detinjstvu sam jedino kao mlada dok nisam operisala krajnike tako često dobijala bronhitis i tako to (.)[...]  
L: Znači nije vam poznato iz detinjstva da su alergije u pitanju?  
P: [...]Eto, da kažem, kao da mi je imunitet opao. Da li od sekiracije (.) Da kažem stres, mislim ne znam kako bi//  
L. //Dižite.

(SPUL 13)

U odgovoru na lekarovo pitanje, pacijentkinja koristi dosta poštapalica (*pa, eto*) i ispunjivača (*da kažem, jedino, kao da, da li, mislim*), kao i neodređene izraze (*i tako to, ne znam kako bi*) koji njen govor čine neformalnim. Lekar je u jednom trenutku prekida započinjanjem fizičkog pregleda.

Primer 289:

- P: Osećam teškoću sa leve strane//  
L: //Dobro.  
P: Tako, često me pritišće, u toku noći me ((XXX)) boli  
L: [...]Mhm. Dobro. Koliko/kako ti se kreće pritisak?  
P: Do 200, ili 180, nekad//  
L: //A, reci mi, to ti je taj gornji, a ovaj donji kako ti je?  
P: Donji izleti do 90, 95.

(SKARD 7)

U ovom slučaju lekar razgovara sa pacijentkinjom slabijeg obrazovanja koja dolazi iz seoske sredine. On joj se obraća 2. licem jednine, a u njenom govoru zapažamo nekoliko nepravilnih (neknjiževnih, negramatičnih) oblika – ona oseća *teškoću* umesto *teskobu*, *pritišće je* umesto da je *pritisaka*, donji pritisak joj *izleti* do 90 umesto da se *popne* ili *skoči*.

Nešto što smo opazili samo u razgovorima iz oblasti pedijatrije jeste povremena upotreba deminutiva, i u govoru lekara (npr. *da pogledam uvce, da vidimo grlce, ima viruščić*) i u govoru roditelja pacijenata koji u najvećem broju slučajeva komuniciraju sa lekarom (npr. *Brufenčić, treba nam potvrđica za vrtić, nešto šmrcka, je l' može jedan uputić, boli je stomačić, da zakažemo kontrolicu*).

### 3.8.3. Zaključak

U dva posmatrana korpusa naišli smo na sličan izbor i upotrebu gramatičkih lica.

Lekari iz oba korpusa služili su se svim licima – 1. licem jednine i množine, 2. licem (u slučaju srpskog korpusa i jednine i množine), 3. licem jednine i množine i bezličnim oblicima. U oba korpusa lekari su koristili 1. lice jednine kako bi označili sebe, ali i aktivnosti koje preduzimaju ili savetuju pacijentu, kao i svoju uvek aktivnu percepciju. 1. lice množine i jedni i drugi koristili su najpre kako bi označili sebe i pacijenta u nekoj naizgled zajedničkoj aktivnosti, a ponekad i kako bi označili sebe i druge lekare ili sebe u okviru institucije u kojoj su zaposleni. U engleskom korpusu naišli smo i na slučajeve gde lekar umesto 1. lica jednine koristi 1. lice množine da označi samo sebe kao predstavnika institucije, dakle da se predstavi kao autoritet. U srpskom korpusu, međutim, ovakvih slučajeva nije bilo. Dok u engleskom korpusu nismo posebno posmatrali upotrebu 2. lica jer se u tom jeziku ne pravi razlika između formalnog i neformalnog oblika za obraćanje sagovorniku, lekari iz srpskog korpusa su u svrhu obraćanja pacijentu koristili i 2. lice jednine i 2. lice množine – najčešće su se služili 2. licem množine, ali ima i dosta primera upotrebe 2. lica jednine ili prelaska sa jednog lica na drugo u toku samog razgovora. U engleskom korpusu 3. lice jednine je upotrebljeno samo u jednom slučaju i to da označi pacijenta, dok je u srpskom korpusu češće korišćeno i to da označi drugog lekara (najčešće iz druge ustanove) ili pak pacijenta koji se nalazi sa njima u ordinaciji ali lekar o njemu govori nekom prisutnom saradniku; retko je korišćeno i da označi bolest o kojoj se govori. Lekari iz oba korpusa koriste 3. lice množine da označe druge lekare ili medicinsko osoblje, ali ne i sebe. Kada je reč o bezličnim oblicima ili zamenicama za sva lica, u engleskom korpusu naišli smo na oblike *some people* i *you*, a u srpskom korpusu na *čovjek* i *ljudi*.

Nasuprot zaključku do kojeg je u svojoj analizi došla Klikovac (2008a: 59), da je pacijentima na raspolaganju samo prostor 1. lica jednine i 3. lica, te da su uskraćeni za mogućnost da koriste 2. lice (jedinine i množine) kao i 1. lice množine, pacijenti iz oba posmatrana korpusa imali su mogućnost da koriste gotovo sva lica, iako ne uvek na isti način kao lekari i ne jednako često. Pacijenti iz engleskog korpusa češće su koristili 1. lice jednine na način na koji ga koriste lekari – da označe aktivnosti koje preduzimaju ili svoju aktivnu percepciju, dok su tek povremeno ovim licem označavali svoja osećanja, osećaje i nevoljnu percepciju, čime se dobijeni rezultati iz ovog korpusa znatno

razlikuju od onih koje je dobila Klikovac (2008a: 57) u svojoj analizi odabranog medicinskog susreta. Kada je reč o srpskom korpusu, pacijenti su takođe koristili 1. lice jednine da označe aktivnost i aktivnu percepciju, ali ne toliko često kao pacijenti iz engleskog korpusa, dok su znatno češće u odnosu na engleski korpus koristili ovo lice da označe svoja osećanja/osećaje i nevoljnu percepciju. Nešto po čemu se dva korpusa takođe razlikuju jeste i to da su pacijenti u engleskom korpusu dosta često koristili glagol *think* u njegovom punom značenju (čak 8 puta u 19 razgovora), dok su pacijenti u srpskom korpusu upotreбили glagol *misliti* u punom značenju svega 8 puta u okviru 110 razgovora. 1. lice množine pacijenti iz engleskog korpusa upotreбили su nekoliko puta da označe sebe i lekara ili nekog od medicinskog osoblja, dok se to u srpskom korpusu dogodilo samo jednom i tom prilikom je pacijent označio sebe i lekara u naizgled zajedničkoj aktivnosti. Za razliku od lekara, pacijenti iz srpskog korpusa lekarima su se isključivo obraćali koristeći 2. lice množine. Pacijenti iz engleskog korpusa nisu ni jednom upotreбили 3. lice jednine, dok su pacijenti iz srpskog korpusa ovo lice koristili da označe nekog drugog lekara, najčešće iz druge zdravstvene ustanove ili druge specijalnosti u odnosu na lekara sa kojim trenutno razgovaraju. I jedni i drugi koristili su 3. lice množine da označe druge lekare. Kada je reč o bezličnim oblicima, u engleskom korpusu naišli smo na oblik *you*, a u srpskom korpusu na *čovjek* i 2. lice jednine. U engleskom korpusu pacijenti su dosta često izjavljivali da nešto ne znaju ili ne razumeju, dok su pacijenti iz srpskog korpusa to činili umereno često.

Dakle, na osnovu analize dva korpusa zaključujemo da su lekarima na raspolaganju sva lica (uključujući i 2. lice jednine u slučaju srpskog korpusa), ali da i pacijenti koriste prostor svih gramatičkih lica (iako možda ne podjednako često) izuzev 2. lica jednine u srpskom korpusu.

Zapaženi su slični pokazatelji formalnog načina obraćanja lekara pacijentu u oba korpusa. U engleskom korpusu opazili smo umereno čestu upotrebu stručnih termina i stručnih objašnjenja, kao i upotrebu glagolskih imenica (nominalizacije) radi postvarivanja bolesti, dok smo u srpskom korpusu naišli na nešto češću upotrebu stručnih termina, a glagolske imenice u cilju postvarivanja bolesti korišćene su ređe nego u engleskom korpusu. Pored toga, lekari u srpskom korpusu dosta često su koristili pasivne konstrukcije (pasivizaciju) govoreći o terapiji i lečenju, kao i infinitiv. Ni u jednom ni u drugom korpusu nismo naišli na primere „prevođenja” laičkih termina koje koriste pacijenti na stručne termine, ali pronašli smo nekoliko obrnutih slučajeva u

srpskom korpusu – u želji da pojasne pacijentu o čemu se radi lekari su koristili laičke termine kako bi „preveli” prethodno upotrebljeni stručni termin.

Bilo je mnogo više pokazatelja neformalnog načina obraćanja lekara pacijentu, i to u oba korpusa. U engleskom korpusu prisutni su sledeći elementi: sažimanje reči, nedovršene rečenice, upotreba ispunjivača, upotreba familijarnih reči i izraza, upotreba neodređenih izraza i upotreba frazalnih glagola, dok smo u srpskom korpusu naišli na sledeće pokazatelje: redukovanje samoglasnika, sažimanje na kraju ili u okviru reči, sažimanje samoglasnika na kraju reči, redukovanje suglasnika ili celog sloga na početku reči, nedovršene rečenice, upotreba familijarnih reči i izraza, upotreba ispunjivača i poštapalica i upotreba neodređenih izraza.

Kada je reč o primerima formalnog obraćanja pacijenta lekaru, oni su znatno ređi – u engleskom korpusu formalno obraćanje sreće se samo u jednom delu jednog razgovora, dok se u srpskom korpusu takođe sreće samo povremeno i obeleženo je isključivom upotrebom 2. lica množine u obraćanju lekaru, povremenom upotrebom stručnih izraza od strane pojedinih pacijenata i retkom upotrebom pasivnih konstrukcija u razgovoru o lečenju ili propisanoj terapiji.

I u ovom slučaju mnogo je više pokazatelja neformalnog stila u govoru pacijenata, i to u oba korpusa. U engleskom korpusu pokazatelji neformalnog stila su sledeći: sažimanje reči, nedovršene i neadekvatno formulisane rečenice, upotreba ispunjivača, upotreba familijarnih reči i izraza, upotreba neodređenih izraza, upotreba negramatičnih oblika. U srpskom korpusu zapazili smo sledeće pokazatelje: redukovanje samoglasnika, sažimanje na kraju i u okviru reči, sažimanje samoglasnika na kraju reči, sažimanje suglasnika ili sloga na početku reči, nedovršene rečenice, upotreba familijarnih reči i izraza, upotreba ispunjivača i poštapalica, upotreba neodređenih izraza i upotreba neknjiževnih/negramatičnih oblika.

Analizom primera razgovora zaključujemo da lekari u oba korpusa govore nešto formalnije od pacijenata, ali da njihov govor sadrži dosta neformalnih elemenata karakterističnih za razgovorni jezik. Dakle, možemo reći da se radi o kombinaciji dva registra (formalnog i neformalnog) koje lekari kombinuju na više različitih načina, u zavisnosti od situacije. Pacijenti su, pak, retko kad sasvim formalni u obraćanju lekaru, osim što se (u srpskom korpusu) isključivo i veoma dosledno lekaru obraćaju 2. licem množine. U njihovom slučaju preovladava neformalni registar, iako ima slučajeva gde pacijent pokušava da parira lekaru načinom govora koji je karakterističan za

institucionalnu komunikaciju pa se služi stručnim terminima, glagolskim imenicama i pasivnim konstrukcijama.

### 3.9. „Stvarni svet” protiv „sveta nauke”

Kada je reč o dva „glasa” koja se po Mišlerovom (Mishler 1984: 63-64) stanovištu u interakciji lekara i pacijenta prepliću, sukobljavaju ili jedan drugog prekidaju, u engleskom i srpskom korpusu naišli smo na sličnosti, ali i razlike. U svakom razgovoru posmatrali smo prisustvo prelaza sa glasa medicine na glas svakodnevnog života i njihov broj, kao i da li taj prelaz pravi pacijent ili lekar. Takođe, zanimalo nas je u koliko slučajeva lekar prihvata nametnuti glas svakodnevnog života, kao i na koji način lekar učestvuje u glasu stvarnog života ukoliko ga ne prihvata (tj. na koji način reaguje na takvu pacijentovu inicijativu).

#### 3.9.1. Odnos „stvarnog sveta” i „sveta nauke” u engleskom korpusu

U razgovorima iz engleskog korpusa naišli smo na ukupno 24 prelaza sa glasa medicine na glas svakodnevnog života, što je u proseku 1.3 prelaza ili prekidanja po razgovoru. Pri tome, pacijenti su napravili 21 prelaz, a lekari svega 3. Zanimljivo je da u čak 18 slučajeva (86%) lekar prihvata pacijentovo uvođenje glasa svakodnevnog života. U preostala tri slučaja u kojima lekar ne prihvata uvođenje glasa svakodnevnog života, on reaguje tako što preusmerava razgovor na temu koja ga interesuje (*Let's go back when you...*), tako što potpuno ignoriše pacijentov pokušaj i postavlja novo pitanje kao da tog pokušaja nije ni bilo ili smehom i minimalnim responsom (*yeah, ok*) prekida pacijentov pokušaj. Primer 290 prikazuje pokušaje pacijenta da u razgovor sa lekarom uvede glas svakodnevnog života kao i lekarove reakcije.

Primer 290:

D: [...] How 'bout your breathing?

P: It's all right (.) I use the oxygen at night (...) You know, I got two bosses (.) Roger and his (.) wife (.) Mother your leg is swollen you better call the doctor

D: Well, your legs are gonna be swollen for the rest of your life [...] And salt is the biggest offender there (.) if you eat any salt it's gonna hold onto fluid (.) keep it in your body (.) So you've got to avoid salt (.) at all costs

P: Mmh-hmh (.) The only time I guess I (.) get salt I don't think Roger cooks with it (..) is if I go out to eat [...] One reason I didn't order soup uh the other night when we went out to uh (.) Olive Garden is because it's always so salty (.) So I thought well I'll take a salad, it was fine

D: Mmh-hmh. Everything at the Olive Garden is gonna be salty

P: But the/the lettuce iceberg, oh that gives me such indigestion  
 D: Mmh-hmh. Oh no  
 P: I can eat other lettuce  
 D: [...] Not the iceberg, yeah  
 P: It's been like that for years  
 D: ((laughs))But your legs don't look too bad today. I mean they are a little puffy  
 P: [...] And I know I'm not eat/eating any sweets all I do is treat myself to an eskimo pie at night and that has no sugar in it  
 D: Yeah (.) Okay  
 P: I get the sugar free  
 D: There's sugar free eskimo pies  
 P: Yeah  
 D: That's fine (.) I wouldn't worry too much about it let's just keep on it  
 P: And all these delicious deserts that they serve I don't touch 'em  
 D: You can't  
 P: I just drool  
 D: ((laughs)) I wanna take a listen to your heart so just wait here a second.

(EIM 2)

U navedenom primeru glas svakodnevnog života više puta prekida glas medicine i uvek je pacijentkinja ta koja pravi ove prelaze, dok lekar različito reaguje na njene pokušaje.

Nakon umereno otvorenog pitanja kojim lekar pokušava da sazna da li pacijentkinja ima problema sa disanjem, ona nakon davanja odgovora (*It's all right*) uvodi glas svakodnevnog života time što pominje svog sina i snahu, njihove međusobne odnose (*I've got two bosses*) i činjenicu da su zabrinuti zbog oticanja njenih nogu. Lekar prihvata ovu inicijativu koja dolazi od pacijentkinje, ali primećujemo da ne odgovara na deo u kojem ona navodi da sin i snaha brinu o njoj tako što joj govore šta treba da radi, već se ograničava na medicinski deo i upozorava/obaveštava je da će joj noge biti otečene do kraja života. Dakle, lekar u svojoj replici ipak pokušava da vrati razgovor u medicinske okvire (Mishler 1984: 87) iako naizgled prihvata glas svakodnevnog života koji pacijentkinja uvodi.

Nešto kasnije tokom razgovora, lekar daje pacijentkinji uputstva o tome kako bi trebalo da se ponaša u vezi sa unošenjem soli i pri tome se drži glasa medicine. Međutim, pacijentkinja, nakon minimalnog responsa *mmh-hmh* kojim potvrđuje da je razumela lekara, ponovo uvodi glas svakodnevnog života tako što obaveštava lekara da Rodžer (njen sin) ne soli mnogo hranu (dakle, lekar saznaje da njen sin obično kuva), te da je prilikom izlaska na večeru u određeni restoran bila prinuđena da izabere salatu umesto supe *jer oni uvek mnogo sole hranu*. Lekar ovoga puta prihvata glas svakodnevnog života, pa u svojoj replici potvrđuje činjenicu da u navedenom restoranu

koriste previše soli pri spremanju hrane (*Everything in Olive Garden is gonna be salty*). Pacijentkinja zatim kroz naredna tri turnusa proširuje temu odlaska u restoran na večeru, time što navodi da joj izvesna namirnica (*iceberg lettuce*) izaziva probleme sa varenjem, dok lekar u dve replike minimalnim responsom (*mmh-hmh, oh no*) i eho responsom (*not the iceberg, yeah*) pokazuje pacijentkinji da prati i razume ono što govori, ali istovremeno pokušava da je prekine i povrati dominaciju nad razgovorom. To mu polazi za rukom tek u trećoj replici gde nakon smeha kojim prekida pacijentkinjino izlaganje vraća razgovor na prvobitnu (medicinsku) temu otoka na njenim nogama (*But your legs don't look bad today*).

Nešto kasnije, pacijentkinja ponovo uvodi glas svakodnevnog života tako što obaveštava lekara da *uopšte ne jede slatkiše* izuzev izvesne pite koja ne sadrži šećer. Lekar prihvata ovu inicijativu i najpre minimalnim responsom (*yeah ok*), a potom i eho responsom (*there's sugar free eskimo pies*) pacijentkinji poručuje da prati šta govori, da bi je potom i ohrabrio da nastavi na isti način (*let's just keep on it*). Međutim, ona nastavlja da insistira na glasu svakodnevnog života tako što proširuje temu na *sve ukusne dezerte* koje ona *ne dotiče* već joj samo *ide voda na ustapri* pogledu na njih. Lekar ovoga puta ne prihvata glas svakodnevnog života i prekida pacijentkinju smehom, da bi potom najavio prelazak na drugi deo razgovora (fizički pregled) – *I wanna take a listen to your heart*. Time lekar definitivno preuzima kontrolu nad razgovorom i vraća ga unutar medicinskih okvira.

U ovom konkretnom primeru jasno je da pacijentkinja uvođenjem glasa svakodnevnog života uspeva izvesno vreme da kontroliše razgovor i da lekar svojim reakcijama dopušta da se to dogodi. Ipak, onog trenutka kada odluči da je vreme da se razgovor vrati u naučne okvire, lekar nema nikakvih posebnih poteškoća da to sprovede u delo. Imajući u vidu Mišlerov (Mishler 1984: 86) zaključak da uvođenje glasa svakodnevnog života od strane pacijenta menja govor lekara koji postaje manje tečan i ispunjen oklevanjima, zaključujemo da to u ovom primeru nije slučaj – osim dve kratke pauze u dva različita turnusa, u lekarovom govoru se ne primećuje ništa novo niti drugačije u odnosu na njegov govor u prethodnim segmentima.

U engleskom korpusu nismo naišli ni na jedan primer kojim bismo mogli da ilustrujemo prisustvo institucionalnog *knowhow* u lekarskoj ordinaciji.



### 3.9.2. Odnos „stvarnog sveta” i „sveta nauke” u srpskom korpusu

Napominjemo da smo za potrebe ove analize iz srpskog korpusa u potpunosti isključili razgovore sa psihijatrom, pa smo posmatrali ukupno 106 umesto 110 razgovora. Smatramo da u svim razgovorima iz oblasti psihijatrije glas medicine konstantno biva prekinut glasom svakodnevnog života, pre svega od strane pacijenata, ali i od strane lekara. U pojedinim slučajevima čini se da celim razgovorom zapravo dominira glas svakodnevnog života i da glas medicine ni ne postoji, jer pacijenti iznose svoje sumnje, strahove, doživljaje iz bliže ili dalje prošlosti, govore o svojim bližnjima, a lekar ih hrabri da to čine i ni jednog trenutka ne pokušava da ih preusmeri. Stoga smo smatrali da bi ova 4 razgovora trebalo zaobići kako bismo dobili realnije rezultate i uporedili ih sa engleskim korpusom (u kojem nema razgovora iz ove specijalnosti).

#### 3.9.2.1. Prekidanje glasa medicine glasom svakodnevnog života

U posmatраниh 106 razgovora, glas svakodnevnog života prekida glas medicine u ukupno 45 slučajeva<sup>84</sup> što jesvega 0.4 prekidanja po razgovoru. Pri tome pacijenti su napravili 38 prelaza na glas svakodnevnog života, a lekari 7. U svega 16 od ukupno 38 slučajeva (42%) lekar prihvata uvođenje glasa svakodnevnog života koje je inicirao pacijent.<sup>85</sup> U preostala 22 slučaja lekar odbija da prihvati uplitanje glasa svakodnevnog života tako što: postavlja novo pitanje (8 slučajeva), uvodi novu temu (2 slučaja), ignoriše pacijentov pokušaj i započinje fizički pregled (2 slučaja), ignoriše pacijentov pokušaj i ćuteći počinje/nastavlja da kuca izveštaj (3 slučaja), služi se minimalnim responsom *dobro* ili *mhm* (4 slučaja), daje pacijentu uputstva u vezi sa nečim što očekuje od njega u nastavku razgovora (3 slučaja).

Primer 291 prikazuje prekidanje glasa medicine glasom svakodnevnog života koji pacijent u nekoliko navrata uvodi, kao i lekarove raznovrsne reakcije na ove pokušaje.

---

<sup>84</sup>U razgovorima sa pulmologom pacijenti su 8 puta glasom svakodnevnog života prekinuli glas medicine, dok je lekar to učinio jednom. U pedijatrijskoj ordinaciji lekari i pacijenti (i/ili njihovi roditelji) napravili su po 3 prelaza sa glasa medicine na glas svakodnevnog života, dok je na klinici za ORL lekar to učinio 2 puta a pacijenti ukupno 5 puta. Najviše prelaza sa glasa medicine na glas svakodnevnog života napravili su pacijenti u kardiološkoj ambulanti (ukupno 22), dok je njihov lekar to učinio svega jednom.

<sup>85</sup>Od svih posmatраниh razgovora, jedino u oblasti pedijatrije lekar u sva 3 slučaja (100%) prihvata glas svakodnevnog života koji uvodi pacijent ili njegov pratilac. Kada je reč o razgovorima sa pulmologom, lekar prihvata uplitanje glasa svakodnevnog života u svega 38% slučajeva, kardiolog podržava ovu inicijativu pacijenta u 45% slučajeva, dok specijalista ORL to čini u čak 80% slučajeva.

Primer 291:

- L: [...] Šta pijete, ((XXX)), je l' tako?  
P: Ništa sad ne pijem više. Prešao sam na prirodnu medicinu i://  
L: //A-ha. I šta je od prirodne medicine pomoglo?  
P: Pa, vidite šta je//  
L: //Pa, znam da je pomoglo, ali ne znamo šta je pomoglo, da možemo i mi da  
P: A, to neću, zato što sam mnogo ček'o  
L: ((smeh))  
P: Imam stvarno čoveka koji je, ovaj, koji upražnjava//  
L: //Samo treba da vodite računa da ne bude u nekoj: što bi rekli koliziji sa lekovima za razređivanje krvi  
P: [...] Idem u selo 6. [...] Da pravim sok. Od jabuka.  
L: Šta pijemo od lekova?  
P: Presolol.  
L: [...] Ako bude nekih problema, vi se javite i ranije, ali u suštini:  
P: Neće, tamo gde sam ja je čist vazduh, nadmorska visina, zelenilo. Ne trebaju mi ni naočari tamo, ne treba mi ništa//  
L: //Ništa, čovek progleda.  
P: Verujte, pravim tamo sok od neprskanih jabuka. Ja sam mašinar pa sam napravio presu i mlin i sve to, to je da: ((smeh)) (.) Šta ćeš, nešto moraš da se zanimaš  
L: Znači, ovih poslednjih godinu dana, nije bilo nekih:/nekih tegoba?  
P: Ja ne osećam da/da://  
L: //Nije bilo gubitka svesti?  
P: Ne (.) Uzmem po jednu rakijicu pred ručak i meni super.  
L: Recite mi, tegoba tokom noći nema?  
P: Pa, sad sam se malo iznervirao oko Đokovića, pa sam zato možda malo: ovaj:  
L: ((smeh))  
P: Pritisak ((smeh))  
L: Pa, dobro, ja kada sam ga gledao, u suštini, znao sam da će da dobije sve  
P: Pa dobro, sve to znam, ali onda ne mogu da spavam noću ((smeh)) [...]

(SKARD 11)

Nakon lekarovog dopunskog pitanja na koje se očekuje potvrđan odgovor, pacijent prvo negira ponuđeni odgovor, a zatim dodaje komentar kojim uvodi glas svakodnevnog života (*Prešao sam na prirodnu medicinu*) i tako prekida glas medicine. Lekar ga prekida kako bi mu pokazao da prihvata ovu njegovu inicijativu i svojom replikom se nadovezuje na temu o alternativnoj medicinikuju je pacijent uveo. Nakon minimalnog responsa (*a-ha*) kojim pokazuje pacijentu da ga sluša, lekar odmah postavlja i pitanje kojim proširuje temu (*I šta je od prirodne medicine pomoglo?*). Pošto od pacijenta ne dobija zadovoljavajući odgovor, lekar u svom narednom turnusu ponovo insistira na tome da mu pacijent kaže šta mu je od alternativne medicine pomoglo. Ovoga puta pacijent odbija da odgovori tako što polušaljivim tonom izjavljuje da je predugo čekao i da zbog toga neće da podeli svoju „tajnu” sa lekarom, na šta lekar

reaguje glasnom pauzom, tj. smehom. Pacijent zatim ponovo uvodi glas svakodnevnog života tako što proširuje prethodnu temu (navodi da *ima čoveka* koji se bavi alternativnom medicinom), a lekar ponovo prihvata, ali razgovor ipak donekle usmerava u naučnom pravcu, jer upozorava pacijenta da bude oprezan sa kombinovanjem alternativnih i zvaničnih lekova.

Nešto kasnije pacijent ponovo pokušava da uvede glas svakodnevnog života time što izjavljuje da *ide na selo da pravi sok od jabuka*, međutim ovoga puta lekar u potpunosti ignoriše taj njegov pokušaj i postavlja naredno pitanje kao da pacijent ništa nije rekao. Pacijent odmah pristaje na ovo vraćanje razgovora u strogo medicinske okvire i odgovara na postavljeno pitanje na očekivani način, kratko i precizno.

Malo kasnije, kada lekar već polako zaokružuje razgovor zakazujući naredni susret, pacijent ponovo uvodi glas svakodnevnog života govoreći još jednom o mestu u kojem će boraviti i kako se oseća kada se tamo nalazi. Ovoga puta lekar prihvata ovo prekidanje glasa medicine tako što se slaže sa pacijentovom izjavom (*čovek progleda*). Pacijent zatim dodaje još nekoliko pojedinosti – ponavlja da *pravi sok od jabuka*, kao i da je *mašinac* (mašinski inženjer) po zanimanju i kako je *napravio presu* za ceđenje soka, a iz njegove replike je jasno i da ima dosta slobodnog vremena koje se trudi da utroši (*šta ćeš, nešto moraš da se zanimaš*). Ovoga puta lekar ne prihvata pokušaj pacijenta da održi kontrolu nad razgovorom, već postavlja novo, negativno polarizovano, pitanje (*Znači, ovih poslednjih godinu dana, nije bilo nekih:/nekih tegoba?*). Pacijent pokušava da odgovori na pitanje tako što počinje da priča o tome šta oseća (dakle, verovatno ponovo pokušava da prekine glas medicine), ali ga lekar odmah prekida postavljanjem još preciznijeg pitanja. Ni ovoga puta pacijent zapravo ne daje odgovor na postavljeno pitanje – umesto da odgovori *da li je nekada gubio svest*, on ponovo uvodi glas svakodnevnog života i izjavljuje da *popije po čašicu rakije pa se oseća super*. Lekar i dalje ne obraća pažnju na ove pacijentove pokušaje da razgovor drži podalje od medicine i insistira na daljem postavljanju pitanja. Nakon još jednog negativno polarizovanog pitanja, pacijent ponovo, umesto očekivanog odgovora, uvodi glas svakodnevnog života i naglašava da je *gledao Đokovića* i da se *iznervirao*. Lekar prihvata ovu inicijativu i nadovezuje se na pacijentovu izjavu, tvrdeći da je *znao da će (Đoković) sve da dobije* čime i on na trenutak progovara glasom svakodnevnog života. Pacijent se u svojoj narednoj replici slaže sa lekarom, te dodaje još jedan podatak iz svakodnevnog života – da *ne može da spava noću (ako gleda napet Đokovićev meč)*.

U navedenom primeru pacijent u nekoliko navrata glasom svakodnevnog života prekida glas medicine i veoma je uporan u tim pokušajima. Lekar, s druge strane, tek povremeno prihvata pacijentovu inicijativu –od ukupno 8 pokušaja uvođenja glasa svakodnevnog života, lekar 3 puta prihvata nametnutu temu, dok preostalih 5 puta ignoriše pacijentove pokušaje i trudi se da vrati razgovor u strogo medicinske okvire, te da zadrži kontrolu nad razgovorom. Ni ovde ne opažamo da nakon što pacijent uvede glas svakodnevnog života lekarov govor postaje manje tečan ili da okleva pre nego što postavi naredno pitanje - osim jedne nedovršene rečenice (*Pa, znam da je pomoglo, ali ne znamo šta je pomoglo, da možemo i mi da-*) ne opažamo bilo kakve promene u govoru lekara, te ni ovoga puta nismo potvrdili Mišlerovo (Mishler 1984: 86) zapažanje.

### 3.9.2.2. Institucionalni *knowhow*

U srpskom korpusu nailazimo na 5 primera institucionalnog *knowhow*, gde se pacijentovo i lekarovo viđenje pacijentovog problema ili ličnih osećanja razilaze (Primer 292).

#### Primer 292:

- L: [...] A da li ste u detinjstvu imali ovako te slične simptome?  
P: Pa, nisam imala, da kažem (.) U detinjstvu sam jedino kao mlada dok nisam operisala krajnike tako često dobijala bronhitis i tako TO (.) Ali posle operacije krajnika nisam imala nikad, hvala Bogu, probleme sa plućima (...) E sad, da li je meni pad imuniteta, pošto mi je mama tri godine bolovala (...) ne znam (.) Da li je to imunitet sad (.) oslabio, ako je to alergijski još nisam utvrdila (...) šta je (.) Doktorka isto sumnja da mi je možda imunitet pao (.)//  
L: //Zbog čega?  
P: Zbog majke↓  
L: A šta se desilo sa njom?  
P: Umrila je↓  
L: Uđite ovde da se skinete do pojasa.

(SPUL 13)

U ovom primeru pacijentkinja, očitno uz dosta oklevanja i zastajkivanja, pokušava da pronađe vezu između svog iznenada veoma krhkog zdravlja i problema koji je imala sa članom porodice. Ona navodi da joj je *mama tri godine bolovala* što svakako predstavlja uvođenje glasa svakodnevnog života. Lekar ovaj njen pokušaj ne ignoriše u potpunosti – donekle prihvata tu njenu inicijativu i postavlja joj dodatna pitanja kako bi saznao o čemu se tačno radi. Međutim, nakon što sazna da je

pacijentkinjina majka *umrla* lekar napušta ovu temu i ignorišući pacijentkinjin poslednji iskaz on joj daje uputstva da se pripremi za fizički pregled.

Ovo je jasan primer postojanja institucionalnog *knowhow*<sup>86</sup> (Heritage 2004: 176), gde lekar i pacijent nikako ne gaje iste emocije prema događajima u pacijentovom životu – dok pacijent smatra da je ono što se njemu dogodilo najvažnije, lekar mora da klasifikuje događaje po važnosti i da se usredsredi na one koji imaju strogo medicinski značaj. Dakle, lekar ovaj pacijentkinjin problem ne doživljava na način na koji ga ona doživljava, on sa njom ne deli njenu emotivnu bol i čak se ni ne trudi da pokaže empatiju tim povodom.

### 3.9.3. Zaključak

U oba posmatrana korpusa (bez razgovora sa psihijatrom u srpskom korpusu) nailazimo na primere uvođenja glasa svakodnevnog života koji prekida glas medicine i u oba korpusa pacijent to čini mnogo češće nego lekar.

U engleskom korpusu prekidanje glasa medicine glasom svakodnevnog života znatno se češće dešava nego u srpskom – u proseku 1.3 puta po razgovoru naspram svega 0.3 puta po razgovoru u srpskom korpusu. Takođe, u engleskom korpusu lekar mnogo češće prihvata glas svakodnevnog života i pristaje da nastavi razgovor na tu temu – on to čini u čak 86% slučajeva, dok se u srpskom korpusu to dešava u svega 42% slučajeva.

U slučajevima u kojima ne prihvataju inicijativu pacijenta za uvođenje glasa svakodnevnog života, lekari iz oba korpusa slično reaguju – ignorišu pacijentove pokušaje postavljanjem novog pitanja, preusmeravaju razgovor na novu temu, prelaze na fizički pregled, ignorišu pacijentove reči i pišu izveštaj, daju pacijentu uputstva ili koriste minimalne response.

U analiziranim primerima iz oba korpusa nismo potvrdili Mišlerovo (Mishler 1984: 86) zapažanje da nakon uvođenja glasa svakodnevnog života od strane pacijenta lekarov govor počinje da se menja, postajući manje tečan, ispunjen oklevanjem i pauzama– osim nekih sitnijih nesavršenosti, nismo opazili ništa što bi potvrdilo ovu teoriju.

Dok u engleskom korpusu nismo pronašli ni jedan primer za institucionalni *knowhow*, u srpskom korpusu ih ima ukupno 5. U svim primerima pacijent navodi neki

---

<sup>86</sup>Vidi 2.4.4

slučaj iz privatnog života (problem sa članom porodice, problem sa finansijama i sl.), na šta lekar veoma „hladno“ reaguje, držeći se svoje agende i medicinskih činjenica i ne pokazujući empatiju.

## **4. ZAKLJUČAK**

### **4.1. Zaključna razmatranja**

Ovaj rad se bavi analizom interakcije lekara i pacijenta u engleskom i srpskom jeziku, sa posebnim osvrtom na jezička sredstva kojima se govornici služe u tom tipu komunikacije, njihove međusobne odnose i raspodelu moći unutar medicinskog susreta. Kako je reč o jednom vidu institucionalne komunikacije, za koju se gotovo podjednako zanimaju analiza konverzacije i kritička analiza diskursa, pa tako i sâma analiza diskursa iz koje su se navedene discipline izdvojile, počeli smo od osnovnih teorijsko – terminoloških razmatranja (definicija, ciljeva, metodoloških pristupa i najvažnije terminologije) u okviru navedenih disciplina.

Posebnu pažnju u tom smislu posvetili smo teorijskim razmatranjima u vezi sa medicinskim susretom, koji je jedan od najčešće istraživanih tipova institucionalne komunikacije. Međutim, gotovo svi dosadašnji rezultati iz ove oblasti dobijeni su najpre na engleskom govornom području a potom i u još nekoliko evropskih zemalja, dok su retka istraživanja sprovedena na našem području ili nedovoljno sveobuhvatna ili se odnose na širu oblast institucionalne komunikacije, a ne isključivo na medicinski susret i komunikaciju između lekara i pacijenta. Slaba istraženost je upravo glavni razlog zašto smo odabrali upravo ovaj predmet istraživanja, dok je drugi važan razlog taj što je reč o veoma značajnoj oblasti čije istraživanje bi moglo da donese korist kako navedenim disciplinama u okviru jezika tako i samoj medicinskoj praksi. Između ostalog, zanimalo nas je u kojoj meri se sagovornici pridržavaju unapred definisanih uloga i da li je zaista reč o asimetričnom susretu čiji učesnici imaju nejednaka prava, kako se asimetrija manifestuje unutar razgovora, kojim sredstvima se sagovornici bore za moć i za svoje mesto u razgovoru, te na koji način ističu simbole moći u okviru interakcije. Drugim rečima, pokušali smo da utvrdimo da li se razgovori između lekara i pacijenta na srpskom jeziku koji se odvijaju u zdravstvenim ustanovama u Srbiji značajno razlikuju od onih sa engleskog govornog područja i u kojoj meri i jedni i drugi potvrđuju dosadašnje rezultate i zapažanja na koja nailazimo u literaturi.

Dosadašnja istraživanja bavila su se mnogobrojnim aspektima interakcije lekara i pacijenta, a između ostalog zaključeno je da lekar, kao predstavnik institucije, i pacijent, kao klijent institucije, uvek imaju nejednaka prava u okviru medicinskog susreta – lekar uglavnom upravlja razgovorom, određuje pacijentu ponašanje, odlučuje o tome kada i kako će razgovor biti započet i završen, prekida pacijenta kada god to

poželi i postavlja značajno veći broj pitanja u odnosu na pacijenta. Lekar takođe može da ne dozvoli da bude prekinut, kao i da odluči hoće li odgovoriti na pacijentovo pitanje ili ne, dok pacijent ta prava nema. Takođe je isticano da pacijent često ne razume lekara zbog upotrebe stručne terminologije i profesionalnog žargona, te da takvi problemi u komunikaciji mogu dovesti do lošijeg odnosa pacijenta prema lečenju i samim tim do lošijih rezultata lečenja. Od brojnih izučavanih aspekata, u našem istraživanju odlučili smo se za one koje smatramo najupadljivijim odlikama ovog tipa komunikacije – najpre istražujemo faze medicinskog susreta sa stanovišta dva različita modela, zatim se bavimo žanrom medicinskog susreta u pokušaju da odredimo da li je reč o intervjuu ili običnom (svakodnevnom) razgovoru, potom razmatramo načine ispoljavanja inicijative u toku razgovora, ko otvara i zatvara razgovor, ko postavlja pitanja, na koji način i sa kojim ciljem, ko koga prekida i na koji način, koja jezička sredstva se koriste u okviru trećeg turnusa i sa kojim ciljem; najzad, istražujemo upotrebu gramatičkih lica i nivo formalnosti govora oba učesnika u komunikaciji i pokušavamo da odredimo u kojoj meri je „stvarnom svetu” dozvoljeno da proдре u „svet nauke” i na koji način prevashodno pacijenti pokušavaju to da sprovedu.

Kako bismo došli do odgovora na ova pitanja, posmatrali smo korpus koji se sastoji iz razgovora na engleskom i srpskom jeziku, a radi lakšeg snalaženja ove delove korpusa posmatrali smo kao dva odvojena korpusa – korpus na engleskom i korpus na srpskom jeziku. U transkribovanim razgovorima iz ovih korpusa pronalazili smo primere za aspekte koje smo želeli da posmatramo, a potom smo ih analizirali poštujući najpre pravila analize (institucionalne) konverzacije a onda i kritičke analize diskursa. Zatim smo ih poredili međusobno i sa rezultatima dosadašnjih istraživanja kako bismo izveli odgovarajuće zaključke. Dakle, rad se u najvećoj meri oslanjao na kvalitativnu analizu, dok je kvantitativna analiza prisutna samo u vidu najjednostavnijih procentualnih prikaza pojedinih rezultata, pri čemu ozbiljnija statistička analiza nije rađena.

Posmatrajući faze razgovora iz oba korpusa, došli smo do zaključka da su engleski razgovori znatno bliži modernom biopsihosociološkom modelu na čijem se uvođenju sve više insistira u okviru medicinske prakse i koji sadrži čak 11 faza, dok srpski razgovori i dalje više odgovaraju klasičnom biomedicinskom modelu od 6 faza. Srpski lekari se razlikuju od svojih engleskih kolega po tome što se uglavnom ne trude da na početku razgovora stvore opušteniju atmosferu za nastavak susreta, znatno ređe pribegavaju fatičkoj razmeni, ređe koriste odgovarajuće strategije za podsticanje



pacijenta da više govori o svom problemu, gotovo nikada ne razjašnjavaju pacijentu postavljenu dijagnozu i nikada ne uključuju pacijenta u donošenje odluke o lečenju. Posmatrani engleski razgovori su u proseku znatno duži od srpskih (izuzev onih iz oblasti psihijatrije), pa je to verovatno i glavni razlog zašto razgovori iz srpskog korpusa više odstupaju od predloženog biopsihosociološkog modela, iako smo uočili da se i srpski razgovori u izvesnoj meri međusobno razlikuju, u zavisnosti od posmatrane grane medicine. Imajući u vidu faze iz kojih se posmatrani razgovori sastoje, ne bismo mogli u potpunosti da se složimo sa tvrdnjom da je susret između lekara i pacijenta strogo organizovan, ritualizovan, događaj – iako susret svakako sadrži pojedine obavezne delove, lekari iz oba korpusa veoma često menjaju redosled pojedinih delova ili ih se pridržavaju u manjoj ili većoj meri, a razgovori se međusobno dosta razlikuju i u zavisnosti od toga da li pacijent dolazi po prvi put ili je u pitanju kontrolni pregled. Takođe, zaključujemo da u srpskim razgovorima postoji nešto veća asimetrija i da lekar upadljivije kontroliše razgovor, kao i da se lekari iz srpskog korpusa znatno doslednije pridržavaju unapred zacrtane agende i retko se odlučuju na bilo kakvu „digresiju”.

Kada je reč o žanru medicinskog susreta, došli smo do zaključka da razgovori iz oba posmatrana korpusa predstavljaju kombinaciju intervjua i običnog razgovora, iako je u srpskom korpusu žanr intervjua nešto zastupljeniji i nije isključivo vezan za centralni deo razgovora kao što je to slučaju razgovorima iz engleskog korpusa. Priča, kao posebna odlika žanra konverzacije, prisutna je u razgovorima iz oba korpusa, ali u srpskom korpusu ipak znatno ređe nego u engleskom. Takođe, iako priče u oba korpusa pričaju i pacijenti i lekari, u srpskom korpusu brojnije su priče lekara, a one su i duže od priča koje pričaju pacijenti i nesmetano se odvijaju, bez uplitanja sagovornika. Dakle, i ovaj aspekt pokazuje da u srpskim razgovorima postoji veća asimetrija među učesnicima u razgovoru, te da lekar ima veću moć u odnosu na pacijenta i u nešto većoj meri kontroliše razgovor u odnosu na kolegu iz engleskog korpusa.

Posmatranjem načina na koji lekar i pacijent ispoljavaju inicijativu unutar susreta, dolazimo do zaključka da je u oba korpusa lekar taj koji upravlja razgovorom, i to tako što određuje teme i podteme, navodi pacijenta na željeni odgovor, prekida pacijentovo izlaganje kada god poželi i zauzima veći ukupni prostor u razgovoru. Međutim, i pacijenti imaju priliku da ispolje inicijativu, i to iznenađujuće često, pri čemu pacijenti iz srpskog korpusa to ipak čine nešto ređe u odnosu na pacijente iz engleskog korpusa. Zanimljivo je da i u jednom i u drugom korpusu lekari u velikom procentu prihvataju pacijentovu inicijativu, što se kosi sa mnogobrojnim ranijim

zaključcima da pacijent kao klijent institucije ne poseduje gotovo nikakvu moć u odnosu na lekara koji apsolutno dominira razgovorom.

Uvidom u načine na koje se razgovori otvaraju i zatvaraju, došli smo do zaključka da su ovi segmenti medicinskog susreta manje tipizirani nego što to predviđa literatura iz oblasti analize konverzacije i da postoje brojna odstupanja u tom smislu. I u ovim segmentima, lekari iz oba korpusa pokazuju znatno veću inicijativu u odnosu na pacijenta, što predstavlja iznenađenje kada je u pitanju srpski korpus, ako imamo u vidu pravilo stupanja na tuđu teritoriju prema kojem bi pacijent sa ovih prostora trebalo prirodno da otvori i zatvori razgovor, jer je on taj koji ulazi u ordinaciju i izlazi iz nje dok lekar sve vreme ostaje unutra. Zaključili smo i da lekari iz srpskog korpusa znatno češće od svojih američkih kolega naglo zatvaraju razgovor i direktno stavljaju pacijentu do znanja da je susretu došao kraj, što nas ponovo dovodi do veće asimetrije i većeg prisustva simbola moći u razgovorima iz srpskog korpusa. Zanimljivo je pomenuti i da pacijenti iz srpskog korpusa često „zaboravljaju” da odgovore na lekarov pozdrav i odmah „prelaze na stvar”, dok je mogući razlog za takvo ponašanje kratko vreme koje imaju na raspolaganju da iznesu svoj slučaj i tendencija lekara da ih u tome prekidaju i ograničavaju.

Kada je reč o postavljanju pitanja, zanimljivo je da je u oba korpusa procentualni odnos broja pitanja koja postavljaju lekari i onih koja postavljaju pacijenti identičan (81% naspram 19%). Dakle, nije tačno da pacijenti nikada ne postavljaju pitanja lekarima, oni to svakako čine, ali znatno ređe u odnosu na lekare. Dalje, lekari i pacijenti postavljaju pitanja sa različitim ciljevima – dok lekar to najčešće čini kako bi zatražio informaciju, kako bi naveo pacijenta na željeni odgovor ili mu pomogao da odgovori na postavljeno pitanje, pacijent najčešće postavlja pitanja kako bi bio siguran da je dobro razumeo šta lekar od njega očekuje, ali i da bi se detaljnije informisao o svom stanju/bolesti. Pored toga, pitanja koja postavljaju lekari češće su negativno polarizovana (tj. pretpostavljaju negativan odgovor) od onih koja postavljaju pacijenti. Dakle, iako pitanja koja postavljaju lekari odražavaju postojanje veće količine moći, ne možemo reći da pacijenti nemaju nikakvu moć – postavljanje pitanja uvek zahteva određenu količinu moći, a to posebno dolazi do izražaja u slučajevima kada pacijent traži dodatne informacije o svom stanju ili želi više da sazna o svojoj bolesti, jer to na neki način predstavlja zadiranje u lekarov profesionalni domen i isticanje prava na posedovanje znanja. Dobijeni rezultati iz ovog segmenta, u oba posmatrana korpusa, najviše se razlikuju od zaključaka nekih starijih istraživanja, posebno Mišlerovog

(Mishler 1984), koje uopšte nije uzimalo u obzir mogućnost da pacijent lekaru postavi pitanje.

Pored postavljanja pitanja, prekidanje sagovornika smatra se jednim od najupadljivijih načina za isticanje moći unutar razgovora. Posmatranjem ukupnog broja prekidanja sagovornika, došli smo do zaključka da lekari iz oba korpusa češće prekidaju pacijente nego obratno, te da je asimetrija između lekara i pacijenta po tom pitanju nešto veća u srpskom korpusu. Lekari iz oba korpusa češće prekidaju pacijenta kako bi istakli simbole moći, a ređe da bi podržali pacijenta ili ga ohrabрили da nastavi sa svojim izlaganjem. Međutim, dok pacijenti iz engleskog korpusa češće prekidaju lekara kako bi pokazali da prate njegovu agendu i razumeju šta im govori nego kako bi mu se na neki način suprotstavili, u srpskom korpusu je obrnuto – pacijenti češće prekidaju kako bi se na neki način suprotstavili lekaru ili njegovoj agendi. Dakle, na osnovu ovog aspekta (za razliku od prethodno posmatranih aspekata) reklo bi se da srpski pacijenti poseduju zadovoljavajuću količinu moći u interakciji sa lekarom.

Treći turnus su u oba korpusa znatno češće koristili lekari nego pacijenti, što je očekivano i u skladu sa manjim brojem prilika koje pacijenti imaju za postavljanje pitanja u odnosu na lekare, pa samim tim i za započinjanje sleda i upotrebu trećeg turnusa. I jedni i drugi su u okviru trećeg turnusa mnogo češće koristili potvrde (*acknowledgements*) nego procene (*assessments*), što se poklapa sa rezultatima ranijih istraživanja. Lekari iz oba korpusa najviše su koristili procene u okviru razgovora o glavnoj temi susreta, dok su se u ostalim situacijama procentualno više razilazili – lekari iz engleskog korpusa više su koristili procene u okviru razgovora na neku od medicinskih tema izvan glavne agende, dok su lekari iz srpskog korpusa češće koristili procene u okviru fatičke razmene. U ovom delu posebno smo razmatrali upotrebu partikule *oh* u engleskom korpusu i dobili smo rezultate koji se u izvesnoj meri razlikuju od rezultata ranijih istraživanja. Naime, iako se smatra da lekari gotovo nikada ne koriste ovu partikulu u vidu reakcije na pacijentovu repliku, dok pacijenti to često čine, u našem korpusu došli smo do suprotnih rezultata – i jedni i drugi su retko koristili partikulu *oh* u okviru trećeg turnusa, ali ipak su lekari to činili češće od pacijenata, što u izvesnoj meri predstavlja iznenađenje. Ovaj segment nismo mogli da uporedimo sa srpskim korpusom, jer u srpskom korpusu nismo pronašli ništa slično partikuli *oh*. S druge strane, partikula *ok* i srpska partikula *dobro* korišćene su na gotovo identičan način, pri čemu su lekari to u oba slučaja činili po automatizmu. Dobijeni rezultati ne

potvrđuju neka ranija istraživanja (Verby 1991; Beach 1995) koja su tvrdila da upotrebom partikule *ok* lekar pacijentu šalje pogrešnu i štetnu poruku.

Uvidom u izbor gramatičkih lica, zaključili smo da, prema očekivanjima, lekari koriste prostor svih gramatičkih lica. Međutim, nasuprot rezultatima nekih ranijih istraživanja (Klikovac 2008a, Cordella 2004), i pacijenti se kreću prostorom svih lica, izuzev 2. lica jednine u slučaju srpskog korpusa i 3. lica jednine u slučaju engleskog. Kada je reč o upotrebi glagola *misliti* u punom značenju, znatno češće se sreće kod pacijenata iz engleskog korpusa nego kod srpskih pacijenata. Takođe, ustanovili smo da lekari govore formalnije od pacijenata u oba posmatrana korpusa, ali da i u njihovom govoru ima više elemenata koji su karakteristični za razgovorni jezik. Ukoliko posmatramo izbor i upotrebu stručnih izraza i objašnjenja, nameće se zaključak da su lekari iz srpskog korpusa nešto formalniji od svojih američkih kolega u obraćanju pacijentu. S druge strane, i jedni i drugi često koriste familijarne izraze, ispunjivače, poštalice, nedovršene rečenice i sl. Pacijenti iz oba korpusa, pak, govore neformalnije i u njihovom govoru tek povremeno se sreću odlike formalnog stila, i to češće u srpskom korpusu gde pojedini pacijenti pokušavaju da pariraju lekarima upotrebom određenih stručnih termina i pasivnih konstrukcija. Sve u svemu, rekli bismo da je jezik lekara i pacijenata dosta blizak razgovornom jeziku zbog česte upotrebe elizije, te samoispravki, oklevanja, poštalice i sl. (Polovina 1990).

Najzad, u oba korpusa naišli smo na primere uvođenja glasa svakodnevnog života („stvarnog sveta’’) kojim se prekida glas medicine („svet nauke’’). Takvi primeri su brojniji u engleskom korpusu, a u oba korpusa tome više pribegavaju pacijenti nego lekari. Takođe, u engleskom korpusu lekar mnogo češće prihvata glas svakodnevnog života koji uvodi pacijent i pristaje da nastavi razgovor na tu temu, dok se u srpskom korpusu to dvostruko ređe dešava. Dakle, ovo je još jedan pokazatelj da je asimetrija među sagovornicima u srpskom korpusu izraženija nego u engleskom, te da se lekari sa ovih prostora doslednije pridržavaju tradicionalistički utvrđenih uloga. Ni jednim primerom nismo potvrdili Mišlerovo (Mishler 1984: 86) zapažanje da se lekarov govor menja i postaje manje tečan nakon uvođenja glasa svakodnevnog života, jer je u svim slučajevima govor ostao potpuno isti i nije izgledalo da je lekar na bilo koji način izbačen iz ravnoteže. Primere za institucionalni *knowhow* pronašli smo samo u srpskom korpusu, a iz njih se vidi da lekari i pacijenti zaista sa različitih stanovišta i sa različitim očekivanjima pristupaju problemima zbog kojih pacijenti posećuju zdravstvenu ustanovu, te da lekari u tom smislu ne ispoljavaju empatiju u dovoljnoj meri.

Uvidom u navedene rezultate dobijene analizom interakcije lekara i pacijenta na engleskom i srpskom sa svih posmatranih aspekata, dolazimo do zaključka da asimetrija u medicinskom susretu svakako postoji i da je lekar vidno dominantniji od pacijenta, ali ne u meri u kojoj je to navedeno u velikom broju (posebno starijih) istraživanja (Mishler 1984, Shuy 1983, Ong et al. 1995). Takođe zaključujemo da pacijent ipak ne govori isključivo kada ga lekar svojim pitanjima na to podstakne, kako tvrdi Ferklaf (Fairclough 1992), već povremeno i sâm ispoljava inicijativu tako što postavlja pitanja, zanima se za detalje o svom stanju ili bolesti, iznosi sopstveno mišljenje, započinje fatičku razmenu ili se čak raspituje za lekarov privatan život. Međutim, pacijent nikada ne odbija da odgovori na lekarovo pitanje ili da ispuni ono što lekar od njega očekuje, usled čega se njegov nivo moći znatno razlikuje od lekarovog.

Kada je reč o rodnim razlikama, nismo ih razmatrali sa svih navedenih aspekata, već samo u vezi sa postavljanjem pitanja i prekidanjem sagovornika (na čemu su insistirala i istraživanja na koja smo se pozivali) i došli smo do određenih zaključaka koji su se u manjoj ili većoj meri poklopili sa rezultatima prethodnih istraživanja. Kada je reč o pacijentima, rezultati dobijeni u engleskom korpusu ne poklapaju se u potpunosti sa nalazima prethodnih istraživanja na osnovu kojih ženski pacijenti postavljaju lekarima više pitanja u odnosu na muške pacijente - ovde je rezultat obrnut, iako razlika nije upadljiva. Međutim, u srpskom korpusu rezultati su potvrdili prethodna istraživanja – ženski pacijenti zaista su u proseku postavljali nešto više pitanja lekarima od muških pacijenata. Kada je reč o lekarima, rodne razlike u vezi sa brojem postavljenih pitanja posmatrali samo u srpskom korpusu i pokazalo se da su lekarske postavljale u proseku manje pitanja od svojih muških kolega. Ipak, kako je reč o razgovorima iz oblasti pedijatrije koji su u proseku znatno kraći od ostalih posmatranih razgovora, nismo želeli da izvodimo definitivne zaključke u tom smislu. Kada je reč o prekidanju sagovornika, u oba korpusa dobili smo rezultate koji pokazuju da pacijenti ženskog roda nešto češće prekidaju lekara od muških pacijenata. U srpskom korpusu lekari gotovo dvostruko češće prekidaju sagovornika u odnosu na lekarke, dok jedina lekarka u engleskom korpusu pristupa prekidanju pacijenta na drugačiji način u odnosu na svoje muške kolege – manje nametljivo, nesigurnije i uz davanje većeg prostora pacijentu.

Analizirajući razgovore, uočili smo i izvesne razlike koje postoje među granama medicine koje smo imali priliku da posmatramo u okviru naša dva korpusa. Radi se o četiri različite grane medicine - pedijatriji, psihijatriji, internoj medicini (gde

spadaju pulmologija, kardiologija i ORL iz srpskog korpusa i 5 razgovora iz engleskog korpusa koji najviše odgovaraju oblastima pulmologije i kardiologije) i ortopedskoj hirurgiji. Pri tome, interakcija u oblasti pedijatrije i psihijatrije ranije je istraživana u okviru pojedinih studija, jer su u pitanju specifične grane medicine, dok razgovori iz interne medicine i ortopedske hirurgije do sada nisu izdvajani i posebno komentarisani. Kada je reč o razgovorima iz oblasti pedijatrije, od ostalih se razlikuju pre svega po gotovo obaveznom prisustvu trećeg lica koje je u pratnji maloletnog pacijenta (uglavnom se radi o majci ili ocu, a ponekad i o oba roditelja), što znači da lekar gotovo uvek ima dva ili više sagovornika umesto samo jednog. U zavisnosti od uzrasta pacijenta (bebe, deca predškolskog uzrasta, deca školskog uzrasta, adolescenti), lekari im se obraćaju na način koji se donekle razlikuje od uobičajenog – gotovo obavezno opuštaju pacijenta za nastavak razgovora (pri čemu često govore šaljivim tonom, služe se igračkama, glume i sl.) i neizostavno koriste fatičku razmenu, te pokazuju veću zainteresovanost za aktivnosti pacijenta, njegovu porodicu i sl. Takođe smo ustanovili da se u razgovorima iz ove oblasti dosta često javlja upotreba deminutiva, kako u govoru lekara tako i u govoru prisutnog trećeg lica. Najzad, upravo u ovoj oblasti lekari u najvećem procentu prihvataju inicijativu pacijenta. Razgovori iz oblasti psihijatrije takođe su veoma osobeni. Pre svega, i po nekoliko puta su duži od svih ostalih posmatranih razgovora, pa čak i od razgovora iz engleskog korpusa. Odnos lekara prema pacijentu i njegov pristup čitavom susretu takođe su veoma osobeni. Primetili smo da je taj odnos prisniji, srdačniji, kao i da se lekar trudi da to istakne u slučaju stalnih pacijenata (rukovanjem, dužom fatičkom razmenom i sl.). Osim toga, u ovim razgovorima lekar daje pacijentu veću slobodu da ispriča priču, da iznese mišljenje, da svojim rečima objasni šta se dogodilo, iako ga svojim pitanjima navodi u željenom pravcu. U nekim ranijim istraživanjima ustanovljeno je da pacijenti najteže mogu da razumeju agendu upravo u okviru psihijatrijskih razgovora, a na osnovu naša 4 primera skloni smo da se sa tim složimo – pacijenti ne mogu uvek da pretpostave kakva namera se krije iza svakog narednog pitanja, ali isto tako svako pitanje doživljavaju kao priliku da ispričaju lekaru šta ih muči. U ovim razgovorima lekari češće pokazuju empatiju, a kao i u slučaju pedijatrije više vode računa kako se obraćaju pacijentu. Takođe, u odnosu na druge posmatrane lekare, zapažamo da psihijatar češće koristi strategije kojima pacijenta podstiče da kaže što više o problemu zbog kojeg dolazi. U poređenju sa pedijatrijskim i psihijatrijskim razgovorima, razgovori iz oblasti interne medicine više odgovaraju ranije istraživanim razgovorima iz oblasti opšte prakse, ali smo uočili

izvesne razlike među različitim grupama razgovora iz ove kategorije. Naime, razgovori sa specijalistom ORL iz srpskog korpusa i 5 razgovora iz engleskog korpusa razlikuju se od ostalih internističkih razgovora, pre svega po tome što ovi lekari više insistiraju na fatičkoj razmeni i opuštanju i pripremi pacijenta za nastavak razgovora, a smatramo da glavni razlog leži u dužini razgovora – naime, ti razgovori u proseku traju znatno duže u odnosu na razgovore iz oblasti pulmologije i kardiologije iz srpskog korpusa, te lekari imaju mogućnost da pacijentu daju više prostora. Slično važi za razgovore iz oblasti ortopedske hirurgije snimljene na američkoj klinici, a u odnosu na ostale razgovore, za njih je karakteristično i to da lekar obavezno sprovodi i fizički deo pregleda, pa možemo reći da su od svih posmatranih razgovora ovih 14 najbliži željenom biopsihosociološkom modelu.

Najzad, da li je komunikacija između lekara i pacijenata u razgovorima iz dva posmatrana korpusa uspela i da li oni jedni druge „čuju” i razumeju? Na osnovu analize svih snimljenih razgovora, zaključujemo da je pozitivan ishod u tom smislu češći u slučaju engleskog korpusa, najpre zbog činjenice da lekari u tim razgovorima pacijentima često pružaju priliku da aktivno učestvuju u donošenju odluka u vezi sa njihovim stanjem i daljim lečenjem, kao i zbog toga što obavezno izdvajaju vreme za pružanje detaljnih objašnjenja o terapiji, mogućnostima, ishodima, i sl. U slučaju srpskog korpusa, situacija je uglavnom nešto drugačija. Analiza razgovora pokazuje da lekari iz srpskog korpusa znatno češće od svojih engleskih kolega naglo završavaju razgovor, ne izdvajaju vreme da pacijentu razjasne dijagnozu (iako obično komentarišu dalji tok lečenja), u manjoj meri prihvataju inicijativu koja dolazi od pacijenta, te češće prekidaju pacijenta. Pored toga, pacijent uglavnom nije aktivno uključen u donošenje odluke o daljem lečenju. Rekli bismo da su pacijenti u oba korpusa uglavnom bili u stanju da razumeju govor lekara, iako je bilo situacija (više u srpskom nego u engleskom korpusu) kada su se izjašnjavali da ne razumeju upotrebljen stručni termin (nakon čega bi se lekari potrudili da pronađu ekvivalentan laički termin ili pruže objašnjenje i ni u jednom slučaju nisu insistirali na korišćenju stručne terminologije). Dakle, možemo reći da su se lekari u oba korpusa trudili da komunikacija sa pacijentom bude uspešna, ali da su na konačan ishod uticali mnogobrojni faktori, od kojih neki nisu imali veze sa samim lekarom (posebno kada je u pitanju vreme koje imaju na raspolaganju za razgovore sa pacijentima).

## 4.2. Ograničenja istraživanja

U uvodu smo već naveli jedno ograničenje ovog rada – neujednačenost engleskog i srpskog korpusa po broju sati snimljenog materijala i broju pojedinačnih razgovora koji čine oba korpusa. Kako je bilo izuzetno teško doći do građe u oba korpusa i kako je građa iz engleskog korpusa dobijena indirektnim putem, pristup izučavanju dobijenog materijala morali smo da prilagodimo okolnostima. Iz tog razloga odlučili smo se gotovo isključivo za kvalitativni pristup analizi prikupljenog materijala, dok smo kvantitativni pristup koristili u najmanjoj mogućoj meri i u najjednostavnijem vidu. Dakle, cilj nam je bio da uporedimo uočene primere iz jednog i drugog korpusa i pri tome nam je bilo važno da ustanovimo da li se sve kaategorije pronađene u engleskom korpusu mogu pronaći u istom ili sličnom obliku i u srpskom korpusu, jer to do sada nije rađeno. Pri tome se nismo bavili statističkom analizom dobijenih rezultata.

Dalje, kao i u ostalim istraživanjima iz oblasti izučavanja konverzacije, posebno kada se primenjuje kritička analiza diskursa, prisutan je problem subjektivnosti istraživača. Iako smo se trudili da ovu vrstu subjektivnosti izbegnemo, sigurno je da se povremeno javlja u analizi građe, posebno kada je reč o pokušaju objašnjenja izvesnog ponašanja lekara i pacijenta ili u pretpostavkama o namerama koje stoje iza određenih replika.

Najzad, moramo pomenuti i nejednake uslove u kojima se odvijaju snimljeni razgovori iz engleskog i srpskog korpusa, koji takođe mogu uticati na dobijene rezultate. U pitanju su najpre nejednaki uslovi rada koje imaju srpski i američki lekari, pa to u izvesnoj meri moramo uzeti u obzir pri konačnoj proceni dobijenih razlika. U oba slučaja, u pitanju su klinike iz državnog sektora, ali su one potpuno drugačije organizovane (u američkim klinikama tog tipa, osiguranje koje poseduje pacijent u znatnoj meri utiče i na tretman pacijenta i način lečenja, dok ovde svi pacijenti koji imaju obavezno zdravstveno osiguranje po pravilu dobijaju i isti tretman). Takođe, važno je pomenuti da srpski lekari imaju u proseku mnogo više pacijenata od svojih američkih kolega, pa samim tim i manje vremena na raspolaganju za razgovore, a svakako raspoložu i lošijom tehnologijom koja je često nedostupna u kraćem vremenskom roku, što prirodno negativno utiče i na planove o daljem lečenju.



### **4.3. Primena rezultata i buduća istraživanja**

Smatramo da rezultati dobijeni ovim istraživanjem, pored naučne, imaju praktičnu primenu u medicinskoj praksi, a posebno u okviru nastave engleskog jezika za medicinske svrhe koji se kao obavezan i izborni predmet izučava na Medicinskom fakultetu Univerziteta u Beogradu. Studentima je neophodno skrenuti pažnju na važnost dobre interakcije lekara i pacijenta. Pored teorijskih razmatranja iz ove oblasti, mogu im se prezentovati uočene razlike dobijene poređenjem dva korpusa i značaj koji to ima za njihovo buduće zanimanje. Na časovima je neophodno vežbati i komunikaciju sa pacijentom, što je u izvesnoj meri već predviđeno udžbenikom (Mičić 2013). Neophodno je da studenti shvate važnost prilagođavanja svog govora pacijentu, pokazivanja empatije, podele moći u okviru interakcije i kreiranja jednog humanijeg medicinskog susreta. Kako još uvek nisu lekari, a spremaju se da u bliskoj budućnosti to postanu, oni su u mogućnosti da sagledaju medicinski susret i iz perspektive lekara i iz perspektive pacijenta, pri čemu bi zapažanja izneta u okviru ovog istraživanja mogla da budu od pomoći.

Kada je reč o nekim daljim istraživanjima, moguće je sprovesti kvantitativno istraživanje na datom korpusu, nakon ujednačavanja dostupnog materijala i definisanja odgovarajućih varijabli. Takođe, moguće je posmatrati date korpusa i sa drugih aspekata (npr. sa aspekta modalnosti ili upotrebe metafora) a bilo bi zanimljivo i uporediti dobijene rezultate sa onima iz privatne prakse. Moguće je takođe u većoj meri obratiti pažnju na rodne razlike, socioekonomske uslove i stepen obrazovanja pacijenata, te videti kako bi to uticalo na dobijene rezultate i izvedene zaključke.

## LITERATURA

Adler, S., McGraw, S. & McKinlay, J. (1998). Patient assertiveness in ethnically diverse older women with breast cancer: Challenging stereotypes of the elderly''. *Journal of Aging Studies*, 12(4), 331 – 350.

Ainsworth-Vaughn, N. (1994). Is that a rethorical question? Ambiguity and power in medical discourse. *Journal of Linguistic Anthropology*, 4(2), 194-214.

Ainsworth–Vaughn, N. (1998). *Claiming power in doctor – patient talk*. New York: Oxford University Press.

Ainsworth–Vaughn, N. (2001). The discourse of medical encounters. In D. Schiffrin, D. Tannen & H. E. Hamilton (Eds.), *The handbook of discourse analysis* (pp. 453-469). Oxford: Blackwell Publishers.

Atkinson, J.M. (1982). Understanding formality: The categorization and production of ''formal'' interaction''. *British Journal of Sociology*, 33(1), 86–117.

Atkinson, J. M. & Drew, P. (1979). *Order in court: The organization of verbal interaction in judicial settings*. London: Macmillan.

Austin, J. L. (1962). *How to do things with words*. Oxford: Clarendon Press.

Beach, W. A. (1995). Preserving and constraining options: ''Okays'' and 'official' priorities in medical interviews''. In G. H. Morris & R. J. Chenail (Eds.), *The talk of the clinic: Explorations in the analysis of medical and therapeutic discourse* (pp. 259 – 290). New York: Routledge.

Beckman, H. B. & Frankel, R. M: (1984). The effect of physician behavior on the collection data. *Annals of Internal Medicine*, 101, 692 – 696.

Bensing, J. (1991). Doctor – patient communication and the quality of care. *Social Science and Medicine*, 32(11), 1301 – 1310.

Bloom, L. (1993). Transcription and coding for child language research: The parts are more than the whole. In J. A. Edwards & M. D. Lampert (Eds.), *Talking data: Transcription and coding in discourse research* (pp. 149-166). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Blommaert, J. (1997). Whose background? Comments on a discourse – Analytic reconstruction of the Warsaw uprising. *Pragmatics*, 7(1), 69 – 81.

Blommaert, J. & Bulcaen, C. (2000). Critical discourse analysis. *Annual Review of Anthropology*, Vol. 29, 447 – 466.

Boyd, E. & Heritage, J. (2006). Taking the history: Questioning during comprehensive history – taking. In J. Heritage & D. W. Maynard (Eds.), *Communication in medical care* (pp. 151-184). Cambridge: Cambridge University Press.

Bucholtz, M. (2000). The politics of transcription. *Journal of Pragmatics*, 32, 1439-1465.

Bugarski, R. (1986). *Jezik u društvu*. Beograd: Prosveta.

Byrne, P. S. and Long, B. E. L. (1976). *Doctors talking to patients: A study of the verbal behavior of general practitioners consulting in their surgeries* London: HMSO.

Cameron, D. (2000). *Good to talk: Living and working in a communication culture*. London: Sage.

Chomsky, N. (1965). *Aspects of the theory of syntax*. The Hague: Mouton.

Cordella, M. (2004). *The dynamic consultation: A discourse analytical study of doctor – patient communication*. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company.

- Coultard, M. (1977). *An introduction to discourse analysis*. Harlow: Pearson Education.
- Coultard, M. (1985). *An introduction to discourse analysis*. London: Longman.
- Coupland, J., Robinson, J. & Coupland, N. (1994). Frame negotiation in doctor – elderly patient consultations. *Discourse and Society*, 5, 89 – 124.
- Crystal, D. (1980). *A first dictionary of linguistics and phonetics*. London: Andre Deutsch.
- Davis, K. (1988). *Power under the microscope*. Dordrecht: Foris Publications.
- De Beaugrande, R. & Dressler, W. (1981). *Introduction to text linguistics*. London: Longman.
- Drew, P. and Heritage, J. (1992). Analyzing talk at work: An introduction''. In P. Drew and J. Heritage (Eds.), *Talk at work: Interaction in institutional settings* (pp. 3-65). Cambridge: Cambridge University Press.
- Dubois, J., Giacomo, M., Guespin, L., Marcellesi, C., Marcellesi, J. B. & Mével, J. P. (1973). *Dictionnaire de linguistique*. Paris: Larousse.
- Du Bois, J. W., Schwetze-Coburn, S., Cumming, S. & Paolino, D. (1993). Outline of discourse transcription. In J. A. Edwards & M. Lampert (Eds.), *Talking data: Transcription and coding in discourse research* (pp. 45-89). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Edwards, J. A. & Lampert, M. D. (1993). *Talking data: Transcription and coding in discourse research*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Fairclough, N. (1989). *Language and power*. London: Longman.
- Fairclough, N. (1992). *Discourse and social change*. Cambridge: Polity Press.
- Fairclough, N. (1993). Critical discourse analysis and the marketization of public discourse. The case of welfare reform. *Discourse and Society*, 4(2), 133 – 168.
- Fairclough, N. (1996). Technologicalisation of discourse. In C. R. Caldas-Coultard & M. Coultard (Eds.), *Texts and practices: Readings in Critical Discourse Analysis* (pp. 71-83). London, New York: Routledge.
- Fairclough, N. (2001). *Language and power* (2nd ed.). Essex: Pearson Education Ltd.
- Fairclough, N. (2003). *Analyzing discourse: Textual analysis for social research*. London: Routledge.
- Fairclough, N. & Wodak, R. (1997). Critical discourse analysis. In T. A. van Dijk (Ed.), *Discourse studies. A multidisciplinary introduction. Vol. 2: Discourse as social interaction* (pp. 258-284). London: Sage.
- Filipović, J. (2009). *Moć reči. Ogladi iz kritičke sociolingvistike*. Beograd: Zadužbina Andrejević.
- Firth, J. R. (1935). The technique of semantics. In J. R. Firth *Papers in Linguistics 1934 – 1951* (pp. 7-33). Oxford: Oxford University Press.
- Fleischman, S. (2001). Language and medicine. In D. Schiffrin, D. Tannen & H. E. Hamilton (Eds.), *The handbook of discourse analysis* (pp. 470-502). Oxford: Blackwell Publishers.
- Fortin, A. H., Dwamena, F.C., Frankel, R. M. & Smith, R. C. (2012). *Smith's patient – centered interviewing: An evidence – based method* (3rd ed.). New York: McGraw Hill Medical.
- Frankel, R.M. (1984). From sentence to sequence: Understanding the medical encounter through micro – interactional analysis. In: *Discourse Processes*, 7, 135 – 170.
- Frankel, R. M. (1990). Talking in interviews: A dispreference for patient initiated questions in physician – patient encounters''. In G. Psathas (Ed.), *Interaction competence* (pp. 231-262). Lanham: University Press of America.

- Frankel, R. M. (1995). Some answers about questions in clinical interviews. In G. H. Morris & R. J. Chenail (Eds.), *The talk of the clinic: Explorations in the analysis of medical and therapeutic discourse* (pp. 233-258). New York: Routledge.
- Gee, J. P. & Handford, M. (2012). Introduction. In J. P. Gee & M. Handford (Eds.), *The Routledge handbook of discourse analysis* (pp. 1-6). New York: Routledge.
- Gill, V. T. & Roberts, F. (2013). Conversation analysis in medicine. In J. Sidnell & T. Stivers (Eds.), *The handbook of conversation analysis* (pp. 575-592). Chichester: Wiley – Blackwell.
- Goffman, E. (1964). The neglected situation. *American Anthropologist*, 66(6), part 2, 133 – 136.
- Goodwin, C. (1981). *Conversational organization: Interaction between speakers and hearers*. New York: Academic Press.
- Goodwin, C. & Goodwin, M. H. (1990). Interstitial argument. In A. D. Grimshaw (Ed.), *Conflict talk* (pp. 85-117). Cambridge: Cambridge University Press.
- Habermas, J. (1970). *Toward a rational society*. Boston: Beacon Press.
- Halliday, M. A. K. (1970). Language structure and language function. In J. Lyons (Ed.), *New Horizons in Linguistics* (pp. 140-165). London: Penguin.
- Halliday, M. A. K. (1973). *Explorations in the functions of language*. London: Edward Arnold.
- Halliday, M. A. K. (1976). *System and function in language*. London: Oxford University Press.
- Halliday, M. A. K. (1985). *An introduction to functional grammar*. London: Edward Arnold.
- Halliday, M. A. K. (2003). On the 'architecture' of human language. In J. Webster (Ed.), *On Language and Linguistics, Vol. 3 in the Collected Works of M. A. K. Halliday*. London: Continuum.
- Halliday, M. A. K. & Matthiessen, C. (2004). *An introduction to functional grammar* (3rd ed.). London: Hodder Arnold.
- Hayano, K. (2013). Question design in conversation. In J. Sidnell & T. Stivers (Eds.), *The handbook of conversation analysis* (pp. 395-414). Chichester: Wiley – Blackwell.
- Heath, C. (1986). *Body movement and speech in medical interaction*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Helman, C. G. (1984). The role of context in primary Care. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 34, 547 – 550.
- Heritage, J. (1984a). *Garfinkel and ethnomethodology*. Cambridge: Polity Press.
- Heritage, J. (1984b). A change – of - state token and aspects of its sequential placement. In J. M. Atkinson & J. Heritage (Eds.), *Structures of social action: Studies in conversation analysis* (pp. 299-345). Cambridge: Cambridge University Press.
- Heritage, J. (1989). Current developments in conversation analysis. In D. Roger & P. Bull (Eds.), *Conversation* (pp. 21-47). Philadelphia: Multilingual Matters.
- Heritage, J. (2004). Conversation analysis and institutional talk: Analysing data. In D. Silverman (Ed.), *Qualitative research: Theory, method and practice* (pp. 161-182). London: Sage Publications.
- Heritage, J. (2005). Conversation analysis and institutional talk. In K. Fitch & R. Sanders (Eds.), *Handbook of language and social interaction* (pp. 103-147). Mahwah: Erlbaum.

- Heritage, J. & Atkinson, M. J. (1984). Introduction. In M. J. Atkinson & J. Heritage (Eds.), *Structures of social action: Studies in conversation analysis* (pp. 1-16). Cambridge: Cambridge University Press.
- Heritage, J. & Clayman, S. (2010). *Talk in action: Interactions, identities and institutions*. Chichester: Wiley – Blackwell.
- Heritage, J. & Greatbatch, D. (1991). On the institutional character of institutional talk: The case of news interviews. In D. Boden & D. H. Zimmerman (Eds.), *Talk and social structure: Studies in ethnomethodology and conversation analysis* (pp. 93-137). Cambridge: Polity Press.
- Heritage, J. & Maynard, D. W. (2006). Introduction: Analyzing interaction between doctors and patients in primary care encounters. In J. Heritage & D. W. Maynard (Eds.), *Communication in medical care: Interaction between primary care physicians and patients* (pp. 1-21). Cambridge: Cambridge University Press.
- Heritage, J. & Robinson J. D. (2006). Accounting for the visit: Giving reasons for seeking medical care. In J. Heritage & D. W. Maynard (Eds.), *Communication in medical care: Interaction between primary care physicians and patients* (pp. 48-85). Cambridge: Cambridge University Press.
- Heritage, J. & Sefi, S. (1992). Dilemmas of advice: Aspects of the delivery and reception of advice in interactions between health visitors and first time mothers'. In P. Drew & J. Heritage (Eds.), *Talk at work: interaction in institutional settings* (pp. 359-417).. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hudeček, L. i Vukojević, L. (2007). *Da li, Je li i Li – normativni status i raspodjela. Rasprave instituta za hrvatski jezik i jezikoslovlje*, 33, 217-234.
- Hutchby, I. & Wooffitt, R. (1998). *Conversation analysis: Principles, practices and applications*. Cambridge: Polity Press.
- Hymes, D. (1972). On communicative competence. In J. B. Pride & J. Holmes (Eds.), *Sociolinguistics: Selected readings* (pp. 269-293). Harmondsworth: Penguin.
- Irish, J. T. & Hall, J. A. (1995). Interruptive patterns in medical visits: The effects of role, status and gender. *Social Science and Medicine*, 41(6), 873 – 881.
- Jefferson, G. (1974). Error correction as an interactional resource. *Language in Society*, 2, 181 – 199.
- Jefferson, G. (1983). Issues in the transcription of naturally – occurring talk: Caricature versus capturing pronunciational particulars. *Tilburg Papers in Language and Literature*, 34, 1-12.
- Jefferson, G. (1984). Transcript notation. In J. Heritage (Ed.), *Structures of social interaction*. New York: Cambridge University Press.
- Jefferson, G. (2004). Glossary of transcript symbols with an introduction. In G. H. Lerner (Ed.), *Conversation analysis: Studies from the first generation* (pp. 13-31). Amsterdam: John Benjamins.
- Johnstone, B. (2005). *Discourse analysis*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Jovičić, Z. (2008). Simboli moći u fatičkoj razmeni u institucionalnom diskursu. *Srpski jezik*, 13(1 – 2), 575 – 581.
- Klajn, I. (1996). Leksika. U M. Radovanović (Ur.), *Srpski jezik na kraju veka* (pp. 37-86). Beograd: Institut za srpski jezik SANU/Službeni glasnik.
- Klajn, I. (2003). *Rečnik jezičkih nedoumica* (6. izdanje). Beograd: Srpska školska knjiga.
- Klikovac, D. (2008a). Prilog kritičkoj analizi konverzacije: diskurs moći u lecarskoj ordinaciji. *MSC Naučni sastanak slavista u Vukove dane*, 38(3), 33–80.
- Klikovac, D. (2008b). *Jezič i moć. Ogledi iz sociolingvistike i stilistike*. Beograd: XX vek.

- Korsch, B. M. & Harding, C. (1997). *The intelligent patient's guide to the doctor – patient relationship: Learning how to talk so your doctor will listen*. New York: Oxford University Press.
- Labov, W. (1972). *Sociolinguistic patterns*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Levinson, S. C. (1983). *Pragmatics*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Malinowski, B. (1923). Phatic communion. In J. Laver & S. Hutcheson (Eds.), *Communication in face to face interaction* (pp. 146-152). Harmondsworth: Penguin Books.
- Maynard, D. W. (1991). Interaction and asymmetry in clinical discourse. *American Journal of Sociology*, 97(2), 448 – 495.
- Maynard, D. W. (1992). 'On clinicians co - implicating recipients' perspective in the delivery of diagnostic news. In P. Drew & J. Heritage (Eds.), *Talk at work: Social interaction in institutional settings* (pp. 331-358). Cambridge: Cambridge University Press.
- Maynard, D. W. (1996). On "realization" in everyday life". *American Sociological Review* 61(1), 109 – 132.
- Maynard, D. W. (2013). Everyone and no one to turn to: Intellectual roots and contexts for conversation analysis. In J. Sidnell & T. Stivers (Eds.), *The handbook of conversation analysis* (pp. 11-31). Chichester: Wiley – Blackwell.
- McHoul, A. (1978). The organization of turns at formal talk in the classroom. *Language in Society*, 7, 183 – 213.
- McKenzie, P. (2002). Communication barriers and information – seeking counterstrategies in accounts of practitioner – patient encounters. *Library and Information Science Research*, 24, 31 – 47.
- Mičić, S. (2009). *Studije o jeziku medicine u engleskom i srpskom*. Beograd: Beogradska knjiga.
- Mičić, S. (2012). Professional communication between English – speaking and Serbian doctors. *Jezik, književnost, komunikacija* (pp. 596-604). Niš: Filozofski fakultet Univerziteta u Nišu.
- Mičić, S. (2013). *English for medical purposes*. Beograd: Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu.
- Mičić Kandijaš, S. (2013). Developing an English language course for Serbian doctors. *Hermes Online*, 51.
- Mičić Kandijaš, S. & Čajka, Z. (2014). *Principles of listening comprehension in language learning. Theory, practice and research*. Beograd: Beogradska knjiga.
- Minić, Z. (2000). *Lingvistička analiza simbola moći u verbalnom diskursu institucije* (neobjavljena magistarska teza). Beograd: Filološki fakultet.
- Mishler, E. (1984). *The discourse of medicine: Dialectics of medical interviews*. Norwood: Ablex Publishing Corporation.
- Mišić Ilić, B. (2011). Sintaksa u kritičkoj analizi diskursa: o nekim konstrukcijama za iskazivanje i skrivanje identiteta. *Srpski jezik*, XVI, 91 – 107.
- Mondada, L. (2013). The conversation analytic approach to data collection. In J. Sidnell & T. Stivers (Eds.), *The handbook of conversation analysis* (pp. 32-56). Chichester: Wiley – Blackwell.
- Nesler, M. S., Aguinis, H., Quigley, B. M. & Tedeschi, J. T. (1993). The effect of credibility on perceived power. *Journal of Applied Social Psychology*, 23(17), 1407 – 1425.

- Ong, L. M. L., De Haes, J. C. J., Hoos, A. M. & Lammes, F. B. (1995). Doctor – patient communication: A review of the literature. *Social Science and Medicine*, 40 (7), 903 – 918.
- Parrott, R., Burgoon, J. K., Burgoon, M. & LePoire, B. A. (1989). Privacy between physicians and patients: More than a matter of confidentiality. *Social Science and Medicine*, 29(12), 1381 – 1385.
- Peräkylä, A. (1995). *AIDS counselling: Institutional interaction and clinical practice*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Polovina, V. (1987). *Leksičko – semantička kohezija u razgovornom jeziku*. Beograd: Filološki fakultet.
- Polovina, V. (1990). Lingvistika razgovornog jezika. *Književnost i jezik*, XXXIII(1 – 2), 22 – 31.
- Polovina, V. (1999). *Semantika i tekst lingvistika*. Beograd: Čigoja štampa.
- Propp, V. (1958). *Morphology of the folktale*. Bloomington: Indiana University Press.
- Radenović, S. (2012). *Bioetika i medicina. Odnos lekar – pacijent u paradigmi integrativne bioetike*. Novi Sad: Akademska knjiga.
- Radić, S. (2008). *Analiza kvaliteta komunikacije između pacijenata i lekara opšte medicine* (neobjavljena doktorska disertacija). Beograd: Medicinski fakultet.
- Radić, S. (2010). *Komunikacija i očekivanja pacijenata i lekara u opštoj medicini*. Beograd: Zadužbina Andrejević.
- Robinson, J. D. (2001). Closing medical encounters: Two physician practices and their implications for the expression of patients' unstated concerns. *Social Science and Medicine*, 53, 639 – 656.
- Robinson, J. D. (2006). Soliciting patients' presenting concerns. In J. Heritage & D. W. Maynard (Eds.), *Communication in medical care: Interaction between primary care physicians and patients* (pp. 22-47). Cambridge: Cambridge University Press.
- Roter, D. L. & Hall, J. A. (2006). *Doctors talking with patients/Patients talking with doctors: Improving communication in medical visits*. London: Praeger.
- Sacks, H. (MS). *Aspects of the sequential organization of conversation*.
- Sacks, H. (1963). On sociological description. *Berkeley Journal of Sociology*, 8, 1 – 16.
- Sacks, H. (1967). *The search for help: no one to turn to*. Unpublished PhD Dissertation, University of California, Berkeley.
- Sacks, H. (1984). Notes on methodology. In J. M. Atkinson and J. Heritage (Eds.), *Structures of social action: Studies in conversation analysis* (pp. 21-27). Cambridge: Cambridge University Press.
- Sacks, H. (1995). *Lectures on Conversation (Volumes 1 & 2)*. In G. Jefferson (Ed.). Malden, MA, Oxford, Carlton: Blackwell.
- Sacks, H., Schegloff, E. A. & Jefferson, G. (1974). A simplest systematics for the organisation of turn – taking for conversation. *Language*, 50(4), 696 – 735.
- Savić, S. (1993). *Diskurs analiza*. Novi Sad: Filozofski fakultet i autorka.
- Savić, S. i Polovina, V. (1989). *Razgovorni srpskohrvatski jezik*. Novi Sad: Filozofski fakultet.
- Scarpaci, J. (1988). Help – seeking behaviour, use and satisfaction among frequent primary care users in Santiago de Chile. *Journal of Health and Social Behaviour* 29(3), 199 – 213.
- Schegloff, E. A. (1968). Sequencing in conversational openings. *American Anthropologist*, 70/6, 1075 – 1095.

Schegloff, E. A. (1979). The relevance of repair to syntax – for – conversation. In T. Givón (Ed.), *Syntax and semantics: Vol. 12, Discourse and syntax* (pp. 261-286). New York: Academic Press.

Schegloff, E. A. (1997). Whose text? Whose context?. *Discourse and Society*, 8(2), 165 – 187.

Schegloff, E. A. (1999). Discourse, pragmatics, conversation, analysis. *Discourse Studies*, 1 (4), 405-435.

Schegloff, E. A. (2000). Overlapping talk and the organization of turn-taking for conversation. *Language in Society*, 29(1), 1-63.

Schegloff, E. A. (2007). *Sequence organization in interaction: A primer in conversation analysis*. Cambridge: Cambridge University Press.

Schegloff, E. A. & Sacks, H. (1984). Opening up closings. In J. Baugh & J. Sherzer (Eds.), *Language in Use: Readings in Sociolinguistics* (pp. 69-97). Englewood Cliffs, N.J.: Prentice – Hall, Inc.

Schiffrin, D. (1984). Jewish argument as sociability. *Language in Society*, 13(3), 311 – 335.

Schiffrin, D., Tannen, D. & Hamilton, H. E. (2001). Introduction. In D. Schiffrin, D. Tannen & H. E. Hamilton (Eds.), *The handbook of discourse analysis* (pp. 1-10). Oxford: Blackwell Publishers Ltd.

Schleppegrell, M. J. (2012). Systemic functional linguistics. In J. P. Gee & M. Handford (Eds.), *The Routledge handbook of discourse analysis* (pp. 21-34). New York: Routledge.

Schutz, A. (1962). *Collected papers, 1. The problem of social reality*. The Hague: Martins Nijhoff.

Searle, J. (1969). *Speech acts: An essay in the philosophy of language*. Cambridge: Cambridge University Press.

Shuy, R. W. (1983). Three types of interference to an effective exchange of information in the medical interview. In S. Fisher & A. D. Todd (Eds.), *Social organization of doctor – patient communication* (pp. 189-202). Washington, DC: Center for Applied Linguistics.

Silverman, D. and Torode, B. (1980). *The material world*. London: Routledge & Kegan Paul.

Simpson, P. (1989). Phatic communion and fictional dialogue. In R. Carter & P. Simpson (Eds.), *Language, discourse and literature: An introductory reader in discourse stylistics* (pp. 76-93). London: Unwin Hyman.

Sinadinović, D. (2014). Prilagođenost govora lekara široj populaciji. U *Zbornik radova sa V naučnog skupa mladih filologa Srbije* (pp. 339-347). Kragujevac: Filološko – umetnički fakultet

Sinadinović, D. (2015). Diskurs moći u interakciji lekara i pacijenta. U *Zbornik radova sa VI naučnog skupa mladih filologa Srbije* pp. 205-216). Kragujevac: Filološko – umetnički fakultet.

Sinadinović, D. (2016). Odlike diskursa medicinskog susreta. U *Zbornik radova sa VII naučnog skupa mladih filologa Srbije* (pp. 317-326). Kragujevac: Filološko – umetnički fakultet.

Sinadinović, D. (2017). Žanr medicinskog susreta – intervju ili običan razgovor? U *Zbornik radova sa VIII naučnog skupa mladih filologa Srbije* (pp. 231-239). Kragujevac: Filološko – umetnički fakultet.

Sinclair, J. & Coulter, M. (1975). *Towards an analysis of discourse. The English used by teachers and pupils*. London: Oxford University Press.



- Stanojčić, Ž., Popović, Lj. i Micić, S. (1989). *Savremeni srpskohrvatski jezik i kultura izražavanja. Udžbenik za I, II, III i IV razred srednje škole*. Beograd/Novi Sad: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva/Zavod za izdavanje udžbenika.
- Stenström, A. (1984). *Questions and responses in English conversation*. Lund Studies in English. Malmö: Liber Förlang.
- Stević, S. (1997). *Analiza konverzacije*. Beograd: Filološki fakultet.
- Stivers, T. (2001, June). Negotiating who presents the problem: Next speaker selection in pediatric encounters. *Journal of Communication*, 252–282.
- Stivers, T. & Sidnell, J. (2013). Introduction. In J. Sidnell & T. Stivers (Eds.), *The Handbook of Conversation Analysis* (pp. 1-8). Chichester: Blackwell Publishing Ltd.
- Stivers, T., Mangione-Smith, R., Elliott, M. N., McDonald, L. & Heritage, J. (2003). What leads physicians to believe that parents expect antibiotics? A study of parent communication behaviors and physician's perceptions. *Journal of Family Practice*, 52, 140 – 148.
- Strong, P. (1979). *The ceremonial order of the clinic*. London: Routledge.
- Stubbs, M. (1997). Whorf's children: Critical comments on critical discourse analysis (CDA). In A. Ryan & A. Wray (Eds), *Evolving models of language* (pp. 100-116). Clevedon: Multilingual Matters.
- Škiljan, D. (1978). *Govor realnosti i realnost jezika*. Zagreb: Školska knjiga.
- Ten Have, P. (1991). Talk and institution: A reconsideration of the 'asymmetry' of doctor – patient interaction. In D. Boden & D. H. Zimmerman (Eds.), *Talk and social structure: Studies in ethnomethodology and conversation analysis* (pp. 138-163). Cambridge: Polity Press.
- Van Dijk, T. A. (1985). Introduction: Levels and dimensions of discourse analysis. In T. A. van Dijk (Ed.), *Handbook of discourse analysis, Vol. 1: Disciplines of discourse* (pp. 1-10). London: Academic Press, Inc.
- Van Dijk, T. A. (1995). Aims of critical discourse analysis. *Japanese Discourse*, Vol. 1, 17 – 27.
- Van Dijk, T. A. (2001). Critical discourse analysis. In D. Schiffrin, D. Tannen & H. E. Hamilton (Eds.), *The handbook of discourse analysis* (pp. 352-371). Oxford: Blackwell Publishers Ltd.
- Verby, J. E. (1991). OK is sometimes not ok. *Learning Resources Journal/University of Minnesota Health Sciences*.
- Vidanović, I. (2006). *Rečnik socijalnog rada*. Beograd: Tiro – erc.
- West, C. (1984a). *Routine complications: Troubles with talk between doctors and patients*. Bloomington: Indiana University Press.
- West, C. (1984b). When the doctor is a 'lady': Power, status and gender in physician – patient encounters. *Symbolic Interaction*, 7(1), 87–106.
- West, C. (2006). Coordinating closings in primary care visits: Producing continuity of care. In J. Heritage & D. W. Maynard (Eds.), *Communication in medical care: Interaction between primary care physicians and patients* (pp. 379-415). Cambridge: Cambridge University Press.
- West, C. & Zimmerman D. H. (1977). Women's place in everyday talk: Reflections on parent – child interaction. *Social Problems*, 24, 521–529.
- White, J., Lewinson, W. & Rotter, D. (1994). 'Oh, by the way...': The closing moments of the medical visit. *Journal of General Internal Medicine*, 9, 24–28.
- Widdowson, H. G. (1995). Discourse analysis: A critical review''. *Language and Literature*, 4(3), 157–172.

Widdowson, H. G. (1996). Reply to Fairclough: Discourse and interpretation: Conjectures and refutations. *Language and Literature*, 5(1), 57–69.

Widdowson, H. G. (1998). The theory and practice of critical discourse analysis. *Applied Linguistics*, 19(1), 136–151.

Wodak, R. (1989). *Language, power and ideology*. Amsterdam: John Benjamins.

Wodak, R. (2001). What CDA is about – A summary of its history, important concepts and its development. In R. Wodak, & M. Meyer (Eds.), *Methods of critical discourse analysis* (pp. 1-13). London: SAGE Publications.

Wodak, R. (2006). Critical linguistics and critical discourse analysis. In J. O. Östman & J. Verschueren (Eds.), *Handbook of pragmatics 2006* (pp. 1-25). Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publ. Co.

Young, K. (1989). Narrative embodiments: Enclaves of the self in the realm of medicine. In J. Shotter & K. Gergen (Eds.), *Texts of identity* (pp. 152-165). Newbury Park: Sage.

Zimmerman, D. H. (1984). Talk and its occasion: The case of calling the police. In D. Schiffrin (Ed.), *Meaning, form and use in context: Linguistic applications* (pp.210-228). Georgetown University Round table on Languages and Linguistics 35. Washington DC Georgetown University Press.

## Prilog 1

# OBAVEŠTENJE ZA PACIJENTA

Ovim putem Vas pozivamo da učestvujete u istraživanju koje smatramo vrlo važnim. Pre nego što se odlučite da li ćete učestvovati, važno je da razumete zašto se ovo istraživanje obavlja i šta ono podrazumeva. Molimo Vas da pažljivo pročitate sledeće informacije, a ukoliko Vam nešto bude nejasno ili vam bude bilo potrebno više informacija biće nam drago da odgovorimo na sva Vaša pitanja. Zahvaljujemo što posvećujete vreme čitanju ovih informacija.

**Šta je cilj ovog istraživanja?** Snimanje uobičajenog razgovora između lekara i pacijenta u lekarskoj ordinaciji uz pomoć diktafona. Snimljeni materijal će biti korišćen za jezičku analizu ove vrste diskursa, a za potrebe doktorske disertacije na Filološkom fakultetu Univerziteta u Beogradu. Analizirani materijal bi potom bio poređen sa sličnim materijalom sa engleskog govornog područja.

**Zašto sam ja izabran?** Vi ste odabrani metodom slučajnog odabira i ni iz jednog drugog razloga.

**Da li sam obavezan da učestvujem?** Na Vama je da odlučite da li ćete učestvovati ili ne. Ukoliko odlučite da učestvujete u ovom istraživanju, ovaj list možete sačuvati, a zamolićemo Vas i da potpišete formular informisanog pristanka. Ukoliko odlučite da učestvujete u istraživanju, možete svoje učešće prekinuti u svakom trenutku i bez obrazloženja.

**Šta će se desiti ukoliko odlučim da učestvujem u istraživanju?** Ukoliko odlučite da učestvujete u istraživanju, razgovor između Vas i Vašeg lekara će se snimati uz pomoć diktafona (bez video zapisa), a ne postoje nikakvi posebni zahtevi na koje bi Vi lično trebalo da odgovorite.

Istraživač koji vrši ovo istraživanje i koji će snimati razgovor između Vas i Vašeg lekara je *Danka Sinadinović, asistent za engleski jezik na Medicinskom fakultetu Univerziteta u Beogradu.*

Nećemo Vas ponovo kontaktirati ovim povodom u budućnosti.

**Koje su moguće koristi i problemi učešća?** Ovo istraživanje ni na koji način neće negativno uticati na Vas. Materijal koji bude snimljen koristiće se isključivo u svrhu jezičkog istraživanja i ni jedan Vaš lični podatak neće biti iznet u javnost niti na bilo koji drugi način zloupotrebljen. I Vaša i anonimnost Vašeg lekara je zagarantovana. Lično od istraživanja nemate nikakve koristi, ali biste učešćem u istraživanju pomogli istraživaču da prikupi neophodan materijal za doktorsku disertaciju. Kada je reč o dugoročnoj koristi, moguće je da će dobijeni rezultati pomoći poboljšanju komunikacije između lekara i pacijenta u našoj zemlji, od čega bismo svi mogli imati koristi u budućnosti.

**Gde će se intervju održati?** U ordinaciji Vašeg lekara, tokom pregleda. Istraživač neće postavljati nikakva pitanja, već će samo snimati razgovor.

**Da li će moje učešće u ovoj studiji biti čuvano kao poverljiva informacija?** Sve informacije tokom studije će biti strogo poverljive. Istraživač neće zapisivati Vaše lične

podatke. Vaše ime neće biti ni u jednoj informaciji tako da Vas niko ne može prepoznati iz toga.

**Šta će se desiti sa rezultatima istraživanja?** Rezultati će biti analizirani i objavljeni u doktorskoj disertaciji istraživača. Vaše ime se neće nalaziti ni u jednom izveštaju.

**Ko organizuje i finansira istraživanje?** Istraživač lično, uz saglasnost mentora doktorske disertacije.

**Šta se dešava ako imate neka pitanja u vezi sa istraživanjem?** Bićete u mogućnosti da kontaktirate istraživača i da pitate ono što želite **Ime:** asistent *Danka Sinadinović* **Adresa:** Dr Subotića 8, 11000 Beograd. **Telefon:** 011/36 36 391.

HVALA!

## Prilog 2

# INFORMISANI PRISTANAK

Svojim potpisom potvrđujem da sam upoznat sa razlozima za izvođenje studije i da sam saglasan da se moj razgovor sa lekarom snima uz pomoć elektronskog diktafona i kasnije koristi u istraživačke svrhe, a bez navođenja mog pravog imena i drugih ličnih podataka.

U Beogradu,

.....

Učesnik u istraživanju:

.....

## BIOGRAFIJA AUTORA

Danka (Rusimir) Sinadinović rođena je 7. februara 1978. godine u Beogradu, gde je završila osnovnu školu i gimnaziju. Studije na Grupi za engleski jezik i književnost Filološkog fakulteta Univerziteta u Beogradu upisala je 1997. godine, a diplomirala je 2001. godine sa prosečnom ocenom 9,41 (devet i 41/100) stekavši stručni naziv profesora engleskog jezika i književnosti. Na Filološkom fakultetu u Beogradu je 2009. godine upisala doktorske akademske studije trećeg stepena, modul Jezik. Redovno učestvuje na naučnim konferencijama u zemlji i inostranstvu, a njeni autorski i koautorski radovi su objavljeni u zbornicima, domaćim i stranim časopisima.

Od novembra 2011. godine Danka Sinadinović je zaposlena kao asistent za engleski jezik na Katedri humanističkih nauka Medicinskog fakulteta Univerziteta u Beogradu, gde učestvuje u izvođenju redovne i izborne nastave engleskog jezika, kao i nastavi na engleskom jeziku i nastavi na akademskim i specijalističkim studijama sestrinske nege. Angažovana je i kao lektor za engleski jezik u časopisu *Medicinska istraživanja* koji izdaje Medicinski fakultet u Beogradu.

Prethodno radno iskustvo u trajanju od 2001. do 2011. godine podrazumeva rad u Centru za decu i Centru za odrasle Instituta za strane jezike u Beogradu u svojstvu profesora engleskog jezika i koordinatora jednog od centara Instituta na teritoriji Beograda.

Član je nekoliko profesionalnih udruženja, a njena naučna interesovanja uključuju analizu konverzacije, kritičku analizu diskursa, usvajanje drugog jezika, metodiku nastave stranog jezika, sociolingvistiku, rodne studije, jezik za posebne potrebe.

Прилог 1.

## Изјава о ауторству

Потписани-а Данка Синадиновић  
број уписа 080237

### Изјављујем

да је докторска дисертација под насловом

Језички аспекти интеракције лекара и  
пацијента у енглеском и српском

- резултат сопственог истраживачког рада,
- да предложена дисертација у целини ни у деловима није била предложена за добијање било које дипломе према студијским програмима других високошколских установа,
- да су резултати коректно наведени и
- да нисам кршио/ла ауторска права и користио интелектуалну својину других лица.

Потпис докторанда

У Београду, 2014. године

Данка Синадиновић

Прилог 2.

## Изјава о истоветности штампане и електронске верзије докторског рада

Име и презиме аутора Данка Синадиновић  
Број уписа 080237  
Студијски програм НАУКА О ЈЕЗИКУ  
Наслов рада ЈЕЗИЧКИ АСПЕКТИ ИНТЕРАКЦИЈЕ ЛЕКАРА И ПАЦИЈЕНТА У ЕНГЛЕСКОМ И СРПСКОМ  
Ментор проф. др Весна Половина

Потписани Данка Синадиновић

изјављујем да је штампана верзија мог докторског рада истоветна електронској верзији коју сам предао/ла за објављивање на порталу **Дигиталног репозиторијума Универзитета у Београду**.

Дозвољавам да се објаве моји лични подаци везани за добијање академског звања доктора наука, као што су име и презиме, година и место рођења и датум одбране рада.

Ови лични подаци могу се објавити на мрежним страницама дигиталне библиотеке, у електронском каталогу и у публикацијама Универзитета у Београду.

Потпис докторанда

У Београду, 2017 ГОДИНЕ

Данка Синадиновић



Прилог 3.

## Изјава о коришћењу

Овлашћујем Универзитетску библиотеку „Светозар Марковић“ да у Дигитални репозиторијум Универзитета у Београду унесе моју докторску дисертацију под насловом:

Језички аспекти интеракције лекара и  
пацијента у енглеском и српском

која је моје ауторско дело.

Дисертацију са свим прилозима предао/ла сам у електронском формату погодном за трајно архивирање.

Моју докторску дисертацију похрањену у Дигитални репозиторијум Универзитета у Београду могу да користе сви који поштују одредбе садржане у одабраном типу лиценце Креативне заједнице (Creative Commons) за коју сам се одлучио/ла.

1. Ауторство
2. Ауторство - некомерцијално
3. Ауторство – некомерцијално – без прераде
4. Ауторство – некомерцијално – делити под истим условима
5. Ауторство – без прераде
6. Ауторство – делити под истим условима

(Молимо да заокружите само једну од шест понуђених лиценци, кратак опис лиценци дат је на полеђини листа).

Потпис докторанда

У Београду, 2014. године

Милошковић

1. Ауторство - Дозвољавање умножавања, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, и прераде, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце, чак и у комерцијалне сврхе. Ово је најслободнија од свих лиценци.

2. Ауторство – некомерцијално. Дозвољавање умножавања, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, и прераде, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце. Ова лиценца не дозвољава комерцијалну употребу дела.

3. Ауторство - некомерцијално – без прераде. Дозвољавање умножавања, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, без промена, преобликовања или употребе дела у свом делу, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце. Ова лиценца не дозвољава комерцијалну употребу дела. У односу на све остале лиценце, овом лиценцом се ограничава највећи обим права коришћења дела.

4. Ауторство - некомерцијално – делити под истим условима. Дозвољавање умножавања, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, и прераде, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце и ако се прерада дистрибуира под истом или сличном лиценцом. Ова лиценца не дозвољава комерцијалну употребу дела и прерада.

5. Ауторство – без прераде. Дозвољавање умножавања, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, без промена, преобликовања или употребе дела у свом делу, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце. Ова лиценца дозвољава комерцијалну употребу дела.

6. Ауторство - делити под истим условима. Дозвољавање умножавања, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, и прераде, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце и ако се прерада дистрибуира под истом или сличном лиценцом. Ова лиценца дозвољава комерцијалну употребу дела и прерада. Слична је софтверским лиценцама, односно лиценцама отвореног кода.