

Spis treści

Wstęp	11
CZĘŚĆ I: TEORIE – PODEJŚCIA – IDEE	17
1. Język a komunikacja	19
1.1. Dyskurs jako działanie społeczne	22
1.1.1. Modele dyskursu	26
1.1.2. Wspólnota językowa, dyskursywna i wspólnota działania	31
1.1.3. Gatunki mowy	36
1.2. Kontekst jako konstrukt językowy, społeczny i kognytywny	40
1.2.1. Kontekst specjalistyczny	44
1.2.2. Kontekst instytucjonalny	47
1.3. Metody analizy: krytyczna analiza dyskursu	54
2. Język a tożsamość	61
2.1. Jednostkowy i społeczny charakter tożsamości	65
2.2. Relacja język – tożsamość	73
2.3. Tożsamość a rola	77
3. Język a władza symboliczna	85
3.1. Władza a asymetria	88
3.1.1. Kontrolowanie tematu	94
3.1.2. Kontrolowanie relacji	101
3.1.3. Kontrolowanie ról	105
3.2. Władza w teorii grzeczności	109
3.3. Ideologiczne podstawy władzy	114
CZĘŚĆ II: DANE I METODOLOGIA	119
4. Komunikacja lekarz – pacjent jako przedmiot badań	121

4.1.	Aspekty komunikacji lekarz – pacjent	124
4.1.1.	Konsultacja jako gatunek mowy	131
4.1.2.	Struktury narracyjne w konsultacji	135
4.1.3.	Przyczyny występowania barier w konsultacji	139
4.1.4.	Lekarz i pacjent w warunkach wielokulturowości.	142
4.1.5.	Elementy niewerbalne w interakcji lekarz – pacjent	149
4.1.6.	Medykalizacja życia codziennego	152
4.2.	Lingwistyczny model komunikacji lekarz – pacjent	157
4.3.	Metody, dane, kategorie analityczne	166
CZĘŚĆ III: OPIS I INTERPRETACJE		175
5.	Działania podejmowane przez pacjenta.	177
5.1.	Udzielanie przez pacjenta informacji związanych z celem wizyty	180
5.1.1.	Historia choroby w narracji pacjenta.	180
5.1.2.	Uzasadnianie powodu wizyty	184
5.1.3.	Rozwijanie odpowiedzi na pytania zamknięte.	187
5.2.	Wprowadzanie tematów medycznych	192
5.2.1.	Strategie zadawania pytań	192
5.2.2.	Strategie wyrażania prośb	196
5.2.3.	Strategie implikowania diagnozy.	200
5.3.	Budowanie relacji interpersonalnych.	206
5.3.1.	Wyrażanie emocji związanych z chorobą	206
5.3.2.	Wprowadzanie tematów niemedycznych.	211
5.4.	Wnioski	216
6.	Aktywność pacjenta a strategie władzy lekarza.	219
6.1.	Strategie władzy lekarza	223
6.1.1.	Ukryta logika konsultacji.	223
6.1.2.	Ograniczanie dostępu do informacji	226
6.1.3.	Jednostronne podejmowanie decyzji	229
6.1.4.	Hamowanie inicjatywy pacjenta	233
6.1.5.	Kiedy lekarz wie lepiej	238
6.1.6.	Zachowywanie dystansu emocjonalnego.	242
6.1.7.	Pacjent jako obiekt interakcji.	245
6.2.	Budowanie partnerskich relacji z pacjentem	250
6.2.1.	Orientacja na potrzeby pacjenta.	250

Spis treści

6.2.2. Negocjowanie szczegółów terapii	253
6.3. Wnioski	256
7. Wpływ czynników asymetrii na style komunikacji lekarzy i pacjentów	259
7.1. Rola wieku pacjenta i obecności osób trzecich w konsultacji	262
7.1.1. Specyficzne cechy konsultacji z udziałem dzieci	264
7.2. Wpływ płci pacjenta na przebieg konsultacji	272
7.2.1. Kobiety i mężczyźni w roli pacjentów	273
7.3. Znaczenie ograniczeń czasowych i instytucjonalnych	278
7.3.1. Aktywność pacjentów w warunkach prywatnej i publicznej służby zdrowia	285
7.4. Wnioski	288
Zakończenie	291
Bibliografia	297
Załączniki	314