

*Marijana Cerović
Univerzitet Crne Gore, Filološki fakultet
Nikšić, Crna Gora*

PRIMJENA LINGVISTIČKIH ZNANJA U PRAKSI: ANALIZA KONVERZACIJE U MEDICINSKOJ INTERAKCIJI

LINGUISTIC KNOWLEDGE IN PRACTICE: CONVERSATION ANALYSIS
IN MEDICAL INTERACTION

ABSTRACT This paper deals with the issue of practical application of linguistic knowledge. Furthermore, it delves into the possibilities of applying the knowledge acquired by the method of Conversation Analysis when solving some problems in practice. The paper shows how this interdisciplinary method can be applied in the study of spoken medical discourse and thus contribute to the improvement of communication between physicians and their patients. Examples of communication from general practice, health visits and mental health institutions are considered. Various formats of the doctors' turn order are analysed, such as the question formats used in performing certain social actions, as well as different phases of doctor-patient communication – enquiring about symptoms, recording medical history, giving advice, issuing prescriptions, prescribing therapy and so on.

Key words: scientific knowledge, conversation analysis, medicine, interaction, improvement.

APSTRAKT Ovaj rad se bavi pitanjem primjene lingvističkih znanja u praksi i mogućnostima metode analize konverzacije (Conversation Analysis) da uz pomoć stečenih znanja pronalazi rješenja nekih problema u praksi. U radu se pokazuje kako se ova interdisciplinarna metoda može primjenjivati u proučavanju govornog medicinskog diskursa i doprinijeti unaprjeđenju komunikacije između ljekara i njihovih pacijenata. Razmatraju se primjeri komunikacije u opštoj praksi, patronažnim neonatalnim posjetama i institucijama za mentalno zdravlje. Pritom se analiziraju formati govorničkog reda ljekara, posebno formati pitanja koji se koriste pri ostvarenju određenih društvenih akcija, kao i različite faze komunikacije između ljekara i pacijenta – od zahtjeva za simptomima, bilježenja medicinske istorije, davanja savjeta, do određivanja terapije i izdavanja recepata.

Ključne riječi: naučno znanje, analiza konverzacije, medicina, interakcija, unaprjeđenje.

Uvod

Primijenjena lingvistika se obično definiše kao grana lingvistike koja se bavi primjenom jezičkih saznanja u praksi. Kao takva, uz pomoć stečenih teorijskih i praktičnih znanja o jeziku ona identifikuje, proučava i nudi rješenja stvarnih životnih problema. Pošto se radi o interdisciplinarnom polju, ona je tijesno

povezana sa oblastima pedagogije, psihologije, sociologije i mnogim drugim, a neke od grana primijenjene lingvistike su: bilingvalizam i multilagvalizam, analiza konverzacije, kontrastivna lingvistika, stilistika, jezička pedagogija, usvajanje stranog jezika, pragmatika itd. Jedna od oblasti primijenjene lingvistike je i analiza konverzacije (Conversation Analysis) koja se bavi detaljnom analizom snimaka stvarnih razgovora i njihovih transkribovanih verzija. Za razliku od nekih tradicionalnih lingvističkih metoda, analiza konverzacije se ne bavi samo jednim lingvističkim nivoom, već proučava kombinaciju leksikomorfo-sintakse i prozodije iskaza i njihovu upotrebu od strane govornika. Detaljna analiza interakcije koja se u ovoj oblasti primjenjuje pogodna je za utvrđivanje i prevazilaženje brojnih problema u komunikaciji. Ovaj rad razmatra primjenu analize konverzacije u medicinskoj komunikaciji u cilju unaprjeđenja komunikacije u ovoj oblasti.

„Nešto“ i „išta“

Jedan od prijemjera kako se lingvističko znanje može primijeniti u praksi svakako je studija Heritage-a et al. (2007). Prema podacima Nacionalnog ambulantsnog zdravlja (National Ambulatory Medical Care) na koje se pozivaju Heritage et al., oko 40% pacijenata dolaze na pregled sa više od jednog zdravstvenog problema. Međutim, ljekari obično postavljaju pitanje sljedećeg formata „What can I do for you today?“ („Kako Vam mogu pomoći danas“?) i za rezultat imaju to da se pacijenti požale samo na jedan zdravstveni problem. Pošto se od ljekara očekuje da imaju u vidu čitavu agendu zdravstvenih problema svojih pacijenata i da su obučeni da postave pitanja tipa „Is there anything else that we need to take care of today“ („Da li postoji išta drugo što bi trebalo da završimo danas?“), u praksi ljekari ne postavljaju ovakva pitanja.

Heritage et al. (2007) su u svojoj studiji imali za cilj da utvrde na koji način bi se mogla poboljšati komunikacija ljekara i njihovih pacijenata po pitanju iznošenja i tretiranja dodatnih zdravstvenih tegoba pacijenata. Stoga su testirali primjenu dva gramatička oblika pitanja i njihovu efikasost pri traženju informacija o netretiranim zdravstvenim problemima. U fokusu studije je polarnost postavljenih pitanja, tj. da li su ona pozitivno ili negativno polarizovana. Tako, riječ „any“ (u našem jeziku ekvivalentna leksičkim jedinicama „ikakav“, „išta“) anticipira negativan odgovor, dok engleska riječ „some“ („nešto“, „neki“) daje pitanjima pozitivnu polarnost. U sljedećem primjeru možemo zapaziti upotrebu pitanja negativne polarnosti:

(1)

1 DOC: → And do you have any other medical problems?

I da li imate ikakvih drugih zdravstvenih problema?

2 PAT: Uh No

- Uh Ne*
 (7 s silence)
 (pauza od 7 sekundi)
 3 DOC: → No heart disease?
Nemate srčane probleme?
 4 PAT: ((cough)) No
 ((kašalj)) *Ne*
 (1 s of silence)
 (pauza od jedne sekunde)
 5 DOC: → Any lung disease as far as you know?
Ikakvu bolest pluća za koju znate?
 6 PAT: No
Ne

(Preuzeto od Heritage et al., 2007, str. 1430)

Iako i „some“ i „any“ mogu regularno da se koriste u pitanjima, njihova polarnost, tj. implikacije koje ona nosi, može uticati na odgovor koji će pacijent dati. Heritage et al. (2007) su proučavanjem pitanja pozitivne i negativne polarnosti dobili jasne rezultate. Pošto pitanje postavljeno sa „some“ („And do you have *some* other medical problems?“ – „*Da li imate nekakvih drugih zdravstvenih problema?*“) ima pozitivnu polarnost, i implicira da postoje dodatni problemi kod pacijenta, pitanje postavljeno sa ovom riječju značajno smanjuje pojavu netretiranih problema kod pojedinačnih pacijenata. S druge strane, pitanja postavljena sa „any“ („And do you have any other medical problems?“ – „*I da li imate ikakvih drugih zdravstvenih problema?*“, a koja su obično navođena kao primjer u udžbenicima za obuku medicinskih radnika, su bila relativno neefikasna u iznuđivanju odgovora po pitanju dodatnih zdravstvenih problema. Heritage et al. (2007) objašnjavaju da se razlog može naći u negativnoj polarnosti jedne jedine riječi – „any“, jer uključivanjem ove riječi u pitanje, očekuje se odgovor „ne“, čime su pacijenti obeshrabreni da iznesu svoje dodatne zdravstvene probleme.

Gore navedeno istraživanje je odličan primjer kako lingvistička saznanja mogu izolovati jednu jedinu riječ koja blokira postizanje optimalne komunikacije. Konačno, ova i slične studije daju neizmjernu pomoć u poboljšanju komunikacije u institucionalnom diskursu. U ovom slučaju se vidi da se primjenom „pravog“ formata pitanja pacijenti mogu podstaći da iznesu preciznije informacije o svojim zdravstvenim problemima i da konačno ti problemi dobiju adekvatan tretman.

Komunikacija sa ljekarima opšte prakse

Čitavi niz iztraživačkih projekata bavio se komunikacijom između ljekara opšte prakse i pacijenata. Robinson (2006) proučava formulacije otvorenih

pitanja kojima ljekari obično zahtijevaju od pacijenata da govore o simptomima bolesti i zdravstvenim problemima, poput „What can I do for you today?“ („Šta mogu učiniti za Vas danas“). Robinson otkriva da različiti formati pitanja i leksički izbor pri formiranju govorničkog reda mogu ograničavati i uticati na formulacije odgovora pacijenata, a kao što ističe, to može direktno da utiče na način na koji pacijenti prezentiraju svoje probleme. On objašnjava da su pitanja „What can I do for you?“ („Šta mogu učiniti za Vas?“), „How are you?“ („Kako ste?“), i „What’s new?“ („Šta ima novo?“) sve pitanja otvorenog tipa, ali da svaki od ova tri formata izvodi različitu društvenu akciju. Tako, pitanje tipa „So what can I do for you today?“ („Šta mogu učiniti za Vas danas?“) implicira da će pacijent da iznese novi zdravstveni problem, tj. da po prvi put dolazi vezano za dati problem kod određenog ljekara ili u određenu kliniku. S druge strane, pitanja tipa „How are you feeling?“ („Kako se osjećate?“) pojavljuju se kod kontrolnih pregleda i ukazuju na to da se ljekar bavio određenim zdravstvenim problemima pacijenta u toku prethodne posjete. Treći format se odnosi na hronične-rutinske probleme, one koji su konstantno prisutni, ali koji su pod kontrolom, poput krvnog pritiska ili dijabetesa. Takvo je pitanje formata „What’s new?“ („Šta je novo“?) koje omogućava pacijentu sa hroničnim problemom da uvedu eventualne nove probleme koji nijesu vezani za hroničnu bolest, da govore o hroničnim simptomima ili novim problemima vezanim za hroničnu bolest.

Robinson takođe proučava primjere u kojima selektovani format pitanja ne odgovara datoj situaciji. Ovakvi primjeri „neuspjele“ komunikacije su posebno važni u studijama ljudske interakcije, jer ukazuju na šablone koji ne funkcionišu u određenim situacijama. Jedan takav primjer je odlomak (2).

(2)

DIZZINESS

1 DOC: So what can I do for you today.

Pa, šta mogu uraditi za Vas danas?

2 (0.2)

3 PAT: Uh:m- (0.2)

Hm:-

4 DOC: Oh yes. yes.

A da. da.

5 (0.2)

6 DOC: .hhh How’s the dizziness.=hhh

Kako je vrtoglavica?

7 PAT: Well I went to a therapi:st ...

Pa, išla sam kod terapeuta ...

(Preuzeto od Robinson, 2006, str. 41)

U 1. redu ljekar bira format pitanja kojim se interesuje za novonastale tegobe pacijentkinje „So what can I do for you today.“ („Pa, šta mogu uraditi za Vas danas?“), poslije čega, umjesto odgovora pacijentkinje, dolazi pauza od (0.2) u 2. redu. U 3. redu pacijentkinja projektuje odgovor, ali zatim ponovo pravi pauzu od (0.2), što ukazuje na neki problem ili poteškoću u komunikaciji. Ono što se dešava u ovom primjeru jeste da pacijent registruje problem u formatu ljekarovog pitanja u 1. redu. Zastoj nastaje zbog toga što postavljeno pitanje traži izlaganje novih zdravstvenih problema, a pacijentkinji očigledno ovo nije prvi pregled koji je vezan za njen aktuelni zdravstveni problem. Problem detektuje i ljekar koji prije dobijenog odgovora inicira ispravku u 4. redu, i u 6. redu bira drugi format pitanja – „How’s the dizziness“ („Kako je vrtoglavica?“). Ovaj format zahtijeva nove informacije o postojećem stanju, čime ljekar pokazuje da je uvidio da se ne radi o prvoj posjeti, već o povratnom pacijentu koji dolazi vezano za neki postojeći zdravstveni problem.

Brojne druge studije komunikacije u oblasti primarne zaštite fokusiraju se na različite faze i aspekte sprovođenja institucionalnih zadataka ljekara. Na primjer, Boyd i Heritage (2006) bave se pitanjima koja ljekari postavljaju u toku uzimanja istorije pacijenata. Greatbatch (2006) s druge strane proučava aktivnost izdavanja receptata za lijek i odlike komunikacije između ljekara i pacijenta dok ljekar koristi kompjuter kako bi izdao recept. Neke studije posvećuju pažnju pacijentu, kao što je npr. studija o narativima pacijenata i predstavljanju svoje ličnosti ljekaru u smislu generalnog odnosa prema zdravlju i prema procesu otkrivanja novonastalog zdravstvenog problema (Halkowski, 2007).

Neonatalne posjete

Jedan broj autora pokazao je interesovanje za komunikaciju između patronažnih sestara i novih majki. Tačnije, radi se o jednoj posebnoj patronažnoj dužnosti medicinskih sestara u Velikoj Britaniji, a čija se pozicija u literaturi pojavljuje pod nazivom „health visitors“ (Heritage i Sefi, 1992; Heritage i Sorjonen, 1994; Heritage, 2002). Heritage i Sefi (1992) objašnjavaju da su to medicinske sestre koje tijesno saraduju sa ljekarima opšte prakse i mjesnim zdravstvenim centrima. Njihov posao je vezan za prevenciju bolesti i savjetovanje po pitanjima zdravlja i društvenim problemima, a zakonom su obavezane da vrše rutinske posjete svim majkama koje imaju djecu mlađu od pet godina. Heritage (2002) navodi da navedene posjete predstavljaju kombinaciju formalne i neformalne komunikacije, pošto medicinski radnici odlaze u domove pacijenata i u takvoj sredini obavljaju svoje institucionalne aktivnosti. On dalje objašnjava da ovakve posjete imaju za cilj ispunjenje tri institucionalna zahtjeva: (1) prikupljanje informacija o bebi i majki uz pomoć upitnika, (2) pružanje savjeta i pomoći na osnovu profesionalnog iskustva i (3) građenju dobrih međuljudskih odnosa kroz

institucionalne aktivnosti i neformalne razmjene.

Heritage i Sefi (1992) su nešto ranije, proučavajući komunikaciju između patronažnih sestara i novih majki, postavili pitanje efikasnosti posjeta i eventualnih problema koji se javljaju u njihovoj komunikaciji. Oni primjećuju da se medicinske sestre obično postavljaju kao „eksperti za bebe“, dok majke vide njihovu fokusiranost na brigu o djetetu kao ocjenu njihovih „majčinskih“ sposobnosti. Ovakvo nerazumijevanje može se primijetiti i u sljedećem primjeru:

(3)

1 HV: He's enjoying that [isn't he.

Prija mu to, zar ne?

2 F: → [°Yes he certainly is=°

Da, očigledno

3 M: =He's not hungry 'cuz (h)he's ju(h)st (h)had

Nije gladan jer je maločas dobio

4 'iz bottle „hhh

flašicu

(Preuzeto od Heritage i Sefi, 1992, str. 33)

U 1. redu medicinska sestra primjećuje da beba grize nešto, što majka shvata kao implikaciju da je dijete gladno i moguće kao negativnu ocjenu njene brige o djetetu. Zbog toga majka u 3. redu negira da je dijete gladno, a poslije toga daje i objašnjenje da je beba upravo nahranjena. Uvidom u korpus razgovora između patronažnih sestara i majki, Heritage i Sefi (1992) su zapazili da su patronažne sestre često davale savjete kada nije bilo indikacije da je savjet potreban ili da postoji neki problem. Takođe su primijetili da su sestre često davale savjete bez obzira na to kako su majke reagovala na njih, a da se procedura rijetko prilagođavala pojedinim majkama i njihovim sposobnostima da samostalno donose odluke po pitanju brige o bebi. Tako, Heritage i Sefi zaključuju da je dosta savjeta u ovim okolnostima bilo kontraproduktivno.

Raymond (2009) također ukazuje na nestandardne okolnosti ovih posjeta, prvenstveno zbog toga što su posjete „institucionalne“ prirode po povodu, aktivnostima i trajanju, ali u isto vrijeme imaju brojne odlike svakodnevnih interakcija jer se govornici upuštaju u čitavi niz društvenih aktivnosti, poput kazivanja, iznošenja vijesti, procjena situacija itd. Tako, ova mješavina institucionalnog i svakodnevnog diskursa čini ovu komunikaciju posebno komplikovanom za učesnike jer je potrebno pronaći balans između „posla“ i „intimnosti“, što povremeno može dovesti do nerazumijevanja.

Heritage i Sorjonen (1994) navode da patronažne sestre detektuju „institucionalne“ i „neinstitucionalne“ faze posjeta majkama. Oni primjećuju da su sestre prilikom ispunjanja upitnika, standardnog dijela posjeta, često započinjale govornički red riječju „and“ („i“), npr. „And this is y'r first

ba:by:“ („I ovo vam je prva beba“). Ovakva formulacija nagovještava da će sestra postaviti pitanje iz upitnika o zdravlju nove porodice i da u tom trenutku obavlja birokratski dio posla, te da ovaj dio komunikacije nije vezan za pružanje pomoći majkama. Upotrebom „and“ na početku govorničkog reda sestre se takođe ograđuju od sadržaja nekih birokratskih pitanja, čime pokazuju sklonost da sebe prikažu u ulozi pomagača i prijatelja.

Saznanja dobijena gore navedenim istraživanjima veoma su značajna iz više razloga. Ona ukazuju na to koliko je efikasna komunikacija prilikom patronažnih posjeta majkama, i što je još bitnije, otkrivaju brojne probleme u komunikaciji koji usporavaju ili onemogućavaju ostvarenje institucionalnih zadataka i ciljeva. Takođe, ona identifikuju probleme koji nastaju u građenju međuljudskih odnosa učesnika. Konačno, rezultati ovakvih studija služe kao idealne smjernice pri osmišljavanju i poboljšanju obuke medicinskih radnika čiji posao uključuje kućne posjete majkama i novorođenčadi.

Mentalno zdravlje

Studije analize konverzacije našle su široku primjenu i u oblasti mentalnog zdravlja. Sami začeci ove metode vezani su za period dok je Harvey Sacks (Sacks, 1992) proučavao komunikaciju u Centru za prevenciju suicida (Sicide Prevention Center) pri psihijatrijskoj hitnoj službi u Kaliforniji. Sacks je primijetio da su osobe koje su pozivale Centar na vrlo vješt način izbjegavale da daju svoje ime. Primjer (4) je često citiran u literaturi:

(4)

1 A: This is Mr Smith may I help you

Ovo je gospodin Smit, mogu li Vam pomoći?

2 B: I can't hear you

Ne Čujem Vas

(Preuzeto od Sacks, 1992, str. XVI)

U gore navedenom primjeru vidimo da osoba koja je pozvala centar, umjesto da navede svoje ime u 2. redu, tvrdi da nije sasvim čula ime zaposlenog koji se predstavio u 1. redu. Sacks je uvidio da je ovo učestala strategija suicidalnih osoba koje traže pomoć, a koju primjenjuju kako bi izbjegle da se predstave i kako bi ostale anonimne. Proučavajući govornu komunikaciju, Sacks je uvidio da se radi o jednoj veoma organizovanoj strukturi koja se sastoji, između ostalog, od smjene govornika koji kroz parne iskaze (ajdcency pairs) izvode čitavi niz društvenih akcija. Dakle, na pozdrav „Zdravo“ prvog govornika, sagovornik će najvjerovatnije otpozdraviti „Zdravo“. Imajući u vidu organizaciju najbližih parova, Sacks je došao na ideju da je najbolji način da se dobije ime osobe koja

poziva hitnu psihijatrijsku službu primjena strategije kojom će radnik u centru, prilikom preuzimanja poziva, prvo dati svoje ime, što nije standardni način odgovaranja na telefonski poziv. Uvođenjem ove tehnike predstavljanja pri odgovoru na poziv, Sacks je smatrao da će prirodan sljedeći korak sagovornika biti da se i on sam predstavi. Ovim se izbjeglo postavljanje direktnog pitanja „Kako se zovete?“.

Analiza konverzacije danas nalazi široku primjenu u studijama koje se bave mentalnim zdravljem. Tu su, na primjer, studije o strategijama kojima psihijatri kontroliraju teme i tok razgovora i njihovu upotrebu različitih gramatičkih oblika kako bi kontrolisali razgovor o osjetljivim temama (McCabe, Khanom, Bailey, i Priebe, 2013; McCabe, Sterno, Priebe, Barnes, i Byng, 2017); čest predmet istraživanja su i različiti aspekti određivanja terapije (Kaminskiy i Finlay, 2019) i brojni drugi relevantni aspekti ovog institucionalnog diskursa.

Zaključak

Ovaj rad se bavi pitanjem primjene lingvističkih znanja u praksi. Tačnije, predmet rada su znanja i zaključci do kojih se dolazi metodom analize konverzacije (Conversation Analysis), a koja do naučnih saznanja dolazi detaljnom analizom snimaka stvarnih razgovora i njihovih transkribovanih verzija. U radu se dalje razmatraju mogućnosti primjene analize konverzacije u medicinskoj komunikaciji u cilju unaprjeđenja komunikacije u ovoj oblasti. Pokazuje se da se proučavanjem različitih formata pitanja koja postoje u lingvističkom repertoaru ljekara može identifikovati onaj najefikasniji (Heritage et al., 2007; Robinson, 2006). Daje se osvrt na različite aspekte komunikacije između ljekara i pacijenta u kojima je analiza konverzacije dala doprinos – od zahtjeva za simptomima, bilježenja medicinske istorije, do izdavanja recepata. Rad se takođe bavi pitanjem menadžmenta sredina u interakciji koje predstavljaju kombinaciju medicinske institucionalne i svakodnevne interakcije (Heritage i Sefi, 1992; Heritage i Sorjonen, 1994; Heritage, 2002), i kako rezultati ovih studija pomažu u ostvarenju efikasnije komunikacije između medicinskih radnika i novih majki. Na kraju se razmatra primjena znanja stečenih upotrebom analize konverzacije u institucijama za mentalno zdravlje.

Literatura

Boyd E., John H. (2006), Taking the history: questioning during comprehensive history taking, u: Heritage, J., Maynard, D. W. (ur.), *Communication in Medical Care: Interaction Between Primary Care Physicians and Patients*, str. 151–184. Cambridge: Cambridge University Press.

Greatbatch, D., (2006), Prescriptions and prescribing: co-ordinating talk and text-based activities, u: Heritage, J., Maynard, D. W. (ur.), *Communication in Medical Care: Interaction Between Primary Care Physicians and Patients*, str. 313–339. Cambridge: Cambridge University Press.

Halkowski, T. (2006), Realizing the illness: patients' narratives of symptom discovery, u: Heritage, J., Maynard, D. W. (ur.), *Communication in Medical Care: Interaction Between Primary Care Physicians and Patients*, str. 86–114. Cambridge: Cambridge University Press.

Heritage, J. (2002), Ad Hoc Inquiries: Two Preferences in the Design of Routine Inquiries in an Open Context, u: Maynard, D. W., Houtkoop-Steenstra, H., Schaeffer, N. C. i van der Zouwen, J. (ur.), *Standardization and Tacit Knowledge: Interaction and Practice in the Survey Interview*, str. 313–34. New York: Wiley

Heritage J., Sefi S. (1992), Dilemmas of Advice: Aspects of the Delivery and Reception of Advice in Interactions between Health Visitors and First-time Mothers, u: Drew, P., Heritage, J. (ur.), *Talk at Work*, str. 359–419. New York: Cambridge University Press.

Heritage, J., Sorjonen, M.L. (1994). Constituting and Maintaining Activities across Sequences: *And*-prefacing as a Feature of Question Design. *Language in Society* 23, str. 1–29

Heritage, J., Robinson, J. D., Elliot, M. N., Beckett, M., Wilkes, M. (2007). Reducing patients unmet concerns in primary care: The difference one word can make. *Journal of General Internal Medicine*, 22/10, str. 1429–1433

Kaminskiy, E., Finlay, M. (2019). It does take two to tango: an applied conversation analysis of interactions between a psychiatrist and service-users discussing medication, *Health Communication*, 34/13, str. 1628–1636

McCabe, R., Khanom, H., Bailey, P., Priebe, S. (2013). Shared decisionmaking in ongoing outpatient psychiatric treatment. *Patient Education and Counseling*, 91, str. 326–328

McCabe, R., Sterno, I., Priebe, S., Barnes, R., Byng, R. (2017). How do healthcare professionals interview patients to assess suicide risk?. *BMC Psychiatry*, 17/122.

Raymond, G. (2009), Grammar and social relations: alternative forms of yes/no-type initiating actions in health visitor interactions, u: Freed, A. F., Ehrlich, S. (ur.), „*Why Do You Ask?*”: *The Function of Questions in Institutional Discourse*, str. 87–107. New York: Oxford University Press.

Robinson, J. D. (2006), Soliciting patients' presenting concerns, u: Heritage, J., Maynard, D. W. (ur.), *Communication in Medical Care: Interaction Between Primary Care Physicians and Patients*, Cambridge: Cambridge University Press, str. 22–47.

Harvey S. (1992), *Lectures on Conversation*, Oxford: Basil Blackwell, vol. 1 & 2.