EXPLORATIE VAN DE ARTS - PATIENT RELATIE

een verkennend onderzoek naar het gesprek tussen arts en patient

Jan Joosten

Mentores:
Prof. Dr. H. Philipsen
Dr. M.G. van Nieuwenhuijzen

Zonder de welwillende medewerking van Dr. A. Cats, hoofd van de afdeling Rheumatologie, en enkele van zijn medewerkers zou dit onderzoek niet op deze manier gedaan zijn. Mijn oprechte dank gaat dan ook naar hen uit. Speciaal mej. G. Dekker, arts moet op deze plaats genoemd worden.

INHOUD

1. THEORETISCHE OVERWEGINGEN BIJ HET BESTUDEREN VAN GEDRAG

Het op een of andere manier met elkaar in kontakt treden van mensen wordt in de sociale wetenschappen 'interactie' genoemd. Aan interacties kunnen we verschillende aspecten onderscheiden. Kernvragen zijn: 'hoe, waar en wanneer treedt wie met wie in kontakt, zegt wie wat tegen wie en antwoordt wie op het wat van wie?'
Het is van de probleemstelling afhankelijk welke vragende voornaamwoorden gespecificeerd worden en op welke manier.

Het 'hoe' en het 'wat', de uitgekristalliseerde interactie, vragen naar verschillende aspecten van de interactie. Het 'hoe' slaat op de manier waarop men met elkaar in kontakt treedt, de gebaren en de mimiek van de interactanten; het 'wat' slaat op de inhoud van de interactie, op de boodschap die wordt overgedragen. Het 'hoe' en het 'wat' zijn onverbrekelijk met elkaar verbonden. Vechtenden hebben elkaar wel wat anders te vertellen dan een minnend paartje.

Het 'hoe' en het 'wat' worden in verschillende disciplines, met name de gedragswetenschappen en de linguistiek, bestudeerd. Dat heeft tot gevolg dat er in de terminologie nog geen eenheid is. Het 'hoe' en het 'wat' verdelen de interactie grofweg in verbaal- en niet-verbaalgedrag. In navolging van wat in de taalkunde gebruikelijk is, zouden we onder verbaal-gedrag alleen de taaluitingen die de interactanten produceren willen verstaan. We kijken dan naar de keuze van de woorden, hun plaats in de uiting en de betekenis van de uiting, kortom naar de syntactische en semantische componenten van de taaluitingen.
Niet-verbaalgedrag reserveren we dan voor de manier waarop de woorden worden uitgesproken, voor de fonetiek en het ritme en timbre van de stem van de interactant. In de sociale wetenschappen valt deze definitie van niet-verbaalgedrag binnen die van het verbaalgedrag. Wij zouden het taalgedrag willen noemen. Binnen het taalgedrag is er dan een verbale en niet-verbale component. Mimiek, gesticulatie en andere gedragingen noemen we nu in navolging van taalkundigen extra-linguistische kenmerken.

Interacties kunnen voor alle genoemde aspecten beschreven worden. Het is te verwachten dat die beschrijvingen dan onderling weer samenhangen. Dat is inderdaad het geval (36, 13, 118). Daarom is het mogelijk, zonder een al te groot verlies aan informatie, de interactie op één aspect te beschrijven om van daaruit gevolgtrekkingen maken voor de andere aspecten. De keuze van het aspect is afhankelijk van de probleemstelling en de technische en financiële mogelijkheden. De instrumenten om het gesprek van twee personen te beschrijven wordt in de literatuur onbetrouwbaar genoemd, omdat de beoordelaars onderling niet eenduidig

scoren en de betrouwbaarheid van de beoordeling van één beoordelaar in de tijd evenmin erg groot is (87, 53, 7, 30). De instrumenten zijn voorts tijdrovend en kostbaar in gebruik.
Het taalgedrag is eenvoudiger op te nemen en te beschrijven. Intonatie, timbre en dialect, het non-verbale gedrag, levert de gesprekspartner en de onderzoeker informatie over de spreker (9, 19, 32,72,73,75, 90). Maar ook het zuiver verbale gedrag is daartoe in staat. Woordkeus, zinslengte en zinsbouw variëren al naar gelang de sociaal-economische laag waar de spreker uit stamt (9, 10, 11, 12, 17, 28, 76, 90, 93, 96, 106).

Nu het 'hoe'en het 'wat' iets nader gespecificeerd zijn, houden we ons bezig met de trits 'wie, waar, wanneer'. Het 'wie' is snel te achterhalen. Het zijn spreker en aangesprokene. Zij krijgen pas betekenis binnen het 'waar' dat naar de situatie vraagt. Het maakt verschil of we iemand in een vergadering (toe) spreken of als vriend met hem een gesprek voeren; of we iemand ontmoeten op straat of dat we hem op een receptie tegenkomen. De situatie, en de daarmee samenhangende functie van de gesprekpartners is daarmee een belangrijke determinant van het 'hoe' en het 'wat' (17, 24, 39, 43, 45, 52, 57, 58, 96, 107, 111, 116, 123). Het 'wanneer' determineert evenals het 'waar' het 'wat' en 'hoe'. Niet in alle situaties is het toegestaan om tegelijk te spreken, of het laatste woord te hebben. Er zijn vaak bepaalde volgordes die doorlopen moeten worden op straffe van onbegrip, onbegrijpelijkheid of beledeging (4, 109, 112).

Nu zijn noch de situatie, noch de sociale positie van de interactanten en evenmin hun interacties voor eeuwig gegeven constanten. Elke keer opnieuw wordt de situatie en de positie (of functie) van de interactanten daarin door de interacties bevestigd of gemaakt (43, 45).
Bij bestudering proberen we deze vrij ingewikkelde gang van zaken te reduceren. Dat betekent dat we proberen één van de drie genoemde variabelen, de situatie, de positie van de interactanten of hun gedrag afhankelijk te maken van of te beschrijven in termen van de andere twee. Welke variabele dat is, is op zichzelf een willekeurige keuze (62). Gezien de veranderlijkheid van sociale relaties zijn wij geïnteresseerd te weten hoe het gedrag en de sociale positie van de interactanten in een bepaalde situatie de beleving, dat wil zeggen de interpretatie van die situatie beïnvloedt en hoe deze nieuwe interpretatie van de situatie toekomstig gedrag beïnvloedt. We definieren met andere woorden een min of meer stabiele uitgangs-situatie en onderzoeken hoe na interactie de interpretatie van de situatie is. Zijn de verschillen in interpretatie terug te brengen op verschillen in gedrag? Waarmee hangen de gedragsverschillen weer samen?

In het poliklinisch consult vinden we zo'n min of meer stabiële situatie. De interactanten zijn elkaar niet bekend, terwijl ze ten opzichte van elkaar redelijk stabiele rolverwachtingen hebben. Het is een veelvuldig voorkomende situatie en er bestaat belangstelling voor vanuit de maatschappij.
Toegespitst op deze situatie luidt de probleemstelling:

'welke sociale en individuele kenmerken van arts en patient hangen samen met hun verbale gedrag en is er een samenhang te ontdekken tussen het vertoonde gedrag en de beoordeling van elkaars gedrag?'

In de volgende paragraaf gaan we verder in op het gesprek tussen de arts en patient en de arts-patient relatie om zo tot een aantalcriteria te komen waarmee we het gedrag van arts en patient kunnen beoordelen. Vervolgens gaan we na welke specifieke kenmerken de door ons onderzochte groep patienten heeft.

11. DE ARTS - PATIENT RELATIE

De meeste artikelen over de arts-patient relatie geven een normatieve benadering (23, pag. 30). Artsen (al dan niet psychiater) beschrijven het gedrag waarmee ze patienten benaderen zodat dezen hun informatie leveren op grond waarvan ze een diagnose kunnen vormen of in ieder geval een therapie in kunnen stellen, en de patient hun adviezen ook opvolgt (84, 54, 38). Systematisch is het gedrag slechts door Davis (30) onderzocht. Hij vond dat er een zekere mate van wederkerigheid in de arts-patient relatie moest zijn. De arts kan niet aleen maar vragen stellen en de patient niet vertellen wat hij mankeert. Verder is een niet opgeloste spanning evenmin bevorderlijk voor een goede relatie, voor zover dat dan het opvolgen van de adviezen van de arts door de patient betreft. Ook het onderzoek van Ley en Spelman wijst in die richting (79, pag. 35 en 87).

Vanuit de medische professie wordt eveneens aangedrongen op een wederkerige, uitgebalanceerde relatie, waarbij de arts de patient zoveel mogelijk in eigen bewoording over zijn klacht moet laten vertellen. Niet alleen sluit het te vroeg tot een diagnose komen het verifiëren van andere mogelijkheden uit, ook is het dan onmogelijk andere klachten nog te horen (37, 35, 68, 98).

Voor we nagaan wat de betekenis van deze opmerkingen is voor de interactie, kijken we eerst naar de positie die arts en patient in de situatie innemen. Deze kunnen de interactie tussen beiden beperken. Voor het beschrijven van deze posities moeten we weten in welke grotere context de situatie valt. Waarom gaan patienten naar de dokter en hoe organiseert de laatste zijn praktijk, te weten zijn patienten?
De eerste vraag mag trivaal lijken, het antwoord is het allerminst. Niet de gang naar de dokter moet statistische als normaal gezien worden maar het uitstellen: daarvoor worden er te veel afwijkingen gevonden bij bevolkingsonderzoekingen van 'gezonde mensen' (132, 22). Reden voor uitstel zijn onder andere het niet ernstig nemen van de symptomen, drempelvrees, het ontbreken van de mogelijkheid naar de dokter te gaan en angst voor de ziekte (53, 22). Dat laatste stelt de patient in een afhankelijke positie ten opzichte van de arts (22, pag. 78). Dat wordt nog versterkt doordat de arts het 'afwijkende' gedrag van de patient moet legitimeren door er een diagnose op te plakken (Zola, college SIL, oktober 1972). Dat betekent alleen niet dat de arts nu maar kan doen en laten wat hij wil. 'While the patient can be more or less excluded from assuming an active role in interaction, he can

rarely be wholy excluded. He can at least, as do low-status and poorly educated patients everywhere, practice evasive techniques and act stupid in order to avoid some of what is expected of him. And while the patient can be involved in mutual participation by virtue of his similarity to the therapist, he is never wholy cooperative. (...).. interaction in treatment should be seen as a kind of negotiation as well as a kind of conflict. (...)...professional healing, being an organized practice, the therapist will be struggling to adjust or fit any single case to the convenience of practice (and other patients), while the patient will be struggling to gain a mode of management more specifically fitted to him as an individual irrespective of the demands of the system as a whole' (41, pag. 321, 322). De patient zal juist allerlei informaties willen hebben die de arts hem liever wil onthouden. De arts zal proberen zijn patienten in zo kort mogelijke tijd te behandelen waarbij hij zoveel mogelijk klachten wil horen en deze op grond van kennis en ervaring zal evalueren om zo tot een therapie te komen. Verder zal hij proberen zijn patienten te leren om geen onnodig of onredelijk gebruik van zijn diensten te maken (21, pag. 31, 41).

Op grond van het bovenstaande zouden we de mate van activiteit van arts en patient als criterium kunnen nemen om de relatie tussen arts en patient te klassificeren (41, pag. 315, 67), zoals ook door Szasz en Hollander is gedaan (119). Zetten we arts en patient tegen elkaar uit op een activiteits-passiviteit-as, dan krijgen we een aantal mogelijkheden van interacties waarin de categorieën van Szasz en Hollander kunnen worden teruggevonden. Het model is uitgebreider dan het oorspronkelijke model van beide auteurs, omdat het vaak voorkomt, met name wanneer de arts financieel afhankelijk is van de patient, dat de patient de arts leidt in plaats van omgekeerd (41, pag. 315 e.v. 30). De verschillende vormen van interactie worden onder verschillende omstandigheden gebruikt. 'The activity-passivity pattern of interaction is most likely to be found where lay culture diverges greatly from professional culture and where the status of the layman is very low compared to the professional. Where these

Pat. / Arts	Aktief	Mengvorm	Passief
Aktief	1. mutual particip.	1. guidance coöperat.	111. aktief/passief
Mengvorm	1V. guidance coöperation	V	V1

Fig. 1: mogelijkheden voor de arts-patient relatie.

divergences are lesser, the guidance-coöperation pattern is likely to be found, whereas where both the lay culture and status of the layman are very much like that of the professional, the mutual participation pattern is likely to be used' (41, pag. 321). Verder zal de keuze van het interactie-patroon tevens bepaald worden door de aard van de ziekte van de patient. Chronisch zieken en psychiatrische patienten worden beter met het mutual-participation patroon benaderd, terwijl bij acute ziektes het guidance-coöperation patroon eerder gebruikt zal worden.

Via de omweg van de sociale positie van arts en patient zijn we weer teruggekomen op de interactie. Wat betekenen nu de verschillende patronen voor taalgedrag?
Kijken we alleen naar de activiteits-passiviteit dimensie dan is het voldoende om op te meten hoelang en hoe vaak de arts en de patient respectievelijk aan het woord zijn geweest. Verder kunnen we kijken wie het initiatief neemt en hoe de ander daarop reageert. In de literatuur zagen we dat de arts de patient aan het woord moet laten om zo diens klachten tegen hun achtergrond te kunnen beoordelen. Dat betekent dat de patient nimmer tot ja-zegger gedegradeerd mag worden. Hij moet zich kunnen uitspreken, hij moet vragen kunnen stellen en het idee hebben dat de arts hem als mens behandeld en niet als een nummer.
Voor het verbale gedrag betekent dit, dat we 1-woord antwoorden van de patient (ja, nee, ja dokter, nee dokter) moeten onderscheiden van zijn overige antwoorden. Voor de arts betekent het dat we zijn vragen moeten onderscheiden van zijn andere uitingen (MD).

Er zijn technieken bekend om mensen aan te sporen door te praten. Hummem en kuchen, af en toe 'ja' of 'nee' zeggen behoren daartoe (G; 125 I, instruktie 13.5). Hetzelfde kan ook met hele korte zinnetjes worden bereikt. De luisteraar toont er mee dat hij nog steeds beschikbaar is (125, II, instructie 6.9)

A: en aan de knie? (wanneer bent u daaraan geopereerd?)
P: knie is drie jaar geleden
A; ja
P: in het Elizabeth Ziekenhuis.

Vanuit het gezichtspunt van informatie-verschaffing, wat in ieder geval voor de arts centraal staat, lijken woordelijke herhalingen en herhalingen van de betekenis van wat de ander gezegd heeft niet erg relevant. Daarbij komt, dat herhalingen eerder remmend dan stimulerend werken, tenzij de nadruk op de beleving van hetgeen gezegd werd valt (125, instruktie II, 11 en 12).

A: helpt dat goed?
P: jawel
A: kennelijk wel
P: 't helpt uitstekend
A: helpt uitstekend
P: ja

A: komen er in de familie ziektes voor?
P: vader is vorige week 99 geworden
hij loopt er nog keurig bij
A: dat is heel plezierig
P: ja, nou ja, namen en zo.....

De genoemde categorieën kunnen ook misbruikt worden. Te veel hummen en kuchen kan de patient in verlegenheid brengen omdat hij alles al verteld heeft,

P: (vertelt klacht) hi, hi, hi
dan is het weer hetzelfde
A: ja?
er komen dan van die korstjes tussen de haren?
P: ja
A: ja
P: ja dokter

of omdat juist als hij verder wil praten de arts vragen gaat stellen over totaal iets anders.

P: (is benauwd bij inslapen) hi, hi, hi
dan ben ik wel heel mooi
net als ik net inslaap
dan moet ik weer ademhalen
en dan ben ik weer effe bij
dan ga ik uit bed
\+ A: ja
\+ P: maar
\+ A: en hebt u ook hartkloppingen als u zich nerveus maakt?
\+ P: jawel
A: ja
P: jawel dokter

Verder moeten de vragen duidelijk geformuleerd zijn. De patient moet begrijpen wat hem gevraagd wordt en zijn antwoord moet slechts voor één uitleg vatbaar zijn. Als aan deze voorwaarde niet voldaan is, kunnen er dialogen als deze ontstaan:

A: maar is het juist bij bepaalde bewegingen waarbij 'ie kraakt
dat 'ie pijnlijker is of kraakt 'ie wel meer?
P: eh nee, alleen bij bewegingen

A: ja

P: bij bewegingen

A: maar als u zegt als ik hem beweeg dan kraakt de schouder?

P: ja

A: maar is het iedere keer als 'ie kraakt 'ie het dan pijnlijker is of zegt u van nou dat kraken staat toch eigenlijk wel een beetje los van de pijn?

P: eigenlijk wel

Naast een juiste formulering verdient het aanbeveling een vraag niet al te specifiek te stellen. 'Hoe gaat het met slapen?' voldoet in dit verband beter dan 'Hebt u last met inslapen?' De laatste vraag kan slechts bevestigd of ontkend worden, terwijl de patient op de eerste vraag de situatie moet beschrijven. Over het algemeen spreekt men meer over bedreigende onderwerpen, zodat het te verwachten is dat als er iets mis is - althans voor het idee van de patient - dit aan de arts verteld wordt (103).

De hier voorgestelde gesprekscatagorieën kunnen als maat worden gebruikt om het gesprek te kenmerken, wanneer we ze voor verschillende gesprekken vergelijkbaar maken. In een lang gesprek zullen er meer vragen gesteld kunnen worden dan in een kort. Het lijkt daarom zinvol om het absoluut aantal malen voorkomen te relateren aan de gespreksduur. Het totaal aantal uitingen van arts en patient geven een benadering van de gespreksduur. We delen daar de absolute aantallen door. Zo krijgen we een indruk hoeveel vragen, herhalingen etc. er in de verschillende gesprekken zijn gesteld.

Verder berekenen we de gespreksduur, de duur van het lichamelijk onderzoek en de tijd die de arts uittrekt om de patient te vertellen wat hij mankeert (79, 37).

We veronderstellen dat indien er meer tijd aan dat laatste wordt gespendeerd, de patient nauwkeuriger op de hoogte wordt gebracht van zijn ziekte en van wat hij daar aan kan doen.

We hebben tot nu toe slechts gelet op formele gesprekskenmerken als vragen, herhalingen etc. We gaan nu na of er ook nog andere verbale kenmerken zijn die het gedrag beïnvloeden. De literatuur over de pragmatiek is echter nog uitermate schaars en zeer theoretisch georienteerd (131a). Wel is er de laatste jaren onder de zogenaamde 'taalachterstandshypothese' aandacht besteed aan verschillen in taalgebruik en zinsconstructie tussen lagere en hogere sociaal-economische milieu's. In het Verenigd Koninkrijk (9, 10, 11, 12, 76), Duitsland (96), de Verenigde Staten (106, 93), Nederland en Frankrijk (80) blijken kinderen uit hogere milieu's ingewik-

kelder zinnen te maken dan kinderen uit lagere milieu's. Hierdoor zijn ze in staat grotere nuanceringen in hun taal tot uitdrukking te brengen. Men veronderstelde nu dat kinderen uit lagere milieu's deze ingewikkelder taal niet zouden kunnen begrijpen en daarom op school niet mee zouden kunnen komen. Hoewel deze laatste veronderstelling gezien nieuwere onderzoekingen niet zonder meer houdbaar is (71, 73), is het verschil in taalgebruik niet te ontkennen. Wanneer we dit verschil bij kinderen vinden is de vraag gerechtvaardigd of hun ouders een dergelijk taalverschil ook vertonen. Daarbij komt dat de gebruikers van de verschillende 'codes' zoals de taalvarianten genoemd worden elkaar op grond daarvan kunnen klassificeren (106). Is het nu zo, dat bij een gering verschil van codes het kontakt bevredigender verloopt?
Een goede indicator voor de codes is de gemiddelde phrase- en zinslengte (2). Een phrase is een soort bijzin. Er wordt een zinsdeel onder verstaan, dat bij een zelfstandige werkwoord- groep hoort. Wanneer we ook de onderschikkingsratio berekenen, dat wil zeggen berekenen hoeveel phrases er gemiddeld per zin zijn, kunnen we een toename in zins- en phraselengte duiden. Bij een grotere zinslengte en gelijk blijvende onderschikkingsratio worden er alleen maar wat bijvoegelijk naamwoorden of bijwoorden aan de zin toegevoegd terwijl als de onderschikkingsratio groter wordt er ingewikkelder zinnen worden geconstrueerd.

Het is duidelijk dat we met bovenstaande maten alleen maar een klein gedeelte van de interactie tussen arts en patient beslaan. Maar gezien de samenhang van de verbale aspecten van de interactie met de niet-verbale en extra-linguistische kunnen we ze voor een eerste benadering als voldoende beschouwen om het gesprek te karakteriseren. Wat we niet weten en op grond van deze elementen ook niet te weten kunnen komen, is hoe de interactie in zijn totaliteit door beide deelnemers aan de situatie is beleefd, hoe zij de situatie definieren (43, 45, 85). Dat kunnen we niet anders doen dan door achteraf over het gesprek vragen te stellen. Daarbij kunnen we ook op aspecten van de interactie ingaan die niet door onze maten gemeten zijn. Wel moeten we proberen aan beide deelnemers, aan zowel arts als patient min of meer soortgelijke vragen te stellen. Daarbij zullen openheid van het gesprek en de wederkerigheid van de interactie aan bod moeten komen. Ten onzent heeft Cassee zich bezig gehouden met het ontwerpen van een aantal gedragskenmerken van artsen op grond van bepaalde leiderschapstijlen (23). Uit de vijf verschillende gedragsdimensies die hij vindt, hebben we telkens twee vragen gelicht. Aan de orde komen aspecten als het geven van informatie, het idee dat de arts voor je beschikbaar is, de aanvaarding van zijn autoriteit (Bijlage 1). De arts werd gevraagd of hij de patient

had geïnformeerd over zijn ziekte, of de patient goed met hem kon opschieten en al zijn klachten had geuit, of hij zich zeker over de diagnose en de therapie voelde en of de patient te veel beslag op hem legde of psychische problemen had. Daarnaast lieten we hem de ernst van de klachten beoordelen, zowel voor de patient zelf als voor wat betreft de aangetroffen lichamelijke dysfunctie (Bijlage 11).
Op deze manier kunnen we enigszins de wederkerigheid van het oordeel over het gedrag nagaan. Verder kunnen we bekijken hoe onze maten samenhangen met de beoordeling van het totale gesprek.

Willen we hovenstaande maten en vragen zinvol op elkaar betrekken, dan zullen we het aantal storende factoren moeten beperken. We zullen aan arts en patient een aantal eisen moeten stellen. Bijvoorbeeld dat ze elkaar niet mogen kennen, en dat de klachten waarmee de patienten komen min of meer vergelijkbaar zijn. Dit is op een polikliniek gemakkelijker te verwezenlijken dan in de huisartspraktijk. Het consult is op de polikliniek volgens afspraak en zodoende kan men van te voren te weten komen met welke klachten de patient komt. Verder is er al enige selectie in het klachtenpatroon opgetreden.

Op verzoek van Dr. Cats hebben we ons met schouderklachten beziggehouden. Bij deze groep patienten komen zowel mensen met duidelijk aanwijsbare pathologieën voor, als mensen waarbij er geen lichamelijke dysfunctie is te constateren.
We beperkten ons onderzoek tot mannen die voor de eerste keer de kliniek bezochten, omdat die het meest duidelijk een bepaalde taalcode spreken (110, 96). Het voor de eerste keer de kliniek bezoeken werd ingegeven door het onderzoek van Davis, die ontdekte dat het eerste bezoek niet het gedrag tijdens de volgende bezoeken voorspelt maar wel het volgende gesprek bepaalt. Een praktische overweging speelde hier eveneens een rol. In de kliniek worden de patienten de eerste keer zeer uitgebreid onderzocht, terwijl ze later alleen voor controle komen. Verder kan het eerste bezoek de patient al vertrouwd hebben gemaakt met de arts en de kliniek zodat hij anticipeert op het gedrag van de arts omdat hij weet wat hem te wachten staat (79).

Van patienten met schouderklachten is voorts al enig gegeven bekend. We baseren ons daarbij volledig op het proefschrift van Van den Hout, 'De Brachialgie in de huisartspraktijk' (56).

'De brachialgie zoals wij die zullen beschrijven is (...) een duidelijk herkenbaar ziektebeeld; de patient komt met een verhaal over een zeer heftige pijn in één van beide of beide armen en schouders. Deze klacht wordt

reëel gebracht en de pijn maakt de indruk zeer hevig te zijn. Andere klachten uit de patient zelden of nooit. Het onderzoek (resultaat jj) is in schrille tegenstelling met deze zeer ernstige klachten. Men vindt een functie van arm en schoudergordel die volledig normaal is; ook bij verder onderzoek worden aan arm en schouder geen duidelijke afwijkingen gevonden. (...) dit ziektebeeld komt betrekkelijk frekwent voor. (...) Genoemde mensen zijn correcte rustige mensen, die echter in de presentatie van hun klachten de indruk wekken minder te tonen dan er in werkelijkheid bij hen leeft. Ze maken een gesloten, depressieve en vooral gespannen indruk. (...) ...deze patienten (reageren) niet of zeer onvolledig op een zuiver somatische behandeling (56, pag. 7 en 8).

'Uit de anamnese van onze patienten (kwamen) naast hun pijnklachten zeer duidelijk twee klachten naar voren: hevige vermoeidheid en ernstige slapeloosheid. Opvallend vaak komen in de anamneses psychosomatische ziektes voor of klachten die in de richting van deze ziektes wijzen, zonder dat het tot een volledig ziektebeeld is gekomen'(pag. 36).
'De patienten komen vaak nadat de pijn al enige tijd aanwezig is' (pag. 43) (hetgeen niet opzienbarend is! (zie pag. 4)).'Ze zitten in een stress-situatie die niet zozeer kenmerkend is als wel tot stress-situatie wordt gemaakt door de geaardheid van de patienten zelf'. Door hun liefdesbehoefte enerzijds en hun geslotenheid en kontaktstoornissen anderzijds, geraken deze mensen in een isolement en in dit isolement worden hun konflikten 'inwendig' verwerkt. Ze geraken hierdoor in een vicieuze cirkel en hun spanning neemt toe.
'...toepassing van de A(msterdamse B(iografische) V(ragenlijst) (130) levert als resultaat op dat de patienten een duidelijk verhoogde 'anxiety score' hebben vergeleken met de Nederlandse bevolking en tevens een lagere extraversie-score dan gemiddeld. We hebben daarom uit de vragenlijst voor beide onderdelen een aantal vragen geselecteerd om de patienten binnen onze onderzoeksgroep zo te vergelijken.

Bij deze vragenlijst willen we nog het volgende opmerken. Een verhoogde score voor anxiety of extraversie betekent nog niet dat de gemeten eigenschappen ook in de scorer aanwezig zijn. Iemand die last van slapeloosheid of hoofdpijn heeft is niet zonder meer een neuroticus, evenmin als iemand die graag met andere mensen in kontakt komt per definitie extravert is. De scores en met name het score-patroon is een kenmerk voor de patient, evenals het patientnummer dat is, zijn leeftijd of het aantal dienstjaren. Dat laatste slaat ook niet op de staat van dienst zelf, het is slechts een kenmerk. Datzelfde is het geval voor de anxiety en extraversie scores. Deze zijn kenmerken van individuen op een bepaald tijdstip. Ze zeggen niets over het feit of de patient nu werkelijk extravert is of inderdaad last van anxiety heeft.

II. METHODE VAN ANALYSE

In het voorafgaande is de onderzoekmethode duidelijk gemaakt. In totaal hebben er 15 patiënten van één arts meegedaan aan het onderzoek. Twee gesprekken daarvan hebben we niet uitgewerkt wegens onverstaanbaarheid. Van twee patiënten bij een andere arts hebben we de vragenlijst opgenomen. Het antwoordpatroon daarop week niet af van dat der andere patiënten. Hun gesprekken hebben we evenwel wegens tijdgebrek niet uitgewerkt. Bij aankomst in de wachtkamer werd de patiënt door de secretaresse van de arts of door de onderzoeker gevraagd of hij er bezwaar tegen had mee te werken aan een onderzoek naar communicatiestoornissen in [illegible] gesprek met de arts en dat we daarvoor graag zijn toestemming hadden om zijn gesprek met de arts op de band op te nemen. Tegelijk vertelden we dat er na afloop van het gesprek een vragenlijst ingevuld moest worden.
Op één patiënt na, waar we de gegevens niet van hebben kunnen achterhalen, stemden alle patiënten onmiddellijk met het verzoek in.
De arts zorgde voor het in gebruik stellen van de opname apperatuur, een Philips casetterecorder N2003. Na afloop gaf zij ook de vragenlijst aan de patiënt. Deze vulde die in de wachtkamer of op een andere rustige plaats in.
Alle vragen moesten op een 5-puntsschaal beantwoord worden. Met name voor de wat oudere patiënten leverde dit soms wat moeilijkheden op. De arts vulde tegelijkertijd haar vragenlijst in.
De bandjes werden door ons op een grotere band overgespoeld. Dit om voldoende casettes in voorraad te houden bij de arts en tevens om de geluidsweergave te verbeteren. Bij teruggave aan het Sociologisch Instituut waren alle bandjes uitgewist, zodat een volgende gebruiker onze gesprekken niet kon horen.

We gaan nu eerst na, hoe de antwoorden voor de verschillende onderdelen onderling samenhangen. Dit doen we met behulp van factor-analyse. Het is hier niet de plaats om op de precieze techniek daarvan in te gaan. Het komt erop neer dat de matrix met gegevens zodanig wordt bewerkt, dat er tenslotte een aantal imaginaire, dat wil zeggen niet van te voren ingevoerde variabelen, ontstaan, factoren genoemd, die ten opzichte van elkaar invariant zijn. Elke factor verklaart in afnemende mate een gedeelte van de variaties die in het materiaal voorkomen. Elke variabele heeft een bepaalde lading, zijn correlatie met de factor. Door draaiing van het assenstelsel, de factoren, is het mogelijk variabelen rond één factor te groeperen, zodanig dat deze variabelen een zo laag mogelijke correlatie met de overige factoren hebben. Op deze manier brengen we in het materiaal een eenvoudiger struktuur aan.

Achtereenvolgens passen we deze techniek toe op de gesprekskenmerken, de arts-vragenlijst en de patiënt-vragenlijst. Daarna vergelijken we deze onderdelen onderling.

Gesprekskenmerken

Voor we het materiaal op bovenstaande manier gaan behandelen, bekijken we eerst de zinskenmerken.
We veronderstelden dat de arts lange, samengestelde zinnen maakt, terwijl de patiënt lange enkelvoudige zinnen maakt. Bij artsen moeten we zo een hogere correlatie vinden tussen zinslengte en onderschikkingsratio, terwijl we bij de patiënt een hogere correlatie verwachten tussen phrase- en zinslengte.

$\left(\begin{matrix}\bar{x} = 5,68\\ s = 0,55\end{matrix}\right)$) phrase arts — $r=0,62$ — $\left(\begin{matrix}\bar{x} = 7,22\\ s = 0,94\end{matrix}\right)$) zinslengte arts — $r=0,73$ — $\left(\begin{matrix}\bar{x} = 1,27\\ s = 0,13\end{matrix}\right)$) onderschikkingsratio arts

$\left(\begin{matrix}\bar{x} = 6,16\\ s = 0,46\end{matrix}\right)$) phrase patiënt — $r=0,72$ — $\left(\begin{matrix}\bar{x} = 8.93\\ s = 0,78\end{matrix}\right)$) zinslengte patiënt — $r=0,65$ — $\left(\begin{matrix}\bar{x} = 1,47\\ s = 0,10\end{matrix}\right)$) onderschikkingsratio patiënt

We toetsen daarom de veronderstelling dat r_{pz} (arts)= r_{pz} (patiënt) en dat r_{zo} (arts)= r_{zo} (patiënt). (Voor de methode 59, pag.616).
Daar de gevonden waarden voor T verre van significant zijn kunnen we de veronderstelling niet verwerpen.
We toetsen nu of er verschil bestaat tussen de lengte van de phrase- en zinslengte van arts en patiënt volgens de methode van Student (59, pag. 412). Volgens de theorie moet de arts ingewikkeldere zinnen maken wat tot uiting komt in een grotere zinslengte en onderschikkingsratio. Het is in een oogopslag te zien dat dit voor ons materiaal niet opgaat. We beperken ons daarom tot het toetsen van verschillen.
Alle toetsen zijn significant op 5% niveau ($t_p = -2,40$; $t_z = -5,08$; en $t_{o.r} = -4,40$; $v = 24$), de laatste twee zelfs op 1% niveau. De patient maakt dus tijdens het vertellen van zijn klachten langere en ingewikkeldere zinnen dan de arts.

In totaal hebben we 13 gesprekskenmerken verzameld voor het gesprek van 13 patiënten. Nu we de onderlinge samenhang van zes van deze kenmerken kennen, kunnen we er zonder bezwaar twee weglaten omdat deze voldoende door de overige twee beschreven worden.
We laten nu de zinslengte van arts en patiënt weg en passen op de overige elf variabelen en de gespreksduur factoranalyse toe. Hoewel de gespreksduur eerder afhankelijk van de gekozen gesprekssstrategie is dan deze onafhankelijk bepaalt, nemen we de duur van het gesprek toch hier in de analyse op omdat de door ons gehanteerde formele gesprekskenmerken elkaar eveneens onderling zullen beinvloeden. Overigens is het niet recht duidelijk te zien waar we deze variabele anders dan bij de gespreksmaten zouden

moeten opnemen. Als onafhankelijke variabele in de canonische analyse, die we aanstonds zullen toepassen om de resultaten van de factoranalyses weer aan elkaar te voegen, neemt hij een te groot gewicht in, mede op grond van de redenering dat de gespreksduur afhankelijk is van de gekozen ks-strategie.

De factormatrix ziet er als volgt uit

variabele	principale comp. I	II	III	geroteerde matrix I	II	III
1 WOORDANTWOORD	0,86	-0,21	-0,20	0,89		
WOORDELIJKE HERHALING ARTS	0,80	-0,39	0,07	0,84		
idem door PAT.	0,67	-0,27	0,49	0,85		
BETEKENIS HERHALING PATIENT	0,81	-0,04	-0,04	0,72		
VRAGEN ARTS	0,77	0,14	-0,06	0,62		-0,44
PHRASELENGTE A.	0,55	0,37	0,43	0,53	0,58	
BETEKENIS HERHALING ARTS	-0,36	-0,77	-0,29		-0,86	
ONDERSCHIK.RATIO P	-0,14	0,78	0,13		0,74	
PHRASELENGTE P.	-0,08	0,29	0,31		0,39	
ONDERSCHIK.RATIO A	-0,38	-0,27	0,80			0,92
HUM-KUCH TECHNIEK	-0,60	-0,40	0,55			0,86
GESPREKSDUUR	-0,47	0,20	0,32			0,40

TABEL III.1; Factormatrix gesprekskenmerken

Factor I. Arts-gecentreerd gesprek

- 1 woordantwoorden
- woordelijke herhalingen van de patiënt door de arts
- woordelijke herhalingen van de arts door de patiënt
- betekenis herhalingen van de arts door de patiënt
- vragen van arts aan patiënt
- phraselengte arts

De eerste geroteerde factor bestaat vrijwel volledig uit de formele kenmerken van het gesprek. De vele vragen die door de arts gesteld worden, beantwoordt de patiënt veelvuldig met ja. Beiden herhalen elkaar vaak woordelijk, terwijl de patiënt de arts ook wat betreft de betekenis van haar woorden herhaalt. De arts maakt lange eenvoudige zinnen.
Uit het feit dat de arts veel vragen stelt en de patiënt slecht met 'ja' antwoordt en ze elkaar veel herhalen blijkt dat de patiënt weinig gelegenheid krijgt zijn klachten op eigen wijze te presenteren. Het gesprek is rond de arts gecentreerd. Dat komt eveneens tot uiting in de vele betekenisherhalingen van de arts door de patiënt. Vrolijk (125) noemt dit een manier om de gesprekspartner te stimuleren verder te vertellen. In dit verband zouden de 1-woord-antwoorden van de patiënt als hum- en kuchtechniek opgevat kunnen worden. We noemen deze factor daarom 'arts gecentreerd gesprek'.

Factor II. Verbaal gesprek

- weinig betekenis herhalingen van de patiënt door de arts
- grote onderschikkingsratio patiënt
- lange phraselengte arts
- lange phraselengte patiënt

De tweede factor bestaat uit de kenmerken van de uitingen van arts en patiënt. Beiden maken samengestelde zinnen. De patiënt maakt daarbij ook lange zinnen. De arts herhaalt niet vaak de betekenis van de woorden van de patiënt. Zij stimuleert de patiënt zo niet erg om verder te praten. We noemen het een 'verbaal gesprek'.

Factor III. Patiënt gecentreerd gesprek

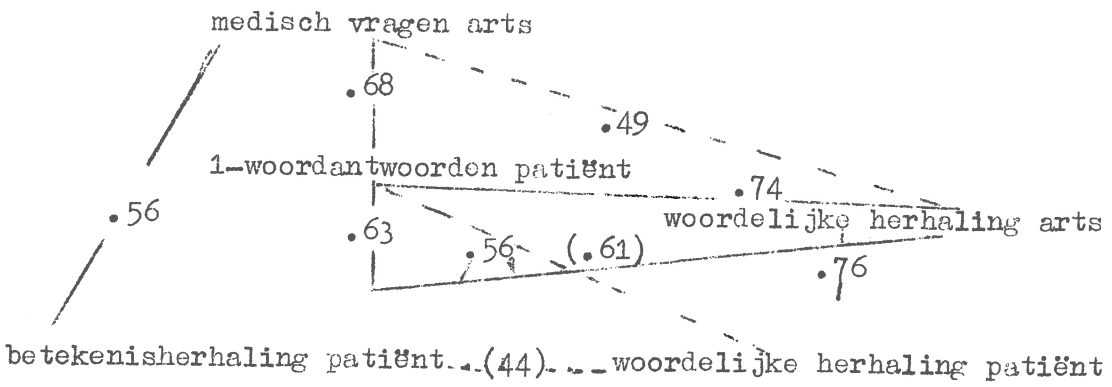
- hum- en kuch-techniek
- onderschikkingsratio arts
- weinig vragen van arts aan patiënt
- lange gespreksduur

De derde factor geeft aan dat veel hummen en kuchen samengaat met weinig vragen stellen van de kant van de arts. Voorts maakt de arts in dat geval ingewikkelde zinnen. De lange gespreksduur, het gering aantal vragen van de arts en haar vele aansporingen aan de patiënt om verder te praten doen vermoeden dat dit gesprek op de patiënt gecentreerd is. Hoe deze daar precies op reageert is niet duidelijk omdat we diens uitingen kennelijk niet daarvoor op de juiste wijze gecategoriseerd hebben. We noemen deze factor 'patiënt-gecentreerd gesprek".

Het gesprek tussen twee mensen is te beschouwen als een soort wisselzang. Om zo'n lied te begrijpen moet men niet de verschillende partijen afzonderlijk bestuderen, maar juist de wisselwerking van de afzonderlijke delen op elkaar nagaan.

In ons geval betekent dat, dat we de samenhang die bestaat tussen de verschillende uitingen van één spreker verklaren door invoering van de uiting van de andere spreker. Met andere woorden, de partiële correlatie tussen twee uitingen van een spreker is gelijk aan nul bij invoering van een uiting van een andere spreker ($r_{aa.p} = r_{aa} - r_{ap} . r_{ap} / \sqrt{(1-r^2_{ap})(1-1^2_{ap}} = 0$) $\rightarrow r_{aa} = r_{ap} . r_{ap}$; a=arts, p=patient).

We gaan dit na voor de formele gesprekskenmerken van de eerste factor van het gesprek.



Figuur III.1; correlaties tussen gesprekskenmerken van het arts-gecentreerde gesprek

We zien dat slechts de correlatie tussen de 1-woordantwoorden en de betekenisherhalingen van de arts door de patiënt niet volledig verdwijnt. Hoe het gesprek verder verloopt na de woordelijke herhaling van de arts door de patiënt is niet duidelijk.

De arts-vragenlijst

Factoranalyse over de arts vragenlijst levert zes principale componenten, waarvan we er drie zullen gebruiken. Aangezien het hier gaat om beoordelingen waarbij een zekere persoonlijke invloed niet te ontkennen is, houden we de eerste component in tact en roteren we de overige twee. Op die manier zit de waardering van de arts voor het gesprek en voor de patiënt in de eerste factor, terwijl de volgende factoren aangeven welke aspecten er bij de beoordeling van het gesprek een rol hebben gespeeld.

variabele	principale comp. I	II	III	geroteerde matrix IPC	II	III
IK VOEL ME ZEKER OVER DE THERAPIE	0,79	0,37	0,12	0,79		
DEZE PAT. KAN GOED MET ME OPSCHIETEN	0,77	-0,17	-0,12	0,77		
IK HEB DEZE PAT. PRECIES DE ERNST VAN Z'N KLACHTEN VERTELD	0,75	0,36	-0,31	0,75		
IK VOEL ME ZEKER OVER DE DIAGNOSE	0,71	-0,01	-0,31	0,71		
DEZE PATIENT HEEFT AL ZIJN KLACHTEN GEUIT	0,51	0,34	0,09	0,51		
IK HEB ALLE ANTWOORDEN VAN DE PAT. GECONTROLEERD	0,50	-0,66	0,33	0,50	-0,73	
OP ALLE ANTWOORDEN DIE IK NIET BEGREEP HEB IK UITLEG GEVRAAGD	0,50	-0,66	0,26	0,50	-0,71	
IK HAD GRAAG NOG WAT MET DEZE PAT. DOORGEPRAAT	0,44	0,73	-0,12		0,72	
DEZE PAT. LEGT TE VEEL BESLAG OP JE	-0,16	-0,50	0,09		-0,50	
DEZE KLACHTEN BETEKENEN NIET VEEL VOOR DE PAT.	-0,47	-0,34	-0,53			-0,62
DEZE PAT. KWAM MET REEELE KLACHTEN	0,31	-0,32	-0,80			-0,86
DEZE PAT. HEEFT NAAST ZIJN ZIEKTE VELE PSYCH. PROBLEMEN	-0,42	-0,56	-0,17			

TABEL III.2; Factormatrix arts-vragenlijst (- bevestigend) (+ ontkennend)

Factor I: Evaluatie eigen gedrag arts

- ik voel me zeker over de voorgeschreven therapie
- deze patient kan goed met me opschieten
- ik heb deze patient precies de ernst van zijn klachten vertelt
- ik voel me zeker over de diagnose
- deze patient heeft al zijn klachten geuit
- ik heb alle antwoorden van de patient die ik niet direct begreep gecontroleerd
- ik heb op alle antwoorden die ik niet begreep om uitleg gevraagd

De eerste factor wordt gevormd door de antwoorden op de vragen die betrekking hebben op de zekerheid van de arts over het eigen gedrag en op de waardering voor de patient. Het zich zeker voelen over diagnose en therapie, het precies vertellen van de ernst van de klachten aan de patient, en het goed met de patient kunnen opschieten geven een waardering voor

het eigen gedrag in termen van zekerheid. Of de patient al zijn klachten geuit heeft, alle onbegrepen antwoorden gecontroleerd zijn of verduidelijkt en of de patient goed met de arts kon opschieten, geven een waardering over het eigen gedrag in het gesprek met de patient. We noemen deze factor daarom 'waardering eigen gedrag arts'.

Factor II: Vervolmaaktheid gesprek

- ik heb alle antwoorden van de patient die ik niet direkt begreep gecontroleerd
- ik heb op alle antwoorden die ik niet direkt begreep om uitleg gevraagd
- ik had niet graag nog wat met deze patient doorgepraat
- deze patient legt te veel beslag op je

De tweede factor wordt gevormd door de variabelen die betrekking hebben op de controle van de antwoorden en de verduidelijking van onbegrepen antwoorden. Voorts of de arts graag nog wat met de patient had doorgepraat en of de patient te veel beslag op de arts heeft gelegd. Zijn alle antwoorden begrepen en gecontroleerd dan heeft de arts verder geen behoefte om verder met de patient door te praten. Zij vindt dat de patient veel beslag op haar legde. Het controleren van en uitleg vragen op antwoorden die niet begrepen werden vertonen een sterkere samenhang met de factor dan het te veel beslag leggen van de patient op de arts. Ook het graag met de patient doorpraten vertoont dezelfde samenhang als de eerste twee variabelen met de factor. De veronderstelling lijkt gerechtvaardigd de samenhang van het teveel beslag leggen op de arts met de factor toe te schrijven aan het veelvuldig om uitleg vragen en controleren van de antwoorden. We noemen deze factor daarom de mate waarin het gesprek vervolmaakt is. In dat geval heeft de arts geen behoefte om verder nog met de patient door te praten.

Factor III: Ernst van de klacht

- deze klachten betekenden niet veel voor de patient
- deze patient kwam met reële klachten hier

De derde factor vertoont hoge samenhang met de beoordeling van de klachten van de patient op hun ernst. Er zijn reële klachten waar de patient weinig last van heeft. Of de patient vele psychische problemen heeft, volgens de arts, maakt bij de beoordeling van het eigen gedrag noch voor het gesprek verschil.

<u>De Patient-vragenlijst</u>

Factoranalyse over de patientvragenlijst levert vijf principale componenten, waarvan we er weer drie zullen benoemen. Ook hier is er sprake van een persoonlijke beoordeling. Daarom laten we ook hier de eerste principale component in staat en roteren we de volgende twee:

Factor I: Waardering voor de arts

- deze arts aarzelt niet bij diagnose
- deze arts heeft al mijn problemen begrepen
- deze arts interesseert zich niet alleen voor je ziekte
- deze arts vertelt precies hoe ernstig het is
- deze arts overlegt voordat hij je iets voorschrijft
- als je de raad van een arts opvolgt ben je het snelste beter
- deze arts behandelt je niet als een nummer
- deze arts praat over andere dan alleen medische onderwerpen

Op de eerste factor komt tot uiting of de arts het idee geeft dat ze zich voor de patient interesseert, zoals tot uiting komt in het antwoordpatroon op de vragen of de arts alleen maar belangstelling voor je ziekte heeft, alle problemen begrepen heeft, je als nummer behandelt en over andere dan medische onderwerpen spreekt. Uit het aarzelen van de arts bij diagnose, het niet precies vertellen wat de patient mankeert, althans volgens de patient, en de geringe bereidheid de raad van de arts op te volgen blijkt voorts dat de mate waarin de arts in staat is het vertrouwen van de patient op te roepen een factor vormt bij de beoordeling. Samenvattend zouden we beide aspecten van deze factor willen interpreteren als 'waardering voor de arts'.

Factor II: Sociaal informatieve patient

- ik kan over al mijn problemen spreken bij deze arts
- bij deze arts kan ik al mijn problemen kwijt

De tweede factor geeft aan of de patient over al zijn problemen kon spreken en al zijn problemen kwijt kon. Hij levert zo informatie aan de arts die buiten het zuiver medische vlak ligt. We noemen deze factor daarom 'sociaal informatieve patient'.

variabele	principale comp. I	II	III	geroteerde matrix IPC	II	III
DEZE ARTS AARZELT NIET BIJ DIAGNOSE	0,76	-0,28	0,11	0,76		
DEZE ARTS HEEFT AL M'N PROBLEMEN BEGREPEN	0,71	0,35	0,27	0,71		
DEZE ARTS INTERESSEERT ZICH NIET ALLEEN VOOR JE ZIEKTE	0,70	-0,45	0,00	0,70		
DEZE ARTS VERTELT PRECIES HOE ERNSTIG HET IS	0,70	0,08	-0,37	0,70		
DEZE ARTS OVERLEGT BIJ VOORSCHRIJVEN	0,66	-0,28	-0,11	0,66		
ALS JE DE RAAD VAN EEN ARTS OPVOLGT BEN JE HET SNELSTE BETER	0,60	0,07	0,08	0,60		
DEZE ARTS BEHANDELT JE NIET ALS EEN NUMMER	0,52	0,12	0,69	0,52		0,70
DEZE ARTS PRAAT OVER ANDERE DAN ALLEEN MEDISCHE ONDERWERPEN	0,50	-0,36	0,49	0,50		
IK KAN OVER AL M'N PROBLEMEN SPREKEN	0,37	0,74	-0,14		0,76	
IK KAN AL M'N PROBLEMEN KWIJT	0,28	0,74	-0,01		0,71	
DEZE ARTS REAGEERT KORZELIG BIJ KLEINIGHEDEN	0,46	-0,07	-0,59			-0,59
DEZE ARTS HOUDT Z'N PATIENTEN OP EEN AFSTAND	0,29	-0,32	-0,55			-0,62
DEZE ARTS STAAT EROP DAT JE PRECIES DOET WAT HIJ ZEGT	0,39	0,35	-0,25			

TABEL III.3; Factormatrix patient-vragenlijst (- bevestigend) (+ ontkennend)

Factor III: Afwerendheid arts

- deze arts behandelt je als een nummer
- deze arts reageert korzelig als je met kleinigheden komt
- deze arts houdt zijn patienten op een afstand

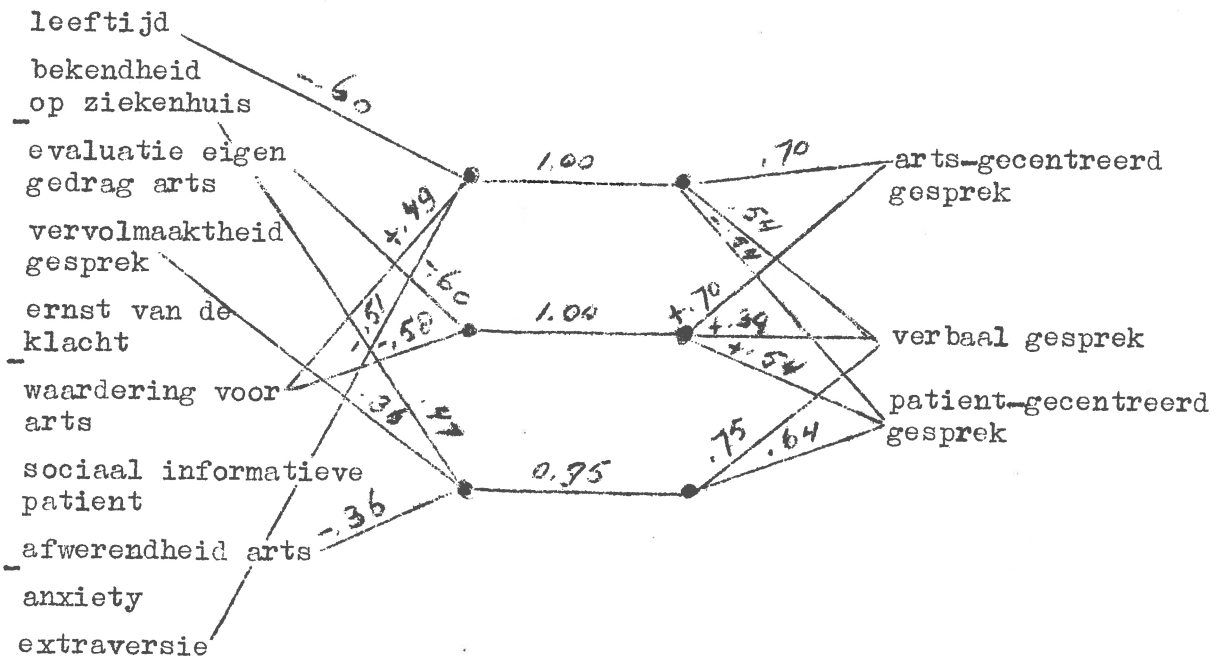
Met de laatste factor hangt samen of de patient vindt dat de arts korzelig reageert bij kleinigheden en of ze de patient op een afstand hield, en als een nummer behandelde. We interpreteren daarom deze factor als 'afwerendheid arts'.

Het maakt bij de beoordeling van de arts en het gesprek geen verschil of de arts geacht wordt erop te staan dat de patient precies doet wat zij zegt.

Samenhang gesprek en wederzijdse beoordeling

In het eerste hoofdstuk hebben we ons uitgangspunt dat de situatie elke keer opnieuw door de deelnemers aan de situatie gemaakt moet worden, uiteen gezet. Hun wederzijdse beoordeling veronderstellen we dan ook afhankelijk van hetgeen in het contact is gebeurd.
Voor onze analyse betekent dat, dat we het gesprek als onafhankelijke variabele beschouwen en de antwoorden op de vragenlijsten als afhankelijk daarvan. Alle drie de onderdelen worden, zoals we hierboven zagen, door telkens drie variabelen die niet met elkaar samenhangen beschreven, de factoren. Hoe beinvloeden nu de drie factoren waardoor het gesprek wordt gekarakteriseerd de zes factoren die we voor de antwoorden op de vragenlijsten hebben gevonden; of om het minder pregnant uit te drukken, hoe hangen deze drie factoren samen met de zes andere. (Het roteren van de factoren terwijl we de eerste principale component niet mee roteerden heeft geen invloed op de onafhankelijkheid van de factoren onderling).
Canonische analyse geeft op deze vraag een antwoord. Dit is een soort tweezijdige multiple correlatie. Uit deze groepen onafhankelijke en afhankelijke variabelen worden voor elke groep zodanige nieuwe variabelen gemaakt, dat hun samenhang met de gegeven variabelen uit de groep zo groot of zo klein mogelijk is. Elke nieuwe variabele uit de ene groep vertoont een zo hoog mogelijke samenhang met een nieuwe variabele uit de andere groep.
De nieuwe variabelen kunnen als een soort factoren beschouwd worden.

Naast de samenhang tussen gesprek en antwoorden op de vragenlijsten willen we weten hoe de leeftijd van de patient en diens bekendheid op het ziekenhuis vanwege eerdere klachten, samenhangen met de gesprekskenmerken. Verder zijn we geinteresseerd te weten wat de invloed is van de anxiety- en extraversiescore op de beantwoording van de vragenlijst en het gesprek. We plaatsen deze vier variabelen bij de vragenlijstscores.
Het resultaat van deze analyse wordt gegeven in figuur III.2.



Figuur III.2: Canonische correlatie gesprek met overige kenmerken

De samenhangen die door de canonische correlaties gegeven worden kunnen als volgt worden beschreven.

I. Mislukt contact

Een op de arts en niet op de patient gecentreerd verbaal gesprek wordt gevoerd met een jonge introverte patient. Deze waardeert het contact met de arts niet bijzonder.
De samenhang is sterk significant ($\alpha < 0{,}0005$)

II. Gewaardeerd contact

Een weinig arts- en patient-gecentreerd gesprek dat enigszins verbaal is, wordt door zowel de arts als de patient gewaardeerd. Het gesprek heeft geen bijzondere kenmerken, alhoewel er een aanwijzing is dat de patient met ernstig te nemen klachten kwam ($r = +0{,}28$).
De samenhang is sterk significant ($\alpha < 0{,}0005$).

III. 'Laissez-faire' gesprek

Een sterk verbaal en op de patient gecentreerd gesprek wordt gevoerd met een patient die op het ziekenhuis vanwege andere klachten bekend is. De arts wordt niet afwerend gevonden terwijl het gesprek door de arts niet als volledig afgerond wordt gekenschetst.
De samenhang is net niet significant ($0{,}10 > \alpha > 0{,}005$)

1V DISCUSSIE

De canonische analyse leverde drie variabelen op voor het gesprek die een zo hoog mogelijke samenhang te zien gaven met de antwoorden op de vragenlijsten en de persoonlijkheids- en persoonskenmerken van de patient. De factoranalyse rukte de verschillende kenmerken van het gesprek uiteen. De canonische analyse -berekend met de factorscores op de verschillende factoren voor elke patient- lijmt als het ware de stukken weer aan elkaar.

Elke gespreksfactor kan positief, negatief of niet met de in de canonische analyse gevonden variabelen samenhangen. Er zijn zo $3^3=27$ mogelijke combinaties. Hiervan worden er hier drie gerealiseerd.

Arts gecentr.	Verbaal gespr.	Pat. gecentr.	Beoordeling
Veel 1) MD-1W-pHa `aSHp àHp lange phrase arts (+)	weinig pSHa lange phrase arts lange phrase pat. hoge ond. ratio pat. (+)	lage ond. ratio arts weinig G veel MD korte gespreksduur (-)	weinig waardering voor arts afgerond gesprek (-)
weinig MD-1W-pHa `aSHp àHp korte phrase arts (-)	idem (+)	idem (-)	beiden tevreden over het gesprek; reële klachten; niet-afwerend (+)
(0)	idem (+)	hoge ond. ratio arts veel G weing MD lange gespreksduur (+)	indifferent qua beoordeling afgerond gesprek; niet afwerend ; sociaal informatieve patient (0/+)

Tabel 1V. 1; Het damen voorkomen van factoren en de waardering daarvan

1) (MD-vragen arts; 1W-1 woord antwoord; H-herhaling; SH-betekenis herhaling; G-hum- en kuchtechniek)

Hoewel het niet gebruikelijk is eenmaal gevormde factoren weer uit elkaar te halen, lijkt het ons in dit geval raadzaam dat wel te doen, omdat er niet dadelijk woorden te vinden zijn die de door ons gevonden gespreks-kenmerken karakteriseren.

Het lijkt erop dat de eerste factor de waardering voor het gesprek met de arts bepaalt. Is het gesprek niet op de arts gecentreerd, of komen er in het gesprek weinig herhalingen voor, dan wordt het meer gewaardeerd. Of er al dan niet veel gevraagd wordt bepaalt niet zozeer de waardering als wel de manier waarop het gevraagd wordt, of wie het gevraagd wordt. Iemand die met duidelijke klachten komt, kan ook makkelijker vragen beantwoorden dan een patient die vage klachten heeft, of zich moeilijk uit over zichzelf. Voor deze laatste groep patienten lijkt een gesprek zoals in de laatste rij aangegeven, een oplossing te bieden

De laatste twee factoren verdienen verdere uitwerking. Pas dan kan hun preciese betekenis worden vastgesteld.
Hun onderlingerelatie kan dan eveneens verder worden bekeken.
Uit inspectie van de interviews komen voor uitbreiding van de tweede factor in aanmerking de mate waarin de patient bij het onderwerp van gesprek blijft. De derde factor zou op die manier uitgebreid moeten worden met het aantal malen dat er afgekapt wordt, het aantal stiltes dat per gesprek voorkomt en de tijd dat de patient achter elkaar aan het woord is.

Van den Hout (56) gaf aan dat de door hem onderzochte groep brachialgie patienten een hoge anxiety-score paarden aan een lage extraversie-score. Ook voor onze groep geldt een negatieve samenhang (r =-0,49). De Wilde (130) geeft aan dat dergelijke negatieve samenhangen worden gevonden in steekproeven waarin mensen met een hoge anxiety-score overheersen. Het is evenwel niet uitgesloten dat de negatieve samenhang in onze steekproef wordt veroorzaakt door de selectie van items die we uit de vragenlijst van de BV hebben gemaakt.
In het gesprek met de arts worden patienten met een hoge anxiety-score niet anders behandeld dan andere patienten. Wel is er enig verband tussen de manier van gesprek voeren en de extraversie-score, maar het verband is zwak. Naarmate de patient extraverter is, is het gesprek minder op de arts en meer op de patient georienteerd; eveneens is het dan minder verbaal. (rr zijn respectievelijk -.38, +.21 en -.31). Eerder dan het gesprek beïnvloedt de extraversie-score de beoordeling van de arts door de patient. Deze is positiever naarmate de patient extraverter is (r =-0,64). Tenslotte moet nog vermeld worden dat de arts ontevredener over haar eigen optreden is naarmate de patient een hogere anxiety-score heeft (r = 0,50). Er is geen verband met de beoordeling van de ernst van de klacht. Dit kan verklaard worden uit het feit dat geen enkele schouderklacht een ernstige klacht kan zijn. Evenwel is het antwoordpatroon op de vraag of de patient het reële klachten kwam volstrekt normaal verdeeld, zodat het eerder lijkt, dat de ernst van de klacht niet het gesprek karakteriseert. Voor verder onderzoek betekent dit dat de aard van de klacht geen selectie-criterium

ıoeft te zijn.

De leeftijd van de patient is eerder een bron van variatie in het ge-
sprek. Naarmate de patient jonger is, is het gesprek meer op de arts ge-
centreerd (r =-0,54), en is minder afgerond (r = 0,49). We weten niet of
lit een typisch kenmerk van onze arts is die zich wat teruggetrokken toonde
ten opzichte van haar mannelijke leeftijdsgeno en die ze moest behandelen
of dat dit een algemeen verschijnsel is.

In het voorafgaande hebben we de tijd die aan de uitleg van de ziekte
ordt besteed buiten beschouwing gelaten. Voeren we hem in, dan verandert
r in de factoranalyse van de gesprekskenmerken nauwelijks iets. Deze va-
iabele scoort hoog op de tweede factor en wel zodanig dat naarmate het ge-
sprek verbaler is er meer tijd aan de uitleg wordt gespendeerd. Dit zou
unnen betekenen dat de tweede factor een noodzakelijke voorwaarde inhoud
oor een gunstige beoordeling. De eerste factor modificeert deze dan. Dit
et ons op het spoor wellicht van de verklaring waarom patienten niet te-
redener worden als ze meer informatie krijgen over hun ziekte. Niet alleen
an de eerste factor het effect te niet doen, de uitleg kan ook niet pas-
en in het kader van de rest van het gesprek. Hierdoor heeft de patient
et idee niet werkelijk over de aard van zijn ziekte te zijn ingelicht.

In het voorafgaande hebben we aangetoond dat de manier waarop arts en
atient hun gesprek voeren hun wederzijdse beoordeling beïnvloedt, Naarmate
et gesprek verbaler en minder op de arts is gecentreerd is het oordeel
unstiger.

In een volgend onderzoek zou moeten worden nagegaan wat de preciese
nvloed van de gevonden kenmerken op de wederzijdse beoordeling is, welke
ombinaties mogelijk zijn en hoe het gesprek in het algemeen wordt opge-
ouwd. Door na te gaan hoe de voorafgaande delen de erop volgenden beïn-
loeden, wordt het gesprek manipuleerbaar. Voorts is het mogelijk na te
aan hoe bepaalde uitgangshoudingen van arts en patient in het gesprek tot
iting komen en doorwerken in het gedrag tijdens en na het gesprek.

Leiden, maart 1974

Om het gesprek zinvol te kunnen analyseren, hebben wij uw mening over patient en uzelf nodig.
Achter elke vraag vindt u een vijftal hokjes. Boven de hokjes staan de mogelijke antwoorden. Het scala van mogelijkheden loopt van "helemaal mee eens" tot "helemaal mee oneens". Voor elke vraag zet u een kruisje in het hokje waarboven het antwoord staat dat het meest uw mening weergeeft. Probeer vooral direkt te antwoorden, en verlies zo weinig mogelijk tijd want het gaat om uw eerste indruk. Goede of slechte oplossingen zijn er niet. Vul deze vragenlijst direkt na het bezoek van de patient in, voordat u de volgende roept.

Patientnummer:.....

	helemaal mee eens 1	2	3	4	helemaal mee oneens 5
1. Deze patient heeft al zijn klachten geuit.					
2. Deze patient heeft naast zijn ziekte, vele psychische problemen.					
3. Deze patient kan goed met me opschieten.					
4. Als er voldoende tijd zou zijn geweest, had ik graag nog wat met deze patient doorgepraat					
5. Ik voel me zeker over de diagnose.					
6. Ik heb op vrijwel alle punten waar ik niet precies begreep wat de patient bedoelde uitleg gevraagd.					
7. Ik voel me zeker over de voorgeschreven therapie					

z.o.z.

	1	2	3	4	5
8. Antwoorden van de patient waarvan de geldigheid niet goed te achterhalen was, heb ik gecontroleerd door de vraag na een poosje te herhalen.					
9. Deze patient kwam met kleinigheden hier.					
0. Ik heb deze patient precies verteld hoe ernstig het met hem is.					
11. Deze patient legt te veel beslag op je.					

Indien u opmerkingen over deze vragenlijst heeft of als u een idee heeft, waarom u met deze patient goed of slecht kon opschieten, wilt u dat dan hieronder opschrijven.

Op de volgende bladzijden vindt u een aantal vragen. Wij willen graag uw antwoorden op deze vragen weten, omdat we onderzoeken hoe artsen en patienten elkaar beter kunnen begrijpen.
Al uw antwoorden blijven strikt geheim. Uw dokter komt ze niet te weten. Ze worden alleen voor het onderzoek gebruikt. Als u echt niet mee wilt doen, dan bent u daar natuurlijk volkomen vrij in. Wij hebben uw antwoorden wel nodig. Daarom hopen we dus dat u meedoet. Misschien hebben andere patienten er later wat aan!

Achter elke vraag ziet u vijf hokjes. Boven de hokjes staan de mogelijke antwoorden. De antwoorden lopen van "helemaal oneens" tot helemaa mee eens" of van "nooit" naar "altijd".
Wij vragen u nu, uit zo'n rij dat hokje aan te kruisen dat voor u van toepassing is. Bijvoorbeeld:

	NOOIT	SOMS	AF EN TOE	VAAK	ALTIJD
Kijkt u vaak televisie?					X
Bent u dikwijls moe?		X			

Wanneer u elke avond televisie kijkt, dan zet u een kruisje onder altijd, in het laatste hokje. Kijkt u haast elke avond, dan zet u een kruisje onder "vaak". Kijkt u een of twee keer per week, dan zet u een kruisje onder "af en toe" en kijkt u nog minder dan onder "soms". Kijkt u haast nooit of nooit TV dan zet u een kruisje onder "nooit". Weet u het niet dan zet u uw kruisje in het middelste hokje.

Probeert u vooral direkt te antwoorden, en verlies zo weinig mogelijk tijd met nadenken, want het gaat om uw eerste indruk. Er zijn geen goede of slechte oplossingen. Elk antwoord is goed, als u maar uw eerste indruk weergeeft. Slaat u a.u.b. geen enkele vraag over.

Graag willen we eerst enkele persoonlijke gegevens van u.
Deze zijn uw beroep:.....
uw leeftijd:.....
uw geslacht: man/vrouw
uw patientnummer:.....

Op de volgende bladzijden komen de vragen.

Hieronder volgen een aantal vragen over het gedrag van de arts. U kunt deze vragen beantwoorden door te kiezen uit het vijftal

1 helemaal mee eens / 2 mee eens / 3 weet niet / 4 mee oneens / 5 helemaal mee oneens

Slaat u a.u.b. geen enkele vraag over

	helemaal mee eens				helemaal mee oneens
	1	2	3	4	5
1. Deze arts overlegt eerst met je, voor hij je een manier van leven voorschrijft.					
2. Deze arts behandelt je niet als een nummer.					
3. Bij deze arts kan ik al mijn problemen kwijt.					
4. Deze arts aarzelt niet bij diagnose.					
5. Als je de raad van een arts opvolgt ben je het snelst beter.					
6. Deze arts heeft al mijn problemen begrepen.					
7. Deze arts reageert korzelig als je met kleinigheden komt.					
8. Deze arts praat met zijn patienten over andere dan alleen medische onderwerpen.					
9. Deze arts staat erop dat de patient precies doet wij hij zegt.					
0. Deze arts vertelt precies hoe ernstig het is.					
1. Met deze arts kan ik over al mijn problemen spreken.					
2. Deze arts interesseert zich niet alleen voor je ziekte.					
. Deze arts houdt zijn patienten op een afstand					

Hieronder volgen een aantal vragen over uzelf en uw mogelijke ziekteklachten. U kunt deze vragen beantwoorden door te kiezen uit het vijftal nooit / soms / af en toe / vaak / altijd.

Slaat u a.u.b. geen enkele vraag over

	nooit 1	soms 2	af en toe 3	vaak 4	altijd 5
14. Wordt u vaak uit uw slaap gehouden doordat er zoveel gedachten door uw hoofd gaan?					
15. Heeft u vaak last van hoofdpijn?					
16. Geeft u er de voorkeur aan uw omgang met andere mensen beperkt te houden tot enkele goede vrienden en kenissen?					
17. Neemt u teleurstellingen meestal zo zwaar op dat u ze maar niet van u af kan zetten?					
18. Heeft u dikwijls maagklachten?					
19. Vindt u het fijn om mee te doen als andere mensen zich uitleven in een hoerastemming?					
20. Is het zo, dat u nu eens overloopt van energie en werklust en dan weer traag bent en zonder fut?					
21. Zweet u gauw, zelfs als het fris is?					

z.o.z.

	nooit	soms	af en toe	vaak	altijd
	1	2	3	4	5
22. Heeft u bijna altijd een antwoord klaar als iemand een opmerking tegen u maakt?					
23. Heeft u hartkloppingen?					
24. Zou u zich erg ongelukkig voelen, als het u onmogelijk was om met veel andere mensen in kontakt te komen?					

25. In mijn familie en vriendenkring ken ik mensen met dezelfde klachten en ziekte als ik heb? ja / nee

Als u opmerkingen over deze vragen hebt of als u een idee heeft waarom u deze arts goed of slecht begrijpt, wilt u deze dan hier opschrijven. We kunnen ze altijd gebruiken.

LITERATUUR

1. Ahrens, R. - Die Bedeutung des Linguistik und Psycholinguistik für das diagnostische und therapeutische Gespräch (Zeitschr. Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse 17, 3/4/ 1971)

2. Appel, René - Het maken van syntaktiese komplexiteit (stencil instituut ATW Univ. van Amsterdam)

3. Argyle, Michael - Verbale en non-verbale communicatie (Intermediair 9,37,1973 (33-41))

4. Back, Kurt - Power, Influence and Patterns of communication, in: Moscovici, Serge ed. the Psychosociology of Language (Chicago, 1972)

5. Badura, Bernhard - Sprachbarrieren (Uitg. Fromann und Holzboog 1971)

6. Bales, Robert F. - How People interact in Conferences (in: Smith, Alphred G., Communication and Culture (New York 1966))

7. Barbee, Robert e.a. - The quantitative Evaluation of student performance in medical Interview (J.M.E., 42,3,1967 (238-243))

8. Bateson, Gregory - Information, Codification and metacommunication (in: Smith, Alphred G., Communication and Culture (New York, 1966))

9. Bernstein, Basil - Linguistic Codes, Hentation Phenomena and Intellegence (Language and Speech V, 1962 (31..45))

. idem - Social Class,Linguistic Codes, and Grammatical Elements (Language and Speech V, 1962 (221-240))

. idem - A Sociolinguistic Approach to Socialization (in: Gumperil,Hymes ed.: Directions in Sociolinguistics (New York 1968))

. idem - A Sociolinguistic Approach to Social Learning (in: Gouldon, Alvin ed.: Penquen Survey of the Social Sciences (London, Penquen Books 1965))

. Birdwhytle, Ray L. - Some Relations between American Kinesics and spoken American English (in: Smith, Alfred G., Communication and Culture)

. Bloom - Patients and their Doctors, New York, 1965

. Boer, H. de - Schriftelijke rapporteren (Utrecht, 1966)

. Boomer, Donald S. - Hesitations and Grammatical Encoding (in: Moscovici, the Psychosociology of Language (Chicago 1972))

. Brown, R. e.a. - Adress in American Culture (in: Moscovici, the Psychosociology of Language (Chicago, 1972))

18. de Camp, David - Ist eine sociolinguistische Theorie möglich (in: Klein und Wunderlich ed., Aspekte der Soziolinguistik, Frankfurt a/M. 1971)

19. Carmichael, Carl W - Frustation and Language Intensity (in: Moscovici S, the Psychosociology, Chicago, 1972)

20. Cartwright, Ann - Human Relations and Hospital care (London, 1969[2])

21. idem - Patients and their Doctors (London, 1967)

22. Cassée, E. Th. - Naar de dokter (Meppel, 1973)

23. idem - Het gedrag van de huisarts en de tevredenheid van de patient (Huisarts en Wetenschap 8, 1965 (402-406)).

24. Cazden, Courtney - Die Situation, Eine vernachlässigte Ursache Soziale Klassen unterschiede im Sprachgebrauch (in: Klein und Wunderlich ed. Aspekte der Soziolinguistik, Frankfurt a/M, 1971)

25. Cherry, Colen E. - The communication of informations (in: Smith, Alfred, Communication and Culture, New York, 1966)

26. Chromsky, Noam - Aspects of a theory of syntax (Cambridge Man, 1965)

27. idem - 3 models for the desrciption of language (in: Smith, Alfred, G. Communication and Culture, New York, 1964)

28. Coulthard, e.a. - die Structur der Nominalen Gruppe und die Elaboriertheit der Kode (in: Klein und Wunderlich ed.: Aspekte der Soziolinguistik, Frankfurt a/M 1971)

29. Davis, Milton S. - Physiologie, Psychologicial and Demographie Factors in Patient Compliance with Docters' advice (Medical Care, 6, 2, 1968 (115-122))

30. idem - Variation in Patient, Compliance with Doctors' advice (Am. Jr. Public Health, 58, 2, 1968 (274-288))

31. idem - Variation in Patients'Compliance with Doctors' Orders (J.M.E., 41, 11, 1966 (1037-1048))

32. Davitz, Jack R. - The communication of emotional meaning (lichtdr

33. Dick, Simon C., e.a. - Beginselen van de algemene taalwetenschap, (Utrecht, 1970)

34. Dinkeler, Christian - Charackeristische Einstellungen des Kreislaufs während erst Interviews (Zeitschrift Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse, 17,2, 1971)

35. Dobbs, Herold J. e.a. - the conceptualization and teaching of Medical interviewing (J.M.E. 47, 41, 1972)

36. Ekman, Paul - Body Position, Facial Expression and Verbal Behavior during Interviews (in: Moscovici, S: the Psychosociology of Language (Chicago, 1972)

37. Elstein, Arthur S. e.a.- Methods and Theory in the study of Medical Interviewing (J.M.E. 47, 41, 1972)

38. Ernstene, A. Carlton - Explaining to the patient (J. Am. M. Am. 165, 9, 1957 (1110-1113))

39. Ervin-Tripp, Susan - Sociolinguistics (in: Fishman, Advances in the sociology of language 1 (Den Haag 1972)

40. Foudraine, J - Wie is van hout (Bilthoven, 1971)

41. Freidson Eliot - Profession of Medicine, (Chicago, 1972)

42. Galtring, Johan - Theory and Methods of Social Research (Oslo 1970[3])

43. Garfunkel, - Studies in Ethnomethodology (Englewood Cliffs 1967)

44. Geer, John P. v.d. - Codability and Perception (in: Moscovici,S., the Psychosociology of Language, Chicago 1972)

45. Goffmann, Erving - Alienation from Interaction (in: Smith, Alfred, Communication and Culture, New York, 1966)

46. Goldman-Eisler, Frieda - A comparative study of two hesitation phenomena, (in: Moscovici, Serge, the Psychosociology of Language, Chicago, 1972)

47. Gottschalk, Luis, e.s. - The measurement of Psychological States through Content Analysis of verbal Behavior

48. Groot, A.D. de - Methodologie (Den Haag 1970[5])

49. Halliday, M.A. - Language Structure and Language Functions (in: Lyons John, New Horizons in Linguistics, (Harmondsworth, 1970))

50. Hare, Paul - The Dimensions of Social Interaction (in: Smith, Alfred, Communication and Culture (New York, 1966))

51. Harms, - Methods and Theory in the Study of Medical Inquiery (J.M.E., 47, 2, 1972 (85-93))

52. Henderson, Dorothy e.a.- Social Class, Language and Communication (Londen 1970)

53. Hinz, Carl - Direct Observation as a Means of teaching and education clinical skills (J. M. E., 41, 2, 1966 (150-161))

54. Hodgins, Eric - Listen, the Patient (New England J. Med. 274, 12, 1966 (657-661))

55. Holsti, Ole - Content Analysis to the Social Sciences and Humanities (Reading,Mass. 1969)

6. Hout, W.P. van den - de Brachialgie in de Huisartspraktijk (Groningen, 1969)

7. Hubers, G.A.C. - Fundamentele communicatieproblemen of belangentegenstellingen? (in: Fundamentele Communicatieproblemen (Annalen Tijmgenootschap, 60, 2 april 1972)

8. idem - Inleiding tot een functionele taaltheorie (stencil Instituut ATW, Univ. van Amsterdam)

9. Jonge, H. de - Inleiding tot de Medische Statistiek 1 en 2 (Groningen, 1962)

0. Joosten, J. - ULUCO 1970 (terreinverkenning SIL, herfst 1970)

1. idem - Alles is Winderig (paper SIL, herfst 1971)

2. idem - van 'id' tot 'ethnomethodologie' (paper SIL zomer 1972)

3. Josten, J.G.J.E. - Voorlichting en Ontwikkeling van therapeutisch gedrag in het kader van de arts patient relatie (Huisarts en Wetenschap 8, 1965 (402-406))

4. Joyce, C.R.B. e.a. - Quantative study of Doctor Patient Communication (Quarterly J. Med. (1969))

5. idem - Personal Factors as a Course of Difference in prescribing by General Practitioners (Br. J. Prev. Social M. 22, 3, 1968 (170-177))

6. Kahn, Cannel - The Dynamics of Interviewing (New York 1957).

7. Katz, Eliher e.a. - Doctor Patient Exchange (Human Relations, 22, 4, 1969 (309-324))

8. Kimball, Chase - Techniques of Interviewing (Annuals J. Intern. M., 71,1, 1969 (147-151))

9. Kollektief - Inhoudsanalyse (stencil SIL 1970)

0. Kollektief - Sociolinguistiek (stencil instituut ATW, Univ. van Nijmegen, 1972)

1. Labovr, William - The Logic of Non-Standard English (in: Deall Hymes, the ethnography of speaking

2. idem - The effect of social mobility on linguistic Behavior (in: Lieberman, Stanly ed: Exploration in Socio-linguistics (Den Haag, 1961)

3. idem - The Study of Language in its Social Context (in: Fishman, Hoshua, Advances in the sociology of language 1, Den Haag 1971)

. idem, e.a. - Nariative Analysis - oral Version of personal experience (ongepubliceerd manuscript)

. idem - Hypercorrection by the lower-middle class as a factor in linguistic change, (in: Bright, Williams ed., Sociolinguistics (Den Haag 1966)

76. Lawton, - Social Class, Language and Education, Londen, 1967

77. Levin,, G e.a. - The Operant Conditionning of conversation (in: Moscovici, Serge, the Psychosociology of Language (Chicago, 1972))

78. Levison, D - Teaching the Diagnostic Process (J.M.E. 43, 9, 1968 (961-968))

79. Ley, P e.a. - Communicating with the Patient (Londen, 1967)

80. Lindenfeld, Jacqueline - The Social Conditionning of syntactic Variation in French (in: Fishman, Joshua, Advances; the Sociology of Language 2, Den Haag 1972)

81. Lyons, John - Introduction to Theoretical Linguistic (Londen, 1968)

82. Maas, Utz - Grammatik und Handlungstheorie, (in: Maas und Wunderlich, Pragmatik und Sprachliches Handelen (Frankfurt a/M, 1972))

83. Magrew, Dulit - The Patient presenting Complaint (Univ. Minnesota M. Bulletin 29, 1958 (329-340))

84. Mai, François - Teaching the Medical Interview (M.J. Australia, 59, 251)

85. McHugh, Peter - Defining the Situation (Indianapolis, 1968)

86. McKinney, Adler, Leta e.a. - Changes in Medical Interview style after instructions with two closed circuited T.V. techniques (J.M.E. 47, 4, 1972 ( ))

87. idem, e.a. - An Instrument to measure Skill in diagnostic interviewing (J.M.E. 41, 3, 1966 (281-288))

88. Mechanic, Peter - Medical Sociology (New York 1968)

89. Melker, R.A. de - Communicatieproblemen in de relatie arts-patient (in: Annalen Tijmgenootschap, 60, 2 (april) 1972)

90. Miller, G. e.a. - The Effect of Variation in nonfluencey on Audience ratings of source credebility (in: Moscovici, Serge, the Psychosociology of Language, (Chicago, 1972)

91. Newcomb, Theodore M - An Approach to the Study of Communicative acts, (in: Smith, Alfred, Communications and Culture (New York 1966))

91. Newman, John B - A rationale for a defenition of communication (in: Smith, Alfred, Communication and Culture (New York 1966))

93. Niepold, Wolf - Sprache und Soziale Schicht (Berlijn, 1971)

94. Nieuwenhuijzen, M.G. van - De relatie huisarts-patient (Huisarts en Wetenschap 3, 1960 (231-236))

95. Nuttin, J - La structure de la personalité (Parijs, 1968)

96. Oevermann, Ulrich - Sprache und Soziale Schicht (Frankfurt a/M 1971)

97. Osgood, Charles E - Studies in the Generality of Effective Meaning Systems (in: Smith, Alfred, Communication and Culture, New York 1966)

98. Peterson, Oslar e.a. - A study of diagnostic performance (J.M.E. 41, 6, 1966 (797-803))

99. Peursen , van e.a. - Informatie (Utrecht, 1966)

100. Pichot, P - l'interrogatoire médicale (la nouvelle presse médicale, juli, 1972)

101. Pike, Kenneth L. - Etic and Emic Stanpoints for the description of Behavior (in: Smith, Alfred, Communication and Culture, New York 1966)

102. Pittinger, Robert E. - A Basis for some Contributions of Linguistic to Psychiatry, (in: Smith, Alfred, Communication and Culture, New York 1966)

103. Pope, e.a. - Interviewer Specificity and topical Focus in Relation to Interviewer Productivity (in: Moscovici, Serge, the Psychosociology of Language, Chicago 1972)

104. Pride, J.P. - Sociolinguistics (in: Lyons, John: New Horizons in Linguistics (Harmondworth, 1970)

105. Rapoport, Anatol - What is information? (in: Smith, Alfred, Communication and Culture, New York 1966)

106. Robinson, e.a. - Perceptual and Verbal Discriminations of 'Elaborated' and 'restricted' code uses (in: Moscovici, Serge, the Psychosociology of Language Chicago, 1972)

107. Rommetveit, Regnar - Linguistic and non-linguistic Components of Communication (in: Moscovici, Serge, the Psychosociology of Language, Chicago 1972)

108. Rosenberg, Seymour e.a.- The Effect of different Social Feedback Conditions upon performance in Dyadic Teams (in: Smith, Alfred ed. Communication and Culture, New York, 1966)

109. Sacks, Harvey, - An initial Investigation of the usability of conservational data for doing sociology (in: Sudnow: studies in Social Interaction,)

110. Samora, Julian - Medical Vocabulair Knowledge among Hospital Patients (J. Health and Human Behavior, 2,2, 1961 (83-92))

111. Schatzmann e.a. - Social Class and Modes of Communication (in: Moscovici, Serge; the Psychosociology of Language, Chicago 1972)

112. Schlegoff, Emanuel A - Sequencing in Conversational Openings (in: Fishman, Joshua, Advances in the Sociology of Language 2, Den Haag, 1972)

113. Shenkein, James - Towards an Analysis of natural conservation and the sense of HEHEH (overdruk)

114. Siegel, Sidney - non-parametric Statistics (New York, 1956)

115. Skipper, James e.a. - Social Interaction and Patient Care (Londen 196

116. Slobin, Dan J - Forms of Adress and social relations in a bussiness organization (in: Moscovici, Serge, the Psychosociology of Language, Chicago, 1972)

117. Speier, Metthew - Some conversational Problems for interactional exchanges

118. Starkweather - Content Free Speech as a Source of Information about the Speaker (in: Smith, Alfred, Communication and Culture New York 1966)

119. Szasz, Thomas e.a. - The basic Model of the Doctor-Patient relationship (Archives Internal Med. 47, 5, 1956 (585-592))

120. Tannenbaum, Percey E - The indexing process in communication (in: Smith, Alfred, Communication and Culture (New York 1966))

121. idem e.a. - Word-predictability in the Environment of hesitations (in: Moscovici, Serge, the Psychosociology of language, (Chicago, 1972)

122. Taylor, Janet - A personality score of manifest anxiety (overdruk)

123. Turner, Roy - Some Formal Problems of therapy talk

124. Vercruysse, E.V.W. - Het ontwerpen van een sociologisch onderzoek (Assen 1966)

125. Vrolijk, A e.a. - Gespreksmodellen (Alphen a/d Rijn, 1972)

126. Watzlawick, P e.a. - De pragmatische aspecten van de menselijke kommunikatie (Deventer, 1971)

127. Weaver, Warren - The Methamatics of communication (in: Smith Communication and Culture (New York 1960))

128. Westley, Bruce E. - A conceptual model for communication, Research (in: Smith, Communication and Culture, New York 1966)

129. Wiener, Norbert - Cybernetics (in: Smith: Communication and Culture, New York 1966)

130. Wilde, G.J. de - Het meten van Neurotische Labibliteit (Amsterdam 1963)