

**Kárpáti Eszter<sup>1</sup> és Kleiber Judit<sup>2</sup>**<sup>1</sup> Pécsi Tudományegyetem Bölcsészettudományi Kar Nyelvtudományi Tanszék<sup>2</sup> Pécsi Tudományegyetem Bölcsészettudományi Kar Nyelvtudományi Tanszék

# A mentális állapot változásának szerepe egy diskurzus szerveződésében

*Dolgozatunkban a mentális állapot változásának szerepét vizsgáljuk egy diskurzus szerveződésében. A diskurzus akkor indul el, amikor a kezdeményezője számára egy probléma fogalmazódik meg, aminek megoldását célként tűzi ki. Több dialógusból, diskurzuslépésből állhat. Hipotézisünk szerint egy diskurzusban akkor következik el egy újabb diskurzuslépés, ha egy adott dialógust követően a diskurzus kezdeményezőjének mentális állapota megváltozik. Elemzésünkben egy korábban ortopéd sebészeti beavatkozáson átesett pácienssel készített interjú narratívája alapján a beteg elméjében megjelenő diskurzusreprezentáció modelljét igyekszünk felvázolni. A dialógusok eredményeként kialakuló mentális állapot-változások (például megdöbbenés, megnyugvás, elbizonytalanodás) formális elemzését a ReALIS dinamikus szemantikai eszköztárával készítettük el.*

## 1. Bevezetés

Egy diskurzus keretét a diskurzus kezdeményezője egy probléma által meghatározott diskurzuscél kijelölésével adja meg, menete pedig maga a megvalósítás. A diskurzuslépések (dialógusok) során és között szerzett információk narratív objektummá válva a kognitív rendszerbe lépnek. A célok, vágyak, hiedelmek, szándékok ütközése, a köztük levő feszültség váltja ki a mentális állapot változását. Az illesztés megtörténhet egy-egy dialóguson belül (meggyőz, megerősít, megcáfol), a dialóguson túlnyúló ütközés azonban a diskurzus kezdeményezőjét önálló illesztésre sarkallja. A mentális állapot-váltások és -változások folyamatosan történnek, így a narratívában a háttérben nyugvó állapotok (szándékok) bármikor (újra)feltűnhetnek, újra előhívhatók vagy előhívódnak. A diskurzus akkor áll le, ha a diskurzuscél megvalósul. Ám a leállás sokféle lehet: a narratíva megmarad mint kognitív struktúra.

A pécsi ReALIS kutatócsoportban dinamikus szemantikai és kognitív aspektusok mentén, értelmezésünk szerint pragmatikai vizsgálatokat végzünk (Alberti, Kleiber & Kárpáti, 2017). A jellemzően megnyilatkozás alapú elemzések után most egy közel egy órás interjú bemutatására és elemzésére vállalkoztunk. Arra voltunk kíváncsiak, hogyan jeleníthető meg a diskurzus szerveződése a páciensnek az orvossal, orvosokkal folytatott beszélgetéseit illetően, azaz milyen szerepet játszanak a dialóguson belül, illetve az azon kívül szerzett információk a páciens mentális állapotának változásában. És viszont, hogy a mentális változásoknak milyen szerepe van a diskurzus szerveződésében.

Az interjút diktafonnal rögzítettük. Egy következő alkalommal pedig arra kértük az interjúalanyt, hogy foglalja össze az egyes dialógusokat.

## 2. Kiindulásként

A gondolkodás és a problémamegoldás is lassú, átfogó, nem önmagába zárt folyamat. (pl. Fodor, 1996) A gondolkodás maga a megvitatás, a diskurzus: ettől, a kérdések megfogalmazásától (probléma-felismerés) és a kérdésekre adott válaszoktól (probléma-megoldás) bővülnek ismereteink.

Az orvos-beteg kommunikáció kontextuális sokrétősége a fizikai, intézményi, társadalmi, kulturális szabályok, normák és szerepek többszörösen összefonódó hálója (strukturális és tartalmi) tudások szövődéke (Kárpáti, 2015), melynek a kommunikáció résztvevői részei és részesei is egyben. A társalgás szerveződésében egyszerre jelenhetnek meg a társas kapcsolatok és az intellektuális világ mozzanatai is (Pléh, 1999, p. 138). A társadalmi és kulturális meghatározottság ellenére az orvos-beteg találkozáskor során egyénként is tekintve magunkra, ragaszkodunk interpretációs szabadságunkhoz. Orvosunkkal folytatott dialógusaink során az együttműködés különböző fokozatai (Mascagni & Bigi, 2017) között lavírozva egyfajta közös dialóguscélt (Kecskés, 2013) feltételezve haladunk. Végeztével azonban az értelmezés a dialógust új keretbe helyezi: értékeli a fizikai (és a tágabb) kontextust, a másik résztvevőt (résztvevőket), saját szerepét; a következményeket, a lehetséges döntéseket, a további lépéseket: s mindezt az adott problémahelyzet által meghatározott diskurzuscél fényében.

Szilas (2015) narratív hipotézise szerint a valós világ eseményeit, történéseit a narratíva révén interpretáljuk. Mondhatjuk azt is, hogy számunkra az létezik, ami egy narratívában helyet kap: azok az információk, események, melyek narratív objektumokká válnak, s őket mint emlékezeti egységeket narratív viszonyok (idő, okozatiság, helyszín, kompozíció, absztrakció és ágensség) kapcsolják össze (León, 2016, p. 25).

Esetünkben is egy narratíva létrehozásával történik az értelmezés. A narratíva párhuzamosan kettős kognitív szerepet tölt be: egyrészt a páciens értelmezi a saját maga által megfogalmazott (vagy meg sem fogalmazott) diskurzuscél keretében az egyes dialógusokat; másrészt a narratíva fűzi egybe a dialógusok megvalósult és meg nem valósult céljait. Ezzel alakítja a narratíva ágensének mentális állapotait, képességeit, diszpozícióit (Herman, 2013), melyek funkciója maga is dinamikusan változik: éppúgy szolgálnak a narratív tapasztalat alapjául, ahogy maguk is ezen a narratív tapasztalaton alapulnak.

Az orvos-beteg kommunikáció speciális kommunikációs helyzet: aszimmetrikus, szokásosan az orvos oldaláról definiálódik. A gyógyulás szempontjából viszont az az érdekes, hogy a beteg mit ért, gondol, vél, hisz. Ezért a beteg elméjében megjelenő diskurzusreprezentáció modelljét próbáltuk felvázolni az adott narratíva alapján. Ezzel azt is állítva, de legalábbis feltételezve, hogy a narratíva feltárja azokat a szerveződési rétegeket, melyek strukturális (diskurzus, tartalom) és a kognitív hatás (fókusz, szálencia, inferencia) tekintetében létrejönnek (León, 2016, p. 21).

Egy korábbi vizsgálat során kérdésünk az volt, vajon leírható-e, s ha igen, milyen eszközökkel az eredetileg a dialógus egyik résztvevője szempontjából a másik fél hozzájárulása az alapvető téma, az egészség által kijelölt diskurzuscélhoz, ami jelen esetben a gyógyulás (Kárpáti & Kleiber, 2017). Az interjú ( $D_0$ ) során az interjúalany számára az egymást követő dialógusok ( $D_{1-4}$ ) egyetlen diskurzusként ( $D$ ) jelennek meg, számára koherens egésznek alkotnak. Feltételezésünk az volt, hogy a diskurzuscél a koherenciát fontos, de nem lényegi jeggyé oldja fel az egyes dialógusok szintjén. Azt találtuk, hogy a diskurzus koherens egységgé a diskurzuscél mentén szerveződik: vagyis a szegmensek, jelen esetben a dialógusok relevanciája hozza létre.

Mindannyian a lehetséges leghatékonyabb információfeldolgozásra, valamint a feldolgozott információ relevanciájának maximalizálása törekszünk (Sperber & Wilson,

1995, p. 49). A vizsgált diskurzust szervező keretben két vonal rajzolódott ki. Az egészség megőrzése, illetőleg helyreállítása mint élettéma a páciens számára a legmagasabb intenzitású cél. Ezt a lehetséges legkisebb „befektetés árán” igyekszik elérni, ezért a leghatékonyabb beavatkozást keresi (minimális teendő, minimális fizikai behatás, minimális anyagi ráfordítás, minimális (intellektuális) energiabefektetés melletti lehető legjobb eredmény). A másik vonal a dialógusokban megjelenő segítségül hívott orvosé. Számára is hasonló célok jeleníthetők meg, sorrendjük és hangsúlyosságuk azonban legfeljebb feltételezhető. A diskurzus során a kettő, a saját tervezett, vágyott, illetőleg az orvos által ajánlott megoldás közötti mérlegelés fázisai jelennek meg a dialóguscélokban és azok teljesülésében vagy nem teljesülésében.

Ezek alapján úgy láttuk, hogy a diskurzus szerveződésében a páciens mentális állapotának változása fontos elem: a megnyilatkozások és a kommunikációs helyzet egyéb összetevői (például nyelvi meghatározottsága vö. narrative seduction vs. narrative banalization; Bruner, 1991, p. 9) kognitív hozzájárulásuk alapján olyan kontextuális implikációkat eredményeznek, melyeknek kognitív hatásuk van (Wilson & Carston, 2007). Változás például, amennyiben megerősítik vagy átalakítják a meglévő feltevéseket, tudásokat, de változás az is, amikor a felek dialóguscéljai között ütközés van: ez mindig abból adódik, hogy az előzetes és/vagy a jelenlegi mentális állapotát jellemző vágy, hiedelem vagy szándékkal összeegyeztethetetlen információdarabhoz jut (hall, tapasztal, kikövetkeztet). Ezek a változások alapozzák meg, „indítják be” a következő diskurzuslépést, miután a beteg kognitív rendszere „átállítódik”.

„A ReALIS [...] elkötelezetten reprezentacionalista dinamikus szemantikai elmélet, melynek diskurzusépítő reprezentacionalizmusa azon a szilárd meggyőződésen alapul, hogy minél több nyelvészeti, modellelméleti, lexikai szemantikai, és különösen pragmatikai jelenségről kíván számot adni egy szemantikaelmélet, annál nagyobb mértékű reprezentacionalizmusra van szüksége.” (Alberti & Szeteli, 2017) Erre alapozva készítettük el a diskurzusban megjelenő mentális állapot változások (például sokkolódik, nem hiszi el, elbizonytalanodik, elképed, megerősítést kap) formális elemzését.

### 3. A diskurzus dialógusainak bemutatása

S mindezt az egyik fél beszámolója, vagyis egyfajta sajátos narratíva alapján vizsgáljuk. A volt beteg irányított, kérdések alapján történő felidézés során a betegségével kapcsolatos orvosi kommunikációs helyzetekről számolt be ( $D_0$ ). Az események sorát tekinthetjük GE részéről egyetlen diskurzusnak ( $D$ ), problémamegoldási helyzetnek a probléma (a betegség) felismerésétől a megoldási módszer megkeresésén keresztül a probléma megoldásáig.

GE mindvégig aktív félként volt részese, sok esetben irányítója a folyamatoknak, a döntést igyekezett a lehető legtöbb információt megszerezve (informatív), azokat értelmezve (interpretatív), mérlegelő (deliberatív) módon meghozni, s nem elfogadni a másik fél paternalista magatartását (Bigi, 2016). A folyamat során az egyes orvosokkal folytatott dialógusok azonban más-más domináns jelleget képviseltek. Négy orvossal volt kapcsolatban. Az első orvos, akihez véletlenszerűen került, a rossz hír hozója, ő közölte, hogy műtetre lesz szükség. Ezt követően egy baráthoz fordult (2. orvos), akivel részletesen megbeszélték a problémát, s aki szakorvost ajánlott. Ez a szakorvos (3. orvos) megerősítette az 1. diagnózisát. Az ismerős révén kapott időpont azonban a beszélgetést tévútra vitte: az orvos közös alapot keresve nem a szakmai kérdésekkel foglalkozott, hanem a helyzetet igyekezett definiálni (a páciens szakmája, hogyan viszonyozza majd ezt az időt). A rövid szakmai beszélgetés során az információk pontosak voltak, de „hatalmi” helyzetéből következően nem tartotta fontosnak az érvelést (minimál invazív vs. invazív

kezelés), a meggyőzést: szakmai érvek helyett inkább személyeskedő megjegyzéseket tett (miért ilyen hiúak a nők). Közös mérlegelés nélkül előjegyezte műtétre a páciens.

További körültkintő információszerzést követően GE egy asszisztensre hallgatva a 4. orvoshoz fordult. Előzetes konzultáció, kórházi megbeszélés (a műtét után), utólagos konzultációra bontható a megbeszélések folyamata. Az előzetes konzultáció szakmai információs szempontból megfelelő volt. A beteg megerősítést nyert mind az orvos személyét, mind a műtéti technikát illetően – gyógyulását biztosítva érezte. Ebben az értelemben a diskurzus lezárult.

A dialógusokat megnyilatkozás szinten nem ismerjük. A négy orvossal folytatott dialógusról való beszámolókat makroállításokként azonban összefoglalhatjuk (ezt maga a beteg tette meg egy második interjú során. A lejegyzés kézzel történt.)

0. Maga az interjú szituációja: „Mi történt veled?” A beszélő GE: az ő tudásai, stb. erről a helyzetről – „ez nagyon érdekes nyelvészeti”, stb. információt ad, értelmez. Az elmesélt történet azt mutatja, hogy GE számára ez egyetlen problémamegoldási helyzet, a róla való beszámoló így egy összefüggő tényállás-konfigurációt (Petőfi, 2004, 2009) feltételez GE elméjében.

A beszámolóban kiemeli a számára fontos eseményeket (narratív fókusz) és az események interpretációjaként a következtetéseit is (narratív inferencia). Mínthogy azonban egy diskurzusfolyamatról, dialógusokban megvalósuló döntési helyzetek soráról számol be, az egyes dialóguslépések a diskurzuscél szempontjából értékelhetők. A diskurzus egésze a narratíva során, illetőleg a narratíva révén határozódik meg. GE számára is (és a mi számunkra is) megfogalmazódnak – narratív objektumokká válnak – azok a elemek, amelyek számára jelentőséggel bírnak: azok a dialógusok, melyeket pusztán röviden említ (járókelők, ismerősök, titkárnő), illetőleg azok a mentális állapotok (érzelmek, hitek, vágyak, szándékok), melyek egyrészt eredményei egy-egy megelőző lépésnek, másrészt alapjául/kiindulásul szolgálnak egy-egy következőnek.

A vizsgálat során azt találtuk, hogy ezek a változások biztos pontok a stratégia megvalósítása során. De elfedheti őket egy következő változás. Amikor a kiinduló mentális állapot a dialógus során olyan információval találkozik, ami sehogyan sem illeszkedik a kognitív rendszeréhez, az általa választott stratégiához, ütközésről (collision) beszélünk. Ilyenkor nem mindig jelenik meg azonnali változás. Az illesztés hosszadalmas folyamat is lehet: bizonyos idő elteltével/során új információkat szerez, más helyszíneken, más személyekkel találkozik, újragondolja, megfontolja. GE például megjedte a műtéttől, majd mégis belátta, hogy beavatkozásra van szükség – ebben az esetben világos, hogy nem egy új tudás jelent meg a kognitív rendszerben, hanem a korábbirol (gyógyulás) fújta le a hamut a belátás szele.

1. **Előrehaladott csípőízületi kopása van, idő kérdése, mikor kell műteni. Próbálkozhat egyéb gyógymóddal, például tornával, de a tapasztalatok szerint ez nem segít, csak annak enyhülnek a panaszai, aki jelentősen lefogy.**
  - a. Érzelmi reakció: „Sokkolt, nem hittem el. Derült égből villámcsapás. Pontos diagnózist állított fel.”
    - I. mentális változás: sokkolódik, nem hiszi el;
    - II. koherens, releváns;
    - III. információ kérő és nyújtó, interpretatív dialógus;
    - IV. nincs döntési helyzet, csak tájékoztat

**2. Valószínűleg protézisre lesz szükség, menj 3-hoz, ő a legjobb. Bármennyire a konzervatívot csinálja ő, én is hozzá mennék, mert az a biztos. A pécsi klinika háttere a legjobb, ezért nem mennék egy kisebb kórházba (higiénia, stb.). Beajánlunk a férjemmel.**

- a. Érzelmi reakció: „Elbizonytalanodom, de nem hiszek neki, tovább kutatok.”
- I. mentális változás: elbizonytalanodik;
  - II. koherens, releváns;
  - III. információ kérő és nyújtó, interpretatív és deliberatív dialógus szegmensekkel;
  - IV. döntés-előkészítés.

**3. Hát, én nem szerettem az irodalomórákat.**

- a. Érzelmi reakció: „Kínosan nem válaszolok, tudva, hogy növelném a lényegtelen reakciót.”

- I. mentális változás: elképedés;
- II. koherens, nem releváns;
- III. locsog, illetőleg a helyzetet próbálja definiálni;
- IV. időtöltés.

utolsó 10 perc: **Na, mutassa azt a röntgent! Biztos, hogy kell a műtét, de van itt egyéb probléma is: gerincérintettség, ami nem fog javulni. Bokáig sugároz a fájdalom, ezen a műtét nem fog segíteni. Hát, a minimál-invazívat felejtse el, az csak esztétikailag számít és divat.**

- b. Érzelmi reakció: „Elképedés, felfogtam, hogy mellébeszél, manipulál.”

- I. mentális változás: nem győzte meg;
- II. koherens, releváns és nem releváns;
- III. információ kérő és nyújtó, részben paternalista, releváns és nem releváns dialóguslépéseket tartalmazó diskurzus;
- IV. döntéselőkészítő (konfliktus: az orvos részéről döntés).

**4.1. Műteni kell, a műtét ezzel és ezzel jár, a minimál-invazívért x összeget szoktam kapni.**

- a. Érzelmi reakció: „Megerősített, mehetek hozzá, mert kompetens, csak a kommunikációja monoton.”

- I. mentális változás: megerősítés;
- II. koherens, releváns;
- III. információ kérő és nyújtó, interpretatív és deliberatív dialóguslépéseket tartalmazó diskurzus;
- IV. döntés.

**4.2. Látja ezeket a kivetített felvételeket? Jól látható, hogy milyen pontosan illeszkedik a protézis. Minden tökéletesen sikerült.**

- a. Érzelmi reakció: „Szenvedélyesen értékelte a munkáját, megnyílt. Megkönnyebbült és volt ideje rám.”

- I. mentális változás: megnyugtat;
- II. koherens, releváns;
- III. információ kérő és nyújtó, interpretatív dialóguslépéseket tartalmazó diskurzus);
- IV. már nincs döntési helyzet.

**4.3. Minden rendben, mehet gyógytornára. A kis fájdalmak elmúlnak.**

- a. Érzelmi reakció: „Cinikus maga a helyzet, irreleváns; pénzénél akar lenni, ezért a 3 mp varratszedésért és a két kérdésért fizetem a díjat; de hálás lehetek, mert profi volt, nem okozott fájdalmat.”

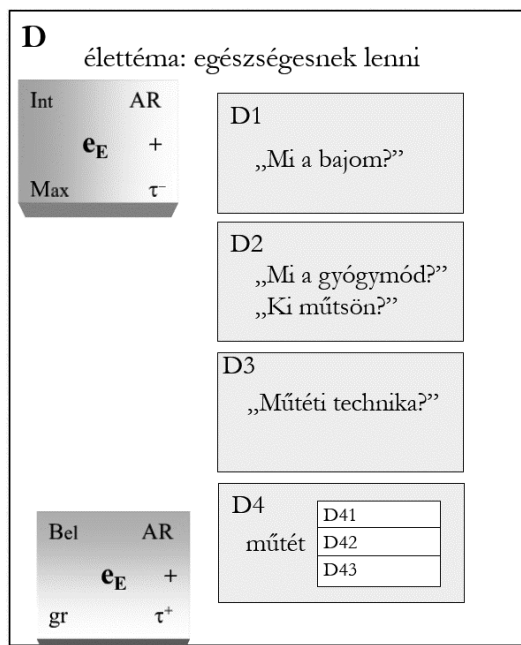
- I. mentális változás: ambivalens, csalódott, de egyben elégedett;
- II. nincs is egybefüggő dialógus (háromszor telefonál) ?koherencia; ?releváns;
- III. információ ad;
- IV. nincs döntési helyzet.

#### 4. A narratíva ReALISan

A felek mentális állapotának leírása a ReALIS kínálta struktúrával ezen információk, vagyis az egyik fél beszámolója alapján is megadható.

A ReALIS – Kölcsönös és Élethossziglani Interpretációs Rendszer (Alberti, 2011) – egy formális diskurzusrepresentációs elmélet (Kamp van Genabith & Reyle, 2011), amely képes az interpretáló elmeállapotának formális modellálása: hiedelmei, vágyai, szándékai reprezentálása. Ezáltal nem csupán extenzionális értékelés végezhető, igazságértéket rendelve egy-egy állításhoz, hanem intenzionális értékelés is, a formális szemantikából ismert mintaillesztési eljárás kiterjesztése révén. Egy példát tekintve: az Esik az eső mondat igaz, ha a külvilágban teljesül, hogy *esik az eső* (adott helyen, adott időben). A Péter azt hiszi, hogy *esik az eső* mondat igaz, ha az „*esik az eső*” állítás szerepel Péter hiedelemvilágában. Így lehetőség nyílik különféle pragmatikai tényezők vizsgálatára is, mint például a beszédaktusokhoz tartozó sikerességi feltételek (Searle, 2009), vagy a Grice-i maximák (mennyiség, minőség, relevancia, mód, l. Grice, 1989, p. 26).

Jelen vizsgálat azt tűzte ki célul, hogy az interjú alapján megkonstruálja a beteg (GE) elméjének a betegségére, illetőleg a gyógyulására vonatkozó szegmensének modelljét. Az alany, elbeszélése alapján, a folyamatot egy D diskurzussá szervezi, amely a probléma kijelölésével (betegség észlelése) indul, és a probléma megoldásáig (gyógyulás) tart (1. ábra). A diskurzusban végig az ő szemével látjuk az eseményeket, ő a feladó (Addresser, AR), aki dialógusokba bocsátkozik különféle orvosokkal, akik az adott dialógusok aktuális címzettjei (addressee, ae) lesznek.



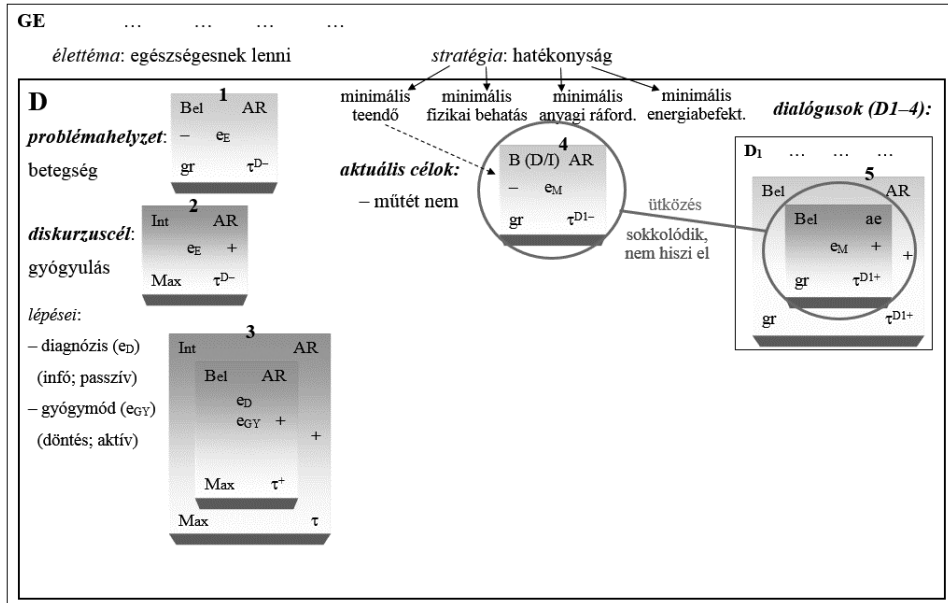
1. ábra: A D diskurzus. Diskurzuscél (gyógyulás), szerkezet (dialógusok).

Az aktuális élettéma (‘az egészség fontos’) aktualizálódik D-ben, és megfogalmazódik a betegben a diskurzust szervező cél: egészségesnek lenni. Ez látható az első „dobozban”:



a feladó (AR) maximális (Max) szándéka (Int)  $e_E$  állapot elérése, vagyis hogy 'egészséges( $\tau$ , GE)'. A diskurzus a  $\tau^-$  időpillanattól (az aktuális szándék kezdőpontja)  $\tau^+$  időpillanatig (beteljesülés) tart. Az utolsó doboz mutatja a diskurzus végét, amikor a beteg (AR) úgy véli („great” intenzitású hiedelem: Bel), hogy elérte ( $\tau^+$  időpillanatban) a célt: újra egészséges ( $e_E$ ). A diskurzus négy részre tagolható, mely a négy orvossal folytatott dialógust rögzíti, a negyedik orvos esetében három szegmenssel:  $D_1, D_2, D_3, D_{41}, D_{42}, D_{43}$ .

Egy korábbi elemzés során (Kárpáti & Kleiber, 2017) elkészítettük ennek a hat dialógusnak a – beteg elméjében (véltetőleg) megjelenő – reprezentációját. Jelen vizsgálatban arra kerestük a választ, milyen mentálisállapot-változások mentén hozza meg a beteg (GE) a gyógyulásával kapcsolatos döntéseket. Mivel a döntést igénylő lépések sora lezárul  $D_{41}$ -gyel, az utolsó két dialógus a tárgyalt szempontból nem releváns. Négy időpillanatban mutatjuk meg a D diskurzus (feltételezett) reprezentációját:  $\tau^{D1+}, \tau^{D2+}, \tau^{D3+}$  és  $\tau^{D4+}$ , vagyis a négy dialógus utáni időpillanatban, feltárva ezzel a négy dialógus köré szervezhető aktuális célokat. A dialógusok után valamiféle mentálisállapot-változás – ütközés vagy megerősítés – következik be, amely továbbviszi a diskurzust: ütközés esetén ugyanannak a lépésnek a megoldása a cél, míg megerősítés esetén átugrik a következő lépésre. Nézzük először az első dialógus kapcsán megjelenő célokat (2. ábra)!



2. ábra: Aktuális célok a stratégia (hatékonyság) függvényében, az első dialógus ( $D_1$ ) kapcsán.

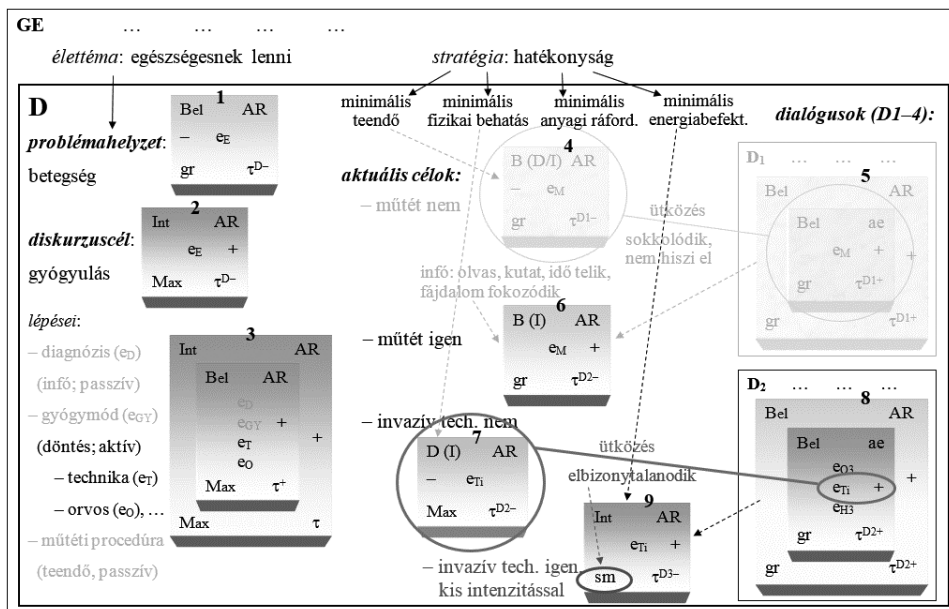
A külső „dobozban” látható GE elméjének D-n kívüli része, amelyből jelenleg az élettéma ('egészségesnek lenni') és a stratégia (hatékonyság) releváns, mivel ezek aktualizálódnak D-ben. A diskurzuson belül bal oldalon látható a problémahelyzet (1. doboz): a feladó (AR=GE) úgy véli (Bel) nagy (great) intenzitással a diskurzus kezdetén ( $\tau^D$ - időpillanatban), hogy az  $e_E$  eventualitás ('egészséges GE') nem áll fenn (polaritásparaméter: -), vagyis úgy gondolja, hogy valami betegsége van. Ezért megfogalmazódik benne a diskurzuscél (2. doboz): a szándék (Int) maximális (Max)

intenzitással, hogy egészséges legyen ( $e_E +$ ). Ennek lépései is előhívódnak: mi a diagnózis ( $e_D$ ) és mi a gyógymód ( $e_{GY}$ ); célja (Int) ezek kiderítése (Bel Max) (3. doboz).

A D diskurzusban középen azt látjuk, milyen mozzanatai aktiválódnak a stratégiának (hatékonyság): minimális teendő, minimális fizikai behatás, minimális anyagi ráfordítás, illetve minimális energiabefektetés, amely itt azt jelenti, hogy követni az orvos által kijelölt utat (azt tenni, amit javasolnak: nem konfrontálódni, illetőleg nem gondolkodni rajta, nem nézni utána, mi lenne az optimális megoldás). Jobb oldalon pedig az orvosokkal folytatott dialógusok reprezentációja látható, az ábra átláthatósága miatt csak a releváns szegmenseket emelve ki (a részletes elemzés Kárpáti & Kleiber 2017-ben olvasható). Az adott időpillanathoz köthető aktuális célok a stratégiából és a dialógusok után beálló mentálisállapot-változásokból vezethetők le.

Az első konzultáció előtt ( $\tau^{D1-}$  időpillanatban) GE aktuális célja, összhangban hiedelmével (4. doboz), hogy nem akar műtétet ( $e_M -$ ), amely megfelel a 'minimális teendő' iránti vágyának („biztos nincs nagy bajom, talán adnak valami gyógyszert, amitől elmúlik a fájdalom”). Ekkor sor kerül az első dialógusra ( $D_1$ , 5. doboz) egy ismeretlen orvossal (címezett  $ae=O_1$ ), aki a műtétet javasolja ( $e_M +$ ). Vagyis a dialógus utáni időpillanatban ( $\tau^{D1+}$ ) ütközés lép fel, ami a ReALIS formalizmusával a polaritásparaméterek különbözőségével ragadható meg. Ugyanarra az eventualitásra ( $e_M$ : 'műtetre van szüksége GE-nek') a beteg (AR) előzetes hiedelme negatív, míg az orvos (ae) feltételezett hiedelme pozitív. A mentális változás az, hogy sokkolódik, nem hiszi el. Az eredmény pedig, hogy nem követi az orvos által kijelölt utat, nem tesz semmit a betegsége kapcsán.

Viszont, ahogy az idő telik, a fájdalom fokozódik, így lassan belátja, hogy az orvosnak valószínűleg igaza volt, ekkor dönti el, hogy újabb orvosi konzultációra van szüksége (3. ábra).

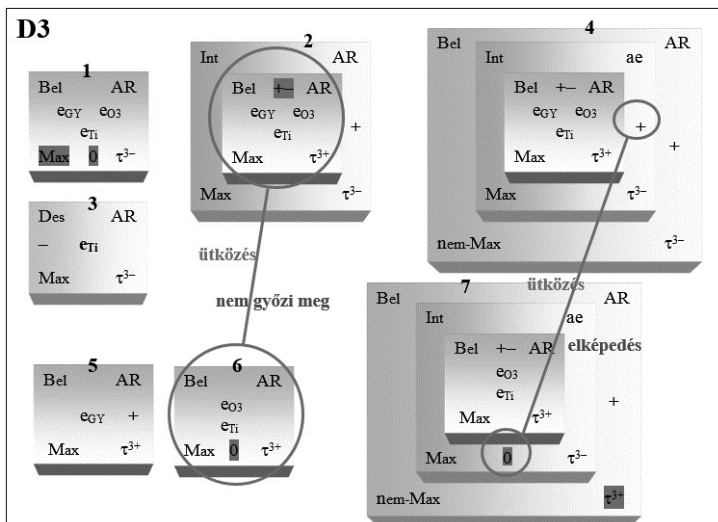


3. ábra: Aktuális célok a stratégia függvényében, a második dialógus ( $D_2$ ) kapcsán.



A második dialógus ( $D_2$ ) előtti időpillanatban tehát ( $\tau^{D2-}$ ) felülbírálja korábbi hiedelmét/szándékát: belátja, hogy valószínűleg szükséges a műtét (6. doboz), elfogadja az első orvos javaslatát, és továbblép. A korábbi ( $\tau^{D1-}$ ) hiedelme/vágya/szándéka (4. doboz) elhalványul, helyébe új aktuális cél lép. A korábbi mentális állapota tehát nem tűnik el, pusztán a háttérbe kerül, így ahhoz később akár vissza is tudna térni. A ReALIS reprezentacionalista felfogásában van erre lehetőség, szemben a lehetséges világokon alapuló megközelítésekkel (a két irányzat részletes összevetését l. Alberti & Kleiber 2012). Az aktuális cél tehát a műtét, de aktiválódik egy újabb komponense a hatékonysági stratégiának, a minimális fizikai behatás, vagyis hogy minél kisebb „vágás” legyen, ami a minimál invazív műtéti technikának felel meg. Megfogalmazódik az a szándék (összhangban a vágyával), hogy nem szeretné az invazív technikát ( $e_{Ti} -$ ) (7. doboz). A kérdés az, hogy kihez forduljon, ki legyen a műtétet végző orvos ( $e_o$  a 3. dobozban). Ennek kiderítésére a második orvoshoz fordul ( $O_2$ ), a barátnőjéhez, akinek a szavára ilyen esetekben hallgatni szokott (2. dialógus,  $D_2$ ).

A dialógus után újabb ütközés következik be, mert a barátnő  $O_3$  orvost javasolja, aki invazív műtéti technikát végez (8. doboz), ami ellentétben áll az ő vágyával/szándékával ( $e_{Ti} -$  vs.  $+$ ). A mentális változás az, hogy elbizonytalanodik, de követi az orvos által kijelölt utat, mert megbízik benne (minimális energiabefektetés). Az aktuális célja tehát felkeresni  $O_3$ -at és alávetni magát az invazív technikának (9. doboz). Azonban ez a szándék kis intenzitású (some, sm), mert a vágya (Desire, D) továbbra is negatív az invazív módszer iránt. A harmadik dialógus ( $D_3$ ) reprezentációja a 4. ábrán látható.

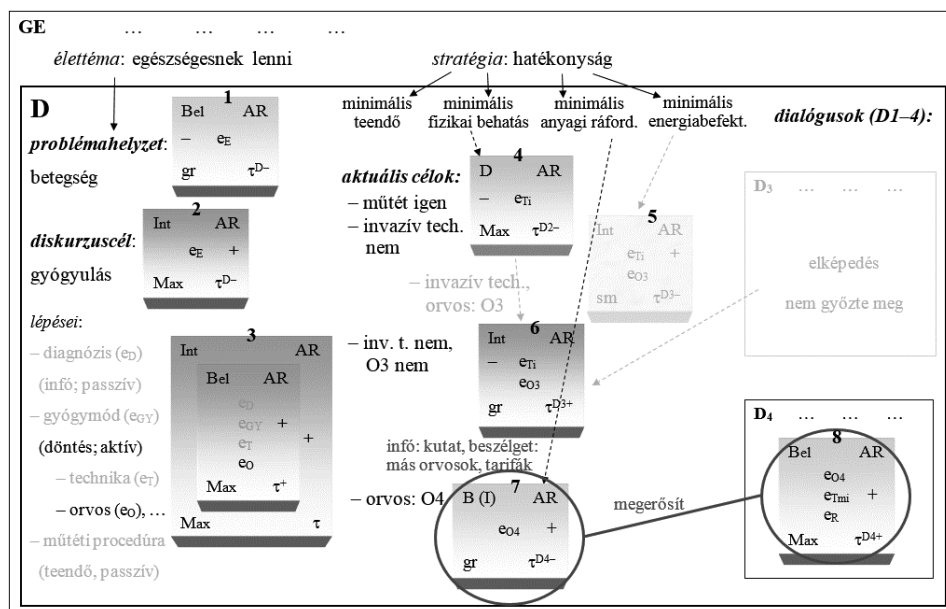


4. ábra: A harmadik dialógus ( $D_3$ ) reprezentációja: célok, elvárások, mentálisállapot-változások.

A harmadik orvoshoz ( $O_3$ ) protekcióval kerül ( $O_2$  révén). Előzetes hiedelme ( $\tau^{D3-}$  időpillanatban), hogy ő fogja elvégezni a műtétet, mégpedig invazív technikával, de ez a vélekedése nem maximális (1. doboz: Bel Max 0). Azzal a szándékkal keresi fel az orvost (2. doboz), hogy erősítse meg, hogy műtétre van szükség ( $e_{GY}$ ), továbbá győzze meg arról, hogy az invazív műtéti technika valóban eredményesebb, mint a minimál invazív ( $e_{Ti}$ ), hiszen erős vágya van ellene (3. doboz). Illetve szeretne meggyőződni arról is, hogy

O<sub>3</sub> a megfelelő orvos számára (eO<sub>3</sub>). Az a – természetes – elvárása, hogy az orvos célja ugyanez (4. doboz).

A dialógus végére ( $\tau^{D3+}$ ) világossá válik számára, hogy az orvos célja nem ez volt (7. doboz). Ő nem gondolta, hogy bármi érdemlegesről kellene beszélnie a beteggel, csak elütni akarta az időt, illetve arról érdeklődött, mivel tudná a beteg a soron kívüli időt meghálálni. Itt fellép az első ütközés (elvárások nem egyeznek: 0 vs. + polaritásérték), a mentális állapot-változás az elképedés. A konzultáció végén a beteg kezdeményezésére sor kerül egy rövid szakmai megbeszélésre is, ahol az orvos megerősíti, hogy műtetre van szükség (5. doboz), de nem érvel az invazív technika mellett, nem győzi meg a beteget (6. doboz). Vagyis a dialóguscél nem teljesül, fellép a második ütközés (+– vs. 0 polaritású hiedelem). Mindezek eredményeképp GE elveti az O<sub>2</sub> által javasolt lehetőséget, és visszatér a saját útjához, amely a minimál invazív műtét (5. ábra).



5. ábra: Aktuális célok a stratégia függvényében, a negyedik dialógus (D<sub>4</sub>) kapcsán.

A harmadik dialógus utáni állapotban tehát ( $\tau^{D3+}$ ) ez előző szándék elhalványul (5. doboz: műtét invazív technikával O<sub>3</sub> orvosnál), és a beteg visszatér egy korábbi szándékához (minimál invazív műtét), amely kiegészül azzal, hogy ne O<sub>3</sub> legyen a műtétet végző orvos (6. doboz). Az aktuális cél még mindig az orvoskeresés. Önálló információgyűjtésbe kezd, mely alapján két opció körvonalazódik. A döntést ismét a hatékonyság alapján hozza meg: a kisebb anyagi ráfordítással járó O<sub>4</sub> orvost választja (7. doboz). Aktuális célja felkeresni őt (4. dialógus, D<sub>4</sub>), hogy megerősítse azt a hiedelmét/ szándékát, hogy ő a megfelelő orvos (eO<sub>4</sub>) és a minimál invazív technika a megfelelő módszer (e<sub>Tmi</sub>) (intenzitás: great vs. Max). A konzultáció során a dialóguscél teljesül (8. doboz), a mentális változás a megerősítés ( $\tau^{D4+}$ ). A gyógyulási folyamatban a következő lépésre térhet át, amely maga a műtéti procedúra. Ebben már passzív szerepe van a betegnek, a döntést igénylő lépéseknek vége.

Az elemzés tehát megmutatta, hogy (1) a diskurzuscél (gyógyulás) érdekében bizonyos utat kell végigjárni, részben előre definiálható lépésekkel (pl. diagnózis, gyógymód),

orvosokkal folytatott dialógusokon keresztül. (2) Időnként ütközés lép fel az előzetes hiedelem/vágy/szándék és az aktuálisan (az orvostól) megszerzett információ között, ami a ReALIS ábrázolásában a polaritásparaméterek különbözőségében ragadható meg (+ vs. -/0). Ebben az esetben ugyanannak a lépésnek a megoldása lesz az aktuális cél (pl. orvoskeresés), ekkor a beteg nem lép tovább. (3) Máskor megnyugtató, megerősítő információ érkezik (pl.  $D_4$ ), ami a ReALIS által nyújtott reprezentációkban a polaritásparaméterek azonosságán látszik, és a különbség az intenzitásban mutatható ki (pl. great vs. max.). Ebben az esetben a beteg átugorhat a következő lépésre, megoldandó feladatra, problémára. Vagyis (4) deliberatív magatartással folyamatos mérlegelés figyelhető meg a saját útja – hiedelmei, vágyai, szándékai – és az orvosi javaslatok között.

## 5. Konklúzió

Egy problémahelyzet megjelenésével célok jelölődnek ki.

Egy diskurzuscél megfogalmazásától annak teljesüléséig tart a diskurzus.

A dialógusok strukturális értelemben alapvető összetevői a diskurzusoknak. Kognitív értelemben az információszerzésnek, a mérlegelésnek sajátos hely/idő/részrtvevő konstellációját alkotják, de a narratíva szempontjából éppolyan információdarabkák, mint bármi más, ami narratív objektummá válva a kognitív rendszerbe léphet.

A dinamikus váltások és változások folyamatosan történnek a kognitív rendszerben, így a narratívában bármikor (újra)feltűnhetnek, a háttérben nyugvó állapotok (szándékok) újra előhívhatók vagy előhívódnak – szálienssé válhatnak.

A célok, vágyak, hiedelmek, szándékok ütközése, a köztük levő feszültség váltja ki a mentális állapot változását. Az illesztés megtörténhet a dialóguson belül (meggyőző, megerősítő, megcáfol). A másik fél céljainak kikövetkeztetése számtalan kontextuális összetevőtől is függ. Az dialóguson túlnyúló ütközés a diskurzus kezdeményezőjét önálló illesztésre sarkallja.

A mentális változás beállta után indul a következő lépés a probléma megoldásának folyamatában.

A probléma megoldásával áll le a diskurzusfolyamat; illetőleg válik egy következő narratíva scriptjévé, esetévé, tudásreprezentációjává.

A fentiek alapján úgy tűnik, hogy a ReALIS egyrészt képes megragadni azokat a mentális állapotra vonatkozó információszegezmenseket, melyek egy diskurzus folyamatában részévé válnak a kognitív rendszernek. Másrészt – a dinamikus aspektust hangsúlyozva – megmutatja, hogy egy diskurzus nem pusztán reprezentálódik az elmében, hanem egy narratíva mentén teszi ezt. S mint ilyen továbbépülhet, a narratíva jellemzőinek megfelelően életfogytig újrászerveződhet, törlődhet, rögzülhet.

## 6. Kitekintés

Elemzésünkkel arra igyekeztünk rámutatni, hogy az orvosi kommunikáció speciális helyzetében a diskurzus során fontos, hogy az ütközések a dialógusokon belül oldódjanak fel. A páciens hiedelmei, vágyai, szándékai éppúgy helyüket keresik, megoldásra várnak, ahogy a betegsége: amennyiben nem erősítik meg, győzik meg vagy cáfolják meg, az egyfajta zsákutca az adott dialógus tekintetében. Akkor a betegnek máshonnan kell az információt megszerezni. A deliberatív orvosi magatartás nélkül olyan labirintusban jár(hat) a beteg, ahol nem biztos, hogy a megfelelő kijáratot találja meg. Bizonyos azonban, hogy a páciens felkészültsége (felkészítettsége a health literacy értelmében) éppúgy feltétele a hatékony problémamegoldásnak, a gyógyulásnak.

## Irodalomjegyzék

- Alberti G. (2011). *ReALIS: Interpretálók a világban, világok az interpretálóban*. Budapest: Akadémiai Kiadó.
- Alberti, G. & Kleiber, J. (2012). Where are Possible Worlds? Arguments for ReALIS. *Acta Linguistica Hungarica*, 59. 3–26. DOI: [10.1556/aling.59.2012.1-2.1](https://doi.org/10.1556/aling.59.2012.1-2.1)
- Alberti G., Kleiber J. & Kárpáti E. (2017). Reális (ReALIS) kép a másik elméjéről. In Márton Miklós, Molnár Gábor és Tózsér János (Szerk.), *Más elmék*. Budapest: l'Harmattan, 237–268.
- Alberti G. & Szeteli A. (2017). ReALIS: a mi kölcsönös és élethossziglani tudásunk. Előadás: MaKog 25. Budapest, 2017. aug. 31–szept. 2.
- Bigi, S. (2016). *Communicating (with) care*. Amsterdam, Berlin, Washington, DC: IOS Press.
- Bruner, J. (1991). The Narrative Construction of Reality. *Critical Inquiry*, 18(1), 1–21. 2017. 07. 26-i megtekintés, <http://www.semiootika.ee/sygiskool/tekstid/bruner.pdf>. DOI: [10.1086/448619](https://doi.org/10.1086/448619)
- Fodor, J. (1996). Összefoglalás az elme modularitásához. In Pléh Csaba (Szerk.), *Kognitív tudomány*. Budapest: Osiris–Láthatatlan Kollégium, 197–206. Eredeti: Fodor, j. (1985). *Précis of The Modularity of Mind*. *Behavioral and Brain Sciences*, 8(1). 1–42. DOI: [10.1017/s0140525x0001921x](https://doi.org/10.1017/s0140525x0001921x)
- Grice, H. P. (1989). *Studies in the Way of Words*. Cambridge: Harvard University Press.
- Herman, D. (2013). Cognitive Narratology. In Hühn, P., Meister, J. P., Pier, J. & Schmid W. (Szerk.), *Living Handbook of Narratology*. Hamburg: Hamburg University. 2017. 07. 26-i megtekintés, <http://www.lhn.uni-hamburg.de>. DOI: [10.1515/9783110316469.46](https://doi.org/10.1515/9783110316469.46)
- Kamp, H., van Genabith, J. & Reyle, U. (2011). *Discourse Representation Theory*. In Gabbay, D. & Guentner, F. (Szerk.), *Handbook of Philosophical Logic*. Berlin: Springer, 125–394. DOI: [10.1007/978-94-007-0485-5\\_3](https://doi.org/10.1007/978-94-007-0485-5_3)
- Kárpáti, E. (2015). Az orvosi nyelvhasználat szerepéről. In Gecsó, T. & Sárdi, Cs. (Szerk.), *Nyelv, kultúra, társadalom*. Székesfehérvár–Budapest: KJF–Tinta, 119–125.
- Kárpáti, E. & Kleiber, J. (2017). ?Fogalmi ?verbális. Verbálisan rögzített diskurzusok pragmaszemantikai elemzése. In Dobi, E. & Andor, J. (Szerk.), *Officina Textologica 20. Esettanulmányok a szövegkoherenciáról*. Debreceni Egyetem Magyar Nyelvtudományi Tanszéke, Debrecen, 79–89.
- Kecskes, I. (2010). The paradox of communication. *Socio-cognitive approach to pragmatics*. *Pragmatics and Society*, 1(1), 50–73. DOI: [10.1075/ps.1.1.04kec](https://doi.org/10.1075/ps.1.1.04kec)
- Kecskes, I. (2013). *Intercultural Pragmatics*. Oxford: Oxford University Press. DOI: [10.1093/acprof:oso/9780199892655.001.0001](https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199892655.001.0001)
- León, C. (2016). An architecture of narrative memory. *Biologically Inspired Cognitive Architectures*, 16, April 2016. 19–33. 2017. 07. 26-i megtekintés, [https://www.researchgate.net/publication/301756442\\_An\\_architecture\\_of\\_narrative\\_memory](https://www.researchgate.net/publication/301756442_An_architecture_of_narrative_memory). DOI: [10.1016/j.bica.2016.04.002](https://doi.org/10.1016/j.bica.2016.04.002)
- Macagno, F. & Bigi, S. (2017). Analyzing the pragmatic structure of dialogues. *Discourse Studies*, 19(2), 148–168. DOI: [10.1177/1461445617691702](https://doi.org/10.1177/1461445617691702)
- Petőfi, S. J. (2004). *A szöveg mint komplex jel*. Budapest: Akadémiai Kiadó.
- Petőfi, S. J. (2009). Egy poliglott szövegnyelvészeti-szövegnyelvészeti kutatóprogram II. (Adalékok a verbális szövegek szövegösszefüggőség-hordozóinak vizsgálatához) *Officina Textologica 15*. Debreceni Egyetem Magyar Nyelvtudományi Tanszéke, Debrecen.
- Pléh, Cs. (1999). Hozzájárulhatnak-e az empirikus pszichológiai kutatások a nyelv–gondolkodás viszony filozófiai problémájának megoldásához? In Neumer, K. (Szerk.), *Nyelv, gondolkodás, relativizmus*. Budapest: Osiris, 35–165.
- Searle, J. R. (2009). *Beszédaktusok*. Budapest: Alkalmazott Kommunikációtudományi Intézet – Gondolat Kiadó.
- Sperber, D. & Wilson, D. (1995): *Relevance*. Cambridge, MA: Blackwell.
- Szilas, N. (2015). Towards narrative-based knowledge representation in cognitive systems. In *Proceedings of the 6th workshop on computational models of narrative (CMN'15)*. 133–141. 2017. 07. 26-i megtekintés, <http://drops.dagstuhl.de/opus/volltexte/2015/5287/pdf/16.pdf>
- Wilson, D. & Carston, R. (2007). A unitary approach to Lexical Pragmatics: Relevance, Inference and Ad hoc concepts. In Burton-Robert, N. (Szerk.), *Pragmatics*. London: Palgrave, 230–259.