

Modificaties van vraag-antwoordsequenties in getolkte arts-patiëntgesprekken

1. Inleiding

Empirisch gespreksanalytisch onderzoek naar dialogisch tolken heeft nog geen erg lange traditie. Dit soort onderzoek kan op twee niveaus bijdragen aan onze kennis over tolken: allereerst om inzicht te krijgen hoe de interactie verandert door de aanwezigheid van een tolk die intermedieert tussen gespreksdeelnemers die elkaars voertaal niet (goed genoeg) beheersen; en ook om patronen te achterhalen in de wijze waarop betekenisvorming tot stand komt in interacties waarin de deelnemers met elkaar communiceren via een tolk. We hopen met ons onderzoek bij te dragen aan de theoretische fundering van het vak van tolk.

De afgelopen vijftien jaar is er een sterke toename van onderzoek vanuit een pragmatische, interactionele invalshoek van getolkte interacties, zowel in medische (bijvoorbeeld Bolden 2000, Meyer 2004, Bot 2005), juridische (bijvoorbeeld Knapp & Knapp-Pothoff 1986) als commerciële (bijvoorbeeld Gavioli & Maxwell 2007) settings. Een zeer invloedrijke studie is Wadensjö (1998). Het is een empirische studie naar getolkte gesprekken in medische en juridische settings. Geïnspireerd door sociale psycho-

Samenvatting

Uitgangspunt van het artikel is een conceptuele verkenning van de wijze waarop getolkte arts-patiëntgesprekken beïnvloed worden door de tussenkomst van de tolk. Voor die verkenning gebruiken we inzichten uit de conversatieanalyse, met name met betrekking tot organisatie van de beurtwisseling, de interactionele vormgeving van sequenties van bij elkaar horende communicatieve handelingen en de wisselwerking daartussen. In een klein corpus getolkte arts-patiëntgesprekken onderzoeken we de organisatie van de beurtwisseling in arts-geïnitieerde vraag-antwoordsequenties, en de wijze waarop de posities van beurten in die sequenties interactioneel gerealiseerd worden. Wat betreft de beurtwisseling vinden we dat er een oriëntatie is op verkorting (compressie) van trajecten waarin tolk en patiënt in de taal van de patiënt communiceren om vragen van de arts te beantwoorden. Die oriëntatie komt tot uiting in de minimalisering van de omvang van beurten in het participatiekader patiënt / tolk, en in precompletie overlap van die beurten. Wat betreft de sequentieorganisatie zien we dat er sequentiële varianten zijn waarin de tolk op eigen gezag afwijkt van het basispatroon door bijvoorbeeld zonder tussenkomst van de patiënt al antwoord te geven op een vraag van de arts, of door binnen het participatiekader met de patiënt vervolgvragen te stellen die vooruitlopen op mogelijke, interactioneel nog niet-gearticuleerde informatiebehoeften van de arts.

logie en antropologie koos Wadensjö – in tegenstelling tot de normatieve benadering die voordien veelal het geval was – voor een primair descriptieve invalshoek. Dat leidde tot een herinterpretatie van de rol van de tolk. Terwijl de tolk daarvoor als een soort vertaalmachine werd beschouwd, kwam er nu meer oog voor de wijze waarop de tolk actief participeert in het gesprek en essentieel bijdraagt aan vorm en inhoud van de communicatie. Hoewel er nog steeds discussie is over hoe de rol van de tolk ingeschat dient te worden, winnen benaderingen waarin de tolk als actieve participant wordt gezien, de laatste jaren duidelijk terrein.

Hierop voortbouwend – en meer specifiek voor medische interacties – werd bestudeerd op welke manieren tolken kunnen bijdragen aan de interactie en is onder andere beschreven hoe een tolk de rol van interviewer aanneemt (Davidson 2000), of vertalingen zuivert van ‘irrelevante’ informatie (Bolden 2000). Het besef dat de tolk communicatieve betekenissen co-construeert resulteerde in een meer coöperatief model van getolkte interactie (Davidson 2002). Tot dusver is er echter nog geen systematische conceptualisering ontwikkeld van de wijze waarop de wisselwerking tussen gespreksorganisatie (met name beurtwisseling) en handelingsverloop (sequentie-organisatie) beïnvloed wordt door de bijdrage van een tolk. In dit artikel proberen we daar meer inzicht in te krijgen (zie ook Mazeland 2007).

2. Databeschrijving¹

Onze data bestaan uit vier getolkte arts-patiëntgesprekken die plaatshadden in een Antwerps ziekenhuis in januari 2008. De gesprekken zijn alleen auditief opgenomen en uiteraard zijn alle gegevens geanonimiseerd. De tolk in deze gesprekken werkt als interculturele bemiddelaar in het ziekenhuis. Ze is van Russische afkomst en heeft geen professioneel diploma van tolk, maar ze volgde wel enkele cursussen over verbindingstolken in een sociale context. De artsen in de vier gesprekken zijn allen moedertaalsprekers van het Nederlands. Tabel 1 geeft een overzicht van de gesprekken:

Thema	Duur (minuten)	Specialist	Klacht en topic
lever	18	hepatoloog	De patiënt heeft een ernstig leverprobleem en er is zelfs sprake van een mogelijke transplantatie. In dit gesprek worden de resultaten van een voorafgaand onderzoek besproken en wordt de verdere behandeling bepaald.
nier	29	nefroloog	De patiënt heeft een hoge bloeddruk en lijdt daardoor aan allerlei kwalen. Dit gesprek is diagnostisch van aard en leidt tot de opname van de patiënt voor verdere onderzoeken.
reuma	14	reumatoloog	De patiënte heeft een te hoog cholesterolgehalte, en heeft ook last van krachteloosheid en pijn in de armen en de benen. De toestand van de patiënt wordt doorgenomen op basis van de beschikbare gegevens.
spier	13	reumatoloog	De patiënte lijdt aan overgewicht en heeft diverse pijnklachten, onder andere pijn in de handen en de voeten. Ook de medicatie die de arts voorgeschreven had in een vorig consult, wordt geëvalueerd en bijgesteld.

Tabel 1: *Overzicht van de onderzochte gesprekken*

3. Analyse

We focussen in deze studie op vraag-antwoordsequenties. Tijdens de consulten zijn het vooral de artsen die vragen stellen en de patiënten die antwoorden geven. Uiteraard zijn er ook vragen in de omgekeerde richting, waarbij de patiënt een informatieuitwisselingssequentie initieert. Die komen echter veel minder vaak voor en we zullen ons daar in dit paper niet op richten.

In zo'n vraag-antwoordsequentie wordt een bepaald soort participatiekader relevant gemaakt in de interactie. De notie participatiekader gaat terug op Goffman (1981) en betreft in essentie de wijze waarop de verhouding tussen spreker en luisteraar geconfigureerd is: 'When a word is spoken, all those who happen to be in perceptual range of the event will have some sort of participation status relative to it.' (1981: 3). In getolkte interacties is die configuratie tamelijk complex. Doordat er in twee talen gesproken wordt, lopen er eigenlijk twee participatiekaders door elkaar: aan de ene kant is er een uitwisseling tussen de arts en de tolk, aan de andere kant tussen tolk en patiënt. De tolk neemt deel aan beide participatiekaders. Zij is zowel in het participatiekader met de arts spreker en luisteraar, als in dat met de patiënt. Ze vormt de intersectie van die twee participatieruimtes, zoals te zien is in onderstaande afbeelding:

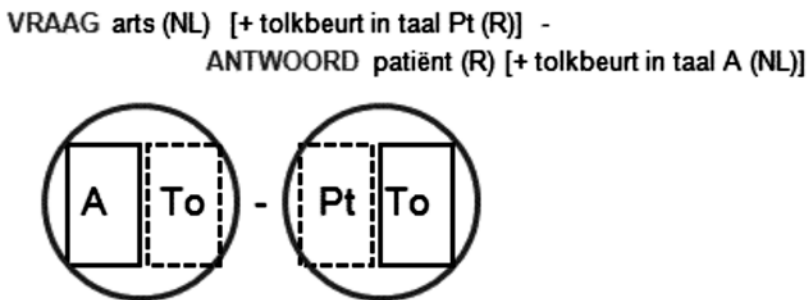


Figuur 1: *De participatiekaders Arts-Tolk en Tolk-Patiënt*

3.1 Het basispatroon: de invloed van tolken op de organisatie van sequenties. De situationeel relevante, primaire rollen (situationele identiteiten, cf. Zimmerman 1998: 90) in het arts-patiëntgesprek zijn de *arts* en de *patiënt*. In gesprekken waarin die interactie getolkt moet worden omdat de primaire sprekers elkaars taal niet (goed genoeg) kennen, wordt dit participatiekader uitgebreid met een intermediaire situationele identiteit, de *tolk*. De inbreng van de tolk heeft ingrijpende consequenties voor de vormgeving van sequenties. In dit paper willen we onderzoeken hoe die vormgeving eruitziet voor vraag-antwoordsequenties die door de arts geïnitieerd worden.

Als we de bijdrage van de tolk conceptueel verkennen, dan kun je beredeneren dat vertalers-beurten de sequentiële aangrenzendheid tussen het *eerste paardeel* (EPD) en het *tweede paardeel* (TPD) van een aangrenzend paar (zoals een vraag-antwoordsequentie) verbreken. De arts krijgt pas antwoord op een vraag nadat de tolk en de patiënt een traject hebben doorlopen waarin minstens twee beurten geproduceerd worden in een taal waartoe de arts (bijna) geen toegang heeft. Dat wil zeggen, in die fases van getolkte gesprekken waarin de interactie sequentieel georganiseerd wordt, is de beurt ná een beurt met een eerste paardeel van de arts, bijna nooit de beurt met het bijbehorende tweede paardeel.

Als we dit patroon vanuit het perspectief van de sequentie-initiator (de eerste-paardeel-spreker) bekijken, ziet dat er als volgt uit. In deze figuur geeft de aard van de rechthoeken, die de beurten aanduiden, de talen weer waar het in onze data om gaat: een volle lijn voor Nederlands, een stippellijn voor Russisch:



Figuur 2: *Alternatie beurten in het Nederlands en in het Russisch en het verband daarmee met sequentiële structuur (vanuit theoreticusperspectief)*

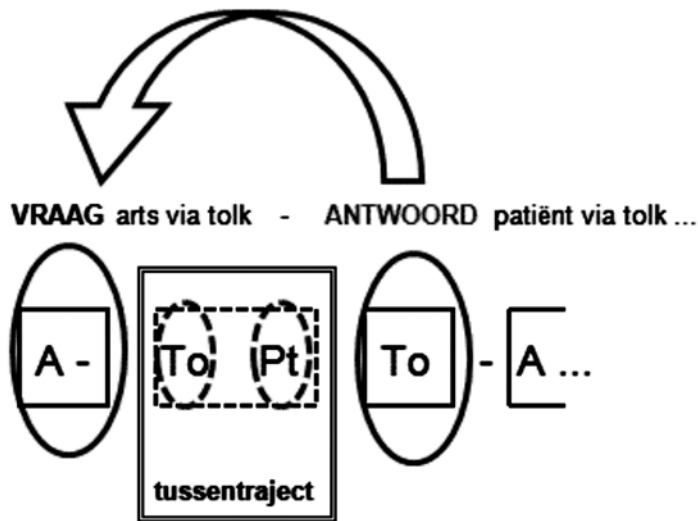
De grijze cirkels bakenen sequentiële posities af (eerste en tweede paardeel van de vraag-antwoordsequentie), hier echter nog niet vanuit een deelnemersperspectief (*participants' perspective*), maar vanuit een perspectief van de beschouwer van buitenaf (*analyst's perspective*). Tussen beurt-1 met het EPD en de beurt waarin de tolk een versie van het TPD levert waarmee de arts kan werken, zit een *tussentraject* van minstens 2 beurten dat zich afspeelt in een ander participatiekader en in een andere taal:

- in beurt-2 komt eerst de tolkbeurt met de vertaling van het EPD in de taal van de patiënt;
- in beurt-3 volgt de reactie van de patiënt, in principe het bijbehorende TPD.

Pas in beurt-4, de tolkbeurt met de vertaling van beurt-3, krijgt de initiator van de sequentie een werkbare versie van het TPD aangeleverd.

Er is eventueel sprake van sequentiële aangrenzendheid voor beurt-2 en beurt-3 (in het participatiekader Tolk / Patiënt), terwijl de sequentiële samenhang tussen de handelingen in beurt-1 en beurt-4 (in het participatiekader Arts / Tolk) niet gefundeerd is in een traject van aangrenzende beurten. Vergelijkbare redeneringen kunnen worden gemaakt voor eventuele reacties van de arts op het TPD van de patiënt.

De sequentiële progressie wordt dus steeds verbroken met 2 beurten in de andere taal, en in een ander participatiekader. In het schema hieronder is dat tussentraject (in principe steeds 2 beurten lang) afgebakend in de rechthoek met de dubbele lijn:



Figuur 3: Verband sequentiële structuur en alternatie beurten in het Nederlands en in het Russisch vanuit een deelnemersperspectief (dat van de arts)

Het verloop van de vraag-antwoordsequentie in onderstaand fragment is een illustratie van het patroon in figuur 3:

(1) nier² (00:06:30)

1. Art:→₁ •h en (.) was die bloeddruk altijd ↑ zo ↑ hoog
2. of is <da verergerd.>
3. 0.6
4. Tol:→₂ давление всегда такое высокое было или сейчас
5. was de bloeddruk altijd zo hoog of is dat nu
6. выше стало чем раньше
7. hoger geworden dan vroeger
8. (.)
9. Pat:→₃ нн. ну я чувствую выше стало.
10. hm. nou ik voel 't is hoger geworden

Modificaties van vraag-antwoordsequenties in getolkte arts-patiëntgesprekken

11. Tol:→₄ nu is 't verergerd.
12. 0.8
13. °ik voel [dat 't hoger °is.°°
14. Art:→₅ [mm↑ :

In regel 1-2 stelt de arts een vraag in het Nederlands (pijl-1), de tolk vertaalt die in de daaropvolgende beurt in regel 4-5 (pijl-2), de patiënt antwoordt in de beurt in regel 9-10 (pijl-3), en in regel 11 volgt ten slotte beurt-4 met de vertaling van het antwoord in het Nederlands (pijl-4). Merk overigens op dat de eerste versie van het antwoord in regel 11 zich meer spiegelt aan de formulering van de vraag van de arts; in regel 13 geeft de tolk pas in tweede instantie een meer letterlijke vertaling van het antwoord van de patiënt.

Maar hoe voor de hand liggend het patroon in figuur 3 ook lijkt te zijn, toch blijkt dit in onze data minder vaak voor te komen dan we verwacht hadden op basis van de conceptuele verkenning van de invloed van een tolk op de sequentie-organisatie. Er wordt zelfs verhoudingsgewijs vrij vaak van afgeweken. Uit de analyses in de volgende paragrafen blijkt dat de verklaring hiervoor deels gezocht moet worden in aannames die aan het model in figuur 3 ten grondslag liggen. Het model gaat namelijk toch nog steeds uit van het idee dat de tolk als een neutrale vertaalmachine zou fungeren, wat sinds het onderzoek van Wadensjö (1998) minder vanzelfsprekend geworden is. Ondanks dat de tolk elke tweede beurt voor haar rekening neemt, wordt er een beeld geschetst alsof die interventie verder geen consequenties heeft voor het verloop van het gesprek. In de navolgende paragrafen zullen we een tweetal afwijkingen van het basispatroon bespreken waaruit niet alleen duidelijk wordt dat de bijdragen van de tolk de structuur van het verloop van de interactie wijzigen, maar ook een beetje hoe dat gebeurt. Maar voor we hiermee beginnen, bespreken we eerst een – vrij vaak voorkomende – variant van het basispatroon die niet in sequentiële zin verschilt van het basispatroon, maar wel in seriële zin.

3.2 Vertaaltrajectcompressie op het niveau van de beurtwisseling. Deze variant bevindt zich op het niveau van de serialisering van de beurten en we stellen dus vast dat het sequentiële patroon zoals geschetst in figuur 3 hierdoor nog niet gewijzigd wordt. Het gaat vooral om de manier waarop beurtwisseling in het tussentraject georganiseerd wordt. Zowel de tolk als de patiënt laten daarin een oriëntatie zien om het tussentraject zo kort mogelijk te laten duren. Dat blijkt met name uit beurtwisselingen in het 'Russische' participatiekader (dat tussen patiënt en tolk). Daarin begint een deelnemer vaak al met de volgende beurt voordat de beurt van de huidige spreker een mogelijk voltooiingspunt bereikt heeft (vgl. Mazeland 2003: 31-51). In het fragment hieronder is dat zowel in de beurt van de patiënt te zien als tijdens de daaropvolgende beurt van de tolk:

(2) spier (00:00:17)

1. Art: jah! hoe lang heb je ze geno:men.=
2. Tol:→₁ =как долго ты их принима[л
3. hoe lang heb je ze genomen
4. Pat:→₂ [четыре
5. vier
6. ПЯТЬ ДНЯ [(xxxxx)
7. vijf dagen (xxxxx)

8. Tol:→₃ [vier vijf dAgen.
 9. 0.8
 10. Art: vier vijf dagen. [(°da's lang genoeg.°)]

In regel 1 stelt de arts een vraag in het Nederlands. De tolk begint meteen daarna met de beurt met de vertaling daarvan (regel 2). Maar nog voordat de tolkbeurt syntactisch compleet is, begint de patiënt al met zijn antwoordbeurt (pijl 2 in regel 4). Het einde van de vertaalbeurt van de tolk overlapt zo kort met het begin van de beurt van de patiënt. Jefferson noemt deze vorm van 'redelijke', gespreksorganisatorisch verklaarbare overlap 'terminal onset overlap' (Jefferson 1986; zie ook Mazeland 2003, p.58 e.v.).

In de antwoordbeurt van de patiënt gebeurt iets vergelijkbaars. Nadat de tolk genoeg gehoord heeft om te kunnen voorspellen met wat voor soort constructie de lopende beurt-opbouw-eenheid afgemaakt zal worden, begint ze al aan de beurt met de vertaling van het antwoord van de patiënt in het Nederlands (pijl 3 in regel 8).

In het participatiekader Patiënt/Tolk laten beide deelnemers hier een oriëntatie zien op minimalisering van het 'Russische' tussentraject. De duur van de beurt van de gesprekspartner wordt gekortwiek door al in precompletie-positie te beginnen met de volgende beurt. Merk op dat deze vorm van tussentrajectcompressie de duur van de beurten in het tussentraject bekort en ook de omvang van de beurten beperkt houdt tot één enkele beurt-opbouw-eenheid, maar dat het sequentiële verloop nog wel intact blijft: de beurt met het EPD van de arts wordt opgevolgd door de tolkbeurt met de vertaling daarvan, de patiënt levert het TPD in het Russisch en ten slotte vertaalt de tolk het TPD in de daaropvolgende beurt in het participatiekader Arts/Tolk.

In het fragment hieronder is opnieuw een vorm van compressie van het tussentraject te zien doordat de tolk vroegtijdig aan de vertaling van een antwoordbeurt van de patiënt begint (regel 10):

(3) nier (00:06:15)

1. Art: •h en hoe lang heeft 'm da probleem van- (.)
 2. hoge bloeddruk al?=
 3. Tol: =высокое давление как долго у вас это уже
 4. de hoge bloeddruk hoe lang bij u 't is al
 5. 0.8
 6. Pat: →₁ ну вот на протяжении уже два
 7. nou al in de loop van twee
 8. [года
 9. jaar
 10. Tol: →₂ twee jaar ongeveer.

In de eerste regel van dit fragment stelt de arts een vervolgvraag. In de beurt daarop vertaalt de tolk die vraag (regel 3) waarna de patiënt aan de antwoordbeurt begint (regel 6). Nog tijdens die beurt (pijlen 1 en 2 in regels 8-10) begint de tolk al weer aan de vertaling daarvan, na de eerste component van de constructie [telwoord + tijdsaanduiding]. Het constructie-element dat nog geleverd moet worden en waarmee de beurt formeel compleet wordt, is voorspelbaar ('last-item onset overlap' Jefferson 1986).

Modificaties van vraag-antwoordsequenties in getolkte arts-patiëntgesprekken

Merk op dat overlap van een beurt waarin Russisch gesproken wordt door de patiënt met een beurt waarin Nederlands gesproken wordt door de tolk, anders van aard is dan wanneer de patiënt een beurt in het Russisch van de tolk overlapt (zoals in regel 2-4 van fragment 2). Dit laatste type overlap is een vorm van gelijktijdig spreken binnen hetzelfde participatiekader: de tolk en de patiënt praten Russisch met elkaar, en de patiënt overlapt een aan hem gerichte beurt met een reactie daarop. Wanneer de tolk daarna de antwoordbeurt van de patiënt overlapt met een Nederlandse vertaling daarvan, verandert ze ook van participatiekader. Ze doet de vertaalbeurt in het participatiekader met de arts (A/T), en je zou misschien zelfs kunnen zeggen dat de overlap met de beurt in het participatiekader met de patiënt (P/T) hier als een participatiekader-wisselingstechniek werkt. Het participatiekader met de patiënt wordt afgesloten, en de overlap met de beurt van de patiënt is eigenlijk geen overlap in het participatiekader dat daarmee verlaten wordt.

Dit soort overlap ontstaat mogelijk doordat zowel de patiënt als de tolk het participatiekader van de interactie met de arts het belangrijkste maken en daarom de tijd dat de arts op het tussentraject in het participatiekader met de patiënt moet wachten, proberen te minimaliseren³. De patiënt doet dat door zo vroeg mogelijk op vertalingen van vraagbeurten te reageren. En de tolk doet dat door de duur van de antwoordbeurt van de patiënt zo kort mogelijk te houden, en al met de vertaalbeurt te beginnen op het moment dat de patiënt zijn beurt nog niet heeft afgemaakt. Deze vorm van compressie bekort dus de duur en omvang van de beurten in het ‘Russische’ tussentraject, ondanks dat het sequentiële verloop – de opvolging EPD (vraag) en TPD (antwoord) – intact blijft.

De oriëntatie op compressie van het tussentraject is niet alleen te zien in de organisatie van de beurtwisseling tussen tolk en patiënt binnen het tussentraject en in de manier waarop het tussentraject beëindigd wordt, maar mogelijk ook in de manier waarop de tolk al ijverig begint met vertalen van een vraag van de arts nog voor die zijn of haar beurt heeft kunnen afmaken. Hiervan zien we een voorbeeld in fragment 4:

(4) nier (00:06:37.8)

1. Art: •h zijn eu:hm <medicatie ↓ nu > (.)
2. kan hij die: efkes allemaal
3. →₁ ↑zeg[gen? (xx)]
4. Tol:→₂ [МОЖЕТЕ НАЗВАТЬ ВСЕ ЛЕКАРСТВА КОТОРЫЕ]
5. Kunt u de geneesmiddelen die u genomen heeft
6. **принимали**
7. opnoemen

Nog voor de arts haar vraag heeft kunnen afmaken, overlapt de tolk al met haar vertaling (pijlen 1 en 2 in regels 3-4). Die overlap begint tijdens wat de laatste lettergreep van de vraag van de arts zou kunnen zijn, en dat is in ieder geval laat genoeg om er een correcte vraag van te kunnen maken (‘terminal onset overlap’). De arts praat nog door na dit punt, maar dat is kennelijk niet zodanig van aard dat de tolk haar vertaling daarom nog zou moeten aanpassen. Ook hier kan deze cross-language vorm van overlap – de volgende spreker begint een beurt in de andere taal dan die welke in de lopende beurt gebruikt wordt, en richt zich daarmee tot de deelnemer die die andere taal als voertaal gebruikt – beschouwd worden als een techniek om van participatiekader te wisselen, in dit geval van A/T naar P/T.

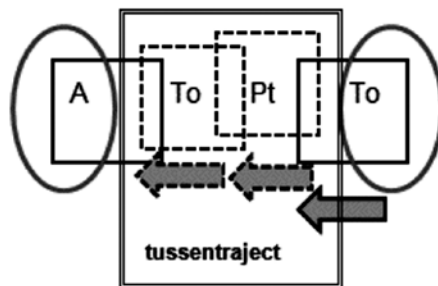
We zien deze vorm van overlap trouwens ook geregeld als de arts haar beurt na het eerstmogelijke voltooiingspunt nog verder uitbreidt, zoals in regel 2-3 (pijlen 1 en 2) in het fragment hieronder. De tolk overlapt hier een beurtuitbreiding door al aan het begin daarvan te beginnen aan de beurt met de vertaling van de vraag van de arts:

(5) nier (00:14:50)

1. Art: heeft hij soms dikke voe↑:ten oo↑:k?
2. →₁ of [(opgezwollen)]
3. Tol:→₂ [ноги::] отекали
4. heeft u soms gezwollen
5. [иногда?
6. benen?
7. Pat:→₃ [да ноги и руки (xxx)
8. ja mijn benen en mijn handen ()
9. [(xxx)
10. ()
11. Tol:→₄ [jah en eu:h (.) vingers ↓ ook.

Merk op dat de andere vormen van comprimering van het tussentraject hier ook weer te zien zijn. De patiënt begint in precompletiepositie met het antwoord (pijl 3 in regel 7), en de tolk wacht het einde van die beurt weer niet af als ze begint aan de vertaling daarvan (pijl 4 in regel 11). Dus zowel uit de overlaps binnen het Russische participatiekader, als uit de overlaps waarmee de overgang gemaakt wordt naar en uit dat participatiekader blijkt een oriëntatie om de interactie in dat voor de arts ontoegankelijke tussentraject te minimaliseren. Er lijkt een soort situationele druk van kracht om de weliswaar noodzakelijke, maar kennelijk toch ook storende interactie in het participatiekader P/T zo kort mogelijk te laten duren door de beurten waarin de sequentie zich in het Russisch ontwikkelt, gespreksorganisatorisch in te korten.

Kortom: in en aan de randen van het tussentraject zijn beurtwisselingstechnieken te zien waaruit blijkt dat deelnemers duur en omvang van de beurten in het tussentraject proberen te minimaliseren: de tolk overlapt de artsbeurt met het EPD van een vraag-antwoordsequentie (fragment 4), de patiënt overlapt de tolkbeurt met de vertaling van het EPD (fragment 2 en 4), en de tolk overlapt de patiëntbeurt met het antwoord in het Russisch (fragment 2, 3 en 4). Schematisch:



Figuur 4: Gespreksorganisatorische compressie tussentraject: incursie in vorige beurt d.m.v. precompletie overlap onset

Modificaties van vraag-antwoordsequenties in getolkte arts-patiëntgesprekken

De compressie van dit tussentraject is typisch voor vraag-antwoordsequenties, niet alleen omdat daarin sprake is van een sterke normatieve sociale pressie om het tweede paardeel zo snel mogelijk te leveren en ook zo dicht mogelijk bij de beurt met het eerste paardeel (vergelijk Sacks 1987). De oriëntatie op minimalisering van het tussentraject in getolkte vraag-antwoordsequenties houdt namelijk mogelijk ook verband met het type professionele interactie waar het hier om gaat. In professional-leekinteracties vormen antwoorden op vragen van de professional, bijvoorbeeld in de anamnese fase, het materiaal op grond waarvan de professional keuzes maakt en beslissingen neemt. De structurering van het gesprek richting realisering van het doel daarvan en de asymmetrie die daar bijna onvermijdelijk mee verbonden is doordat voorrang wordt gegeven aan de agenda van de professional, hebben ingrijpende gevolgen voor de lokale vormgeving van de interactie. Buiten door de arts geïnitieerde vraag-antwoordsequenties zien we dat de overlappendheid juist sterker kan fluctueren. Dat zien we bijvoorbeeld in episodes waarin de arts zelf de controle over het temporele verloop heeft, bijvoorbeeld tijdens een bespreking van de diagnose. In het verloop van zulke topicaal gestuurde langere gesprekeenheden of *discourse units* (vgl. Houtkoop & Mazeland 1985) zien we juist vaker langere stiltes vallen. Zulke verschillen in de distributie van overlap en stilte afhankelijk van de sequentiële omgeving zijn niet alleen een aanwijzing dat de deelnemers verschillende oriëntaties hebben ten aanzien van waar de prioriteiten liggen, maar dat het samenspel van die oriëntaties in de betreffende interactionele constellatie ook zo uitpakt dat de interactie daardoor systematisch en in voorspelbare richtingen gemodificeerd wordt.

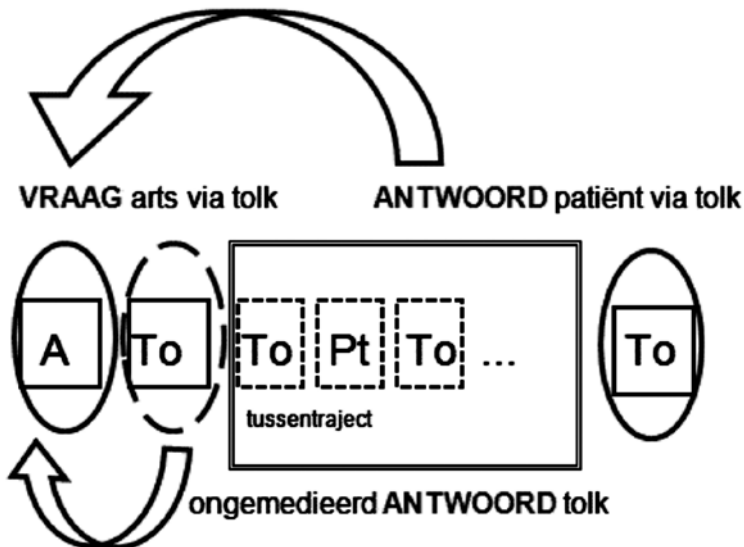
3.3 Variaties op het sequentiële basispatroon. Ook op het niveau van de organisatie van sequenties wordt er afgeweken van het basispatroon zoals dat in figuur 3 geschetst wordt en zoals ook in fragment 1 gedocumenteerd is. Dus naast een vorm van beurtorganisatorische compressie van het vertaaltraject, zien we ook structurele varianten van het verloop van vraag-antwoordsequenties. We bespreken achtereenvolgens ongemedieerde antwoorden (zie 3.3.1) en expansie van het tussentraject (zie 3.3.2).

3.3.1 Ongemedieerde antwoorden. Een eerste variant op het basispatroon is wanneer de tolk rechtstreeks antwoordt op een vraag aan de patiënt, zonder die vraag eerst te tolken. Die antwoorden worden dus één-beurt trajecten, in plaats van het 'normale' twee-beurt traject. Dat gebeurt zowel met vragen geïnitieerd door de arts (zie fragment 6), als met vragen van de patiënt. Het afwijkende verloop van deze sequenties is gebaseerd op situatie-overstijgende kennis van de tolk van (i) de medische geschiedenis van de patiënt (als het om antwoorden op vragen van de arts gaat), en (ii) het procedurele verloop van bepaalde onderzoeken (als het om antwoorden op vragen van de patiënt gaat, deze worden hier niet besproken):

(6) nier (0:16:55.0)

1. Art: voor wa moest 'm bij dokter ((naam))
zijn °eigenlijk°?
2. (1.8)
3. Tol:→ voor 't ↓ zelfde.
4. (1.3)
5. **почему вы [к доктору ((naam)) пришли**
6. **waarvoor bent u bij dokter ((naam)) geweest**
7. Art: [°het is toch geen neuropro↑bleem°
8. Pat: <меня невропатолог направил
9. de neuropatholoog heeft me naar daar gestuurd
10. я похудел от (...)
11. ik was vermagerd van (...)

In fragment 6 antwoordt de tolk in eerste instantie meteen op de vraag van de arts, zonder tussenkomst van de patiënt. Vervolgens vertaalt ze die vraag toch nog voor de patiënt en diens antwoord wordt daarna ook weer voor de arts vertaald. We laten dat hier verder niet zien omdat de tolk hier eerst nog een vervolgvraag stelt aan de patiënt voordat ze diens antwoord(en) vertaalt. Maar uiteindelijk is het dus wel zo dat de tolk in tweede instantie het basispatroon toch weer in ere herstelt. Waar het ons hier om gaat is dat de tolk eerst zonder tussenkomst van de patiënt – en dus zonder tussentraject – meteen op de vraag van de arts antwoord geeft, en vervolgens vertaalt ze diens vraag voor de patiënt, en dat antwoord wordt uiteindelijk ook weer terugvertaald voor de arts (zie figuur 5).



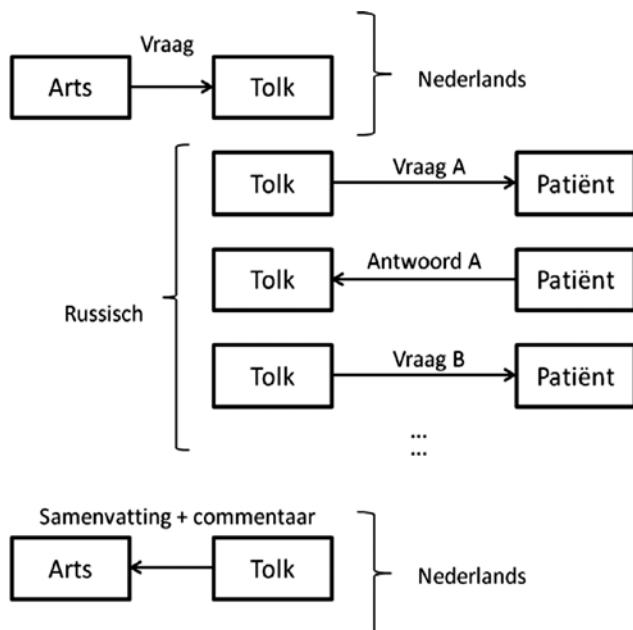
Figuur 5: Schematische weergave verloop interactie in fragment 6

Het interessante hier is niet alleen dat de tolk ongemedieerd antwoordt en dat de sequentie in eerste instantie binnen het participatiekader A/T afgehandeld wordt, maar dat er daarna toch nog een tussentraject geïnitieerd wordt in het participatiekader van de tolk met de

Modificaties van vraag-antwoordsequenties in getolkte arts-patiëntgesprekken

patiënt (P/T). Het tussentraject valt dus na de vraag-antwoordsequentie, in plaats van ertussen, en er zijn ook meerdere versies van het antwoord: een ongemedieerde en een – mogelijk explicietere, maar in elk geval geverifieerde – gemedieerde variant. Uit die twee observaties, namelijk (i) dat het tussentraject na een ongemedieerde vraag-antwoordsequentie komt en (ii) dat er daarna toch nog alsnog een gemedieerde versie van het antwoord volgt, is op te maken dat het antwoord van degene aan wie de vraag eigenlijk gericht is, toch belangrijk blijft ook al is daar al een eerste versie van geleverd door de tolk. De conditionele relevantie van de levering van het tweede paardeel door de eigenlijke epistemische autoriteit van de daarin gerepresenteerde kennis blijft kennelijk bestaan nadat er al een niet-geautoriseerde versie van dat tweede paardeel in het participatiekader A/T is geleverd. Na een ongemedieerd antwoord is autorisering van de daarin verwoorde informatie dus nog steeds een normatieve restrictie waaraan de deelnemers proberen te voldoen.

3.3.2. Expansie van het tussentraject Het basispatroon wordt soms meer ingrijpend doorbroken doordat de tolk zich een aantal beurten na elkaar opstelt als volwaardige participant in een van de beide relevante participatiekaders. Ze neemt dan niet steeds alleen de tweede beurt voor haar rekening (het machinemodel), maar participeert voor een bepaalde periode volledig in het betreffende participatiekader (het interactiemodel), – dat komt zowel in interactie met de arts als in interactie met de patiënt voor. Bolden (2000) geeft een informatieve typering van de laatstgenoemde gang van zaken: zij beschrijft hoe de tolk, na een vraag van de arts, in een langere serie van vraag-antwoordsequenties met de patiënt communiceert voordat ze het resultaat van die interactie samenvat in een vertaalbeurt voor de arts (zie figuur 6):



Figuur 6: *Figuur overgenomen uit Bolden (2000: 394), maar vertaald en lichtjes aangepast voor de talen in de hier beschreven situatie*

Na het eerste patiënt-antwoord op de vertaalde arts-vraag, anticipeert de tolk op vervolgvragen die de arts nog zou kunnen stellen, en ze werkt eerst zelf zo'n vragenreeksagenda af voordat ze de antwoorden van de patiënt in een verslag aan de arts selectief samenvat. Die selectiviteit bestaat er onder andere uit dat alle persoonlijke of biografische details wegge laten worden en alleen de feitelijke gegevens overleven. In ons corpus zijn er ook van dat soort voorbeelden terug te vinden. Hierdoor heeft de informatie die aan de arts aangeleverd wordt al een of meer bewerkingsrondes in het participatiekader P/T ondergaan, voordat de arts daar toegang toe krijgt. In fragment 7 wordt de informatie eerst op initiatief van de tolk gecorrigeerd, en in fragment 8 wordt de informatie verder gedetailleerd kennelijk omdat de tolk bepaalde ideeën heeft over wat voor informatie werkbaar is voor de arts.

(7) nier (0:03:03.0)

1. Tol: кто-нибудь к вам приходил ?
2. is er iemand bij u langsgeweest
3. Pat: этот молодой парень. =
4. die jonge kerel
5. Tol: →₁ =это невролог.=
6. dat is 'n neuroloog =
7. Pat: =a:h=
8. o:h
9. Tol: →₂ = а нефролог
10. = maar 'n nefroloog
11. Pat: [не нев
12. nee nee
13. 1.5
14. Pat? [(° °)
15. Tol: [niemand is ↓ langsgewe[est.
16. Art: [nee:h.
17. 0.3
18. Tol: °(hij zegt)° alleen over de dokter
19. ((naam)).
20. (.)
21. die jonge: (.) dokter.
22. Art: °mm ↑hm°

In bovenstaand fragment vertaalt de tolk de vraag van de arts of er iemand bij de patiënt langs is geweest tijdens een vorig ziekenhuisverblijf. Voor de tolk is het kennelijk duidelijk dat het bij die 'iemand' om een nefroloog gaat (een nierspecialist), want als de patiënt antwoordt dat er een 'jonge kerel' langs geweest is, corrigeert ze hem meteen dat dat de neuroloog was, niet de nefroloog waar de vraag van de arts kennelijk op slaat. Na de patiënt eerst gecorrigeerd te hebben (pijl 1 in regel 5), stelt de tolk de vraag van de arts nog een keer maar nu specifiek (pijl 2 in regel 9).

We zien hier dus dat het tussentraject wordt uitgebreid met meerdere correctiesequenties die telkens op eigen gezag geïnitieerd worden door de tolk. Eerst zien we een referentiecorrectie van het antwoord van de patiënt (regel 5), en daarna en op grond daarvan volgt een referentieel geüpdate versie van de vraag van de arts (regel 9). In de correctiesequentie

Modificaties van vraag-antwoordsequenties in getolkte arts-patiëntgesprekken

zorgt de tolk voor referentiële desambiguering met een contextueel relevante categorie: in plaats van een identificatie in termen van geslacht en leeftijd *'jonge kerel'* (regel 3) wordt de betreffende persoon gereïdentificeerd in termen van een categorie waarmee een professioneel relevante specialisatie aangeduid wordt (*'neuroloog'*, regel 5), *'Neuroloog'* en *'nefroloog'* zijn alternatieve categorieën, *'jonge kerel'* en *'nefroloog'* zijn dat niet.

De tolk herformuleert de informatie die ze zo verkregen heeft in eerste instantie op een manier die geheel in lijn is met wat voor de arts relevant zou kunnen zijn (*'niemand is langs geweest'*, regel 15). Het antwoord krijgt door de bewerkingen van de tolk aanvankelijk een meer samenvattende en feitgerichte verpakking, dat is het soort bewerking dat in lijn is met de observaties van Bolden (2000). Pas daarna volgen nog een aantal antwoorduitbreidingen waarin een deel van de informatie die de patiënt aangeleverd heeft, op een selectieve en bewerkte manier voor de arts toegankelijk gemaakt worden (regels 18-19 en 21). Ze noemt eerst de titel en achternaam van de bezoeker waar het niet om ging (regel 18-19), – informatie met een niveau aan specificiteit en situatiegerichtheid die duidelijk verschillen van de informele typering die de patiënt oorspronkelijk aanleverde (*'die jonge kerel'*, regel 3). Pas in derde instantie wordt een deel van die typering alsnog gebruikt in (*'jonge'* dokter, regel 20), en die formulering wordt nu ook echt als een citaat gemarkeerd door haar in te leiden met een quotatieve constructie (*'hij zegt'*, regel 20).

De tolk is erop gericht door de patiënt aangeleverde antwoordinformatie zodanig te bewerken dat die niet alleen meer 'recipient designed' is, maar verder ook zo veel mogelijk voldoet aan artsgerichte eisen van professionele en situationele relevantie. Dat blijkt ook uit de interactie die gedocumenteerd is in fragment 8. Wanneer de patiënt haar antwoord op een vraag van de arts nog verder uitbreidt, probeert de tolk die toevoeging eerst nog specifiek te maken voordat ze die vertaalt:

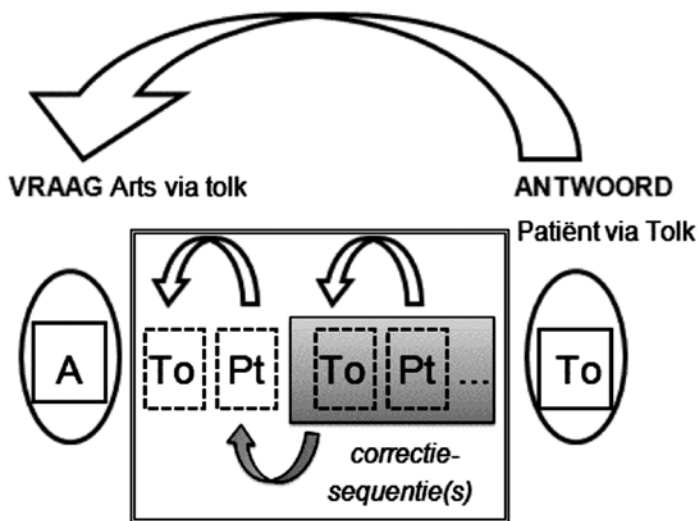
(8) (reuma) (00:07:35:362)

1. Art: ↑ heeft zij nog medicamenten tegen de cholesterol
2. Tol: **есть у вас лекарства от холестерина**
3. heeft u nog geneesmiddelen tegen de cholesterol
4. Pat: **да да да**
5. ja ja ja
6. Tol: ja
7. Pat: **два (...)**
8. twee (...)
9. Tol:→₁ **две чего**
10. twee van wat
11. Pat: **вот такой для хо- холестерина**
12. wel zulke voor cho- cholesterol
13. Tol:→₂ **да ну что две пластинки или два пузырька**
14. ja wel wat twee pakjes of twee flesjes
15. Pat: **нет euh один один пакет кончила**
16. nee euh één één pakje is op
17. Tol:→₃ **упаковка кончило**
18. een pakje is op
19. Pat: **в этот друг- euh второй еще три пакеты**

20. in dat and- euh tweede zijn 'r nog drie pakjes
 21. три [па-
 22. drie па-
 23. Tol:→₄ [три пластиночки
 24. drie plaatjes
 25. Pat: пластиночки еще
 26. plaatjes nog
 27. Tol: dus zij is zij is nu aan de tweede verpakking bezig
 28. en dan heeft ze ↑nog (.) eu:h allé (.) °e- e-° drie
 29. plaatjes zo ↓nog (.) voor te nemen

Door middel van een antwoorduitbreiding op eigen initiatief (regel 7) geeft de patiënt hier nog meer informatie over haar medicijnenverbruik. De tolk vraagt hier eerst op door in een reeks herstelinitiatieën waarmee de informatie die de patiënt gegeven heeft, verder verfijnd wordt. Eerst vraagt ze om specificering van de categorie van de medicijnen waarvan de patiënt alleen de hoeveelheid aangeduid heeft (pijl 1 in regel 9-10: *'twee van wat?'*), en vervolgens maakt ze de alternatieven specifiek in lekentermen (pijl 2 in regel 13-14: *'twee pakjes of twee flesjes?'*). De patiënt kiest echter niet uit deze alternatieven, maar geeft alleen informatie over de omvang van haar verbruik (regel 15-16). De tolk past zich verder aan die termen aan. Ze doet daarna nog twee *understanding checks* waarmee ze de manier waarop ze het antwoord van de patiënt begrijpt, verifieert (pijl 3 in regel 17-18 en pijl 4 in regels 23-24). In de uiteindelijke vertolking van de interactie in het tussentraject geeft de tolk letterlijk samenvattend in één antwoordbeurt (regel 27-29) heel precies en gedetailleerd de informatie weer die zij en de patiënt daarvoor in een veel complexer traject gezamenlijk geproduceerd hebben (regel 2-25).

De tolk initieert dus op eigen gezag in het participatiekader P/T meerdere malen een vorm van sequentie-expansie in het tussentraject waarin ze als het ware vooruitloopt op mogelijke vervolgvragen en/of herstelinitiatieën van de kant van de vragensteller (de arts). Deze vorm van sequentie-expansie wijkt af van de vorm die Bolden beschreven heeft omdat het hier om herstelinitiatieën gaat. Schematisch ziet de interactie er in gevallen als deze als volgt uit:



Figuur 7: Schematische weergave van herstelinitiaties in het tussentrajec

4. Discussie & conclusie

Als we de analyses bekijken in het licht van de discussie in de literatuur over de tolk als vertaalmachine versus de tolk als actieve participant, dan zien we dat de deelnemers zich eigenlijk steeds bewegen in een spanningsveld dat enerzijds bepaald wordt door een normatieve oriëntatie op het ideaal van de tolk als neutraal interlinguaal doorgeefluik, en dat anderzijds gerelativeerd wordt door zowel de eis van contextualisering waaraan talige communicatie onderworpen is (vergelijk Mazeland & Ensink 1997), als door een doelgerichte professionele oriëntatie op wat relevant en efficiënt is in de betreffende situatie. Sequentieel gezien past het basispatroon binnen het vertaalmachinemodel. Ook de organisatie van de beurtwisseling in gecomprimeerde tussentrajecten gehoorzaamt daar nog aan, aangezien de beurten van de tolk hier steeds vertalingen zijn van de voorafgaande beurt. Maar doordat de tolk – en overigens ook de patiënt – hier ook een oriëntatie laten zien om het tussentrajec te minimaliseren door gebruik te maken van de marges die het beurtwisselingsmodel biedt, wordt de tolk ook hier al onmiskenbaar participant. Die status is nog veel duidelijker bij de sequentiele varianten die we zojuist beschreven hebben. Zowel wanneer de tolk een ongedieerd antwoord geeft, als wanneer het tussentrajec met anticiperende vervolgvragen of herstelinitiaties geëxpandeerd wordt, valt de tolk uit zijn rol van ‘animator’, om het in Goffmans termen (1981) te zeggen. Het tussentrajec wordt door de tolk min of meer op eigen gezag, en op grond van haar begrip van de context van de vraag van de arts, zodanig uitgebreid dat mogelijke communicatieproblemen al bij voorbaat en uit voorzorg binnen het participatiekader met de patiënt opgelost worden. Op zich is zo’n probleem-anticiperende werkwijze van de tolk natuurlijk heel logisch en professioneel. Als ze dat niet zou doen, zou dat wellicht eerder bevreemdend werken. Ook Gavioli & Maxwell (2007) maken een gelijksoortige observatie voor het tolken op een stand op een internationale beurs.

Aangezien we geen systematische inhoudelijke analyse hebben gemaakt, spreken we ons niet uit over de mate waarin de vertalingen van de tolk al dan niet een getrouwe weergave van de originele uitingen zijn. Maar de verspreide observaties die we hierboven gemaakt hebben over aanpassing aan het vraagformat van de arts (fragment 1), en – in lijn met Bolden (2000) – objectivering, situering en selectie van de informatie die uiteindelijk in het vertaalde antwoord terechtkomt, geven al aan dat ook hier de bijdrage van de tolk meer dan een machinale verwerking is. Koole en Penn (2004) laten dat ook zien. Zij analyseren hoe er in sequenties die volgens het basispatroon verlopen, inhoudelijk toch een duidelijke bijdrage van de tolk kan zijn, doordat een vraagwoordvraag in een *ja/nee*-vraag getransformeerd wordt, of doordat een gerichte vraag afgezwakt wordt naar een meer onpersoonlijke opmerking (vgl. ook Bot 2005, met name hoofdstuk 9).

Verder vormt de specifieke keuze voor arts-geïnitieerde vraag-antwoordsequenties uiteraard ook een beperking van deze studie, want zoals uit de studie van – monolinguale – arts-patiëntinteracties blijkt, is er veelal sprake van een asymmetrische relatie tussen arts en patiënt, waarin er bijvoorbeeld een duidelijke afkeer is van patiënt-geïnitieerde vragen (Frankel 1990), althans in bepaalde fases van het gesprek (Ten Have 1991). Het zou dan ook bijzonder interessant zijn om deze bevindingen kritisch te gaan toetsen aan analyses van de rol van de tolk in patiënt-geïnitieerde vraag-antwoordsequenties, wat echter buiten het bereik van deze studie valt.

Maar zelfs op basis van de hier beschreven sequentiële analyses van arts-geïnitieerde vraag-antwoordsequenties blijkt duidelijk dat de tolk een deelnemer aan het gesprek is, een participant wiens bijdrage gevolgen heeft voor het verloop en de uitkomst van de interactie. De vraag-antwoordsequenties die we hierboven besproken hebben, bijvoorbeeld, komen meestal uit de anamnesefase van het consult, dat wil zeggen, de fase waarin datgene wat talig gecommuniceerd wordt van essentieel belang is voor de diagnosestelling. In zo'n fase kan de bijdrage van de tolk natuurlijk bepalend zijn voor de feitelijke diagnose en behandeling, zoals Bolden (2000) al opmerkt. Ondanks het feit dat het idee van de tolk als een *'linguistic parrot'* (Davidson 2002: 1275) een verklaarbare aantrekkelijkheid heeft, lijkt het adequater om de tolk te beschouwen als een deelnemer aan de interactie die bijdraagt aan en mee onderhandelt in het betekenisvormingsproces van het arts-patiëntgesprek.

Noten

- 1 De data werden verzameld door Joke Van Den Bulck en Elien Stappaerts. Zij maakten ook een eerste vertaling van het Russisch. Die vertalingen werden gecorrigeerd en verder aangevuld door Karen Van de Cruys, Olga Novitskaja en Natalia Egorova. Wij zijn hen zeer erkentelijk voor hun bijdrage.
- 2 De transcriptietekens die gebruikt worden, zijn gebaseerd op het Jefferson-systeem. Zie onder andere Mazeland (2003) voor een gedetailleerde uitleg van de conventies.
- 3 Een verklaring die je in de literatuur vaak tegenkomt is dat de overlap het gevolg is van geheugenbeperkingen. De tolk onderbreekt de arts om niet cognitief overbelast te worden, ze begint al aan de vertaalbeurt op een moment dat de te vertalen beurt nog niet zo lang is dat ze hem niet meer kan onthouden. Die verklaring lijkt hier niet van toepassing. Allereerst omdat de meeste overlaps binnen het participatiekader tolk-patiënt vallen. Daarenboven bespreken we in dit artikel alleen sequentieel gestuurde beurtensequenties, die vrij kort zijn en waar er relatief weinig risico is op cognitieve overbelasting. Dat is uiteraard anders bij de vertaling van langere, topicaal gestuurde beurtensequenties of discourse units (vgl. Bot 2005), maar die vorm van gespreksorganisatie valt buiten het bereik van dit artikel.

Bibliografie

- Bolden, G. (2000).** Toward understanding practices of medical interpreting: Interpreters' involvement in history taking. *Discourse Studies*, 2 (4), 387-419.
- Bot, H. (2005).** *Dialogue interpreting in mental health*. Amsterdam / New York: Rodopi.
- Davidson, B. (2000).** The interpreter as institutional gatekeeper: The social-linguistic role of interpreters in Spanish-English medical discourse. *Journal of Sociolinguistics*, 4, 379-405.
- Davidson, B. (2002).** A model for the construction of conversational common ground in interpreted discourse. *Journal of Pragmatics* 34, 1273-1300.
- Frankel, R. M. (1990).** Talking in Interviews: a Dispreference for Patient-initiated questions in Physician-patient Encounters. In G. Psathas (ed.), *Interaction competence* (pp. 231-262). Washington DC: University Press of America.
- Gavioli, L. & Maxwell, N. (2007).** Interpreter intervention in mediated business talk. In H. Bowls & P. Seedhouse (eds.), *Conversation analysis and language for specific purposes* (pp. 141-182). Frankfurt: Peter Lang.
- Goffman, E. (1981).** *Forms of Talk*. Oxford: Basil Blackwell.
- Houtkoop, H. & Mazeland, H. (1985).** Turns and discourse units in everyday conversation. *Journal of Pragmatics*, 9, 595-619.
- Jefferson, G. (1986).** Notes on "latency" in overlap onset. *Human Studies*, 9 (2-3), 153-184.
- Knapp, K. & Knapp-Pothoff, A. (1986).** Interweaving two discourses - The difficult task of the non-professional interpreter. In J. House & S. Blum-Kulka (eds.), *Interlingual and intercultural communication* (pp.151-168). Tübingen: Narr.
- Koole, T. & Penn, C. (2004).** CA as a tool for speech therapy practitioners. Paper gepresenteerd op de American Association of Applied Linguistics Conference, Portland, mei 2004.
- Mazeland, H. (2003).** *Inleiding in de conversatieanalyse*. Bussum: Coutinho.
- Mazeland, H. (2007).** *Dialogisch tolken en conversatieanalyse. Een paar verkenningen van een buitenstaander*. Gastcollege MA Tolkwetenschap, Lessius Hogeschool Antwerpen, 23 november 2007.
- Mazeland, H. & Ensink, T. (1997).** Over de (on-)bruikbaarheid van het code-model. In H. van den Bergh et al. (eds.) *Taalgebruik ontrafeld. Bijdragen van het zevende VIOG taalbeheeringscongres* (pp.153-163). Dordrecht: Foris.
- Meyer, B. (2004).** *Dolmetschen im medizinischen Aufklärungsgespräch. Eine diskurs-analytische Untersuchung zur Wissensvermittlung im mehrsprachigen Krankenhaus*. Münster: Waxmann.
- Sacks, H. (1987).** On the preferences for agreement and contiguity in sequences in conversation. In G. Button & J. Lee (eds.), *Talk and social organization* (pp.54-69). Clevedon, Ph.: Multilingual Matters.
- Ten Have, P. (1991).** Talk and Institution: A Reconsideration of the "Asymmetry" of Doctor-Patient Interaction. In D. Boden & D. H. Zimmerman (eds.), *Talk and Social Structure* (pp. 138-163). Cambridge: Polity Press.
- Wadensjö, C. (1998).** *Interpreting as interaction*. London: Longman
- Zimmerman, D.H. (1998).** Identity, Context and Interaction. In C. Antaki & S. Widdicombe (eds.), *Identities in Talk* (pp. 87-106). London: Sage.