

5.
?'Fogalmi ?verbális
Verbálisan rögzített diskurzusok pragmaszemantikai elemzése

Kárpáti Eszter–Kleiber Judit

1. Bevezetés

Tanulmányunkban egy diskurzus elemzésével azt igyekszünk megmutatni, hogy a beszélgetés kontextusa és a diskurzus-, illetőleg dialóguscél kijelölése, majd megvalósulása miként befolyásolja a szegmensek értelmezését (Sperber–Wilson 2015) a koherencia és a relevancia egymást meghatározó összjátékaként. A diskurzusokat egyfajta kommunikációs alapegységekként kezelve igyekszünk közelíteni a lexikai pragmatika és a dinamikus szemantika (Alberti–Kleiber–Kárpáti 2016) nézőpontjait egymáshoz.

A pécsi ReALIS kutatócsoportban dinamikus szemantikai és kognitív aspektusok mentén, értelmezésünk szerint pragmatikai aspektusú vizsgálatokat végzünk. A jellemzően megnyilatkozásalapú elemzések után most egy sajátos diskurzus bemutatására és elemzésére vállalkozunk. Egy korábban ortopéd sebészeti beavatkozáson átesett pácienssel készített interjú során arra voltunk kíváncsiak, hogyan értelmezi a páciens az orvossal, orvosokkal folytatott beszélgetéseket.

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

2. Miért ezt választottuk?

Az orvos-beteg kommunikáció világának mindannyian voltunk vagy leszünk részesei. Sajátossága kontextuális meghatározottságának sokrétűségében ragadható meg. A fizikai, intézményi, társadalmi, kulturális szabályok, normák és szerepek többszörösen összefonódó hálójára (strukturális és tartalmi) tudások szövedéke (Kárpáti 2015), melynek maguk a kommunikáció résztvevői is részei. Vagy épp egy másik hálóból ide, a szálak közé keveredve lassan-lassan válnak részévé.

A pragmatika hagyományosan (pl.: Grice, Sperber–Wilson) a beszélő oldaláról vizsgálódik (beszélői szándék, oszteni). Az orvos-beteg kommunikáció speciális kommunikációs helyzet; aszimmetrikus, szokásosan az orvos oldaláról definiálódik (Mascagni–Bigi 2017). A gyógyulás szempontjából viszont az az érdekes, hogy a beteg mit ért, gondol, vél, hisz. Ezért a beteg elméjében megjelenő diskurzusrepresentáció modelljét próbáltuk felvázolni az adott narratíva alapján.

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. Az interjú (D_0) során az interjúalany számára az egymást követő dialógusok (D_{1-4}) egyetlen diskurzusként (D) jelennek meg, számára koherens egészet alkotnak. Feltételezésünk szerint a diskurzuscél a koherenciát fontos, de nem lényegi jeggyé oldja fel az egyes dialógusok szintjén. A diskurzus koherens egységgé a diskurzuscél mentén szerveződik: vagyis a szegmensek, jelen esetben a dialógusok relevanciája hozza létre.

3. Koherencia és relevancia egy diskurzust leíró narratívában

Az elemzés keretként az orvos és a páciens kommunikációját sajátos interkulturális kommunikációként értelmeztük. A valós dialógus során a jelentés létrehozása dinamikus: egyrészt a privatalizáció folyamán a fél individualizálja a kollektívet (Kecskes 2013: 48), akár a kulturális normákra, akár a nyelviileg közvetített ismeretekre gondolunk (vö. Petőfi 2004; Dobi 2016: 11). Másrészt viszont mindkettejük tapasztalatai összevegyülnek (blending), akár keresztezhetik egymást (crossing), akár összeolvadhatnak (merging) (Kecskes 2010: 49).

Amennyiben elfogadjuk, hogy a diskurzusok során a jelentés mind az egyén, mind a kontextus szempontjából változó, kérdés, hogy a koherencia egyáltalán megfelelő fogalom-e az elfogadhatóság leírására. Mivel a koherencia a diskurzus struktúrájának a téma szempontjából való értelmi összerendezettsége a címzett irányába, akkor tartható koherensnek a szövegprodukciónak, ha a befogadó elméjében a vehikulum által megjelenített valóságdarab összefüggő tényállás-konfigurációként jelenik meg, akár valós, akár fiktív értelemben (Petőfi 2009: 67; a fogalom változásáról ld. pl. Andor 2016). Esetünkben ez nem elegendő a jelentés-konstrukció teljes leírásához. A beteg elméjében kialakult kép koherenciája még csak nem is szükséges, de biztosan nem elégséges feltétele annak, hogy célja megvalósítása szempontjából sikeres legyen.

Ehhez a felek dialóguscéljának kell egyeznie, vagyis a dialógusnak a diskurzuscél szempontjából relevánsnak kell lennie. A megnyilatkozások és a kommunikációs helyzet egyéb összetevői kognitív hozzájárulásuk alapján akkor tekinthetők relevánsnak, ha olyan kontextuális implikációkat eredményeznek, melyeknek pozitív kognitív hatásuk van, például megerősítik vagy átalakítják a meglévő feltevéseket, tudásokat (Wilson–Carlston 2007). Sok esetben a mondat alulspecifikált jelentése a megnyilatkozás kontextusérzékeny értelmével sem elégséges, inkább a diskurzusszegmensek figyelembevételével tudjuk pontosítani. Vagyis a címzett szempontjából definiálódó diskurzuscél vonatkozásában értelmeződik a diskurzusszegmensek relevanciája.

Tehát mindkét aspektus, a koherencia és a relevancia is a kommunikáló felek szempontjából határozódik meg. Egymást nem kizáró jellemzők, de egymástól függetlenül is, és egymást „figyelve” is működnek: lehet koherens a diskurzus, s közben nem releváns – benne a mondatok, megnyilatkozások, diskurzusszegmensek értelmes egészet alkotnak, mégsem relevánsak a feltételezett diskurzuscél tekintetében. És fordítva: adott helyzetben nem koherens elemek is lehetnek relevánsak. A diskurzusokat akár folyamatként (melyben a lépések a diskurzuscélt fejezik ki és hajtják végre), akár produktumként (a diskurzuscél textuális megvalósulása) tekintjük, a relevancia a meghatározóbb: a dialógus koherenciája a diskurzuscél szempontjából gyakran „felolvad”. A címzett számára releváns információk és attitűdök adódnak hozzá kognitív háttéréhez. Melyben a koherencia egy információ a sok között: arra vonatkozóan, hogyan minősíti beszélgetőpartnere textuális teljesítményét.

4. A diskurzus dialógusainak bemutatása¹

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 (D₀). 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 megszerelve (informatív), azokat értelmezve (interpretatív), mérlegelő (deliberatív) beszélgetések során meghozni, s nem elfogadni a másik fél paternalista magatartását (Bigi 2016). Az egyes orvosokkal folytatott dialógusok más-más domináns jelleget képviseltek. Négy orvossal volt kapcsolatban. Az első orvoshoz véletlenszerűen került, ő közölte, hogy műtétre 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 időpontban a beszélgetés tévútra futott: az orvos közös alapot keresve nem a szakmai kérdésekkel foglalkozott, hanem a helyzetet igyekezett definiálni. 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 előjelezte műtétre a páciens.

¹ Az adatokat a beteg hozzájárulásával közöljük. Együttműködését ezúton is köszönjük.

További körütekintő információszerzést követően GE egy asszisztensre hallgatva a 4. orvoshoz fordult. Előzetes konzultációra, kórházi megbeszélésre (a műtét után), utólagos konzultációra bontható a megbeszélések folyamata. Az előzetes konzultáció szakmai információs szempontból megfelelő volt. A paralingvisztikai jegyek tekintetében volt kevésbé kielégítő (túlságosan halk, ez okozott is a későbbiekben – paraszolvencia – félreértést, illetőleg az idő rövidege volt zavaró). A kórházban a műtét előtt nem volt lehetőség konzultálni – ez valódi problémát okozott a betegnek. A műtét utáni harmadik napon részletes szakmai konzultációra került sor, ami minden szempontból kielégítő volt. (A hiányzó információkat a kórházi személyzettől szerezte meg a páciens.) A kórházból kikerülve a következő konzultáció azonban újra nyúlfarknyi: varratszedés, két kérdésre kapott választ a beteg, közben az orvos háromszor telefonált. Érezhetően vége volt a kapcsolatnak.

Mivel a dialógusokat megnyilatkozásszinten nem ismerjük, makrostruktúráját nem tudjuk leírni, így a konstringenciadiagram sem vázolható fel (pl. Petőfi 2004: 161, 181). A négy orvossal folytatott dialógusról való beszámolókat makroállításként azonban összefoglalhatjuk, mint ahogyan ezt maga a beteg is megtette egy második interjú során, lásd alább: 1, 2, 3, 4.1, 4.2, 4.3.

0. Maga az interjú szituációja. Kérdésünk: *Mi történt veled?*

A beszélő GE: az ő tudásai, stb. erről a helyzetről – „ez nagyon érdekes nyelvészetileg”, 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 feltételez GE elméjében. Minthogy azonban egy diskurzusfolyamatról, dialógusokban megvalósuló döntési helyzetek soráról számol be, az egyes dialógusok, a lépések a diskurzuscél szempontjából értékelhetők.

1. Az első orvossal folytatott dialógus összefoglalója:

Előrehaladott csípőízületi kopása van, idő kérdése, mikor kell műteni. Próbálkozhat egyéb gyógymódokkal, például tornával, de a tapasztalatok szerint ez nem segít, csak annak enyhülnek a panaszai, aki jelentősen lefogy.

2. A második orvossal folytatott dialógus összefoglalója:

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.

3. A harmadik orvossal folytatott dialógus összefoglalója:

a) *Hát, én nem szerettem az irodalomórákat.*

b) *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 non-invazívat felejtse el, az csak esztétikailag számít és divat.*

4. A negyedik orvossal folytatott dialógusok összefoglalója:

4.1. A műtét előtt: *Műteni kell, a műtét ezzel és ezzel jár, a non-invazívért x összeget szoktam kapni.*

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

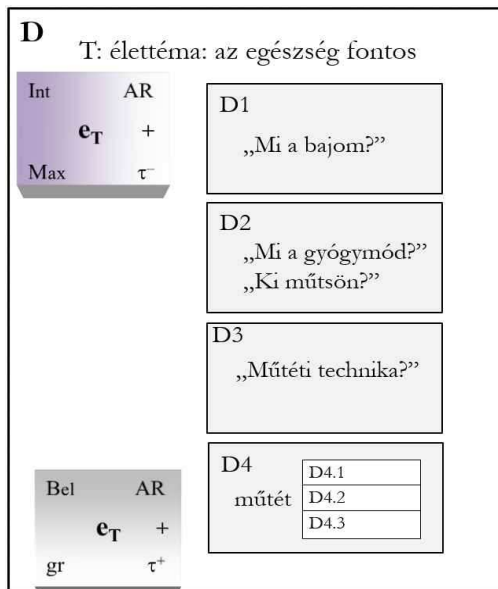
4.3. A műtét után egy héttel: *Minden rendben, mehet gyógytornára. A kis fájdalmak elmúlnak.*

5. A diskurzus dialógusai $\mathfrak{R}eALIS$ an

A felek elméleti diskurzusrepresentációjának leírása a $\mathfrak{R}eALIS$ kínálta struktúrával ezen információk, vagyis az egyik fél beszámolója alapján is megadható.

A $\mathfrak{R}eALIS$ – Kölcsönös és Élethossziglani Interpretációs Rendszer (Alberti 2011) – egy formális diskurzusrepresentációs elmélet (Kamp et al. 2011), melynek célja az interpretáló elmeállapotának formális modellálása: hiedelmei, vágyai, szándékai reprezentálása. Ezáltal intenzionális értékelés is végezhető, különféle pragmatikai tényezők vizsgálata, mint például a Grice-i maximák; mégpedig ugyanolyan mintaillesztési eljárással, mint amelyet a formális szemantika alkalmaz az extenzionális értékelésre.

Jelen vizsgálat esetében a probléma kijelölésével (betegség észlelése) egy D diskurzus szerveződik, mely a probléma megoldásáig tart (0. ábra).

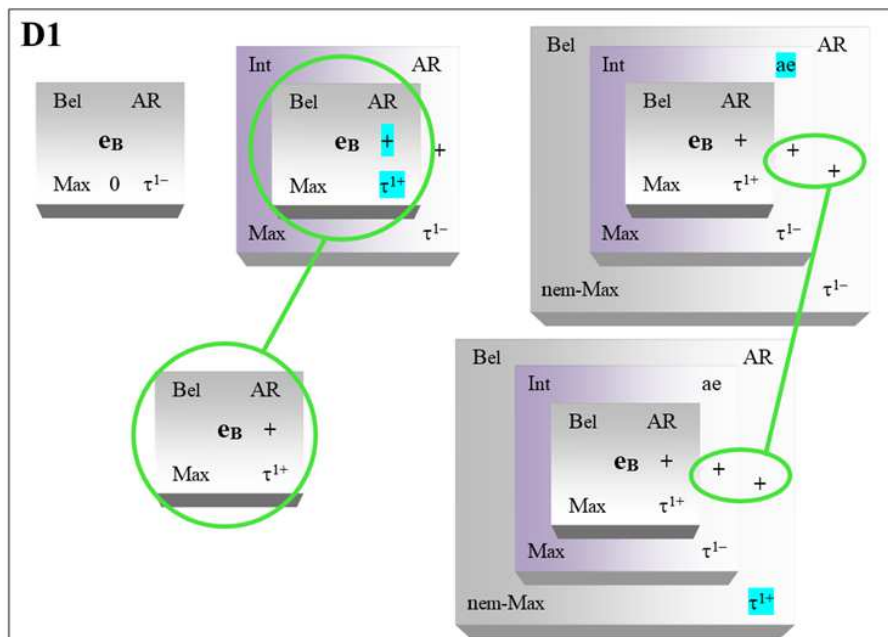


0. ábra: A D diskurzus. Diskurzuscél, szerkezet.

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 (AdresseR=GE) maximális (Max) szándéka (Int) e_T állapot elérése, vagyis hogy 'egészséges (τ , GE)'. A diskurzus a τ^- időpillanattól (az aktuális szándék kezdőpontja) τ^+ időpillanatig (beteljesülés) tart. Az utolsó doboz mutatja a diskurzus végét, amikor a beteg (AR) úgy véli („great” intenzitású hiedelem: Bel), hogy elérte (τ^+ időpillanatban) a célt: újra egészséges (e_T). A diskurzus négy részre tagolható, mely a négy orvossal folytatott dialógust rögzíti, a 4. orvos esetében három szegmessel: D1, D2, D3, D4.1, D4.2, D4.3.

Az elemzés során elkészítettük ennek a hat dialógusnak a – beteg elméjében (véltetőleg) megjelenő – reprezentációját. A formalizmust jelen írásban nem részletezzük (lásd pl. Alberti 2011); a lényeges momentum az, hogy az adott dialógusban a dialóguscél és a beteg előzetes elvárása teljesül-e, vagyis hogy a diskurzuscél (gyógyulás) szempontjából a dialógusok relevánsnak tekinthetők-e. A pozitív kimenetet a polaritásparaméterek azonossága jelzi (pl. +/+), míg a negatív kimenet (irreleváns dialógusszegmens) a polaritásparaméterek különbözőségében ragadható meg (pl. +-/0).

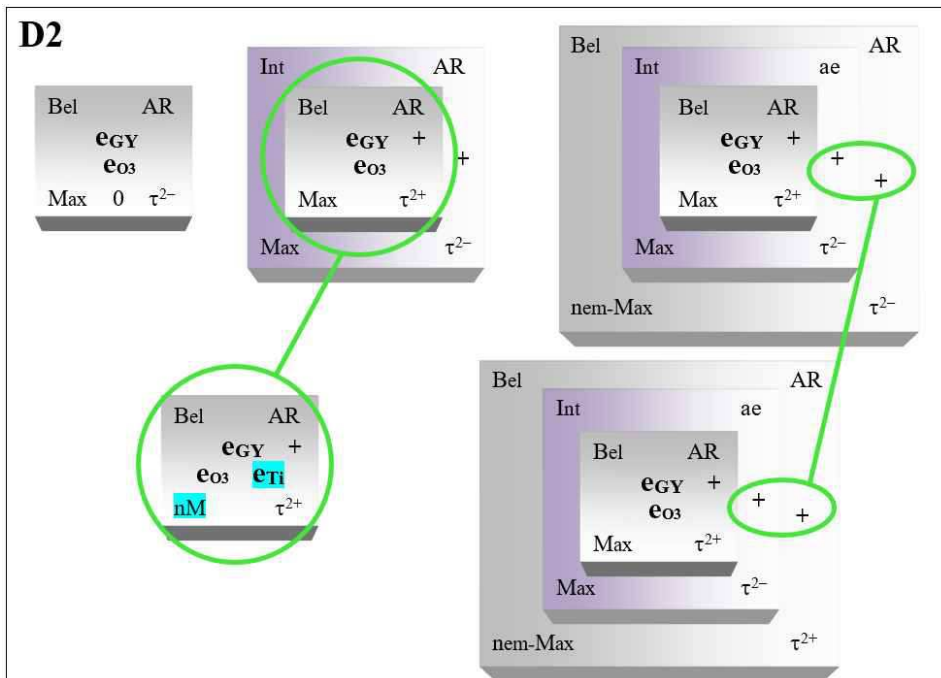
Az alábbiakban ezen elemzések közül megmutatunk két releváns (1. és 2. ábra), egy irreleváns (3. ábra), és egy részben releváns (4. ábra) dialógust.



1. ábra: D1: Dialógus az 1. orvossal: „Mi a bajom?” (e_B)

2 Fogalmi 2 verbális. Verbálisan rögzített diskurzusok pragmaszemantikai elemzése

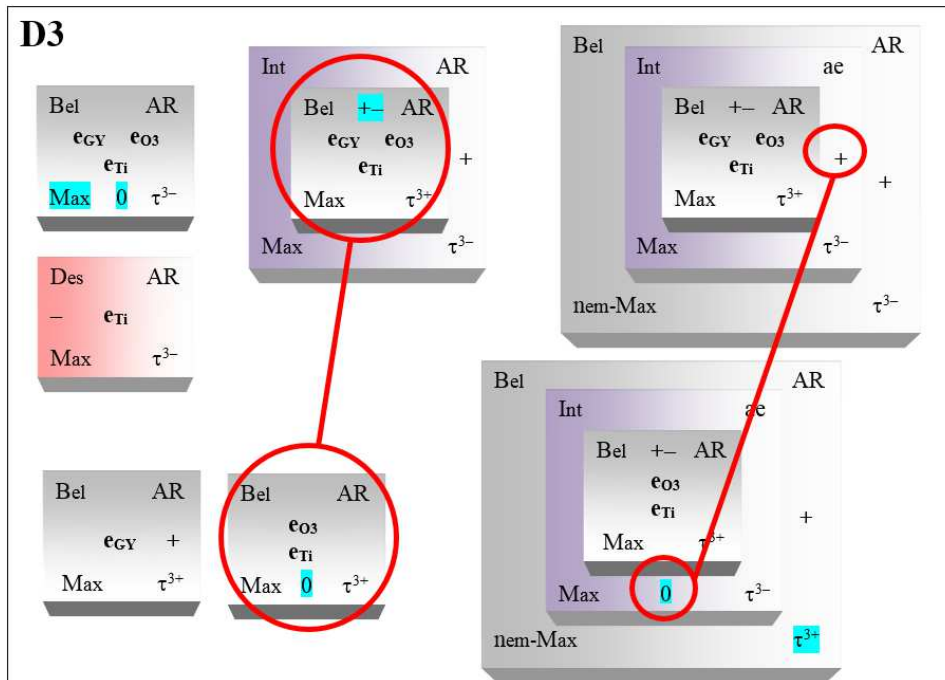
Az első orvostól (1. ábra) a beteg a diagnózist várja (formálisan: *kérdés*: e_B : betegsége(τ^1 , GE, r), *válasz*: e_B : $p(\tau^1, r)$; ahol p : előrehaladott csípőízületi kopás). A dialóguscél tehát e_B kiderítése (2. doboz): a feladó (AR) maximális szándéka (Int, +) a diskurzus előtt (τ^{1-} időpontban) az, hogy tudja (Bel, Max, +) a dialógus után (τ^{1+}), hogy mi a baja (e_B). AR elvárása, hogy az orvos (címezett, ae) célja ugyanez (3. doboz). Láthatjuk (4. doboz), hogy a beteg (AR) a dialógus végén (τ^{1+}) már tudja (Bel, Max, +), hogy mi a baja (e_B), vagyis a dialóguscél teljesül (a polaritásparaméterek egyeznek a 2. és a 4. doboz között: +/+). Úgy véli továbbá (5. doboz), hogy az orvos célja egyezett az övével (polaritásparaméterek egyeznek a 3. és az 5. doboz között: +/+), vagyis az előzetes elvárása beigazolódik. A dialógus releváns.



2. ábra: D₂: Dialógus a 2. orvossal:
 „Mi a gyógymód? Melyik orvoshoz menjek?” (e_{GY} , e_{O3})

A második dialógus (2. ábra) célja, hogy a beteg tájékozódjon a betegségét illetően (egy ismerős orvostól): mi a gyógymód (e_{GY}), illetve kihez érdemes fordulnia (e_{O3}) (2. doboz). (Formálisan: *kérdés*: e_{GY} : gyógymód(τ^2 , GE, r'), *válasz*: e_{GY} : $p'(\tau^2, r')$, ahol p' : műtét; illetve a műtétet végző orvos esetében: *kérdés*: e_{O3} : felkeres(τ^{2+} , GE, r'') \wedge orvos(τ^{2+} , r''), *válasz*: e_{O3} : $p''(\tau^{2+}, r'')$, ahol p'' : O3 orvos.) A beteg elvárása, hogy az orvos célja ugyanez (3. doboz). A 4. doboz mu-

tatja, hogy a dialógus után (τ^{2+} időpontban) a beteg valóban a birtokában van a kért információnak, a polaritásparaméterek egyeznek (+/+), a dialóguscél teljesül. Azt is láthatjuk továbbá, hogy pluszinformációra is szert tett, mégpedig arra, hogy a műtetre (O3 orvos esetében) invazív műtéti technikával kerül sor (e_{Ti}), ami miatt nem biztos abban, hogy megfogadja az orvos tanácsát, és O3-hoz fordul (vélekedése 'nem maximális' (Bel nM) a megszerzett információkról). Végül az utolsó doboz reprezentálja azt a vélekedését, hogy az orvos dialóguscélja megegyezett az övével (a paraméterek egyeznek: ++/++), vagyis a beteg előzetes elvárása beigazolódik. A dialógus releváns.

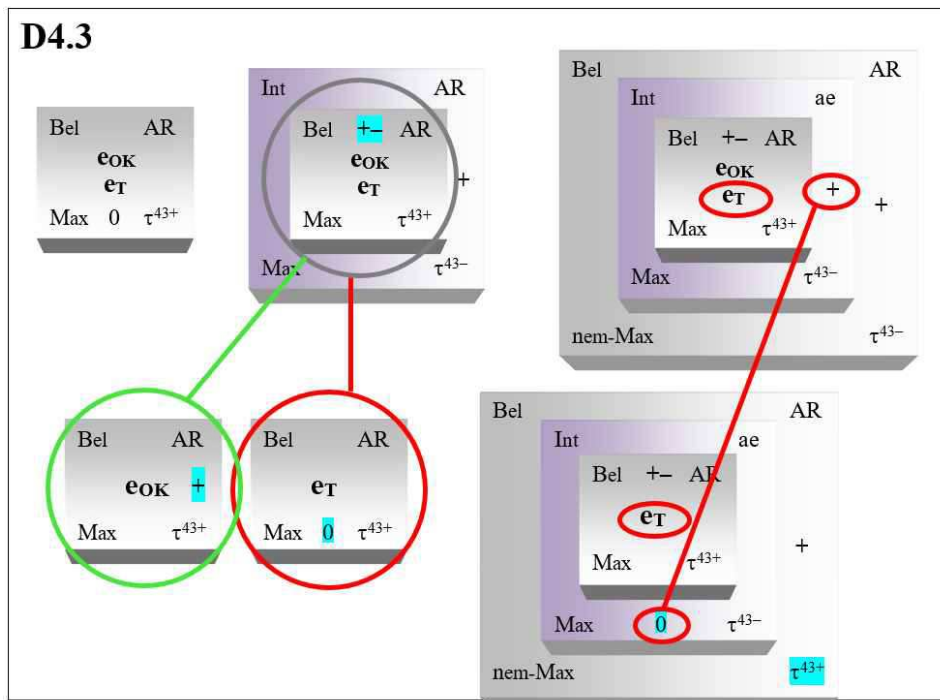


3. ábra: D₃: Dialógus a 3. orvossal: „Valószínűleg műtét O3-nál invazív műtéti technikával.” (De erős vágy (Des) az invazív ellen.)

A harmadik orvostól (3. ábra) a beteg alapvetően megerősítést vár (dialóguscél: nem maximális vélekedésből maximális tudás legyen), mégpedig három területen: (1) valóban műtetre van szükség (gyógymód: e_{GY}), (2) a címzett (O3) a megfelelő orvos a műtethez (e_{O3}), és az invazív műtéti technika valóban megfelelőbb, mint a minimál invazív (e_{Ti}). AR elvárása, hogy az orvos célja ugyanez. Ebben az esetben a dialóguscél nem teljesül: a dialógus végén (τ^{3+}) a beteg továbbra sem tudja (a tudás polaritásértéke 0), hogy ő-e a megfelelő orvos, és hogy

2 Fogalmi 2 verbális. Verbálisan rögzített diskurzusok pragmaszemantikai elemzése

az invazív-e a megfelelő technika (nem győzte meg). A beteg előzetes elvárása sem igazolódik be: a dialógus végén AR hiedelme az, hogy az orvosnak nem volt célja (polaritás: 0), hogy megerősítést nyújtson.



4. ábra: D_{4,3}: 3. dialógus a 4. orvossal:
utólagos konzultáció, varratszedés. „Meggyógyultam?”

A beteg végül a negyedik orvos mellett döntött. Vele összesen három konzultációra kerül sor, a 4. ábra az utolsó alkalomról készült reprezentációt mutatja. A beteg dialóguscélja kettős: egyrészt szeretné tudni, hogy a műtét kapcsán minden rendben van-e (e_{OK}), másrészt arra kíváncsi, hogy meggyógyult-e, vagyis elérte-e a diskurzuscélt (e_T), merthogy még mindig vannak fájdalmai. AR elvárása, hogy az orvos célja ugyanez. Ebben az esetben a dialóguscél hiányosan teljesül, csak az első kérdésre kap kielégítő választ. Az elvárásokhoz képest a beteg kevesebbet kap (csak e_{OK}): az orvos érzékelteti, hogy mivel a műtéti procedúra lezárult, vége van a kapcsolatnak.

Összegezve a dialógusokat: a vizsgált jelenség szempontjából azt tapasztaljuk, hogy D₁, D₂, D_{4,1}, D_{4,2} és részben D_{4,3} esetében teljesült a dialóguscél, ezen dialógusok relevánsnak tekinthetők a diskurzuscél (gyógyulás) vonatkozásában. Ezzel szemben D₃, illetve részben D_{4,3} esetében nem teljesült a dialóguscél, így ezeket irreleváns dialógusszegmenseknek értékelhetjük, melyek nem vitték előre

a gyógyulási folyamatról szóló diskurzust, „megzavarták” annak koherenciáját; másként értelmezve: a koherens diskurzusnak nem részei. Mindezek egyszerűen leolvashatók a *ReALIS* formalizmusával készített reprezentációkról, csupán a polaritásparaméterek azonosságát kell megvizsgálni.

6. Konklúzió

A fentiek alapján megállapíthatjuk, hogy amennyiben a dialógus során egy dialóguscél teljesül, az adott dialógus a diskurzuscél szempontjából releváns lesz. A diskurzus szegmensei – esetünkben a dialógusok – relevanciájuktól függően alkotnak (vagy sem) koherens diskurzust.

Úgy tűnik, hogy a *ReALIS* képes megragadni azokat az információszegeket, melyek mentén egy diskurzus folyamatában a koherencia „beállítódik”.

További kérdés lehet, hogy egyrészt hogyan értékelhetők a diskurzus során egyébként megjelenő (olvasott, hallott, látott) információk, ezek hogyan befolyásolják a mentális állapot változását. Másrészt az, hogy a diskurzus hogyan épül be, esetleg épül tovább GE elméjében: újraszerveződhet-e a diskurzus, újra megnyílik-e egy újabb esemény/probléma megjelenésekor, vagy pedig egy következő diskurzusnak alkotja-e a keretét GE ismerethálójának részeként.

Irodalomjegyzék

- ALBERTI G. 2011. *ReALIS: Interpretálók a világban, világok az interpretálóban*. Budapest: Akadémiai Kiadó.
- ALBERTI G.–KLEIBER J.–KÁRPÁTI E. 2017. Reális (*ReALIS*) kép a másik elméről. In: Márton M.–Molnár G.–Tózsér J. (szerk.): *Más elmék*. Budapest: l'Harmattan, 237–268.
- ANDOR J. 2016. A nyelvi szövegek koherenciájának konstitúciójáról. In: Dobi E.–Andor J. (szerk.): *Tanulmányok a szövegkoherenciáról*. *Officina Textologica* 19, 21–45.
- BIGI, S. 2016. *Communicating (with) care*. Amsterdam–Berlin–Washington DC: IOS Press.
- DOBI E. 2016. Gondolatok a koherenciáról. In: Dobi E.–Andor J. (szerk.): *Tanulmányok a szövegkoherenciáról*. *Officina Textologica* 19, 11–20.
- KAMP, H.–van GENABITH, J.–REYLE, U. 2011. Discourse Representation Theory. In: Dov G.–Franz G. (eds.): *Handbook of Philosophical Logic*. Berlin: Springer, 125–394.
- KÁRPÁTI E. 2015. Az orvosi nyelvhasználat szerepéről. In: Geccső T.–Sárdi Cs. (szerk.): *Nyelv, kultúra, társadalom*. Székesfehérvár: KJF–Budapest: Tinta, 119–125.

[?]Fogalmi [?]verbális. Verbálisan rögzített diskurzusok pragmaszemantikai elemzése

- KECSKES, I. 2010. The paradox of communication. Socio-cognitive approach to pragmatics. *Pragmatics and Society* 1: 1, 50–73.
- KECSKES, I. 2013. *Intercultural Pragmatics*. Oxford: Oxford University Press.
- MACAGNO, F.–BIGI, S. 2017. Analyzing the pragmatic structure of dialogues. *Discourse Studies*. Vol. 19 (2), 148–168.
- PETŐFI S. J. 2004. *A szöveg mint komplex jel*. Budapest: Akadémiai Kiadó.
- PETŐFI S. J. 2009. *Egy poliglott szövegnyelvészeti-szövegtani kutatóprogram II. (Adalékok a verbális szövegek szövegösszefüggőség-hordozóinak vizsgálatához)* *Officina Textologica* 15.
- SPERBER, D.–WILSON, D. 2015. Beyond speakers meaning. *Croatian Journal of Philosophy*, Vol. XV, No. 44, 117–149.
- WILSON, D.–CARSTON, R. 2007. A Unitary Approach to lexical pragmatics: relevance, inference and ad hoc concepts. In: N. Burton-Roberts (szerk.): *Pragmatics*. London: Palgrave, 230–259.

[?]Dictum

Pragmasemantic analysis of verbal discourses

This paper is an adventure: it tries to approximate the viewpoints of lexical pragmatics and dynamic semantics by an analysis of a special narrative. It shows that in medical context a patient creates a discourse in the course of her/his encounters. These dialogues have their own goals, and become relevant only if those goals are fulfilled and meet the main goal of the discourse. By the means of *ReALIS* the study shows that interpretation is an interplay between coherence and relevance: coherence is dissolving on the dialogue level, but discourse-coherence is built along the discourse-goal, by the relevance of its segments, the dialogues.