

# De dokter en de taal

G. J. BREMER EN J. BERENST

---

**Sinds enige tijd bestaat er in Groningen een werkgroep van medici, klinisch psychologen en taalwetenschappers die zich buigt over de problematiek van het taalgebruik in de medische context, met name tijdens consulten. Omdat het allesbehalve vanzelfsprekend is dat medici zich met taal, en linguïsten zich met medische consulten bezighouden, wordt in dit artikel, dat de structuur van een tweeluik heeft, de bemoeienis van beiden toegelicht.**

---

## Overwegingen van een arts

Artsen hebben voor hun meest gebruikte 'instrument' – de taal – relatief weinig aandacht. In het register van het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* wordt in bijna 50 jaargangen (1932-1980) slechts ongeveer tien keer verwezen naar 'taal' en dan nog slechts in bijdragen over specifiek medisch jargon. Over het taalgebruik van de patiënt treft men niets aan. In het register van *Huisarts en Wetenschap* wordt de term 'taalgebruik' pas voor het eerst vermeld in 1983, de 26e jaargang.

De onderwerpen 'gesprek' en 'gesprekvoering' komen vaker voor. Het gaat dan vooral om *deontologische* literatuur, met adviezen voor het voeren van een gesprek: redelijke adviezen, vooral berustend op gezond verstand, voor de hand liggend en verstandig.<sup>1</sup> Daarbij heeft met name Rogers<sup>2</sup> veel invloed gehad: tussen 1950 en 1980 zijn minstens tien 'Rogeriaanse' boeken verschenen. Wat bij de bestudering daarvan opvalt is dat de schrijvers bij het geven van hun adviezen vrijwel nooit uitgaan van onderzoekgegevens.

Er zijn ook betrekkelijk weinig publicaties waarin gesprekken tussen patiënt en (huis)arts worden geanalyseerd, en waarin bijvoorbeeld wordt nagegaan hoe het gesprek als proces verloopt of hoe de gesprekspartners op elkaar rea-

geren.<sup>3-5</sup> De twee huisartsen die onderzoek hebben verricht naar het anamnestic gesprek, hebben geen expliciete aandacht besteed aan de taal.<sup>6 7</sup>

Een van de huisartsen die zich wél met de taal in het gesprek hebben beziggehouden, is *Van Lidth de Jeude*.<sup>8 9</sup> Daarnaast hebben uiteraard psychiaters de communicatie tussen patiënt en arts bestudeerd, waarbij in ons land vooral de dissertatie van *De Boer* van belang is. Deze heeft de invloed van Balint op huisartsen bestudeerd en heeft bij zijn studie ook taalanalyses van gesprekken toegepast.<sup>10</sup>

De invloed van taalkundigen op al deze publikaties is gering, getuige de literatuurlijsten bij medische artikelen; bijdragen van taalkundigen ontbreken zelfs geheel in geneeskundige tijdschriften. Er bestaat in de Nederlandse geneeskundige literatuur niet eens een methode om gesprekken te transcriberen en slechts een enkele keer wordt (een kort gedeelte van) een gesprek *verbatim* afgedrukt. Kortom, de gewone, dagelijkse 'woordenwisseling' tussen (huis)arts en patiënt is opvallend weinig bestudeerd met behulp van deskundigen op het gebied van de taalanalyse.

Mijn motivatie voor de studie van het taalgebruik tussen arts en patiënt is waarschijnlijk gebaseerd op mijn interesse voor de poëzie(theorie). Elders heb ik geschreven: 'Ik zou willen wijzen op een overeenkomst tussen de taal van de patiënt – de mens in nood – en de taal van de dichter. Dat deze overeenkomst bestaat is niet zo vreemd als dat op het eerste gezicht lijkt. Wanneer een patiënt zijn pijn tracht te beschrijven valt ook de meest prozaïsche makelaar in koffij in poëtische metaforen omdat pijn niet te beschrijven is.'

Hetzelfde probleem heeft de dichter: zaken beschrijven die niet te beschrijven zijn en die bovendien nog nooit iemand vóór hem heeft beschreven: de eigen gevoelens'.<sup>11</sup>

Uit ervaring weet ik welk een uiterst minutieuze taalkundige analyse soms nodig is om een gedicht goed te door-

gronden. Het is daarom merkwaardig dat er zelden een 'close reading' plaatsvindt van de gesproken tekst van een patiënt. Voor zover ik weet heeft in Nederland, naast Van Lidth de Jeude, alleen *Bastiaans* gewezen op het belang van een dergelijke 'micro-analyse' van het gesprek om de klacht te kunnen 'vertalen' en de patiënt goed te begrijpen.<sup>12</sup>

Wat zou een dergelijke analyse voor de geneeskunde kunnen opleveren?

Ik denk, in de eerste plaats, dat de dokter hierdoor in staat zal worden gesteld de patiënt beter te begrijpen. Dit zou betekenen dat er momenteel veel informatie op dit punt gemist wordt. In de tweede plaats denk ik dat er een relatie bestaat tussen de klacht en de taal waarin die klacht door de patiënt wordt verwoord, en dat dus de vorm bepalend is voor de boodschap.

Met het oog hierop heb ik mij verdiept in de literatuur op het gebied van de linguïstiek, de sociolinguïstiek, de psycholinguïstiek en de pragmatiek. Daarbij heeft vooral 'De pragmatische aspecten van de menselijke communicatie' van *Watzlawick e.a.* grote indruk op mij gemaakt.<sup>13</sup>

Dat deze materie buitengewoon moeilijk is, is niet zo'n wonder als men zich realiseert dat de taal, volgens de algemene systeemtheorie, behoort tot de meest complexe systemen die er bestaan. *Watzlawick e.a.* hebben gelijk als zij poneren dat de mens slechts 'een minimaal bewustzijn' heeft van de regels van het onderlinge communiceren. Wat dat betreft zal er nog heel wat onderzoek moeten worden verricht, alvorens deze regels ons duidelijk zijn geworden.

## Diagnostiseren als taalspel

Wat heeft een taalwetenschapper uit hoofde van zijn professie te zoeken in de spreekkamer van een arts? Diagnostiseren is toch een strikt medische activiteit waaraan de taalwetenschap geen bijdrage te leveren heeft? Hoewel artsen deze vragen wellicht retorisch zullen vinden, wil ik in deze paragraaf aantonen dat zij dat niet zijn.

Behalve bij direct zichtbare problemen kan een arts geen diagnose stellen, voordat hij een gesprek heeft gehad met de patiënt over diens klachten, eventueel aangevuld met lichamelijk onderzoek. In dat gesprek ben ik als taalwetenschapper geïnteresseerd. Mijn interesse geldt niet alleen de taal, want zoals een bouwwerk meer is dan een verza-

---

Prof. dr. G.J. Bremer, hoogleraar huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit Groningen; Drs. J. Berenst, wetenschappelijk medewerker vakgroep Taalbeheersing, Rijksuniversiteit Groningen.

Correspondentie: Prof. dr. G.J. Bremer, Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Antonius Deusinglaan 4, 9713 AW Groningen.

meling van hout en stenen, is het gesprek meer dan de taal waaruit het is opgebouwd. In het gesprek geven we vorm aan de wereld zoals we die wensen; ik wil weten welke rol de taal in dat verband vervult.

Geschikte onderzoeksterreinen daarvoor zijn min of meer overzichtelijke micro-werelden, zoals de klas, het politiebureau, de rechtzaal of de spreekkamer van de dokter. In elk van die micro-werelden moeten immers bepaalde typen van maatschappelijke problemen worden behandeld, waarvoor niet altijd eenduidige oplossingen voorhanden zijn. De aard van de gekozen oplossing hangt samen met het verloop van het gesprek en met de sturingsmechanismen daarin, die vorm hebben gekregen in de taal.

Soms is die sturing op een heel basaal niveau aanwezig, zoals blijkt uit een onderzoek naar de invloed van het dialectgebruik van de patiënt op de diagnose: een bepaalde klacht werd vóórnamelijk als psychosomatisch gediagnostiseerd bij patiënten die standaard-Engels spraken; bij dialect-sprekers daarentegen werden puur lichamelijke oorzaken genoemd.<sup>14</sup>

Hoe artsen in hun diagnostische gesprekken tot dergelijke uiteenlopende bevindingen komen, wordt slechts zichtbaar als men de opeenvolgende bijdragen van arts en patiënt aan het gesprek analyseert in hun onderlinge samenhang en functie. Men zou het spreken van beide gesprekspartners, in navolging van Wittgenstein,<sup>15</sup> kunnen vergelijken met het verrichten van zetten in een schaakspel, waarbij de betekenis en de consequenties van die zetten afhankelijk zijn van de unieke situatie op het speelbord. Het diagnose-gesprek wordt dan een taalspel, met specifieke regels, die de uitkomsten beperken maar tegelijkertijd voldoende speelruimte bieden om een individuele stijl mogelijk te maken voor de deelnemers.

Het opmerkelijke aan dit spel is dat de aard van de mogelijke zetten slechts globaal is gedefinieerd: de patiënt formuleert een klacht, de dokter onderzoekt en/of stelt vragen over de klacht, de patiënt beantwoordt die, waarna de arts een diagnose stelt en een advies geeft voor behandeling.<sup>16</sup> De aard en de vorm van de overige zetten zijn helemaal niet voorgeschreven in de spelregels; die moeten worden gezien als een soort tactieken of strategieën om de spelregels in acht te kunnen blijven nemen.

Betekent dit dat er geen nadere restricties voor al die zetten gelden? Zeker niet, maar zoals het voor het inzicht

in een schaakpartij niet helpt te weten hoe de fysiologie van de arm- en handbewegingen een nieuwe zet van de schaker mogelijk maakt, zo draagt het aan het inzicht in het gesprek niet bij de fonologische en grammaticale beperkingen waaraan een spreker gebonden is, te preciseren. Restricties die echter wél aandacht verdienen, zijn de functionele mogelijkheden van een bepaalde zet. Voor zover die een algemeen aspect bezitten, behoren die tot de basisregels van het gesprek.

De analogie met het schaakspel laat ons hier in de steek, doordat er maar één schaakspel bestaat, terwijl er verschillende taalspelen zijn, met een aantal gemeenschappelijke eigenschappen ten aanzien van de functionele kenmerken van de zet-typen. We zullen die basisregels aanduiden als algemeen conversationele routines, die hun neerslag vinden in elementaire conversationele structuren van bijvoorbeeld beurtwisselingen, gespreksafsluitingen en andere sequentiëringen.<sup>17 18</sup>

Wat mij als taalwetenschapper in arts-patiënt gesprekken intrigeert, zijn echter niet die algemene conversationele routines, maar de strategieën die benut worden om de 'voorgeschreven' zets van het taalspel te realiseren, en de wijze waarop die de uitkomst van het geheel bepalen. Dat ze dat doen, is evident als men bedenkt hoeveel keuzemomenten er in een gesprek besloten liggen, en hoe iedere keuze restricties oplegt aan het vervolg.

Hebben taalwetenschappers met die theoretische doelstelling voor ogen, ook iets te betekenen voor het diagnostiseren van de arts?

Misschien, voor zover wij artsen duidelijk kunnen maken hoe hun strategische keuzen in het geheel van het taalspel de uitkomst van hun professionele handelen medebepaalt. Die strategische keuzen kunnen immers tot gevolg hebben dat patiënten het gesprek als onsamenhangend ervaren, en daarom besluiten belangrijke informatie, zoals symptomen of emotionele betrokkenheid, voor zich te houden. Inzicht in de effecten van het taalgebruik in een gesprek zou voor een arts relevant kunnen zijn bij het evalueren van wat er gezegd is, alvorens hij de diagnose stelt.

Het is echter de vraag of die kennis is te vertalen in een aantal eenvoudige 'richtlijnen voor succesvolle spreekkamer-gesprekken'. Tot nu toe blijken dergelijke richtlijnen in ieder geval weinig doeltreffend.<sup>19</sup> Laten we het voorlopig dus maar houden op het vergroten van

het zelf-inzicht als doelstelling. In hoeverre dat een substantiële bijdrage aan de verbetering van het arts-patiënt contact betekent, zullen we moeten afwachten.

<sup>1</sup> Bremer GJ. Het gesprek. *Huisarts Wet* 1961; 4: 279-82.

<sup>2</sup> Rogers CR. *Client-centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin, 1951.

<sup>3</sup> Themans B. Het gesprek tussen huisarts en patiënt. Een analysemodel. *Huisarts Wet* 1979; 22: 122-8.

<sup>4</sup> Themans B. Huisarts - patiënt, patiënt - huisarts. Een analyse van het gesprek. *Ned Tijdschr Psychol* 1982; 37: 81-93.

<sup>5</sup> Thomassen JFM, Woltring FJM. Patiënt en huisarts in gesprek. Een analyse van de inhoud en het communicatieve verloop van consulten over nieuwe klachten. *Huisarts Wet* 1982; 25: 470-9.

<sup>6</sup> Brouwer W. Ervaringen met psychosociaal-anamnestic onderzoek als diagnostisch hulpmiddel in een huisartspraktijk [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1962.

<sup>7</sup> De Jong DJ. De gespreksmethode in de huisartspraktijk ten dienste van de diagnostiek en therapie bij psychosomatische aandoeningen [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1964.

<sup>8</sup> Van Lidth de Jeude AH. De huisarts in de maalstroom der emoties. Leiden: Stenfert Kroese, 1971.

<sup>9</sup> Van Lidth de Jeude AH. De gestoorde functie die tot het ontstaan van de medische situatie voert. *Huisarts Wet* 1965; 8: 407-14.

<sup>10</sup> De Boer RA. Nascholing van huisartsen. Resultaten van het werk in studiegroepen medische psychologie [Dissertatie]. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden, 1973.

<sup>11</sup> Bremer GJ. *Leren blijven vragen leren vragen blijven leren*. Leiden: Universitaire Pers, 1971.

<sup>12</sup> Bastiaans J. De vertaling van de klacht. In: *Taal en gezondheid*. Utrecht: Spectrum, 1969.

<sup>13</sup> Watzlawick P, Beavin JH, Jackson Don D. *De pragmatische aspecten van de menselijke communicatie*. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1972.

<sup>14</sup> Fielding G, Evered C. The influence of patients' speech upon doctors: the diagnostic interview. In: StClair R, Giles H, eds. *The social and psychological contexts of language*. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum, 1980.

<sup>15</sup> Wittgenstein L. *Filosofische Untersuchungen*. Frankfurt a/M: Suhrkamp, 1971.

<sup>16</sup> Berent J. Conversational control in doctor-patient interaction. In: Ensink T, Van Essen A, Van der Geest T, eds. *Discourse analysis and public life*. Dordrecht: Foris, 1986.

<sup>17</sup> Springorum D. *Spreken in gesprekken*. Groningen: Wolters Noordhoff, 1981.