

## 2 Medische vragen: een verkenning<sup>1</sup>

Paul ten Have

bestaat er de laatste jaren een grote aandacht voor cognitie. Teksten nu vormen een fenomeen dat drieledig bepaald is: zowel formeel (vanuit de tekststructuur en tekstvorm) als cognitief (vanuit de kennisstructuren, en vanuit de verwerkingscapaciteiten) als interactioneel (vanuit de relatie tussen bron en ontvanger). Waar de gespreksanalytische benadering vooral aandacht heeft voor de interactionele medebepaaldheid van (spontaan mondeling geproduceerde) teksten, voegt de tekstwetenschappelijke benadering hier zowel een cognitief perspectief, als aandacht voor schriftelijk geproduceerde teksten aan toe.

De hierna volgende bijdragen bieden een staalkaart van de twee genoemde onderzoeksperspectieven op het gebied van de taalbeheersing. Ik wil ervan afzien de bijdragen individueel te schetsen: de lezer kan ze zelf direct op de volgende pagina's raadplegen; ik wijs alleen op de volgende 'lijnen' en 'dwarsverbanden'.

Er is slechts één bijdrage 'zuiver' gespreksanalytisch van aard: die van Ten Have over vragen in medische interactie. Deze bijdrage is representatief voor de gespreksanalytische benaderingswijze, in die zin dat Ten Have sterk inductief werkt en ook voorzichtig is over de verdere perspectieven wat betreft generalisering of toepassing. Toepassingsmogelijkheden liggen wel in een wat verder perspectief: in een nauwkeuriger beeld en waardering van het functioneren van de medische interactie.

Gespreksanalytische vertrekpunten leiden tot zoeken naar andere perspectieven in de bijdrage van Mazeland: deze bijdrage is ook te zien als een poging het gespreksanalytische perspectief te koppelen aan een cognitief perspectief.

(In het algemeen vinden we in verschillende bijdragen aandacht voor de relatie tussen tekstfactoren enerzijds, en interactionele factoren (zoals bij Maes, en Van der Pool) of cognitieve factoren (zoals bij Mazeland, Sanders, of ook Van der Pool) anderzijds).

Zuiver gericht op tekstanalytische theorievorming zijn de bijdragen van Pander Maat en Verhoeven. Pander Maat bespreekt een mogelijk analysesysteem, dat op basis van Thema-Vraag-Antwoord, voor teksten, terwijl Verhoeven nagaat wat de status is van een fundamentele tekstuele categorie: de *alinea*.

Een duidelijk verband met de taalbeheersingspraktijk vinden we bij Van Wijk & T. Sanders, en wel in de vorm van het zoeken naar een relatie van hun analyse-methode op basis van een standaard-tekstmodel (het gaat hier om theorievorming op het gebied van tekststructuur) met mogelijkheden tot tekstordelen en tekstverbetering. In de lijn van deze bijdrage staan ook die van Sanders & Van Wijk en Van der Pool: ook in deze bijdragen wordt verder gezocht naar modellen voor tekststructuur, en wel resp. op basis van de noties coherentie, en beschikbaarheid van informatie.

De overige bijdragen bieden verder een staalkaart van verschillende thema's in teksten en tekstanalyse: Maes schrijft over *juridische teksten* en het eigenaardige geringe aantal anaforen in die teksten; J. Sanders bediscussieert het perspectief van waaruit de weergave van feiten plaatsvindt in journalistieke teksten; Berenst tenslotte onderzoekt de relatie tussen wat hij noemt metacommunicatief bewustzijn met geletterdheid, en met deze bijdrage legt hij een soort brug tussen een benadering van mondelinge en schriftelijke taalvaardigheid.

In de vaak kritisch gestemde literatuur over arts-patiënt-interactie heeft de ondervraging een nogal kwalijke reputatie. Het wordt vaak zo voorgesteld alsof artsen vragen vooral gebruiken om de expressie-mogelijkheden van patiënten te beperken, door hun verhalen te onderbreken en hen strak vast te pinnen op onderwerpen van medisch-technische interesse (zie bv. Mishler, 1984). Mijn eigen optiek is minder waarde-geladen. Ik wil onderzoeken hoe ondervraging nu eigenlijk in z'n werk gaat, hoe het gedaan wordt en gedaan kan worden, en met welke effecten. De problematiek van mogelijke inperking en gesprekssturing speelt daarbij op de achtergrond wel mee, maar ik let daarbij ook op de onderhandelingsmogelijkheden van patiënten.

Ik vat *vragen* op als uitingen die een soort ruimte voor een antwoord scheppen, een cognitief kader dat door de volgende spreker gebruikt kan worden om naar een passend antwoord te zoeken. Ik wil onderzoeken hoe artsen hun vragen opbouwen, hoe de antwoordruimte door patiënten gebruikt wordt, en hoe ondervragingssequenties daarna eventueel voortgezet kunnen worden.

Ondervraging vindt zijn hoogtepunt in vraag-antwoord sequenties, maar die *kernsequenties* worden vaak op de een of andere manier voorbereid, in *pre-sequenties* (Schegloff, 1980), terwijl na het eigenlijke antwoord vaak nog allerlei andere zaken gebeuren in *post-antwoord sequenties*. Dat laatste begrip benadrukt de principiële uitbreidbaarheid van elke vraag-antwoord sequentie.

Mijn werkwijze bij deze verkenning is:

- verzamel een corpus consulten waarin ondervragingen voorkomen;
- begin met de eerste vragen en kijk hoe ze werken, dus welke uitwerking er door de patiënt aan gegeven wordt en wat in de vraag daar aanleiding toe lijkt te hebben gegeven.

In wat volgt bespreek ik twee vraag-antwoord-sequenties uit het begin van de respectievelijke consulten, en daarna nog kort enkele sequenties uit latere fasen. Ik zal ik dit onderzoek later via deze werkwijze voortzetten, eerst in de vorm van een brede verkenning, vervolgens in termen van een nadere typering en specificatie.

### De gestructureerde introductie van onderwerpen

Als eerste bespreek ik een fragment uit een huisarts-spreekuurgesprek dat begint vlak na het wederzijds voorstellen en (kennelijk) het lezen van de patiëntkaart door de arts.

Voorbeeld (1)<sup>2</sup>

- 1 D dat is een hele:: hh 'h
- 2 geschiedenis met jou geweest
- 3 in eh januari heb
- 4 P ja ( )
- 5 (.)
- 6 D en dat is toen dat is (.)
- 7 sindsdien goed gegaan?
- 8
- 9 P ja
- ((interrumperend telefoon gesprek))
- 10 P ('t is namelijk zo)
- 11 ik ben al een paar maanden
- 12 (.) verkouwen
- 13 en dan is 't weer over
- 14 en dan is 't weer weg
- 15 D ja
- 16 P en eh zondag kree'k in een
- 17 keer eh (.) goed hoofdpijn
- 18 D ja
- 19 P ('k moest helema-) aan aan
- 20 deze kant helemaal
- 21 D ja
- 22 P en zondagavond kree'k eh pijn
- 23 in m'n borst hier
- 24 A met hoesten of zo of

In dit fragment worden drie vragen gesteld, zie de regels: 1-3, 6-7, en 24. De eerste is een voorvraag, een assertie die via het aanhangsel *heh* een vraag wordt. Er wordt duidelijk gemaakt dat het hier *oude* informatie betreft (*dat, geschiedenis*, als vanzelfsprekend te evalueren), een gesloten *file* waar op voortgebouwd kan worden. Wat gevraagd wordt is een beslissing, een instemming met de evaluatie. De verworven instemming (r.4) bevestigt dit gesloten zijn, maar er was ook ruimte geweest voor nadere toelichtingen of uitbreidingen, met het *ja* en de pauze wordt de file ook interactioneel gesloten. Zo wordt het een pre-sequentie tot waar het eigenlijk om gaat.

Dan komt er een echte vraag (r.6-7), ook weer in assertie-vorm, waarbij de stijgende intonatie er een vraag van maakt. Die assertie is nauw verbonden met het voorafgaande (*en, dat, toen, sindsdien*). Er is een zelf-correctie, die de strekking verandert, van *toen* naar *sindsdien*, van het moment naar de tussenliggende periode, de aandacht verschuift van toen naar nu. Bovendien geeft *gegaan* een historische belangstelling aan, het gaat om een opeenvolging van te evalueren toestanden.

Opnieuw gaat het dus om een evaluatie, dit keer een positieve, waar een beslissing over gevraagd wordt, een instemming. Daarmee wordt ook opnieuw een toelichting daarop mogelijk gemaakt, dit keer in sterkere mate omdat het een periode betreft waar de arts geen informatie over heeft.

De patiënt beschikt nu dus over een slechts lichtelijk gestructureerde antwoordruim-

te: er wordt een beslissing gevraagd, maar er wordt ook de mogelijkheid van een historiserende toelichting op die beslissing geschapen.

Het antwoord heeft inderdaad een vorm als gesuggereerd, een instemming, een verklaringsmarkering, en een geschiedenis, die trouwens mogelijk de beslissing tegensprekt. De patiënt houdt zich aan de instemmingsregel (vgl. Sacks, 1987), maar hanteert die als niet inhoudelijk bindend.

De patiënt produceert dan een antwoord in een uitgebreide vorm, een *Discourse Unit*, in de terminologie van Houtkoop en Mazeland. Dit wordt ondersteund door recipiënt-gedrag van de arts, eerst drie minimale acceptaties, dan een beschrijvingsvoorstel dat nadrukkelijk *open* gemaakt wordt door er een leeg alternatief aan toe te voegen: *of zo of*. Op die manier kan het als een suggestie voor antwoorduitbreiding werken, en zo wordt het ook gebruikt.

Kortom, hoewel het in dit fragment formeel om ja/nee vragen gaat, zijn in hun constructie elementen opgenomen doe duidelijk maken hoe die vragen verder opgevat kunnen worden, als inleiding, als uitnodiging om een geschiedenis te vertellen, of als uitnodiging om het verhaal in een bepaalde richting nader uit te werken.

Die werking lijkt verband te houden met de verdeling van kennis tussen de deelnemers. Vragen geven niet alleen aan welke kennis gewenst wordt, maar ook hoe verschillende kennis-elementen opgevat kunnen worden in termen van *oud* versus *nieuw*, gedeeld versus in het bezit van één van de deelnemers, etc. Oude c.q. gemeenschappelijke kennis wordt veelal eerst aan de orde gesteld, om zo een referentiekader te scheppen voor nieuwe, interactioneel te produceren kennis, waarvan de differentieële toegankelijkheid eerst wordt verondersteld of aangegeven.

Het tweede voorbeeld is opgenomen in het Verenigd Koninkrijk. Het betreft het eerste inhoudelijke optreden van de arts na een complexe klachtpresentatie: hoofdpijn verbonden aan oogbewegingen, gezwollen ogen en duizeligheid, met het accent op de pijnlijkheid van het hoofd.

Voorbeeld (2)<sup>3</sup>

- 1 D You ↑have had hay fever in pr[evious years]. =
- 2 P [ye:h.
- 3 D =Do you think this c'be playing a part=
- 4 =Have you been out any[↑°where]or.
- 5 P [W e l I]no
- 6 because I've just started a new job
- 7 uh:m nursi[ng (at)]=
- 8 D [°( )
- 9 P (Melrose) Hospital you[see
- 10 D [°Mm]:°
- 11 P well I wa:lk to work en I walk home
- 12 there[°s such a lot of fields
- 13 D [°Mm.
- 14 P maybe this is eh:m[: °t·hhhhh (0.3)

- 15 D something to do with it-  
 16 P En: I had a nasty shock as well  
 17 on Saturday afternoon:  
 18 about ha- an hour after hearing tha:t.t.  
 19 I started with a heada:che  
 20 sfo,  
 21 [°Mm°  
 22 D °.hh° whether i[t's a:l:l combi:ned,]  
 23 P [What was the nasty shock.]  
 24 D

Een vraag kan bestaan uit verschillende delen en dat is ook hier het geval. Eerst is er een assertie (r.1), bevestigd door de patiënt (r.2), dan zijn er twee opeenvolgende vragen, één naar een algemene opinie (r.3) en één naar een specifiek verslag (r.4). De eerste vraag is gericht op de "causale" gedachten van de patiënt: of de geasser-teerde conditie ook nu aan de orde is. De tweede suggereert een aspect van die causaliteit waar patiënt over na zou kunnen denken. De arts geeft dus duidelijk aan wat de autoriteit van de patiënt is ten aanzien van de delicate causaliteitsvraag: haar ervaring als chronische patiënt, met name wat betreft omstandigheden. De tweede component wordt als het ware ingebed in de eerste, maar ook toegespitst, wat vervolgens weer verruimd wordt door twee toevoegingen, eerst *any*°<sup>where</sup> en dan *or*°, wat de suggestie tot een voorbeeld maakt.

Het antwoord (r.5) begint duidelijk en negatief, maar in de toelichting voegt ze verschillende onderscheidelijke elementen toe (r.6-9, 11-16, 17-20), die een andere richting uitgaan, gevolgd door een tentatieve conclusie (r.21, 23) die ingaat op de eerste vraag. Ze beantwoordt dus eerst de laatste vraag en brengt dan materiaal in dat relevant is voor de eerste. In de eerste toelichting legt ze uit waarom ze niet "naar buiten" is geweest, dan, na een contrast-markering (*well*), geeft ze toe dat ze eigenlijk wel veel buiten komt (r.11-12), en dat dat er best mee te maken kan hebben (r.14, 16). Dan breekt ze af en voegt er nog een ander antecedent, met een snel daarop volgend gevolg, aan toe. Deze tweede mogelijke oorzaak lijkt duidelijker voor de patiënt en lijkt heftiger beleefd te worden. De voor onzekerheid gemarkeerde vraag-conclusie legt de combinatie aan de arts ter beoordeling voor, die echter, in overlap, een toelichting op het genoemde antecedent vraagt.

De hele episode loopt dus als volgt: na een eerste opsomming van klachten heeft de arts eerst de gemeenschappelijkheid van *oude* kennis opgefrist, na de bevestiging daarvan nodigt hij patiënt uit erover na te denken of dit nu ook weer een rol speelt, onmiddellijk gevolgd door een veel specifiekere, concretere vraag, die past in het aangegeven kader, en die een voorbeeldkarakter krijgt en ook in z'n antwoord-formulering als voorbeeld wordt gemarkeerd.

Deze kenmerken maken aldus een complexe, zelfgestuurde *causale zoektocht* door patiënt mogelijk, aan de hand van de suggesties van de arts. Inderdaad volgt er zo'n meervoudig antwoord, door de arts gesteund met minimale reacties. De vraag die hij tenslotte in overlap met haar vragende conclusie stelt herplaatst haar in de positie van informante. Hij vraagt een nadere toelichting die zij ook geeft.

### Onderhandelen over sequentie-uitbreiding

In tegenstelling tot het beeld dat veelal in de literatuur gegeven wordt, zien we hier dus twee episodes waarin vragen niet puur gericht lijken op korte en concrete antwoorden, maar integendeel elementen bevatten die patiënten lijken uit te nodigen tot een langere, meer complexe bijdrage. We zien in de uitwerking dat de betrokken artsen zo'n uitbreiding van het antwoord ook steunen, door minimale reacties en typische luisteraars-vragen en suggesties.

Één aspect van dit contrast betreft de fase-afhankelijkheid van interacties in consul-ter: bovenstaande passages betreffen de exploratie van de klachten en niet, bij voorbeeld, de differentiële diagnose. In ieder geval laten mijn verkennde analyses zien dat en hoe arts-vragen geconstrueerd kunnen worden als ruimte-scheppende vertel-uitnodigingen, en dat artsen aan die strekking ook een vervolg kunnen geven door een ondersteunend optreden tijdens dat vertellen.

Aan de hand van een schema en enkele korte voorbeelden van vraagsequenties uit latere fasen van het consult wil ik nog wat dieper op *onderhandelingen* over ant-woorduitbreiding ingaan. In onderstaand schema (3) is een structuur aangegeven zoals we die ongeveer in de antwoorden gezien hebben.

### Schema (3)

- a antwoord (beslissing)  
 b toelichting op dat antwoord (antwoord *account*)  
 c toegevoegde informatie

Na een (a), en na een of meer (b)'s, hadden de artsen in de voorbeelden (1) en (2) en volgende vraag kunnen stellen, al dan niet na een korte reactie. Dat ze dat niet deden stelde de patiënten in staat nieuwe elementen toe te voegen. We kunnen constateren dat die nieuwe elementen het eerste antwoord kunnen tegenspreken, en ook dat de latere elementen vaak een grotere emotionele urgentie vertonen.

Vergelijk in dit verband ook voorbeeld (4), waar patiënt een symptomenlijst bevestigt en afmaakt en het laatste element nog eens extra versterkt en voorbeeld (5), waar de toevoeging de strekking van het eerste antwoord omdraait.

### Voorbeeld (4)

- 1 D Did you feel bunged up in the no:se=  
 2 P =[M m]:.  
 3 D =[or [en a tickly throat as yw[e:l:l,  
 4 P [(in)side of he:re.  
 5 D Yes:[°m, myeah°  
 6 P [Really sharp pai:ns,  
 7 P  
 8 (1.4)

## Voorbeeld (5)

((tijdens een bespreking van de bijwerkingen van een voorgesteld middel))

- 1 D En similarly if you:-  
 2 eh do you drive a car?  
 3 (0.3)  
 4 P nNo but I'm learning,  
 5 D ( ) well  
 6 if you're going to have driving lessons  
 7 don't take any tablets that day.  
 8 .hhhhh 'Alright?'  
 9 (.)

In al deze gevallen zien we dus dat antwoorduitbreiding nieuwe informatie oplevert, feitelijk en of emotioneel, en nogal eens het eerste antwoord weerspreekt. maar soms krijgt een eenvoudige vraag een eenvoudig antwoord, zonder enige poging tot uitbreiding, als in (6).

## Extract (6)

((tijdens het uitschrijven van een verwijzing voor röntgen-onderzoek))

- 1 D ↑How old are you?  
 2 (0.3)  
 3 P .t.hh Twenty seven,  
 4 (0.3)  
 5 D ((soft whisper)) ..(  
 6 (2.2) ) .. .hhh

## Conclusie

In de manier waarop artsen vragen stellen kunnen allerlei aanwijzingen opgenomen zijn over de uitgebreidheid of uitbreidbaarheid van het antwoord (*geschiedenis, stadsdien, causale achtergrond, een lijst, etc.*). Ook de context waarin vragen gesteld worden informeert patiënten daarover, de fase (exploratie), inleidende asserties, e.d. (voorbeelden 1, 2, 4), versus de momentane interruptie om iets te checken (voorbeelden 5 en 6). Maar in alle gevallen is de antwoorduitbreiding toch ook een kwestie van actieve onderhandeling, via minimale reacties, huisteraarsvragen, e.d. Voorbeeld (5) laat zien dat ook een echte ja/nee vraag zinvol uitgebreid kan worden, hier met name omdat de arts heel duidelijk heeft laten zien waarom de gevraagde informatie relevant is.

Mijn onderzoek is, wat betreft de specifieke uitwerking van vragen, pas begonnen. De bovenvermelde concepten, suggesties en bevindingen moeten nog nader uitgewerkt en beproefd worden, waarna ook gezocht moet worden naar variaties, tegenvoorbeelden, e.d. Er wachten twee soorten taken, analytische, betreffende de conceptualisering, en beschrijvende, het via een uitgebreider corpusonderzoek specificeren van de feitelijke activiteiten van deelnemers in het onderlinge verband van de sequentiële geor-

ganiseerde voltrekking van consulten.

## Noten

1. In aansluiting op eerder breed opgezet onderzoek naar de sequentiële structuur van huisartsconsulten (zie met name Ten Have, 1987), wordt hier verslag gedaan van een eerste verkenning van een veel specifiekere onderzoek naar ondervragingssequenties. Dit nieuwe onderzoek was niet mogelijk geweest zonder de inspiratie door het werk van Harrie Mazeland (1989 en *in voorbereiding*) over vraag-antwoord sequenties in sociaal-wetenschappelijke interviews. Ik heb veel aan hem ontleend.
2. Transcriptie Chris Driessen & Heidi van Mierlo, enigszins aangepast.
3. Transcriptie Gail Jefferson, evenals de voorbeelden (4), (5) en (6).

## Bibliografie

- Have, P. ten  
 1987 *Sequenties en formuleringen; aspecten van de interactionele organisatie van huisarts-spreekurgesprekken*. Dordrecht/Providence, R.I.  
 Houtkoop-Steenstra, H., en H. Mazeland  
 1982 'Beurten en grotere gesprekseenheden', *Tijdschrift voor Taal- en Tekstwetenschap* 2: 105-35.  
 Houtkoop, H., en H. Mazeland  
 1985 'Turns and discourse units in everyday conversation', *Journal of Pragmatics* 9: 595-619.  
 Mazeland, H.  
 (in prep.) *Vraag/antwoord-sequenties*. Dissertatie in voorbereiding, Rijksuniversiteit Groningen.  
 Mishler, E.G.  
 1984 *The Discourse of Medicine: Dialectics of Interviews*. Norwood, N.J.  
 Sacks, H.  
 1987 'On the preferences for agreement and contiguity in sequences in conversation'. In: G. Button, J.R.E. Lee (eds.) *Talk and social organisation*. Clevedon: Multilingual Matters: 54-69.  
 Schegloff, E.A.  
 1980 'Preliminaries to preliminaries: "Can I ask you a question?"', *Sociological Inquiry* 50: 104-52.