

"Hij is niet voor niks iedere keer vrij!"

Een analytische benadering van
humor in arts-patiënt interacties



Lars Verhees | 3459268 | MA Communicatiestudies

Begeleiders

Jaap Bos en Ludwien Meeuwesen

Datum 29-07-2011

Inhoudsopgave

VOORWOORD.....	4
LITERATUURSTUDIE	5
ARTS-PATIËNT INTERACTIES.....	5
INSTRUMENTEEL VERSUS AFFECTIEF	5
BELEEFDHEID.....	6
TOT SLOT	7
HUMOR	8
VORMEN VAN HUMOR	8
HUMOR ALS SOCIALE GEBEURTENIS	8
HUMOR ALS COMMUNICATIEVORM.....	9
TELIC / PARATELIC	9
HUMOR EN TOPICVERANDERING	10
INTERPERSOONLIJKE FUNCTIES VAN HUMOR.....	10
HUMOR IN ARTS-PATIËNT INTERACTIES	12
VERSCHILLEN TUSSEN ARTS EN PATIËNT.....	12
FUNCTIES VAN HUMOR VANUIT ARTS PERSPECTIEF	13
FUNCTIES VAN HUMOR VANUIT HET PATIËNT PERSPECTIEF.....	13
KANTTEKENINGEN BIJ HUMOR IN MEDISCHE SETTING.....	13
HUMOR IN MEDISCHE SETTING EN CONVERSATIEANALYSE	14
METHODE	16
MATERIAAL.....	16
PROCEDURE	16
INTER-BEOORDELAARS BETROUWBAARHEID.....	17
ANALYSE	18
CATEGORIE 1: (GEPERCIPIEERDE) ONGEMAKKELIJKHEID TIJDENS HET CONSULT.....	19
CATEGORIE 1 A: TABOES	20
“DUS IK MOET ZE ALLEBEI ZWANGER MAKEN?”	20
CATEGORIE 1 B: RONDOM LICHAAMELIJK ONDERZOEK.....	22
“NIET SMOKKELEN HE?”	22
CATEGORIE 2: PROBING.....	23
CATEGORIE 2 A: PROFESSIONAL PROBING	23
“HIJ IS NIET VOOR NIKS IEDERE KEER VRIJ!”	23
“IK WEET AL WAT IK GA DOEN, IK GA PIET LAP BELLEN.”	26
CATEGORIE 2 B: SOCIAL PROBING.....	29
“DAAR IS NIKS AAN, AAN PAUL DE LEEUW.”	29

“WAT ZIT IK NU TE DOEN?”	31
<u>CATEGORIE 3: RELATIVEREN KLACHT.....</u>	32
“JA HIER ZIT GEEN BAARMOEDER IN HE?”	32
<u>CATEGORIE 4: UITING GEVEN AAN ZENUWACHTIGHEID.....</u>	34
“GEWOON KOTSMISSELIJK DE HELE TIJD, HAHA”	34
<u>PROBLEEMGEVALLEN.....</u>	35
“ZAL ’S EEN STRIPNUMMER GEVEN.”	35
EEN METACOMMUNICATIEVE FUNCTIE	36
MISLUKTE HUMOR	37
“HELEMAAL NIET, OF NIET HELEMAAL?”	37
<u>RESULTATEN.....</u>	39
RESULTATEN CATEGORIE 1	39
RESULTATEN CATEGORIE 2	40
RESULTATEN CATEGORIE 3 EN 4	40
<u>CONCLUSIES.....</u>	41
ONGEMAKKELIJKHEID.....	41
ONDERHANDELEN OVER INSTITUTIONELE POSITIES; PROFESSIONAL PROBING	41
ONDERLINGE BAND ONDERZOEKEN, BEKRACHTIGEN EN OPBOUWEN: SOCIAL PROBING.	41
SPANNINGEN.....	42
KANTTEKENINGEN	42
<u>DISCUSSIE.....</u>	43
<u>LITERATUURLIJST.....</u>	44

Voorwoord

“Nothing kills a joke like analyzing it.”

- Rod A. Martin (2007:30)

Ondanks deze bemoedigende woorden ben ik sinds mijn pre-master aan de Universiteit Utrecht gefascineerd door humor in interacties. In mijn Master Communicatiestudies werd door het vak institutionele communicatie mijn interesse gewekt voor communicatie in de zorg. In het bijzonder hoe professionals en cliënten omgaan met hun institutioneel opgelegde rollen en de invloed die dit heeft op hun discours. Via mijn begeleiders, Jaap Bos en Ludwien Meeuwesen, kreeg ik de kans om beide zaken te verenigen in mijn masterthesis.

De ambivalentie die eigen is aan humor, maakt dat ze lastig te categoriseren is. Desondanks wil ik in dit paper toch een poging wagen om het begrip binnen een medische context met dat doel te analyseren. Als eerste heb ik de literatuur over arts-patiënt interacties onder de loep genomen, vervolgens die over humor en tot slot de publicaties die beide gebieden beslaan. Zo ontstaat de onderzoeksvraag: Welke interpersoonlijke functies vervult humor in arts-patiënt gesprekken en hoe worden deze door zowel arts als patiënt gebruikt?

Literatuurstudie

Arts-Patiënt interacties

Voor de analyse van arts-patiënt interacties is het noodzakelijk eerst de kenmerken ervan te achterhalen. Wat maakt arts-patiënt interacties anders dan gesprekken tussen bijvoorbeeld vrienden of familieleden? Waar wordt het discours door gekenmerkt?

Arts-Patiënt interacties zijn één van de meest complexe sociale relaties, omdat zij tussen mensen plaatsvinden die zich (on)vrijwillig in ongelijkwaardige posities bevinden. Daarnaast gaat het om de gezondheid van één van hen, wat maakt dat de gesprekken emotioneel geladen kunnen zijn (Ong et al, 1995:912). Om die reden is een hechte samenwerking belangrijk en is een goede interpersoonlijke relatie zelfs een vereiste voor optimale zorg (ibid. p. 904). Arts en patiënt moeten een vertrouwensband opbouwen waarin er wederzijds begrip is. In de literatuur wordt dit ook wel omschreven als 'rapport-building' (Beck et al, 2002).

De traditionele verhouding tussen arts en patiënt was paternalistisch, maar de laatste decennia is deze meer egalitair geworden. Er is de laatste jaren meer aandacht voor 'shared decision making', waarbij de patiënt invloed heeft op de besluitvorming over de behandeling. De patiënt is actiever, mondiger en competenter geworden. De klassieke asymmetrie tussen arts en patiënt is minder sterk dan in de jaren '50 (Meeuwesen, 2007). Barry Schwartz¹ heeft echter kritiek op deze toename in macht van de patiënt. Patiënten komen bij een arts omdat ze fysiek of geestelijk ziek zijn. Om die reden zijn ze volgens hem vaak niet in staat de juiste beslissingen te nemen, ook al gaat het om hun eigen gezondheid.

Instrumenteel versus affectief

De literatuur is niet unaniem over wat een 'goede interpersoonlijke relatie' tussen arts en patiënt precies moet inhouden. Wat duidelijk is, is dat er vanuit de arts in elk geval een balans tussen zowel affectieve (sociaal-emotionele) als instrumentele (taakgerichte) gedragingen moet zijn (Ong et al, 1995). Aan deze concepten wordt ook wel gerefereerd als 'care-oriented' en 'cure-oriented'. Ook latere studies (Bensing, 2000; Heritage en Maynard, 2006) pleiten voor integratie van beide concepten. Instrumentele gedragingen omvatten het stellen van vragen en geven van informatie en affectieve gedragingen hebben als doel het tonen van empathie en bezorgdheid (Bensing, 1991). Dit komt omdat patiënten zowel een cognitieve behoefte (verkrijgen van informatie) als een emotionele behoefte (serieus genomen worden door de arts) hebben. Er is veel onderzoek naar instrumenteel gedrag van artsen, maar weinig naar het affectieve gedrag. Dat laatste is niet alleen subtieler en moeilijker meetbaar, ook patiënten blijken niet in staat onderscheid te maken tussen affectieve en instrumentele gedragingen van de arts (Ong et al, 1995:913). De affectieve gedragingen van de arts zijn subtieler, zoals een vriendelijke uitstraling of actief luisteren naar de patiënt (Beck et al, 2002:27). Verbale en non-verbale gedragingen van de arts dragen bij aan het realiseren van een goede interpersoonlijke relatie met de patiënt.

Arts-patiënt communicatie wordt ook sterk beïnvloed door culturele variatie. Wat wordt verstaan onder goede medische zorg is cultureel bepaald (ibid. p. 912). Onderzoek van De Valck et al (2001) liet bijvoorbeeld verschillen tussen Nederland en België zien in 'cure' versus 'care' georiënteerd. Nederlandse artsen bleken meer care-georiënteerd, terwijl

¹ Barry Schwartz schreef "The paradox of Choice" de informatie komt uit een gelijknamige lezing in 2005. (geraadpleegd via; http://www.ted.com/talks/barry_schwartz_on_the_paradox_of_choice.html)

Belgische artsen een meer instrumentele benadering hanteerden. In een latere studie van Van den Brink-Muinen et al (2003) zijn verschillen ook op grotere schaal tussen verschillende Europese landen aangetoond. Arts-patiënt interacties worden dus mede gevormd door de culturele achtergrond. Daardoor zijn interculturele arts-patiënt interacties vaak problematisch, niet alleen vanwege de taalbarrière, maar ook door andere opvattingen over het concept 'zorg' (Harmsen et al, 2008). Resultaten uit buitenlandse studies zijn daarom niet direct te generaliseren naar de Nederlandse situatie.

Beleefdheid

In arts-patiënt interacties speelt beleefdheid een belangrijke rol. Beleefdheid in interacties vindt haar oorsprong in de conversatie analyse (Houtkoop en Koole, 2008). Wanneer mensen taal gebruiken in conversaties, spreken ze niet alleen woorden uit, zij doen ook iets met die woorden. Austin noemt dit "Speech Acts". Een voorbeeld hiervan is het performatieve werkwoord beloven. Door te zeggen; "ik beloof je te komen," spreek je niet alleen de woorden uit, je *doet* een belofte. Dankzij het coöperatieprincipe² (en de bijbehorende maxims) van Grice kunnen interacties plaats vinden. In het verlengde daarvan ligt het beleefdheidsprincipe. Dat zijn oorsprong vindt in het door Goffman geïntroduceerde begrip 'face-keeping', ofwel gezichtsbehoud. De beleefdheidstheorie is verder uitgewerkt door Brown en Levinson. Zij maken onderscheid in de 'positive face' (behoefte van mensen om te worden gewaardeerd en gerespecteerd) en de 'negative face' (behoefte van mensen aan privacy, autonomie en handelingsvrijheid). Om de positieve face in acht te nemen en de negatieve face niet aan te tasten (door middel van een Face Threatening Act, FTA), zijn er enkele beleefdheidsstrategieën. Deze zijn in te delen aan de hand van; 'Bald on record' (open en direct), 'On record' (afgezwakt en/of direct met redenen omkleed), 'Off record' (onderhands, biedt de hoorder een 'uitweg') of tot slot de FTA niet uit te voeren. Deze worden op diverse manieren linguïstisch gerealiseerd. Houtkoop en Koole (2008:57-64) geven een overzicht van strategieën ten aanzien van zowel de positieve face als de negatieve face. Enkele voorbeelden zijn 'hedging' (afzwakken), depersonaliseren (van spreker of hoorder) of door het claimen van 'common ground' (gedeelde interesses). Het claimen van gelijkgestemdheid kan zo subtiel zijn als het gebruik van een bepaalde aanspreekvorm zoals onder andere Van Nijnatten (2007) aantoonde. Door het gebruik van de meervoudsvorm kan gemeenschappelijkheid worden benadrukt.

Robins en Wolf (1988) brachten als één van de eersten de beleefdheidstheorie van Brown en Levinson in verband met arts-patiënt interacties. Zij noemen 7 beleefdheidsstrategieën die voor kunnen komen in Arts-Patiënt interacties:

Strategieën Robins en Wolf (1988)	
1.	Het benadrukken van wederzijdse afhankelijkheid. (positieve beleefdheid)
2.	Het geven van redenen (positieve beleefdheid)
3.	Verontschuldigen (negatieve beleefdheid)
4.	Depersonaliseren (negatieve beleefdheid)
5.	Vraag stellen of afzwakken (negatieve beleefdheid)
6.	Empatische respons; zowel reageren op de inhoud van wat de andere spreker zegt, als reageren op hoe de ander zich voelt ten aanzien van dat gegeven.
7.	Bald on record; een potentiële bedreiging van de ander zijn / haar face.

Tabel 1: Strategieën Robins en Wolf (1988)

² Zie; Houtkoop en Koole, 2008: 42

Robins en Wolf (1988:218-219) wijzen er op dat in dagelijkse interacties de patiënt zelf zijn 'face' kan kiezen, in medische interactie krijgen zij echter het 'patient face' opgelegd, welke anders kan zijn dan de 'face' van hun eigen keuze. Hiermee bedoelen zij dat wanneer iemand patiënt is, zij 'hun patiënt zijn' moeten verantwoorden tegenover de dokter. Wanneer doktoren hen diagnosticeren als 'ziek', wordt het patiënt zijn gelegitimiseerd. De eerste strategie die zij noemen heeft in hun ogen de voorkeur, omdat deze de face van de patiënt behoudt en tevens therapeutisch verantwoord is.

Pighin en Bonnefon (2010) wijzen op de risico's van beleefdheid in arts-patiënt interacties. Doordat uitingen indirect worden gedaan, wordt de boodschap (zoals geïntendeerd door de arts) niet op de gewenste manier opgevat door de patiënt. Bijvoorbeeld over de ernst van de situatie waarin de patiënt zich bevindt. Dit is mogelijk doordat artsen en patiënten voor hun interpretatie van uitingen verschillende referentiekaders gebruiken. Het 'natuurlijke framework' van het alledaagse leven is verweven met de 'sociale frameworks' die tijdens specifieke sociale situaties gelden (Aronson en Rundström, 1989:484). Door deze verwevenheid kan het zijn dat voor de interpretatie van een uiting van de arts de patiënt het ene referentiekader gebruikt, terwijl de arts een ander referentiekader in het hoofd had. Uit het onderzoek van Aronson en Rundström (1989:488) bleek dat patiënten de beleefde verzoeken van de arts soms niet begrijpen. Ook lieten zij zien dat humor kan functioneren als een vorm van beleefdheid in arts-ouder-kind gesprekken. De arts had in sommige gevallen een 'joking relationship' met het kind. Door directe opmerkingen te als het ware te verpakken in humor werd er geen FTA uit gevoerd (ibid. 1989:497,499 en 500). Humor biedt zo een manier voor de arts om opmerkingen 'bald on record' te maken. Mogelijk is humor een belangrijk instrument voor artsen om direct te zijn zonder een FTA uit te voeren. Sterker nog, omdat er aanwijzingen zijn dat beleefdheid kan leiden tot misverstanden (Aronson en Rundström, 1989; Pighin en Bonnefon, 2010) en 'bald on record' de delicate verhouding tussen arts en patiënt kan bedreigen, kan humor een middenweg bieden: direct, maar niet of minder face bedreigend.

Tot slot

Arts en patiënt moeten een vertrouwensband opbouwen gebaseerd op wederzijds begrip (rapport). De aard van het gesprek (o.a. de asymmetrie en het feit dat het om de gezondheid van één van hen gaat), maakt dat de relatie tussen arts en patiënt op gespannen voet staat. Beleefdheid speelt daarom een belangrijke rol in arts-patiënt interacties. Beleefdheid heeft echter de nodige risico's. Artsen moeten soms direct zijn tegen patiënten, maar de patiënten mogen geen gezichtsverlies lijden. Humor kan, zoals gezegd, een middenweg bieden. Maar hoe en wanneer ontstaat humor en welke eigenschappen heeft het? Hoe is humor geïntegreerd in conversaties? In de volgende paragraaf wordt verder ingegaan op deze vragen.

Humor

Het begrip humor vindt, zoals veel woorden zijn oorsprong in het Latijn; Humorem wat vloeibaar of vochtig betekent. Hippocrates (vierde eeuw voor Christus) geloofde dat een goede gezondheid afhankelijk was van de balans tussen de vier door hem geïdentificeerde verschillende vloeistoffen van het lichaam. Te weten: bloed, speeksel, zwarte en gele gal. In de tweede eeuw na Christus verbond de Griekse arts Galen psychologische eigenschappen aan deze vier 'humors'³. Dit leidde tot de opvatting dat mensen die van de sociale norm afweken iets aan hun 'humor' hadden (Martin, 2007:21). In termen van Hippocrates; hun balans was verstoord. Pas in de 16^e eeuw na Christus evolueerde het begrip humor tot zoals we dat in de hedendaagse betekenis kennen; een idee, afbeelding, tekst of gebeurtenis die incongruent, onverwacht en verrassend is. Daarnaast moet er een aspect zijn wat er voor zorgt dat de betrokkenen de stimulus als niet serieus opvatten en (tijdelijk) in een "playfull state of mind" terecht komen (ibid. p.6). In het dagelijks leven blijkt humor echter een lastig te vangen begrip (Olsen et al, 2002). Er zijn drie grote theorieën in de literatuur te onderscheiden; de Relief Theory, de Superiority Theory en de Incongruity Theory (Cooper, 2010; Martin, 2007; McCreddie en Wiggins, 2008). De Relief Theory is onder andere uitgewerkt door Freud, die geloofde dat humor een manier was om seksuele en agressieve impulsen te kunnen ventileren zonder dat men zich daar schuldig over hoefde te voelen. De Superioriteits Theorie (uitgewerkt door Hobbes) gaat er van uit dat men zich door humor superieur kan voelen ten opzichte van anderen of een vorige positie van zichzelf. De Incongruity Theory is gebaseerd op werken van o.a. Kant en Kierkegaard. Humor ontstaat doordat er incongruentie is tussen wat men verwacht en wat werkelijk plaats vindt.

Vormen van humor

Humor komt het meeste voor in interpersoonlijke relaties en is onder te verdelen in; grappen (korte humoristische anekdotes die worden doorverteld ter vermaak van een publiek), incidentele humor (zoals versprekingen) en tot slot spontane humor tijdens de conversatie. Die laatste was in onderzoek van Martin (2007:12) verantwoordelijk voor ongeveer 72% van de dagelijkse lachbuien. Er zijn verschillende indelingen denkbaar van typen humor. Long en Graesser (1988) vonden 11 verschillende categorieën spontane humor, waaronder plagen, ironie, understatement en sarcasme. Buijzen en Valkenburg (2004) identificeerden op basis van werk van Berger maar liefst 41 humor technieken waaronder ironie, sarcasme, overdrijving, absurditeit en satire. Spontane humor tijdens conversatie is echter niet altijd zo makkelijk te classificeren en te reduceren tot één enkele speech act, juist door zijn dubbelzinnigheid.

Humor als sociale gebeurtenis

Mensen lachen zelden alleen, er zijn altijd andere mensen bij betrokken. Zelfs als men lacht wanneer men alleen is, gaat het om wat Martin (2007) "pseudo sociale" situaties noemt. Hiermee bedoelt hij het lachen om een boek of televisieserie, waarin karakters worden beschreven of getoond die lachen opwekken. Jefferson (1979) is de eerste die gelach in interacties op conversatieanalytisch niveau heeft bekeken. Zodra de spreker begint te lachen is dit een uitnodiging aan de hoorder(s) om ook te lachen. Zij kunnen hierop reageren door in het gelach mee te gaan, of om in plaats te lachen te gaan praten. Tijdens of na de aanzet van de spreker. De uitnodigingen tot lachen van de spreker kunnen subtiel zijn en soms verpakt als ademhaling of het schrapen van de keel. Als de recipiënt niet ingaat op de uitnodiging, dan blijft het een ademhaling, maar anders wordt het alsnog een uitnodiging tot lachen. Dat sprekers zulke complexe constructies bedenken, heeft niet alleen te maken met

³Iedere vloeistof had zijn specifieke functie, als iemand melancholisch of depressief was bijvoorbeeld, geloofde men dat er te veel zwart gal in zijn lichaam zat. In het hedendaagse Nederlands herinnert het woord "zwartgalligheid" hier nog aan.

het behoud van 'face'. Vermoedelijk speelt ook het feit dat een gebrek aan gevoel voor humor iets is wat men niet snel toegeeft, een rol (Olson et al., 2002). Uit onderzoek van Bell (2009) blijkt dat de relatie tussen de gespreksdeelnemers van invloed is op hoe men reageert op humor. Zij vond dat er door intimi negatiever op een gefaalde grap werd gereageerd dan door onbekenden, die een neutralere toon gebruikten. Volgens Holt (2010) valt gezamenlijk lachen vaak samen met het beëindigen van een topic. Wanneer de hoorder niet ingaat op de uitnodiging van de spreker om te lachen, geeft deze aan door te willen gaan met het topic. Zoals Hay (2001) liet zien, zijn er echter verschillende manieren naast lachen om humor van de ander te erkennen of te ondersteunen. Namelijk: het bijdragen van meer humor, de opmerking letterlijk herhalen, uiten van sympathie, tegenstrijdige humor of zichzelf kleinerende humor. Daarnaast noemde zij ook andere strategieën om betrokkenheid bij de conversatie te uiten, onder andere overlap en coconstructie.

Humor als communicatievorm

Humor ontstaat volgens Martin (2007:6) door wat Koestler 'bisociation' noemt. Daarmee wordt bedoeld het gelijktijdig waarnemen van een gebeurtenis of idee vanuit twee op zichzelf staande referentiekaders, terwijl deze normaliter niets met elkaar te maken hebben of zelfs in strijd zijn met elkaar. Daardoor kan een opmerking op meerdere manieren worden opgevat, afhankelijk van het gebruikte referentiekader. Deze ambiguïteit geeft sprekers een handig instrument in handen. Door de dubbelzinnige aard van humor kan door middel van een grap een onderliggende boodschap verbloemd worden (o.a. Bos, 2007; Dolitsky, 1983; Martin, 2007). Humor functioneert dus als een vorm van beleefdheid en biedt mensen de mogelijkheid om de face van elkaar in acht te nemen en zo gezichtsbedreigende situaties te voorkomen. Humor moet dus opgevat worden als een vorm van communiceren (zoals beleefdheid) en niet als één enkele op zichzelf staande taalhandeling. In conversatie kan humor soms één of twee beurtten beslaan of kan door het hele gesprek heen verweven zijn.

Coates (2007) gebruikt de term 'play frame' om humoristische episodes aan te duiden. Ze komt tot deze term omdat men met humor op een speelse manier experimenteert met betekenissen, woorden en concepten. Uitingen die men binnen een play frame doet zijn niet serieus bedoeld. In conversatie vereist humor een minimale vorm van collaboratie omdat de interactanten samen een 'play frame' moeten construeren, waardoor uitingen als niet serieus kunnen worden bestempeld (Coates, 2007:32). Als iemand een niet serieus bedoelde opmerking maakt die de ander toch als serieus opvat, is het play frame niet geslaagd. Verder vond Coates in haar onderzoek dat in een play frame enkele zaken opvallend veel voorkwamen, te weten: overlap, co-constructie van uitingen, herhaling van enkele items, gelach en tot slot het gebruik van metaforen. Maar hoe wordt zo'n play frame ingebed in de conversatie?

Telic / paratelic

In conversaties wordt, afhankelijk van de situatie waarin men zich bevindt, telkens gewisseld tussen een serieuze taakgerichte manier van spreken ('telic mode') en een niet serieuze manier van spreken ('paratelic mode') (Martin, 2007:6). Zelfs wanneer een gesprek duidelijk doelgericht is, kan er soms toch omgeschakeld worden naar een niet serieus perspectief (denk bijvoorbeeld aan vergaderingen). De telic mode is gericht op logica en consistentie, maar de werkelijkheid is niet altijd zo en wordt bovendien door elk individu op een andere manier waargenomen. Om die reden is de paratelic mode soms noodzakelijk om (tijdens conversatie) om te gaan met het verschil in perceptie van de werkelijkheid van de interactanten (Martin, 2007:115).

Humor en topicverandering

Als sprekers gedurende een gesprek plotseling van onderwerp veranderen levert dit doorgaans problemen op. Als men in telic mode staat, kan men niet zomaar overschakelen van het ene op het andere onderwerp zonder dat het een chaotisch gesprek wordt. Als men echter van telic mode naar paratelic mode gaat, is dit wel mogelijk. Wanneer een topicverandering samenvalt met een switch tussen paratelic en telic mode, wordt de flow van de conversatie niet verstoord. Dit komt omdat mensen in alledaagse conversatie gewend zijn continue te wisselen tussen paratelic en telic mode.

Het onderwerp dat in de telic mode werd besproken, wordt als het ware op pauze gezet. De gespreksdeelnemers schakelen naar paratelic mode waarbinnen zij haast ongelimiteerde taalhandelingen kunnen doen. De uitingen bevinden zich zoals gezegd in een play frame waardoor de uitingen niet serieus opgevat dienen te worden; het is “maar” een grapje. Humor biedt daardoor de mogelijkheid om probleemloos van topic te veranderen (mits de humoristische episode als zodanig wordt herkend). Wanneer de humoristische episode klaar is of wanneer een van de deelnemers besluit terug te keren naar telic mode, kan er probleemloos teruggeschakeld worden naar het voorgaande telic onderwerp.

Interpersoonlijke functies van humor

Humor kan een breed scala en functies vervullen. Dit onderzoek richt zich op de interpersoonlijke functies van humor wanneer die spontaan tijdens interacties ontstaat. Hay (2000) vertrekt vanuit het begrip humor als geheel, wat als basisfunctie heeft een positieve eigen identiteit te creëren. Vervolgens verdeelt zij het begrip in 3 categorieën welke op basis zijn van de eerder genoemde drie theorieën. Zo is er “Solidarity” (solidariteit) waarbij humor wordt ingezet om de onderlinge banden tussen mensen te versterken, bij “Power” (macht) wordt het juist ingezet om de sociale afstand tussen mensen te vergroten of ter discussie te stellen. Met andere woorden humor als middel voor sociale organisatie (Lynch, 2010). De derde categorie, “Psychological” (psychologisch), omvat alle vormen van humor om de eigen identiteit te beschermen of om om te gaan met bedreigingen van binnenuit of van buitenaf. Hierbij valt te denken aan humor als coping-mechanisme. Onder elke hoofdcategorie vallen weer verschillende subcategorieën zoals teasing (plagen) of het aangeven en bevestigen (of ter discussie stellen) van grenzen. In alledaagse interacties wordt humor dus gebruikt als instrument voor de persoon zelf (psychologische categorie) of om de sociale relaties te bekrachtigen dan wel te beïnvloeden. Martin (2007:123) voegt hier aan toe dat humor mensen in staat stelt te communiceren alsof zij gedeelde percepties hebben, ondanks dat ze in feite verschillende perspectieven hebben. Er zijn echter nog meer functies te onderscheiden welke niet zijn genoemd door Hay. Volgens Martin (2007:116-124) dient humor ook als een instrument voor sociale vergelijking (zie ook Norrick, 2010:235).

Volgens Norrick (2010) kan humor (hoewel hij humor operationaliseert als grappen) dienen als ‘understanding test’ (ibid. 2010:235). Zowel spreker als hoorder leren iets over elkaar en de “test” (in de vorm van een grap) dient om te zoeken naar gedeelde interesses. Martin (2007:116-124) duidt dit fenomeen aan als ‘Social Probing’. Humor is een instrument voor sociale vergelijking. Op de eerste plaats om te achterhalen wat voor type humor de ander prefereert. Door humor kunnen we informatie verkrijgen over anderen, om zo onze eigen gevoelens en ons handelen te evalueren. Verder kan humor ervoor zorgen dat men afstand kan nemen van zichzelf wanneer men geconfronteerd wordt met tekortkomingen. Door de situatie als niet serieus te bestempelen wordt de positieve face behouden.

Humor kan ook enkele metacommunicatieve functies vervullen (Brock, 2009). Het kan dienen als discours management door bijvoorbeeld beïnvloeding van de 'flow' van de conversatie (tempowisselingen) of de toon en stijl. Tot slot kan humor functioneren als 'social play' en puur een entertainende functie vervullen (Martin, 2007: .p.124). Met andere woorden: humor om de humor.

Bij al deze verschillende functies moet een kanttekening gemaakt worden. Volgens Meyer (2000) moeten humorfuncties als continuüm gezien moeten worden en niet als geïsoleerd. Humor vervult vaak meerdere functies tegelijk (Meyer, 2000: 323). Daardoor is de categorisatie van humor lastig. Vooral omdat humor afhankelijk is van persoonlijke voorkeuren. Categorisatie dient daarom te geschieden op basis van objectief waarneembare eigenschappen van de humoristische episode. Om die reden bleek de indeling van De Koning en Weiss (2002) in positieve, negatieve en instrumentele humor onbruikbaar .

Humor blijkt niet puur een entertainende functie te hebben, maar een breed scala aan sociale functies te vervullen. Humor is geen geïsoleerde taalhandeling, maar is een vorm van communicatie. Een humoristische boodschap kan meerdere betekenissen tegelijk bevatten, wat sprekers in conversatie een handig instrument in handen geeft. In het volgende hoofdstuk wordt humor in verband gebracht met de medische context. Heeft humor in medische setting specifieke functies en hoe gaat dit in zijn werk? Welke rol speelt humor in arts-patiënt interacties?

Humor in arts-patiënt interacties

Humor in medische setting is een nog relatief jong en onontgonnen terrein. Dit is vermoedelijk te wijten aan het feit dat lachen in het openbaar rond 1860 als onbeleefd werd gezien en zelfs tot in het begin van de twintigste eeuw werd humor ongepast geacht in diverse sociale contexten, zoals in religie, onderwijs, politiek enz. (Martin, 2007:24). Wellicht rust er daarom een taboe op het onderwerp en heerst binnen de gezondheidszorg de opvatting dat een de medische omgeving zich niet leent voor niet serieuze zaken zoals humor (Stuer, 1996). Ook zou het de professionaliteit in gevaar brengen (Burton-Leiber, 1986). Verschillende studies (Dean en Major, 2008; Squier, 1995; Wrench en Booth-Butterfield, 2003) weerleggen deze opvatting echter. De houding van medici tegenover humor werd volgens Sumners (1990) mede bepaald door hoe lang men werkzaam was in de zorg. Zusters die langer werkzaam waren in het ziekenhuis stonden positiever tegenover het gebruik van humor op het werk dan hun jongere collega's. Er is de laatste decennia steeds meer aandacht gekomen voor humor binnen medische setting. Maar in welk opzicht is humor in een medische setting dan anders ten opzichte van humor in alledaagse conversatie?

In verschillende studies wordt de publicatie van Norman Cousins aangehaald als het begin van onderzoek naar humor binnen een medische context. Hij beschreef hoe zijn ziekte door humor niet alleen dragelijk werd, maar dat humor er zelfs voor zorgde dat hij, in combinatie met veel vitamine C, er zelfs van "genas" (Cousins, 1976). De publicatie van Cousins heeft er mede voor gezorgd dat er veel interesse kwam in humor binnen medische context. Op de eerste plaats is er onderzoek naar de therapeutische werking van humor waarin de invloed op het fysieke en psychische welbevinden wordt onderzocht, 'lachen als medicijn' (o.a. Martin, 2001, 2002; Hoare, 2004; Bennet, 2006). Op de tweede plaats is er onderzoek dat zich richt op humor als instrument voor medisch personeel, onder andere om om te gaan met stress en met elkaar (o.a. Buxman, 2008; Rees en Monrouxe, 2010).

De focus van het huidige onderzoek ligt echter op de invloed van humor op de relatie tussen medici en patiënten en in het bijzonder de arts-patiënt interactie. Scholl (2007) concludeert na etnografisch onderzoek dat humor één van de noodzakelijke bestanddelen van is van patiënt gerichte zorg, ondanks dat het begrip 'humor' door professionals en patiënten verschillend werd gedefinieerd. Humor hoeft namelijk niet te worden gedefinieerd om te kunnen worden gebruikt. Daarnaast vond Scholl dat humor, in overeenstemming met Martin (2007), het vaakst spontaan gedurende de conversatie voor kwam.

Verschillen tussen arts en patiënt

In medische interacties vervult humor mogelijk dezelfde inter-persoonlijke functies zoals die in de paragraaf over humor zijn beschreven, maar er zijn ook functies van humor die juist in een medische context relevant zijn en in het bijzonder voor arts-patiënt interacties. Onder andere het faciliteren van communicatie, het vermijden van conflicten (McCreddie en Wiggins, 2008) en omgaan met klachten en gevoelens (emotie management) (McCreddie en Wiggins, 2009; Francis et al, 1999). Naast deze meer metacommunicatieve functies van humor in medische context, zijn er ook enkele functies geïdentificeerd die specifiek voor arts en patiënt gelden, welke in de volgende alinea's aan de orde komen. Naast verschil in functie vonden McCreddie en Wiggins (2008, 2009) dat patiënten vaker humor initieerden dan de medici en zouden vooral de humor van de zuster overnemen. Mogelijk is die asymmetrie ook het geval in huisartsconsulten.

Functies van humor vanuit arts perspectief

Naast enkele functies die voor zowel arts als patiënt hetzelfde zijn, zijn er ook enkele arts specifieke functies te noemen. Op de eerste plaats het beschermen van het zelf⁴, zoals het reduceren van stress (Wanzer et al., 2005; Abel, 2002), omgaan met lastige patiënten (Beck, 1997) en zich distantiëren van het werk of instituut (Mauldin, 2008, Lipsky, 2010:142-151). Kortom het zorgt ervoor dat medici om kunnen gaan met het soms emotioneel en fysiek zware werk dat zij doen. Verder heeft humor invloed op de relationele aspecten van het beroep. Humor maakt artsen 'menschelijker', het zorgt er voor dat zij de situatie kunnen normaliseren (Burton-Leiber, 1986; Dean en Major, 2008; Francis et al, 1999; Scholl, 2007) en het getuigt van interpersoonlijke competentie (Fosbinder, 1994). De arts kan daarnaast uiting geven aan frustratie en boosheid via humor zonder de relatie met de patiënt te schaden (Francis et al, 1999).

Functies van humor vanuit het patiënt perspectief

Toegepast op een medische setting kan humor voor patiënten dienen als coping-mechanisme om om te gaan met het ziek zijn en spanningen weg te nemen, om lastig te bespreken zaken bespreekbaar te maken, om het label "slechte patiënt" te voorkomen of om de machtsafstand te verkleinen of op zijn minst minder te benadrukken (o.a. Burton-Leiber, 1986; Scholl, 2007; McCreaddie en Wiggins, 2009). Verder kunnen zij hun onvrede of frustratie omtrent de diagnose of behandeling uiten (Francis et al, 1999). Daarnaast is het aannemelijk dat niet alleen artsen, maar ook patiënten humor gebruiken als indirect taalgebruik om eventuele conflicten uit de weg te gaan. Humor kan in dat opzicht een hulpmiddel zijn bij gezamenlijke besluitvorming (Tates et al, 2002). Er is in de literatuur een gebrek aan studies die humor vanuit het perspectief van de patiënt hebben bekeken.

Kanttekeningen bij humor in medische setting

Het gebruik van humor in arts-patiënt communicatie is sterk situatie afhankelijk (Burton-Leiber, 1986; Scholl en Ragan, 2003). De eerst genoemde auteur noemt 3 criteria (voor artsen) voor het bepalen van de gepastheid van humor in medische setting, namelijk timing (op welk moment wordt humor in de conversatie verweven), receptiviteit (vatbaarheid van de patiënt voor humoristische opmerkingen) en inhoud (over welk onderwerp gaat de humoristische episode). Deze zijn ook in recenter onderzoek van Parrish en Quinn (1999) genoemd. Humor is, zeker in medische setting, maatwerk en dient op de patiënt te zijn afgestemd. (Scholl, 2007:165- 166; Squier, 1995). Hierbij is het van belang rekening te houden met de eigenschappen van deze patiënt en diens toestand (Davidhizar en Bowen, 1992). Is de patiënt cognitief en emotioneel in staat om humor te waarderen? Ook zijn er enkele onderwerpen die zich niet voor humor lenen volgens Hunt (1993) en London (2010). Echter 'wat gepast is', is cultureel afhankelijk en zoals bleek uit eerder aangehaalde studies van o.a. Brink-Muinen et al (2003) en Harmsen (2008) is cultuur een belangrijke factor binnen medische context. Daarnaast is gevoel voor humor erg persoonsgebonden en dus aan subjectiviteit onderhevig. Om die reden merkt Scholl (2007) ook op dat de artsen die humor gebruikten dit deden aan de hand van persoonlijke informatie over de patiënt

Samengevat zijn enkele interpersoonlijke functies van humor zoals die in de paragraaf over humor aan bod zijn gekomen ook geïdentificeerd binnen een medische context. Daarnaast zijn er ook enkele andere functies te noemen die specifiek in medische interacties voor komen. Een hiaat in de literatuur is het gebrek aan Nederlandse studies. Tot op heden zijn er geen Nederlandse studies die humor in medische interacties (en in het bijzonder huisartsenconsulten) onderzoeken.

⁴ Een functie die Hay (2000) ook vond binnen vriendengroepen en omschreef als 'coping' en 'defend'.

De meeste studies naar humor in medische setting zijn gedaan in ziekenhuizen en beschrijven de interacties tussen zusters of artsen en patiënten. Uit het onderzoek van Scholl (2007) bleek dat wanneer de arts en patiënten elkaar beter kenden, er niet alleen meer, maar ook beter op de recipiënt afgestemde humor plaats vond. Huisartsen kennen hun patiënten vaak langer dan ziekenhuispersoneel. Op basis van dit gegeven mag verwacht worden dat in huisarts-patiënt interacties er dus de nodige humor voor zal komen. Daarnaast is het zo dat mensen die bij de huisarts komen vaak minder ernstige klachten hebben dan mensen die in het ziekenhuis liggen. Dit onderzoek poogt dit gat op te vullen met een exploratieve benadering van humor in huisarts consulten.

De literatuurstudie leverde geen kwantitatieve gegevens op over humor tijdens huisarts consulten. Er zijn slechts kleinschalige kwalitatieve studies gevonden zoals die van Squier (1995). Scholl (2007) had een grotere opzet en onderzocht meerdere proefpersonen. De patiënten bevonden zich echter in de MIRTH-unit⁵. Dit is bezwaarlijk omdat humor dan niet in een natuurlijke omgeving plaats vindt, ook al was de MIRTH-unit wel natuurgetrouw. Deelnemers aan het onderzoek kregen op die manier voorkennis over het onderzoek wat mogelijk de resultaten beïnvloed. Er zijn geen studies gevonden die daadwerkelijke medische interacties gebruiken als materiaal. Dit is voor zover is na te gaan de eerste studie die dit onderwerp op een conversatie analytische manier benadert⁶.

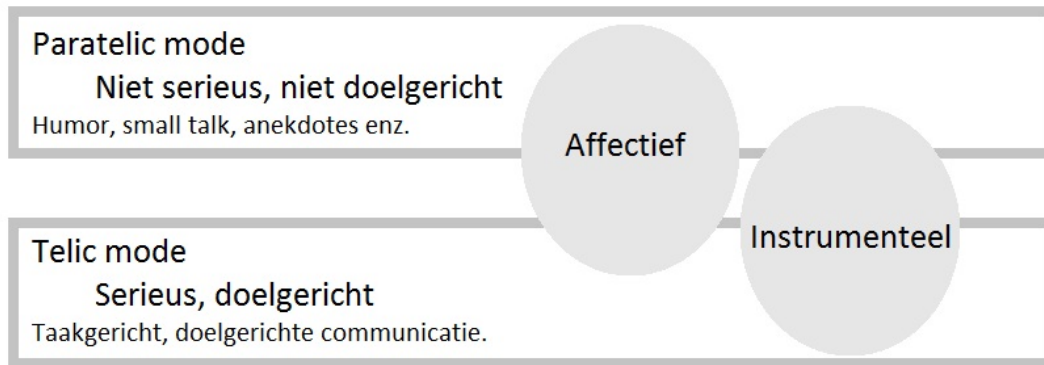
Humor in medische setting en conversatieanalyse

De huidige literatuur die humor in medische setting onderzoekt, heeft geen gebruik gemaakt van conversatie analyse. De literatuur die in de eerste twee hoofdstukken aan bod is gekomen is om die reden gebundeld. Dit leidde tot enkele schema's die de samenhang tussen humor aan de ene kant en arts-patiënt interacties aan de andere kant weergeven.

Bij nadere inspectie van de literatuur bleek er een zekere overlap tussen affectief en instrumenteel gedrag en de 'mode of talk'. Onder telic mode vallen de uitingen van arts en patiënt die serieus zijn bedoeld en die taakgericht zijn. Met paratelic mode worden alle uitingen bedoeld die in feite niets tot weinig aan het stellen van de diagnose bijdragen en die duidelijk niet serieus zijn. Affectieve gedragingen van de arts komen vermoedelijke vooral voor in paratelic mode. De niet serieuze manier van communiceren biedt de mogelijkheid om over zaken te praten die niet direct met het consult te maken hebben. De serieuze taakgerichte manier van spreken (telic mode) is kenmerkend voor instrumenteel gedrag. Zowel affectief als instrumenteel gedrag kan zich manifesteren via een telic of paratelic 'mode of talk'. Zoals bleek kan humor communicatie faciliteren. Paratelic mode (humor) is dan meer instrumenteel, omdat het helpt bij het stellen van een diagnose. In de praktijk is de interactie tussen arts en patiënt een mix tussen affectief en instrumenteel gedrag. Dit geldt ook voor de 'mode of talk', deze is eveneens een mix van telic mode afgewisseld met paratelic mode. De vier begrippen zijn samengebracht in fig. 1 op de volgende pagina. Overigens is fig. 1 voornamelijk van toepassing op artsen. Zij worden geacht zowel instrumenteel als affectief gedrag te vertonen.

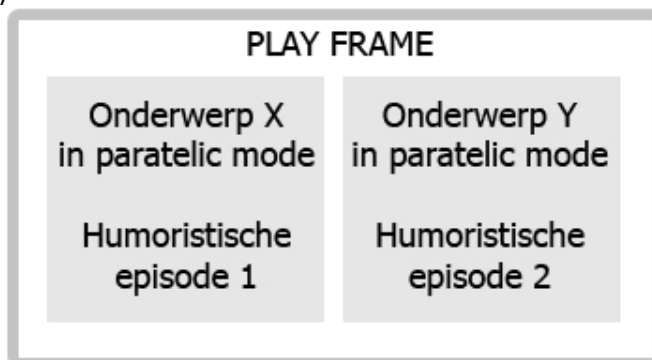
5 De MIRTH-unit (Medical Institute for Recovery Through Humor) was een speciale vleugel van het Integris Baptist Medical Center in Oklahoma in de VS en de drijvende kracht hier achter was Lyn Hester. Patiënten konden zich vrijwillig opgeven om in de MIRTH-unit te worden opgenomen. MIRTH heeft diverse publicaties voortgebracht op het gebied van de therapeutische werking van humor.

6 Met conversatie analytische benadering wordt in dit onderzoek de bredere opvatting van dit begrip van Drew en Heritage (1992) gehanteerd. Bos (2007) zou spreken van discoursanalyse.



Figuur 1: Paratelic en telic mode en de relatie tussen instrumenteel en affectief gedrag.

Er zal gesproken worden van een humoristische episode wanneer 1 of meerdere uitingen over hetzelfde onderwerp op een niet serieuze wijze in de conversatie worden geuit. De episode kan soms meerdere beurten beslaan, waarbij verschillende sprekers hun bijdrage leveren. Als er meerdere topics in één play frame worden besproken, worden deze als aparte humoristische episode behandeld. De arts en patiënt kunnen bijvoorbeeld eerst onderwerp X op humoristische wijze beschouwen of bekritisieren en vervolgens onderwerp Y. Het feit dat er van onderwerp wordt gewisseld wil niet zeggen dat het play frame eindigt. Een play frame kan uit slechts één onderwerp bestaan, maar dat is niet noodzakelijk (zie fig. 2).



Figuur 2: Relatie tussen play frame en humoristische episode.

Het is tot op heden niet duidelijk hoe humor functioneert in Nederlandse arts-patiënt interacties en welke interpersoonlijke functies van humor in alledaagse conversatie ook toepasbaar zijn binnen deze medische context. Er is ten tijde van dit onderzoek nog geen enkel onderzoek dat de Nederlandse situatie ten aanzien van dit onderwerp onder de loep neemt. Het onderwerp wordt, gezien het gebrek aan literatuur, exploratief hermeneutisch benaderd. De huidige studie heeft als doel inzicht te krijgen in het gebruik en functioneren van humor van huisartsen en hun patiënten tijdens consulten. Dit onderzoek wil op die manier bijdragen aan theorievorming ten aanzien van humor in arts-patiënt interacties.

Methode

In navolging van eerdere studies (o.a. Holmes, 2002 en Hay, 2000) is humor in de huidige studie in haar natuurlijke omgeving bestudeerd. Het hebben van een goed gevoel voor humor is een alom gewaardeerde eigenschap. Wanneer men voorafgaand aan het onderzoek zou duidelijk maken dat het gaat om een humor studie, is de kans vrij groot dat men om die reden onnatuurlijk gaat handelen. Bijvoorbeeld meer humor gebruiken, dan wanneer er geen onderzoek naar zou worden gedaan. Het gebruikte corpus is materiaal van een eerder onderzoek en is met een ander doel dan het huidige verzameld. Als er humor in de consulten voor komt is dat in de meest natuurlijke vorm mogelijk binnen een onderzoekssituatie.

Materiaal

De data is afkomstig van een eerdere studie die plaats vond in het kader van het Rotterdam Intercultural Communication in the Medical setting project (RICIM). Het ging om bijna 1000 patiënten van huisartspraktijken in Rotterdam en er deden 38 huisartsen aan mee. Alle consulten vonden plaats in de praktijk van de betreffende huisarts en werden op video opgenomen. Vervolgens werden de patiënten 3 tot 8 dagen na het consult geïnterviewd in de taal van hun keuze. Er werd 25% van de interviews at random geselecteerd voor verdere analyse. Op basis van de interviews werd het wederzijds begrip (ten tijde van het consult) tussen arts en patiënt bepaald. Daarvoor werd de Mutual Understanding Scale (MUS) gebruikt (zie: Meeuwesen et al., 2007). De hoogste en laagste kwartielen van wederzijds begrip hebben geresulteerd in het huidige corpus van 103 patiënten en 29 doktoren. In het corpus zijn verschillende nationaliteiten vertegenwoordigd die in het huidige onderzoek om praktische redenen buiten beschouwing zijn gelaten. De doktoren waren allemaal Nederlands, tussen de 40 en 55 jaar oud en hadden allemaal minimaal 5 jaar werkervaring. De meerderheid had meer dan 10 jaar ervaring. Het corpus bestond uit de op video opgenomen consulten die volgens conversatie analytische conventies zijn getranscribeerd.

Procedure

De transcripten zijn eerst volledig gelezen om een indruk te krijgen om welke klachten het gaat en om inzicht te krijgen in het verloop van het gesprek. Iedere uiting werd bekeken in relatie met de uiting er voor en er na, zodat subtiele veranderingen en verschuivingen in intonatie of tone of voice konden worden achterhaald. Na iedere uiting is werd bekeken hoe de andere gespreksdeelnemers of aanwezigen reageren op de betreffende opmerking. Hierbij werd gelet op zowel verbale als non-verbale signalen (indien aanwezig in het transcript en/of video), Van iedere uiting die op humor zou kunnen duiden werd de video bekeken, zodat subtiele non-verbale signalen (zoals wanneer men een opmerking maakt met sarcastische ondertoon of knipoogt) uitsluitel konden bieden .

Om humor en lachen in de transcripten te identificeren is op de eerste plaats gekeken naar voor de hand liggende notaties bij zowel spreker als hoorder zoals ((lacht)), ((glimlacht)), ((grinnikt)) en andere mogelijke varianten. Daarnaast is gekeken naar expliciet uitgeschreven hahaha's of varianten daarvan en genoteerde prosodische kenmerken zoals .hh. Die laatste notatie kan duiden op een hoorbare uitademing, maar dit kan mogelijk ook een kort lachje zijn.

Verder is gekeken naar structurele aspecten van het consult. Aan de hand van structuur kenmerken die Coates (2007) in haar onderzoek vond. Te weten: overlap, coconstructie van uitingen, letterlijke herhaling van hele of delen van een uiting van de voorgaande spreker.

Tot slot is op inhoudsniveau gekeken hoe een specifieke uiting bedoeld zou kunnen zijn en of deze binnen een arts-patiënt situatie conform de algehele norm zijn. Daarmee wordt bedoeld of de opmerkingen bijdragen aan het gezamenlijke doel van arts en patiënt en dat is achterhalen welke klachten de patiënt heeft en welke diagnose daar voor gesteld kan worden. Zo kon worden bepaald of iets serieus of niet serieus bedoeld zou kunnen zijn. In combinatie non verbale cues kon op die manier worden bepaald of iets telic mode of paratelic mode was.

Nadat alle episodes zijn geïdentificeerd, zijn deze onderzocht op gemeenschappelijke kenmerken en vervolgens gecategoriseerd waar mogelijk. Dit leidde tot 4 categorieën en enkele subcategorieën (1A, 1B, 2A, 2B, 3 en 4) die typerend zijn voor arts-patiënt interacties. Deze worden in het volgende hoofdstuk beschreven en geanalyseerd.

Inter-beoordelaars betrouwbaarheid

De categorieën zoals die zijn gedestilleerd uit het corpus zijn getoetst om inter-beoordelaars betrouwbaarheid te garanderen. Via SPSS zijn 14 cases at random geselecteerd uit het corpus (Tabel 5). De respondent was hoogopgeleid, maar had geen taal of communicatie achtergrond. Eerst werd het doel van het onderzoek en de verklaring van de categorieën aan de respondent uitgelegd. Per transcript werd eerst een samenvatting gegeven van het consult, zodat de respondent de context kon bepalen. Vervolgens zijn de episodes aan de respondent voorgelegd middels de transcripten. De respondent las telkens enkele regels voor en enkele regels na de humoristische episode. Vervolgens werden de episodes in één (of bij twijfel twee) van de zes categorieën in gedeeld. Ter controle moest de respondent zijn keuze motiveren. De betrouwbaarheidsinterval was 78,57%, een acceptabel percentage.

#	Case #	Transcript	Regel	Tweede beoordelaar	Eerste beoordelaar
1	10	101110	76	4	1B
2	100	111506	126-139	2B	2B
3	117	201112	161	1A	1A
4	141	211402	345	2B	2B
5	142	211402	373	2A	2A
6	150	211513	56	4	4
7*	151	211513	98	1A / 1B	2B
8	154	211513	163	3	3B
9	57	300803	105	4	4
10	59	300803	162	3	3
11	178	300904	322	4	4
12	183	300904	445	3	2B / 3
13	184	300904	447	2B	3
14	77	310805	329	1B	1B

Tabel 2: Inter-beoordelaars betrouwbaarheid

Analyse

Voor de beschrijving van de patronen heb ik voorbeelden gebruikt waarbij duidelijk één functie dominant is. In de praktijk vervult humor vaak meerdere functies tegelijkertijd (zoals ook uit het hoofdstuk Probleemgevallen zal blijken). De reden van deze werkwijze is om de verschillende functies herkenbaar te maken.

Humor in de transcripten verloopt volgens een vast patroon. De spreker (Arts of Patiënt) doet een uiting die op grond van eerdere uitingen niet logisch of ambigu is, waardoor deze (ook) als humoristisch kan worden opgevat. Vervolgens reageert de hoorder op deze uiting, waarvoor deze enkele opties heeft⁷. De meest voor de hand liggende reactie is te lachen of andere aanverwante non-verbale signalen zoals glimlachen. De hoorder kan ook de uiting bevestigen door verbale signalen (eventueel in combinatie met non-verbale uitingen). De reactie bestaat dan uit een uiting van dezelfde orde en borduurt voort op het geïnitieerde play frame. De tot nu toe genoemde reacties zijn allen ondersteunend. De hoorder kan er echter ook voor kiezen de humoristische opmerking niet te ondersteunen. Door de uiting te weerleggen bijvoorbeeld. Dit kan zowel door een wedergrap (waarmee de paratelic mode in stand wordt gehouden), of door een abrupt verlaten van de paratelic mode en op telic mode over te schakelen. De laatste optie is face bedreigend en zal daarom niet zomaar worden gekozen. Het kan ook voor komen dat de hoorder niet reageert, bewust of omdat men niet doorheeft dat de opmerking als humoristisch is bedoeld. Wanneer de reactie van de hoorder ondersteunend was, is de humoristische episode als 'succesvol' bestempeld. Kanttekening die hierbij geplaatst moet worden is dat het hier gaat om het waarneembare resultaat van de uiting. De patiënt of arts kan doen alsof de opmerking grappig is, maar ondertussen het tegendeel denken. Gezien de eigenschappen van het huidige materiaal is het niet te achterhalen of de humor daadwerkelijk als grappig werd ervaren.

Reacties van hoorder op humor	
Ondersteunend	Niet ondersteunend
Non verbaal: (glim)lacht	Non verbaal: lacht juist niet
Verbaal: bevestigt of gaat door op de grap	Verbaal: wedergrap die eerdere humoristische opmerking ontkent.
	Verbaal: Keert terug naar telic-mode.
	Geeft geen reactie.

Tabel 3: Reacties op humor

⁷ Deze reacties zijn een versimpelde versie van de reactie mogelijkheden op humor die Hay (2001) in eerder onderzoek vond in alledaagse conversatie tussen vrienden en bekenden.

Categorie 1: (gepercipieerde) Ongemakkelijkheid tijdens het consult.

A: Randon lastig bespreekbare (taboe) onderwerpen of uitingen.

B: Randon lichamelijk onderzoek.

Het institutionele karakter maakt dat artsen en patiënten soms gedwongen worden tot zaken die hen in alledaagse conversatie niet worden opgelegd. Gewoonlijk kan men kiezen met wie men over taboeonderwerpen (zoals geslachtsziekten en onvruchtbaarheid) praat en beslist men doorgaans zelf over het al dan niet uittrekken van kledingstukken. In arts-patiënt interacties is dit onoverkomelijk en vaak zelfs de kern van het bezoek. Gevoelsmatig wordt een grens overgegaan. Humor is een manier om om te gaan met de ongemakkelijkheid die dit met zich meebrengt.

Beide partijen, zowel arts als patiënt, kunnen een situatie tijdens het consult als ongemakkelijk ervaren. Beiden kunnen dus deze vorm van humor initiëren. De onderliggende motieven zijn echter anders. De arts zal de patiënt op zijn of haar gemak willen stellen en het 'bedreigende karakter' van de situatie af willen wenden. De patiënt daarentegen zal humor gebruiken om uitdrukking te geven aan de gêne, hoe minimaal ook, die men op dat moment voelt. Die gêne kan ontstaan doordat de arts lichamelijk onderzoek moet doen of door wat er besproken wordt of moet worden. De humor verwijst naar de directe context van het consult; hetgeen dat er op dat moment gebeurt of besproken wordt.

Categorie 1 A: Taboes

Bij de eerste categorie is dient humor om een taboeonderwerp bespreekbaar te maken. Taboeonderwerpen zijn voor een deel cultureel bepaald, maar sommige onderwerpen zijn in de meeste culturen taboe. Een voorbeeld daarvan is onvruchtbaarheid. Er is een verschil tussen cultureel bepaalde taboes en persoonlijke taboes. Om in de transcripten te bepalen wanneer een onderwerp taboe is, is gelet op aarzelingen, het opvullen van stiltes (met woorden als eh) of omzichtig taalgebruik. Bij deze categorie gaat het om paratelic mode die bijdraagt aan instrumenteel gedrag. Het maakt een lastig te bespreken onderwerp bespreekbaar. Desondanks is er ook duidelijk een affectief component aanwezig zoals zal blijken uit het voorbeeld, omdat de arts nadrukkelijk wordt bedankt door de patiënt voor zijn manier van handelen en zijn begrip.

“Dus ik moet ze allebei zwanger maken?”

Een voorbeeld van een lastig bespreekbaar onderwerp is onvruchtbaarheid. In transcript 110604 komt een jonge allochtone man bij een mannelijke arts. De patiënt maakt zich zorgen omdat zijn beide vriendinnen niet zwanger worden. De arts reageert door te zeggen dat hij ze allebei zwanger moet maken in regel 22 (zie Fragment 1). Het gaat hier om een niet serieus bedoelde opmerking, omdat het vanuit ethisch oogpunt tegen de sociale norm ingaat. Tevens is op de video te zien dat de arts glimlachend zijn opmerking maakt, waarmee hij aangeeft zijn uiting niet serieus te bedoelen. De arts grapt dat hij ze zwanger moet maken, omdat het de patiënt niet lukt. De patiënt reageert door mee te gaan in het play frame en verder te bouwen op de vreemde opmerking van de arts door te zeggen; “als het kan wel” (regel 24). Beiden bevestigen dat het om een play frame gaat door gezamenlijk in gelach uit te barsten.

19	P:	(laten we zeggen) ik heb ↑twee (vriendinnen) daar zitten
20		en die hebben allebei geen (kind) maar komt ↑ <u>stee:ds</u> (niet
21		in ver↑wachting) weet je
→22	A:	ja [dus ik moet ze ↑ <u>allebei</u> zwanger maken ←
→23	P:	{()
→24		als het kan wel
→25		((beide lachen, A werkt op pc))
26	P:	weet je (.) ze begon (↑steeds ziek) te worden dus ik dacht
27		eh: 's kijken wat er aan de ↑hand is

Fragment 1: Transcript 110604, regel 19 - 26

De patiënt neemt het initiatief om verder te vertellen over zijn klacht in regel 26. Na het lachen valt een korte stilte (is niet genoteerd in het transcript), waarop de patiënt de mogelijkheid grijpt om de beurt te nemen en verder te vertellen over zijn klacht. Zijn beide vriendinnen blijken niet zwanger te raken ondanks dat ze niet aan de pil zijn en de man vermoedt dat hij onvruchtbaar is. Zijn vriendinnen worden steeds “ziek”, de arts begrijpt dat de man hiermee ongesteld bedoelt en verbetert hem later in het gesprek.

De patiënt weet niet hoe hij de situatie moet oplossen en de arts oppert “er nog eentje bij te nemen” (regel 50, Fragment 2). Een opmerking die gezien de context belachelijk is, omdat het een bijzonder slecht advies van de arts zou zijn en omdat de man al twee vriendinnen heeft. De patiënt reageert dan ook met gelach en doet mee aan het play frame van de arts door te zeggen dat het dan helemaal druk wordt (regel 51). Hij switcht zelf meteen terug naar telic mode, om aan te geven dat het voor hem een serieus probleem is. Dit doet hij door de constructie; “nee, maar” die aangeeft dat hij iets gaat zeggen dat in tegenstelling is tot wat daarvoor is gezegd. Daarmee breekt hij expliciet het playframe af. Vervolgens versterkt hij zijn boodschap door te zeggen dat het “echt een groot probleem is”, waarmee

hij expliciet aangeeft zich zorgen te maken. De arts gaat vervolgens serieus op het probleem in regel 54.

46	A:	↑ja ja. (.) ↑ja.
47	P:	(.5) ik dacht van eh: [nou (ik weet niet) hoe ik het moet
48	A:	[ja
49	P:	↑oplossen maar=
→ 50	A:	=of ↑nog eentje d'r bij hè
→ 51	P:	((lacht)) dan wordt het hele↑maal druk dat wordt helemaal
→ 52		gek voor mij(h) ((lacht)) nee maar het is best wel effe
→ 53		(echt) een groot pro↑bleem weet je [()]
54	A:	[ja.
55		ja. (.) en ↑hoe hoe lang eh:m hoe: lang zijn ze ↑bezig om
56		eh: h-↓hoe lang ben je aan het pro↓beren
57	P:	(1.1) ja met die ene ben ik al vanaf eh: (8) november

Fragment 2: Transcript 110604, regel 43 - 57

In beurt 93 in Fragment 3 geeft de arts uitleg aan de patiënt aan de hand van een metafoor. Hij doet deze uiting terwijl hij glimlacht naar de patiënt. De metafoor helpt de arts om zijn punt duidelijk te maken. De patiënt geeft aan het te begrijpen door te zeggen dat er harder gewerkt moet worden, wat vervolgens wordt herhaald door de arts terwijl deze glimlacht. De arts neemt vervolgens het initiatief om het playframe te verlaten door te zeggen het zaad van de man eens na te kijken. Het verlaten van het playframe markeert hij door 'maar' te gebruiken, en daarmee een tegenstelling aan te geven in vergelijking tot de vorige uiting.

92		()
→ 93	A:	↓ja: maar soms heb je gewoon wat meer tijd nodig om eh: om
→ 94		↑doel te treffen.
→ 95	P:	(1.1) o: harder werke(h)n [((lacht))
→ 96	A:	[gewoon harder werken. ja.
97	P:	o:=
98	A:	=ja. (1) .hh [maa:r maar ik kan je zaad wel een keer
99	P:	[()]
100	A:	↑nakijken dan moet je een keer wat in een ↑glazen potje
101		moet je even wat doen en dan hebben we me↑teen ().

Fragment 3: Transcript 110604, regel 93 - 102

De patiënt verlaat uiteindelijk de kamer door de arts met klem te bedanken. Opvallend in dit consult is ook dat er na de humor plotseling veel meer overlap in het gesprek voorkomt. Vóór de grap lieten de arts en patiënt elkaar keurig uitspreken, maar erna was er telkens overlap. De overlap is in geen enkel geval problematisch, omdat de arts en patiënt elkaars opmerkingen aanvullen. De succesvolle overlap kan betekenen dat zij op elkaar afgestemd zijn. In dit consult faciliteert humor het bespreken van een lastig onderwerp. Het consult is minder beladen en de humor van de arts zorgt ervoor dat de patiënt zich meer op zijn gemak voelt.

Categorie 1 B: Rndom Lichamelijk Onderzoek

In huisarts consulten komt het vaak voor dat de patiënt lichamelijk onderzocht moet worden. Omdat deze situatie ongemakkelijkheid met zich mee kan brengen, worden er in de arts-patiënt interacties grapjes gemaakt rondom (net ervoor, erna of tijdens) het lichamelijk onderzoek. Om te bepalen wanneer er sprake was van lichamelijk onderzoek, is op de eerste plaats gekeken naar inhoudelijke aanwijzingen (bijvoorbeeld: "Laten we maar eens naar die arm gaan kijken"). Op de tweede plaats is het videomateriaal gebruikt om te achterhalen wanneer de arts naar de patiënt toe liep of op een andere manier de patiënt lichamelijk onderzocht. De grappen verwezen vaak naar wat op dat moment gebeurde (zoals in het voorbeeld), maar dit hoeft niet altijd zo te zijn. De paratelic mode dient hier vooral een affectief doel, de patiënt op zijn of haar gemak stellen.

"Niet smokkelen he?"

Een voorbeeld vinden we in transcript 310805 (Fragment 4). Een ouder echtpaar komt bij de huisarts. De man klaagt over duizeligheid en zegt dat hij af en toe last heeft van zijn evenwicht. De man is op controle voor zijn suikerziekte en moet om die reden gewogen worden. De man gaat wat aarzelend op de weegschaal staan, waarop de arts hem zegt niet te smokkelen, wat gezien de context en de intonatie als grapje bedoeld is (regel 272). De vrouw van de patiënt lacht om de opmerking van de arts en de patiënt grinnikt zachtjes (wat niet in het transcript genoteerd staat). Het feit dat de patiënt op de weegschaal moet gaan staan, staat hem tegen blijkt later uit het gesprek. Hij is bang voor het fysiek op de weegschaal te gaan staan, omdat hij vaak duizelig is de laatste tijd. Dit is geen taboeonderwerp, omdat het bespreken van het onderwerp niet het probleem is, maar de fysieke daad van het wegen zelf. Dit blijkt ook uit het feit dat de patiënt zich blijkbaar vasthoudt (regel 273). De humor dient om de ongemakkelijkheid rondom het lichamelijke onderzoek luchtiger te maken en de patiënt op zijn gemak te stellen.

```
266 P: ja
267 A: Ja laat maar even je krijgt zo je krijgt zo de prik nog
268 even. Ik wil je wel even op de weegschaal hebben.
269 (2)
270 P: even ( ) + gewicht 36205
271 (2.5)
→272 A: Ja niet smokkelen (.) he?
→273 AM: Niet je eigen beet houden huhuhuh
274 A: das goed, (.) achtenzestig.
275 P: Ja dat had ik ook gedacht ↑ja.
276 A: Da's goed, neem plaats:. Dan ga ik even de prikjes zo
277 pakken.
278 M: Nou ik ( ) .hh...
279 P: dan ben je dus al weer even onzeker he als je dus daar op doorwaait
280 moet gaan stappen
281 A: ja maar dat is logisch hoor, want het is een klein
282 plateautje
283 P: ja: maar toch maar toch eh °als je (dat niet hebt) dan heb
284 je daar geen last van hoor°.
```

Fragment 4: Transcript 310805, regels 267 - 284

Categorie 2: Probing.

A: Professional probing

B: Social Probing

Probing wordt in deze context bedoeld in letterlijke vorm; humor als testmiddel om te kijken 'wat voor vlees men in de kuip heeft'. Het gaat bij deze categorie om de interpersoonlijke verhoudingen. De term probing is geleend van Martin (2007) die 'social probing' als een functie van humor ziet in interpersoonlijke relaties (zie de paragraaf Humor in het hoofdstuk Literatuurstudie). Tijdens het bestuderen van het materiaal kwam de door Martin gedefinieerde functie dermate duidelijk naar voren, dat besloten is Martin's terminologie over te nemen. Tevens was er geen Nederlands equivalent welke de lading volledig dekte. De definitie van Martin is echter om praktische redenen aangepast en verscherpt. In dit onderzoek wordt onderscheid gemaakt in professional probing (de institutionele identiteit) en social probing (de sociale identiteit).

Categorie 2 A: Professional Probing

Humor kan gebruikt worden om grenzen van de (institutioneel) vastgelegde rollen op te zoeken, zowel door arts als patiënt. Een fenomeen dat ik 'professional probing' zal noemen, omdat het gaat om de rol van de arts als professional en de rol van de patiënt als leek (op medisch gebied). Bij professional probing verwijst de uiting op humoristische wijze naar de rollen, of typische eigenschappen van die rollen, die zowel de arts als patiënt hebben. Men kan zowel de eigen rol als de rol van de ander op de hak nemen. Humor dient hier om te experimenteren met de eigen rol (bijvoorbeeld door deze af te zwakken of te overdrijven of de grenzen ervan op te zoeken) of om informatie in te winnen over hoe de ander tegenover zijn of haar rol aan kijkt.

"Hij is niet voor niks iedere keer vrij!"

In transcript 101006 wordt de positie van de arts duidelijk ter discussie gesteld door de patiënt. De dochter van de patiënt is ook aanwezig bij het consult en is aangeduid als M. De arts is op de computer aan het werken en om de stilte te verbreken maakt hij een grapje over zijn eigen institutionele positie in regel 198 (Zie fragment 5). De patiënt lacht en de arts lacht mee. De dochter van de patiënt lacht niet, maar geeft verbale ondersteuning door te zeggen dat het over haar moeder gaat. De arts zegt na een stilte van 10 seconden dat de regels wel heel streng zijn. Van deze opmerking is niet duidelijk hoe de arts deze bedoelt. De opmerking kan serieus bedoeld zijn, waarmee de arts het play frame verlaten zou hebben. Het kan ook een sarcastische verwijzing zijn naar de institutionele context en de bureaucratische omgeving ervan. Waarschijnlijk maakt de arts de opmerking om de stilte te vullen. De patiënt vat de opmerking in elk geval niet op als een beëindiging van het play frame, ondanks de lange stilte van ruim 56 seconden (regel 212), omdat ze een verwijzing maakt naar het schrijven van de arts en vervolgens lacht. De arts reageert door te vragen of het onleesbaar wordt. Wederom is niet helemaal duidelijk of het een humoristisch bedoelde opmerking is, of dat de arts deze serieus plaatst. In de video is het gezicht van de arts wel te zien, maar dit biedt geen uitsluitel. De arts lijkt kort te glimlachen, maar door de kwaliteit van de video is dit niet zeker. Na een stilte wordt het play frame definitief afgebroken door de arts door zijn uiting in regel 217. Het woord 'nou' dient hier als markeerder van een topicverandering en met 'dit' verwijst de arts naar de verwijskaart en komt zo weer terug in de telicmode. In dit fragment is te zien dat de verschuiving van paratelic terug naar telic soms erg geleidelijk kan gaan.

195	A:	en ook eh <u>bijholteontsteking</u> kan eh (.) een langdurige
196		<u>hoestklacht</u> geven.
197		(11.8) ((typt op pc))
→198	A:	zijn <u>allemaal</u> ↑ <u>patientengeheimen</u> hoor,
→199	P:	hhh hhh
→200	A:	hhh hhh
201	M:	oja het gaat over mijn <u>moeder</u> dus eh
202	A:	↑j↓a: ze zit er gelukkig <u>bij</u>
203		(1)
204	P:	nou wij <u>hebben</u> niet zoveel geheimpjes
205	A:	(daar ben ik blij om te horen) () he?
206		(3)
207	P:	misschien als het over d'r <u>vriendjes</u> gaat, maar
208		((P lacht))
209	A:	je weet ook niet of het ook andersom is natuurlijk he?
210		(10.3)
211	A:	'T eh de <u>regels</u> zijn °wel heel streng°
212		(56.4) ((A schrijft verwijskaart))
213	P:	<u>kijk</u> hij schrijft () zie je dat? ← (Arts moet klein schrijven en het past niet goed op de verwijskaart)
214		((P lacht))
→215	A:	wordt het onleesbaar?
216		(8)
217	A:	nou dit kan op <u>korte</u> termijn,
218	P:	ja
219	A:	even bellen van tevoren, [ehm
220	P:	[en staat dat erop ↑dat ↑dat ↑voor
221		↑dat ↑dat ↑voor

Fragment 5: Transcript 101006, regels 195 – 220.

Op het einde van het consult (fragment 6) begint de patiënt over een foto van de zoon van de arts die in de consultruimte hangt. De patiënt maakt vervolgens de opmerking; "Hij is niet voor niks iedere keer vrij!" en lacht vervolgens (regel 256). Ondanks dat het een grapje is, is het duidelijk een aanval op de arts en zijn hoeveelheid vakantie. De arts voelt in elk geval de nood zichzelf te verdedigen. Hij probeert van paratelic mode om te schakelen naar telic mode door te zeggen; zo nu heb ik alles genoteerd. Hij markeert het terugkeren naar een taakgerichte manier van spreken door het voorgaande onderwerp (en daarmee ook de bijbehorende paratelic mode) expliciet af te sluiten. Dit doet hij door de markeerder 'zo'. De patiënt begint weer over de zoon van de arts, waar de arts op in gaat. In regel 267 keert de arts expliciet terug naar telic mode door het onderwerp expliciet te beëindigen met de woorden "Zijn wij klaar?".

246 P: °ja wel°
 247 (4)
 248 P: is dat de laatste nieuwe foto van je:~
 249 A: nou niet de (.) laatste, wel de leukste vandaar dat ik 'm
 250 eh (.) °nog laat hangen°
 251 P: hij wordt al aardig ↑groot
 252 A: [da's een hele g-
 253 M: [°wie is dat dan°
 254 P: zijn ZOON
 255 M: oh ja
 → 256 P: hij is niet voor niks iedere keer vrij,!
 → 257 [(P lacht)]
 → 258 A: [was was in december maar (.) laatste twee maanden niet
 259 hoor
 260 (1)
 → 261 A: °nu heb ik alles genoteerd°
 262 P: ja hij lijkt wel een beetje op je!
 263 A: steeds meer
 264 P: ja
 265 A: hij wordt steeds lastiger hhhh
 266 P: oohoooh
 → 267 A: zijn wij klaar? Want dan eindig ik dit, want jij hoeft
 268 natuurlijk niet °op de video°,
 269 P: zij komt ()

Fragment 6: Transcript 101006, regels 246 – 269.

Wat opvallend is aan dit transcript, is dat pas nadat de arts een grapje heeft gemaakt over zijn institutionele rol (198, fragment 5), de patiënt de institutionele rol van de arts bekritiseert. De arts zwakt zijn institutionele rol af en stelt deze daarmee open voor discussie. Wanneer zijn institutionele positie afgezwakt wordt, verliest hij daarmee ook een deel van de daarbij behorende macht. Doordat de machtsafstand tussen arts en patiënt verkleind wordt, grijpt de patiënt deze mogelijkheid om de positie van de arts te bekritisieren. Het is goed mogelijk dat wanneer de arts zijn institutionele positie niet had afgezwakt, de patiënt wellicht geen poging had gedaan tot het bekritisieren van de positie van de arts.

“Ik weet al wat ik ga doen, ik ga Piet Lap bellen.”

Een ander voorbeeld van professional probing vinden we in transcript 310111. De patiënt en de arts experimenteren gedurende het hele consult met hun institutionele rol. Een autochtone oudere patiënt komt bij een vrouwelijke arts en vrijwel meteen ontstaat er een luchtige sfeer. De eerste regels gaan over de deelname aan het onderzoek. Dit is af te leiden uit de opmerking van de patiënt dat het (de opname) in het belang van de wetenschap is. De opname is echter niet vanaf het begin van de conversatie gestart, maar pas vanaf het moment dat de patiënt in de consultruimte zit (fragment 7). De arts en patiënt lachen eerst wat om de opmerking van de patiënt dat “het” aan zijn anatomie ligt. Vermoedelijk verwijst de patiënt naar een eerdere uiting die voor het begin van de opname is gemaakt. De patiënt en arts lachen beiden om de opmerking. Op basis van de andere transcripten zou de arts op dit moment vragen naar de reden van het bezoek of vragen hoe het met de patiënt gaat. In plaats daarvan neemt de patiënt de leiding en vraagt de arts of deze wel goed gezocht heeft.

1 P: Nee daar ↓doe ik aan ↑mee ?
2 A: doet u daar aan ↓mee: (.hh) ?
3 P: jA w
4 (0.5)
5 P: (waarom zou ik daar nou) nee tegen ↑zeggen
6 (0.5)
7 A: .hh e[:h]
8 P: [het is in het belang van de ↑wetenschap
9 A: JA. En daar helpt u aan mee↓:.
10 P: JA:
11 (1.8)
12 A: wat zou [u d'r (ook al weer) doen
13 P: [hee- hee- (het ligt eraan mijn) a- anato↑mie he?
14 P: he hhh hhhh
15 A: hh hhh
16 (0.6)
17 P: E::H
18 (1.8) ((Arts knikt ja))
19 P: hebben jullie nog >goe-< gezocht <naar et eh> (1)>heb je 't
20 ↑ja<? ↓Heb je) ge↑zocht?
21 A:=Ik heb gezocht.
22 P: En heb je 't gevonden
23 A: ik heb het ook gevonden.
24 P: Hartstikke .hhh (0.8) had ik gelijk?
25 A: U had gelijk, ja.
26 P: Zo:
27 A: ja.
28 (0.7)
29 A: .Hhhh hoe 'st ge↑gaa:n?
30 (0.8)
31 P: E:h >nou ik heb< e::h (0.5) gister ↑och'end, e::hm ggg e:h

Fragment 7: Transcript 310111, regels 1 - 31

De patiënt experimenteert met zijn rol als patiënt. Volgens de norm is de patiënt ondergeschikt aan de arts en is de arts degene die de vragen stelt. Humor stelt de patiënt in staat (zonder de face van de arts te bedreigen) hiermee te experimenteren. In regel 29 neemt de arts weer de leiding en vraagt hoe het is gegaan. De patiënt komt aarzelend op gang en moet blijkbaar even omschakelen naar telic mode.

Hij vertelt over zijn klacht en in diezelfde beurt zegt hij expliciet “u bent de dokter” (fragment 8) en herstelt daarmee de hiërarchie. Hij geeft wel aan dat ze er samen uit moeten komen en geeft daarmee expliciet aan wat hij van de interactie verwacht in regel 47.

```

43      (0.4) Dacht ik, die zitten ↑hier. (.) Hier zitten me
44      nieren. (0.5) Dus eh, (.) ik weet ook niet wat het is. Ik
→45      eh >daarom ben ik ↑hier<, want u bent ↓dokter,
46      A: hmm
47      P: en e:h we moeten proberen 't om daar <samen> uit te ↑komen
48      A: hmm
49      P: wat het nou ↑wel of wat het nou niet is hhh nou e:hm

```

Fragment 8: Transcript 310111, regels 43 - 49.

Gedurende het hele gesprek spreekt de patiënt de arts afwisselend met formele en informele aanspreekvorm (je versus u) aan. Dit heeft mogelijk verband met het tegenstrijdige doel van de patiënt om de asymmetrie aan de ene kant te handhaven (“u bent de dokter”) maar tegelijk ook deels op te heffen. Hij zegt namelijk dat ze er samen uit moeten komen.

In fragment 9 bij het lichamelijke onderzoek zegt de patiënt dat de arts op een bepaalde plek moet kijken en zegt erbij dat het dik is. De arts antwoordt dat er vocht in zit, waarop de patiënt vraagt hoe dat komt. De arts zegt dan dat het komt door zijn overgewicht. Gezien de context is de opmerking nogal out of the blue en bot. Er valt na de opmerking dan ook een vrij lange stilte van 1,8 seconden (regel 232). De patiënt moet dit even verwerken en vat de opmerking uiteindelijk op als grap en gaat er om lachen. De arts lacht vervolgens met hem mee. De patiënt zegt vervolgens, “nou dank u wel,” (regel 237) wat op de video als welgemeend bedankje voor de heldere uitleg van de arts klinkt. Het feit dat de grap tijdens het lichamenlijk onderzoek plaats vindt, is in dit geval van ondergeschikt belang. Het onderwerp van de grap is namelijk het overgewicht van de patiënt. Het overgewicht lijkt geen taboeonderwerp te zijn voor de patiënt, omdat hij eerder in het gesprek geen moeite lijkt te hebben met zijn toestand.

```

227 P: [die zitten dus eh <nee maar kijk nou eens naar
228      kijk nou> dat wordt toch helemaal dik,
229 A: zit ook vocht in, klopt, ja? Dat klopt=
230 P: =Hoe komt dat
→231 A: dat komt weer door uw overgewicht.
→232 (1.8)!! lange stilte
→233 P: O ( ) hhh hhh
→234 A: hhh hhhh als je een beetje zwaar bent krijg je dat.
235 P: O
236 (2)
→237 P: nou dank u [wel

```

Fragment 9: Transcript 310111, regels 226 - 237.

Ondanks dat er geen sarcastische ondertoon viel te bespeuren kan de uiting ook als sarcastische bedankje voor haar “compliment” worden opgevat. Doordat de opmerking onverwacht direct is, vat de patiënt de opmerking op als een grap (wellicht ook om zijn ‘face’ te behouden). De patiënt is gedurende het consult veel aan het woord en stelt veel vragen en de arts geeft hem ook de ruimte om te vertellen. Om die reden lijkt de arts hem op zijn plaats te willen zetten door haar directe opmerking. Zij verwijst met haar opmerking naar een persoonlijk kenmerk van de patiënt. Om die reden zou deze episode ook als social probing opgevat kunnen worden. Gedurende het hele gesprek experimenteren de arts en

patiënt met hun institutionele rollen. Om die reden is deze episode opgevat als professional probing, omdat de arts vooral haar professionele grenzen opzoekt en het feit dat het hier om een persoonlijk kenmerk gaat is meer een middel om haar professionele grenzen te verkennen door op deze vrij directe wijze haar autoriteit te gebruiken.

Op het einde van het consult (fragment 10) begint de patiënt plotseling over Piet Lap (regel 299). Waar de arts om moet lachen. Vervolgens wil de patiënt een verhaal afsteken over kleding die hij heeft gekocht, maar de arts kapt hem af op enigszins humoristische wijze met de opmerking; "Vind je het goed als ik verder ga, het is hartstikke druk man!" (regel 307). De arts gebruikt hier wederom humor om haar institutionele positie te benadrukken en macht uit te oefenen op de patiënt.

297	A:	Ja (.) (.nnn (nieuw) [(idee)
298	P:	[nee, ik <u>weet</u> al wie ik ga <u>bellen</u> , ik
→ 299	A:	ga Piet <u>Lap</u> bellen. Wel eens ↑gehoord van Piet Lap:?
300	A:	Hhh nee:
301	P:	hhhh [hhhh
302	A:	[een broekenspecialist
303	P:	JA
304	A:	nou
305	P:	daar heb ik dus die <u>jas</u> gekocht, ik heb heb er twee
306	P:	gekocht, dus [() () () ()
→ 307	A:	[vind je het goed als ik <u>verder</u> ga? Het is hartstikke
308	A:	<u>druk</u> man.
309	P:	Hee hartstikke bedankt, huhuhuhuh
310	A:	↑da:g,

Fragment 10: Transcript 310111, regels 298 - 310

Vanuit het arts perspectief is professional probing een manier om de institutionele identiteit af te zwakken en kan affectief gedrag faciliteren (menselijke kant benadrukken), wat in het eerst besproken consult naar voren komt. Professional probing kan ook door de arts gebruikt worden om de institutionele positie juist te benadrukken en de grenzen ervan op te zoeken, zoals in het tweede besproken consult. Hier dient humor vooral een instrumenteel doel: de hiërarchie tussen arts en patiënt impliciet kenbaar maken en daarnaast de patiënt wijzen op zijn overgewicht. In het tweede consult lijkt de arts humor vooral te gebruiken om de patiënt in toom te houden zonder een FTA uit te voeren.

Categorie 2 B: Social Probing

Probing kan ook gebruikt worden met een sociaal doel. Dat wil zeggen, om te kijken wat voor soort humor de ander heeft en hiermee onderliggende waarden of gevoelens onderzoeken. Het gaat hier niet zozeer om de rollen die beide partijen hebben, maar de nadruk ligt hier op de persoonlijke kenmerken van de arts en patiënt. Een fenomeen wat ik als 'social probing' zal aanduiden. Wanneer de inhoud van de grap geen verwijzing bevat naar de institutionele setting, maar verwijst naar sociale kenmerken, dan is er sprake van social probing. Het gaat hierbij dus om persoonlijke eigenschappen of voorkeuren van de arts of patiënt die niets met het arts of patiënt zijn te maken hebben. Met andere woorden: dezelfde grap zou (in theorie) ook tussen twee familieleden of vrienden kunnen worden gemaakt.

Social probing kan zich direct of indirect manifesteren. Direct wil zeggen dat men expliciet grappen over persoonlijke eigenschappen maakt, zoals vergeetachtigheid. Hierdoor leren de gespreksdeelnemers persoonlijke kenmerken van elkaar kennen. Zij kunnen ook persoonlijke kenmerken op een subtielere manier van elkaar te weten komen door een play frame. Dit kan soms spontaan tijdens de conversatie ontstaan. Door de verschuiving naar paratelic mode, komen zij erachter hoe de ander zich gedraagt in een play frame. Social probing is dan indirect. Dit zegt iets over de voorkeuren van de ander, bijvoorbeeld het type humor. Als zij elkaar op een succesvolle manier aanvullen in een play frame, laten ze hiermee zien goed op elkaar afgestemd te zijn. Dit kan de onderlinge relatie versterken.

Het kan zo zijn dat degene die de humor initieert (bewust of onbewust) als onderliggend doel heeft de banden te versterken. Dat is echter moeilijk empirisch te onderbouwen met enkel transcripten en video's als materiaal, zonder de mogelijkheid de gespreksdeelnemers zelf te ondervragen. Social probing zal voornamelijk bijdragen aan affectief gedrag. Het leren kennen van de ander en het samen ervaren van positieve emoties.

“Daar is niks aan, aan Paul de Leeuw.”

In transcript 111506 komt er een vrouw, die van een trap is gevallen tijdens een optreden van Paul de Leeuw, bij de dokter. De arts maakt hier een grap over, door te zeggen dat dat haar straf is voor naar een optreden van Paul de Leeuw. Hiermee maakt de arts grapjes over de smaak of voorkeur van de patiënte en de opmerking zou zelfs kunnen worden opgevat als een belediging. De patiënte reageert slechts met een minimale respons ("ja"). De arts probeert vervolgens om de opmerking af te zwakken in regel 73 door te zeggen Paul de Leeuw niet zo goed te kennen. Er is hier sprake van social probing, omdat de arts een grap over de voorkeur van de patiënte maakt. Doordat de patiënte minimaal reageert en er niet bij lacht, lijkt het er op dat de grap bij haar niet in goede aarde valt. De arts probeert de situatie (en zijn 'face') te redden door zijn opmerking vervolgens af te zwakken. Dit doet hij door zijn opmerking te wijten aan zijn gebrek aan kennis over Paul de Leeuw. In dit voorbeeld wordt er een grap gemaakt over een persoonlijke voorkeur van de ander. Omdat expliciet genoemd wordt om welke persoonlijke eigenschap het gaat (het leuk vinden van Paul de Leeuw) vindt Social Probing hier op een directe manier plaats.

64 P: ja (1.8) ((P gaat staan, beide lopen uit beeld)) en het
65 kost ook zoveel ↑kracht omdat ik zoveel (weer) mee om↑hoog
66 zeulen (1) ((P zucht)) maar ik heb ↑echt het gevoel (.)
67 eh: hier (.) ja het gaat (namelijk) met lopen heel veel
68 (↑hier) pijn maar ik heb ook heel veel pijn aan mijn
69 ↑schouders maar ja,
→70 A: (1.1) ja:. (1.2) da's de straf voor naar paul de ↑leeuw
→71 gaan hè daar [is niks ↑aan aan paul de leeuw ((lacht))
→72 P: [ja
→73 A: (maar voor zover ja ik ken paul ook niet zo heel veel
→74 ↑omdraaien)
75 (4)
76 ((A en P praten te zacht om te kunnen verstaan))

Fragment 11: Transcript 111506, regels 64 - 76.

Later in het gesprek (fragment 12) wordt de band tussen de arts en de patiënt weer bekrachtigd, doordat ze samen grappen maken over het feit dat ze dezelfde soort stoelen hebben. Humor wordt gebruikt om een onderwerp te bespreken wat zich plots tijdens de conversatie aandient. De patiënt heeft last van haar stuitje en de arts adviseert een bepaald type stoel, het soort stoelen die ook in de praktijkruimte staan (regel 124 -125). De patiënt blijkt dezelfde stoel als de arts te hebben. Haar opmerking zegt ze een beetje lacherig, maar er is nog niet direct sprake van humor. De arts maakt vervolgens een grapje over de stoelen door glimlachend te zeggen dat het een om een grote kwaliteit stoelen gaat. Zijn toon is enigszins spottend. De patiënt moet lachen en vervolgens zegt de arts haar niet gezien te hebben in de winkel. Dit is gegeven de kans dat de arts en de patiënt tegelijk in de winkel waren om die specifieke stoel te halen, een absurde constatering. Zowel arts als patiënt moeten daarom om de opmerking lachen. Het playframe wordt nog doorgezet tot dat de patiënt aangeeft het playframe te willen verlaten door "maar goed.." (regel 139). De arts bevestigt dit door "Ja" in regel 140 en gaat in regel 141 weer verder met zijn advies.

122 P: ja. en ook eh: slaap ik moeilijk nou ik kan dus ↑niet
123 slapen want ik kan ik kan d'r niet ↑op liggen
124 A: nee. (.6) .hh zitten (.) is het beste op een ↑hoge, (.)
125 harde stoel,
→126 P: ja. nou ik heb de↑zelfde du(h)s ((P gaat ook weer zitten))
127 A: ja. dus eh:m (.9) grote kwaliteit stoelen, ((P lacht))
P 128 (.7) ik heb je ↑niet gezien toen in de ↑winkel ((beide
L 129 lachen))
A 130 P: nee ik ↓had ze ook al [(eh best wel) ↑lang
Y 131 A: [o je had ze al
F 132 P: ja ik had ze al ↑heel lang dus eh
R 133 A: nou ik ben ↑niet bij jullie geweest [om eh:
A 134 P: [nee
M 135 ((P lacht)) maar ik heb ze al een [jaar of twee drie vier
E 136 A: [om te denken van "↑hee
137 die wil ik ook"
138 P: eh: ja ik vond ze ↓heel lekker zitten nog ↑steeds trouwens
→139 maar goe:d [(P lacht))
140 A: [ja
141 (.9) ↑als je heel last hebt, (.7) ga op een ring zitten
142 (1.3) zwembandie

Fragment 12: Transcript 111506, regels 122 - 142.

Humor dient hier geen andere functies dan het uitwisselen van humoristische episodes tussen twee gelijkwaardige gespreksdeelnemers en het samen ervaren van positieve emoties. Hiermee tonen de gespreksdeelnemers wederzijds begrip en bekrachtigen hun onderlinge band. Doordat het niet direct over sociale kenmerken gaat, maar ze deze op subtiële manier achterhalen door een play frame, gaat het hier om een indirecte vorm van social probing.

“Wat zit ik nu te doen?”

Gespreksdeelnemers kunnen via social probing ook eigenschappen van zichzelf bloot geven. Zo blijkt uit het onderstaande fragment 13. In transcript 310805 maakt de arts zichzelf belachelijk en laat zich zo van een menselijke kant zien. De vrouwelijke arts is tegelijk iets aan het opschrijven en op de computer iets aan het doen. Waardoor ze even in de war is en zegt vervolgens; wat zit ik nu te doen? Dit wordt als grapje bestempeld, omdat artsen volgens de norm professionaliteit uit horen te stralen.

Door haar verwarring te expliciteren, laat ze een persoonlijke eigenschap zien en brengt deze in de vorm van een grap. De patiënte maakt vervolgens een verwijzing naar de computer (regel 395: “ () ding”). De arts maakt nog een opmerking over haar verwarring in regel 398 en dat het haar niet goed lukt om twee dingen tegelijk te doen. De arts refereert vervolgens aan de opmerking van de patiënt in regel 395 door te zeggen dat ze een beetje dom is⁸ 'wat dat betreft' terwijl ze richting de pc kijkt. Waarmee ze een tweede persoonlijke eigenschap laat zien: haar zogenaamde onhandigheid met computers. Ze keert zelf terug naar telic mode door te refereren aan de pillen die ze voor de vrouw moet voorschrijven; “Zal ik er dertig doen?” in regel 402.

393	(1)	
→394	A:	e:hm <u>wat</u> zit ik nou te doen, <u>oja</u> ik weet het al weer
→395	M:	() - <u>ding</u> ...
→396	A:	ja huhuhuh -
→397	(1)	
→398	A:	het lukt me nog <u>steeds</u> niet om twee dingen ↓tegelijk te
399		doen↓
→400	M:	huhuh
→401	A:	.hh ik ben een beetje <u>dom</u> geloof ik. (.) Wat <u>dat</u> betreft.
402	(.)	Zal 'k d'r <u>DETTIG</u> doen?

Fragment 13: Transcript 310805, regels 394 - 402.

⁸ De woorden “een beetje dom” werden ook gebruikt door Máxima in een interview over de verloving. Hiermee verwees zij naar een fout van Willem-Alexander die een brief van Videla aanhaalde in een eerder interview. De uitdrukking werd een gevleugelde uitspraak van Máxima. Om die reden zou de opmerking van de arts andere lading krijgen. De opnames dateren echter uit het jaar 2000, zeven jaar voor dat Máxima de bekende woorden uitsprak. De bewuste uiting van Máxima is overigens terug te zien op: <http://nos.nl/video/9086-maxima-noemt-de-uitspraak-van-willemalexander-een-beetje-dom.html>

Categorie 3: Relativeren klacht

Artsen kunnen op verschillende manieren omgaan met zenuwachtigheid van de patiënt (zie categorie 4). Een optie is de situatie van de patiënt luchtig beschouwen door humor. Kort door de bocht gesteld maakt de arts grappen over de klacht of diagnose en plaatst de situatie van de patiënt daarmee in een ander perspectief. Op deze manier kan de arts de patiënt gerust stellen. Het uiten van zenuwachtigheid door de patiënt door middel van gelach kan een hint zijn voor de arts om die zenuwachtigheid weg te nemen. Het is echter van de stijl van de arts afhankelijk hoe deze hier mee omgaat. Enkele artsen gebruiken humor om de patiënt gerust te stellen, en deden dat vaak door de situatie die de patiënt schetste luchtiger voor te stellen en grapjes te maken over de klachten. Het behoeft geen uitleg dat humor hier voornamelijk een instrumenteel doel dient.

“Ja hier zit geen baarmoeder in he?”

Als voorbeeld gebruik ik dezelfde case (300803). De patiënte vermoedt zwanger te zijn en is erg bezorgd over haar klachten. Tijdens het lichamelijke onderzoek wordt duidelijk dat de patiënte pijn heeft op plekken die niet gynaecologisch zijn (regel 139-141). De arts reageert daar op door de vermoedens van de vrouw te ridiculiseren; “dit is niet echt gynaecologisch toch?” (142-143) De arts lacht, en de vrouw geeft de arts wel gelijk, maar lacht niet mee. De poging van de arts om een play frame te construeren wordt niet beantwoord. Ze blijft doorgaan over het feit dat ‘het toch wel gevoelig is’ en dat het geïrriteerd lijkt. Iets later maakt de arts er weer een grapje over: “Ja hier zit geen baarmoeder in he?” (regel 162). Nu gaat de patiënte echter wel in op de uitnodiging van de arts tot een kortstondig verlaten van de telic mode. Ze bevestigt zijn poging tot paratelic mode verbaal en lacht kort. In het transcript staat er een ‘h’ tussen haakjes na haar uiting, maar op de video is duidelijk te horen dat ze heel kort grinnikt. In regel 172 komt nog kort een uiting van onzekerheid voor; de patiënt zegt aarzelend subjectief en verwijst daarmee naar haar klachten en lacht wat zenuwachtig. Later in het gesprek maakt de arts nog enkele grappen over haar situatie en uiteindelijk leidt dit niet tot letterlijke instemming van de patiënt over de gestelde diagnose. De patiënt lijkt echter wel gerustgesteld omdat ze zelf het initiatief neemt om op te stappen (ze staat op en loopt richting de deur). Ze had ook kunnen blijven zitten om nog meer vragen te stellen. Zowel categorie 3 als categorie 4, komen in één fragment van het transcript voor (Fragment 14), die te vinden is op de volgende pagina.

134 P: het is echt volgens [↑]mij is het echt gynaeco[↑]logisch.
 135 >tenminste< 't (.) het is een beetje een
 136 onge[↑]steldheids[pijn, maar dan heel [↑]heftig.
 137 A: [ja:,
 138 [↑]ja: ja.=
 139 P: =en (.) ik krijg dan altijd (.) ik heb nou een [↑]nou heb
 140 ik echt flinke rugpijn hieronder. en [↑]gisteren trok het
 141 dus tot [↑]hier op
 →142 A: ja: maar ja [↑]dit is toch hier hier (.) dit is niet echt
 →143 gynaeco[↑]lo(h)gisch toch [((lacht)) ja
 →144 P: [nee: dat trekt op. (.) ja.
 →145 A: .hh dat trekt op. da's ((lacht kort)) moeilijk >ga d'r 's
 146 [↑]op zitten< ga (ik) 's even aan je [↑]buik voelen, (*want*)
 147 P: (1.1) maar ik heb verder [↑]nergens ik heb [↓]geen eh geen
 148 [↑]koorts, geen geen [eh: (.5) eh: [↑]absoluut geen geen last
 149 A: [nee.
 150 P: van eh: van [↑]plasse:n, [↑]brande::n, niks. [↑]nergens last
 151 van. (1) ik hoef ook niet vaak te [↑]plassen
 152 A: nee: [↑]plasje (was keurig). (1) eh:
 153 (4)
 154 P: ja=
 155 A: =()
 156 (7)
 157 P: het is allemaal (.) het is niet [↑]ongevoelig laat ik het
 158 [↑]zo zeggen. het is een beetje geïrriteerd lijkt het. (.8)
 159 (het is niet) (.) niet [↑]net zo een beetje in het [↑]midden
 160 A: (ja:)
 161 P: [↑]daar ja [(nou)
 →162 A: [ja: (hier zit geen) [↑]baarmoeder (in of zo) [↑]hè
 →163 [((lacht))
 →164 P: [nee(h)
 165 A: (.6) eierstokken. (.) (kan je hier)
 166 (.) ()
 167 P: (1.4) ja [(want ik ben) zo mis- ik ben zo [↑]misselijk (d'r
 168 A: [(het is [↑]zo moeilijk om het eh)
 169 P: van) (.5) [ja het zal wel
 170 A: [(ik kan het beste) even even [↑]luisteren. ((pakt
 171 een stethoscoop van het bureau)) ja?=
 →172 P: =sub- subjec[↑]tief ((lacht)) -s
 173 A: wat zeg je?
 174 P: ik zeg het zal wel subjec[↑]tief zijn
 175 A: (.4) misselijkheid [↑]ja (dat kun je niet) d'r is geen
 176 [↑]misselijkheidmeter.

Fragment 14: Transcript 300803, regels 134 - 176.

Categorie 4: Uiting geven aan zenuwachtigheid

Mensen kunnen uiting geven aan zenuwachtigheid door gelach (o.a. Martin, 2007). Kenmerkend voor arts-patiënt interacties is dat patiënten vaak in een onzekere situatie zitten, wat de nodige spanningen met zich meebrengt. In de transcripten lachten patiënten soms midden in een beurt of zin, zonder dat daar een duidelijk aanwijsbare reden voor was. Aan deze vorm van lachen wordt in de interactie geen verdere aandacht besteed door zowel arts als patiënt. In de analyse zijn deze gevallen meegenomen, omdat ze mogelijk een 'opstapje' kunnen vormen voor een play frame. Ook kunnen ze de arts iets over de gemoedstoestand van de patiënt vertellen. Ik heb deze vormen van gelach opgevat als uiting van onzekerheid of gespannenheid over de situatie waarin de patiënten zich bevinden.

"Gewoon kotsmisselijk de hele tijd, haha"

Categorie 3 A kwam in veel transcripten voor, in sterkere of subtielere variant. Een duidelijk voorbeeld is transcript 300803. De patiënte is bang zwanger te zijn en wil haar urine laten controleren door de arts. Ze vertelt over haar klachten en is duidelijk ongerust. Midden in een beurt (regel 105, fragment 15) lacht ze om iets dat eigenlijk niet grappig is ("kotsmisselijk" zijn) en er wordt verder niets met dat feit gedaan. De patiënte praat door en de arts reageert pas nadat haar beurt klaar is. Het gelach zou onzekerheid over haar klacht kunnen betekenen, omdat ze zelf niet goed weet waar de pijn en misselijkheid vandaan komt. Later in de conversatie stelt de arts haar gerust door haar vermoedens op een humoristische manier te ontkrachten, daarover meer in de volgende alinea.

```
99 A: =maar moet ik het toch even ↑nakijken op blaasontsteking?
100 P: ja ik dacht even op ont↑steking ja
101 A: ja:
102 (4.4)
103 P: ja ik vind het zo raar dat ik zo ↑misselijk ben ik ben
104 ↑techt (.) ge↓woon eh kots↑misselijk de hele tij(h)d
→105 ((lacht)) het zal wel (sugges↑tief) zijn denk ik
106 (3.1) ((P staat op en loopt ook naar het schot))
107 P: (je denkt weer nou misschien is het) (.) je kunt
108 natuurlijk ↑toch zwanger zijn ( )? (.6) ook met de ↑pil
109 hè
```

Fragment 15: Transcript 300803, regels 99 - 109.

Probleemgevallen

Door de dubbele betekenis is humor zoals gezegd vaak op meerdere manieren te interpreteren en bevat het vaak meerdere betekenissen tegelijkertijd. In de praktijk zal dus een episode in meerdere categorieën geplaatst kunnen worden.

“Zal ’s een stripnummer geven.”

Een voorbeeld daarvan is in transcript 300712, waarbij de patiënt een grapje maakte rondom het fysieke contact in regel 161 (fragment 16). De oudere patiënt moest zich uitkleden en zegt: “Zal ’s een stripnummer geven”. Na een korte pauze vraagt hij of de arts van iedereen vieze fotootjes maakt. Daarmee stelt de patiënt de professionele positie van de arts ter discussie, waardoor de eerdere opmerking ook een andere lading krijgt. De arts gaat hier gevat op in en doet mee aan het bespotten van zijn integriteit, door te zeggen dat die foto’s de hele wereld over gaan en dat hij er goud geld mee verdient. Het gaat hier dus om een combinatievorm van grappen rondom lichamelijk contact en een vorm van “professional probing”. Er is zelfs nog een derde interpretatie mogelijk. Uit het gesprek blijkt later dat de arts homo is en getrouwd. De trouwfoto staat op het bureau van de arts en de patiënt maakt hier ook een opmerking over. De grappen van de patiënt kunnen dus over het feit gaan dat hij zich moet uitkleden, over de professionele identiteit van de arts (het maken van vieze fotootjes) of over de sociale identiteit (het feit dat de arts homo is).

157	P:	[alleen boven eh bloot maken
158	M:	[()
159	A:	ja
160		(1)
→161	P:	stripnummer geven zal 's geven
→162		(1)
→163	P:	maakt u ook vieze fototjes van iedereen?
→164	A:	ja: die gaan de <u>hele</u> wereld over, ik verdien er goud geld
165		mee.
166	M:	Nou
167	P:	zal ik eens even mijn bek open doen da'lijk
168		(6)

Fragment 16: Transcript 300712, regels 157 - 168.

Een metacommunicatieve functie

Door humor kunnen gespreksdeelnemers de conversatie of delen daarvan op een afstand bekijken en bekritisieren. Deze functie van humor werd in de literatuur onder andere geïdentificeerd door Brock (2009). In het gebruikte corpus was er één episode gevonden die mogelijk deze functie vervuld. De besproken situatie is echter niet zuiver metacommunicatief. Het gaat om transcript 301509 (Fragment 17). Een vrouw komt bij een mannelijke arts en heeft last van RSI klachten. Op een bepaald ogenblik in de conversatie ontstaat er een play frame over het artseneroep en de arts kan niet op een bepaald woord komen (evidence based). Vervolgens maakt hij zichzelf belachelijk om die reden (regel 192). Daarna wordt er gelachen en de patiënt zegt "gaat lekker". Deze opmerking kan refereren aan de arts die niet op een woord kan komen, maar het kan ook zo zijn dat de patiënt naar het play frame an sich of de conversatie als geheel verwijst. De opmerking kan namelijk verwijzen naar het feit dat ze als arts en patiënt grapjes aan het maken zijn, terwijl dat eigenlijk niet tot het doel het consult behoort. Omdat het uit het transcript en video niet duidelijk wordt, is deze episode als twijfelgeval aangemerkt.

185	A: ja () anatomisch ().	
186	P: () (.) <u>empirisch</u> bewezen.	
187	A: JA.	
188	(1.5)	
→189	A: we zijn daar <u>goed</u> in, daar krijgen we <u>prijzen</u> voor in de	
→190	wereld he? Hh vvv hoe heet dat ook al weer? E:hm	
→191	(3)	
→192	A: goedzo. (.) [Dokter. Ehm	<i>maakt zichzelf belachelijk omdat hij ergens niet op kan komen A zegt het spelend, wijst in zijn eye</i>
→193	P: [huhuh	
→194	A: .hh e:hm=	
→195	P: =gaat <u>lekker</u>	
196	A: ja	
→197	P: het is nog vroeg	
198	A: ja het is nog <u>vroeg</u> nog <u>vroeg</u> .	
199	(1)	
200	A: Heel de d-d-de <u>werkende standaard</u> wat () huisartsen doen,	
201	is allemaal op <u>empiri</u> , van het is puur het <u>praktijk</u>	
202	<u>gerichte</u> geneeskunde.	
203	P: Ja	
204	A: he van	
205	A: [(evidencebased)	
206	P: [(evidencebased)	
207	A: ja dat woord <u>zoekt</u> ik. ()	
208	P: Ja.	

Fragment 17: Transcript 301509, regels 186 - 207.

Mislukte humor

De grappen die gemaakt worden in conversaties zijn niet altijd geslaagd (zoals bleek in het Paul de Leeuw voorbeeld). Soms worden met grappen onderwerpen aangesneden die gevoelig liggen, of men kan het type humor niet waarderen. In andere gevallen begrijpt de ander niet dat het om een grap gaat.

“Helemaal niet, of niet helemaal?”

In transcript 210815 (fragment 18) maakt de arts een woordgrapje tegen een allochtone mannelijke patiënt. De patiënt is voor een vervolg afspraak bij de arts en zegt dat het nog niet goed is. De arts zegt vervolgens in regel 13; “helemaal niet, of niet helemaal?” met een glimlach. De patiënt zegt alleen “ja”. Vervolgens lacht de arts een beetje en vraagt of de man het begrijpt. Maar de man reageert niet.

```
9 >hoe ↑is 'et met de ↓knie<?
10 P: (.4) E::h
11 A: (.4) is 't nog niet ↑goed?=
12 P: =nee.
→13 A: Hele↑maal niet? Of eh niet hele↓maal
→14 P: ja ((A glimlacht))
→15 A: hh hh begrijp je? (.) ((staat op))
16 A: >Zet maar neer.< (.) kom, >loop meteen maar even mee<. (.)
17 Jà.
18 P: Is goed.
```

Fragment 18: Transcript 210815, regel 9 - 18.

De humor slaagt niet, omdat de allochtone man het Nederlands in onvoldoende mate beheerst om de woordgrap van de arts te begrijpen. De patiënt wil zo snel mogelijk weer aan het werk en is bang dat hij problemen krijgt met zijn baas. In regel 52 (fragment 19) initieert de arts opnieuw humor, maar van een ander type. Door een sterke overdrijving van zijn advies maakt hij duidelijk dat de patiënt rust moet houden, omdat anders ‘zijn been er af moet’. De patiënt moet lachen en vervolgens ontkracht de arts zijn opmerking (regel 55). Waarschijnlijk om een nieuw misverstand te voorkomen.

```
46 (2)
47 A: komende week?
48 P: Ja
49 A: dat is gewoon te vroeg. (ben ik bang)
50 A: Je krijgt ( ) ↑hoor,
51 P: (krijg van de baas geen vrij)
→52 A: 'n (defilatie) of wat wil je, (als je nu ga) werken, dan
→53 over twee maanden (0.5) BEEN d'r ↑af,
→54 P: [hhh hhh hhh → nu wel succesvol.
→55 A: [>Nee hoor, been hoeft er niet af<
56 A: zeg maar °je moet er toch wel een beetje voorzichtiger mee
57 doen°. Want ehm ik wil het dus vrijdag weer zien, en tot
58 zondag mag je dus niet bewegen. En eigenlijk moet je
59 zoveel mogelijk zitten en koelen. ↑Kun je dat ↑( )? ↑Drie
60 ↑uur per dag?
61 P: ja
```

Fragment 19: Transcript 210815, regels 47 - 60.

Het niet beheersen van de Nederlandse taal hoeft overigens geen obstakel te vormen voor het gebruik van humor. In consult 210716 (Fragment 20) maakt een allochtone vrouw die geen Nederlands spreekt een grapje tegen de arts. Ze doet dit via haar dochter die als tolk met haar mee is. De allochtone vrouw gaat binnenkort terug in Turkije wonen en vraagt of de arts nog op vakantie gaat, waarop deze zegt van niet. De vrouw zegt vervolgens dat ze het wel aan de arts laat weten wanneer er een huis vrijkomt in Kaiserie (het dorp waar ze terug naar toe gaan) (regel 317). De arts glimlacht vervolgens (wat overigens niet in het transcript staat genoteerd) en beantwoordt bevestigend.

304		((P en Q praten vreemde taal))
305	A:	hm hm
306	P:	{ () }
→ 307	Q:	[va↑kantie (zegt ze)
308	A:	>°op vakantie°< nee ↑dit jaar blijf ik in [↑nederland
309	P:	{ () }
310	A:	(.6) [(ik ben niet)
311	Q:	{ () } ((vreemde taal))
312	P:	hm
313	A:	(.4) ja
314	P:	(.6) { () }
315	A:	hm hm
316	P:	{ () }
→ 317	Q:	((lacht)) (ja als er iets vrij komt laat ze je wel ↑daar
318		horen hoor)
→ 319	A:	ja
320	P:	{ () }?
321	A:	(.5) ja het is wel ↑heel ↑moo:i in (kaise↑rie)
322	Q:	[ja
323	P:	[ja

Fragment 20: Transcript 210716, regels 304 - 323.

Resultaten

In het corpus van 103 getranscribeerde consulten zijn in totaal 220 humoristische episodes gevonden, verdeeld over 66 transcripten. In 37 transcripten kwam geen humor voor. De humoristische episodes werden het meest geïnitieerd door patiënten; 52,3% tegenover 46,4% door de arts. Dit is in overeenstemming met eerdere resultaten van McCreadie en Wiggins (2008, 2009). In 1,4% van de gevallen was de initiator van de humor onbekend of gebeurde er iets tijdens het consult waar de arts en/of de patiënt om moesten lachen. De transcripten zijn in eerder onderzoek verdeeld in hoog (58 transcripten, 56,31%) en laag (45 transcripten, 43,69%) wederzijds begrip. Van alle humoristische episodes kwam 36,82% uit consulten waarbij sprake was van een laag wederzijds begrip en 63,18% uit consulten waarbij er sprake was van een hoog wederzijds begrip. Onafhankelijke T-testen lieten echter geen significante verschillen zien tussen hoog en laag wederzijds begrip en de aanwezigheid van humor in de transcripten.

In Tabel 3 staat een overzicht van alle gevonden categorieën van humor (in percentages en in absolute aantallen). In Tabel 4 is vervolgens per categorie aangegeven wie de humor initieerde in absolute aantallen. Er zijn enkele cases die in meerdere categorieën passen, om die reden is het totaal in aantallen hoger (230 in plaats van 220) en zijn de percentages samen opgeteld 105,90%.

Categorieën	%	#
Categorie 1 A: <i>Taboe</i>	3,60%	8
Categorie 1 B: <i>Fysiek Contact</i>	13,20%	29
Categorie 2 A: <i>Professional Probing</i>	11,80%	26
Categorie 2 B: <i>Social Probing</i>	31,40%	67
Categorie 3: <i>Relativeren klacht</i>	18,20%	40
Categorie 4: <i>Zenuwachtigheid</i>	27,70%	60
Totaal	105,90%	230

Tabel 4: Categorieën

Categorieën	Arts	Patiënt
Categorie 1 A: <i>Taboe</i>	5	3
Categorie 1 B: <i>Lichamelijk Ondz.</i>	13	16
Categorie 2 A: <i>Professional Probing</i>	12	14
Categorie 2 B: <i>Social Probing</i>	38	29
Categorie 3: <i>Relativeren klacht</i>	36	4
Categorie 4: <i>Zenuwachtigheid</i>	3	57

Tabel 5: Initiatie arts en patiënt per categorie.

Resultaten Categorie 1

Binnen Categorie 1 A waren er 8 episodes gevonden, verdeelt over 5 transcripten. Hierbij initieerde de arts 5 keer de humor en de patiënt 3 keer. Er waren twee cases waarbij de man ongerust was over zijn vruchtbaarheid. De arts was bij beiden een man. In beide consulten werd meer dan 1 humoristische episode gevonden. In de andere gevallen ging het over een gynaecologisch probleem van een vrouwelijke patiënt bij een mannelijke arts of werd er door de patiënt een verzoek gedaan aan de arts. Humor bleek telkens, op één case na, succesvol. Dat wil zeggen dat de ontvanger de humor van degene die de humor initieert ondersteunt. De grappen werden ondersteund en wanneer er een verzoek werd gedaan, werd hier op ingegaan. In de case waarbij de humor niet werd ondersteund (301106) maakte de arts een grap over een doorverwijzing naar de KNO-arts die de patiënt zou willen

opereren. De patiënt hielp niet mee aan de constructie van een play frame en stelde enkel vragen over wat dan wel een optie zou zijn voor haar behandeling. Er werd in dat consult ook geen verdere poging meer gedaan tot het initiëren van een play frame.

Bij Categorie 1 B ging het om 29 gevallen, verdeeld over 21 transcripten. De arts initieerde 13 keer humor en de patiënt 16 keer. Wanneer de humor werd ondersteund werd dit vooral non-verbaal gedaan.

Resultaten Categorie 2

Van Categorie 2 A (Professional probing) werden er 26 cases gevonden, verdeeld over 19 consulten waarvan er 5 meer dan één humoristische episode bevatten. In deze categorie initieerde de arts humor in 46,2% van de cases en de patiënt in 53,8%. De positie van de arts werd het meeste ter discussie gesteld (61,5% van de cases). Wanneer de positie van de arts ter discussie werd gesteld was dat in 31,3% van de cases de arts zelf die zijn eigen institutionele positie op de hak nam. De institutionele positie van de patiënt was maar in 7 cases onderwerp van de humor. Opvallend was dat de arts precies even vaak humor over zijn eigen institutionele positie initieerde als over de institutionele positie van de patiënt. De patiënt maakte veel vaker de institutionele positie van de arts belachelijk dan die van zichzelf. (78,6% ging over de arts en slechts 14,3% over de patiënt zelf)

De humor was succesvol (dat wil zeggen: werd door de andere partij ondersteund in de vorm van non-verbale of verbale reactie) in 76,9% van de episodes waarbij professional probing was geconstateerd. In 23,1% van de cases werd de humor niet ondersteund. Van Categorie 2 B (social probing) zijn 69 cases gevonden verdeeld over 39 transcripten. In 16 consulten kwam social probing vaker dan één keer voor. Was bij professional probing vooral de arts onderwerp van de humor, bij social probing was dit andersom. De patiënt is bij social probing voornamelijk onderwerp van de humor (68,1%). Zowel arts als patiënt initieerden vaker humor over de sociale kenmerken van de patiënt. De arts deed dit iets vaker (57,4% van de initiaties van humor door de arts) dan de patiënt (42,6% van de initiaties van humor door de patiënt). De arts en patiënt maakten allebei even weinig grappen over sociale kenmerken van de arts.

Resultaten Categorie 3 en 4

Van Categorie 3 (het relativeren van de klacht) werden 40 cases gevonden verspreid over 22 consulten, bij 9 daarvan kwam het vaker dan één keer voor. Deze vorm werd logischerwijs het meest geïnitieerd door de arts (36 keer). De humor was in 70,3% van de cases succesvol.

Er werden tot slot 61 cases van categorie 4 geïdentificeerd in het corpus welke waren verdeeld over 26 consulten en in 14 transcripten kwam het vaker dan 1 keer voor. Deze vorm van humor werd vooral geïnitieerd door de patiënt, wat niet zo vreemd is, aangezien het consult gaat over de (on)gezondheid van de patiënt. Er waren echter 3 cases waarbij de arts deze vorm initieerde. Bij nadere inspectie bleek het te gaan om consulten waarbij er een plotselinge onverwachte vraag werd gesteld waar de arts niet meteen een antwoord op wist. Het lachen werd hier waarschijnlijk als opvulling van de stilte gebruikt zoals het woord 'eh'. Bij de andere twee cases was de arts aan het woord lachte deze kort om een onduidelijke reden. Doordat er geen volledige kennis is van de context van de consulten (zoals bijvoorbeeld eerdere gebeurtenissen en dergelijke) blijft de reden hiervan onduidelijk.

Conclusies

Ongemakkelijkheid

Humor biedt artsen en patiënten een manier om om te gaan met ongemakkelijkheid tijdens het consult. Dankzij humor kunnen taboe onderwerpen bespreekbaar gemaakt worden, voor de arts en vooral voor de patiënt. De patiënt kan door humor op zijn of haar gemak gesteld worden. Dit past binnen de huidige trend van patiënt gerichte gezondheidszorg. Ondanks dat artsen ervaring hebben met het voeren van dergelijke gesprekken, kan humor de taak vergemakkelijken. Bij lichamelijk onderzoek kan humor de gespannen sfeer wegnemen die er kan zijn. Bij taboe onderwerpen was het vaker de arts die initiatief nam en bij lichamelijk contact was dit de patiënt.

Onderhandelen over institutionele posities; Professional probing

Humor wordt door zowel arts als patiënt gebruikt zodat zij op een niet face-bedreigende manier over hun institutionele posities kunnen onderhandelen of deze juist kenbaar kunnen maken. Humor biedt als het ware een speelruimte om te experimenteren. Door om te schakelen van telic naar paratelic verloopt deze topicovergang doorgaans probleemloos, mits alle betrokkenen meewerken aan het play frame. Hierbij was het opvallend dat er vooral veel grappen werden gemaakt over de institutionele positie van de arts en minder over de institutionele positie van de patiënt. De artsen gebruikten professional probing om vooral hun eigen positie juist te benadrukken of af te zwakken op humoristische wijze. Bij patiëntgeïnitieerde professional probing ging het vooral om het bekritisieren van de institutionele positie van de ander (in dit geval de arts) en maar in enkele gevallen om hun positie als patiënt. Patiënten gebruikten professional probing dus op een andere manier dan artsen. Professional probing hangt nauw samen met wat Hay (2000) in de categorie "power" heeft geschaard. Professional probing beslaat echter een groter gebied, het gaat niet alleen om het ter discussie stellen van macht (zoals bij Hay het geval was), maar ook om de macht af te zwakken. Het stelt de arts in staat zichzelf 'als mens' en niet als arts te presenteren. Professional probing biedt een veilige (vanwege het gezichtsbehoud van arts en patiënt) manier om te experimenteren met de institutionele rol en te onderhandelen over de onderlinge posities.

Onderlinge band onderzoeken, bekrachtigen en opbouwen: Social Probing.

Humor biedt een manier om de onderlinge band tussen arts en patiënt te onderzoeken. Door social probing kunnen arts en patiënt persoonlijke voorkeuren en interesses te weten komen van elkaar. Door humor worden face bedreigende opmerkingen afgezwakt en kunnen zij op een veilige manier de grenzen van wat wel en niet gezegd kan worden opzoeken. Wanneer ze een grens overschrijden, zoals in het voorbeeld van Paul de Leeuw (transcript 111506), is er de mogelijkheid dit af te zwakken en impliciet te zeggen; het was maar een grapje. Later in datzelfde consult ontstaat er een play frame, waarin we een voorbeeld zien van "social play" (zoals Martin, 2007 dit omschreef). In mijn ogen is er meer aan de hand dan alleen puur de entertainende functie die Martin omschrijft. In het voorbeeld herstelt het de eerdere 'schade' (door de opmerking over Paul de Leeuw). Het brengt de arts en de patiënt dichter bij elkaar door het samen ervaren van positieve emoties. Dit draagt bij aan het opbouwen van een goede interpersoonlijke relatie (rapport-building). De humor ging vooral over eigenschappen van de patiënt. Dit is niet vreemd aangezien de arts kenmerken van de patiënt wil achterhalen, om deze zo goed mogelijk te helpen en te diagnosticeren. Tegelijkertijd weet de patiënt vaak niets tot weinig over de persoonlijke eigenschappen van de arts en zal door dat gebrek aan informatie vermoedelijk minder snel geneigd zijn om er grappen over te maken.

Spanningen

In de consulten kwam er vaak gelach van de patiënt voor, waar verder weinig mee gedaan werd door arts of patiënt. Het lijkt er op dat deze vormen van gelach een uiting zijn van het gespannen zijn van de patiënt. De patiënt bevindt zich ten slotte in een situatie waarbij de fysieke of geestelijke gezondheid onzeker is. Deze variant van humor verdient echter nader onderzoek, omdat vele factoren aan dit gedrag ten grondslag kunnen liggen.

Bij ongerustheid van de patiënt gebruikte de arts humor om de situatie van de patiënt in een ander perspectief te plaatsen. Zoals in het voorbeeld (300803) waarin de arts haar vermoedens zwanger te zijn relateert en meerdere malen via humor duidelijk maakt dat dat absoluut niet het geval is.

Kanttekeningen

Humor is, zoals o.a. Scholl (2007) terecht opmerkte, sterk van de situatie afhankelijk. Dit kwam in het corpus duidelijk naar voren. De context bepaalt in sterke mate wat een humoristische opmerking betekent. Door de 'dubbele bodem' van humor kan de uiting naar meerdere aspecten uit die context verwijzen, zoals is aangetoond met transcript 300712 in de paragraaf probleemgevallen. Dit maakt dat humor in arts-patiënt interacties vaak niet slechts in één categorie past. Humor vervult meerdere functies tegelijk, maar in veel gevallen is er één dominante functie aan te wijzen per humoristische episode. Humor is niet zonder risico's zoals London (2010) al opmerkte, maar soms (zoals in transcript 210815 het geval is) hoeft een mislukte grap niet te betekenen dat humor niet mogelijk is. Er zijn meer potentiële voordelen, dan nadelen.

Discussie

Het onderzoek leverde geen significante kwantitatieve gegevens op. Dit is vermoedelijk te wijten aan het feit dat de populatie te divers en tevens te klein was. Het doel was echter een kwalitatief explorerend onderzoek uit te voeren naar humor in arts-patiënt interacties. In dat opzicht heeft de huidige studie bewezen dat interpersoonlijke functies van humor in alledaagse conversatie ook in arts-patiënt interacties voorkomen en bijdragen aan het opbouwen van een goede interpersoonlijke relatie. De nadruk van het onderzoek lag op hoe humor functioneert in arts-patiënt interacties.

Het identificeren van humoristische episodes gebeurde in dit onderzoek, op basis van transcripten van huisartsconsulten. De transcripten waren echter niet altijd volledig accuraat en daarnaast zijn niet alle non-verbale signalen opgenomen. Voor het onderzoeken van humor is het bekijken van video-opnames een betere methode, omdat de gezichtsuitdrukkingen bij humor een grote rol spelen. Niet alleen van de initiator (zoals in de beelden in het huidige corpus), maar ook van degene waar de grap tegen gemaakt wordt. Gezien het tijdsbestek van huidig onderzoek, was het niet mogelijk om van alle getranscribeerde consulten de video-opnames te bekijken. Daarnaast was op de video-opnames niet altijd de gezichtsuitdrukking van de patiënt te zien. Wanneer in dit onderzoek de humoristische episodes op basis van de video-opnames (in plaats van door middel van de transcripten) zouden zijn geïdentificeerd, zouden er vermoedelijk meer subtielere (en moeilijk empirisch te onderbouwen) vormen van humor aan het licht komen. Het is echter maar de vraag of dit ook gevolgen heeft voor de functies die humor vervuld.

Het huidige onderzoek heeft de eerste stappen gezet in het definiëren van enkele functies van humor in arts-patiënt interacties. Het is denkbaar dat de humorfuncties beïnvloed worden door mediërende factoren waardoor de effectiviteit versterkt of juist afgezwakt wordt. In vervolgonderzoek kan verder uitgediept worden welke factoren de effectiviteit beïnvloeden. Hierbij valt te denken aan zaken als de mate waarin een patiënt moeite heeft met het (taboe)onderwerp waarover grappen worden gemaakt. Wellicht speelt ook de status van de patiënt een rol: hoe voelt de patiënt zich lichamelijk en geestelijk? Deze informatie was in het huidige corpus niet altijd voor handen, dus kon om die reden niet worden meegenomen. Wanneer er minder ernstige klachten zijn, is het waarschijnlijker dat er humor voorkomt in een consult. Dit hoeft echter niet altijd het geval te zijn. In transcript 300904 is er een patiënt die diverse ernstige psychische problemen heeft en daardoor erg emotioneel is aangeslagen. Ondanks dat de 'mode of talk' overwegend telic is, is er op enkele momenten toch humor in het consult.

Enkele humorstudies laten een effect van geslacht zien (o.a. van Hay, 2000 en). Dit gaat echter om alledaagse conversatie. Medische interacties zijn vele malen complexer en er spelen sterke emotionele factoren mee die in alledaagse conversatie doorgaans niet aanwezig zijn. Met andere woorden; het is meer waarschijnlijk dat de mate waarin een patiënt ziek is van invloed is op humor dan het feit dat de patiënt een man of vrouw is. Bovendien gelden de effecten van geslacht het soort humor. In dit onderzoek was het primaire doel te achterhalen of er humor voorkwam in arts-patiënt interacties en welke functie humor vervulde. Hierbij was het van ondergeschikt belang of dit bijvoorbeeld via ironie of sarcasme gebeurde.

Literatuurlijst

- Abel M.H. (2002) Humor, stress and coping strategies. *Humor: International Journal of Humor studies* 15(4), 365–381.
- Aronson, K. en Rundström, B. (1989) Cats, Dogs, and Sweets in the Clinical Negotiation of Reality: On Politeness and Coherence in Pediatric Discourse. *Language in Society*, Vol. 18, No. 4 (Dec., 1989), pp. 483-504.
- Beck, C.T. (1997) Humor in nursing practice : a phenomenological study. *International Journal of Nursery Studies*, 34- 5, pp. 346- 352.
- Beck R.S., Daughtridge R, Sloane P.D. (2002) Physician–patient communication in the primary care office: a systematic review. *Journal of the American Board of Family Practice*, 15, pp. 25–38.
- Bell, N. D. (2009) Responses to failed humor. *Journal of Pragmatics*, 41, pp. 1825–1836.
- Bennet, M. P. (2006) Humor and laughter may influence health I, II, III and IV. Open acces publication at <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
- Bensing, J., (1991). Doctor-patient communication and the quality of care. *Social Science & Medicine*, Vol 32, No 11, pp. 1301-1310.
- Bensing, J., (2000). Bridging the gap. The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine. *Patient Education and Counseling*, 39, pp. 17–25.
- Brink-Muinen Van Den A., Verhaak P.F.M., Bensing J.M. et al. (2003) Communication in general practice: differences between European countries. *Family Practice*, 2003; 20: 478–485.
- Burton Leiber, D. (1986). Laughter and Humor in critial care. *Dimensions Of Critical Care: Communication / Relationships*, 5-3 May / June 1986, pp 152-170
- Buxman, K. (2008) Humor in the OR: A Stitch in Time? *AORN(Association of periOperative Registered Nurses) Journal*, Juli 2008, 88-1, pp. 67-77.
- Brock, A. (2009) Humour as a Metacommunicative Process. *Journal of Literary Theory*. Volume 3, Issue 2, Pages 177–193.
- Coates, J. (2007) Talk in a play frame: More on laughter and intimacy. *Journal of Pragmatics*, 39, pp. 29–49.
- Cousins, N. (1976) *Anatomy of an Illness (as perceived by the patient)* Reprint: *Nutrition Today*, May June 1977, 22-28.
- Cooper, C. (2010) Elucidating the bonds of workplace humor: A relational proces model. *Human Relations*. Volume 61(8). Pp. 1087–1115.

- Davidhizar, R. en Bowen, M. (1992) The dynamics of laughter. *Archives of Psychiatric Nursing*, Vol. VI No. 2, pp. 132 – 137.
- De Koning, E., & Weiss, R. L. (2002). The relational humor inventory: Functions of humor in close relationships. *American Journal of Family Therapy*, 30, 1-18.
- Dean, R.A.K., Major, J.E. (2008) From critical care to comfort care: the sustaining value of humour. *Journal of Clinical Nursing* 17, 1088–1095.
- Dolitsky, M. (1983) Humor and the unsaid. *Journal of pragmatics*, 7, pp 39-48.
- Drew, P. and Heritage, J. (1992) Analyzing talk at work: An introduction. In: Drew, Paul and Heritage, John, Editors, 1992. *Talk at work*, Cambridge University Press, Cambridge, pp. 3–65.
- Everts, E. (2003). Identifying a particular family humor style: a sociolinguistic discourse analysis. *Humor: International Journal of Humor Studies* 16 (4), 369–412.
- Francis, L., Monahan, K. en Berger, C. (1999) A Laughing Matter? The Uses of Humor in Medical Interactions. *Motivation and Emotion*, Vol. 23, No. 2, pp. 155-174
- Fosbinder, D. (1994) Patient perceptions of nursing care: an emerging theory of interpersonal Competence. *Journal of Advanced Nursing*, 20, pp. 1085-1093.
- Harmsen, J.A.M., Bernsen, R.M.D, Bruijnzeels, M.A., & Meeuwesen, L. (2008). Patients' evaluation of quality of care in general practice: What are the cultural and linguistic barriers? *Patient Education and Counseling*, 72(1), 155–162.
- Haskard Zolnierek, K.B., Dimatteo, R. M., Mondala, M.M., Zhang, Z., Martin, L.R., Messiha, A.H. (2009) Development and Validation of the Physician-Patient Humor Rating Scale. *Journal of Health Psychology*, Vol 14(8) 1163–1173
- Hay, J (2000) Functions of humor in the conversations of men and women. *Journal of Pragmatics* 32, 709-742.
- Hay, J. (2001) The pragmatics of humor support. *Humor: International Journal of Humor Research*
- Heritage, J. en Maynard, D. W. (2006) Problems and prospects in the study of physician-patient interaction: 30 years of research. *Annu Rev sociol.* , 32, pp 351-374
- Houtkoop, H. en Koole, T. (2008) *Taal in actie*. Bussum: Coutinho.
- Hay, J. (2000) Functions of humor in the conversations of men and women. *Journal of Pragmatics*, 32, 709-742. 14(1), pp. 55–82.
- Hoare, J. (2004) The best medicine. *Nursing Standard*, december 15, vol 19 / 14/16. pp. 18-19
- Holmes, J. (2000) Politeness, power and provocation: how humour functions in the workplace. *Discourse studies*, 2/2, pp 159-185.

- Holmes, J. en Marra, M. (2002) Over the edge? Subversive humor between colleagues and friends. *Humor* 15–1 (2002), 65–87.
- Holt, E. (2010) The last laugh: Shared laughter and topic termination. *Journal of Pragmatics*, 42, pp. 1513–1525.
- Hunt A.H. (1993) Humor as a nursing intervention. *Cancer Nursing* 16(1), 34–39.
- Jefferson, G. (1979) A Technique for inviting laughter and its subsequent acceptance/declination. In: *Everyday Language: Studies in Ethnomethodology*. Psathas G. Irvington Publishers, INC. New York. Pp. 79-95.
- London, F. (2010) Crossing That Thin Line: Dealing with the Risks of Humor. Downloaded from; <http://www.aachonline.org/>
- Lipsky, M. (2010) *Street Level Bureaucracy: Dilemmas of the individual in public services*. Russel Sage Foundation, New York.
- Lynch, O. (2010) Cooking with humor: In-group humor as social organization, *Humor* 23–2, 127–159.
- Martin, R.A. (2001) Humor, laughter and physical health: methodological issues and research findings. *Psychological Bulletin*, 127-4, pp 504-519.
- Martin, R.A. (2002) Is Laughter the Best Medicine? *Humor, Laughter, and Physical Health*. *Current Directions in Psychological Science*, Vol. 11, No. 6 (Dec., 2002), pp. 216-220.
- Martin, R.A. (2007) *The Psychology of Humor: An Integrative Approach*. Elsevier, London.
- Mazeland, H. (2003) *Inleiding in de Conversatieanalyse*. Bussum: Coutinho.
- Mauldin, R. K. (2008) Alienation: A laughing matter. *Humor* 21–3 (2008), 313–345.
- McCreadie, M., Wiggins, S. (2008) The purpose and function of humour in health, health care and nursing: a narrative review. *Journal of Advanced Nursing* 61(6), 584–595.
- McCreadie, M., Wiggins, S. (2009) Reconciling the good patient persona with problematic and non-problematic humour: A grounded theory. *International Journal of Nursing Studies*, 46, pp. 1079–1091.
- Meeuwesen, L. (2007) Variatie en verandering in medische gespreksvoering. In: J. Bos, *Discoursanalyse. Communicatie op de werkvloer*. Bussum: Coutinho, pp. 111-126.
- Meeuwesen, L. en Tates, K., (2001) Doctor-parent-child communication. A (re)view of the Literature. *Social Science and Medicine*, 52, pp. 839-851.
- Meeuwesen, L., Tromp, F., Schouten, B.C., Harmsen, H.A.M. (2007) Cultural differences in managing information during medical interaction: How does the physician get a clue? *Patient Education and Counseling*, 67, pp. 183-190.

- Meyer, J.C. (2000) Humor as a Double-Edged Sword: Four Functions of Humor in Communication. *Communication Theory*, 10-3 August 2000, PP. 310-331.
- Nijnatten, Van C. (2007) The Discourse of empowerment: A dialogical self theoretical perspective on the interface of person and institution in social service settings. *International Journal for Dialogical Science*, Fall 2007. Vol. 2, No. 1, pp. 337-359.
- Norricks, N.R. (2010) Humor in Interaction. *Language and Linguistics Compass* 4/4, pp. 232–244.
- Olsson H., Backe H., Sorensen S. & Kock M. (2002) The essence of humour and its effects and functions: a qualitative study. *Journal of Nursing Management* 10, 21–25.
- Ong, L. M. L., de Haes, J. C. J. M., Hoos, A. M., & Lammes, F. B. (1995). Doctor-patient communication: A review of the literature. *Social Science & Medicine*, 40, 903-918.
- Parrish, M. M. en Quinn, P. (1999) Laughing your way to peace of mind: How a little humor helps caregivers survive. *Clinical Social Work Journal*, Vol. 27, No. 2, pp 203-211.
- Pighin, S. en Bonnefon, J.F. (2010) Facework and uncertain reasoning in health communication. *Patient Education and Counseling* (2010),doi:10.1016/j.pec.2010.09.005
- Robins, L. S. en Wolf, F. M. (1988) Confrontation and politeness strategies in physician-patient interactions. *Soc. Sci. Med.* Vol. 27, NO. 3, pp. 217-221.
- Rees, C. E. en Mounrouxe, L.V. (2010) “I should be lucky ha ha ha ha”: The construction of power, identity and gender through laughter within medical workplace learning encounters. *Journal of Pragmatics*, 42-12, December 2010, Pages 3384-3399.
- Roter, D. L. Hall, J. A. (1989) Studies of doctor-patient interaction. *Annu. Rev. Public Health*. 1989. 10:163-80.
- Sala F., Krupat E. & Roter D. (2002) Satisfaction and the use of humor by physicians and patients. *Psychology and Health* 17(3), 269–280.
- Scholl, J. C. (2007). The use of humor to promote patientcentered care. *Journal of Applied Communication Research*, 35, 156–176.
- Scholl, J. C., & Ragan, S. L. (2003). The use of humor in promoting positive provider-patient interactions in a hospital rehabilitation unit. *Health Communication* , 15(3), 319-330.
- Stuer, H. (1996) Humor in de geneeskunde: het voorlaatste taboe? In: *Lachen is Gezond: Volkswijsheid of medische ernst? Humor in de gezondheidszorg*. Garant, Leuven / Apeldoorn.
- Squier, H. A. (1995). Practice Sketch: Humor in the Doctor-Patient Relationship. *Family Systems Medicine*, Vol 13-1, 101-107.
- Sumners, A. D. (1990). Professional nurses' attitudes towards humour. *Journal of Advanced Nursing* , 15, 196-200.

Tates, K., Meeuwesen, L., Bensing, J., Elbers, E. (2001) 'i've come for this throat': roles and identities in doctor-parent-child communication. *Child: Care, Health and Development*, 28-1, 109-116.

Tates, K., Meeuwesen, L., Bensing, J., Elbers, E. (2002) Joking or Decision-making? Affective and instrumental behaviour in doctor-parent-child communication. *Psychology and Health*, 17-3, pp 281-295.

Valck de C, Bensing J, Bruynooghe R, Batenburg V. (2001) Cure-oriented versus careoriented attitudes in medicine. *Patient Educ Couns* 2001;45:119–26.

Wanzer M., Booth-butterfield M.& Booth-butterfield S. (2005) If we didn't use humor, we'd cry: humourous coping communication in health care settings. *Journal of Health Communication* 10, 105–125.

Wrench, J. S., & Booth-Butterfield, M. (2003). Increasing patient satisfaction and compliance: An examination of physician humor orientation, compliance-gaining strategies, and perceived credibility. *Communication Quarterly*, 51(4), 482-503.