

Mariusz Rutkowski

Optymizacja jako wzorzec kształtowania pytań w rozmowie instytucjonalnej : na przykładzie relacji lekarz–pacjent i urzędnik–klient

Prace Językoznawcze 18/4, 133-144

2016

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Mariusz Rutkowski
Olsztyn
e-mail: rutkow@uwm.edu.pl

Optymizacja jako wzorzec kształtowania pytań w rozmowie instytucjonalnej (na przykładzie relacji lekarz–pacjent i urzędnik–klient)

Optimisation as a pattern modeling questions in institutional communication (on the basis of doctor–patient and clerk–client relationships)

The paper discusses optimization as a turn design in institutional talk. The analyzed examples show that the model within medical as well as other institutional interviews is normatively framed to favor positive responses.

Słowa kluczowe: analiza konwersacyjna, pozycjonowanie tożsamości konwersacyjnej, komunikacja instytucjonalna, optymalizacja, rozmowa urzędowa, konsultacje lekarskie

Key words: conversation analysis, positioning identities in conversation, institutional communication, optimization, institutional talk, doctor-patient talk

Jedna z leczących moje dzieci lekarek zwykła witać swoich pacjentów pytaniem „Co dobrego słyhać?”. Taki sposób pytania otwierającego zasadniczą część rozmowy wydawał mi się dość oryginalny, by nie rzec – ekscentryczny. Jest on bowiem odmienny nie tylko od standardowych w tym miejscu formułek w rodzaju „co panu dolega?” czy „w czym mogę pomóc?”, ale też sprzeczny z naturą samej sytuacji komunikacyjnej, kształtowanej w instytucjonalnym układzie lekarz–pacjent. W takiej sytuacji bardziej naturalne i niejako „na miejscu” jest przecież pesymistyczne formatowanie wypowiedzi, tj. założenie *ad hoc*, że głównym tematem rozmowy czy konsultacji medycznej będą problemy ze zdrowiem. Pytanie otwierające zasadniczą

część konsultacji (diagnozę¹) pełni w takim ujęciu podwójną rolę: zgodnie z regułami konwersacji upoważnia pacjenta do rozpoczęcia wypowiedzi na temat swego zdrowia oraz dodatkowo wprowadza określony „format” rozmowy. Kształtowanie wypowiedzi w formacie pesymistycznym już na początkowym etapie może więc być traktowane jako czynność ułatwiająca rozpoczęcie rozmowy na trudny (nierzadko wręcz bolesny) dla pacjenta temat.

Co istotne, taki właśnie „standardowo pesymistyczny” format wypowiedzi jest dodatkowo uprawniony, gdy weźmiemy pod uwagę szerszy kontekst kulturowy. Otóż w Polsce wytworzyła się specyficzna kultura negatywistycznego kategoryzowania rzeczywistości i wynikająca z niej norma pesymistycznego formatowania wypowiedzi na temat tej rzeczywistości, którą ogólnie określa się mianem kultury narzekania. Kultura ta jest warunkowana trzema zasadniczymi czynnikami: normą negatywności świata społecznego, normą wyrażania niezadowolenia oraz dominującymi skryptami narzekania (Szymków, Wojciszke, Baryła 2003). Czynniki te nakazują Polakom postrzegać rzeczywistość w czarnych barwach, wyrażać otwarcie niezadowolenie z własnej sytuacji, negatywnie komentować otaczający świat (zwłaszcza: społeczno-polityczny). W Polsce, w przeciwieństwie do wielu kultur zachodnich, wypada mówić źle o własnych doświadczeniach i o swym samopoczuciu, które jest zazwyczaj opisywane jako złe lub gorsze niż zwykle (Parzuchowski 2005: 39). Nie bez znaczenia są także społeczne funkcje narzekania – dla Polaka mówienie w formacie negatywnym, akcentowanie pesymistycznego wymiaru rzeczywistości może być sygnałem zapotrzebowania na zrozumienie i swego rodzaju zaproszeniem do ustanowienia doraźnej „wspólnoty narzekania”, jest ponadto próbą społecznego uzgodnienia wspólnej wizji rzeczywistości (Doliński 2005).

W takim kontekście kulturowym, dodatkowo w otoczeniu instytucjonalnym służby zdrowia, naturalne byłoby więc i niejako uprawnione „zaprogramowanie” rozmowy w formacie pesymistycznym. Przywołana na wstępie formułka, odbiegająca znacznie od dominującego i utrwalonego wzorca, ma oczywiście charakter idiolektalny, przyzwyczajeniowy, nie pełni więc roli faktycznego elementu nadającego kształt następującym po niej wypowiedziom. Trudno się przecież spodziewać, że pacjenci po takim wprowadzeniu zrezygnują z otwartego wyrażenia odczuć na temat swego stanu zdrowia czy złego samopoczucia i zaczną opowiadać „co dobrego słyhać”. Traktować ją zatem należy raczej jako indywidualny, charakterystyczny element fatyczny

¹ Zgodnie z ustaleniem, że w strukturze konsultacji wyróżniają się cztery fazy: powitanie, diagnoza, formułowanie zaleceń i zamknięcie (por. Stefaniak 2011: 50–51).

czy środek kontrolowania przebiegu rozmowy². Dla potrzeb niniejszego artykułu niech będzie to przykład optymistycznego kształtowania wypowiedzi – przykład nie tyle skuteczny, co wyrazisty zarówno w szerokim kontekście kulturowym (skrypt narzekania), jak i węższym kontekście komunikowania instytucjonalnego, zwłaszcza zaś medycznego.

Przedmiotem tego tekstu jest o p t y m i z a c j a jako strategia komunikacyjna, przejawiająca się w określonym kształtowaniu pytań. Termin ten w analizie konwersacyjnej oznacza ukształtowanie wypowiedzi według wzorca, który z góry zakłada pozytywną (optymistyczną) wersję zdarzeń czy też narzuca optymistyczny format narracyjny (Heritage 2005: 129). Optymizacja pojawia się więc najczęściej w strukturze pytań, zwłaszcza zamkniętych. One to bowiem, jako pierwsze elementy tzw. par wypowiedzi przylegających (*adjacency pair*, Levinson 2010: 389) nie tylko konwersacyjnie wymagają reakcji w postaci odpowiedzi, ale mają ponadto zdolność kształtowania formatu rozmowy. Odpowiedź afirmatywna („tak”) jest w przypadku takich pytań „narzucana” bądź „zakładana” jako bardziej naturalna. Takie konwersacyjne otwarcie nie tyle nawet wymusza (bo nie może) sformułowanie wypowiedzi o treści pozytywnej, co w jakimś stopniu preferuje potwierdzenie pozytywnego wzorca wypowiedzi³. Przykładowo, lekarz podczas wywiadu dotyczącego historii choroby może zadać alternatywne pytania: „Czy pański ojciec żyje?” / „Czy pański ojciec nie żyje?”, z których oba odnoszą się do określonego stanu rzeczy i wymagają odpowiedniej reakcji pacjenta. Różnica polega na tym, że pierwsze z pytań „narzuca” pozytywną wersję sytuacji („ojciec żyje”) i pozwala pacjentowi stwierdzić ten stan rzeczy afirmatywnie, podczas gdy drugie z pytań zawiera pesymistyczną presupozycję, a zatem nawet wprowadzenie wersji pozytywnej („ojciec żyje”) odbywa się przez odrzucenie czy zaprzeczenie. W optymizacji formatuje się zatem pytania w taki sposób, by ułatwić pozytywne ukształtowanie wypowiedzi. Modelową ilustracją takiej strategii jest przykład podawany przez Heritage (2005: 129–130), w którym pracownik służby zdrowia przepytuje pacjentkę w sprawach związanych z ciążą i porodem:

² W ten sposób lekarka „daje do zrozumienia”, że pacjent powinien przystąpić do określenia celu wizyty. O kontrolowaniu rozmowy i dyskursu w trakcie konsultacji lekarskich por. Stefaniak (2011).

³ Jako para wypowiedzi przylegających typu pytanie–odpowieź druga z wypowiedzi może pojawić się w formacie preferowanym lub niepreferowanym, który jest wprowadzany za pomocą różnego rodzaju wskaźników (por. na ten temat np. Levinson 2010: 389 i n.)

R1 (Heritage 2005: 129–130)⁴

- 1 L: uh::m. (.) hh. Tak więc, ciąża przebiegała idealnie?
 2 P: Tak.
 →3 L: I cały czas chodziła pani normalnie do pracy?
 4P: Nie. Poszłam na zwolnienie [po tym jak (0.8) ciśnienie krwi
 5 L: [Z powodu
 6 P: podskoczyło (0.7) w kilku ostatnich tygodniach
 (pominięte)
 →10 L: I wszystko było w porządku gdy się urodził?
 11 P: Tak.
 →12 L: Urodził się główką do przodu?
 13 P: Mhm [mhm
 →14 L: [Czyli w sposób normalny?=
 15 P: = Ta:k
 16 (2.2)
 →17 L: I był z panią przez cały czas?=
 →18 = Nie przebywał w żadnej specjalistycznej placówce opieki?
 19 P: Nie:

W powyższym fragmencie każde z pytań, niezależnie czy zadane w formacie pozytywnym (wersy 1, 3, 10, 12, 17), czy też negatywnym (wers 18), ilustruje strategię optymalizacji. Każde jest bowiem ukształtowane w taki sposób, by zawarta w nim presupozycja była zgodna z pozytywnym dla pacjentki stanem rzeczy, a zatem by w sposób naturalny zmierzała do uzyskania bezproblemowej odpowiedzi (Heritage 2005: 129). Takie formatowanie wypowiedzi wpisuje się w narracyjną strategię „łagodnego porządku codzienności” (*benign order of everyday life*, Maynard 1996), która faworyzuje – w różnych odmianach dyskursu instytucjonalnego – uzyskanie pozytywnych scenariuszy i odpowiedzi.

Stosowanie strategii optymalizacji może mieć w interakcjach instytucjonalnych szczególne znaczenie, zwłaszcza w tych typach kontaktu, w których aktywizuje się model współpracy, opieki lub pomocy. W takich kontekstach reprezentant instytucji występuje w roli nie tyle „bezdusznego” pracownika skoncentrowanego na czysto administracyjnych celach czy procedurach,

⁴ Przykład tłumaczony z języka angielskiego i podany w uproszczonej postaci (pominięto nieistotne szczegóły konwersacyjne). Pozostałe przytoczane w artykule przykłady stanowią transkrypcje autentycznych, nagranych przeze mnie rozmów – rozmowy urzędowe pochodzą z materiału badawczego, wykorzystanego przy pisaniu pracy Rutkowski (2015), z kolei konsultacje lekarskie zostały nagrane w jednej w olsztyńskich przychodni w październiku 2015 r. Zgodnie z zachowaniem rygorów analizy konwersacyjnej (por. np. Rutkowski 2015: 63–69) nie podaję tu dokładniejszej lokalizacji rozmów, pomijam też czynniki mogące ułatwić identyfikację rozmówców. Symbole zastosowane w transkrypcji są objaśnione na końcu artykułu.

ale sytuuje się wyraźnie po stronie klienta⁵ jako jego „sojusznik”. Takie pozycjonowanie tożsamości konwersacyjnej⁶ widoczne jest np. w trakcie konsultacji lekarskich lub rozmów doradczych.

Przyjrzyjmy się bardzo charakterystycznej rozmowie doradcy zawodowego z klientem urzędu pracy, który jest osobą bezrobotną w średnim wieku, pochodzącym z małej miejscowości. Doradca zamierza uzmysłowić w niej klientowi konieczność sporządzenia nowoczesnego życiorysu (CV), wymaganego standardowo w procesie rekrutacyjnym.

R2 (urząd pracy, porada zawodowa)

→99 U: Czy CV ma pan przygotowane, czy-?

100 K: Nie mam.

→101 U: To chyba trzeba by było zrobić?

102 K: No:: chyba tak.

(*pominięty fragment*)

→129 U: Czy na komputerze potrafi pan przygotować sobie (.) coś

→130 takiego? Ma pan komputer w domu?

131 K: Mam, ale tak .hh z komputerem to tak różnie jest. [Ale xx]

132 U: [Mieszka]

133 pan sam, z rodziną? Jak to jest?

134 K: Nie nie, mam rodzinę °i tak dalej°

→135 U: Dzieci są?

136 K: Też.

137 U: W jakim wieku?

138 K: Dwadzieścia siedem.

139 U: Jedno dziecko, tak?

140 K: Tak.

→141 U: No to przygotowuje panu chyba, tak? Poprosi pan córkę czy syna.

142

143 K: No coś tam-. [To się-]

→144 U: [Poradzi] pan sobie, tak?

145 K: Zresztą on też jest bezrobotny, to-. .Hhh to się zrobił

146 kursy i-. No byłem tylko że tam, po prostu (1) to firma-

147 Właściciel przepisał dla syna, i ten syn po prostu, utopił

148 tę firmę, nie? No i musieli część ludzi zwalniać. Zawsze

149 się zwalnia tych (.) ostatnich. I akurat też trafiło na

150 mnie.

151 (2)

→152 U: Zona pracuje (.) czy nie?

153 K: Tak.

154 (4)

→155 U: Ocenia pan swoją sytuację materialną jako dobrą, czy- (1)

156 Ma pan taką presję, że musi pan jak najszybciej

⁵ W pracy rezygnuję z terminu *petent* na rzecz bardziej równościowego oraz typowego dla całej sfery komunikacji instytucjonalnej klienta. Na ten temat pisałem też w: Rutkowski (2015).

⁶ O rolach i tożsamościach konwersacyjnych, przede wszystkim w dyskursie administracyjnym, por. Rutkowski (2015: 29–33).

- 157 podjąć pracę, czy niekoniecznie, jak to wygląda?
 158 (4)
 159 K: No mogę, nie muszę, nie? Bo (.) żona ma tam (.) też
 160 działalność (.) y:: prywatną.
 161 (3)
 162 U: W jakiej branży?
 163 K: Znaczą, ma sklep (.) cukiernię, nie?
 →164 U: Pomaga pan (.) żonie?
 165 K: No w miarę jak tam tego, trochę pomagam, nie?
 166 U: W miarę potrzeb, tak?
 167 K: W miarę potrzeb xxxxx
 →168 U: Czyli takiej presji nie ma?
 169 (3)
 →170 U: Ale chce pan, czy-
 171 K: Znaczą nie, no, coś trzeba w życiu robić, tak? Bo (1)
 172 człowiek taki się zrobi (.) później. (1) Nie wiadomo, co z
 173 sobą zrobić, nie? A tak to masz jakieś tam zajęcie, i (.)
 174 jakoś to życie leci. Jakieś pieniądze też by się

W przytoczonym fragmencie doradca zawodowy próbuje ustalić niezbędne fakty dotyczące posiadanych umiejętności i ogólnej sytuacji zawodowej i rodzinnej bezrobotnego klienta. Stosuje przy tym niemal regularnie format optymalizacji, nastawiony na pozytywny scenariusz – już pierwsze pytanie jest ukształtowane w taki sposób, że wersja optymistyczna jako faworyzowana jest zwerbalizowana („CV ma pan przygotowane”, 99), podczas gdy wersja mniej korzystna pozostaje niedopowiedziana („czy-?”, 99). Pomimo negatywnej odpowiedzi, w kolejnych wypowiedziach kontynuowany jest ten sam – pozytywny – wzorzec kształtowania pytań (por. wersy 101, 129/130, 135, 141, 144, 152, 164, 168). Niektóre aspekty pozytywnego scenariusza narzucanego poprzez format pytań wiążą się z naturalizacją określonych zjawisk społecznych. Jako przykład można wskazać pytanie „dzieci są?” (135), które pozornie może wydawać się neutralne pod względem nacechowania, jednak sugerowana wersja sytuacji (posiadanie vs. nieposiadanie dzieci) jest realizacją modelu optymalnego i uznawanego społecznie za bardziej korzystny⁷.

Także pozostałe kwestie dotyczące sytuacji życiowej klienta są formatowane według wzorca optymalizacji: pomoc ze strony dziecka (141 i 144), pracująca żona (152), dobra sytuacja materialna (155), pomaganie żonie przy pracy (164), brak presji na podjęcie pracy (168). Co bardzo charakterystyczne, w przypadku niektórych kwestii urzędniczka podaje alternatywnie również gorszą wersję zdarzeń – jednak za każdym razem wysuwa ją

⁷ Może to być jednak dyskusyjne, zwłaszcza w kontekście sytuacji materialnej osoby bezrobotnej, kiedy posiadanie dzieci wiąże się z wyższymi kosztami utrzymania.

jako możliwość drugą w kolejności (por. 152, 155). W trzech przypadkach możliwość ta nie jest w ogóle wyartykułowana, a jedynie zasugerowana poprzez pytanie zawieszone, ucięte (por. 99, 155, 170). Format optymalizacji jest tu zatem konsekwentnie podtrzymywany. Za jedyny wyjątek można uznać sposób sformułowania pytania w kolejce 132/133, gdzie w pierwszej kolejności pojawia się wersja mieszkania „samemu”, a dopiero w drugiej „z rodziną”⁸. Takie kształtowanie wypowiedzi ma na celu nie tylko konwersacyjne utrzymywanie pozytywnego scenariusza, ale także może mieć znamiona działania perswazyjnego, polegającego na wskazaniu aktywności w poszukiwaniu pracy jako wersji „lepszej” (por. 101, 170).

Bardzo podobną strategię stosuje urzędniczka w kolejnej rozmowie, tym razem w ośrodku pomocy społecznej:

R3 (ośrodek pomocy społecznej)

→64 U: Jest pani mężatka, tak?

65 K: Tak.

→66 U: Mąż pracuje. (1) Dzieci są na utrzymaniu?

67 K: Nie.

68 (1)

→69 U: Czyli jesteście państwo we dwójkę. Pieniązki,

→70 pieniędzy wystarczy, tak?

71 K: No mąż nie jest zarejestrowany, pracuje dorywczo.

Urzędniczka podczas rozmowy z osobą bezrobotną próbuje ustalić status materialny klientki w powiązaniu z jej sytuacją rodzinną. Pierwsze pytanie jest sformatowane pod kątem uzyskania twierdzącej odpowiedzi, która by potwierdzała „lepszą” wersję sytuacji – z punktu widzenia ekonomicznego sytuacja osób samotnych jest bowiem gorsza niż osób pozostających w stałych związkach. Alternatywne pytanie nastawione na afirmatywną odpowiedź zakładałoby zatem mniej korzystną sytuację (np. „Jest pani osobą samotną?”, „Mieszka pani sama?”)⁹. Drugie pytanie, w zasadzie stwierdzenie faktu („mąż pracuje”, 66) z następującą pauzą dającą możliwość korekty (co funkcjonalnie zbliża całą wypowiedź do pytania), również projektuje wersję pozytywną. Sformułowane w tej samej kolejce trzecie pytanie „dzieci są na utrzymaniu?” (66) co prawda odbiega od schematu optymalizacji w sensie ekonomicznym

⁸ To jednak nie jest jednoznaczne, bo w sytuacji osoby bezrobotnej pewne aspekty mogą wskazywać na przewagę życia poza związkiem (niższe koszty życia, por. przypis 6). Taka sytuacja nie jest chyba naturalizowana jako „standardowa”, poza tym funkcjonowanie w związku powoduje, że można liczyć na jakieś dochody ze strony partnera (tak jak to jest w omawianej sytuacji, por. kolejka 152/153). Por. też dalszy przykład rozmowy R3.

⁹ Pomijam w tym miejscu zagadnienie stereotypizacji i (zmieniających się jednak) wzorców relacji partnerskich – urzędniczka zakłada wersję najbardziej standardową w polskim modelu społeczno-kulturowym, tj. związek małżeński.

(dzieci to większe wydatki), ale mieści się w modelu przeciętnej, standardowej rodziny (pary z dzieckiem to standard). Udzielenie negatywnej odpowiedzi (67) opóźnia kolejną sekwencję – doskonale tu widać, jak afirmatywna odpowiedź zgodna z projektowaną wersją wpływa na płynny rytm rozmowy, a negująca presupozycję odpowiedź przecząca ten rytm zakłóca (por. wiersze 65/66 i 67/68). W następnej kolejce urzędniczka podsumowuje ten wątek, zadając po raz kolejny pytanie sformatowane optymistycznie „pieniążków wystarczy, tak?”. Afirmatywna odpowiedź klientki potwierdziłaby pozytywną presupozycję, jednak w tym przypadku brak takiego potwierdzenia wyrażonego wprost pozwala domniemywać, że sytuacja materialna klientki nie jest tak dobra – udziela ona odpowiedzi wymijającej, precyzując uprzednio (66) wprowadzoną informację o statusie małżonka.

Preferowanie w rozmowach instytucjonalnych optymistycznej wersji zdarzeń przejawia się również w sposobie wprowadzania wzorca negatywnego. Otóż jak zauważa Heritage (2005: 130), pytania ukształtowane negatywnie pojawiają się zazwyczaj dopiero w sytuacji, gdy pytający dysponuje określoną wiedzą na temat „gorszego” rozwoju sytuacji – np. odpowiednie informacje pojawiły się we wcześniejszych fazach rozmowy lub wynikają z szerszego kontekstu. Taki właśnie przypadek ilustruje poniższa rozmowa (R4), która odbywa się w urzędzie miasta, w specjalnym pokoju przeznaczonym do obsługi klientów z niepełnosprawnością ruchową. Urzędnik ma więc świadomość, że rozmawia z osobą z określonymi (niekiedy niewidocznymi od razu) deficytami zdrowotnymi i taka przedwstępna wiedza uprawnia go niejako do zadania bardziej szczegółowych pytań zawierających negatywne założenia:

(R4) (rozmowa z osobą niepełnosprawną)

172 (2)

173 U: A (.) a z jakiego tytułu ma pan niepełnosprawność?

174 K Y:: nogi. (1) Xxxx znaczy jestem po operacjach (.) nogi,
175 miałem sepse, gronkowca po urodzeniu, co mi uszkodziło
176 nogi, i ta noga po prostu jak rosła, rosła y:: w bok, ja
177 miałem parę razy prostowana i y:: wydłużaną.

178 Niestety ona jeszcze jest (.) zdeformowana, i xxxx mam

179 stopień niepełnosprawności przyznany już na stałe.

→180 U: Ma pan świadczenia rentowe?

181 K Y:: nie. Tylko zasiłek pielęgnacyjny.

→182 U: Nie ma pan renty socjalnej?

183 K: Nie mam. Nie dostałem, ubiegałem się, niestety nie

184 dostałem.

185 U: Mhm.

W powyższej rozmowie klient stara się o dotację na uruchomienie działalności gospodarczej. W tej sytuacji urzędnik ma prawo zadać otwarte pytanie o charakter niepełnosprawności w celu ustalenia, czy nie będzie to przeszkodą w wykonywaniu przyszłej pracy. Po wyjaśnieniu klienta urzędnik formułuje kolejne pytanie według wzorca optymalizacji (178), na co otrzymuje jednak niepreferowaną odpowiedź przeczącą (181). W kolejnym pytaniu urzędnik, dysponując już konkretną wiedzą na temat niekorzystnego rozwoju sytuacji, może odstąpić od tego wzorca. Wprowadza zatem format negatywny („nie ma pan renty socjalnej?”, 182), który jest – jak powiedziano – uzasadniony pozyskaniem określonej informacji. Powtórzenie pytania oraz jego negatywistyczne ukształtowanie są tu znaczące: eksponują zaskoczenie urzędnika i sugerują zawiedzione oczekiwania urzędnika co do uzyskanej informacji (w domyśle: w standardowej sytuacji osoba niepełnosprawna otrzymuje takie świadczenie).

W następnym przykładzie lekarz rozmawia z pacjentem na temat skuteczności podjętej terapii. Jest to kolejna z serii wizyt, pacjent nie jest więc osobą anonimową, a lekarz ma dużą wiedzę na temat jego stanu zdrowia, ponawiających się problemów i ogólnej sytuacji życiowej. Wiedza ta teoretycznie uprawnia go – w myśl wyżej sformułowanej zasady wprowadzania wzorca negatywistycznego – do rezygnacji ze strategii optymalizacji. Mimo to lekarz utrzymuje pytania w tej konwencji, równolegle jednak wprowadza elementy paternalizmu¹⁰:

R5 (konsultacja lekarska, pacjent z bólami kręgosłupa)

- 21 L: Brał pan te leki ściśle według zaleceń?
 22 P: Ta::k (.) tak jak pan kazał.
 →23 L: I co, bóle ustąpiły. Po ilu dniach?
 24 (2)
 25 P: Wie pan, y:: nie do końca tak, że ustąpiły. (1) Może boli
 26 mniej, ale coś tam czuję, [że xxxxxxxxx]
 →27 L: [CZUJE PAN TO] jednak pewnie
 →28 słabiej, musiała nastąpić re- redukcja czy reakcja na
 29 leki. Mniej boli?
 30 P: Może i mniej, ale jak długo stoję czy siedzę, a taką mam
 31 pracę/
 32 L: /No jak się obciąża to boli, i zdrowego by bolało.
 33 (4)
 →35 L: Ale nie brał pan silniejszych leków steroidowych,
 →36 zastrzyków żadnych nie było?

Pierwsze dwa pytania lekarza realizują wzorzec optymalizacji (21, 23). W wersji (23) ten wzorzec jest jednak wprowadzony odmiennie, silniej niż

¹⁰ Na ten temat piszę obszerniej w osobnym studium, por. Rutkowski (w druku).

w (21) i w pozostałych przypadkach – lekarz w zasadzie nie tyle pyta, co stwierdza, że „bóle ustąpiły”, a samo pytanie dotyczy nie tyle faktu, co sposobu („po ilu dniach?”). Taki sposób formatowania rozmowy jest dużo silniejszy. Twierdzenie jest bardziej kategoryczne niż pytanie, trudniej mu zaprzeczyć, tym bardziej kiedy wypowiada je osoba o pozycji uprzywilejowanej w interakcji asymetrycznej. Podporządkowany pacjent ma w tej sytuacji nie tyle odpowiedzieć na pytanie, co zaprzeczyć – czyni to z wyraźnymi oporami, na co wskazują liczne sygnały asekuracyjne: dość długie, dwusekundowe milczenie (24), wprowadzenie frazy opóźniającej („wie pan”) oraz pauzy wypełnionej, poprzedzającej właściwą wypowiedź. W tej samej kolejce co prawda pacjent łagodzi zaprzeczenie, przyznając, że „może boli mniej” (25/26), na co lekarz i tak reaguje podniesionym głosem oraz wypowiedzią nałożoną (nie czeka na dokończenie kwestii przez pacjenta). Dodatkowo w wypowiedzi lekarza pojawia się wyraźny sygnał paternalizmu w postaci podważenia indywidualnych, subiektywnych odczuć pacjenta. Jest to jawne wkroczenie w kompetencje pacjenta, który w rozmowie ze specjalistą z zakresu medycyny ma prawo w zasadzie do jednego: właśnie do wydawania sądów o swoim samopoczuciu (Stefaniak 2011: 237). Lekarz w omawianej rozmowie odbiera mu niejako to prawo, twierdząc, że nawet jeśli faktycznie czuje ból, to jednak „pewnie słabiej” (28). Dodatkowo posługuje się specjalistyczną terminologią, czym jeszcze bardziej wzmacnia asymetrię. Widać zatem, że w tym przypadku mocniejsza niż zazwyczaj optyimizacja, bo wypowiedziana w formie twierdzenia, była zabiegiem ryzykownym o tyle, że w przypadku zanegowania może stanowić zagrożenie dla autorytetu lekarza. Nawet asekuracyjne działania pacjenta nie powstrzymały go przed gwałtowną obroną swego autorytetu. Dopiero uogólniające stwierdzenie (wers 32) w jakiś sposób pomaga przywrócić właściwy układ asymetryczny, co powoduje, że w następnej kolejce lekarz powraca do wzorca optyimizacji (35/36).

Zarysowany tu sposób kształtowania wypowiedzi, a co za tym idzie także narzucania określonego formatu prowadzonej rozmowy jest działaniem podejmowanym przez kontrolujących rozmowę reprezentantów instytucji. Optyimizacja jest – nieuświadomianą zapewne – formą takiego prowadzenia rozmowy, by była ona jak najbardziej komfortowa dla klienta. Preferowanie formatu optymistycznego może być również traktowane jako środek budowania relacji interpersonalnych, zgodnie z psychologiczną zasadą afirmowania nie tylko treści bądź pozytywnych scenariuszy, ale również osób, które te treści czy scenariusze wyrażają (Cialdini 2001: 157 i n.). Co niezwykle, jest to skuteczna metoda kształtowania relacji również w polskim kontekście, gdzie dominujące formy wspólnoty dyskursywnej przybierają raczej postać wspólnego narzekania. Kultura narzekania jest w Polsce nie tylko nadrzędnym

skryptem oceny rzeczywistości i autopozycjonowania się w jej kontekście, ale jest też formą wyrażania bliskości, pogłębiania relacji (Doliński 2005). Optymalizacja stanowi zatem alternatywną ścieżkę kształtowania dyskursu, w której pierwszeństwo przyznaje się formatowi pozytywnemu. Szczególne znaczenie ma to w obrębie dyskursu instytucjonalnego, w ramach którego pozycja klienta jest z natury rzeczy podporządkowana i osłabiona. Narzucanie formatu pozytywnego może być więc także sposobem zniwelowania wstępnej, naturalizowanej i podtrzymywanej w obrębie tego dyskursu asymetrii komunikacyjnej.

Symbole zastosowane w transkrypcji

1	numery kolejnych wersów
U; L:	symbol mówiącego: urzędnik, lekarz
K; P:	symbol mówiącego: klient, pacjent
[początek wypowiedzi nakładającej się; oznacza moment w konwersacji, w którym kolejny rozmówca „wchodzi” mówiącemu w słowo
]	koniec wypowiedzi nakładających się
/	przerwanie wypowiedzi drugiej osobie; osoba mówiąca milknie na skutek wypowiedzi innego uczestnika rozmowy
=	wypowiedzi różnych uczestników następujące bezpośrednio po sobie, bez wyraźnej przerwy; ciąg wypowiedzi
-	nagle przerwanie wypowiedzi; wypowiedź niedokończona lub przerwana, często w celu dokonania autokorekty
.	intonacja opadająca
,	intonacja „zawieszenia”, niedokończenia, zapowiadająca gotowość mówiącego do kontynuacji wypowiedzi
?	intonacja wznosząca
!	silnie zaakcentowane zakończenie wypowiedzi
a:::le	wypowiedź z przeciąganiem, wydłużaniem sylaby (liczba znaków odpowiada długości przedłużania sylaby)
(2)	pauza, liczby oznaczają długość w sekundach
(.)	bardzo krótka pauza
hhh	słyszalny wydech (liczba liter odpowiada długości wydechu)
.hhh	słyszalny wdech (liczba liter odpowiada długości wdechu)
mhm	konsonantyczny sygnał potwierdzenia/akceptacji
yhm	wokaliczny sygnał potwierdzenia/akceptacji
xxxx	fragment niezrozumiały
→	wers analizowany w dalszym opisie

Literatura

- Cialdini R.B. (2001): *Wywieranie wpływu na ludzi. Teoria i praktyka*. Tłum. B. Wojciszke. Gdańsk.
- Doliński D. (2005): *Co pozytywnego może wynikać z narzekania*. [W:] *Jak Polacy przegrywają, jak Polacy wygrywają*. Red. M. Drogosz. Gdańsk, s. 53–68.

- Heritage D. (2005): *Conversation analysis and institutional talk*. [In:] *Handbook of Language and Social Interaction*. Ed. K.J. Fitch, R.E. Sanders. London, s. 103–147.
- Levinson S.C. (2010): *Pragmatyka*. Tłum. T. Ciecierski, K. Stachowicz. Warszawa.
- Maynard D.W. (1996): *On realization in everyday life*. „American Sociological Review” 60, s. 109–132.
- Parzuchowski M. (2005): „*Ja też nie cierpię polityki*”. *Relacyjna funkcja narzekania*. „Psychologia Jakości Życia” 4.1, s. 37–52.
- Rutkowski M. (2015): *Rozmowa urzędowa. Analiza konwersacyjno-dyskursywna*. Warszawa.
- Rutkowski M.: *O strategii paternalizmu – na przykładzie interakcji lekarz–pacjent i urzędnik–klient*. „Forum Lingwistyczne” [w druku].
- Stefaniak K. (2011): *Władza i tożsamość w relacji lekarz–pacjent*. Wrocław.
- Szymków A., Wojciszke B., Baryła W. (2003): *Psychologiczne funkcje narzekania*. „Czasopismo Psychologiczne” 9, s. 47–64.

Summary

The analysis is concerned with optimization pattern applied in modeling answers in institutional communication. The pattern ensures that an affirmative answer to a closed question confirms a positive and optimistic scenario of events. The analyzed examples of interviews coming from institutional discourse (medical and public services ones) show in what way optimization is realized and how it becomes not only a pattern modelling the discourse but also an instrument of construing interpersonal relations. The pattern is particularly striking in the context of the Polish culture, which prefers the script of complaining rather than affirmation.