

Over de samenhang in het gesprek tussen huisarts en patiënt

J. BERENST, G. J. BREMER, M. M. H. BAX, W. K. VAN DIJK EN J. H. M. ETTEMA

In verschillende publikaties met betrekking tot arts-patiënt gesprekken wordt gesteld dat artsen en patiënten veel langs elkaar heen praten. De analysemethoden die gebruikt worden om uitspraken te doen over het verloop van het gesprek, zijn echter niet alle even adequaat. In dit artikel wordt vanuit een taalwetenschappelijk perspectief ingegaan op de problematiek van (het veronderstelde gebrek aan) samenhang in huisarts-patiënt gesprekken. Betoogd wordt dat incoherentieverschijnselen van zeer uiteenlopende aard kunnen zijn, en niet altijd op communicatieproblemen behoeven te duiden.

Inleiding

Dat samenhang tussen de opeenvolgende uitingen van gespreksdeelnemers elementair is voor een normale communicatie, zal nauwelijks betoog behoeven. Voorbeelden van opeenvolgingen waartussen geen verband kan worden geïnterpreteerd, ervaren we dan ook als komisch (bij een misverstand), als een literaire uitdrukking van een absurde wereld (in het theater) of als een symptoom van een psychisch verward mens. Daarom proberen we ook zolang mogelijk de bijdragen van gesprekspartners als coherent ten opzichte van de voorafgaande beurt te interpreteren. Dit *coherentie-postulaat* beschouwt men dan ook, naast *beurtwisseling*, als het meest elementaire principe waardoor conversaties worden beheerst.

In dit licht bezien mag het opmerkelijk worden genoemd, dat *Thomassen en Woltring*, in het kader van een analyse van arts-patiënt gesprekken, vaststelden dat slechts in 16 procent van de onderzochte gevallen een initiatieve ge-

spreksuiting werd gevolgd door een coherente reactie.¹ Iets dergelijks karakteriseren als 'de gesprekscontinuïteit is gering' wijst op gevoel voor understatement: in werkelijkheid zou men in een dergelijke situatie niet meer over 'gesprekken' spreken, maar over 'monologen-met-beurtwisseling'. We moeten dan ook vrezen hier met een onjuiste conclusie te maken te hebben.

Waarschijnlijk zijn *Thomassen en Woltring* uitsluitend afgegaan op de *letterlijke* betekenissen van wat er gezegd werd. We weten echter uit ervaring dat er vaak geen sprake is van samenhang tussen letterlijke beurtinhouden, zoals uit de volgende voorbeelden moge blijken:

A. *Waar is Jan?*

B. *Jan is ziek.*

En:

A. *Zou u vanmiddag even terug willen komen voor die wratten?*

P. *Ik vertrek over een half uur naar Den Haag.*

Iedereen kent dit soort 'incoherenties'. Het ontbreken van samenhang op het niveau van de letterlijke inhoud doet hier echter volstrekt niet ter zake. Een inhoudsanalyse waarbij alleen gebruik wordt gemaakt van de letterlijke tekst van het gesprek, kan dan ook niet als een adequaat instrument functioneren om het verband tussen gespreksbijdragen te beschrijven.

Of gesprekspartners een gesprek al dan niet als samenhangend ervaren, is mede afhankelijk van de mate waarin zij kunnen beschikken over dezelfde (contextuele) kennis die relevant is voor het begrijpen van elkaars bijdragen. Als die kennis niet gelijk verdeeld is, kan dat fricties veroorzaken, die al dan niet geëxpliciteerd worden.

Verder kan het niet ervaren van samenhang het resultaat zijn van een verschil in verwachtingen ten aanzien van de globale doelen van het gesprek of van de thematische structuur van het gesprek. Soms leiden dergelijke verschillen tot misverstanden, vaker echter tot gevoelens van onzekerheid, irritatie en onbehagen.

In een gesprek kan de ervaren incoherentie aan de orde gesteld worden in specifieke of algemene opheldervragen: 'Waar slaat dit op?', 'Waar hebben we het nu over?', 'Hoe bedoelt u?', 'Wat zegt u?', enz. Veel mensen geven er echter de voorkeur aan zo'n geval van incoherentie te laten passeren, als er geen al te grote belangen door geschaad worden. Anderzijds blijken opheldervragen (of beweringen ten aanzien van niet verstaan of begrijpen) ook wel benut te worden om geheel andere redenen dan werkelijk onbegrip; men kan op die manier uitstel voor een geëigende reactie verkrijgen, of de aanvaardbaarheid van de voorgaande handeling betwisten.²

Al met al is het niet eenvoudig om 'gesprekssamenhang' te operationaliseren: het is een subjectief begrip, gerelateerd aan de ervaringen van de participanten, en de indicaties voor het gebrek aan ervaren samenhang zijn – voor zover al aanwezig – niet volstrekt betrouwbaar.

Interactie-analyse

In Nederland hebben, behalve *Thomassen en Woltring*, onder anderen *De Boer, Van Dorp* en *Themans* zich beziggehouden met onderzoek naar het verloop van arts-patiënt gesprekken.^{1 3-6} Dit onderzoek is vooral gebaseerd op de *interactie-analyse*, een methode waarbij verschillende interactie-aspecten en onderwerpen uit het gesprek in verband met elkaar worden gebracht.

Kenmerkend voor de interactie-analytische onderzoeksmethode is de minimale aandacht voor de structurele eigenschappen van het gesprek en voor de middelen die mensen tot hun beschikking hebben om een gesprek tot een goed einde te brengen. In de interactie-analyse lijkt men primair geïnteresseerd in de *betrouwbaarheid* voor het scoren van de analyse-categorieën.

Wij zullen in deze paragraaf de consequenties van het ontbreken van een goede analytische basis in veel interactie-onderzoek duidelijk maken aan de hand van een artikel van *Themans* in het Tijdschrift voor Psychologie.⁶ Dit artikel is gekozen omdat de analyse-methode wordt gedemonstreerd en toegelicht aan de hand van een getranscribeerd gesprek, zodat kritiek mogelijk is.

De door *Themans* gebruikte analyse-methode is het zogenaamde 'Resource-Proces'-codeersysteem (RP-systeem), dat bestaat uit een component 'inhouden' en een component 'gedragswijzen'.⁷ De eerste component betreft de

Interdisciplinaire werkgroep 'Taalgebruik in medische context', Rijksuniversiteit te Groningen.

Drs. J. Berenst, wetenschappelijk medewerker vakgroep Taalbeheersing; Prof. dr. G.J. Bremer, hoogleraar huisartsgeneeskunde; Dr. M.M.H. Bax, wetenschappelijk medewerker vakgroep Taalbeheersing; Prof. dr. W.K. van Dijk, emeritus hoogleraar klinische psychiatrie; Drs. H.J.M. Ettema, wetenschappelijk medewerker vakgroep Klinische Psychologie.

Correspondentie: Drs. J. Berenst, Nederlands Instituut, Kruisstraat 2-I, 9712 TS Groningen.

onderwerpen – de thema's – waarover wordt gesproken en die *Themans* vaststelt door het onderstrepen van het 'kernwoord' in iedere zin, zoals in het volgende fragment:

P. *Ja, ik kwam eigenlijk omdat ik zo'n geweldige last van mijn maag heb, erg veel pijn en erg veel overgeven, enne nou ja, daar moet wat aan gedaan worden, het wordt steeds erger eigenlijk enne ...*

A. *Heeft u dat wel eens meer gehad?*

De onderstreepte (in de gedrukte tekst niet-gecursiveerde) kernwoorden zijn vervolgens onder enkele noemers gebracht en die noemers fungeren als de inhoudscategorieën. Volgens *Themans* zijn dat 'informatie' en 'hulp'.

Als je er echter op uit bent een thema vast te stellen in een tekstfragment, moet je relaties trachten te ontdekken tussen de verschillende uitingen, en op basis daarvan een 'constante' identificeren. In dit voorbeeld blijkt dan dat er één thema is, namelijk 'maagpijn'. In de eerste uiting geeft de patiënt de reden van zijn komst, 'geweldige last van zijn maag'. Deze karakterisering wordt vervolgens geparafraseerd ('erg veel pijn', 'erg veel overgeven') en daarmee ook gepreciseerd. Na een aarzeling ('enne nou ja') volgen dan twee uitspraken waarin het onderwerp van gesprek wordt aangeduid met 'daar (aan)' en 'het', woorden die beide verwijzen naar 'geweldige last van mijn maag'. Ook de daarop volgende bijdrage van de dokter bezit zo'n verwijswoord – 'dat' – waarmee het door de patiënt geïntroduceerde onderwerp onder de aandacht blijft.

Omtrent dit onderwerp van gesprek wordt informatie gegeven en hulp gevraagd. Maar met deze laatste twee begrippen duiden we de aard van de activiteiten aan die de sprekers verrichten. In het analysemodel dat *Themans* gebruikt (en in ieder ander analysemodel) worden activiteiten echter fundamenteel onderscheiden van thema's. *Themans* maakt hier dus een categoriseringsfout, waarmee de bodem onder het gehele analysesysteem wordt weggehaald.

Themans' analyse van gespreksthemas gaat dus enerzijds voorbij aan elementaire categorie-onderscheidingen, anderzijds aan de noodzaak om thema's te karakteriseren op grond van linguïstische indicaties en cognitieve frames (met de globale verwachtingen ten aanzien van gespreksstructuur en -inhoud).

De tweede component van het door *Themans* gebruikte RP-analyseersysteem betreft de 'gesprekswijzen' waarin de thema's worden besproken. Wat er

op dit punt mis gaat bij de analyse van het gesprek, is dat *Themans* aan de patiënt 'weigeringen' toeschrijft en aan de arts 'negaties' die op grond van de analyse van wat er aan conversationele handelingen werkelijk wordt verricht, niet zijn te verantwoorden.

Die toeschrijvingen zijn het gevolg van systeemdwang in het RP-model. Daarin wordt gesteld dat de opeenvolgende 'gedragswijzen' in het gesprek zijn: (Vragen) → Aanbieden/Onthouden/Weigeren → Accepteren/Negeren/Afwijzen. Deze sequentiëring kan echter niet op conversatie-structurele eigenschappen zijn gebaseerd. De basisstructuur van conversaties is volgens de meeste theoretici op dit gebied twee- of drieledig, en bestaat uit een *Initiatief*, een *Respons* en een veelal optioneel *Commentaar*. Die basisstructuur kan gecompliceerd worden door subsequenties, maar deze zijn ook weer volgens hetzelfde patroon opgebouwd.

Aan de hand van het volgende voorbeeld kan men zien tot welke vreemde conclusies de toepassing van het RP-model leidt:

A1. *(Zullen we afspreken) dat we ook over die andere dingen zullen gaan praten of zegt u dat hoeft helemaal niet.*

P1. *Wat voor dingen bedoelt u?*

A2. *Nou ik bedoel dat ik u anders dreig net zo te gaan behandelen als de vorige huisarts door u een pilletje te geven en een klap op de schouder en te zeggen zo gaat het wel goed, en dan heb ik in ieder geval de zekerheid dat ik u niet goed help en heb ik het gevoel dat u nog niet mij eh kan volgen of dat u nog niet erg eraan toe bent.*

P2. *Nou ik begrijp wel wat u bedoelt, u bedoelt van spanningen hè, zenuwen dat dat wel invloed daarop heeft, ().*

Van de patiënt wordt gezegd, dat die op de vraag van de dokter om medewerking, antwoordt met een *weigeren*, wat dan vervolgens door de arts zou worden *genegeerd*. Voor deze *weigeren* of *negatie* is in de gesprekstekst echter geen evidentie te vinden. Wat er in dit fragment gebeurt, is simpelweg dat er door de arts een vraag wordt gesteld (de realisatie van het *Initiatief*), die vervolgd wordt met een *subsequentie*, bestaande uit een *vraag om toelichting* (P1), een (omstandig) *antwoord* (A2) en een *commentaar* (P2), dat het antwoord begrepen is (ook al is dat voor de observator nog twijfelachtig). Er is dus ook geen enkele reden om A2 als een *weigeren* van de arts te karakteriseren, zoals *Themans* doet, of P2 als een *weigeren* van de patiënt, die dan weer door niet verbaal gerealiseerde *negaties* of *afwij-*

zingen van de ander zouden worden gevolgd.

De belangrijkste conclusie van *Themans* met betrekking tot de strijd tussen dokter en patiënt in het gesprek 'waarbij wederzijds niet wordt aangeboden wat de ander vraagt, en wat de ander aanbiedt wordt genegeerd of geweigerd' moet op grond van deze kritiek en op grond van de kritiek met betrekking tot de thema-analyse, zoals hierboven is gegeven, als onjuist worden beschouwd. Het moge dan zo zijn dat *Themans* een betrouwbaar analysemodel heeft gebruikt, het is zeker niet valide. En daarmee kan het ook nooit een goed instrument zijn ter verbetering van het gespreksgedrag van de arts.

Gespreksanalyse

Anders dan de interactie-analyse is de *gespreksanalyse* (ook wel aangeduid als *conversatie-analyse*⁸⁻¹¹ of *discourse-analyse*¹²⁻¹⁴) wél gericht op de details van het taalgebruik in gesprekken. Daarbij gaat het erom te begrijpen, op welke manieren mensen met behulp van bepaalde taalmiddelen normale en begrijpelijke situaties scheppen. In dat kader wordt onder meer aandacht geschonken aan *beurtwisselingsprocedures*, *sequentiële patronen* en *interpretatieregels*. In deze paragraaf zullen wij vanuit de gespreksanalytische onderzoekstraditie nader ingaan op de vraag waardoor de samenhang in arts-patiënt gesprekken als problematisch kan worden ervaren.

Het belangrijkste onderscheid tussen de interactie-analyse en de twee andere richtingen is gelegen in de aandacht die men heeft voor de structurele eigenschappen van het gesprek en voor de middelen die mensen tot hun beschikking hebben om een gesprek tot een goed einde te brengen. In de interactie-analytische onderzoeksmethode is die aandacht minimaal en worden analyse-categorieën in de eerste plaats op hun betrouwbaarheid voor het scoren geëvalueerd. In de gespreksanalyse daarentegen heeft de beschrijving (en verklaring) van conversationele structuren een hoge prioriteit, zelfs zo dat onderzoek naar variatie in het gebruik van conversationele middelen nog weinig voorkomt.

Incoherentie?

In deze paragraaf bespreken we een aantal verschijnselen in gesprekken die soms tot incoherentie-ervaringen aanleiding geven. In hoeverre dat in een bepaald gesprek ook werkelijk het geval

is, kan ten dele blijken uit het gesprek zelf.

• Er zijn opeenvolgingen waarin de respons niet geheel overeenkomt met de *verwachte* respons, zoals die blijkt uit de voorafgaande beurt.

Enkele voorbeelden (waarbij A voor arts en P voor patiënt staat):

A. *Heb je 't vaak?*

P. *Nou, gisteren begon het al om zes uur, gistermorgen.*

A. *Wat kan ik voor u doen?*

P. *Nou, ik zit omhoog.*

Wellicht zou een arts er goed aan doen dergelijke momenten van 'lichte incoherentie' veel aandacht te schenken, omdat ze scherp tot uitdrukking brengen waarop de aandacht van de patiënt is gericht.

• Inadequate voortzettingen treffen we aan als een gesprekspartner terugkeert naar een vorig thema, zonder dat het onderhavige is afgerond, en zonder dat de onderbreking van de normale voortgang wordt aangekondigd. Een voorbeeld uit een gesprek, waarin de patiënt op uitnodiging vertelt over de verschijnselen die volgens haar wijzen op een blaasontsteking:

P1. *Nou ja, d'r kwam bijna niks en ik heb d'r wel pijn aan. Verder niet.*

A1. *Ja, microgynon dertig heb je, dat klopt.*

In de bijdrage van A wordt gerefereerd aan het voorafgaande onderwerp, een nieuw pil-recept. Dergelijke voortzettingen impliceren dat er niet of nauwelijks geluisterd is, wat ook blijkt uit het vervolg:

A2. *Eh, en waar eh dus vaak plassen? Eh, kleine beetjes?*

Het zijn vooral dit soort interactiefenomenen die gevoelens van onbehagen bij patiënten te weeg brengen. In extreme zin maakte een onzer dit paradoxale gedrag mee bij een arts, die tijdens het gesprek de telefoon opnam en daarbij zei: 'Vertelt u maar verder'.

• Een veel minder problematische vorm van 'inadequate voortzetting' treffen we aan in het geval waarin een arts juist wel ingaat op de respons van de patiënt, maar daarbij een onjuiste weergave geeft van die respons, of er blijkt van geeft de pointe gemist te hebben. Voorbeelden van zo'n onjuiste weergave vinden we in een veelvuldig waargenomen neiging bij artsen tot afzwakking van de klacht:

P. () *en ik moet zo ontzettend vaak plassen.*

A. *Vaak plassen.*

P. *De borst en zo doet me nog zo'n pijn.*

A. *De borst doet u nog wel zeer?*

P. *Nou, dan heb ik heel erg het gevoel dat ik door mijn enkel ga.*

A. *Dan ben je wat onzeker op de benen. Het zwikt als het ware een beetje.*

Waar de patiënt versterkende woorden gebruikt voor de beschrijving van een verschijnsel, laat de arts die in zijn weergave achterwege, of gebruikt hij zelfs afzwakkende woorden: kennelijk veronderstelt de arts dat patiënten geneigd zijn om overdreven over de eigen ongemakken te spreken. Een dergelijke veronderstelling zou ook niet geheel zonder grond zijn: patiënten zijn genoodzaakt een rechtvaardiging te geven voor hun beroep op de arts, en die ligt in principe in de ernst van de verschijnselen, waarop de klacht betrekking heeft. Tegen de achtergrond van de verwachting dat de arts overtuigd moet worden van de gemotiveerdheid van zijn bezoek, zou nu de patiënt overdrijving als een rechtvaardigingsstrategie kunnen hanteren.

In één gesprek vonden we die verwachting zelfs in de opening gethematiseerd:

P1. *Goedemiddag.*

A1. *Dag mevrouw Van der W.*

P2. *Dag meneer eh L, o nee, dokter L, hoort er voor. U zult zeggen daar komt die zeikerd weer.*

A2. *Ik heb het nog niet gezegd.*

P3. *Nee, ik zal zelf wel even zeggen wat je denkt.*

Bovendien vinden we vaak verontschuldiging van de patiënt in allerlei vorm, die ook alleen verklaard kunnen worden tegen een dergelijke verwachtingsachtergrond. In het licht van deze verklaring, wordt de niet-letterlijke weergave door de arts van de klachtbeschrijvingen begrijpelijk, en is het dan ook de vraag in hoeverre patiënten dit ervaren als een vorm van incoherentie.

• Een ander geval is echter als de arts voorbij gaat aan de pointe van wat de patiënt heeft gezegd. Daarbij kunnen we te maken hebben met onbegrip ten aanzien van wat de patiënt zei, maar ook met een kennisconflict: de medicus kan in het verhaal van de patiënt iets hebben opgevangen wat cruciaal zou kunnen zijn voor de diagnose, maar door de patiënt als een onbetekenend detail was aangemerkt. In zo'n geval kan een voortzetting door de arts de indruk wekken dat hij het niet begrepen heeft. In het volgende fragmentje lijkt A2 zo'n incoherente reactie:

P1. *Nou, van die rug heb ik al heel lang last.*

A1. *Hmmm.*

P2. *Maar ik, ik dacht eerst het is eh suggestie, of het komt door de leefwijze, dus niet te veel aandacht aan besteden. Maar het blijft. Ik heb er nou al zeker twee jaar last van en de laatste vijf zes maanden heel erg.*

A2. *Ja, maar het komt door de leefwijze. Wat bedoelt u?*

• Sterk samenhangend met de laatste categorie zijn de thematische wisselingen die de arts bewerkstelligt, en die voor de patiënt een grote mate van willekeur hebben. Het gaat hier om nieuwe sequenties, waarin een nieuw thema (een ander klacht-aspect, of een (schijnbaar) geheel ander onderwerp) aan de orde wordt gesteld door de arts. In de literatuur vinden we dit verschijnsel nogal eens genoemd als een zeer belangrijke bron van problemen in de arts-patiënt interactie.^{15 16} Met name artsen die een standaard-anamnese afnemen, met weinig gelegenheid tot gesprek en inbreng van de patiënt, zouden zich schuldig maken aan een onvoorbereid switchen van gespreksthema's, waartussen de patiënt de relatie niet ziet.

Dit verschijnsel kan zich in alle gesprekken manifesteren waarin een deskundige op een bepaald gebied geconfronteerd wordt met een leek. Het hangt veelal van het vertrouwen van de leek af, in welke mate hij het gesprek dan als incoherent zal ervaren. Dat neemt natuurlijk niet weg dat het wenselijk blijft voor een goede communicatieve verstandhouding, dat waar een arts kan vermoeden dat zijn patiënt de relevantie van een bepaalde vraag niet zal begrijpen, hij zo'n nieuwe inbreng zal motiveren.

In de gesprekken die we onder ogen hebben gehad, wordt de relevantie van een vraag van een arts nooit expliciet gethematiseerd. Op een enkele plaats, waar men zou kunnen vermoeden dat de relevantie niet geheel duidelijk is, vindt men dan wel eens een preliminaire subsequentie, waarin de patiënt om verduidelijking van de vorige uiting vraagt, bijvoorbeeld in een gesprek, waarin de klacht betrekking heeft op jeuk aan het onderbeen, en de arts plotseling vervolgt met:

A. *Ik vind je anders wel een beetje gespannen.*

P. *Wie?*

A. *Jou.*

In het algemeen vonden we echter

heel weinig van die 'merkwaardige' themawisselingen. Misschien is deze vorm van 'schijnbare incoherentie' aanmerkelijk minder problematisch in de interactie tussen een patiënt en een huisarts, dan in de interactie met een specialist in de ziekenhuissetting. Dit zou een gevolg kunnen zijn van het verschil in bekendheid van de arts met de patiënt, of van de mate van vakblindheid, waardoor patiënten in een ziekenhuissetting vaker als 'medische objecten' worden behandeld.^{9 16} In het gesprek tussen huisarts en patiënten blijken patiënten die met een klacht komen, veelal dezelfde componenten aan de orde te stellen als de artsen bij de anamnese, namelijk de lokatie, de aard van het verschijnsel, de pijn, de duur, de ernst, de frequentie, de omstandigheden en de consequenties van het ongemak. Dit wijst erop, dat er een grote mate van overeenstemming bestaat tussen de huisarts en de patiënt met betrekking tot de inhoud die ingebracht kunnen worden; van onbegrijpelijke overgangen voor de patiënt is er daardoor ook niet zo vaak sprake.

- Behalve op grond van werkelijke of vermeende incoherente responsen of vervolgen, kan een gesprekspartner de conversatie ook als onsamenhangend beoordelen, doordat er veelvuldig momenten van onbegrip met betrekking tot terminologie of (en dat is ernstiger) met betrekking tot intenties voorkomen. Dat onbegrip wordt, zoals eerder gezegd, niet altijd aan de orde gesteld, noch door de patiënt, noch door de arts. Het bepaalt echter wel mede de indruk die de participanten van het gesprek hebben, en verklaart mogelijk ook voor een deel de betrekkelijk geringe mate waarin patiënten adviezen en voorschriften van artsen opvolgen.¹⁷

Hoe ernstig het (wederzijds) onbegrip is in de Nederlandse situatie, is niet geheel duidelijk. Een onderzoek van Shuy naar het taalgebruik van Amerikaanse artsen en patiënten in het Academisch Ziekenhuis van Georgetown, was in dit opzicht nogal alarmerend.¹⁸ Die bevinding had echter betrekking op een situatie waarin duidelijke culturele verschillen bestonden tussen de artsen en de patiënten: de patiënten waren bewoners van de zwarte ghetto's en de dokters waren witte 'middenklassers'. Dat betekent wellicht dat niet zozeer professionele verschillen tussen de gespreksdeelnemers, maar vooral taalculturele verschillen verantwoordelijk zijn voor het onbegrip.

Voor wat betreft de huisarts-patiënt gesprekken kan daaraan nog toege-

voegd worden dat er door de artsen (zeker in de anamnese-fase) heel weinig van een medisch register gebruik wordt gemaakt, zodat we begripsproblemen in dit soort gesprekken zeker niet in eerste instantie daar moeten zoeken.

Voorbeelden van die taalculturele verschillen treffen we natuurlijk vaak aan in dialectgebieden; maar ook elders zijn sociale verschillen vaak een bron van onderscheiden taalgebruiksgewoontes. Die verschillen kunnen op het woordniveau liggen, of op syntactische aspecten betrekking hebben, maar ze kunnen ook te maken hebben met de wijze waarop men gewoon is verhalen te vertellen, ironie te indiceren, enzovoort.

A1. *Goed, gaat u maar even zitten, hebt u nog klachten of niet.*

P1. *(4 seconden pauze) Last of zo?*

A2. *Klachten?*

P2. *Nee hoor, ja, over mijn man.*

Ook onafhankelijk van culturele verschillen kunnen de intenties van een spreker echter door de ander niet begrepen worden, zoals blijkt uit:

A1. *Wat voor last heb je precies?*

P1. *Nou, hoofdzakelijk hier in mijn enkel en eh, het trekt ook naar mijn knie. Dus het kan best ook zijn van kou of zo. Maar gewoon dat ik bijna helemaal geen eh, ja, da'k er gewoon last van heb met lopen en zo.*

A2. *Wat voor een last?*

P2. *Nou, pijn (5 seconden) dus.*

A3. *Het doet gewoon pijn.*

P3. *Ja.*

Zo'n reactie van de arts in A3 is alleen tegen de achtergrond van zijn eigen verwachtingspatroon coherent te noemen, zoals dat ook al gold voor de herhaling van de vraag in A2. Maar als een arts zijn intenties niet expliceert, kan een patiënt niet aansluiten op die verwachtingspatronen, en ontstaan dit soort momenten van onbegrip en wrijving.

Een ander voorbeeld waarbij A1 door P als een indirecte vraag naar andere bedplacers in het gezin wordt begrepen terwijl A dat niet bedoelt:

P is de moeder van de eigenlijke patiënt, een jongen die ook aanwezig is, en last heeft van bedplassen.

A1. *Is hij de enige eh kind thuis, of eh.*

P1. *Ja, ja.*

A2. *Enige zoon.*

P2. *Ja.*

A3. *Ja.*

P3. *Ja, eh, hij heb wel een broer en een zusje, maar eh.*

A4. *Oh, maar ik bedoel hij heeft wel een*

broer en zusje.

P4. *Ja, ja.*

A5. *Is hij de jongste of de oudste?*

P5. *Nee, hij is de oudste.*

A6. *Oudste.*

P6. *Ja.*

A7. *Hebben de andere kinderen dat ook, bedplassen of eh.*

P7. *Nee, nee, nee.*

A8. *Nee he? en eh.*

Opmerkelijk is dat de arts niet blijkt te hebben begrepen wat de aard van het misverstand van de moeder was, blijkens A7, waarin hij de vraag stelt die de moeder in P1 al meent te hebben beantwoord.

Zo'n misverstand als ten aanzien van A1 is natuurlijk ook een voorbeeld van discongruentie ten aanzien van de veronderstellingen omtrent wat relevant is in deze context; de ironie daarbij is dat de moeder juist tengevolge van haar oriëntatie op het medisch denken (erfelijke aanleg, enz.) tot haar misinterpretatie van de intentie van de arts komt. Misschien is dit type misverstand wel een gevolg van ervaringen van patiënten met artsen die zich in hun conversatiegedrag louter laten leiden door het medisch probleem, en van de patiënten verwachten dat die in staat zijn antwoorden te geven die binnen dat kader relevant zijn.

Slotbeschouwing

Deze bespreking van een beperkt aantal typen incoherentie moge hebben duidelijk gemaakt dat het weinig zinvol is om in algemene zin te vragen naar de mate waarin de bijdragen van artsen en patiënten op elkaar aansluiten. Behalve dat ervaringen van coherentie of incoherentie niet altijd zichtbaar worden in het gesprek, zijn de besproken verschijnselen ook te heterogeen om simpelweg bij elkaar opgeteld te kunnen worden. Daarenboven zouden dergelijke cijfers nog niets zeggen als ze niet vergeleken kunnen worden met soortgelijke gegevens over alledaagse conversaties, of over andere gesprekstypen in een institutionele context.

Wat wel van belang is in die diversiteit aan verschijnselen, is dat ze geïnterpreteerd kunnen worden als uitvloeisel van een communicatieprobleem, of als doelbewuste strategie van een van de deelnemers. Vragen die aan de interactie tussen artsen en patiënten gesteld worden in het kader van de samenhangproblematiek, dienen dan ook bij die mogelijke functies aan te sluiten. Zo zou men de vraag naar de aanwezigheid van een culturele kloof tussen artsen en pa-

tiënten in een bepaalde groep, onder andere kunnen beantwoorden op basis van een analyse van de misverstanden die er optreden. Voor de beantwoording van de vraag hoe coöperatief artsen reageren ten aanzien van patiënten die zelf met diagnose-voorstellen komen, zou men kunnen nagaan of er vervolghandelingen van de arts zijn na een dergelijke patiëntenbijdrage, en zo ja, of daarin op de pointe of op een detail wordt gereageerd.¹⁹

Wij menen dat dergelijke vragen relevant kunnen zijn voor de praktijk van het medisch interview. De uitkomsten van onderzoek daaromtrent kunnen wellicht bijdragen tot een kritische evaluatie en een verandering van het gespreksgedrag van artsen.²⁰ Maar het is ook niet ondenkbaar dat veel vooroordelen die er nu bestaan ten aanzien van de manier waarop artsen met patiënten omgaan, door dergelijk onderzoek kunnen worden ontmaskerd.

¹ Thomassen JFM, Woltring FJM. Patiënt en huisarts in gesprek. Analyse van de inhoud en het communicatieve verloop van consulten over nieuwe klachten. Huisarts Wet 1982; 25: 470-9.

² Springorum ThP. Dialoogstructuur. Een onderzoek naar structuuraspecten van directiefdialogen [Dissertatie]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1982.

³ De Boer, RA. Nascholing van huisartsen [Dissertatie]. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden, 1973.

⁴ Van Dorp C. Luisteren naar patiënten. Lochem: De Tijdstroom, 1977.

⁵ Themans B. Het gesprek tussen huisarts en patiënt. Een analysemodel. Huisarts Wet 1979; 22: 122-7.

⁶ Themans B. Huisarts-patiënt, patiënt-huisarts. Een analyse van het gesprek. Ned Tijdschr Psychol 1982; 37: 81-93.

⁷ Longabaugh R. A category system for coding interpersonal behaviour as social exchange. Sociometry 1963; 26: 319-44.

⁸ Ten Have P. 'Waar kan dat nou van komen denkt u?'. Methodologische overwegingen bij een analyse van een fragment uit een spreekuurgesprek. Gram 1983; 7: 217-48.

⁹ Fahrenfort M. Transformaties in medische consulten. Interdisciplinair Tijdschrift voor Taal- en Tekstwetenschap 1984; 4: 25-39.

¹⁰ Fisher S, Todd A, eds. The social organization of doctor-patient communication. Washington, DC: Center for Applied Linguistics, 1983.

¹¹ Frank RM. From sentence to sequence. Understanding the medical encounter through microinteractional analysis. Discourse Processes 1984; 7: 135-70.

¹² Coulthard M, Ashby M. A linguistic description of doctor-patient interviews. In: Wadsworth M, Robinson D, eds. Studies in everyday medical life. London: Robertson 1976; 69-88.

¹³ Labov W, Fanshel D. Therapeutic discourse. Psychotherapy as conversation. New York: Academic Press, 1977.

¹⁴ Van der Geest T. Therapist-client and doctor-patient conversation [Paper]. Mexico City: 10th World Congress of Sociology, 1982.

¹⁵ Heath SB. The context of professional languages. An historical overview. In: Alatis JA, Tucker GR, eds. Language in public life. Washington, DC: GUP, 1979; 102-18.

¹⁶ Bliesener T, Siegrist J. Greasing the wheels: conflicts on the round and how they are managed. J Pragmatics 1981; 5: 181-204.

¹⁷ Barber B. Communication between doctor and patient: what compliance research shows. In: Alatis JA, Tucker GR, eds. Language in public life. Washington, DC: GUP, 1979; 119-25.

¹⁸ Shuy RW. Language policy in medicine: some emerging issues. In: Alatis JA, Tucker GR, eds. Language in public life. Washington, DC: GUP, 1979; 126-36.

¹⁹ Coleman H, Burton J. Aspects of control in the dentist-patient relationship. Int J Sociology of Language 1985; 51: 75-104.

²⁰ Berenst J, Van der Geest T. Evaluations evaluated [Paper]. New Delhi: XIth World Congress of Sociology, 1986.

Vervolg van pag. 143

¹⁸ McLaughlin ML. Conversation. How talk is organized. Beverly Hills: Sage, 1984.

¹⁹ Bensing J, Sluijs E. Leren luisteren, maar wat dan? Evaluatie van een gesprekst raining voor huisartsen. Ned Tijdschr Psychol 1984; 39: 265-80.

Struikelblok

Hoe sus ik mijn niet-pluis gevoel?

S is 82 jaar en woont al z'n hele leven samen met zijn iets oudere broer. Deze heeft de laatste jaren in toenemende mate last van M. Parkinson. S verzorgt de huishouding; zijn broer kan daar door de hevige tremor nauwelijks een bijdrage aan leveren.

Voordat ik de praktijk voor enkele weken als waarnemer zal overnemen, licht de huisarts mij uitgebreid in over deze patiënten. S zou de laatste tijd wat dementeren, de verzorging van de huishouding en van zijn broer schieten te kort. Er is een uitgebreid lichamelijk en neurologisch onderzoek gedaan volgens een dementieprotocol uit Huisarts en Wetenschap; op de uitslag van enkele laboratoriumbepalingen wordt nog gewacht. Aan mij het verzoek gericht om bij de heren langs te gaan als de resterende uitslagen binnen zijn.

In de loop van de week komen de uitsla-

gen binnen en kan ik S bezoeken met de geruststellende mededeling, dat er geen afwijkingen zijn gevonden. Ik tref een gespannen man aan, die zich vele zorgen maakt om de achteruitgang die hij bij zichzelf bemerkt. Na enige uitleg en de geruststelling dat 'het bloed goed is', lijkt hij opgelucht; hij zal het allemaal nog eens proberen. Ik vertrek met het idee, gevoed door het verhaal van de collega, dat patiënt en zijn omgeving moeten wennen aan de gedachte dat er toch sprake is van een beginnende dementie.

Enkele dagen later twee paniektelefoontjes over deze patiënt, één van de burens en één van de gezinszorg: zo gaat het niet langer, hij kan niet meer voor zichzelf, laat staan voor z'n broer zorgen. Tijdens de visite die hierop volgt valt, naast de nerveuze spanning van de patiënt, een apraxie op. Hetero-anam-

nestisch zijn er ook vele apraktische symptomen. Omdat de omgeving zo appelleert en omdat de apraxie niet een symptoom is dat je bij een beginnende dementie verwacht, stuur ik S naar de neuroloog gestuurd.

Enkele dagen later krijg ik het bericht dat S inmiddels is geopereerd in verband met een subduraal hematoom dat al weken tot maanden moet hebben bestaan. Na de operatie knapt hij geweldig op, de dementie lijkt verdwenen.

Door de geruststellende uitgebreide informatie heb ik mijn eigen kijken naar de patiënt zo laten beïnvloeden, dat ik symptomen die niet bij de diagnose pasten, over het hoofd zag. Pas na appelleren van mensen uit de mantel- en eerstelijnszorg dwong ik mijzelf nog eens goed te kijken en over te stappen van geruststelling naar actie.