

Danka Sinadinović

Univerzitet u Beogradu, Medicinski fakultet

Vesna Polovina

Univerzitet u Beogradu, Filološki fakultet

UPOTREBA GRAMATIČKIH LICA U MEDICINSKOM SUSRETU

Sažetak: Ovaj rad se bavi izborom gramatičkih lica i načinom njihove upotrebe u medicinskom susretu. Nakon kratkog pregleda dosadašnjih istraživanja ovog aspekta medicinskog susreta, navode se rezultati istraživanja sprovedenog na korpusu koji se sastoji iz razgovora snimljenih u jednoj ustanovi tercijarne zdravstvene zaštite. Posmatraju se načini na koje lekari i pacijenti upotrebljavaju gramatička lica, razlike između lekara i pacijenta i značaj tih razlika za njihov međusobni odnos u interakciji. Navode se primeri koji se analiziraju prema pravilima analize konverzacije, a dobijeni rezultati ukazuju na nešto manju asimetriju u odnosu na ranija istraživanja.

Ključne reči: analiza konverzacije, asimetrija, gramatička lica, interakcija lekara i pacijenta, istraživanje, korpus, kritička analiza diskursa, medicinski susret

1. Uvod

Istraživači iz različitih oblasti već decenijama se bave izučavanjem institucionalne komunikacije. Interakcija lekara i pacijenta, kao jedan od najčešće istraživanih tipova institucionalne komunikacije, svakako najviše zanima analizu konverzacije i kritičku analizu diskursa, ali se dosta istražuje i u oblastima sociologije, sociolingvistike, antropologije i psihologije, a sve intenzivnije i u samoj medicini. Posmatraju se različiti aspekti ovog tipa interakcije i izvode se značajni zaključci, ali gotovo sva istraživanja iz ove oblasti sprovode se na engleskom govornom području, dok su istraživanja na srpskom jeziku veoma retka i uglavnom užeg obima.

Nakon kratkog pregleda opštih odlika medicinskog susreta i pravila koja važe u oblasti institucionalne komunikacije uopšte, rad se usredsređuje na jedan od aspekata sa kojih se može posmatrati komunikacija lekara i pacijenta – način na koji učesnici u komunikaciji upotrebljavaju gramatička lica. Najpre se navode rezultati i zaključci nekih dosadašnjih istraživanja, koji se potom porede sa rezultatima dobijenim analiziranjem

korpusa¹ koji se sastoji iz 16 razgovora između lekara i pacijenta snimljenih u kardiološkoj ambulanti jedne ustanove tercijarne zdravstvene zaštite u Beogradu². Razmatraju se razlike između načina na koji lekari i pacijenti biraju i upotrebljavaju gramatička lica u okviru medicinskog susreta, kao i značaj tih razlika za međusobni odnos učesnika u komunikaciji. Primeri koji se pri tome navode analiziraju se prema pravilima analize konverzacije i kritičke analize diskursa.

Cilj ovakve analize korpusa je pre svega istraživanje raspodele moći među učesnicima u ovoj vrsti interakcije, njihovih prava i (dodeljenih) uloga. Dobijeni rezultati svakako ukazuju na asimetriju, ali u nešto manjem obimu nego što je to slučaj u ranijim istraživanjima sa kojima smo poredili analizirani korpus.

2. Medicinski susret – osnovne odlike, pravila i očekivanja

Pod terminom *medicinski susret* podrazumeva se interakcija lekara i pacijenta koja se po pravilu odvija u lekarskoj ordinaciji. U literaturi se često navodi da je reč o strogo organizovanom događaju, koji je u velikoj meri ritualizovan (ten Have 1991: 138; Ainsworth-Vaughn 2001: 454). Ovakvo mišljenje proističe pre svega iz činjenice da se medicinski susret sastoji iz određenog broja faza koje prate tzv. *agendu* (unapred utvrđen redosled događaja u koji pacijent nema uvid, a koji ima za cilj pribavljanje neophodnih podataka radi postavljanja dijagnoze i lečenja pacijenta). Za razliku od svakodnevne komunikacije koja je fluidna, promenljiva, svi vidovi institucionalne komunikacije se u manjoj ili većoj meri odvijaju prema utvrđenom redosledu, što se najbolje vidi po tzv. biomedicinskom modelu (engl. *biomedical model*) koji su Birn i Long (Byrne & Long 1976) po prvi put uveli u lingvistička istraživanja iz medicinske prakse. Ovaj model, koji je i dalje najzastupljeniji, podrazumeva postojanje šest faza³ i iz njihovog opisa jasno je da je reč o modelu koji u svom središtu ima lekara, a ne pacijenta. To je jedan od razloga zbog kojih se smatra da lekar i pacijent nemaju ista prava, već da predstavnik institucije (lekar) ima daleko veću moć od svog sagovornika što nedvosmisleno i pokazuje u toku susreta, kao i da oba učesnika u komunikaciji poštuju jasno utvrđene uloge koje su im nametnute ustrojstvom same institucije i njenim pravilima. Upravo zbog nejednakih prava koja imaju lekar i pacijent, u medicinskoj praksi sve je izraženija potreba za razvijanjem nešto drugačijeg modela koji bi u fokusu imao pacijenta i njegove potrebe. Model koji, čini se, ispunjava očekivanja u tom pogledu je tzv. biopsihosociološki model (engl. *biopsychosociological model*) (Fortin et al. 2012: 1-2) koji umesto šest faza predviđa čak jedanaest koraka, a akcenat posebno stavlja na opuštanje i pripremanje pacijenta za raz-

1 Razgovori koji čine ovaj korpus deo su znatno većeg korpusa na srpskom jeziku koji je prikupljen za potrebe doktorske disertacije „Jezički aspekti interakcije lekara i pacijenta u engleskom i srpskom“ (Sinadinović 2017).

2 Ime ustanove nije navedeno radi potpune zaštite privatnosti svih učesnika u istraživanju.

3 Prema ovom modelu, medicinski susret otvara lekar svojim obraćanjem pacijentu, potom lekar utvrđuje razlog pacijentovog dolaska u ordinaciju, te sprovodi detaljan verbalan i/ili fizički pregled. U četvrtom koraku, lekar razmatra pacijentovo stanje, u čemu pacijent može i ne mora aktivno da učestvuje. Pretposlednja faza podrazumeva iznošenje lekarovih planova za lečenje pacijenta i davanje uputstava o eventualnim daljim istraživanjima koja je potrebno sprovesti. Poslednja faza se odnosi na zvanično zatvaranje razgovora, što je takođe lekarov zadatak.

govor, davanje prilike pacijentu da „svojim rečima” iznese zbog čega dolazi, širi psihološko – sociološki okvir problema zbog kojeg pacijent dolazi na pregled, te uključivanje pacijenta u proces donošenja odluke o lečenju i daljim koracima.

Način građenja turnusa i njihov sadržaj takođe ukazuju na različite uloge koje pripadaju učesnicima u komunikaciji. Na primer, tzv. *treći turnus* se veoma često sreće u ovom tipu institucionalne komunikacije, a njegova upotreba je na neki način „rezervisana” za lekara kao predstavnika institucije. Naime, reč je o trodelnom sledu (umesto uobičajenog blizinskog para) koji se sastoji iz (lekarovog) pitanja, (pacijentovog) odgovora i (lekarove) procene (engl. *assessment*). Ferklaf (Fairclough 2001: 38) smatra da upravo ovakvo ustrojstvo pruža priliku lekaru da čitav susret drži pod kontrolom, jer je na ovaj način zapravo on taj koji započinje svaki sled. Ten Have (1991: 149) čak smatra da upotrebom trećeg turnusa lekar zadržava informacije i odbija da ih podeli sa pacijentom, a u vezi sa tim stavom je i tzv. princip optimizacije (engl. *optimization principle*) koji podrazumeva predviđanje pozitivnog ishoda načinom postavljanja pitanja (Boyd & Heritage 2006: 164-166).⁴

Verovatno najupadljivija odlika komunikacije u okviru medicinskog susreta jeste asimetrija koja je u ovom podtipu institucionalne komunikacije prisutna na različitim nivoima. Na primer, postoji asimetrija po pitanju inicijative koja prirodno pripada pacijentu (on je taj koji u određenom trenutku odlučuje da dođe u ordinaciju i time inicira susret), ali zapravo lekar odlučuje kada će susret stvarno biti otvoren (ten Have 1991: 142). I sâm otvaranje razgovora ukazuje na prisustvo asimetrije među sagovornicima, jer samo lekar ima pravo da odluči kada će susret biti otvoren i na koji način, kao i kako će susret biti okončan (Heath 1986; White et al. 1994; West 2006: 409; Klikovac 2008a: 46). Takođe, lekar mnogo češće prekida pacijenta nego što je to obratno slučaj, a prekidanje je uglavnom prisutno i iz sasvim različitih razloga (Mishler 1984: 101-103; West 1984; Irish & Hall 1995: 876; Fairclough 2001: 38; Klikovac 2008a: 47-48). Asimetrija je prisutna i po pitanju stavova i očekivanja od komunikacije i njenog ishoda, što je u literaturi poznato pod nazivom institucionalni *knowhow* (Heritage 2004: 176-177). Naime, lekar i pacijent ne doživljavaju na isti način problem zbog kojeg pacijent dolazi u lekarsku ordinaciju – za lekara je to samo jedan u nizu rutinskih slučajeva, dok je za pacijenta taj isti slučaj trenutno najvažniji na svetu.

Najzad. izbor leksike je od velikog značaja u institucionalnoj komunikaciji, pa samim tim i u medicinskom susretu. Naime, učesnici svih tipova institucionalne komunikacije uglavnom biraju formalne termine za pojmove za koje bi u svakodnevnoj komunikaciji verovatno upotreбили neformalne termine. Osim toga, u ovom tipu komunikacije često se sreću opisni termini, što se odnosi i na izbor gramatičkih lica, pa se navodi da predstavnici institucije često biraju *mi* umesto *ja* kada govore o sebi (Drew & Heritage 1992: 30). Često se sreću i tzv. institucionalni eufemizmi kojima se predstavnik institucije služi kako bi ublažio nešto što smatra problematičnim (npr. u medicinskom diskursu izbegava se glagol *boleti*, a umesto njega se koriste blaži izrazi, poput prideva *osetljiv* ili *upaljen*) (Heritage 2004: 173-175). Klikovac (2008b: 99) navodi još neke osobine institucionalnog diskursa koje se odnose i na medicinski diskurs – nominalnost, opštost, višak reči, upotreba reči stranog porekla, pasivizacija, bezlične rečenice, itd.

4 Tokom uzimanja anamneze, lekarova pitanja su uvek formulisana tako da predviđaju najbolji mogući scenario, što posebno dolazi do izražaja kada se govori o smrti roditelja ili supružnika. Npr. lekar će uvek pre pitati *Da li su vam roditelji živi?* nego *Da li su vam roditelji mrtvi?*

3. Dosadašnja istraživanja upotrebe gramatičkih lica u interakciji lekara i pacijenta

Postoji nekoliko istraživanja koja su se bavila izborom i upotrebom gramatičkih lica u medicinskom susretu, a jedno od najdetaljnijih jeste ono koje je sprovela Klikovac (2008a: 55-60, 72-77). Na primeru jednog dužeg razgovora⁵ koji je analizirala, autorka je zaključila da se lekar u komunikaciji sa pacijentom služi svim gramatičkim licima. Ističe se da lekar 1. lice jednine koristi kako bi govorio o aktivnostima koje sâm predlaže pacijentu, te kako bi istakao svoju aktivnu percepciju.⁶ Dalje, 1. licem množine lekar obuhvata sebe i pacijenta (često da označi aktivnost koja je samo prividno zajednička, a zapravo je on taj koji donosi odluke u vezi sa tim) ili sebe i druge lekare. Najzad, 3. licem jednine i množine lekar označava neka druga lica koja ne uključuju njega i pacijenta, kao i terapiju, bolesti, i sl.

Kordela (Cordella 2004: 80-82) je u svojoj studiji naišla na sličnu upotrebu gramatičkih lica, s' tim što navodi da upotrebom 1. lica množine lekar posmatra sebe u okviru institucije u kojoj radi, dakle ovim licem označava i sebe i druge lekare. S druge strane, 3. lice množine koristi tako da obuhvati druge lekare, ali ne i sebe. Autorka naglašava i čestu upotrebu bezličnog trećeg lica koje se odnosi na sve pacijente ili na većinu pacijenata sa kojima lekar dolazi u kontakt.

Heritidž (Heritage 2004: 174) je posebno istraživao upotrebu opisnih termina u institucionalnom diskursu i u vezi sa tim došao do zaključka da predstavnici institucije (u ovom slučaju lekari) umesto uobičajenog 1. lica jednine često koriste 1. lice množine, kojim označavaju isključivo sebe kao predstavnika institucije (Drew & Heritage 1992: 30).

Klikovac (2008a: 57-58) se detaljno bavila i ponašanjem pacijenta u vezi sa izborom gramatičkih lica i došla do zaključka da se pacijenti u tom smislu ponašaju potpuno suprotno od lekara. Naime, autorka zaključuje da se prilikom davanja odgovora na lekarova pitanja pacijent gotovo isključivo služi 1. licem jednine, ali da, za razliku od lekara, bira glagole koji umesto aktivnosti označavaju stanja, a umesto aktivne percepcije nevoljnu percepciju. Klikovac (2008a: 59) zaključuje da je pacijentima na raspolaganju samo prostor 1. lica jednine i 3. lica, kao i da su uskraćeni za mogućnost da koriste 2. lice (kako jednine tako i množine). Ona takođe primećuje da pacijent u posmatranom medicinskom susretu gotovo nikada ne koristi glagol *misliti* u njegovom punom značenju i da često govori *ne znam* što je, kako autorka zaključuje, u skladu sa pasivnom ulogom koju pacijent ima u okviru medicinskog susreta (Klikovac 2008a: 58-59).

Iz svega navedenog, zaključujemo da se lekar kreće prostorom svih lica koja po potrebi bira, dok je pacijent uglavnom ograničen na 1. lice jednine, te povremeno 3. lice.

4. Istraživanje

Kako bismo proverili zaključke navedenih istraživanja na nešto većem i svakako novijem korpusu, analizirali smo 16 razgovora snimljenih u kardiološkoj ambulanti

⁵ Analizirani razgovor je deo korpusa razgovornog jezika Savić i Polovine (1989: 168-180).

⁶ Služi se glagolima poput *misliti*, *tvrditi*, *videti* u njihovim punim značenjima, a ne u vidu poštapalica ili ispunjivača.

jedne ustanove tercijarne zdravstvene zaštite u Beogradu.⁷ Nakon pribavljanja potrebnih dozvola, razgovori u ukupnom trajanju od 138' 38" snimljeni su uz pomoć elektronskog diktafona, potom su transkribovani primenom sistema koji je razvila Gajl Džeferson (Jefferson 1983, 2004), te analizirani poštujući pravila analize konverzacije. U razgovorima je učestvovalo 10 pacijenata, 6 pacijentkinja i jedan lekar muškog roda. U tri slučaja reč je o prvom pregledu, dok preostalih 13 razgovora predstavljaju kontrolne preglede, uglavnom postoperativne.

Posebno smo posmatrali kako gramatička lica upotrebljava lekar, a kako pacijenti, pa smo dobijene rezultate poredili sa zaključcima prethodno navedenih istraživanja i komentarisali ih uz navođenje primera iz korpusa.

4.1. Kako lekar upotrebljava gramatička lica

Prema očekivanjima, u posmatranim razgovorima naišli smo na primere upotrebe svih lica od strane lekara, uključujući i bezlični oblik.

Kao i u analizi koju je dala Klikovac (2008a), 1. lice jednine lekar koristi na dva načina – kako bi istakao aktivnosti koje preduzima ili savetuje pacijentu (Primer 1) i kako bi istakao svoju aktivnu percepciju (Primer 2). Uočene su sledeće kombinacije: (*malo da pogledam, da vidim (kako izgleda), (ja) mislim, ja bi' ostao na (Konkoru), ja bi uradio (test opterećenja), ja bi ostavio da uzimate (ovaj lek)...*

Primer 1

L: [...] S obzirom da je ovakav nalaz, relativno dobar, ja bi' ostao na tom Konkoru i ne bi za sada ništa dirao. Ako bi se pokazalo da i pored toga se javlja poremećaj ritma, to neko preskakanje, ja bi' onda uradio test opterećenja

P: Radila sam ((XXX))

L: Ali ja bi' uradio i test opterećenja [...]

Ovde se radi o delu medicinskog susreta u kojem lekar iznosi svoje ideje o lečenju i daljim koracima. On se u svoja dva turnusa čak četiri puta služi 1. licem jednine i potencijalom (*ja bi' ostao na tom Konkoru, ne bi za sada ništa dirao, ja bi' onda uradio test opterećenja, ja bi' uradio i test opterećenja*) koji donekle ublažava autoritativan ton koji bi ovakav iskaz mogao da ima iako je i pacijentu i lekaru jasno da je lekar taj koji će doneti konačnu odluku o daljim koracima. Zanimljiv je i izbor glagola *ostati* (*ja bi ostao na tom Konkoru*) koji ovde ima donekle preneseno značenje i zapravo je upotrebljen umesto glagola *nastaviti* (*sa*). U svom prvom turnusu, lekar navodi svoje planirane aktivnosti, a istovremeno pacijentu otkriva svoja očekivanja u vezi sa njegovim slučajem. Pacijentkinjin pokušaj prezmanja inicijative (*Radila sam ((XXX))*) lekar potiskuje tako što još jednom, na gotovo identičan način, ističe svoju nameravanu aktivnost.

Primer 2

P: [...] Je l' to nešto strašno doktore, nije?

⁷ Razgovori su snimani tokom aprila 2015. godine.

L: [...]Možda će to biti samo za praćenje, ako ne bude neki veliki/ neka velika ((XXX)). Ja ne očekujem na osnovu onoga što sam slušao, ali eto:

U ovom primeru, lekar najpre delimično razuverava pacijenta da se radi o nečemu ozbiljnom (*Možda će biti samo za praćenje*). Svoju aktivnu percepciju ističe upotrebom glagola *očekivati* i ovakvim izborom najpre potvrđuje poziciju autoriteta koju zauzima u medicinskom susretu, a zatim znatno odlučnije stavlja pacijentu do znanja da ne treba da bude preterano zabrinut, jer on kao iskusan profesionalac koji je obavio pregled ne očekuje ništa značajno.

Lekar najčešće koristi 1. lice množine da označi sebe i pacijenta u nekoj naizgled zajedničkoj aktivnosti (Primer 3), kao u sledećim primerima: *naš cilj je da (možete bolje da hodate), to nam nije rešenje, da se vidimo ovdje, Orvažil ne pijemo...* Pored toga, lekari ovom zamenicom često označavaju sebe i druge lekare iz iste institucije ili sebe i lekare iste specijalnosti, pri čemu obično govore uopšteno (Primer 4). U našem korpusu nismo naišli na primere koji bi se mogli protumačiti onako kako je to učinila Kordela (Cordella 2004), tj. da lekar 1. licem množine zapravo označava samo sebe, kao predstavnika institucije.

Primer 3

L: Znači, kod vas ima da uradimo ultrazvuk srca, kontrolu, da vidimo kakva je situacija i nakon toga da se dogovorimo da l' treba to da se operiše ili ne

P: Da

U ovom primeru lekar čak tri puta koristi 1. lice množine da označi sebe i pacijenta u naizgled zajedničkim aktivnostima (*da uradimo ultrazvuk srca, da vidimo kakva je situacija i [...] da se dogovorimo [...]*). Naravno, sasvim je jasno da je zapravo lekar taj koji će uraditi ultrazvuk, razmotriti situaciju i doneti odluku o tome da li će pacijent biti operisan ili ne. Ipak, izborom 1. lica množine pacijent je barem prividno uključen u proces donošenja odluke. Pacijent minimalnim responsom u vidu partikule *da* potvrđuje da je primio k' znanju šta lekar ima da kaže i da je razumeo.

Primer 4

P: Slabo/slabije spavam noću, doktore. Smem li ja nešto da uzmem?

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

P: Mhm [...]

Ovde pacijent najpre preuzima inicijativu time što otvara sled i lekaru postavlja pitanje u vezi sa lekovima za smirenje. Lekar se u svom iskazu služi 1. licem množine (*mi nemamo pravo*) kojim označava sebe i druge lekare iz institucije u kojoj radi ili pak sebe i druge kardiologe. Time na neki način skida odgovornost sa sebe i pokazuje da postoji odluka na nivou institucije u kojoj radi ili na državnom nivou na koju on lično ne može uticati.

Iako bismo očekivali da se lekar pri obraćanju pacijentu služi isključivo 2. licem množine, to nije bio slučaj u posmatranom korpusu. Naime, lekar se u najvećem broju slučajeva tokom celog razgovora pacijentima obraćao 2. licem jednine (iako je uglavnom reč o pacijentima koji su stariji od njega, nekada i znatno, jer je on sâm srednjih godina). U nekoliko slučajeva, lekar je započinjao razgovor obraćajući se pacijentu 2. licem jed-

nine, da bi kasnije iznenada prešao na 2. lice množine (Primer 5). Zanimljivo je istaći da se lekar uglavnom pacijentkinjama obraćao 2. licem množine, osim u slučaju dve starije pacijentkinje slabijeg obrazovanja (jedna od njih je u toku razgovora izjavila da je nepismena) koje dolaze iz seoske sredine. Pacijentima muškog roda, pak, obraćao se 2. licem jednine (bez obzira na godine), osim u jednom slučaju kada je dosledno koristio 2. lice množine tokom celog razgovora.

Primer 5

L: [...] Temperature nisi imao↓

P: Imao sam nedelju dana, 37 sa 2,3,5 i više nisam imao. Sad već nemam odavno.

L: Mhm. Noću, spavanje? (.) Ima li tegoba?

P: Ne: nema nikakvih tegoba

L: Znači, kad zaspate, spavate mirno↓

P: Spavam dok se ne probudim ((smeh)) [...] I naravno, boli me ova kost ovde me boli

L: Dobro, daj podigni to da vidim

U ovom primeru lekar na zanimljiv način prelazi sa 2. lica jednine na 2. lice množine, da bi se potom ponovo vratio na 2. lice jednine. Ovaj deo razgovora odnosi se na uzimanje anamneze, pa lekar u skladu sa tim pokušava od pacijenta da dobije precizne odgovore iako umesto standardnih pitanja zatvorenog tipa (posebnih pitanja ili pitanja sa da/ne odgovorom) uglavnom pribegava intonacionim upitnim iskazima i eliptičnim pitanjima. Iako od samog početka susreta pacijenta oslovljava upotrebom 2. lica jednine, dakle neformalno, lekar iz nekog razloga usred uzimanja anamneze počinje pacijentu da se obraća formalno (*Znači kad zaspate spavate mirno*). Ipak, ubrzo potom ponovo postaje neformalan i pri tome koristi imperativ određujući pacijentovo ponašanje (*daj podigni to da vidim*). Nije jasno zašto se lekar ovako obraća pacijentu, posebno ako imamo u vidu činjenicu da je pacijent stariji od lekara. Mogućih razloga za ovakvo ponašanje ima nekoliko - sagovornici se već duže vreme poznaju i pacijent redovno dolazi na kontrole (što je malo verovatno ako imamo u vidu ceo razgovor), lekar svojim neformalnim pristupom želi da opusti pacijenta ili lekarov lični stil u komunikaciji podrazumeva neformalan pristup koji samo povremeno uspeva da prikrije kada se „seti” da pređe na *Vi*.

Lekar se povremeno služio i 3. licem jednine, kojim je označavao drugog lekara kojeg je pacijent u nekom trenutku posetio ili će tek posetiti, ali još češće određeni lek, terapiju (Primer 6) ili čak samog pacijenta ukoliko je pregledu prisustvovao i pacijentov pratilac. 3. licem množine lekar uglavnom označava druge lekare (najčešće iz druge ustanove) ili medicinsko osoblje, ali nikada i sebe (Primer 7).

Primer 6

P: [...] Jedino pritisak malo:

L: Da vam kažem, on po pravilu ne bi trebalo da pravi probleme, što se tiče samog pritiska. Zato što je ta doza jako, jako mala. I on sam po sebi nije lek koji snižava pritisak (.) više deluje da vam uspori srčani rad. Verovatno to i kad vas smiri malo, onda imate malo niži [...]

U ovom primeru reč je o određenom leku na koji se pacijent u svom iskazu žali, pokušavajući dosta nemušto da opiše problem koji ima sa tim lekom. Lekar u svom tur-

nusu nijednom ne imenuje lek već se govoreći o njemu čak dva puta u nizu služi 3. licem jednine (*on [...] ne bi trebalo da pravi probleme; on sam po sebi nije lek [...]*), podrazumevajući da i njegov sagovornik zna na šta se zamenica odnosi.

Primer 7

P: [...] Dva puta ((XXX)), ništa

L: Nisu našli ništa?

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

U pitanju koje postavlja pacijentu, a koje je zapravo strategija ponavljanja pacijentovih reči (engl. *echoing*) (Fortin et. al 2012: 4) radi podsticanja pacijenta da kaže više, lekar se služi 3. licem množine (*nisu našli*). On njime značava druge lekare koji rade u nekoj drugoj ustanovi, a koje je pacijent prethodno posetio. I pacijent ove lekare u svom narednom turnusu označava na identičan način.

Lekar se povremeno služi i zamenicom za sva lica, tj. oblicima koji imaju takvo značenje. Najčešće su to oblici *čovек* ili *ljudi*, ali i zamenica za 2. lice jednine (Primer 8).

Primer 8

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 [...]

Nakon pozitivno polarizovanog pitanja u vidu intonacionog upitnog iskaza, lekar razuverava pacijenta, a potom umesto 2. lica (npr. *ako ne odete*) koristi oblik *čovек* (*ako čovek ne ode*) u značenju *svi pacijenti*. U drugom delu replike ne ostaje dosledan, već prelazi na 2. lice množine (*da ste se sami rehabilitovali*).

4.2. Kako pacijent upotrebljava gramatička lica

Kada je reč o načinima na koje pacijent bira i upotrebljava gramatička lica, naišli smo na primere koji se donekle podudaraju sa zaključcima koje je izvela Klikovac (2008a), iako ima i značajnih odstupanja. Na primer, u velikom broju slučajeva nailazimo na upotrebu 1. lica jednine koja ukazuje na isticanje aktivnosti i aktivne percepcije, i time nedvosmisleno podseća na način na koji se lekar služi gramatičkim licima (Primer 9). Sreću se naredni primeri: *osećam (čista su mi pluća)*, *napravio sam (kontrolu)*, *pijem (ovolike lekove)*, *to neću*, *to sam ja prepolovio*, *nemam nikakvih problema*, *sad ću da vidim*, *planiram (da odem)*, *ne osećam bolove*, *počela sam da koristim*, *(u krvnoj slici) sam videla*, *vodim računa o ishrani*, *uspeo sam*, *ja sam pravila šemu*, *pijem lekove redovno*, *imao sam katastrofu...* Dakle, u ovom pogledu naši rezultati se znatno razlikuju od onih na koje je u svojoj analizi naišla Klikovac (2008a).

Primer 9

P: [...] Tu u krvnoj slici sam jedino videla da je malo koliko se ja razumem holestrol povišen

L: 6.3 (.) Dobro, da vam kažem [...]

U ovom slučaju pacijentkinja istovremeno ispoljava inicijativu (otvaranjem sleda i iznošenjem ličnog mišljenja) i pokazuje aktivnu percepciju time što saopštava lekaru šta je ona lično opazila u svojoj krvnoj slici. Time sagovorniku stavlja do znanja da i ona, iako laik, ume da prepozna kada nešto nije u redu i na indirektan način očekuje od lekara odgovor iako nije zvanično postavila pitanje.

Prema očekivanjima, pacijent se 1. licem jednine služi i da govori o svojim osećajima i osećanjima, te nevoljnoj percepciji (Primer 10), dok se 1. licem množine služi u samo jednom slučaju (Primer 11).

Primer 10

L: [...] Dobro (...) Zamaranje uzbrdo?

P: Da, da, ne mogu da hodam, mnogo mi je teško. I kad se sagnem//

L: //Znači, kad se sagneš i kad hoćeš da se ispraviš, šta onda?

P: Kad se sagnem odma' me zaguši nešto. Kao da nemam vazduha, ne znam šta je [...]

U ovom primeru pacijentkinja u oba svoja turnusa izborom leksike pokazuje prisustvo nevoljne percepcije (*mного mi je teško, zaguši me nešto, kao da nemam vazduha*). Ona pokušava da objasni lekaru šta joj svakodnevno predstavlja teškoću, a on prekidanjem njenog iskaza zapravo pokušava da joj pomogne da što preciznije opiše svoje tegobe.

Primer 11

P: [...] I ja sam željan da vam kažem iskreno da malo prošetam, da izađem //

L: // Mhm

P: A i vreme nam nije bilo naklonjeno za neke duže šetnje [...]

Lekar i pacijent govore o tome koliko je pacijent u stanju da se kreće nakon operacije i oporavka. Pacijent koristi priliku da ispolji inicijativu i iznese sopstveno mišljenje koje nije u direktnoj vezi sa pitanjem koje je lekar prethodno postavio. Nije sasvim jasno na šta se odnosi upotrebljeno 1. lice množine u ovom primeru (*vreme nam nije bilo naklonjeno*) – može biti da ga pacijent upotrebljava da odredi sebe i nekog od članova porodice ili prijatelja koji sa njim provode vreme u šetnji ili pak 1. licem množine obuhvata sve svoje sugrađane koji su izloženi istim vremenskim uslovima kao i on.

Pri obraćanju lekaru, pacijenti isključivo koriste 2. lice množine, što je bilo i u potpunosti očekivano.

Pacijenti se povremeno služe i 3. licem jednine i to uglavnom da bi označili nekog drugog lekara (Primer 12), ali i da bi govorili o svojoj bolesti, nekom određenom leku, putnom nalogu, i sl. 3. lice množine koriste isključivo kako bi označili druge lekare i to obično iz druge ustanove (Primer 13).

Primer 12

L: [...] Za 7 dana ti je pregled i to ćeš negde po prazniku da ideš na kontrolu

P: Pa, šta ja znam, ona rekla da dođem sad, čim se vratim odavde [...]

Nakon lekarove konstatacije da ga očekuje kontrola za 7 dana, pacijent ispravlja lekara navodeći drugi datum. Pri tome se služi 3. licem jednine kojim označava lekarku

koja mu je zakazala taj drugi datum (*ona rekla da dođem sad*). Dakle, umesto imena ili titule, pacijent tu lekarku označava samo zamenicom *ona*, a njegov sagovornik i uprkos tome nema problema da razume o kome je reč.

Primer 13

L: [...] Vidim ne uzimaš ništa od povrća ↑ Tamno zeleno povrće, čim ovoliko skače ovaj INR, a?

P: Pa, oni mi prvo rekli da pijem ((XXX)), ono ode ispod [...]

Slično kao u prethodnom primeru, pacijent se u svojoj replici služi 3. licem množine da označi lekare iz druge institucije (*oni mi [...] rekli da pijem*), ne navodeći njihova imena ili titulu.

Kao i lekari, pacijenti nisu često koristili zamenicu za sva lica, tj. oblike koji imaju tu funkciju. Kada su to činili, služili su se oblikom *čovjek* ili 2. licem jednine (Primer 14).

Primer 14

P: [...] I sad kad sam bio na ultrazvuku, nisu mi tražili, uvek sam dolazio, sad moraš da zakažeš, a to nije bilo do sada//

L: //Da. Pa, da vam kažem, jako veliko opterećenje na ovaj institut, jako veliki problem

Pacijent se najpre služi 3. licem množine kojim označava medicinsko osoblje koje radi na zakazivanju i izvođenju ultrazvučnih pregleda (*nisu mi tražili*), a potom koristi bezlični oblik u vidu 2. lica jednine (*sad moraš da zakažeš*). Značenje ovako upotrebjenog 2. lica jednine je da svi ljudi moraju da zakažu pregled, ne samo on ili neko određen.

Dakle, složili bismo se da se pacijenti ne kreću prostorom svih gramatičkih lica kao što to čine lekari, ali ne možemo reći da koriste isključivo 1. lice jednine i to u smislu pasivne percepcije, i 3. lice. Na osnovu korpusa koji smo analizirali, zaključujemo da su se pacijenti u velikom broju slučajeva služili gotovo svim gramatičkim licima, iako možda ne na identičan način kao lekari i ne podjednako često. Jedino lice koje ni jednom nisu upotrebili je 2. lice jednine i to ne predstavlja iznenađenje.

Najzad, pacijenti su ukupno dva puta upotrebili glagol *misliti* u svom punom značenju, dok su ga nekoliko puta upotrebili i u vidu poštapalice. Samo jednom pacijent je izjavio da nešto *ne zna*, što se po učestalosti nije poklopilo sa rezultatima do kojih je došla Klikovac (2008a: 58-59).

5. Zaključak

Medicinski susret se istražuje u različitim disciplinama i sa više različitih aspekata. Jedan od aspekata koji se posmatra jeste i izbor i način upotrebe gramatičkih lica u interakciji lekara i pacijenta.

Pojedina istraživanja manjeg ili većeg obima došla su do izvesnih zaključaka kada je reč o upotrebi gramatičkih lica, pre svega od strane lekara, ali i od strane pacijenta. U najznačajnijem istraživanju tog aspekta medicinskog susreta došlo se do zaključka da lekar ima pravo da raspolaze svim gramatičkim licima, dok je pacijent ograničen pre svega na prostor 1. lica jednine, i povremeno na 3. lice, dok ostala lica nema na raspolaganju (Klikovac 2008a).

Analiziranjem korpusa koji se sastoji iz 16 razgovora snimljenih u kardiološkoj ambulanti jedne tercijarne ustanove zdravstvene zaštite, došli smo do zaključka da se lekar zaista kreće prostorom svih gramatičkih lica, uključujući i 2. lice jednine koje nismo očekivali da sretnemo u institucionalnom diskursu. Međutim, zaključili smo i da je pacijent manje ograničen po pitanju upotrebe gramatičkih lica nego što Klikovac (2008a) navodi u svojoj analizi, te da se osim 2. licem jednine zapravo služi svim licima iako možda ne onoliko često i na isti način kao lekar. Takođe, čini se da i pacijenti ističu aktivnu percepciju i da nisu isključivo ograničeni na pasivnu percepciju. Najzad, pacijenti nisu često izjavljivali da nešto ne znaju, iako je prethodno istraživanje došlo do tog zaključka.

Dobijeni rezultati svakako ukazuju na postojanje asimetrije među učesnicima u komunikaciji, ali je ta asimetrija manja nego što se na prvi pogled može činiti. Dakle, pacijenti nisu isključivo pasivni i imaju mogućnost da istaknu aktivnu percepciju, kao i da se obrate lekaru.

Literatura

Ainsworth-Vaughn, N. (2001). The Discourse of Medical Encounters. In: *The Handbook of Discourse Analysis*. (D. Schiffrin et al., eds.). Oxford: Blackwell Publishers, 453-469.

Boyd, E. and J. Heritage (2006). Taking the history: Questioning during comprehensive history – taking. In: *Communication in Medical Care* (J. Heritage and D. Maynard, eds.). Cambridge: Cambridge University Press, 151-184).

Byrne, P. S. and Long, B. E. L. (1976). *Doctors talking to patients: A study of the verbal behaviour of general practitioners consulting in their surgeries*. London: HMSO.

Cordella, M. (2004). *The Dynamic Consultation: A Discourse Analytical Study of Doctor – patient Communication*. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company.

Drew, P. and J. Heritage (1992). Analyzing talk at work: An introduction. In: *Talk at Work: Interaction in Institutional Settings* (P. Drew and J. Heritage, eds.). Cambridge: Cambridge University Press, 3-65.

Fairclough, N. (2001). *Language and Power* (2nd ed.). Essex: Pearson Education Ltd.

Fortin, A. H. et al. (2012). *Smith's patient – centred interviewing: An evidence – based method* (3rd ed.). New York: McGraw Hill Medical.

Heath, C. (1986). *Body Movement and Speech in Medical Interaction*. Cambridge: Cambridge University Press.

Heritage, J. (2004). Conversation Analysis and Institutional Talk: Analysing Data. In: *Qualitative Research: Theory, Method and Practice* (D. Silverman, ed.). London: Sage Publications, 161-182.

Irish, J. T. and J. A. Hall (1995). Interruptive Patterns in Medical Visits: The Effects of Role, Status and Gender. *Social Science and Medicine*, 41(6), 873-881.

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. (2004). Glossary of transcript symbols with an introduction. In: *Conversation Analysis: Studies from the First Generation* (G. H. Lerner ed.). Amsterdam: John Benjamins, 13-31.

Klikovac, D. (2008a). Prilog kritičkoj analizi konverzacije: diskurs moći u lekarskoj ordinaciji. *MSC Naučni sastanak slavista u Vukove dane*, 38(3), 33-80.

Klikovac, D. (2008b). *Jezik I moć. Oglеди iz sociolingvistike i stilistike*. Beograd: XX vek.

Mishler, E. (1984). *The Discourse of Medicine: Dialectics of Medical Interviews*. Norwood: Ablex Publishing Corporation.

Savić, S. i V. Polovina (1989). *Razgovorni srpskohrvatski jezik*. Novi Sad: Filozofski fakultet.

Sinadinović, D. (2017). *Jezički aspekti interakcije lekara i pacijenta u engleskom i srpskom* (neobjavljena doktorska disertacija). Beograd: Filološki fakultet.

Ten Have, P. (1991). Talk and Institution: A Reconsideration of the “Asymmetry” of Doctor – Patient Interaction. In: *Talk and Social Structure: Studies in Ethnomethodology and Conversation Analysis* (D. Boden and D. H. Zimmerman, eds.) Cambridge: Polity Press, 138-163.

West, C. (1984). 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: *Communication in Medical Care: Interaction between Primary Care Physicians and Patients* (J. Heritage and D. W. Maynard, eds.). Cambridge: Cambridge University Press, 379-415.

White, J., W. Lewinson and D. Rotter (1994). ‘Oh, by the way...’: The Closing Moments of the Medical Visit. *Journal of General Internal Medicine*, 9, 24-28.

Danka Sinadinović, Vesna Polovina

THE USE OF PERSONAL PRONOUNS IN MEDICAL ENCOUNTERS

Summary: This paper deals with personal pronouns, the way they are chosen and used in medical encounters. A brief overview of the rules and expectations in a medical encounter is given as well as conclusions of some previous research of the use of personal pronouns in doctor – patient interaction. A corpus of 16 medical encounters recorded in a tertiary cardiological referral hospital in Belgrade is analysed and the ways doctors and patients use personal pronouns are given, as well as the differences between doctors and patients and the importance of those differences for their relationship. Examples are analysed according to the rules of conversation analysis and the results show asymmetry which is less conspicuous than in earlier research.

Key words: asymmetry, conversation analyses, corpus, doctor – patient interaction, critical discourse analysis, medical encounter, personal pronouns, research