

## Válasz

Prof. dr. Benczes Réka DSc, dr. Berán Eszter PhD, Prof. dr. Furkó Bálint Péter DSc bírálataira, amelyet *Az orvos-beteg kommunikáció nyelvészeti elemzése. Elmélet, gyakorlat, módszer* című MTA doktori értekezéséről készítettek

### Bevezetés

Elsőként szeretnék köszönetet mondani mindhárom bírálómnak, Benczes Rékának, Berán Eszternek és Furkó Bálint Péternek, hogy értekezésemet alaposan áttekintették, és arról konstruktív, a további kutatási irányokra is ható bírálatot adtak. Külön köszönöm bírálóimnak biztató szavaikat, és hogy értekezésemet hiánypótló munkának tartják, amely hazai és nemzetközi viszonylatban is hoz új eredményeket.

Válaszomban a bírálatok főbb felvetéseire reflektálva az általános megjegyzésektől haladok a konkrétabb kérdések felé. Ennek megfelelően elsőként az értekezés célkitűzéseihez kapcsolódó megjegyzésekre reagálok. Ezt követően a címben is megjelenő kulcsfogalmak, illetve csomópontok („elmélet, gyakorlat, módszer”) mentén válaszolok az opponenseim által feltett elméleti és módszertani kérdésekre, külön kitérve az egyes jelenségekhez kapcsolódó felvetésekre. Végezetül a gyakorlat és alkalmazás kérdéskörét érintő észrevételekre reflektálok.

A könyvként 2024 májusában publikált értekezésemben kettős célkitűzést fogalmaztam meg. Egyrészt célom volt bemutatni az orvos-beteg kommunikáció, illetve tágabban értelmezve az egészségügyi kommunikáció kutatásának főbb állomásait. Ebben kiemelt szerepet szenteltem a nyelvészeti perspektívának, annál is inkább, mert ezt a nemzetközi kutatási eredmények és trendek is indokolják. Továbbá Magyarországon is több évtizede folynak értékes nyelvészeti kutatások az egészségügyi kommunikációra vonatkozóan, amelyek legtöbbször kismértékben láthatóak a társdiszciplínák részére, és ezáltal kevésbé tudnak hatni a gyakorlatra. Az értekezésem másik célkitűzése az volt, hogy magyar nyelvű anyagon végezzek szisztematikus elemzéseket többféle módszer bevonásával, ezáltal új eredményeket hozva az egészségügyi kommunikációra vonatkozóan és a nyelvészeti kutatásokban egyaránt. Hálásan köszönöm mindhárom opponensemnek, hogy célkitűzéseim megvalósítására vonatkozóan pozitív visszajelzéseket adtak.

### Elméleti vonatkozások, módszertani megfontolások

A következőkben rátérek opponenseimnek az elméleti kerethez kapcsolódó megjegyzéseire. Ezúton is köszönöm Benczes Rékának és Furkó Bálint Péternek, hogy bírálatukban az értekezés egyik hazai és nemzetközileg is érvényes érdemként emelték ki, hogy a kötet egészében következetesen érvényesül a funkcionális kognitív nyelvészeti szemléletet. Ennek köszönhetően az egészségügyi kommunikáció elméleti és módszertani alapozása is holisztikusan valósul meg. Ez teljes mértékben összhangban áll a célkitűzéseimmel. Ezzel a következetes „vonalvezetéssel” véleményem szerint megtörténik az értekezés hazai és nemzetközi viszonylatban való elhelyezése is. Ugyanakkor egyetértek azzal a Berán Eszter által megfogalmazott javaslattal is, hogy érdemes lett volna egy-két bekezdésnyi terjedelemben a kötet végén expliciten is kifejezni, hogy az itt bemutatott eredmények és koncepció miként épül be a tágabb nemzetközi kontextusba. Ennek annál is inkább van jelentősége, mert egyre nagyobb igény mutatkozik arra, hogy az egészségügyi kommunikációra vonatkozó kutatások jól körülhatárolt, mind az elméletben, mind a gyakorlatban jól működtethető kommunikációfelfogással dolgozzanak (Bigi 2016, 2022). Ezt a jelen kötet következetesen meg is valósítja. További szempont, hogy egyre nagyobb nemzetközi érdeklődés mutatkozik a nem angol nyelvű, különböző nyelvi és kulturális kontextusok vizsgálati eredményeire, valamint gyakorlatokba való bevonására (Makoul et al. 2024). A kötet ezt is megvalósítja, és több nemzetközi szinten publikált eredményt is bevon (Kuna–Domonkosi 2020; Kuna–

Scarvaglieri 2022; Kuna–Hámori 2023). Ugyanakkor, egyetértve Berán Eszter felvetésével, ezeket az eredményeket érdemes még hangsúlyosabbá tenni.

Benczes Réka az elméleti részhez kötődően hiányolja az eufemizmusok, a metaforák és a korosztály szerepének megjelenését az értekezésben. Egyetértek azzal, hogy ez három fontos, az orvos-beteg kommunikáció jelenét és jövőjét is meghatározó kérdéskör. Az eufemizmusok és a tabuk meghatározzák az orvos és a betegek közötti kommunikációt, ezeknek nyelveken belüli és interkulturális közegben is kifejezetten nagy jelentősége van a hatékony kommunikációban. Akárcsak a metaforák esetében – amiről később ejtek szót –, az eufemizmusok támogathatják, vagy éppen ellenkezőleg: akadályozhatják a hatékony egészségügyi interakciót. Ahogyan arra az értekezésben is utalok (l. 23. oldal), az eufemizmusoknak szerepük van a tájékoztatásban, a kapcsolatépítésben, az empátia kifejezésében, a megbélyegzés elkerülésében, a közös döntés kialakításában, a rossz hírek közlésében (l. még Herbert 2016). Az eufemizmusok nagyon sokrétűek mind nyelvi-fogalmi megvalósulásukat, mind működésüket és a hozzájuk kapcsolódó attitűdöket tekintve. Fontos téma, amelyre vonatkozóan hazai nyelvészeti kutatásokat is ismerünk (l. pl. Mány 2019, 2020), ugyanakkor az értekezésben tudatosan nem fektettem rá nagyobb hangsúlyt a bírálóm által is meghatározott mértéknél. Ennek részben az az oka, hogy az értekezés első felében az elméleti részben elsődlegesen azok a fogalmak jelennek meg, amelyek az empirikus kutatásban is kiemelt szerepet kapnak. A szűkítés a keretek kijelölése miatt is szükséges volt. Azon túl, hogy az empirikus részben vizsgált konzultációkban az eufemizmusok nem játszanak központi szerepet, a jelenség említett sokrétűsége is hozzájárul, hogy nem került külön alfejezetbe, mert az a komplexitással összefüggésben hosszabb, részletesebb lett volna. Az eufemizmusok kérdése megkerülhetetlen a rákhoz kapcsolódó kommunikációban, a palliatív ellátásban, a rossz hírek közlésében, az élet végi konzultációkon (l. pl. Collins et al. 2018; Olson et al. 2021; Barlet et al. 2022), az elemzett interakciókban azonban nem mutatkoztak relevánsnak.

Hasonló okok miatt nem kapott nagyobb szerepet a kötetben a metafora kérdésköre, annak ellenére, hogy relevanciáját egészségügyi kontextusban számos kutatás is igazolja (csak néhányat kiemelve Casarett et al. 2010; Gallagher et al. 2013; Semino–Demjén 2017; Hendricks et al. 2019; Macagno–Rossi 2019; Munday et al. 2022; Semino 2023). A metafora nyelvészeti megközelítésére jómagam is támaszkodom több projektben is jelenkori, illetve történeti vonatkozásban egyaránt (l. pl. Kuna 2014, 2019; Kuna et al. 2022; Kuna–Williams 2025; Simon et al. forthc.). Az empirikus részben vizsgált anyagban a figuratív nyelvhasználat nem játszott kiemelkedően fontos szerepet, így az elméleti részben sem tárgyaltam külön alfejezetben. Ez a döntés részben hiányt teremt, mert az egészségügyi kommunikáció nyelvészeti elemzésének egyik központi fogalma háttérbe szorul, ugyanakkor segíti a kötetként megjelent értekezést fesszéssé és következetessé tenni, ami kiadói elvárásaként is megfogalmazódott. Egy év távlatából visszatekintve ugyanakkor indokoltnak gondolom, hogy a metaforák az értekezésben legalább olyan mértékben megjelenjenek, mint ahogy az a 2022-es áttekintő tanulmányomban megvalósul (Kuna 2022: 57–59).

A Benczes Réka által hiányolt harmadik szempont a korosztály változója, amely egyrészt szintén azért nem kapott nagyobb szerepet az értekezésben, mert az empirikus anyagban nem kiemelt változó, azaz nincs nagy hatással a vizsgált mintában a kommunikációs jellemzőkre. Másrészt a korosztályhoz tartozás azért sem jelenik meg külön bemutatott szempontként az elméleti részben, mert például a beszédaktussal, deixissel, common grounddal vagy akár az eufemizmussal és a metaforával szemben nem nyelvi-kommunikatív művelet. Ez azonban nem jelenti azt – ahogyan arra a Benczes Réka által javasolt szakirodalmi tételek is rámutatnak –, hogy ne lenne lényeges szempont mind a páciens, mind az egészségügyi dolgozó viszonylatában. Az utóbbira vonatkozóan abban a tekintetben is, hogy van olyan gyógyító korosztály, amelynek az egyetemi képzésében az orvosi kommunikáció nem kapott szerepet, és

ez hatással van a kapcsolatépítésük és a tudásmegosztásuk módozataira (Kuna–Scarvaglieri 2022). A korosztályhoz tartozás a páciensek vonatkozásában is meghatározó, szoros összefüggésben a várható hosszabb élettartammal, a krónikus betegségek kiemelkedően magas számával, amelyek egyben az egészségügyi ellátás egyik legnagyobb jövőbeli kihívását is jelentik (Burckhardt et al. 2003; Nuño et al. 2012). Ennek egyik különösen kiemelt szempontja az idősebb páciensekkel folytatott kommunikáció (l. pl. Prajankett–Markaki 2021; Sharkiya 2023).

A korosztálynak a szerepe a digitalizációval még inkább előtérbe kerül, hiszen mind az egészségügyi dolgozók, mind a páciensek körében a fiatalabb korosztály mozog otthonosabban a digitális térben (Györffy–Radó 2024). Ez a téma a korosztály változóján túlmutatva át is vezet a Benczes Réka által felvetett másik kiemelt szempontra, az online kommunikáció jelentőségére.

A digitalizáció fontosságát mutatja, hogy a szakirodalom alapján a biopszichoszociális megközelítést szükséges kiegészíteni a digitális komponenssel (Ahmadvand et al. 2018). Magyar viszonylatban is vizsgálták a telemedicina hatását az orvosi kommunikációra, a jólétre és a páciensek igényeire vonatkozóan. Ezek alapján megállapítható, hogy a Covid-19-es pandémiát követően a magyar társadalom egészében megnövekedett az igény és ezzel egy időben az elfogadás a digitalizációra, telemedicinára vonatkozóan, aminek számos következménye van az egészségügyi dolgozó és páciense közötti kommunikációra (Györffy–Radó 2024). A telemedicina, a viselhető eszközök, a távmonitorozás, az internetes tájékozódás az egészségügyi ellátás szerves részét képezik, különösen a fiatalabb korosztályok esetében, de az idősek gondozásában és a krónikus betegellátásban is. Megfigyelhető trend, hogy a betegek a kényelmes, időtakarékos, sok esetben digitális ellátást keresik, ugyanakkor továbbra is értékeli az orvosukkal való személyes találkozást. A komplex felmérések eredményei arra mutatnak rá, hogy a digitális technológia segítségével bővíthető az ellátás, de az orvosi konzultációt valószínűleg soha nem lehet teljesen helyettesíteni (Györffy 2024: 87).

Benczes Réka kérdésére válaszolva: a digitalizáció több szinten gyakorol hatást az orvos-beteg konzultációra: technikailag, kommunikatíván, valamint a terápiás találkozások koordinálásában egyaránt. E változások mögött számos tényező áll, csak néhányat említve: a mindencsatornás páciensek, a távmonitorozási eszközök, a mesterséges intelligencia, a páciensek által gyűjtött online (személyes és szakmai) információk. (Például a már említett magyar kutatás szerint a megkérdezettek közel 25%-a tudományos egészségügyi szakirodalmat is olvas a betegségéről; Girasek et al. 2024: 61). Ezek a szempontok nyelvi és szakmai szinten is új kihívásokat jelentenek az orvos-beteg kapcsolat alakításában, új stratégiákat kívánnak meg a kapcsolat- és tudásmenedzsmentben, valamint a közös döntéshozatalban, a magánélet és a rendelési idő elkülönítésében. A digitalizáció – megfelelő mértékű digitális ismeretek birtokában – hozzájárulhat a páciensek ágenciájának (aktivitásának és proaktivitásának) növekedéséhez, valamint nagyobb fokú inkluzivitással is járhat. Ezek a változások nyelvileg is leképeződnek, tehát nyelvészetileg is vizsgálható tényezők. Ugyanakkor a digitalizáció megnövekedett mértéke miatt szükséges az ehhez kapcsolódó készségek és képességek fejlesztése – mind a páciensek, mind az egészségügyi szakember részéről –, valamint megfelelő szabályozási keretek kialakítása. Továbbá a konzultáció terén túlmutató olyan törvényi, intézményi, etikai irányelvek kidolgozása is szükségessé válik makroszinten, amelyek a konzultációk mikroszintjére is hatással vannak, illetve lesznek.

Ezek elemzéséhez, működésének leírásához, a tágabb szociokulturális tényezők bevonásához a kötetben bemutatott elméleti keret és fogalmi apparátus megfelelő háttérrel tud biztosítani, továbbá alapot is ad a további vizsgálati eredményekkel való összevetésre. Benczes Réka felteszi azt a kérdést is, hogy mely empirikus eredmények lehetnek kiemelten fontosak az online kommunikációban. A reflektáltság például nagyobb szerepet játszhat az online térben

megvalósuló diskurzusok tudásszervezésében, -megosztásában, illetőleg -koordinálásában. Csak néhány aspektust kiemelve: egy online videókonzultáció megszervezése nagyobb fokú reflektáltsággal jár, amikor a résztvevők a közeget is az interakció tárgyává teszik, hogy látható, hallható, érthető-e valami. További fontos szempont, hogyan válik a közös alap részévé a páciens által mozgósított orvosszakmai tudás, hogyan jutnak a résztvevők ezeket is figyelembe véve, ezekre is reflektálva közös döntésre. A nonverbális jelzések is új tényezőket hoznak be az online kommunikáció esetén (pl. szemkontaktus, proxemika), éppúgy mint a kapcsolatépítés módjai, amelyek a különböző csatornákon (pl. e-mail, cset, voicemail) összetartanak vagy különböznek, és az interakciós szerepek megkonstruálásban is jelentős szerepet játszanak. További fontos szempont, hogy a különböző csatornákon, különböző műfajokban megvalósuló konzultációk hogyan hatnak a terápia egészére. Ezen tényezők vizsgálata jelenleg is zajlik az értekezésben is említett „Krónikus betegek gondozása új megközelítésben” (ETT TUKEB IV/661-3/2021/EKU) projekt keretein belül. Jelenleg telemedicinálisan és személyesen megvalósuló videókonzultációkat (19 db, ~360 perc), e-maileket (100 db), cset- és SMS-konzultációkat (30 db) elemeztünk (l. 257. oldal). Ez az anyag az értekezésben felmerülő szempontokon túl alkalmas keretet ad többek között a metafora, az eufemizmusok, a digitális kommunikáció, az egyes diskurzusműfajok egymásba ágyazódásának és a korosztály szerepének a vizsgálatára egyaránt. Ez a projekt reflektál Furkó Bálint Péter továbbvezető javaslatára is, mely szerint érdekesebb nagyobb mintán is kutatásokat végezni, amelyben a multimodális jelenségek pragmatikai szempontú elemzése is nagyobb teret kap. Ennek feldolgozása a deixis és a direktív aktusok elemzéséhez (Gerwing 2017; Fricke 2022), illetve a mikroelemzés módszertanával (Gerwing et al. 2023) folyamatban van.

Ezekben a kutatásokban nagy szerepet fog kapni a Furkó Bálint Péter által említett annotátorközi egyezőség tárgyalása is. Az értekezés kvalitatív elemzéseit minden esetben több kutató végzete, ahogy az az egyes kutatások ismertetésénél is szerepel. Ezek egy része a kategóriák kialakításáig közös, egy időben zajló kódolásként zajlott, majd ezt követően párhuzamosan valósult meg. Az így keletkező eredményeket egyeztetettük, a vitás kérdésekről minden esetben közösen döntöttünk. A 9. fejezetben ismertetett kutatásban például az esetek nagyjából 85%-ában a kódolási eredmények megegyeztek a két annotátor között, a problémás esetek egyeztetést követően kerültek véglegesítésre. Ez a folyamat a kategóriák leírásának egyértelműsítéséhez, finomításához is hozzájárult. Elfogadom ugyanakkor bírálóm javaslatát, hogy az annotátorközi egyezőség mérése és explicit tárgyalása hozzájárul az eredmények validálásához. Erre a MAXQDA szoftveren belül is van lehetőség. Továbbá későbbi kutatásokat is megalapozhat, ha az elemzési kategóriákat más anyagon elemeznék például más kutatók.

Ugyancsak Furkó Bálint Péter megjegyzésére reagálva kiemelem, hogy az említett telemedicinális anyagok valós interakciók vizsgálatát lehetővé teszik, azonban további szimulált helyzetek elemzése elsődlegesen orvosi egyetemekkel való együttműködés keretein belül valósulhat meg a jövőben. A rendelkezésre álló valós konzultációs adatbázis mérete sajnos még így sem mérhető össze a nemzetközi viszonylatban zajló nagy interdiszciplináris projektek anyagaival, amelyekben több száz videóanyag szisztematikus gyűjtése valósul meg egészségügyi intézmények bevonásával. Ahhoz, hogy ez Magyarországon is lehetséges legyen, támogatott intézmény- és szakmaközi projektek lennének szükségesek.

Az elméleti szempontú témakörökhöz kötődő kérdések kapcsán utolsóként a betegközpontú kommunikációra térek ki, amely egyben át is vezet a további módszertani és az egyes elemzésekhez kötődő felvetésekhez.

Az értekezés egyik központi fogalma a betegközpontú gyógyítás, amely évtizedek óta jelen van az orvos-beteg kommunikáció oktatásában és kutatásában. Ennek alapja – ahogy az értekezés 28. oldalán is megfogalmazódik –, hogy a terápiás folyamatban a páciens saját betegségéhez

kapcsolódó ismeretei, preferenciái, szükségletei, attitűdjei, lelki, érzelmi és társadalmi háttere szerepet kapnak. Ehhez a témához kapcsolódik Benczes Réka és Berán Eszter egy-egy kérdése, megjegyzése is. Benczes Réka felveti, hogy az eredmények tükrében mennyire tekinthető skalárisnak a betegközpontú és a paternalisztikus kapcsolatépítési mód. Berán Eszter pedig arra utal, hogy a kétféle kapcsolatépítésre vonatkozó felmérés körkörösé válik azáltal, hogy a videók készítőinek a célja pontosan az volt, hogy az egyik videóban épüljön ki kapcsolat az orvos és a páciense között, a másikban azonban ne. Ez utóbbi kritikai észrevételre reagálva fontos hangsúlyozni: az attitűdvizsgálat éppen arra irányul, hogy feltárja a szerzői szándék és különböző befogadói csoportok értékelése közötti összefüggést. A kérdőív tehát a szándék és a hatás viszonyát fejtí fel. A Likert-skála bevonását érdemesnek tartottam, mert lehetővé tette az adatközlők véleményének kvantitatív és kvalitatív szempontú összevetését. Mivel az attitűdvizsgálat nem reprezentatív mintán alapul, és ezt az értekezés sem állítja, a 163 adatközlőt alkalmasnak tartom a szándék és a hatás jellemzőinek a bemutatására. A számszerű értékelést minden esetben kvalitatív minősítés egészítette ki, és a két szempontot mindig együtt vizsgáltam. Az eredményeket a 15. ábra szemlélteti (1. melléklet), amely jól érzékelteti, hogy az adatközlők értelmezésében bizonyos csomópontok kirajzolódnak, ugyanakkor az egyes értelmezések között jelentős eltérések is megfigyelhetők. Véleményem szerint a 15. ábra rámutat arra, hogy nem válik körkörösé a vizsgálat, hanem a szándék és hatás viszonyát fejtí fel. Továbbá a Likert-skála számszerű adatai árnyalják a kvalitatív tartalmakat, valamint bemutatják a kapcsolatépítésre vonatkozó reflexiók skaláris jellegét is. Azt ugyanis, hogy az egyes résztvevők másként értelmezik az abban megjelenő kapcsolatot.

Ez egyben azt is jelenti, hogy a betegcentrikus kommunikáció egyik legfontosabb alapja, hogy az egészségügyi szakember felméri, észleli, figyelembe veszi a páciens személyiségét, kommunikációs módját, igényeit, tájékozottságát, kérdéseit stb. Ezek értelmében Berán Eszter kérdésre válaszolva, a vizsgált háziorvosi konzultációk jellemzően betegközpontú kommunikációs módot mutatnak. Még a *nyakon szűrés* esetében is, amelyet Benczes Réka emelt ki. A vizsgált interakciórészlet kontextusából kiragadva valóban félelemkeltő is lehet, ezért nem biztos, hogy a legjobb példa így kiemelve környezetéből. A bemutatott interakciós rész azonban egy nagyon részletes, megnyugtató magyarázatba illeszkedik. Másrészt ezen a konzultáción maga a páciens használ több szlengekifejezést, megteremtve egy lazább stílust (pl. *cibálnám ide 'hoznám'; furcsaságokat írtak 'orvosi leletben lévő információ', a tesómnak volt ez a szívbigyója 'szívinfarktus', azért rugóznak rajta 'visszatér rá', jó szupi; más bajom nincsen*). Az orvos által használt *nyakon szűrés* illeszkedik ehhez a stílushoz. A vizsgált háziorvos más interakciókban nem használt hasonló lazább kifejezéseket, sőt az is megfigyelhető volt, hogy egy-egy páciensével sajátos kapcsolatépítési stratégiákat is alkalmazott, amelyek a páciens preferenciáira rezonálnak (pl. tetszikelés). Ez arra utal, hogy vannak nyelvi kifejezések, amelyeket nem általánosan, hanem az interakciós partnertől függően használ. A háziorvosi kommunikáció betegközpontú volta a kommunikációs egymásra hangolódás, a stílári adaptáció folyamatában is megmutatkozik. Tehát ezt az összetett folyamatot nem lehet csak mérhető számszerű elemekkel – pl. a direktívumok száma, minősége; a pozitív kifejezések száma, minősége – jellemezni, hanem szükséges a szekvenciális szerveződés, a mikroszintű jellemzők és az egész interakcióban megvalósuló adaptív nyelvi tevékenység összképét is vizsgálni. Ez a megállapítás egyébként összhangban áll egy friss, interkulturális kutatás eredményeivel is (Pines et al. 2025). Összességében megállapítható, hogy a betegközpontú, illetve a páciens szempontjából hatékonynak tekintett kommunikáció adaptív jellegét több tényező határozza meg. Az értekezésben végzett empirikus vizsgálatok arra is rámutattak, hogy többek között a metapragmatikai reflexiók sok esetben és sokféleképpen járulhatnak ehhez hozzá.

A válasz további részében a konkrét elemzéshez kapcsolódó megjegyzésekre térek ki. Berán Eszter felveti, hogy a 4. fejezetben miért jelennek meg módszertani utalások. Ez a fejezet elsődlegesen az anyagot tartalmazza, amelyet szükségesnek láttam külön tárgyalni, hiszen az egész empirikus részben az itt bemutatott konzultációkkal dolgoztam, így ezzel az összegző bemutatással elkerültem a redundanciát. A 4. fejezetben nagyon röviden és összegzően, a célkitűzéseket kiemelve megjelennek az empirikus módszerek (l. 78–79. oldal), amelyek az olvasót vezetik, illetve segítik a tájékozódását a következő fejezetekben. A módszertani rész ezt követően mindig az adott kutatáshoz kapcsolódóan jelenik meg, ahogy azt Berán Eszter maga is javasolja.

Az attitűdvizsgálatban kiemelt szerepet kapott két csoport összehasonlítása, amelynek indoklása az értekezés 96. oldalán olvasható: eszerint a két csoport szakmai hátterük (orvosi vs. nyelvészeti) és szakmai tudásszintjük (egyetemi hallgatók) alapján homogénnek tekinthető. Egyetértek Berán Eszter észrevételével, hogy ezt a szempontot esetleg meg lehetett volna ismételni a kvalitatív elemzés bevezetőjében (l. 5.2.2. fejezet). A demográfiai tényezők bevonása ezen a ponton a két csoportra vonatkozóan nem adott volna hozzá a kutatás eredményeihez, ugyanakkor valóban érdemes lehet megvizsgálni a válaszokat és a minősítéseket az életkor és nemek szerinti eloszlásban a 163 adatközlő esetében. Köszönöm a továbbvezető javaslatot.

Felmerült kérdésként, miért tekinthető releváns szempontnak a címadás. A címek metonimikus címkeként állnak az egész történet helyett (l. 107. oldal), így a befogadók percepciójába, asszociációiba fontos betekintést adhatnak. Ezáltal feltárható, hogy az adatközlők milyen szempontokat emelnek ki saját megélésük alapján az adott jelenettel kapcsolatban (pl. kommunikáció, társas viszonyok, társadalmi háttér, egy-egy interakciós résztvevő szerepe). Ebben az értékelő mozzanat is gyakran megjelenik, amelynek része az ironia – ez a címadásban jellemzően értékmegvonó jelleget kap. A *hogyan ne* konstrukció is része ennek az értékmegvonásnak. Jól látható, hogy a orvosok válaszaiban 6-szor jelenik meg a *hogyan ne* + T/1.-es igei konstrukció, ahol az orvosi szerepbe való bevonódás is látszik (pl. *Hogyan ne kommunikáljunk a beteggel*). A magyar szakos hallgatóknál ez egyszer fordul elő, mégpedig T/1. nélkül (pl. *Hogy ne közzöl a beteggel, mi a baja*). Ezen túl a *milyen ne* egyszer jelenik meg a orvosok címeiben (pl. *Milyen ne legyen egy orvos-beteg kapcsolat*), ahogy a pozitív keretezésű, nem tagadó *hogyan* is (pl. *Hogyan tájékoztassuk a cukorbetegeket a szükséges életmódváltásról*). A fentiek és az értekezésben bemutatott értelmezések alapján (l. 107–112. oldal) érdemesnek tartom a címadás mozzanatát bevonni jelen esetben, és akár hasonló kvalitatív szempontú elemzésekbe egyaránt.

Berán Eszter bírálóm véleménye szerint a kérdőíves felmérésben is alkalmazott videópár nem alkalmas a külföldi adatközlőkkel végzett attitűdfelmérésére, ugyanakkor meglátásom szerint kifejezetten erősítheti az eredményeket, ha ugyanazt az anyagot vizsgáljuk a különböző adatközlői csoportokban. A kérdőívet kitöltők is ugyanezt a videófelvételpárost látták ugyanazokkal a megvalósuló nonverbális és verbális aktusokkal. Ezen a ponton emelem ki, hogy a nonverbális jelzések tárgyalása összegzően megtörténik az elméleti részben (l. 68–70. oldal), valamint az empirikus fejezetekben több helyen. A jövőben nyílik lehetőségem valós interakciók nonverbális jellemzőinek szisztematikus vizsgálatára a krónikus betegségekhez kapcsolódó videokonzultációk anyagában mindkét interakciós szereplő viszonyában.

Berán Eszter kiemeli a konzultációk társalgási jellemzőinek tárgyalásakor, hogy a valós és a szimulált interakciók között jellemzően fennáll az a különbség, hogy a valós interakciókban több az egyszerre beszélés, mint a fiktívekben. Ezzel egyetértek, ahogy erre az értekezésben is utalok (l. 176. oldal). Ugyanakkor mind a vizsgálat eredményei, mind a bemutatott szakirodalom is arra mutat rá, hogy az egyszerre beszélés és a félbeszakítás a konzultációk fontos aspektusai közé tartoznak. Ennek megfelelően, amennyiben oktatási célú videók

készülnek egészségügyi szakemberek részére, célszerű az átfedő beszédrészeket mint tényezőt is megjeleníteni. Ezzel kapcsolatban megerősítő visszajelzést kaptam az oktatóvideók egyik készítőjétől is, aki szerint egy jövőbeli oktatóanyagban ennek a szempontnak mindenképpen helyet kellene kapnia. Ugyanez érvényes a metareflexiók kérdésére is, amelyek arányában és mintázataiban szintén különbségek figyelhetők meg a fiktív és a valós interakciók között, ahogyan erre Berán Eszter is utal. További kérdés fogalmazódik meg a páciensek félbeszakításához kötődően, amelyre az alábbiakban válaszolok: Az egyszerre beszélések és azok kezdeményezése kapcsán az irodalomban eltérő eredmények találhatók (l. az értekezésben összefoglalva 144–145. oldal). Fontos aspektusként jelenik meg az is, hogy a félbeszakítás és az egyszerre beszélés milyen módon valósul meg: ki kezdeményezi, kooperatív vagy zavaró jellegű-e, kérdés vagy válasz típusúként valósul-e meg (l. 162–165. oldal). Az általam vizsgált mintában mindkét résztvevő viszonyában a kooperatív típusú félbeszakítások voltak a gyakoribbak. Az egyszerre beszélés kezdeményezője jellemzően a páciens volt (72%), és ezek legtöbbször az orvosnak adott válaszokhoz kapcsolódtak, ahogy ezt a 165. és az azt megelőző oldalakon részletesen bemutatom. Valószínűsíthetően a kérdés-válasz szekvenciapárban több esetben jelenhet meg egyszerre beszélés más interakciókban is. Általánosítani azonban nem érdemes, mert a szakirodalmi eredmények is azt mutatják, hogy nagyon különböző kvantitatív és kvalitatív jellemzői lehetnek egy-egy konzultáción az egyszerre beszélésnek.

Az első személyű konstrukciók vizsgálatában a T/1. mintázatai és jelentősége kiemelt szerepet kap. Ennek részletes elemzése valósul meg a 8. fejezetben, ahogy erre Benczes Réka és Berán Eszter is utal. A hatékony orvosi kommunikációra vonatkozóan a T/1. sok esetben a közös cselekvésnek, a közös döntésnek, a felelősség megosztásának egyik nyelvi kifejezője, ahogyan azt a fejezet több pontján az elemzésekben (l. pl. 208–212. oldal) és a szakirodalomra építve is bemutatom (l. 181–182. oldal). A T/1. jóval változatosabb mintái jelennek meg a valós interakciókban, többek között a Berán Eszter által is kiemelt mintázat, amikor az orvos a saját cselekvéseit konstruálja közösként. Ennek a vizsgált mintában jellemzően egyfajta csapatmentalitás, a páciens bevonása a célja (inkluzív *mi*), tehát egyfajta betegközpontú stratégia részeként jelenik meg. A használatát azonban a kisebb mértékű agentivitás jelzőjeként is értelmezi a szakirodalom (paternalisztikus *mi*, azaz „fejedelmi többes”) (Townsend 2021). Ezeknek a T/1.-es konstrukcióknak a működését – akárcsak más típusú diskurzusok esetén – az egészségügyi kontextusban is érdemes körültekintően egy nagyobb stratégia részeként értelmezni. Az értekezésbeli elemzésben jellemzően ezek az előfordulások egy betegközpontú kommunikációs mód részeként jelentek meg, ahogy arra az elemzésben ki is térek.

Berán Eszter bírálatában a múlt idejű igealakok használatára is kitér. Ezzel kapcsolatban fontos pontosítani, hogy a 8. fejezethez kapcsolódó harmadik számú hipotézisem nem arra irányult, hogy a páciensek az interakciókban elsősorban múlt idejű alakokat használnak, hanem arra, hogy a páciensek a konzultációk során nagyobb arányban használnak múlt idejű igealakokat, mint az egészségügyi szakemberek (l. 184. oldal). E hipotézis vizsgálatát az indokolta, hogy a szakirodalomban az időhasználat és a hatékonyság között összefüggés mutatkozik (Falkenstein et al. 2016). Az oktatóvideók anyagában ez nem igazolódott, a háziorvosi konzultációkon a páciensek 23%-ban, az egészségügyi dolgozók 15%-ban használtak múlt idejű alakokat, jelentős eltérés itt sem tapasztalható (l. 190. oldal). A múlt idő használata a legtöbb esetben a terápiás betegutak, a korábbi leletek, állapotok kifejtéséhez kötődött, és megállapítható, hogy az elemzett konzultációkban mindkét interakciós résztvevő leginkább jelen és jövő idejű igealakokat használt (l. 190. oldal).

### **Gyakorlat és alkalmazás**

Az utolsó nagyobb csomópontként a cím egyik kulcsszavára reflektálok, a gyakorlatot előtérbe helyezve. Köszönöm opponenseimnek a gyakorlati alkalmazás hangsúlyozására vonatkozó megjegyzéseit, amelyekkel javarészt egyetértek. Az értekezésben bemutatott szempontokat és

fogalmakat tanítom és gyakorlatokon keresztül az egészségügyi szakpszichológus hallgatókkal alkalmazom az SZTE AOK és BTK Alkalmazott Egészségpszichológia szakképzésen tartott Tanácsadási és kommunikációs egészségfejlesztés gyakorlaton, amelyen 2021 óta megbízott oktatóként veszek részt (8×45 percben). E képzési tapasztalatok, valamint több egészségügyi intézményből érkező szakmai megkeresés alapján jelenleg egy gyakorlati munka kidolgozása van folyamatban. A cél egy olyan, elsőként magyar, majd angol nyelven elérhető szakmai kiadvány létrehozása, amely az egészségügyi dolgozók számára érthető módon és nyelvezettel, ugyanakkor szakszerűen és strukturáltan foglalja össze a nyelvészeti alapokat, alapfogalmakat. Ebben a munkában több példa, szöveget és feladat, valamint továbbvezető irodalom is helyet kap. Ezek a jelen kötetben terjedelmi korlátok miatt nem jelentek meg, aminek a kiadói munka is keretet szabott, akárcsak a tipográfiai megjelenésnek (pl. félkövér szedés, rövidítések).

Ezúton is szeretném megköszönni opponenseimnek az ezekre a szempontokra vonatkozó megjegyzéseit, amelyeket az említett, jelenleg is zajló munkába mindenképpen figyelembe fogok venni. Ezen a ponton térek rá Benczes Réka harmadik kérdésére, amely arra irányul, hogy melyek azok a kommunikatív szempontok, amelyeknek az egészségügyi képzések tananyagába mindenképpen be kell épülniük. Ha távolabbról indítunk, akkor szükséges a kommunikáció fogalmát tisztázni, mert nélkülül hatékony kommunikációról sem lehet beszélni. A funkcionális kognitív pragmatika felfogásában a nyelv nem eszköz, hanem közeg, amellyel cselekszünk és jelentéseket hozunk létre, illetve osztunk meg. Ez egészségügyi kontextusban is kiemelten fontos. Mindenképpen beépíteném a common ground fogalmát is, amely összefüggésben van a tudásszervezés, a kapcsolatépítés jelenségekörével és egyben a szociokulturális kontextussal is. Ha konkrétan nyelvi stratégiákra térünk ki, akkor az alábbiak kiemelt jelentőségűek: a beszédaktusok, kifejezetten a direktív beszédaktusok (pl. ajánlás, javaslat, utasítás, kérés); a kapcsolatépítés és az attitűddeixis témaköre és nyelvi mintázatai, beleértve az ehhez fűződő attitűdök és az udvariasság kérdését is; továbbá a metaforák jelenségeköre, amely fontos szerepet játszik a szaknyelv és a laikus nyelv, a mindennapi és a szaknyelvi tudás keretezésében, így a megértésben vagy akár a meggyőzésben. Itt röviden jegyzem meg, hogy az említett egészségügyi szakpszichológusi képzésen az utóbbi két témakör iránt van a legnagyobb érdeklődés. Ezen túlmenően a metapragmatikai tudatosság szintén hatékony nyelvi stratégia, amely a fent említett jelenségekhez is kapcsolódik, de kiemelt helyet kap az interakció szervezésében, és sok esetben a betegközpontú kommunikáció egyik jelzője is (pl. a fogorvosi kommunikációban, de más esetekben is), akárcsak a nyelvi és stílári adaptáció kérdésköre. Fontos szempont az is, hogy a konzultáció multimodális társalgás, ez pedig számos jellemzőjét alapjaiban meghatározza (pl. együttbeszélés, beszédlépések, szünetek, szekvencialitás, nonverbális jelzések). A készülő kötetben az eufemizmusok, a digitalizáció és a korosztály is fontos szempontként fog megjelenni, valamint szöveget is segíteni fogja a befogadást.

A gyakorlati alkalmazásnak még az egészségügyi közegen túlmutató szempontja is megjelenik. Az értekezésként benyújtott kötet, noha befogadható a tágabb közönség részére is, elsődlegesen mégis nyelvészeti munka, amely elméleti és módszertani alapokat mutathat más diskurzusok hasonló szempontú elemzéseire. Így a *gyakorlat* szó a címben az alkalmazott aspektuson túl egyfajta nyelvészeti gyakorlatra is utal.

Végezetül szeretném még egyszer megköszönni mindhárom opponensemnek pozitív, megerősítő szavait, valamint alapos és sokrétű bírálatát, amelyek a folyamatban lévő és további kutatásaimban is megerősítenek, valamint új szempontokkal és inspirációval szolgálnak.



## Irodalom

- Ahmadvand, Alireza – Gatchel, Robert – Brownstein, John – Nissen, Lisa 2018. The Biopsychosocial-Digital Approach to Health and Disease: Call for a Paradigm Expansion. *Journal of Medical Internet Research* 20/5: e189.
- Barlet, Margaret H. – Barks, Mary C – Ubel, Peter A. – Davis, J Kelly – Pollak, Kathryn I – Kaye, Erica C – Weinfurt, Kevin P – Lemmon, Monica E 2022. Characterizing the language used to discuss death in family meetings for critically ill infants. *JAMA Network Open* 5/10:e2233722.
- Bigi, Sarah 2016. *Communicating (with) Care. A linguistic approach to the study of doctor-patient interactions*. IOS, Amsterdam/Berlin/Washington.
- Bigi, Sarah 2022. Looking at healthcare communication through a linguist's glasses: the view from the 'other side' rEACH Connectivity Webinar, 24 May 2022. (Presentation)
- Burckhardt, Carol S. – Anderson, Kathryn L. 2003. The Quality of Life Scale: reliability, validity, and utilization. *Health and Quality of Life Outcomes* 1: 60
- Casarett, David – Pickard, Amy – Fishman, Jessica M. – Alexander, Stewart C. – Arnold, Robert M. – Pollak, Kathryn I. – Tulskey, James A. 2010. Can metaphors and analogies improve communication with seriously ill patients? *Journal of Palliative Medicine* 13/3: 255–260.
- Collins, Anna – McLachlan, Sue-Anne – Philip, Jennifer 2018. How should we talk about palliative care, death and dying? A qualitative study exploring perspectives from caregivers of people with advanced cancer. *Palliative Medicine* 32/4: 861–869.
- Falkenstein, Angelica – Tran, Brandon – Ludi, Daniel – Molkara, Afshin – Nguyes, Henry – Tabuenca, Arnold – Sweeny, Kate 2016. Characteristics and correlates of word use in physician-patient communication. *Annals of Behavioral Medicine* 50/5: 664–677. <https://doi.org/10.1007/s12160-016-9792-x>
- Fricke, Ellen 2022. The Pragmatics of Gesture and Space. In: Jucker, Andreas H. – Hausendorf, Heiko (eds.): *Pragmatics of Space. Handbook of Pragmatics*, Vol. 14. De Gruyter Mouton. Berlin/New York. 363–397.
- Gallagher, Laura – Mcauley, James – Moseley, Lorimer G. 2013. Randomized-controlled trial of using a book of metaphors to reconceptualize pain and decrease catastrophizing in people with chronic pain. *Clinical Journal of Pain* 29/1: 20–25.
- Gerwing, Jennifer 2017. Physicians' and patients' use of body-oriented gestures in primary care consultations. In: Paggio, Patrizia – Navarretta, Costanza (eds.): *Proceedings of the 4<sup>th</sup> European and 7<sup>th</sup> Nordic Symposium on Multimodal Communication (MMSYM 2016)* Linköping University Electronic Press, Linköping. 85–93.
- Gerwing, Jennifer – Healing, Sara – Menichetti, Julia 2023. Microanalysis of Clinical Interaction. In: Bigi, Sarah – Rossi, Maria G. (eds): *A pragmatic agenda for healthcare: fostering inclusion and active participation through shared understanding*. John Benjamins, Amsterdam/Philadelphia. 43–74.
- Girasek, Edmond – Döbrössi, Bence – Boros, Julianna – Györfy, Zsuzsa 2024. E-Patients in Hungary: Digital Health Experiences and Attitudes among Patients. In: Györfy, Zsuzsa – Radó, Nóra (eds.): 2024. *E-patients and E-physicians in Hungary*. Semmelweis, Budapest. 59–64.
- Györfy, Zsuzsa – Radó, Nóra (eds.) 2024. *E-patients and E-physicians in Hungary*. Semmelweis, Budapest.
- Györfy, Zsuzsa 2024. Perspectives. In: Györfy, Zsuzsa – Radó, Nóra (eds.) 2024. *E-patients and E-physicians in Hungary*. Semmelweis, Budapest. 84–92.
- Hendricks, Rose K. – Demjén, Zsófia – Semino, Elena – Boroditsky, Lera 2019. Emotional implications of metaphor: consequences of metaphor framing for mindset about cancer. *Metaphor and Symbol* 33/4: 267–279.
- Herbert, Anthony R. 2016. The role of Euphemisms in Healthcare communication. *Journal of Health Communication* 1/2: 1–2.
- Kuna, Ágnes 2014. The conception of diseases in the persuasive sections of Hungarian medical recipes from 16th and 17th centuries. In: Polzenhagen, Frank – Kövecses, Zoltán – Vogelbacher, Stefanie – Kleinke, Sonja (eds): *Cognitive Explorations into Metaphor and Metonymy*. Peter Lang, New York/Wien/Berlin/Oxford/Bern, Bruxelles/Frankfurt am Main. 197–214.
- Kuna Ágnes 2022. Az orvos-beteg kommunikáció kutatása és a nyelvészet. In: Deme Andrea – Kuna Ágnes (szerk.): *Tanulmányok a nyelvészet alkalmazásainak területéről*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest. 41–71.
- Kuna, Ágnes – Domonkosi, Ágnes 2020. Social meanings of the Hungarian politeness marker *tetszik* in doctor-patient communication. *Acta Universitatis Sapientiae Philologica* 12/3: 88–104.
- Kuna, Ágnes – Hámori, Ágnes 2023: Metapragmatics and reflections in support of knowledge transfer and common ground in doctor-patient interaction. In: Bigi, Sarah – Rossi, Maria G. (eds): *A pragmatic agenda for healthcare: fostering inclusion and active participation through shared understanding*. John Benjamins, Amsterdam/Philadelphia. 200–226.
- Kuna, Ágnes – Scarvaglieri, Claudio 2022. Practices of relationship building in Hungarian primary care: Communicative styles and intergenerational differences. In: Scarvaglieri, Claudio – Graf, Eva-Maria – Spranz-Fogasy, Thomas (eds): *Relationships in Organized Helping*. John Benjamins, Amsterdam. 221–241.
- Kuna, Ágnes – Bochatay, Naïke – Kim, Sara – Csabai, Márta 2022. Being in the same boat, in two ways: Conflict metaphors in health care. In: Brdar, Mario – Brdar-Szabó, Rita (eds): *Figurative Thought and Language in Action*. John Benjamins, Amsterdam. 259–284.

- Kuna, Ágnes – Williams, Thomas 2025. Hungarian physicians' perceptions of post-COVID patients' agency: Two complementary approaches. *23rd Interantional and Interdisciplinary Conference on Communication, Medicine and Ethics (COMET 2025)*; 25-27th June, Poznan (Presentation) <https://comet2025.web.amu.edu.pl/programme/>
- Macagno, Fabrizio – Rossi, Maria Grazia 2019. Metaphors and problematic understanding in chronic care communication. *Journal of Pragmatics* 151: 103–117.
- Makoul, Gregory – Noble, Lorraine – Gulbrandsen, Pål – van Dulmen, Sandra 2024. Reinforcing the humanity in healthcare: The Glasgow Consensus Statement on effective communication in clinical encounters. *Patient Education and Counseling* 122: 108158.
- Mány Dániel 2019. Az orvosi eufemizmusokról angolról magyarra fordított betegtájékoztatók tükrében. *Fordítástudomány* 21/1: 76–88.
- Mány Dániel 2020. *Eufemizmusok az orvosi szakfordításban*. PhD-értekezés. ELTE, Budapest.
- Munday, Imogene – Kneebone, Ian – Rogers, Kris – Newton-John, Toby 2022. The Language of pain: is there a relationship between metaphor use and adjustment to chronic pain? *Pain Medicine* 23/12: 2073–2084.
- Nuño, Roberto – Coleman, Katie – Bengoa, Rafael – Sauto Regina 2012. Integrated care for chronic conditions the contribution of the ICCF Framework. *Health Policy* 105/1: 55–64.
- Olson, Rebecca – Smith, Alexandra – Good, Phillip – Neate, Emily – Hughes, Cody – Hardy, Janet 2021. Emotionally reflexive labour in end-of-life communication. *Social Science and Medicine* 291: 112928
- Pines, Rachyl – Mallard, Yolandi – Jones, Liz – Sheeran, Nicola 2025. Investigating patients preferences for their doctor's communication strategies across cultures using communication accomodation theory. *Journal of Languages and Social Psychology*. 1–11. <https://doi.org/10.1177/0261927X251318752>
- Prajankett, Ong-On – Markaki, Adelais 2021. Integrated older people care and advanced practice nursing: an evidence-based review. *International Nursing Review*. 68/1: 67–77.
- Semino, Elena 2023. Communicating research on metaphor and illness. In: Prize, Hazel – McIntyre, Dan (eds.): *Communicating linguistics*. Routledge. London. 143–155.
- Semino, Elena – Demjén, Zsófia 2017. Using metaphor in healthcare: Physical health. *The Routledge handbook of metaphor and language*. Routledge. London.
- Sharkiyya, Samer H. 2023. Quality communication can improve patient-centred health outcomes among older patients: a rapid review. *BMC Health Services Research* 23: 886
- Simon, Gábor – Bajzát, Tímea – Árvay, Kata – Ballagó, Júlia – Hauber, Kitti – Havasi, Zsuzsanna – Kuna, Ágnes – K. Molnár, Emese – Protár, Noémi – Szlávich, Eszter – Kaló, Zsuzsa (forthc.): The metaphor markers of presuicidal syndrome. In: Fogarasi, Katalin – Mány, Dániel (eds): *Semmelweis Medical Linguistics Investigations in Implementation of patient-centred research trends*. Peter Lang Verlag, Wien/Berlin.
- Townsend, Leo 2021. Discursive paternalism. *Ratio. An Interantional Journal of Analytic Philosophy* 34/4: 334–344.

## Melléklet

15. ábra: A paternalisztikus (V2P) és a betegközpontú (V2B) jelenetre vonatkozó adatközlői értékelések (Kuna 2024: 126)

