

B5 Medizin (Zur narrativen Rekonstruktion von Krankheitserfahrungen in Arzt-Patient-Gesprächen)*

Zur narrativen Rekonstruktion von Krankheitserfahrungen in Arzt-Patient-Gesprächen

Erzählen unerwünscht oder *Narrative in der Arzt-Patient-Kommunikation*? Diese beiden Aufsatztitel deuten die Spannweite medizinischer Einstellungen zu Patienten-Erzählungen an und stehen zugleich für Entwicklungen, die sich in den letzten Jahrzehnten vollzogen haben. Der erste beschreibt das Fazit, zu dem der Psychologe und Kommunikationswissenschaftler Thomas Bliesener Ende der 1970er Jahre kommt, nachdem er im Rahmen eines medizinsoziologischen Forschungsprojekts Krankenhausvisiten analysiert hat (Bliesener 1980). An einem Ausschnitt aus einer Visite zeigt er exemplarisch zwei konkurrierende Interaktionsmuster auf: Die Ärztin praktiziert ein ‚Austauschmuster‘; sie stellt Fragen und treibt damit das Gespräch zielstrebig voran. Die Patientin hingegen praktiziert ein ‚Erzählschema‘, das eine retardierende Entwicklung in die Breite mit sich bringt. Ihre Erzählversuche werden von der Ärztin nicht aufgenommen und sind daher zum Scheitern verurteilt – Erzählen ist in der Visite unerwünscht.

20 Jahre später betont ein interdisziplinäres Autorenteam, bestehend aus dem Linguisten Armin Koerfer, dem Mediziner Karl Köhle und dem Psychologen Rainer Obliers, im Rahmen eines Projekts zur *Qualitätssicherung in der psychosomatischen Grundversorgung* die besondere Bedeutung von *Narrativen in der Arzt-Patient-Kommunikation* (Koerfer/Köhle/Obliers 2000). Die Autoren plädieren ausdrücklich für einen Wechsel von einem interrogativen zu einem narrativen Interviewstil. Auf der Grundlage empirischer Analysen von Patientenerzählungen arbeiten sie die spezifische Erkenntnisfunktion des Erzählens heraus und skizzieren die Entwicklung einer Narratologie der Arzt-Patient-Kommunikation.

In den zwei Jahrzehnten, die zwischen den Arbeiten von Bliesener und Koerfer/Köhle/Obliers liegen, ist in der medizinischen und auch in der linguistischen Forschung (ebenso wie in anderen Disziplinen, etwa Medizinsoziologie und Psychotherapieforschung) eine Entwicklung in Gang gekommen, die als Hinwendung zur ‚sprechenden Medizin‘ und oft auch als ‚narrative Wende‘ charakterisiert wird und jedenfalls zu einer Wertschätzung narrativ vermittelter Krankheitserfahrungen geführt hat (Lucius-Hoene 2008).

In diesem Beitrag wird zunächst die Entwicklung des Interesses am Erzählen im medizinischen Kontext skizziert (2), bevor auf Beiträge aus der linguistischen Gesprächsforschung eingegangen wird (3). Welche Erkenntnisse aus linguistischen Analysen des Erzählens in Arzt-Patient-Interaktionen gewonnen werden können, soll dann

* Das Handbuch, aus dem der vorliegende Beitrag stammt, vermittelt einen Überblick über das Erzählen in unterschiedlichen Kontexten. Aus diesem Grund wurde der signalhafte Titelbeginn „Medizin“ gewählt. Dieser Beitrag wendet sich aber letztlich an Leserinnen und Leser aus verschiedensten Disziplinen.

exemplarisch an Gesprächsdaten aus einem interdisziplinären Forschungsprojekt gezeigt werden (4).

Erzählen im Arzt-Patient-Gespräch: medizinische Perspektive

Interesse daran, dass bzw. wie Patienten ihre Beschwerden, ihre Leidensgeschichte, die Entwicklung ihrer Krankheit *erzählen* – im Unterschied zur Beantwortung gezielter ärztlicher Fragen –, setzt einerseits eine grundsätzliche Wertschätzung des Arzt-Patient-Gesprächs voraus, andererseits Aufmerksamkeit für das subjektive Erleben der Patienten und für die Einbettung der Krankheits- in die Lebensgeschichte. Beides findet sich in der biopsychosozialen Medizin, auf die sich Koerfer/Köhle/Oblers (2000) in ihren Überlegungen zu einer Narratologie der Arzt-Patient-Kommunikation berufen. Im Folgenden soll die Entwicklung am Beispiel des von Thure von Uexküll konzipierten Lehrbuchs *Psychosomatische Medizin* nachvollzogen werden, das zuerst 1979 veröffentlicht wurde und in dem die Rolle des Erzählens bis zur 8. Auflage von 2017 (Köhle 2017) zunehmend an Bedeutung gewonnen hat.

Bereits die 1. Auflage widmet ein Kapitel dem ärztlichen Gespräch (Wesiack 1979). Dieses wird als zentrales Kommunikationsmittel zwischen Arzt und Patient qualifiziert, das allerdings in der medizinischen Theorie lange Zeit keinen Platz gefunden hat. Nun soll es einer wissenschaftlichen Analyse zugänglich gemacht und in lehr- und lernbare ärztliche Verhaltensweisen überführt werden, denn die psychosomatische Medizin will die gesamte Interaktion zwischen Arzt und Patient umfassen und dabei auch Aspekte der Beziehung und des emotionalen Erlebens berücksichtigen. Sie ist daher in besonderem Maße auf die „diagnostischen und therapeutischen Qualitäten des gesprochenen Wortes“ angewiesen (Wesiack 1979, 361). Patientenerzählungen werden hier noch nicht erwähnt, es wird aber immer wieder an Fallgeschichten gearbeitet. Im Kapitel zur Anamneseerhebung wird auch in der 2. Auflage nur die Interviewtechnik erörtert (Adler 1981). Auch die neu bearbeitete und erweiterte 3. Auflage weist keine nennenswerten Veränderungen im Kapitel über das Arzt-Patient-Gespräch auf. Dafür wird ein Kapitel *Die Krankenvisite* hinzugefügt, das ausführlich die *Probleme der traditionellen [141] Stationsarztvisite und Veränderungen im Rahmen eines psychosomatischen Behandlungskonzepts* erörtert (Fehlenberg/Simons/Köhle 1986). Hier wird auch das Erzählen erwähnt, allerdings bezeichnenderweise als eine Initiative des Patienten, durch die ein Konflikt mit dem Arzt entstehen kann: Wenn dieser ein anderes Muster erwartet, bringt er durch Minimalreaktionen das Erzählen zum Erliegen (ebd., 249).

Die kritische Sicht auf die Krankenvisite verschärft sich in den folgenden Auflagen; in einem zusammenfassenden Problemaufriss wird die traditionelle Form als gescheitertes Arzt-Patient-Gespräch charakterisiert (Fehlenberg/Simons/Köhle ⁴1990, 269-271).

Die 6., wiederum neu bearbeitete und erweiterte Auflage (2003) enthält bei den „theoretischen Grundlagen“ ein neues Kapitel *Kommunikation* (Köhle 2003). Die Bedeutung der Kommunikation wird später im Kapitel *Die ärztliche Konsultation* noch einmal besonders hervorgehoben als „das mächtigste Instrument in der Medizin [...] nicht nur „für den Aufbau einer Arbeitsbeziehung mit dem Patienten, sondern auch für den diagnostischen und therapeutischen Prozess“ (Bensing/Langewitz 2003, 415).

Diese 6. Auflage enthält ein *Glossar der Grundbegriffe einer Medizin als Wissenschaft*; hier findet sich erstmals ein Eintrag *Narrativ* (S. 1364).

Eine durchgreifende Veränderung in Bezug auf das Interesse am Erzählen bringt aber erst die „komplett überarbeitete“ 7. Auflage (Adler u.a. 2011): Im Kapitel *Arzt-Patient-Gespräch*, nunmehr von einer neuen Autorengruppe verfasst, wird zu Beginn unter dem Titel *Erkenntniswege im Erstgespräch* eine wichtige Unterscheidung getroffen, nämlich zwischen dem „paradigmatischen“ und dem „narrativen Erkenntnismodus“ (Köhle 2011). Der paradigmatische Erkenntnismodus zielt darauf, die Beschwerden medizinischen Kategorien zuzuordnen. Die Anamneseerhebung folgt tendenziell dem Vorbild der körperlichen Untersuchung, d.h. die Daten werden von ihrem Kontext isoliert. Die Beziehung zwischen Arzt und Patient ist asymmetrisch. Demgegenüber erlaubt der narrative Erkenntnismodus dem Patienten, seine individuelle Wirklichkeit darzustellen, „Handlungen und Geschehnisse aus seiner subjektiven Sicht regelgeleitet zu einem sinnvollen Ganzen zu verbinden und zu kommunizieren.“ An der Gestaltung wirkt auch der ärztliche Zuhörer mit (z.B. durch Blickkontakt, Kopfnicken, Hörersignale). Die Beziehung zwischen Arzt und Patient ist in diesem Fall partnerschaftlich-dialogisch. Dieser Modus erfordert ein Umdenken von Seiten des Arztes: „Wer an kategoriegeleitetes Vorgehen gewöhnt ist, mag dies so lange als zeitraubenden Umweg erleben, bis er das reiche zusätzliche Informationsmaterial verstehen und schätzen gelernt hat“ (Köhle 2011, 327).

Angesichts der Bedeutung des narrativen Erkenntnismodus für die Medizin wird die 7. Auflage des Uexküllschen Lehrbuchs um ein eigenes Kapitel *Das Narrativ* erweitert (Köhle/Koerfer 2011). Hier wird das medizinische Interesse am Narrativ mit empirischen Analysen in der linguistischen Erzählforschung verknüpft. Das ‚Narrativ‘ wird als ein Darstellungsschema verstanden, das Geschehnisse in geordneter Form mit spezifischen Ausdrucksmitteln vermittelt; durch Erzählen wird einer Abfolge von Ereignissen und Handlungen Sinn verliehen. Die Autoren zeigen am Beispiel eines Gesprächsauschnitts zentrale Aspekte der Komposition eines Narrativs auf: die Transformation von der Chronik zum Narrativ durch Umorganisation der Ereignisfolge und die Verbindung von Referieren und Evaluieren. Als Funktionen werden die Stabilisierung des Selbstgefühls und die Vergegenwärtigung von Vergangenem genannt. Dabei ist vor allem an die Einbeziehung des Hörers in die Geschichte gedacht, d.h. hier: die Erwartung des Patienten, dass der Arzt in die Bearbeitung der Krankengeschichte eintritt. Damit ist die Fähigkeit des Arztes als Zuhörer gefragt und auch „seine Rolle als Ko-Konstrukteur im Erkenntnisprozess“ (Köhle/Koerfer 2011, 366), die beide nach dem Urteil der Autoren in der Medizin nicht ausreichend reflektiert werden.

Mit der Fokussierung der Zuhörerrolle und der Ko-Konstruktion greifen die Autoren Aspekte auf, die aus der Sicht der linguistischen Erzählforschung sehr wichtig sind. Es wird deutlich, wie sich durch Patientenerzählungen „Fragmente zu Ganzem verbinden“ lassen, wie sich „Unsagbares in seinem Fortwirken verstehen“ und „Vergessenes“ wieder auffinden lässt (Köhle/Koerfer 2011). Diese für Diagnostik und Therapie wertvolle Chance wird vertan, wenn „Erzählen unerwünscht“ ist, also Erzählangebote oder Erzählversuche von Patienten unbeachtet bleiben oder zurückgewiesen werden; dadurch kommen krankheitsrelevante Informationen nicht zur Sprache und können somit nicht genutzt werden. In ihrem Plädoyer für das Erzählen gehen Köhle/Koerfer auch

auf die Bedingungen ein, die die Entfaltung eines Narrativs ermöglichen: Der Arzt müsse dem Patienten ein längeres Rederecht einräumen und mehr Geduld aufbringen als bei einer Befragung, außerdem seine Zuhörbereitschaft signalisieren – kurz: eine ‚erzählfreundliche‘ Situation schaffen (vgl. Quasthoff 1980). [142]

Mit der besonderen Wertschätzung des Narrativs, die mit der Bevorzugung des narrativen Erkenntnismodus einhergeht, wird in der 7. und noch verstärkt in der 8. Auflage der *Psychosomatischen Medizin* also eine Konsequenz aus der schon in der 1. Auflage postulierten Bedeutung des ärztlichen Gesprächs gezogen, die Auswirkungen auf die Gesprächspraxis hat. Dabei wird auch eine Verbindung zu Arbeiten britischer Forscher hergestellt, die unter dem Begriff ‚narrative Medizin‘ zusammengefasst werden.

Narrative oder narrativ basierte Medizin wird der evidenzbasierten Medizin als „unabkömmliche Ergänzung“ gegenübergestellt: „Die Deutung wissenschaftlicher Evidenz ist für den konkreten Patienten nur im Lichte seiner komplexen Geschichte, der narrativen Kontextualisierung möglich: ‚narrative-based‘ bedeutet ‚unwiderruflich fallorientiert‘“, schreibt Lucius-Hoene (2008, 90) unter Bezugnahme auf Greenhalgh/Hurwitz (2005) in einem sehr informativen Übersichtsartikel, in dem sie *Krankheitserzählungen und die narrative Medizin* miteinander verbindet: „Das Erkenntnis leitende Phänomen ist dabei das Narrativ, das Erzählen im Zusammenhang mit Krankheit“ (ebd., 91). Rita Charon, eine der wichtigsten und einflussreichsten Vertreterinnen dieser Richtung, bezeichnet die narrative Medizin als eine „form of clinical practice“ und definiert sie als „medicine practiced with the narrative competence to recognize, absorb, interpret, and be moved by the stories of illness“ (Charon 2006, VII).

Die narrative Medizin hat sich aus der Praxis der Arzt-Patient-Kommunikation heraus entwickelt, genauer gesagt: aus der Unzufriedenheit mit der üblichen Anamnese in Form eines Frage-Antwort-Schemas und der Einordnung der Patienten-Aussagen in medizinische Kategoriensysteme. Das Anliegen, auch das subjektive Krankheitserleben des Patienten ernst zu nehmen und in die Diagnosestellung einzubeziehen, wurde bereits in der Uexküllschen Psychosomatik deutlich, in der sich die Bedeutung des Erzählens erst allmählich herauskristallisiert hat. Für die narrative Medizin, die sich offenbar unbeeinflusst von der deutschen Psychosomatik entwickelt hat, dient das Erzählen von Krankheitsgeschichten als Ausgangspunkt: „Geschichten geben der Problemlage des Patienten Bedeutung, Kontext und Perspektive. Sie erklären, wie, warum und auf welche Art er krank ist. Sie eröffnen uns, kurz gesagt, die Chance auf ein *Verständnis*, wie wir es auf andere Weise nicht erwerben können“ (Greenhalgh/Hurwitz 2005, 23); das sind für die Autoren die Gründe, „warum wir uns mit Geschichten befassen sollten“ (ebd.).

Die Besonderheit des Erzählens gerade im Zusammenhang mit Krankheiten ist in den beispielhaften Patientengeschichten, die Kleinman bereits im Vorwort seiner *Illness narratives* anführt, deutlich erkennbar. Kleinmans Unterscheidung zwischen ‚illness‘ und ‚disease‘ bringt den Unterschied zwischen der subjektiv erlebten, vom Patient aus seiner Perspektive erzählten Geschichte der Krankheit einerseits und dem medizinischen Befund aus der Perspektive des Arztes andererseits auch terminologisch auf den Punkt. Diese beiden Perspektiven sind grundverschieden, sie gehören geradezu getrennten Welten an (Toombs 1992). Die narrative Medizin ist ein Appell an die Mediziner, diese Unterschiede wahrzunehmen und zu versuchen, die Perspektive der

Patienten nachzuvollziehen. Dies ist die erste der „drei großen Linien der Verwendung von Narrativen“, die Lucius-Hoene (2008, 91) aufzeigt: in der medizinischen Praxis als Grundlage einer Handlungsorientierung zu dienen. Die zweite ist die Bildung einer Datengrundlage im wissenschaftlichen Kontext (darum wird es im folgenden Abschnitt gehen); und die dritte besteht in der Funktion als „emanzipatorischer Akt und Bewältigungshilfe“ für die Betroffenen. Krankheitserfahrungen führen oft im Leben der Betroffenen zu einschneidenden Veränderungen, deren individuelle biografische Bedeutung in Erzählungen zum Ausdruck kommt (Lucius-Hoene 2008, Schütze 2016). Dieser Aspekt zeichnet gerade das Erzählen von *Krankheitserfahrungen* aus; deshalb ist der Unterschied zwischen Krankheitserzählung („clinical narrative“) und Krankengeschichte („medical history“) so wichtig (Toombs 1992, 103).

Dass Krankheitserzählungen jenseits ihrer Bedeutung für den Erzähler selbst auch für andere Betroffene eine Hilfe zur Auseinandersetzung mit einer Krankheit und ggf. auch ihrer Bewältigung sein können, ist der Grundgedanke der Website DIPEX (Database of Individual Patients' Experiences), an deren Erstellung mehrere Länder beteiligt sind (www.dipexinternational.org; für den deutschen Sprachraum: www.krankheitserfahrungen.de). Hier werden Video- oder Audioauschnitte aus narrativen Interviews, die im Rahmen qualitativer Forschungen erhoben wurden, wissenschaftlich aufbereitet und thematisch geordnet zugänglich gemacht (vgl. Herxheimer/Ziebland 2004). Zu den Themen im deutschen Bereich gehören z.B. chronische Schmerzen, Darmkrebs oder Epilepsie. Das Erzählen so einschneidender und oft emotional belastender Krankheitserfahrungen schafft für die Interviewten selbst, aber [143] auch für die Interviewer eine sehr besondere Situation und oft auch eine nachhaltige Beziehung, die weit über allgemeine Datenerhebung und -bearbeitung hinausgeht (Lucius-Hoene/Adami/Koschack 2015).

Erzählen im Arzt-Patient-Gespräch: Perspektive der Gesprächsforschung

Weitgehend unabhängig von den hier skizzierten Entwicklungen in der Medizin hat sich das Interesse an Krankheitserzählungen in der linguistischen Gesprächsforschung entwickelt. Die Voraussetzungen für eine solche Entwicklung bildeten in den 1980er Jahren zum einen Forschungen zu institutioneller Kommunikation, die auch Arzt-Patient-Interaktionen einbezogen. So entstand eine Reihe interdisziplinärer Forschungsprojekte und Veröffentlichungen zu medizinischer und therapeutischer Kommunikation (umfassende Informationen liefert die Wiener Forschungsdatenbank API-on©). Inzwischen ist das Forschungsgebiet gut etabliert; die Analysen beziehen sich auf verschiedene Krankheitsbilder und medizinische Themen (informative Einblicke geben z.B. Heritage/Maynard 2006 und Busch/Spranz-Fogasy 2015). Zum anderen spielte für das Interesse an Krankheitserzählungen die Entwicklung der textlinguistischen Erzählforschung eine Rolle: Unter dem Einfluss der Gesprochene-Sprache-Forschung und später der Konversationsanalyse befasste man sich zunehmend mit mündlichen Erzählungen (Quasthoff 1980, Ehlich 1980) und damit auch mit Krankheitserzählungen. Generell steht das Erzählen in der Forschung zu Arzt-Patient-Gesprächen zwar selten im Vordergrund (einen Überblick gibt Boothe 2009), es wird aber in verschiedenen Zusammenhängen mit berücksichtigt, insbesondere wenn es um chronische Erkrankungen

gen geht, zum Beispiel Angst- oder Panikerkrankungen (Capps/Ochs 1995, Lindemann 2012), traumatische Erfahrungen (Deppermann/Lucius-Hoene 2005, Scheidt u.a. 2015) oder chronische Schmerzen (Sator 2011). Dem *erzählten Schmerz* ist zum Beispiel ein Heft von *Psychotherapie & Sozialwissenschaft* (5/3, 2003) gewidmet, in dem ein Gespräch mit einer Patientin mit chronischen Schmerzen aus der Sicht verschiedener Disziplinen analysiert wird. Besondere Aufmerksamkeit richtet Sator (2011, 216ff.) auf narrative Formen bei der Darstellung von Kopfschmerz. Im Kontext *Psychosomatische Gesprächsführung* (Neises u.a. 2005) werden bei den „allgemeinen Aspekten ärztlicher Gespräche“ auch Krankheitserzählungen behandelt (Gülich 2005), ebenso im Kontext von Fallarbeit in der Psychosomatik (Bergmann u.a. (Hg.) 2014, Beiträge von Gülich und Scheffer).

Im Folgenden wird zunächst skizziert, was die Analyse von Erzählungen im Rahmen der Gesprächsforschung kennzeichnet (vgl. Quasthoff 2001, Gülich/Mondada 2008, Kap. 9), bevor sie an Gesprächsausschnitten exemplarisch dargestellt wird.

In der medizinischen bzw. psychosomatischen Forschung und in der narrativen Medizin wird oft ein sehr weiter Begriff von ‚Narrativ‘ zugrunde gelegt, unter den sich nahezu jedes ausführliche Reden von Patienten einordnen lässt. Demgegenüber wird hier für einen engeren Begriff plädiert, der Erzählen versteht als eine ‚Methode‘, vergangene Ereignisse und Erfahrungen sprachlich bzw. kommunikativ zu rekonstruieren. Erzählen gehört danach zu den ‚rekonstruktiven Gattungen‘ (Bergmann/Luckmann 1995) und unterscheidet sich von anderen Formen der Rekonstruktion wie z.B. einem Frage-Antwort-Schema.

Aus der Sicht der Gesprächsforschung ist immer der gesamte Prozess des Erzählens zu berücksichtigen, d.h. auch die Entstehung der Erzählung aus dem Gespräch heraus und ihre anschließende konversationelle Bearbeitung. Im Falle der narrativen Rekonstruktion von Krankheitserfahrungen wird damit die Aufmerksamkeit etwa auch darauf gelenkt, ob das Erzählen vom Arzt initiiert wurde oder vom Patienten selbst und wie das Erzählte anschließend vom Arzt bewertet und kommentiert wird. Grundsätzlich zu beachten ist die Interaktion, d.h. die Aktivitäten von Erzähler *und* Zuhörer, und damit auch die Ko-Konstruktion der Krankheitsentwicklung (vgl. Gülich/Krafft 2015, Gülich/Schöndienst 2015). In der Analyse sind auch Erzählansätze und -fragmente zu berücksichtigen. Gerade wenn ärztliche Fragen mit narrativen Rekonstruktionsaktivitäten des Patienten konkurrieren, kommt es oft zu potenziellen Erzählanfängen, die sich erst wesentlich später durchsetzen oder gänzlich scheitern. Zu beachten sind auch Relevanzsetzungen der Gesprächsteilnehmer durch sprachliche, prosodische und multimodale Ressourcen. Arzt und Patient messen nicht unbedingt denselben Krankheitsaspekten Bedeutung bei, insofern kann es hier zu Aushandlungsprozessen kommen. Narrative Rekonstruktion ist in der Regel mit Interpretation und Evaluation verbunden. Zugleich ist sie Arbeit an der Erinnerung und weist oft sprachliche Spuren dieser Erinnerungsarbeit auf (Gülich 2012).

Der Erzählprozess kann aus verschiedenen Gründen [144] mehr oder weniger flüssig verlaufen; so gibt es Phasen, in denen der Erzählfluss stockt und die Beteiligten erkennbar an Formulierungen arbeiten. Während das medizinische Interesse sich meist in erster Linie darauf richtet, was der Patient erzählt und ob er es überhaupt tut, ist für die linguistische Analyse von Krankheitserzählungen vor allem interessant, wie

er erzählt, d.h. welche Darstellungsformen und kommunikativen Ressourcen er einsetzt, wie er den Ablauf rekonstruiert und welche Relevanzen er markiert.

Es werden verschiedene Formen narrativer Rekonstruktion unterschieden, die sich am Beispiel von Krankheitserzählungen folgendermaßen zusammenfassen und durch typische sprachliche Verfahren charakterisieren lassen: Die *episodische* Rekonstruktion fokussiert einzelne Krankheitsereignisse (Zeitangaben wie ‚eines Tages‘ in Verbindung mit Vergangenheitstempora); dabei werden häufig auch szenische Darstellungselemente eingesetzt (z.B. direkte Rede, szenisches Präsens). Die *iterative* Rekonstruktion bezieht sich auf wiederholte beziehungsweise wiederkehrende Krankheitsphänomene (Zeitangaben wie ‚immer wenn‘ in Verbindung mit Vergangenheitstempora). Die *verallgemeinernde* Rekonstruktion beschreibt fortdauernde Zustände (Zeitangaben wie ‚immer wenn‘ in Verbindung mit Präsens) (vgl. dazu Sator 2011, 216-229 am Beispiel von Schmerzdarstellungen; ferner: Koerfer/Köhle/Obliers 2000).

In der Gesprächsforschung wird grundsätzlich an authentischen Gesprächsdaten gearbeitet, die in natürlichen, nicht für Forschungszwecke arrangierten Situationen erhoben werden. Diese Einstellung ist gut vereinbar mit der Arbeit an authentischen Fällen, die von Anfang an Uexkülls *Psychosomatische Medizin* prägte. Der Unterschied liegt in der Aufbereitung der Daten: In den Uexküll-Bänden wird mit Verschriftlichungen gearbeitet, die das Gespräch vollständig wörtlich wiedergeben, dabei auch Elemente wie ‚mhm‘ oder Pausen berücksichtigen und die üblichen Interpunktionszeichen verwenden. In der Gesprächsforschung hingegen werden Transkriptionen angefertigt, die typische Elemente der gesprochenen Sprache wie Verzögerungen, Pausen, Versprecher, Selbstkorrekturen, Wortwiederholungen usw. genauer erfassen, ebenso prosodische Aspekte wie Betonungen, Intonationsverläufe, Lautstärke und Sprechtempo, und u.U. auch nonverbale Ressourcen (Blickrichtung, Mimik, Gestik) einbeziehen. Soweit übliche Interpunktionszeichen verwendet werden, haben sie eine andere Bedeutung. Im Folgenden soll nun exemplarisch die Arbeit an Transkripten von Krankheitserzählungen gezeigt werden.

Beispielanalysen

Die Beispiele stammen aus einem Korpus von Arzt-Patient-Gesprächen, die im Rahmen eines interdisziplinären Forschungsprojekts aufgezeichnet wurden: *Linguistische Differenzialdiagnostik epileptischer und anderer anfallsartiger Störungen* (www.uni-bielefeld.de/lili/projekte/epiling). Ziel dieses Projekts war, typische Darstellungs- und Formulierungsverfahren herauszuarbeiten, die die Patienten in der Interaktion mit dem Arzt bei der Schilderung ihrer Anfälle und der Vorgefühle („Auren“) einsetzen. Diese sehr unterschiedlichen Verfahren wurden dann zu der jeweiligen Art der Anfallserkrankung (epileptische vs. nicht-epileptische Anfälle) in Beziehung gesetzt. Damit wurde die Basis für eine differenzialdiagnostische Auswertung der linguistischen Gesprächsanalyse geschaffen. Da die narrative Rekonstruktion von Krankheitsentwicklung und -erleben in diesem Zusammenhang eine zentrale Rolle spielt (vgl. Surmann 2005, Kap. 3.1.4), orientieren sich die Ärzte an einem Gesprächsleitfaden, der den Patienten viel Raum gibt und sie zu narrativen Rekonstruktionen anregt, u.a. durch Fragen nach dem ersten, dem letzten und dem schlimmsten Anfall. Am Anfang des Gesprächs steht im-

mer eine offene Frage des Arztes, die dem Patienten die Möglichkeit gibt, von vornherein eigene Relevanzen zu setzen, während der Arzt sich mit medizinischen Fragen oder Kommentaren sehr zurückhält.

Im Folgenden wird ein Ausschnitt aus einem Erstgespräch zwischen einem Arzt und einer Patientin analysiert, die sich zur Abklärung der Diagnose in einer Epilepsieklinik aufhält (das Gespräch ist Gegenstand einer ausführlichen Fallanalyse in Surmann 2005, Kap. 4.1).

Vor Beginn des hier zitierten Ausschnitts eröffnet der Arzt das Gespräch mit der Frage, mit welchen Erwartungen die Patientin in das Gespräch kommt. Daraufhin berichtet diese sehr flüssig und detailliert, wie und warum sie in die Klinik überwiesen wurde. Auf die Frage des Arztes, wie sich die Krankheit manifestiert, beschreibt sie zunächst ausführlich ihre Erschöpfungszustände; dies tut sie in verallgemeinernder Form im Präsens und mit Zeitangaben wie ‚häufig‘ oder ‚manche tage‘ oder mit Wenn-dann-Strukturen, z.B. „wenn ich morgens aufwache [...] kommt sehr häufig vor dass [...]“ oder „sowie ich irgendwas gemacht habe fühl ich mich eigentlich schon [145] erschöpft“. Nach dieser Schilderung setzt sie von sich aus zur Fokussierung einer Episode an: „[...] dieser Zustand hält jetzt schon ziemlich LANGE an ich hatte: also am neunzehnten“. Hier bricht sie ab und schiebt eine metadiskursive Bemerkung dazu ein, dass sie den Ausdruck ‚Attacke‘ verwende, um ‚Anfall‘ zu vermeiden. Anschließend kommt sie auf ihre Erschöpfungszustände zurück, charakterisiert sie als Gefühl, „Zunehmend also nicht mehr so belastbar zu sein“, und fokussiert dann – wiederum selbstinitiiert – unmittelbar ein weiteres konkretes Ereignis:

Transkriptbeispiel 1 (Transkriptionsregeln s. Anhang in diesem Band)

- 1 P: .h und so äh im herbst achtennEUnzich bin ich mit meinem also
2 sohn also spazieren gegangen <hustet> da hat das eigentlich
3 .h bewusst begonnen, .h für mich (-) zumindest (zu) bewusst m
4 begonnen, .h <hustet> wir sind laTERne gegangen (-) <schluckt>
5 und äh: .h hN auf einmal fing an: äh .h sich alles bei=mir
6 so zu drEhen es wurde (-) mir wurde schwindelich ich hatte
7 das gefühl dass der boden (--) so wie wAtte war so=äh: .h ja
8 äh: schwA[mmich ich also=äh wenn man auftritt dass da kein
9 A: [hmm,
10 P: boden IS obwohl da=ja n boden WAR. (-) das lässt sich immer
11 P: so schlecht beschreiben .h u:nd=ä ich hatte so das gefühl
12 dass das was ich SEhe so mein umfeld auf mich äh eben einkippt
13 und äh .h dabei hatt=ich ne stArke übelkeit (-) <schluckt> so=n
14 HITZEwelle gefühl vom hals bis in den bauchraum rein .h und so
15 ungefähr als (also/als=äh) ich hatte das gefühl jetzt äh ja fließt
16 kein blut mehr durch deinen körper. ne,: ich äh .h jetzt kippste
17 UM, oder (--) ne, äh=JA <<tonlos> fast so=n gefühl jetzt=äh würd
18 ich sterben müssen, äh als wenn kei:n blut mehr durchn körper
19 fließt,> (--) .h und äh (--) ja=ich wie gesacht ä es war nichts
20 beSONderes oder so wir haben wir sind laterne gegangen also es
21 war nich irgendwas weltbewegendes .h es hat mich aber (-)

22 beUnruhigt
 23 [...]
 24 .h ich bin also dann auch andern tach zum Arzt ich hab gedacht
 25 vielleicht haste irgendwas mit=m KREISlauf oder so

Mit Zeitangabe und Tempus fokussiert die Patientin ein zurückliegendes Ereignis, das sie als den eigentlichen Beginn ihrer Erkrankung qualifiziert (auf die sie nur pauschal mit „das“ verweist). Sie rahmt das Geschehen minimal mit „wir sind laTERne gegangen“ (3-4) und beginnt dann, eingeleitet mit „auf einmal“, den Ablauf einer Reihe von Wahrnehmungen und Empfindungen narrativ zu rekonstruieren. Hier leistet die Patientin intensive Formulierungsarbeit: Verzögerungen (ähs, Dehnungen, Pausen), Wortwiederholungen, Reformulierungen, Abbrüche und Neuansätze sind sprachliche Spuren ihres Bemühens um eine differenzierte Darstellung. Als eine weitere Formulierungsressource nutzt sie Metaphern, die hier die Widersprüchlichkeit der Empfindungen besonders hervorheben. Die Erzählerin unterbricht die episodische Rekonstruktion („ich hatte das gefühl dass der boden (--)) so wie wAtte war [...]“) durch eine verallgemeinernde Erklärung („also=äh wenn man auftritt dass da kein boden IS“, 7/9), geht dann aber sofort in die Rekonstruktion zurück („obwohl da=ja n boden WAR“). In diesem Kontext bestätigt der Arzt, der sich sonst verbal völlig zurückhält, durch ein Rückmeldesignal („hmm,“) seine Zuhörerrolle und ermutigt die Patientin damit zum Weitersprechen. Diese unterbricht die Ablaufrekonstruktion erneut, um mit einem verallgemeinernden metadiskursiven Kommentar („immer“, Wechsel zum Präsens) ausdrücklich die Schwierigkeit der Formulierungs Aufgabe herauszustellen (vgl. Gülich 2005). Dann setzt sie die episodische Rekonstruktion ihrer Eindrücke fort, hauptsächlich mithilfe von Metaphern. Der Anfall bzw. die Aura, die ihm vorausgeht, wird nun als etwas dargestellt, das von außen auf die [146] Patientin zukommt („das gefühl dass das was ich SEhe so mein umfeld auf mich äh eben einkippt“, 11-12). In einem Ansatz zu szenischer Darstellung konkretisiert sie das Gefühl durch eine Äußerung in direkter Rede, mit der sie sich selbst anspricht („das gefühl jetzt äh ja fließt kein blut mehr durch deinen körper. ne; ich äh .h jetzt kippste UM,“, 15-16), und reformuliert es dann erst aus ihrer eigenen Sicht (1. Person: „jetz=äh würd ich sterben müssen“) und dann aus einer unpersönlichen Perspektive (3. Person: „als wenn kei:n blut mehr durchn körper fließt“, 17-18). Abschließend stuft sie mit der Bewertung „nich irgendwas weltbewegendes“ die Situation (Laterne gehen), vielleicht aber auch die Relevanz des Ereignisses zurück; sie sei aber dennoch beunruhigt gewesen und zum Arzt gegangen. Dabei ordnet sie das Ereignis aus ihrer damaligen Perspektive einer eher alltäglichen Kategorie zu (23: „irgendwas mit=m KREISlauf oder so“), die sich aber als revisionsbedürftig erwiesen hat, wie die Rahmung als ‚bewusster Beginn‘ der aktuellen Erkrankung zeigt. Nachdem sich eine Anfallserkrankung entwickelt hat, wird die ursprüngliche Kategorisierung („ich hab gedacht...“) ungültig gemacht und das erste Ereignis als Anfall rekategorisiert. Dass die ersten Symptome nicht als solche wahrgenommen, sondern später im Rahmen einer inzwischen etablierten Diagnose rekategorisiert werden, ist bei der Frage nach ersten Anfällen häufig zu finden (vgl. Gülich 2012) und ist generell typisch für das Erzählen chronischer Krankheiten.

In diesem Ausschnitt sind Merkmale zu beobachten, die sich im Rahmen des Forschungsprojekts als typisch für die Rekonstruktion *epileptischer* Anfälle (im Unter-

schied zu nicht-epileptischen) erwiesen haben: selbstinitiierte episodische Rekonstruktion eines Anfalls, intensive Formulierungsarbeit bei Darstellung der subjektiven Wahrnehmungen und Gefühlen während der Auren, metadiskursiver Kommentar zur ‚Unbeschreibbarkeit‘ (Gülich 2005), Konzeptualisierung des Anfalls als „außen verortete Entität“ (Surmann 2005), Todesangst bzw. das Gefühl, sterben zu müssen (Lindemann 2012). Im weiteren Verlauf des Gesprächs kommentiert der Arzt die Art und Weise, wie die Patientin die Aura bzw. den Anfall darstellt: „sie (--) schildern das ja sehr anschaulich (-) GANZ anders als IEUte, (-) mit sogenannten psychogenen anfällen. (-) so dass ich daran ersmal gar nich glaub dass das (-) im engeren sinn (-) seelische anfälle wären (...) ich denke es bewegt sich wirklich irgendwo zwischen migräne und epilepsie“. Die Anfallsnarration wird hier also diagnostisch ausgewertet.

Ein ganz anderes Beispiel findet sich im folgenden Ausschnitt aus einem Gespräch, das derselbe Arzt mit einer Patientin in der Ambulanz führt, ebenfalls zur Abklärung der Diagnose. Diese Patientin erzählt kaum etwas von sich aus, auf Fragen antwortet sie meist kurz und relativ allgemein, es entstehen häufig längere Pausen. Der Arzt versucht mehrfach vergeblich, sie zu narrativen Rekonstruktionen, z.B. des ersten oder des letzten Anfalls, anzuregen; schließlich fragt er nach einem Anfall, „wo es mal so ganz markant war“. Als die Patientin auch da wieder mit einer verallgemeinernden Schilderung antwortet, fokussiert er ausdrücklich eine bestimmte Situation:

Transkriptbeispiel 2:

- 1 A: vielleicht fällt ihnen dann irgendeine bestimmte situation
2 ein (---)
3 P: (leise) nee.
4 A: was besonders blöd war (7sec)
5 P: ja:, (-) klar wenn man in gesellschaft is dann kriegt das
6 hinterher immer ne andre wertung
7 A: (?erzählen sie davon,) (--)
8 P: ja wenn ich mich in in gesellschaft n ne aura bekomme
9 ne isolierte aura und äh: dann bekommt das natürlich ne
10 andre wertung ich ich
11 A: (kurz) ja (-) ich hab so den eindruck sie sie denken an
12 ne bestimmte situation. Und wär ihnen dankbar, (-)
13 äh wenn sie nochmal kurz
14 P: ja, da warn: öh:m verschiedene (-) mh (-) bekannte bei uns
15 und wir ham irgendwas gefeiert, (-) und ich merkte dann dieses
[147]
16 (-) öh: (-)panikartige gefühl und
17 A: was ham sie grad gemacht. saßen sie oder
18 P: ich saß (-) [ja, (-) wir ham uns unterhalten und ich hörte zu
19 A: [auf der couch oder so
20 A: hm hm,
21 P: und dann ähm (-) trat diese aura auf, und (...)

Die Patientin reagiert zunächst mit einer verneinenden und dann wiederum mit einer verallgemeinernden Antwort (4-5: wenn-dann-Struktur, „man“ und Präsens). Auch auf eine ausdrückliche Erzählaufforderung (6) reformuliert sie nur die vorherige Verallgemeinerung. Erst als der Arzt sie darauf anspricht, dass sie selbst eine konkrete Situation im Sinn haben könnte, und nochmal eine direkte Bitte formuliert (9-10), setzt sie mit einem Tempuswechsel (Imperfekt und Perfekt) zu einer narrativen Rekonstruktion an (11), die sie dann unterstützt durch Nachfragen des Arztes weiterführt. Dabei geht sie (auch in den folgenden, hier nicht mehr zitierten Äußerungen) allerdings nicht detailliert auf das panikartige Gefühl oder die Aura ein, sondern konkretisiert eher situationsbezogene und soziale Aspekte, von denen sie einen besonders hervorhebt: „ich weiß noch dass mich das besonders entsetzte, weil ich nicht genau wusste was die ANDern mitgekriegt hatten“. Sie setzt also eher die Meinung der anderen als die eigenen Empfindungen relevant.

Diese Patientin steht vor derselben kommunikativen Aufgabe wie die Patientin von Beispiel 1, nämlich ihre Anfälle narrativ zu rekonstruieren. Sie löst sie aber auf andere Weise: sie erzählt nicht selbstinitiiert, sie bevorzugt deskriptiv-verallgemeinernde Verfahren und vermeidet dadurch weitgehend die episodische Rekonstruktion des konkreten Anfallserlebnisses in einer für sie gesichtsbedrohenden Situation. Mit Bezug auf das oben genannte Forschungsprojekt ist das Gespräch mit ihr vorwiegend durch Merkmale charakterisiert, die sich als typisch für Patienten mit *nicht-epileptischen* (psychogenen) Anfällen erwiesen haben (vgl. Surmann 2005, Kap. 5.1).

Die Beispielanalysen zeigen eine Möglichkeit auf, den von Köhle (2011) propagierten ‚narrativen Erkenntnismodus‘ (s.o. Abschn. 2) in Form der Transkriptarbeit in die Gesprächspraxis umzusetzen und so „das reiche zusätzliche Informationsmaterial verstehen und schätzen“ zu lernen, das die narrative Rekonstruktion zur Verfügung stellt (Köhle 2011, 327), indem es für die Differenzialdiagnostik genutzt wird. Dass es auch psychotherapeutisch genutzt werden kann, zeigt der Beitrag „Bewältigung“ in diesem Band.

Literatur

[147-148]

Adler, Rolf H. u.a. (Hg.): Uexküll. Psychosomatische Medizin. Theoretische Modelle und klinische Praxis. 6., neu bearbeitete und erweiterte Aufl. München 2003; 7., komplett überarbeitete Aufl. München 2011.

Bensing, Jozién M./Langewitz, Wolf: Die ärztliche Konsultation. In: Adler u.a. (Hg.) 2003, 415-424.

Bergmann, Jörg/Dausendschön-Gay, Ulrich/Oberzaucher, Frank (Hg.): ‚Der Fall‘. Studien zur epistemischen Praxis professionellen Handelns. Bielefeld 2014.

Bergmann, Jörg/Luckmann, Thomas: Reconstructive genres of everyday communication. In: Quasthoff, Uta M. (Hg): Aspects of Oral Communication. Berlin 1995, 289-304.

Birkner, Karin: Wiedererzählte Krankheitsnarrative im Vergleich: zwischen Variabilität und Geronnenheit. In: Schumann, Elke u.a. (Hg.): Wiedererzählen. Formen und Funktionen einer kulturellen Praxis. Bielefeld 2015, 269-294.

- Bliesener, Thomas: Erzählen unerwünscht. Erzählversuche von Patienten in der Visite. In: Ehlich (Hg.) 1980, 143-178.
- Boothe, Brigitte: Erzählen im medizinischen und psychotherapeutischen Diskurs. In: Christian Klein/Matías Martínez (Hg.): Wirklichkeitserzählungen. Felder, Formen und Funktionen nicht-literarischen Erzählens. Stuttgart 2009, 51-80.
- Bury, Mike: Illness narratives: fact or fiction? In: *Sociology of Health and Illness* 23/3 (2001) 263-285.
- Busch, Albert/Spranz-Fogasy, Thomas (Hg.): *Handbuch Sprache in der Medizin*. Berlin 2015.
- Capps, Lisa/Ochs, Elinor: *Constructing panic. The discourse of agoraphobia*. Cambridge, Mass. 1995.
- Charon, Rita: *Narrative medicine. Honoring the stories of illness*. Oxford 2006.
- Deppermann, Arnulf/Lucius-Hoene, Gabriele: Trauma erzählen – kommunikative, sprachliche und stimmliche Verfahren der Darstellung traumatischer Erlebnisse. In: *Psychotherapie & Sozialwissenschaft* 7/1 (2005), 35-73.
- Ehlich, Konrad (Hg.): *Erzählen im Alltag*. Frankfurt 1980
- Fehlenberg, Dirk/Simons, Claudia/Köhle, Karl: Die Krankenvsiste – Probleme der traditionellen Stationsarztvisite und Veränderungen im Rahmen eines psychosomatischen Behandlungskonzepts. In: v. Uexküll u.a. (Hg.), ³1986, 244-267.
- Greenhalgh, Trisha/Hurwitz, Brian (Hg.): *Narrative-based medicine – sprechende Medizin. Dialog und Diskurs im klinischen Alltag*. Bern u.a. 2005.
- Gülich, Elisabeth: Krankheitserzählungen. In: Mechthild Neises u.a. (Hg.) 2005, 73-89.
- Gülich, Elisabeth: Erinnern – Erzählen – Interpretieren in Gesprächen mit Anfallskranken. In: Ruth Ayaß/Christian Meyer (Hg.): *Sozialität in Slow Motion. Theoretische und empirische Perspektiven*. Festschrift für Jörg Bergmann. Wiesbaden 2012, 615-641.
- Gülich, Elisabeth/Krafft, Ulrich: Ko-Konstruktion von Anfallsschilderungen in Arzt-Patient-Gesprächen. In: Ulrich Dausendschön-Gay/Elisabeth Gülich/Ulrich Krafft (Hg.): *Ko-Konstruktionen in der Interaktion. Die gemeinsame Arbeit an Äußerungen und anderen sozialen Ereignissen*. Bielefeld 2015, 373-400.
- Gülich, Elisabeth/Mondada, Lorenza: *Konversationsanalyse. Eine Einführung am Beispiel des Französischen*. Tübingen 2008.
- Gülich, Elisabeth/Schöndienst, Martin: Brüche in der narrativen Kohärenz bei der Rekonstruktion von Krankheitserfahrungen. *Konversationsanalytische und klinische Aspekte*. In: Scheidt u.a. (Hg.) 2015, 121-134.
- Heritage, John/Maynard, Douglas W. (Hg.): *Communication in medical care. Interaction between primary care physicians and patients*. Cambridge 2006.
- Herxheimer, Andrew/Ziebland, Sue: The DIPEX project: collecting personal experiences of illness and health care. In: Hurwitz/ Greenhalgh/ Skultans (Hg.) 2004, 115-131.
- Kleinman, Arthur: *The illness narratives. Suffering, healing, and the human condition*. New York 1988.
- Koerfer, Armin/Köhle, Karl/Obliers, Rainer: Narrative in der Arzt-Patient-Kommunikation. In: *Psychotherapie & Sozialwissenschaft* 2 (2000), 87-116.
- Köhle, Karl: Erkenntniswege im Erstgespräch. In: Adler u.a. (Hg.) 2011, 325-328.
- Köhle, Karl/Koerfer, Armin: Das Narrativ. In: Adler u.a. (Hg.) 2011, 359-375.

- Lindemann, Katrin: Angst im Gespräch. Eine gesprächsanalytische Studie zur kommunikativen Darstellung von Angst. Göttingen 2012.
- Lucius-Hoene, Gabriele: Krankheitserzählungen und die narrative Medizin. In: Rehabilitation 47 (2008), 90-97.
- Lucius-Hoene, Gabriele/Adami, Sandra/Koschack, Janka: Narratives that matter. Illness stories in the ‚third space‘ of qualitative interviewing. In: Franziska Gyga/Miriam A. Locher (Hg.): Narrative matters in medical contexts across disciplines. Amsterdam 2015, 99-116.
- Neises, Mechthild/Ditz, Susanne/Spranz-Fogasy, Thomas (Hg.): Psychosomatische Gesprächsforschung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Interaktion. Stuttgart 2005.
- Quasthoff, Uta M.: Erzählen in Gesprächen. Linguistische Untersuchungen zu Strukturen und Funktionen am Beispiel einer Kommunikationsform des Alltags. Tübingen 1980.
- Quasthoff, Uta M.: Erzählen als interaktive Gesprächsstruktur. In: Klaus Brinker u.a. (Hg.): Text- und Gesprächslinguistik. Ein internationales Handbuch zeitgenössischer Forschung. Bd. 2. Berlin/New York 2001, 1293-1309.
- Sator, Marlene: Schmerzdifferenzierung. Eine gesprächsanalytische Untersuchung ärztlicher Erstgespräche an der Kopfschmerzambulanz. Wien 2011.
- Scheidt, Carl Eduard u.a. (Hg.): Narrative Bewältigung von Trauma und Verlust. Stuttgart 2015.
- Schütze, Fritz: Biographische Prozesse und biographische Arbeit als Ressourcen der Diagnose und Behandlung? In: Carsten Detka (Hg.): Qualitative Gesundheitsforschung – Beispiele aus der interdisziplinären Forschungspraxis. Opladen 2016
- Surmann, Volker: Anfallsbilder. Metaphorische Konzepte im Sprechen anfallskranker Menschen. Würzburg 2005.
- Toombs, S. Kay: The meaning of illness: a phenomenological account of the different perspectives of physician and patient. Dordrecht 1993.
- Uexküll, Thure von u.a. (Hg.): Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin. München u.a. 1979; 3. neubearbeitete und erweiterte Aufl. München u.a. 1986.
- Wesiack, Wolfgang: Das ärztliche Gespräch. In: Uexküll u.a. (Hg.) 1979, 361-367.