

Universität Bielefeld
Fakultät für Linguistik und
Literaturwissenschaft

Masterarbeit

im Studiengang Linguistik: Kommunikation, Kognition und
Sprachtechnologie

zum Thema:

**Schilderungen von Körperhandlungen und Körperempfinden in der
Arzt-Patienten-Interaktion. Gesprächsanalytische Auswertung von
Gesprächen über dissoziative Bewegungsstörungen**

vorgelegt von

Raven E. Dietzel

Erstgutachterin: Frau Dr. Heike Knerich

Zweitgutachterin: Frau Prof. Dr. Barbara Job

Bielefeld, im März 2021

Gliederung

1. Einleitung	1
2. Theoretische Aspekte und Forschungsüberblick	3
2.1 Störungsbild dissoziative Bewegungsstörungen	4
2.1.1 Störungsbild und Ätiologie	4
2.1.2 Erkenntnisse aus der Bielefelder Forschung zur Differenzialtypologie.....	7
2.2 Arzt-Patienten-Kommunikation in der Gesprächsanalyse	10
2.2.1 Epistemische Autorität im Arzt-Patienten-Gespräch.....	12
2.2.2 Handlungspläne und Handlungsschema im Arzt-Patienten-Gespräch.....	15
2.2.3 Pädiatrische Gespräche im ärztlichen Kontext.....	17
3. Methode.....	21
3.1 Grundlagen des linguistischen Gesprächsanalyse.....	22
3.2 Analyseverfahren nach der Methodik Deppermanns.....	25
3.3 Anspruch an die Daten	30
4. Beschreibung der Daten	32
5. Ergebnisse	37
5.1 Fallanalysen.....	37
5.1.1 Detaillierungszwänge bringen Körperschilderungen hervor.....	38
5.1.2 Vergleich mit anderen Körperempfindungen	51
5.1.3 Körperschilderung als potenziell face-bedrohende Aktivität	56
5.2 Fallübergreifende Analyse.....	63
5.2.1 Strategien im Kontext der Rekonstruktion von Anfallsgeschehen.....	64
5.2.2 Strategien im Kontext der Beschwerdenexploration.....	77
6. Diskussion und Einordnung	88
6.1 Diskussion der Ergebnisse und Situierung im Diskurs	89
6.2 Bedeutung der herausgearbeiteten Strategien für die Arzt-Patienten- Interaktion	93

6.3 Überlegungen zum praktischen Nutzen	96
6.4 Körperschilderungen im Lichte von Embodiment	99
7. Fazit	102
Literaturverzeichnis.....	104
Abbildungs- und Darstellungsverzeichnis	110
Abbildungen	110
Schematische Darstellungen.....	110
Anhang.....	111

1. Einleitung

Die Untersuchung von Arzt-Patienten-Gesprächen¹ wird in der linguistischen Gesprächsanalyse viel und fruchtbar betrieben. Das liegt auch an den produktiven Erhebungsmöglichkeiten, die sich durch die Zusammenarbeit mit Arztpraxen und Krankenhäusern ergeben und durch die dort vorliegenden Infrastrukturen begünstigt werden. Die hohe Bereitschaft zur Zusammenarbeit auf Seite dieser Institutionen hängt mit dem medizinischen Interesse zur Qualitätssicherung zusammen. Die Medizin als am Menschen angewandte Naturwissenschaft unterliegt einer besonderen Verantwortung, die sich in einer Bewertungs- und Begründungspraxis niederschlägt, im Zuge derer Erkenntnisse und Diagnosen verstärkt abgesichert werden (vgl. Weinreich 2015: 390). Die gesprächsanalytische Arbeit an Arzt-Patienten-Gesprächen hat das Potenzial, Erkenntnisse hervorzubringen, die sich zu einer Verbesserung der Arzt-Patienten-Kommunikation einsetzen lassen.

Die vorliegende Arbeit stellt eine linguistisch gesprächsanalytische Untersuchung zu Arzt-Patienten-Interaktionen bezogen auf Fälle dissoziativer Bewegungsstörungen dar. Die medizinische Hypothese zur Genese dissoziativer Bewegungsstörungen lautet, dass das Krankheitsbild auftritt, weil die Betroffenen Konflikten, Ängsten und Spannungen ausgesetzt sind, die sie unbewusst unterdrücken. Die Anfälle fungieren als psychische Entlastung, alternativ zur Auseinandersetzung mit den eigentlichen Stressoren. Mein Interesse liegt in der Identifikation derjenigen sprachlichen Strategien, die Arzt und Patienten bei der Schilderung von selbstständigen Körperbewegungen sowie ungewöhnlichen Körperempfindungen in Fällen dissoziativer Bewegungsstörungen nutzen, sowie den Bedingungen ihrer interaktiven Hervorbringung. Daraus lassen sich unter Umständen besondere Herausforderungen bei der Kommunikation über dieses Krankheitsbild ableiten. Dazu untersuche ich dyadisch konstellierte pädiatrische, stationäre Arzt-Patienten-Gespräche mit einem Fokus auf die darin enthaltenen Körperschilderungen. Ich analysiere insgesamt sieben Gespräche. Die herangezogenen Daten stammen aus einem Korpus, das im Rahmen der Bielefelder Gesprächsforschung zu Kommunikation in der Medizin entstanden ist.

¹ In dieser Arbeit wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit durchgängig das generische Maskulinum verwendet. Dabei sind ausdrücklich alle Geschlechteridentitäten gemeint, soweit es für die Aussage erforderlich ist.

Methodisch folge ich dem von Arnulf Deppermann vorgeschlagenen Analyseverfahren. Deppermann vertritt ein besonders striktes Verständnis der Gesprächsanalyse als einem induktiven, datengetriebenen Forschungsansatz.

„Sie [die Gesprächsanalyse] lehnt es ab, a priori Hypothesen aufzustellen. Sie fordert dagegen, Forschungsfragestellungen und zentrale Begriffe aus der Analyse von Interaktionsdaten selbst zu entwickeln. Dabei greift sie auf den Bestand an vorliegenden Forschungen und empirisch fundierten Begriffsprägungen zur Organisation von Interaktion zurück. Zentral ist der Anspruch, analytische Begriffe und Befunde in den Daten zu verankern“ (Deppermann 2010: 646).

Entsprechend ist auch das Vorgehen in meiner Arbeit grundsätzlich induktiv. Da es bisher keine gesprächsanalytischen Untersuchungen zum von mir in den Blick genommenen Subkorpus mit einem Fokus auf Körperschilderungen gibt, besteht das Kernstück der vorliegenden Arbeit in einer explorativen Analyse des Gesprächsverhaltens der Interaktanten und der in diesem Rahmen auftretenden sprachlichen Phänomene. Die erschlossenen Aspekte werden in einem zweiten Teil fallübergreifend geschärft, indem ausgewählte Ausschnitte einer erneuten sequenziellen Analyse unterzogen werden. Eine Hypothesenprüfung anhand externer Daten kann aufgrund des beschränkten Umfangs nicht geleistet werden. Im Zuge einer Einordnung in den Diskurs gebe ich aber einen Ausblick auf entsprechende Möglichkeiten.

Im theoretischen Teil meiner Arbeit gehe ich zunächst auf das Krankheitsbild dissoziativer Bewegungsstörungen aus medizinischer Perspektive ein, um somit das nötige Hintergrundwissen für eine Auseinandersetzung mit dem Korpus zu erarbeiten. Anschließend führe ich den gesprächsanalytischen Forschungsstand zum Thema aus. Danach stelle ich die Methode vor. Um ihre Zielsetzung besser nachvollziehbar zu machen, stelle ich zunächst die Hintergründe der linguistischen Gesprächsanalyse dar. Davon ausgehend fasse ich die Methodik Deppermanns zusammen. Vor der Ergebnispräsentation stelle ich die in der Analyse verwendeten Daten vor. Hier gebe ich Informationen zur Erhebung und leiste eine kurze Beschreibung jedes der bearbeiteten Gespräche.

Der Ergebnisteil der Arbeit ist zweigeteilt. Die Ergebnisse der explorativen Analyse stelle ich anhand dreier ausgewählter Fällen vor. Im besonders ausführlich präsentierten Fall 1 wird anschaulich, wie Körperschilderungen im Gesprächsprozess das Ergebnis eines interaktiven Wechselspiels zwischen Detaillierungsvermeidung der Patientin auf der einen und dem Erzeugen von Detaillierungszwängen des Arztes auf

der anderen Seite ist. Der Patient in Fall 2 greift zur Darstellung seiner Körperempfindungen im Anfallsauftreten wiederholt auf den Vergleich mit allgemein bekannten Körperempfindungen zurück. In Fall 3 zeigt die Patientin im Zusammenhang mit den starken Schwierigkeiten, vor die die Aufgabe der Körperschilderung sie stellt, ein Verhalten, das sich als Schutz des eigenen Face im Sinne Goffmanns interpretieren lässt.

Die Ergebnisse der anhand von Kollektionen stattgefundenen fallübergreifenden Analyse präsentiere ich mittels ausgewählter Sequenzen. Hierbei stelle ich Strategien vor, die sich jeweils auf Seiten des Arztes und auf Seiten der Patienten im Korpus beobachten ließen. Um dem Leser eine Einschätzung der Güte der Analyse zu ermöglichen, findet die Ergebnispräsentation deatilliert anhand von Ausschnitten aus dem verwendeten Datenmaterial statt.

Im sechsten Kapitel ordne ich die Ergebnisse meiner Analyse zunächst in den gesprächsanalytischen Diskurs ein. Im Zuge meiner Analyse konnte ich einen Gesprächsmechanismus identifizieren, in dem Arzt und Patient unter abwechselndem Strategiewechsel interaktiv nach einer erfolgreichen Strategie zur Körperschilderung suchen. Diesen Mechanismus diskutiere ich im zweiten Abschnitt besonders. Im dritten Abschnitt stelle ich Überlegungen zum praktischen Nutzen an. Wie ich zeigen werde, haben die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit das Potenzial, sowohl in einem engen, als auch in einem weiten Anwendungsbereich nutzbar gemacht zu werden. In beiden Fällen müsste zunächst jedoch weitere Analysearbeit angeschlossen werden. Schließlich gebe ich noch einen Ausblick auf eine mögliche Bedeutung der Ergebnisse meiner Arbeit für die Auseinandersetzung mit dem Krankheitsbild dissoziativer Störung aus der Perspektive der in den neueren Kognitionswissenschaften entwickelten Theorie der Verkörperung von Kognition. Eine kurze Zusammenfassung der Ergebnisse und ihrer Diskussion findet sich am Ende der Arbeit.

2. Theoretische Aspekte und Forschungsüberblick

In der linguistischen Gesprächsanalyse wurde bereits früh Forschung an Arzt-Patienten-Gesprächen betrieben. Aus diesem Grund baut die vorliegende Arbeit auf einer breit aufgestellten Forschung auf. Allerdings ist die Spannweite von Arzt-Patienten-Gesprächen weit gefächert: Sie können sich in Hinblick auf den

institutionellem Ort, die konkreten Gesprächsaufgaben der Beteiligten, das Krankheitsbild und die Beteiligungskonstellationen unterscheiden (vgl. Nowak & Spranz-Fogasy 2008: 84). Die in der vorliegenden Arbeit untersuchten Gespräche lassen sich wie folgt typisieren: Es handelt sich um dyadisch konstellierte Anamnesegespräche mit minderjährigen Patienten im stationären Kontext, wobei die Patienten das Krankheitsbild dissoziative Bewegungsstörungen aufweisen. Bei der Wiedergabe der für die Untersuchung relevanten Forschung werde ich jeden der in dieser Typisierung enthaltenen Aspekte explizit aufgreifen.

2.1 Störungsbild dissoziative Bewegungsstörungen

Um der interdisziplinären Ausrichtung bei der Analyse der in dieser Arbeit untersuchten Art von Gesprächen Rechnung zu tragen, stelle ich dem gesprächsanalytischen Forschungsstand eine Darstellung des Krankheitsbilds aus medizinischer Perspektive voran. Ich stelle also zunächst sein Erscheinungsbild sowie die Hintergründe seiner Genese dar. Im Rahmen der Bielefelder Forschung zu Anfallsschilderungen konnten zudem auf gesprächsanalytischer Ebene eine Reihe an Besonderheiten im Gesprächsverhalten von Patienten mit dissoziativen Störungen herausgearbeitet werden. Auf diese gehe ich im zweiten Abschnitt ein.

2.1.1 Störungsbild und Ätiologie

In der aktuellen ICD-10 (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision) findet sich die Diagnose „dissoziative Störung“ unter dem Code F44 klassifiziert. Allgemein kennzeichnet sich diese

„in teilweisem oder völligem Verlust der normalen Integration der Erinnerung an die Vergangenheit, des Identitätsbewusstseins, der Wahrnehmung unmittelbarer Empfindungen sowie der Kontrolle von Körperbewegungen.“

Die Symptome, die bei der dissoziativen Störung auf körperlicher Ebene auftreten, entsprechen „typischerweise nicht den bekannten anatomischen Bahnen und physiologischen Mechanismen“ (Karadağ 2007: 561). Stattdessen verkörpern sie häufig das Konzept, das die betroffene Person von der Manifestation einer körperlichen Krankheit hat (vgl. ICD-10 Version 2021, F44). Dieses Erscheinungsbild ist auf die Krankheitsgenese zurückzuführen. Es handelt sich bei der dissoziativen Störung laut ICD-10 um eine psychogene Störung, deren Auftreten in „enger zeitlicher Verbindung mit traumatisierenden Ereignissen, unlösbaren oder unerträglichen Konflikten oder

gestörten Beziehungen“ (ICD-10 Version 2021, F44) steht. Gemäß dem Diathese-Stress-Modell treten dissoziative Störungen auf, wenn zusätzlich zum Stressor eine Vulnerabilität des Individuums im Sinne unzureichender Ressourcen, das Erlebte zu integrieren (vgl. Fiess 2016: 4) vorliegt.

Die dissoziative Störung wird in eine Reihe von Störungsbildern unterklassifiziert. Auf Bewusstseinssebene finden sich die dissoziative Amnesie (Code F44.0) als „Verlust der Erinnerung für meist wichtige aktuelle Ereignisse“, sowie Trance- und Besessenheitszustände (F44.3), bei denen ungewollt „ein zeitweiliger Verlust der persönlichen Identität und der vollständigen Wahrnehmung der Umgebung“ auftritt. Eine ganze Reihe von Unterstörungen schlägt sich auf körperlicher Ebene nieder. Da die vorliegende Arbeit Körperschilderungen in den Blick nimmt, sind diese von besonderem Interesse. So tritt der dissoziative Stupor auf (F44.1), der als Verringerung oder vollständiges Fehlen „von willkürlichen Bewegungen und normalen Reaktionen auf äußere Reize wie Licht, Geräusche oder Berührung“ beschrieben wird. Des Weiteren finden sich unter den Codes F44.4-F44.6 die Krankheitsbilder dissoziative Bewegungsstörung, dissoziative Krampfanfälle und dissoziative Empfindungsstörungen. Während sich das erste dieser drei durch den „teilweisen Verlust der Bewegungsfähigkeit eines oder mehrerer Körperteile“ kennzeichnet, treten im Falle des zweiten bei den Patienten krampfartige Bewegungen auf, die an epileptische Anfälle erinnern, wobei jedoch die bei letzteren häufig auftretenden Zungenbisse, Verletzungen beim Sturz oder Urininkontinenz hier selten sind. Beim dritten Krankheitsbild handelt es sich um Ausfälle in der Sinneswahrnehmung, die von Parästhesien, also Missempfindungen wie Kribbeln, das Gefühl über die Haut laufender Ameisen oder das Gefühl von Nadelstichen begleitet werden können. Diese Zusammenfassung spiegelt auch die Symptomlage wider, wie sie bei den Patienten in den untersuchten Gesprächen auf Empfindungs- und Körperkontrollebene auftreten. Einzig die Symptome einer dissoziativen Fugue als „zielgerichtete Ortsveränderung“ unter allen „Kennzeichen einer dissoziativen Amnesie“ (F44.1) wird von den Patienten in den untersuchten Gesprächen nicht geschildert. Kombinationen der beschriebenen Störungen werden nach ICD-10 unter dem Code F44.7 als gemischte dissoziative Störungen bzw. gemischten Konversionsstörungen klassifiziert.

Diese auftretenden Symptome können in positive und negative Symptome eingeteilt werden: „Bei positiven Symptomen liegen abnormale körperliche

Empfindungen/Bewegungen vor, bei negativen Symptomen fehlen normale körperliche Empfindungen/Bewegungen oder sind vermindert.“ (Fiess 2016: 1) Weil die Patienten in den untersuchten Gesprächen unterschiedliche Kombinationen dieser Störungsbilder aufweisen, und eine Differenzierung auf dieser Ebene für das Forschungsinteresse nicht relevant ist, referiere ich im Verlauf der Arbeit mit einem einheitlichen Terminus auf alle Störungsbilder. Mein Fokus liegt dabei wie gesagt auf der körperlichen Ebene der Empfindungs- und Körperkontrollebene, also auf den Krankheitsbildern dissoziativer Stupor, dissoziativer Krampf und dissoziative Bewegungs- und Empfindungsstörungen. Aus Sparsamkeit verwende ich im Verlauf der Arbeit nur die Termini ‚Bewegungsstörung‘ und ‚Empfindungsstörung‘. Wo ich das gesamte Störungsbild, also auch unter Einbezug der Bewusstseinssebene thematisiere, spreche ich von der ‚dissoziativen Störung‘.

Häufig treten dissoziative Störungen zusammen mit anderen psychischen Störungen wie Phobien und Angststörungen, somatoformen Störungen, akuter und posttraumatischer Belastungsstörung oder der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung auf. Ein Zusammenhang mit depressiven Störungen ist vergleichsweise selten. Die wichtigste Differenzialdiagnose zu dissoziativen Störungen stellen aufgrund der oben erwähnten Ähnlichkeit epileptische Anfälle dar (vgl. Karadağ 2007: 562). Hier stellt sich aber eine besondere diagnostische Schwierigkeit. Zum einen treten bei ca. 10% der Patienten mit dissoziativen Störungen auch epileptische Anfälle auf (vgl. Brunner 2012: S. 57f., zit. n. Opp 2015: 197). Zum anderen gibt es im Erscheinungsbild der Anfälle selbst „kein einziges Charakteristikum“, das „

beweisend für die eine oder die andere Anfallsform ist“ (Opp 2015: 198), lediglich eine elektroenzephalografische Untersuchung während des Anfalls erlaubt eine sichere Unterscheidung in dieser Hinsicht (vgl. ebd. 202). Da das Auftreten von Anfällen aber weder vorhersagbar noch steuerbar ist, ist dieser Weg der Abklärung nicht geplant durchführbar. Die richtige Diagnosestellung ist anspruchsvoll – die Hypothese einer dissoziativen Störung kann nur durch Berücksichtigung von möglichen ätiologischen Faktoren abgesichert werden. Dies ist zeitaufwendig und abhängig von adäquaten Anamnesestrategien. Aus diesem Grund finden nicht selten Fehldiagnosen statt, an die sich dann eine jahrelange Fehlbehandlung anschließen kann (vgl. Uexküll 2003, zit. n. Karadağ 2007: 562, sowie Benbadis 2006, zit. n. Opp 2015: 197). Der Zeitpunkt der

adäquaten Diagnosestellung hat neben dem Ausmaß von Begleiterkrankungen aber einen großen Einfluss auf den Krankheitsverlauf (vgl. Karadağ 2007: 561f.). Insgesamt ist die Prognose bei diesem Krankheitsbild schlecht: „11 Jahre nach der Erstmanifestation und 4 Jahre nach der Diagnosefeststellung haben zwei Drittel der Patienten weiterhin dissoziative Anfälle, mehr als die Hälfte ist von sozialer Hilfe abhängig“ (Karadağ 2007: 562). Diese Tatsache lässt sich an den Krankheitsgewinn zurückbinden, der auf zwei Ebenen zu verorten ist:

„Wenn man vom psychoanalytischen Krankheitskonzept ausgeht, liegt den Anfällen ein ‚primärer Krankheitsgewinn‘ zugrunde, indem der Patient sich durch die körperliche Symptombildung vom innerpsychischen Konflikt entlastet [...]. Aus der Sicht der Lerntheorie liegt ein ‚sekundärer Krankheitsgewinn‘ vor, über den der Patient durch die Anfälle Zuwendung, Beachtung, Mitleid genießt.“ (Karadağ 2007: 565)

Sowohl im Sinne der psychoanalytischen Entlastungshypothese als auch aus einer systemischen Perspektive stehen der Genesung also Hindernisse im Weg. Auf beiden Ebenen verstehen sich die Krankheitsgewinne als unbewusst, der Patient führt seine Anfälle nicht absichtlich herbei, um die entsprechende Wirkung hervorzurufen. Umgekehrt formuliert stellt deshalb folgende Hypothese einen therapeutischen Ansatzpunkt dar: „Könnte der Patient genau erkennen und ohne innere Angst benennen, was ihn umtreibt, so hätte er keine dissoziativen Anfälle“ (Opp et al. 2015: 3). Im Zentrum der Pathogenese steht aus medizinischer Sicht neben den oben erwähnten Belastungsfaktoren also ein Konzept gestörter Verbalisierbarkeit. Diese Tatsache weist darauf hin, dass das Krankheitsbild dissoziative Störungen eines ist, bei dem eine gesprächsanalytische Auseinandersetzung in besonderem Maße das Potenzial hat, in der medizinischen Praxis nützliche Erkenntnisse hervorzubringen.

2.1.2 Erkenntnisse aus der Bielefelder Forschung zur Differenzialtypologie

Die linguistische Fakultät der Universität Bielefeld sammelt bereits seit 1999 Gesprächsdaten zu Anfallsschilderungen im Rahmen von Arzt-Patienten-Gesprächen mit Patienten mit anfallsartigen Erkrankungen und untersucht diese mit dem Ziel, therapeutisch und differenzialdiagnostisch nutzbare Erkenntnisse hervorzubringen. Im Rahmen mehrerer Projekte konnte eine linguistische Differentialtypologie epileptischer und anderer anfallsartiger Störungen herausgearbeitet werden. Die erarbeiteten Kriterien zur gesprächsanalytischen Differentialdiagnose wurden in Nachfolgeprojekten im Rahmen einer verblindeten Studie an Arzt-Patienten-Gesprächen mit erwachsenen Patienten mit epileptischen bzw. dissoziativen Anfällen

in England und Italien, sowie mit Kindern und Jugendlichen in Deutschland überprüft, und konnten darin in ihrer differenzialdiagnostischen Eignung bestätigt sowie inhaltlich weiter geschärft werden (vgl. Opp et al. 2015 1ff. sowie Job et al. 2020: 170). Im Zuge der Bielefelder Forschung wurden zahlreiche Merkmale des Gesprächsverhaltens von Patienten mit Anfallserkrankungen herausgearbeitet, wobei im Rahmen der Differenzialtypologie Ergebnisse spezifisch jeweils für Patienten mit epileptischen Anfällen und mit dissoziativen Anfällen hervorgebracht wurden. Seit einer Weile ist dieses Forschungsinteresse im Arbeitsbereich ‚Kommunikation in der Medizin‘ situiert, das als Schnittstelle zwischen der linguistischen und der medizinischen Fakultät fungiert.

Die Absicht, die gesprächsanalytische Methodik als differenzialdiagnostisches Werkzeug einzusetzen, stellte um den Jahrtausendwechsel einen völlig neuen Ansatz dar (vgl. Reuber & Ekberg 2015: 266). Brüner & Gülich (2002b) untersuchten Arzt-Patienten-Gesprächen zu anfallsartigen Erkrankungen, mit dem Ziel herauszufinden, ob sich aus den Veranschaulichungsverfahren, die Patienten zur Lösung der kommunikativen Aufgabe der Anfallsdarstellungen wählen, Hinweise auf die Art des Anfalls (fokal oder generalisiert epileptischer oder dissoziativer Anfall) ableiten lassen. In diesem Rahmen erarbeiten die Autoren spezifische Merkmale und Bedingungen dieser Art von Gesprächen. Aufgrund des oben erläuterten diagnostischen Interesses geben die Ärzte den Patienten für die Darstellung ihrer Anfälle viel Raum, wobei sie darauf bestehen, dass diese Darstellung unmittelbar mündlich stattfindet (vgl. ebd. 54, 56). Die Autoren stellen bei allen Patienten bei der Bearbeitung der Aufgabe Formulierungsschwierigkeiten fest. Zu deren Lösung verwenden diese entweder von selbst oder auf Anregung des Arztes Veranschaulichungsverfahren. Die diskursive Einführung, Wiederaufnahme und Verarbeitung der Veranschaulichungsverfahren stellen Relevanzsetzungen dar, die die Autoren nicht nur an die Funktion der Vermittlung zwischen Arzt und Patient anbinden, sondern auch daran, dass „die Patienten auf diese Weise zu genauer Selbstbeobachtung angeregt werden“ (ebd. 78). Insbesondere in Metaphern finden sich laut den Autoren Hinweise auf die Konzeptualisierung, die die Patienten von ihren Beschwerden haben. In Bezug auf das Bild dissoziativer Störungen formulieren die Autoren ihre Ergebnisse erstmal rein negativ: Bei Patienten mit dissoziativen Anfällen tritt „eine Konzeptualisierung des Anfalls als dynamisch und von außen kommend [...] nicht ähnlich prägnant hervor“ (ebd. 78) wie bei Patienten mit fokaler Epilepsie.

In Anknüpfung an diese Beobachtung konnte in der weiteren Bielefelder Forschung eine positive Charakteristik des Gesprächsverhaltens von Patienten mit dissoziativen Störungen herausgearbeitet werden. So vermeiden diese generell die detaillierte Beschreibung des Anfallsgeschehens, also ihrer Wahrnehmungen und Emotionen, und fokussieren in ihrer Beschreibung stattdessen periphere Geschehnisse, wie etwa die Zeugen und die Umstände des Anfallsereignisses (vgl. z.B. Opp et al. 2015: 2 und Job et al. 2020: 184). Das lässt sich auf die oben beschriebene Genese der dissoziativen Störungen zurückführen, die aufgrund der unterdrückten Ängste und Konflikte mit sich bringt, dass „um das Anfallsgeschehen [...] für den Patienten etwas Angstbesetztes und Verborgenes [liegt]“ (Opp 2015: 200). Entsprechend konnten Job et al. (2020) auch bei einem Fokus auf Angstschilderungen für das Krankheitsbild typische Charakteristika gesprächsanalytisch herausarbeiten. So haben Patienten mit psychogenen Anfällen „eine Tendenz zur Dramatisierung des Anfallsgeschehens, wobei die Plötzlichkeit und Unvorhersehbarkeit des Anfalls ins Zentrum gerückt wird.“ (Job et al. 2020: 184) Die Angst hat auf Patienten eine hemmende Wirkung – die Patienten schildern Vermeidungsverhalten im Alltag (vgl. Job et al. 2020: 177). Das Thema Angst wird von Seiten der Patienten häufig in Zusammenhang mit dem Thema des Verlustes der eigenen Selbstverfügbarkeit gebracht (vgl. ebd: 174). Häufiger als selbstinitiierte Thematisierungen von Angst tritt im Korpus allerdings auf, dass der Arzt das Thema in Zusammenhang mit den Beschreibungen des Patienten bringt (vgl. ebd. 181). Darauf beobachten Job et al. bei Patienten ein ablehnendes Verhalten: Entweder verneinen diese auf die Nachfrage, ob ihnen etwas Bestimmtes Angst macht, oder wenn sie eine positive Äußerungen zum Thema Angst tätigen, wenden sie daraufhin ein konversationelles Verwischungsverfahren an, bei dem sie diese so lange sprachlich abtönen, reformulieren und semantisch ausbleichen, bis sie sich „in ihrem Gesamtzusammenhang einem rationalen Nachvollzug entziehen“ (ebd. 184) sodass der Arzt als Interaktionspartner ihr „keinen Sinn mehr zuschreiben kann“ (vgl. ebd. 181) und für ihn somit „keine sinnvolle Anschlusshandlung mehr möglich ist“ (vgl. ebd. 181). Job (i.E.) beschreibt in Anschluss daran die Verfahren, mit denen jugendlichen Patienten mit dissoziativen Störungen im Arzt-Patienten-Gespräch die Zuschreibung von Wissen vermeiden oder zurückweisen.

In den Forschungsergebnissen wird insgesamt deutlich, dass Patienten mit dissoziativen Anfällen bei Bearbeitung des Anfallsthemas und verwandten Aspekten zu Verfahren neigen, die dem ärztlichen Erkenntnisinteresse unmittelbar auf der

thematischen Ebene des Gesprächs zu widerstreben scheint. Immerhin ist die interaktiv zu bewältigende Aufgabe im Arzt-Patienten-Gespräch die „gemeinsame Rekonstruktion von Wahrnehmungen und subjektiven Empfindungen“ in Bezug auf das Anfallsgeschehen (vgl. Opp & Job 2017: 37). Eine Schwierigkeit für den Patienten ergibt sich, wenn für ihn „in der eigenen Erinnerungskonstruktion kein Ereignis stattgefunden hat, sondern einfach nur eine Wahrnehmungslücke, die sprachlich nicht zu beschreiben ist“ (vgl. ebd. 37). Hinzu kommt, dass Sprechen über Krankheit aufgrund der damit verbundenen Selbstoffenbarung an sich schon als heikel empfunden werden kann. Die Stigmatisierung, die an psychische Erkrankungen geknüpft ist, verschärft dies (vgl. Brünner & Gülich 2002b: 7f.). Es wird insgesamt deutlich, dass sich aus dem Krankheitsbild besondere Herausforderungen für seine thematische Bearbeitung in Arzt-Patienten-Gesprächen ergeben.

Auf einer mittelbaren Ebene sind die sprachlichen Verfahren, die Patienten mit dissoziativen Anfällen verwenden, aufgrund ihrer Charakteristik dafür umso aufschlussreicher, da sich auf Grundlage ihrer Beobachtung eine Diagnose treffen lässt. Die Anwendungen der gesprächsanalytischen Erkenntnisse in der Diagnose sind auf verschiedener Ebene möglich, zum Beispiel in Form einer differenzialdiagnostisch ausgerichteten Checkliste.

Die in Bielefeld seit dem Jahrtausendwechsel durchgeführte Forschung konnte insgesamt wesentliche Beiträge zur Differenzialdiagnose von Epilepsie und dissoziativer Störung leisten. Die Darstellung der entsprechenden Ergebnisse fand im vorliegenden Kapitel aus einer anwendungsorientierten Perspektive heraus statt. Um im Zuge der vorliegenden Arbeit daran anschließen zu können, soll nun das theoretische Fundament, auf dem die gesprächsanalytische Auseinandersetzung mit Arzt-Patienten-Kommunikation steht, dargestellt werden.

2.2 Arzt-Patienten-Kommunikation in der Gesprächsanalyse

Arzt-Patienten-Gesprächen als Gespräche in einem institutionellen Setting verfügen über interaktive Bedingungen, die von denen in Alltagsgesprächen abweichen. Das kann auf allen gesprächsanalytisch relevanten Ebenen Auswirkungen haben. Für die Gesprächsteilnehmer sind die Themen, Beteiligungsrollen oder Aspekte der Gesprächsführung in einem gewissen Maße voraussagbar und erwartbar (vgl. Wiemer

2017: 4). Die Besonderheiten der Gesprächsführung im institutionellen Kontext lassen sich an den Zweck anbinden, dem das Gespräch durch seine spezifische institutionelle Situierung unterliegt. Bei Arzt-Patienten-Gesprächen liegt dieser in seiner „Funktion im Rahmen des institutionellen Ablaufs und der medizinischen Behandlung“ (Lalouschek 2008: 9).

Durch Befragungen kann erhoben werden, welche konkrete Rollenvorstellungen Ärzte in Arzt-Patienten-Gesprächen in Bezug auf das Verhalten der Patienten haben (vgl. Lalouschek 2008: 10). Indem sie letztere dabei als „Personen, die eine Behandlung benötigen und sich dem professionellen Tun eines Behandlers unterziehen“ (ebd. 10) in einer primär reaktiven Rolle sehen, verorten sie sich selbst in der aktiven Rolle. Die Erwartungen der Patienten an das Handeln des Arztes wiederum stammt „zumeist aus ihren bisherigen Erfahrungen mit ärztlichen Konsultationen“ (ebd. 10) und entspricht ihrer Vorstellung eines typischen ärztlichen Handelns. Neben ihrer Erwartung an das Verhalten des Arztes bringen sie Gesprächspläne mit, die „individuell und lokal durch ihre Person und das Krankheitserleben geformt“ (ebd. 10) sind, sowie von dem „spezielle[n] Anliegen, das ausschlaggebend für die medizinische Konsultation ist“ (ebd. 10) bestimmt werden. Dieses *chief compliant* (vgl. ebd. 11) ist höchst individuell, kann an ganz verschiedenen Stellen im Gespräch geäußert werden und „muss nicht unbedingt ein physisches bzw. organisches Problem sein, sondern kann sich auch auf Probleme in dem sozialen oder persönlichen Umfeld beziehen“ (ebd. 11). Es tritt also inhaltlich und formal höchst divers auf.

Die expliziten Rollenerwartungen auf Seiten der Akteure im Arzt-Patienten-Gespräch korrespondieren mit gesprächsanalytischen Untersuchungen zum Sprecherwechselmechanismus. In institutionellen Settings können in Bezug auf den Sprecherwechsel allgemein „gesprächsweite, a priori feststehende Vorgaben“ festgestellt werden, „an welchen Stellen wer welche Gesprächsbeiträge machen darf“ (Deppermann 2008: 61).

„In der Arzt-Patienten-Interaktion sind ÄrztInnen aufgrund ihrer Berufsrolle und der institutionellen und fachlichen Zielsetzungen als ‚für die Interaktion zuständig‘ definiert und daher quasi-automatisch mit entsprechenden Vorrechten interaktiver Art ausgestattet. Ärztinnen haben das Vorrecht, Gespräche zu eröffnen und zu beenden, sie können Fragen stellen [sic!] ohne in gleicher Weise antworten zu müssen und können ohne Erklärungen Themenwechsel durchführen; PatientInnen befinden sich demgegenüber in einer prinzipiell reaktiven, auf das sprachliche Handeln der ÄrztInenn direkt bezogenen un [sic!] von ihm abhängigen Position. Ihre interaktiven Mittel, aktiv und gesprächssteuernd einzugreifen, sind gering. Über die

Mittel der Gesprächsorganisation übernehmen ÄrztInnen auch die Kontrolle über den inhaltlichen Verlauf der Interaktion.“ (Lalouscheck 2008: 6)

Somit sind Arzt-Patienten-Gespräche Gespräche mit asymmetrischen Beteiligungsrollen. Während sich für den Arzt aus seiner fachlichen Expertise und der institutionellen Repräsentation ein klares Muster ergibt, an dem er sich mit seinem Verhalten orientieren kann, ist dies auf Seite der Patienten deutlich unsicherer. Weil ihre Gesprächspläne von verschiedenen Faktoren beeinflusst werden, ist es besonders interessant, das Gesprächsverhalten von Patienten genauer in den Blick zu nehmen. Im Rahmen der gesprächsanalytischen Bielefelder Forschung zu Anfallsschilderungen in Bezug auf Arzt-Patienten-Gesprächen zu Fällen epileptischer sowie dissoziativer Anfälle konnte wie gesagt eine Reihe von Indikatoren herausgearbeitet werden, die zur Differentialdiagnose geeignet sind (vgl. z.B. Opp et al 2015). Diese treten sowohl in Gesprächen mit erwachsenen Patienten als auch in pädiatrischen Gesprächen auf, wobei sich gezeigt hat, dass sie bei letzteren „gewissermaßen reiner und klarer zutage treten als bei erwachsenen Patienten“ (vgl. Opp et al 2015: 8). Sie sind also stabil in Bezug auf diesen persönlichen Faktor, während sie abhängig vom Krankheitsbild sind. Um die Analyse fundiert durchführen zu können, ist es nötig, sich mit all diesen Voraussetzungen und Bedingungen für die Interaktion auseinanderzusetzen. Aus diesem Grund nehme ich im Folgenden zunächst das theoretische Fundament in Bezug auf die Verteilung von Wissen im Arzt-Patienten-Gespräch in den Blick. Im Anschluss daran gehe ich auf das Handlungsschema ärztlicher Beschwerdenexploration ein und arbeite schließlich die Besonderheiten einer pädiatrischen Gesprächssituation heraus.

2.2.1 Epistemische Autorität im Arzt-Patienten-Gespräch

Arzt-Patienten-Kommunikation ist eine Experten-Laien-Kommunikation. Als solche ist sie „dadurch charakterisiert, dass die beiden Parteien in der Kommunikation über differierende Wissensbestände verfügen und ein Wissenstransfer stattfindet“ (Brünner & Gülich 2002a: 20). Dabei ist den Parteien jeweils ein Wissensvorsprung in Bezug auf spezifische Bereiche zuzuschreiben: Während die Ärzte medizinische Experten sind, verfügen Patienten als medizinische Laien in Bezug auf den Gesprächsgegenstand immerhin über ein nicht-professionelles Alltagswissen (vgl. Rehbein & Löning 1995, zit. n. Brünner & Gülich 2002a: 20). Bestandteil davon ist ein krankheitsbezogenes „partikulares Erlebniswissen“, das Patienten in Bezug auf ihr Krankheitserleben haben.

Dieses ist „Experten nicht direkt zugänglich [...], [wird] aber für Diagnose und Therapie der Erkrankung benötigt“ (vgl. Brünner & Gülich 2002a: 20-21). Weil also der Zugang beider Parteien zu an den Experten-Status nur einer Partei geknüpften Wissensbeständen für das Gesprächsziel relevant ist, ist die Kommunikation wesentlich von der Bearbeitung dieser Differenz geprägt. Das bedeutet, dass im Gespräch Wissensbestände „verbalisiert, interaktiv und mental bearbeitet und teilweise ausgeglichen“ (Brünner & Gülich 2002a: 20) werden.

Um die Relevanz dieser unterschiedlichen Wissensbestände für die Kommunikation, in der Analyse zu berücksichtigen, bedarf es eines angemessenen Wissensbegriffs. Allgemein wird Wissen als eine innere Struktur verstanden, die kausal verantwortlich für Handeln gesetzt wird – es handelt sich um ein nicht beobachtbares Konstrukt, das lediglich angenommen wird. Indem das den Interaktionsteilnehmern zuzuschreibende Wissen gar nicht unabhängig von der Praxis festzustellen ist, die es doch erklären soll, bringt der Einbezug von Wissensbeständen der Sprecher in die Analyse den Gesprächsanalytiker demnach in die Gefahr, einen Zirkelschlusses zu begehen (vgl. Deppermann 2018: 106). Aus diesem Grund wählen Gesprächsanalytiker einen anderen, methodologisch motivierten Zugang zum Konzept. Nach diesem wird Wissen nicht als Erklärung für das beobachtete Verhalten herangezogen. Es wird lediglich mit Hinblick darauf untersucht, wie die mentalen Begriffe „von Diskursteilnehmern selbst interpretiert und benutzt werden, um soziale Handlungen zu vollziehen und zu verstehen.“ (Deppermann 2018: 107) Wissen wird somit zu einem Konzept, das sich in der Gesprächssituation anhand der Positionierung der Teilnehmer in Bezug auf ihren epistemischen Zugang manifestiert, wobei die Teilnehmer durch ihr Gesprächsverhalten sich selbst und den/die Anderen in Bezug auf einen bestimmten Sachverhalt auf einem epistemischen Gefälle als prioritär (K+) oder inferior (K-) positionieren (K = knowledgeable) (vgl. Heritage 2012: 4). Eine solche Markierung des epistemischen Status findet im Gespräch aus pragmatischen Gründen statt: Im Sinne der Grice'schen Konversationsmaximen versuchen Sprecher, Beiträge zu produzieren, die für ihren Gesprächspartner verständlich und nicht überflüssig sind – ihre Turns zeichnen sich durch ein ‚recipient design‘ aus (vgl. Deppermann 2015: 9). Ein solches setzt bei Sprechern „Annahmen über das Partnerwissen“ voraus, von denen abhängt, „welche Ausdrücke und Formulierungen“ bei der Turngestaltung verwendet werden können (Deppermann 2015: 9). Natürlich ist „dieses Partnermodell perspektivisch und fehlbar: Es repräsentiert ja nicht den realen Partner, sondern den Partner, wie der Sprecher ihn sieht.“ (Vgl.

Deppermann 2018: 113) Entsprechende Fehler in der Interaktion werden anhand von Korrekturprozessen nachweisbar.

Es besteht im gesprächsanalytischen Diskurs keine Einigkeit darüber, ob Sprecher in der Interaktion grundsätzlich partnerbezogen oder egozentrisch handeln, ob sie also bei der Produktion ihrer Äußerung „Wissen über Eigenschaften, in denen sich der Gesprächspartner von einem selbst unterscheidet“ von vorneherein einbeziehen, oder ihre Beiträge erst nach kommunikativen Misserfolgen im Zuge von Reparaturen entsprechend anpassen (vgl. Deppermann 2018: 113). Beide theoretische Positionen sind mit dem sequenziellen Erscheinungsbild des Prozesses zur Herstellung einer gemeinsamen Wissensgrundlage (Grounding) vereinbar, wie er von verschiedenen Autoren herausgearbeitet worden ist: Minimal umfasst eine Grounding-Sequenz drei Positionen, erstens die Konstruktion eines im Gesprächskontext vermutlich verständlichen Beitrags, zweitens die Dokumentation des Verständnisses durch den Hörer, drittens das Anzeigen des ursprünglichen Sprechers, ob er sich hinreichend verstanden fühlt, und andernfalls das Anbringen einer Korrektur. In Bezug auf geteiltes Wissen ist das Grounding in Gesprächen weitestgehend ohne eigens darauf spezialisierte Aktivitäten möglich. „Die Erfüllung der von [Gesprächsteilnehmer] A gestifteten Projektionen gemeinsamen Handelns [dokumentiert] hinreichend den Erfolg der Verständigung“. Dennoch findet häufig eine Bearbeitung und Dokumentation des Verstehens auf sprachlicher Ebene statt, wobei die Verwendung sehr ökonomischer Verfahren auffällt. Der Aufwand, den Sprecher für Beiträge in der zweiten und dritten Position der Sequenz betreiben, ist bisweilen minimal und hält den Gesprächsfluss gar nicht auf. Im Fokus stehen hier verbale und nonverbale Rückmeldeaktivitäten (zusammengefasst bei Deppermann 2018: 118f.). Durch den Grounding-Prozess verändert sich der epistemische Status der Gesprächsteilnehmer im Laufe des Gesprächs. In diesem Sinne ist er zeitrelativ (vgl. Heritage 2012: 4).

Im Zuge der Interaktion stellen Gesprächspartner einen *common ground* als dasjenige Wissen her, das die Interaktionspartner teilen, und von dem wechselseitig bekannt ist, dass der jeweils andere über den entsprechenden Wissensbestand verfügt (vgl. Deppermann 2018: 118). Eine solche Grundlage für die interaktive Verständigung, durch die für das Gespräch als gemeinsames Projekt das „relevante und gültige intersubjektive Verständnis angezeigt und ausgehandelt“ (ebd. 118) wird, ist für das

Erreichen gemeinsamer Interaktionsziele und somit das Gelingen der Kommunikation notwendig.

Für den weiteren Verlauf der Arbeit lässt sich bisher festhalten, dass in Arzt-Patienten-Gesprächen ein doppeltes entgegengesetztes epistemisches Gefälle vorliegt. Dieses verläuft einerseits vom Arzt als medizinisch gebildetem Experten zum Patienten als medizinischen Laien, sowie andererseits vom Patienten, der epistemische Autorität über seine Empfindungen hat, zum Arzt, dem dieser Zugang fehlt. Das Krankheitsbild dissoziativer Bewegungsstörungen als ursächlich psychogen eingestuft stellt hier natürlich einen Extremfall dar.

2.2.2 Handlungspläne und Handlungsschema im Arzt-Patienten-Gespräch

Laut Deppermann ergeben sich aus dem epistemischen Status der Gesprächsteilnehmer epistemische Rechte und Pflichten – inwiefern diese interaktiv relevant sind, ist „durch das Verhältnis zwischen den Interaktionsbeteiligten moduliert“ (Deppermann 2008: 120). Wie im vorangegangenen Abschnitt nachvollzogen, verfügt der Patient über ein beschwerdenbezogenes Wissen, zu dem der Arzt Zugang benötigt, um es mit Hilfe seines Expertenwissens systematisieren zu können, um dem Patienten auf dieser Grundlage eine Diagnose stellen und eine Behandlung vorschlagen zu können. „Der Wissenstransfer verläuft dabei [also] in beide Richtungen [...]. Beide [Arzt und Patient] haben dabei verschiedene, aber komplementäre Handlungsaufgaben, die sie mittels verschiedener Aktivitäten und Verfahren bearbeiten.“ (Spranz-Fogasy & Becker 2015: 94).

Die in der vorliegenden Arbeit untersuchten Gespräche stellen ärztliche Erstgespräche dar. Diese setzen sich in der Regel aus den folgenden sechs Aspekten zusammen, die im Gespräch aber nicht in Reinform so realisiert sein müssen: Die Gesprächseröffnung leistet der Arzt, woraufhin der Patient seine Beschwerden schildert. Durch Fragen ermittelt der Arzt systematisch weitere Beschwerden. Auf Grundlage der Antworten des Patienten, sowie den Resultaten der körperlichen Untersuchung kann der Arzt eine prädiagnostische Mitteilung machen. Schließlich wird zur Diagnosestellung bzw. Mitteilung übergegangen (vgl. Spranz-Fogasy & Becker 2015: 94). Typischerweise

„erfolgt die sprachliche Realisierung der Anamnesebereiche also in Form von Frage-Antwort-Sequenzen, wobei die Fragen stets vom Arzt gestellt werden und der Patient damit aufgrund des Organisationsprinzips der bedingten Relevanz Antworten geben muß.“ (Lalouscheck 2002: 161)

Spranz-Fogasy arbeitet eine Agenda der Beschwerdenexploration heraus, der Ärzte in der Anamnese folgen. Diese „umfasst die Themen, die besprochen, und die Aktivitäten, die vom Patienten ausgeführt werden sollen, wie die Symptombeschreibung, die Erklärung vorangegangener Schilderungen oder die Darstellung des psychischen Krankheitserlebens.“ (2010: 47) Laut Spranz-Fogasy fungiert eine Arztfrage immer sowohl retrospektiv als auch prospektiv. Sie basiert also auf dem Wissen, „das aus dem bisherigen Interaktionsverlauf bzw. zumeist dem vorangegangenen Turn des Patienten erschlossen wurde“, und dient „als kognitive Suchoperation um einen noch fehlenden Wissensaspekt einzuholen“ (vgl. Spranz-Fogasy 2012: 53). Spranz Fogasy identifiziert zwei Funktionen von Fragen, denen unterschiedliche Fragetypen entsprechen. *Präzisierungsfragen* spiegeln das bisherige Verständnis der Patientenäußerungen von Seiten des Arztes wider. Auf formaler Ebene wird mit ihnen ein direkter Bezug zur vorangegangenen Äußerung vorgenommen. Anhand von *Komplettierungsfragen* dagegen vervollständigt der Arzt sein Wissen über den Patienten und seine Beschwerden. In ihnen werden Aspekte expliziert, die in den bisherigen Äußerungen des Patienten nicht erwähnt wurden oder auf implizite Weise relevant waren. Von daher werden mit solchen Fragen häufig deutliche Themensprünge vorgenommen. Sie entstammen meistens einem übersituativen medizinischen Fragenkatalog und sind auch nur vor diesem Hintergrund sinnvoll verstehbar (vgl. 2010: 51ff.). Dadurch, dass Ärzte einem bestimmten Anamneseschema folgen, das Teil ihres ärztlichen Fachwissens ist, ist für die Patienten nur schwer möglich, eine inhaltliche Zuordnung der Fragen zu den thematischen Bereichen zu leisten (vgl. Lalouschek 2002: 162).

Zumindest auf Seiten des Arztes ist sein Gesprächsplan üblicherweise „eng mit dem institutionellen und fachlichen Zweck des jeweiligen Gesprächs mit PatientInnen verknüpft“ (Lalouschek 2008: 9). Der Arzt verfügt im institutionellen Setting als Insider über Wissensbestände, die ihn dort handlungsfähig machen (vgl. Lalouschek 2008: 12). Der Patient überlässt dem Arzt bereits durch sein Erscheinen, mit dem er ihm einen Behandlungsauftrag übergibt, erhöhte Durchführungsrechte (vgl. Spranz-Fogasy & Becker 2015: 95). Ärzte verfügen deshalb sowohl über die Strukturierungsgewalt als auch die Kontrolle über den inhaltlichen Verlauf des Gesprächs (vgl. Lalouschek 2002: 162). Damit hängt es aber stark von der ärztlichen Gesprächsführung ab, ob ein Patient sein chief compliant angemessen durchsetzen kann oder nicht, wobei ein Nichtbearbeiten der chief compliants von Patienten häufig negative Auswirkungen auf den Behandlungserfolg hat (vgl. Lalouschek 2008: 11 f.).

Im Sinne des Interaktionsziels ist es für den Arzt deshalb geboten, dem Patienten „eine Transparenz über die Situation“ (Lalouschek 2008: 12) zu ermöglichen, sodass wiederum er selbst Zugang zu allen nötigen Wissensbeständen erhält, um die Erwartungen beider Seiten explizieren und in einen gemeinsamen Handlungsplan² überführen zu können. Damit ein solches koordiniertes, auf reziproke Erwartungen gestütztes gemeinsames Handeln erfolgreich sein kann, bedarf es eines soziokulturell vermittelten gemeinsamen Handlungswissens der Interaktionspartner (vgl. Schröder, Reitemeier, & Nothdurft 1994: 9). In Bezug auf die in der vorliegenden Arbeit untersuchten Gespräche ist diese Voraussetzung aber möglicherweise problematisch, schließlich sind an der Interaktion junge Sprecher beteiligt, von denen nicht unbedingt erwartet werden kann, über den entsprechenden soziokulturellen Wissensbestand bereits in ausreichendem Maße zu verfügen. Für die Analyse ist es deshalb notwendig, sich mit den Besonderheiten auseinanderzusetzen, die pädiatrische Gespräche im ärztlichen Kontext auszeichnen.

2.2.3 Pädiatrische Gespräche im ärztlichen Kontext

Gesprächsanalytische Forschung an pädiatrischen Arzt-Patienten-Gesprächen hat in Deutschland lange Zeit nur wenig stattgefunden. Winterscheid konstatiert 2015, dass die Ergebnisse der in den USA schon deutlich weiter gediehenen Forschung zumindest auf inhaltlicher Ebene nur eingeschränkt auf pädiatrische Arzt-Patienten-Gespräche in Deutschland übertragbar sind, da die entsprechenden Gesundheits- und Gesellschaftssysteme Rahmenbedingungen schaffen, die sich zum Teil maximal unterscheiden (vgl. Winterscheid 2015: 192). In den letzten Jahren haben insbesondere Winterscheid und Spranz-Fogasy aber auch für den deutschen Sprachraum einen belastbaren Forschungsstand zu Kinderarzt-Gesprächen erarbeitet. Sie stellen einige Besonderheiten pädiatrischer Gespräche fest, „die spezifische Gesprächsaufgaben in spezifischen Beteiligungskonstellationen und mit spezifischen Bedingungen erzeugen.“ (Spranz-Fogasy & Winterscheid 2018: 1688) Diese werden wesentlich dadurch bestimmt, dass pädiatrische Gespräche üblicherweise in einer triadischen

² „Handlungspläne sind Abfolgen beidseitiger Dialogschritte, die von den Gesprächspartnern als wechselseitig bekannt unterstellt werden. Sie sind hierarchisch strukturiert, beinhalten alternative Möglichkeiten von Handlungsrealisierungen und realisierungsrelativen Fortsetzungen sowie Erwartungswerte, die als gültig angenommen werden, sofern die faktischen Äußerungen der Gesprächsteilnehmer keine Konkretisierungen oder entgegengesetzte Evidenz bieten.“ (Deppermann & Spranz-Fogasy 2001: 1152)

Konstellation stattfinden. Dies ist der Fall, weil sich Minderjährige normalerweise nicht frei im medizinischen System bewegen, einerseits weil sie nicht über die notwendige Mobilität verfügen, andererseits weil Entscheidungen durch die Erziehungsberechtigten je nach Alter des Patienten mitbestimmt bzw. vollständig für ihn getroffen werden (vgl. Winterscheid 2018: 15ff). Die triadische Situation hat unmittelbaren Einfluss auf die Beteiligungsstruktur des Gesprächs. Sie bringt einen veränderten Mechanismus der Sprecherauswahl durch den Arzt als durch das institutionelle Setting bedingten Gesprächsorganisator mit sich, sowie die Aushandlung des Rederechts zwischen Patient und Begleiter.³ In der vorliegenden Arbeit werden allerdings pädiatrische Gespräche in dyadischer Konstellation untersucht. In den Gesprächen werden die Eltern als Akteure im rekonstruierten Geschehen durchaus erwähnt. Auf den ersten Blick handelt es sich dabei um eine Referenz auf Abwesende. Allerdings liegt in dieser Hinsicht ein Sonderfall vor, insofern die Eltern in einigen Fällen mittelbar anwesend sind – das untersuchte Gespräch ist häufig nur ein Teil der Arzt-Konsultation, und unmittelbar an die dyadisch konstellierte Gesprächssituation schließt sich eine triadisch konstellierte an. Diese wird in der vorliegenden Arbeit nicht mituntersucht. Ein Einfluss auf das untersuchte Gespräch muss aber in Betracht gezogen werden. Zumindest theoretisch haben die Patienten in den dyadischen Konstellationen die Möglichkeit, ein Hinzukommen der Eltern zu erbitten, oder aber die Bearbeitung von Gesprächsaufgaben explizit bis zur triadischen Situation zurückzustellen.

In Bezug auf die Beteiligung von Patienten in pädiatrischen Gesprächen konnte Winterscheid herausarbeiten, dass diese nicht unbedingt von deren Alter abhängt, „sondern vielmehr gekoppelt an die Handlungsaufgaben zu oder ab[nimmt]“ (Winterscheid 2015: 191). Wie sie feststellt, führt dies bei pädiatrischen Arzt-Patienten-Gesprächen zu „Abweichungen bei dem für ärztliche Erstgespräche aufgestellten Handlungsschema“ (Winterscheid 2015: 191). Wie oben angerissen, stellt die zweite Bedingung, die pädiatrische Arzt-Patienten-Gespräche besonders macht, der

³ Spranz-Fogasy und Winterscheid stellen zum Beispiel fest, dass in der triadischen Konstellation Patienten, wenn sie in der Gesprächseröffnung vom Arzt als für die Beschwerdenschilderung zuständig ausgewählt werden, dem nur in etwa einem Drittel der Fälle entsprechen „und auch in diesen Fällen Eltern relativ schnell die Aufgabe der Beschwerdenschilderung übernehmen.“ (Vgl. Spranz-Fogasy & Winterscheid 2018: 1690) Schwabe (2006) arbeitete bei der Untersuchung pädiatrischer Gespräche mit einem Fokus auf das Gesprächsverhalten der Eltern als dritte Partei unterschiedliche Verfahren der Beteiligungssteuerung heraus, bei denen der anwesende Patient zum Referenzobjekt des Gesprächs wird (siehe Schwabe 2006, 93ff.).

geringere Wissensbestand dar, den minderjährige Patienten im Normalfall haben. Dies betrifft auf der einen Seite das Krankheitswissen (vgl. Winterscheid 2015, S. 189), andererseits das soziokulturelle Handlungswissen (vgl. Winterscheid 2018: 18). Dieses kennzeichnet sich dadurch, dass Interaktanten darüber

„... zwar nicht notwendigerweise explizit Rechenschaft ablegen können, das sie aber befähigt, zu wissen, was jeweils von ihnen an Beteiligungsleistungen erwartet wird und welche Beteiligungsleistungen sie von den anderen erwarten können, das sie befähigt, Angemessenheit oder Unangemessenheit der eigenen Aktivitäten und der Aktivitäten der anderen einzuschätzen, und das sie befähigt, ihre Interaktionsbeteiligungen situationsadäquat zu gestalten, d.h. solche Handlungen auszuführen, die von den Interaktionspartnern als relevante Beiträge zum interaktiven Geschehen akzeptiert werden können.“ (Schröder, Reitemeier, & Nothdurft 1994: 9)

Wenn minderjährige Patienten ohnehin schon über ein geringeres Handlungswissen in Bezug auf die Situation im Arzt-Patienten-Gespräch verfügen, dann ist in Bezug auf die in der vorliegenden Arbeit untersuchten Gespräche zu vermuten, dass dies nochmal dadurch verstärkt wird, dass die Gespräche vom Normalfall, also der triadischen Situation abweichen. Allerdings weisen grade Patienten mit chronischen Erkrankungen eine längere Krankheitsgeschichte auf, weswegen sie über „selektive Elemente des Expertenwissens [verfügen können], ohne allerdings dessen Komplexität und interne Vernetzung zu besitzen“ (Brünner/Gülich 2002a, S. 21). Dies trifft vorwiegend auf minderjährige Patienten in „pädiatrischen Praxen oder Kliniken mit einer speziellen Fachrichtung“ auf (Winterscheid 2018: 18) – was der Situierung der in der vorliegenden Arbeit untersuchten Gespräche entspricht. Aus diesem Grund lässt sich nicht von vorneherein eine valide Erwartung an das Handlungswissen stellen, das die Patienten in die untersuchten Gespräche einbringen. Aufgrund der biografischen Bedingtheit kann dieses von Einzelfall zu Einzelfall höchst verschieden ausfallen.

Insgesamt lässt sich festhalten: Arzt-Patienten-Gespräche unterscheiden sich durch ihre Rahmensetzung fundamental von Alltagsgesprächen. In ihrer institutionellen Eingebundenheit verfügen sie über einen klaren Zweckbezug, weshalb die Gesprächsaufgaben, wie sie im linguistischen Sinne zu identifizieren sind, den Interaktanten tendenziell explizit bewusst sind. Es handelt sich um Gespräche mit asymmetrischen Beteiligungsrollen, wobei ein doppeltes entgegengesetztes epistemisches Gefälle vorliegt, das einerseits vom Arzt mit seinem medizinisch-gebildeten Expertenstatus zum Patienten als medizinischen Laien verläuft: Dadurch, dass der Patient durch Introspektion als Einziger Zugang zur Qualität der

Empfindungen hat, die mit den bei ihm auftretenden Symptomen verbunden sind, verfügt er in dieser Hinsicht über die epistemische Autorität, weshalb ein entsprechendes Gefälle also auch in die umgekehrte Richtung verläuft. Das Krankheitsbild dissoziativer Bewegungsstörungen stellt in Hinblick auf dieses doppelte entgegengesetzte Gefälle einen Extremfall dar, da bei diesem als ursächlich psychogen eingestuften Krankheitsbild starke körperliche Erscheinungen ohne materielle Indikation auftreten. Der Arzt ist also voll auf die epistemische Autorität des Patienten angewiesen, die allerdings durch die tranceähnlichen Zustände, die das Krankheitsbild begleiten können, gefährdet sein kann. Für die im Rahmen dieser Arbeit untersuchten Gespräche müssen außerdem die Besonderheiten pädiatrischer Kommunikation beachtet werden. Hierbei gilt, dass junge Patienten gegenüber erwachsenen Patienten einen Mangel in Hinsicht auf soziokulturell vermitteltes Handlungswissen in Bezug auf die konkrete Kommunikationssituation oder in Bezug auf spezifisches Krankheitswissen aufweisen können. Beides kann einen Einfluss darauf haben, inwiefern und mit welchen Verfahren der Arzt seine Agenda der Beschwerdenexploration verfolgen und darin erfolgreich sein kann. Insbesondere in Bezug auf das im Rahmen dieser Arbeit untersuchte Krankheitsbild ist jedoch eine längere Krankheitsgeschichte, oft auch begleitet von verschiedenen Ärzten, nicht ungewöhnlich, wodurch die beiden eben benannten Wissensdefizite der beteiligten jungen Patienten in gewisser Hinsicht ausgeglichen sein können.

Die im Laufe des Kapitels vorgestellten theoretischen Aspekte sind als Vorwissen über die Bedingungen der Interaktionen als Ausgangspunkt für die Analyse notwendig. Jedoch darf Wissen, das in theoretischen oder empirischen Untersuchungen zum Thema bereits erarbeitet wurde, nicht die gesprächsanalytische Entwicklung der Interpretationen am Material ersetzen (vgl. Deppermann 2008: 89). Ich werde im nun anschließenden Methodenkapitel deshalb auch auf die Problematik zu sprechen kommen, die sich für gesprächsanalytische Untersuchungen aus dem Einsatz von Vorwissen ergibt. Dieser ist mit einer besonderen gesprächsanalytischen Haltung zu begegnen.

3. Methode

Die vorliegende Arbeit stellt eine klinische Gesprächsanalyse dar. Sie schließt sich an den gesprächslinguistischen Teil der Bielefelder Arbeitsgemeinschaft zu Kommunikation in der Medizin an. In dessen Fokus steht die gesprächsanalytische Erarbeitung differentialdiagnostisch relevanter Merkmale und therapeutisch nutzbarer Erkenntnisse anhand von Arzt-Patienten-Gesprächen. Der Terminus *Gesprächs-analyse* steht hier für die linguistische Gesprächsanalyse als Subdisziplin der Linguistik, die sich in Anschluss an die empirisch-qualitative Ethnomethodologie der Soziologie herausgebildet hat. Das methodologische Verständnis, das ich im Folgenden von seinen Wurzeln her nachvollziehen werde, findet sich in den Arbeiten im Rahmen des Bielefelder Forschungsschwerpunkts wieder (vgl. z.B. Job et al. 2016).

Die Gesprächsanalyse als in Deutschland herausgebildete Variante der Konversationsanalyse teilt in vieler Hinsicht die methodischen Prämissen der qualitativen soziologischen Theorien, die ihr Vorbild darstellen. Sie strebt die Explikation von Gesprächspraktiken an, und hat zum Ziel, falladäquate wissenschaftliche Aussagen hervorzubringen. Grundsätzlich ist das Vorgehen induktiv, weshalb also Fragestellungen, Konzepte und Hypothesen materialgestützt entwickelt werden. Im Kern der Gesprächsanalyse steht die Arbeit am Datenmaterial, was bedeutet, dass an authentischen Gesprächsdaten geforscht wird, die in transkribierter Form vorliegen. Während die eigentliche makro- und mikrostrukturelle Analyse am Transkript stattfindet, wird sich zur Herstellung des angemessenen Verständnisses immer auch auf die originalen Audioaufnahmen gestützt. Die Arbeit am Material findet anhand sogenannter heuristischer Fragen statt, also offenen Fragen, die keine theoriegeleiteten Zuordnungskategorien vorgeben, sondern die materialgestützte Suche nach Gesprächseigenschaften und Gesprächszusammenhängen anregen und systematisieren sollen. Insbesondere zu Beginn der Arbeit an neuen Daten wird zunächst rein explorativ vorgegangen. In der Analyse selbst ist zentral, dass jede Äußerung mit Hinblick auf die Prozessualität und Interaktivität des gesamten Gesprächs behandelt wird.

Ich werde im vorliegenden Kapitel zunächst auf den Hintergrund der angewendeten Methode eingehen. Anschließend stelle ich das konkrete Vorgehen nach Deppermann (2015) vor. Schließlich gehe ich auf den besonderen Anspruch ein, den die Arbeit mit Daten stellt.

3.1 Grundlagen des linguistischen Gesprächsanalyse

Die linguistische Gesprächsanalyse geht auf den soziologischen Ansatz der in den 1960ern vom Mikrosoziologen Harold Garfinkel in den USA begründeten Ethnomethodologie zurück (vgl. Deppermann 2010: 643; Wiemer 2017: 16). Diese fußt auf der Annahme der sozialen Wirklichkeit als einer Vollzugswirklichkeit, die durch die Interaktion der Beteiligten, demnach Hören, Sprechen, Wahrnehmen und Agieren erzeugt wird (vgl. Bergmann 1988: 23f.). Nach dieser Position besteht die soziale Wirklichkeit also „nicht aus objektiven Sachverhalten, sondern wird laufend in konzentrierten Handlungen hervorgebracht“ (Eberle 1997: 248). Das Verstehen von Handlungen ist aus diesem Grund auf eine kommunikative Vermittlung desselben angewiesen – weshalb Akteure nach Garfinkels Terminologie immer einen *account* für den Sinn ihrer Handlung geben (vgl. Eberle 1997: 248). Handlungen, darunter fallen auch Äußerungen, verfügen über eine unauflösbare ‚Indexikalität‘ (vgl. Bergmann 1988), was bedeutet, dass sie ohne Bezugnahme auf ihren Kontext nicht verstehbar sind (vgl. Eberle 1997: 249).

Als Forschungsinteresse der Ethnomethodologie beschreibt Garfinkel die Untersuchung, wie „Mitglieder der Gesellschaft füreinander fortlaufend in situ eine soziale Ordnung produzieren“ (Eberle 1997: 249). Eine Einlösung dieses Programms findet sich in der durch Harvey Sacks und Emanuel Schegloff begründeten Konversationsanalyse, die eine Anwendung der oben beschriebenen Prinzipien an sprachlicher Interaktion darstellt (vgl. Eberle 1997: 250f.). Sacks und Schegloff fordern eine „Erforschung aller Bereiche sprachlicher Kommunikation“ (Kallmeyer/Schütze 1976, S. 4f.). Die in der Ethnomethodologie angelegte Empirieorientierung wird von ihnen radikalisiert. Sie stellen die Forderung, die Untersuchung von sozialem Verhalten ausschließlich anhand von Audio- und Videoaufnahmen in natürlichen Situationen stattfinden zu lassen (vgl. Sacks 1984). Sacks und Schegloff stellen die „Sequenzialität der sprachlichen Interaktion in den Vordergrund des Interesses“ (Kallmeyer/Schütze 1976: 4), also die Konstituierung sozialer Strukturen durch die Systematik der Abfolge von Ereignissen (vgl. Deppermann 2010: 645). Eine wesentliche Prämisse liegt darin, dass im Gespräch eine Geordnetheit in jeder Hinsicht (‚order at all points‘, Sacks 1984: 22) vorliegt. Aus diesem Grund muss jedes einzelne Detail als untersuchungsrelevant betrachtet werden, nichts darf von der Analyse ausgeschlossen werden. Das Ziel der Analyse liegt im Erschließen der interaktiven Aufgaben, die mit erkennbarer

Regelmäßigkeit bewältigt werden, sowie der von den Gesprächspartnern dazu angewandten Methoden (vgl. Olbertz-Siitonen 2009, S. 124). Mit einem Modell des Sprecherwechsels (*turn-taking*) als lokal von Gesprächsparteien verwaltet, interaktiv gesteuert, und sensitiv zu Rezipienten (Sacks et al. 1974) erschließen Sacks und Schegloff in Zusammenarbeit mit Gail Jefferson, der Urheberin des in der englischen Konversationsanalyse verwendeten Transkriptionssystems gesprochener Sprache, eine zentrale Systematik, die die Gesprächsorganisation prägt.

Im deutschsprachigen Raum wird die Konversationsanalyse Anfang der 70er durch Werner Kallmeyer, Fritz Schütze und Jörg Bergmann bekannt gemacht, wobei der Ansatz hier vorwiegend auf das Interesse von Linguisten stößt (vgl. Olbertz-Siitonen 2009, S. 123; Deppermann 2010: 644). Kallmeyer und Schütze betonen in ihren Arbeiten den dialogischen Charakter als wesentliche Voraussetzungen der Interaktion. Als weitere Voraussetzungen erschließen sie in Anschluss an die Grice'schen Konversationsmaximen ein ausreichendes Maß an Kooperation, und das eigene Verstehen von Partneräußerungen sowie die Verständlichkeit eigener Äußerungen für den Partner (vgl. Kallmeyer & Schütze 1976: S. 9). „In der Konstitution von Gesprächen zeigen sich Beteiligte demnach gleichzeitig gegenseitig ihre Orientierung an der gemeinsam produzierten Geordnetheit an.“ (Olbertz-Siitonen 2009: 124) Auf diese Aufzeigeleistungen (,display‘) der Gesprächsteilnehmer kann der Analytiker sich berufen, sie versetzt ihn in die Lage, das Geschehen aus der Teilnehmerperspektive zu bewerten (vgl. ebd. 124).

„Bei der Analyse muss also nachgewiesen werden, dass ein aus Sicht der Forscher/innen relevantes Problem auch von den Teilnehmenden in einer erkennbaren Weise systematisch bearbeitet wird oder dass ein Kontextsachverhalt (wie eine bestimmte soziale Zugehörigkeit) von ihnen im Gespräch erkennbar relevant gemacht und folgenreich zur Geltung gebracht wird“ (Deppermann 2010: 646).

Während Kallmeyer und Schütze sich u.a. mit gesprächsorganisierenden Handlungsschemata auseinandersetzen, und z.B. Beschreiben, Erzählen und Argumentieren als Verfahren der Sachverhaltsdarstellung untersuchen, die das übergeordnete Handlungsschema im Gespräch erweitern, (vgl. Kallmeyer & Schütze 1977: 160f.), betreibt Bergmann weitere Studien zum Turn-Taking. Wenn er bei der Untersuchung von Schweigephasen im Gespräch deutlich macht, dass Schweigen an sich bedeutungsleer und die Bedeutung nur in der jeweils spezifischen Gesprächsumgebung interpretierbar ist (vgl. Bergmann 1982: 144), unterstreicht er damit die Interaktivität als Grundeigenschaft des Gesprächs. Kallmeyer (1985)

beschäftigt sich anhand von Beratungsgesprächen mit den typischen Merkmalen von Handlungskomplexen und nimmt dabei den Zusammenhang zwischen Mikrostruktur und Makrostruktur im Gespräch in den Blick. Er arbeitet heraus, dass Äußerungen immer in einem noch offenen Prozess der Bearbeitung von anstehenden Handlungsschritten stattfinden, was beinhaltet, dass sie Aktivitätspotenziale erkennbar machen, die sie selbst nur zum Teil erarbeiten, und die Spielräume eröffnen, in denen Folgeäußerungen weiterbearbeitet werden können (vgl. ebd. 112).

In diesem Sinne lassen sich fünf Grundeigenschaften von Gesprächen festhalten, die allgemein angenommen werden: Gespräche bestehen aus einer Abfolge von Beiträgen (Sequenzialität), jeder Beitrag ist zugeschnitten auf einen vorangegangenen Beitrag und schafft einen neuen Kontext, der die Vorgabe für Anschlusshandlungen und Erwartungen erzeugt (Interaktivität). In den Sequenzen werden Gesprächszwecke sowohl als kollektive als auch als interaktive Ziele der Gesprächsteilnehmer verfolgt (Pragmatizität). Die Gesprächsteilnehmer produzieren ihre Beiträge in Bezug auf die jeweiligen Gesprächskontexte, -aufgaben und -zwecke und verdeutlichen dabei, welche psychologischen und sozialen Sachverhalte in der Interaktion relevant und folgenreich sind (Konstitutivität), und benutzen dazu mehr oder weniger konventionelle Interaktionspraktiken für den Vollzug spezifischer Aktivitäten (Methodizität) (vgl. Deppermann 2010: 645).

Im deutschsprachigen Raum hat die konversationsanalytische Grundidee eine Erweiterung um pragmatische, ethnografische und soziolinguistische Konzepte erfahren – die so entstandene Subdisziplin wird zur Abgrenzung unter dem Terminus ‚Gesprächsanalyse‘ betrieben (vgl. Deppermann 2010: 644). Deppermann (2000) kritisiert an der Display-These der Konversationsanalyse, dass diese eine Selbstexplikativität von Gesprächen suggeriert, die methodisch nicht haltbar ist, weil Interpretation trivialerweise immer Kontextwissen voraussetzt. Indem der Analytiker die Frage vermeidet, wodurch eine Aktivität zum Display für etwas wird, verschleierte er seine eigene Interpretationsleistung:

„Sein Wissen, aufgrund dessen er Phänomene bemerkt und Interpretationshypothesen entwirft, und die logisch-argumentativen Abwägungen, mit denen er Aussagen prüft und schärft, werden in die Daten projiziert und damit naturalisiert.“ (vgl. Deppermann 2000: 101)

Deppermann plädiert dafür, die ohnehin schon in der Analyse genutzten gesprächsexternen Wissensbestände Alltagswissen, ethnografisches Wissen und

theoretisches Wissen methodisch zu explizieren, um so eine Kontrolle der Interpretationsleistungen, die zur Rekonstruktion der Orientierungen der Gesprächsbeteiligten notwendig sind, zu entwickeln (vgl. Deppermann 2000: 101, 118).

Desweiteren hebt sich die deutsche Gesprächsanalyse von der Konversationsanalyse ab, indem sie zunehmend multimodale Realisierung von Interaktionen in Blick nimmt, wodurch Leib und Raum als konstitutive Elemente sprachlicher Praxis, unter deren Verwendung Koordination nicht nur sequenziell, sondern auch simultan stattfindet, in der Analyse mitberücksichtigt werden müssen (vgl. Deppermann & Linke 2010: X). Die oben aufgeführten angenommenen fünf Grundeigenschaften von Gesprächen lassen sich somit um eine sechste erweitern, die Materialität. Die Aufgaben und Möglichkeiten des Handelns und der Koordination von Verhalten werden entsprechend als durch die medialen Bedingungen der Gesprächsbeteiligung und die demnach einsetzbaren materialen, körperlichen Ressourcen verstanden (vgl. Deppermann 2010: 645f.).

Die linguistische Gesprächsanalyse teilt sich also die analytische Mentalität mit der Konversationsanalyse. Von manchen Autoren werden die Begriffe Konversationsanalyse und Gesprächsanalyse deshalb synonym gebraucht (vgl. Olbertz-Siitonen 2009, S. 116). Die Begriffe werden also nicht einheitlich verwendet. Indem in der im deutschen Sprachraum ausgebildeten Strömung aber auch ethnographische Daten explizit in die Analyse integriert werden, Variation und Kontextwissen im Forschungsprozess eine Rolle spielen, oder aber auch indem Fragen der Generalisierung und Gültigkeit von Untersuchungen gestellt werden (vgl. Deppermann 2008:10), geht sie über den gängigen Rahmen der Konversationsanalyse hinaus. Da es also gute Gründe gibt, sie als eigenen Ansatz zu unterscheiden, folge ich in der vorliegenden Arbeit der terminologischen Entscheidung Deppermanns und bezeichne die von mir angewendete Methode als linguistische Gesprächsanalyse. Auch im konkreten Analyseverfahren orientiere ich mich an den Vorgaben Deppermanns, die ich im Folgenden genauer ausführen werde.

3.2 Analyseverfahren nach der Methodik Deppermanns

Das Vorgehen im Rahmen der Arbeit entspricht der durch Arnulf Deppermann erarbeiteten Methodik (2008), die für die deutsche Gesprächsanalyse prägend geworden ist. Die von ihm aus der erfolgreich betriebenen gesprächsanalytischen

Praxis abgeleiteten Regeln sollen „die analytische Sensibilität schulen und eine Handhabe zur Kontrolle der Vollständigkeit, Systematik und Korrektheit des Vorgehens bieten“ (Deppermann 2008: 8). Sie eignen sich jedoch nicht als schrittweise Anleitung. Deppermann selbst versteht sie als Werkzeuge, die entsprechend dem jeweiligen Forschungsvorhaben angepasst werden müssen, wobei ein flexibles und reflektiertes Vorgehen nötig ist (vgl. 2008: 7).

Deppermann definiert drei für die linguistische Gesprächsanalyse in besonderem Maße wichtige Aspekte, in Bezug auf die die Güte sichergestellt werden muss: die Qualität der Datenmaterialien, die Durchführung und Präsentation der Analyse selbst sowie die Frage der Generalisierbarkeit (2008: 105). Da ich die in der vorliegenden Arbeit verwendeten Daten nicht selbst erhoben habe, werde ich mich zunächst auf die Darstellung der anderen beiden Punkte beschränken. Die Vorstellung der Daten findet danach gesondert statt.

Das allgemeine Ziel der linguistischen Gesprächsanalyse ist die Erforschung zeitlich-prozessual organisierter Gesprächspraktiken, wobei diese „aus einem Zusammenhang von Formen und Funktionen in Bezug auf einen Bereich bestimmt sind“ (Deppermann 2008: 17). Methodologisch stützen Gesprächsanalytiker sich dabei zentral auf die Prämisse, dass Interaktanten im Gespräch wechselseitig Sinnzuschreibungen der Äußerung des jeweils anderen aufzeigen, ohne die, wie Deppermann betont, Handlungskoordination und Verständigung unmöglich wäre (vgl. 2008: 50). Entlang dieser Aufzeigeaktivitäten versuchen Gesprächsanalytiker Gesprächspraktiken zu explizieren. Hierzu müssen sie eine Analysehaltung einnehmen, bei der sie sich insofern auf ein Niveau mit den Gesprächsteilnehmern versetzen, dass sie bei der Interpretation auf jegliche Deutungshilfen verzichten, wenn diese nicht auch den Gesprächsteilnehmern selbst zur Verfügung stehen. Auf eine Beurteilung der zutage tretenden Regeln der interaktiven Sinnbildung muss der Gesprächsanalytiker unbedingt verzichten (vgl. Deppermann 2008: 82).

Zwar ist die linguistische Gesprächsanalyse grundsätzlich in der qualitativen Sozialforschung zu verorten, trotzdem weist sie gegenüber der sozialwissenschaftlichen Gesprächsanalyse eine besondere Methodik auf, die sich auf ein radikales Verständnis von Empirie zurückführen lässt: Nicht nur findet die Hypothesengenerierung ausschließlich anhand komplett natürlicher Daten statt – was im Rahmen der linguistischen Gesprächsforschung als Gütekriterium aufzufassen ist (vgl.

hierzu Deppermann 2008: 105f.) – auch wird im Zuge der Auswertung von einer Standardisierung von Beobachtungen abgesehen, um eine Verformung der im Forschungsinteresse stehenden Phänomene durch die Kategorien des Forschenden zu vermeiden (vgl. Deppermann 2008: 10f.). Stattdessen werden formale Beschreibungen der Phänomene geleistet, die diese adäquat widerspiegeln sollen. Die linguistische Gesprächsanalyse versteht sich also als „datengeleitete Forschung“ (Job et al. 2016: 3) in einem strikten Sinne. Als solche wird in ihr auf jegliche a priorische Festschreibung von Analysekatoren und Untersuchungsfragen verzichtet. Entsprechend ist ein methodisches Vorgehen nötig, in Zuge dessen beides immer wieder modifiziert wird (vgl. Deppermann 2008: 19). Die Arbeit findet deshalb anhand heuristischer Fragen statt, die eben keine Voraussagen im Sinne theoretischer Vermutungen leisten. Sie dienen vielmehr einer Anregung und Systematisierung, die die Forschung nach Gesprächseigenschaften und -zusammenhängen strukturiert und produktiv gestalten (vgl. Deppermann 2008: 53). Die Forschungsfrage, die den Ausgangspunkt darstellt, hat deshalb möglichst frei von Vorannahmen zu sein. Um diesem Anspruch zu entsprechen, ist die in der Einleitung vorgestellte Forschungsfrage nicht auf ein bestimmtes Konzept, sondern auf eine inhaltliche Leerstelle im Bielefelder Forschungsprojekt ausgerichtet, insofern ich ein bisher unbearbeitetes Subkorpus in den Blick nehme. Der Festlegung eines Fokus‘ im Sinne eines bestimmten Erkenntnisinteresses ist natürlich nicht auszuweichen, mangelte es ansonsten ja an jeglicher Entscheidungsmöglichkeit für die Inblicknahme von Phänomenen. Die vorliegende Arbeit fokussiert deshalb auf einen Aspekt, der aufgrund des Hervorbringungskontext in allen im bearbeiteten Subkorpus enthaltenen Gesprächen vorhanden ist. Dessen Untersuchung erscheint wiederum für die Anwendung der Gesprächsanalyse in der außerwissenschaftlichen Praxis, also im medizinischen Kontext, vielversprechend zu sein. Die Konstitution und Analyse des Gegenstands im inhaltlichen Sinne finden allerdings im Verlauf der Arbeit selbst statt, wo diese beiden Aspekte in einem spiralförmigen Verhältnis zueinander stehen (vgl. Deppermann 2008: 20), das ich nachfolgend genauer beschreiben werde.

Den Anforderungen, die sich durch ein radikal induktives Vorgehen stellen, wird durch einen Aufbau der Arbeit in Exploration, fallübergreifende Analyse und theoretische Einordnung Rechnung getragen. Die explorative Analyse zielt darauf ab, theoretische Konzepte zu entwickeln (vgl. Fredebeul-Krein 2012: 65). Wesentliches Ziel ist die Konstituierung des Gegenstands, die als Grundlage dafür dient, im weiteren Verlauf

der Arbeit durch die Analyse veränderte Fragen zu stellen, die also dem bis dahin erhaltenen Erkenntnisgewinn Rechnung tragen. Die Schärfung der Forschungsfrage geht in diesem Sinne mit der Hervorbringung von Ergebnissen Hand in Hand.

Wenn die Konstitution des Analysegegenstands in der vorliegenden Arbeit auch induktiv stattfindet, ist nicht außer Acht zu lassen, dass die geleistete Untersuchung doch eine Anknüpfung an den bestehenden Forschungsstand darstellt, wie ich ihn vorhergehend dargestellt habe. Selbstverständlich hat von Seiten des Gesprächsanalytikers vor Beginn der Arbeit eine theoretische wie auch gesprächsanalytische Auseinandersetzung mit dem Themenbereich stattgefunden, wodurch er/sie „bereits einen spezifisch-individuellen Zugang zum Material besitzt“ (Bendl 2015: 53). Wenngleich ihm/ihr nur mittels dieser Vorbereitung ein sachgemäßer Zugang möglich ist, bringt dies ihn/sie zugleich in eine problematische Situation, da der Analytiker, um die Regeln der interaktiven Sinnbildung falladäquat rekonstruieren zu können, der Sicherheit und Relevanz seines/ihrer in die Analyse eingebrachten Wissens misstrauen muss. Deppermann nennt dies das ‚Wissensparadox‘ (vgl. Deppermann 2008: 82ff.). Dieser speziellen Hermeneutik der linguistischen Gesprächsanalyse wird durch das detaillierte Analysevorgehen Rechnung getragen:

„Die Aufgabe des Gesprächsanalytikers besteht darin, genau auszuweisen, *wie* wann welcher Kontext im Verlauf des Gesprächs relevant wird, *woran* das zu erkennen ist und *was* genau den entsprechenden Kontext und Wissensbestand ausmacht.“ (Deppermann 2008: 88)

Hierzu muss dem Interaktionsprozess ohne Auslassungen oder Vorgriffe Äußerung für Äußerung gefolgt werden. Dabei müssen „Handlungs- und Strukturmuster auf allen Ebenen der Interaktion“ (Job et al. 2016: 4) berücksichtigt werden, da diese in der Sprecherpraxis „vielfältig miteinander zusammen[hängen]“ (Deppermann 2008: 10) und also auf theoretischer Ebene nicht voneinander isoliert werden können, ohne dass ein Bedeutungsverlust stattfindet.

Im Sinne der von Deppermann vorgestellten Methodik stellt den Ausgangspunkt meines Analysevorhabens die Vertrautmachung mit dem Datenmaterial dar, wozu ich zu jedem Gespräch Gesprächsinventare in tabellarischer Form anlege. Auf dieser Grundlage findet eine Näherbestimmung des Untersuchungsziels statt, im Zuge dessen ich diejenigen Ausschnitte auswähle werden, die zum Gegenstand der eigentlichen Gesprächsanalyse werden. Anhand von Einzelfällen führe ich detaillierte

Sequenzanalysen durch, bei denen im Sinne der Deppermann'schen Methodik sieben verschiedene Aspekte in den Blick genommen werden müssen: Paraphrase und Handlungsbeschreibung, Äußerungsgestaltung und Formulierungsdynamik, Timing, Kontextanalyse, Folgerwartungen, Interaktive Konsequenzen sowie Sequenzmuster und Makroprozesse (vgl. Deppermann 2008 55ff). Am Ende der explorativen Analyse steht eine formale Beschreibung zu jeder der vorgefundenen Gesprächspraktiken. Die *Falladäquatheit* der durch die Untersuchung hervorgebrachten Aussagen dürfte hierbei als ein weiterer für die linguistische Gesprächsanalyse spezifischer Aspekt gelten, der zur Güte der Studie beiträgt, wenn dies auch nicht durch Deppermann eigens stark gemacht wird.

Da es ein Ziel der Gesprächsanalyse ist, das Gespräch nach „wiederkehrenden Strukturen und formal beschreibbaren Mechanismen“ zu untersuchen, werden mittels der Ergebnisse aus der explorativen Analyse „Kollektionen von Sequenzen erstellt, welche vergleichbare Strukturen aufweisen“ (Job et al. 2016: 4). In der fallübergreifenden Analyse findet also ein Sampling auf Grundlage der bisherigen Gegenstandskonstitution statt. Die Vergleichsfälle werden wiederum detaillierten Sequenzanalysen unterzogen, die aufgrund der im Vergleich gewonnenen Erkenntnisse zu einer Änderung der Definition des Untersuchungsgegenstands führen können. Aus diesem Grund wird diese Prozedur der wiederholten Analyse und Schärfung der formalen Beschreibung „bis zur theoretischen Sättigung“ (Deppermann 2008: 95) durchgeführt. Die auf diese Weise entstandene Theorie zeichnet sich idealerweise

„einerseits durch *typologische Differenzierung* aus, indem sie unterschiedliche Fälle und Varianten in ihrem Fallkontext expliziert und als *kontextsensitive Lösungen* verständlich macht, die an jeweils besondere Bedingungen und Aufgaben angepaßt sind. Komplementär dazu werden generelle, weitgehend *kontextunabhängige Grundstrukturen* von Gesprächspraktiken gesucht. Dabei stehen vor allem die Klärung ihrer prozeduralen Musterhaftigkeit und die Vertiefung der problemtheoretischen und funktionalen Analyse im Vordergrund. Diese bilden die Grundlage für allgemeinere, abstraktere *interaktionstheoretische Kategorien und Überlegungen*, die für weitere Fälle und andere Untersuchungsfragen fruchtbar sein können.“ (Deppermann 2008: 94)

In diesem Sinne stellt die *Generalisierbarkeit* ein der *Falladäquatheit* nur scheinbar diametral gegenüberstehendes Ziel der linguistischen Gesprächsanalyse dar. Ihm wird durch eine konzeptuelle Einordnung am Ende der Arbeit nochmals verstärkt Rechnung getragen. In dieser wird der Wert des Erkenntnisgewinns über das theoretische Interesse hinausgehend aufgezeigt und Anschlussmöglichkeiten werden besprochen. Das Phänomen wird also im Diskurs situiert, wobei die Möglichkeiten weiterer

Bearbeitungsansätze aufgezeigt werden müssen. Andererseits wird über Fragen der praktischen Anwendung verhandelt.

Das Gütekriterium der Validität der Fallanalysen wird durch das Einhalten der oben beschriebenen Analysehaltung gewährleistet. Im Sinne Deppermanns darf eine Erfüllung von Gütekriterien jedoch nicht nur behauptet, sondern muss in der Präsentation der Ergebnisse gezeigt werden (vgl. Deppermann 2008: 107), weshalb diese bei mir dem stufenweisen Aufbau der Analyse folgt. Insbesondere angesichts der hohen Produktivität eines explorativen Forschungsvorhabens wäre die vollständige Präsentation von Ergebnissen aber unmöglich – die Validität der Analysen kann nur mittels gut ausgewählter Beispiele anschaulich, nachvollziehbar und kritisierbar gemacht werden (vgl. Deppermann 2008: 107). Das ist in der Gesprächsanalyse besonders gut möglich: Durch die Bereitstellung von Transkripten können Rezipienten der Forschungsarbeit sich mit diesen „auseinandersetzen, ihre eigenen Deutungen entwickeln und sie denen des Autors entgegenhalten“ (Deppermann 2008: 107).

Ich habe bisher gezeigt, wie in der vorliegenden Arbeit die Güte in Bezug auf die von Deppermann prominent vorgestellten Aspekte der Durchführung und der Präsentation der Ergebnisse sowie den Fragen der Generalisierbarkeit Rechnung getragen werden soll. Auf den Anspruch, der sich im Rahmen der vorliegenden Arbeit an die verwendeten Daten gestellt hat, gehe ich im Folgenden ein.

3.3 Anspruch an die Daten

Die vorliegende Arbeit stellt die Arbeit an einem Gesprächskorpus dar. Unter einem Gesprächskorpus versteht sich ein Korpus, dessen Primärdaten Audio- bzw. Videoaufzeichnungen von verbalen Interaktionen zwischen zwei oder mehr Teilnehmern stellen, wobei die aufgezeichneten Gespräche authentische Interaktionen darstellen, was bedeutet, dass sie nicht eigens vom Forscher veranlasst wurden. Die aufgezeichneten Äußerungen bestehen weitestgehend aus spontanen Äußerungen, sie sind also in ihrer konkreten Form nicht im Sinne einer Rede oder eines geskripteten Dialogs umfassend vorgeplant worden. Die Aufzeichnungen umfassen gleichberechtigt die Aufzeichnungen der Beiträge aller Interaktionsteilnehmer und zeitlich möglichst die gesamte Interaktion (vgl. Schmidt 2018: 210).

Im Rahmen der Arbeit mit einem Gesprächskorpus ergibt sich eine Reihe methodischer Fragen. Erstens muss entschieden werden, welche Kontextinformationen zum

vollständigen Verständnis und der Interpretation des Gesprächs notwendig sind. In diesem Rahmen sind insbesondere Metadaten wie die institutionelle Einbettung oder die soziale Rolle der Gesprächsteilnehmer in der Interaktion relevant. Außerdem muss der Umgang mit dem Vorhandensein mittels der Aufnahme nicht oder nicht vollständig erfassbarer Objekte thematisiert werden (vgl. Schmidt 2018: 211f.). Zweitens muss eine Entscheidung zur Abbildung der Primärdaten in einer schriftlichen Form getroffen werden. In diesem Rahmen muss über die Form und das Maß der Berücksichtigung bei der Aufnahme erfasster nonverbaler Elemente wie Mimik und Gestik entschieden werden, ebenso die Repräsentation der zeitlichen Struktur der Interaktion. Es stellt sich also zum einen die Frage der Granularität. Insbesondere muss aber ein Umgang mit zeitlicher Parallelität gefunden werden. Darüber hinaus müssen Entscheidungen in Bezug auf die Aufnahme und Abbildung der Phänomene mündlicher Performanz wie Pausen, Verschleifungen, Abbrüchen und Reparaturen getroffen werden. Schließlich benötigt es eine Entscheidung zum Umgang mit dem Umstand, dass bei der Aufnahme natürlicher Gesprächsdaten mehr oder weniger zwangsläufig nicht-optimale akustische Bedingungen vorliegen (vgl. Schmidt 2018: 212).

Da das Anliegen der Gesprächsanalyse eine materialgestützte Hypothesengenerierung ist, ist hier eine möglichst detaillierte Protokollierung von Gesprächsverläufen in ihrer zeitlichen Dynamik im Sinne einer möglichst naturalistischen und abbildgetreuen Konservierung von Interesse. An die Datenerfassung stellt sich deshalb der Anspruch, ‚passiv registrierend‘ durchgeführt zu werden, es wird also auf eine Überführung des Gesprächsgeschehens in theoretische Codes vor der Analyse vollständig verzichtet (vgl. Deppermann 2008: 21).

Die Güte der Daten hängt an zwei Kriterien, die jedoch zueinander in einem Spannungsverhältnis stehen: Natürlichkeit der Daten und Qualität der Aufnahme (vgl. Deppermann 2008: 25).

Je besser die Aufnahmequalität und je umfassender die registrierten Daten sein sollen, desto größer wird der Aufwandaufwand und desto präsenter und daher störender werden die Bedingungen der Aufnahme für die Untersuchten (Deppermann 2008: 25).

Da in der vorliegenden Arbeit mit einem bereits bestehenden Korpus gearbeitet wurde, war keine Einflussnahme auf die Güte der Daten möglich. Ich werde im nun folgenden Kapitel stattdessen auch die Bedingungen reflektieren, unter denen die Daten ursprünglich erhoben worden sind.

4. Beschreibung der Daten

Die in der vorliegenden Arbeit untersuchten Daten entstammen einem Korpus zu Arzt-Patienten-Gesprächen, das seit 2013 von der Bielefelder Arbeitsgruppe Kommunikation in der Medizin erhoben worden ist, die ein Forschungsinteresse an differenzialdiagnostisch relevanten Merkmalen zur Unterscheidung von Epilepsie und dissoziativen Störungen hat. Die Erhebung der Daten fand und findet in Zusammenarbeit mit einem sozialpädiatrischen Zentrum statt. In den Blick werden Anamnesegespräche mit Kindern und Jugendlichen genommen, die sich zur Abklärung „noch nicht klar diagnostizierter, möglicherweise neurologisch bedingter Störungen“ (Job et al. 2020: 169) dort befinden. Die Patienten bzw. ihre Erziehungsberechtigten haben in die Aufnahme eingewilligt. Die Einverständniserklärungen liegen vor.

Die gesprächsführenden Ärzte orientieren sich an einem Gesprächsleitfaden, der von der Bielefelder Arbeitsgruppe entwickelt wurde. Er baut wesentlich auf den Erfahrungen und Ergebnissen des Vorgängerprojekts auf. So wird entsprechend dem Interesse an der subjektiven Wahrnehmung und Empfindung den Patienten bei der Anfallsschilderung möglichst viel Raum gewährt (vgl. Brüner & Gülich 2002a).

„Da diese Art der Gesprächsführung teilweise erheblich vom gewohnten Arztverhalten in üblichen Anamnesegesprächen abweicht (z.B. findet kein systematisches Abfragen von Symptomen statt), wurde ein Gesprächsleitfaden erstellt, an dem sich die gesprächsführenden Ärzte orientieren sollten. Dieser sieht insbesondere eine offene Einstiegsfrage vor, die es dem Patienten ermöglicht, die Thematik des Gesprächsbeginns selbst zu bestimmen. Im weiteren Gesprächsverlauf regt der Arzt verschiedene Anfallsbeschreibungen an, indem er nach einem besonderen Anfall, dem ersten oder dem zuletzt erfolgten Anfall fragt. Während des Gesprächs vermittelt der Arzt dem Patienten den Eindruck, dass genug Zeit für ausführlichere Schilderungen vorhanden ist [...]“ (Job et al. 2020: 170, unter Bezugnahme auf Opp et al. 2015)

Dies stellt natürlich eine Einflussnahme auf die Gespräche dar, was jedoch nicht als eine Manipulation im Sinne des Forschungsinteresses oder gar eine Inszenierung der Gespräche zu werten ist, und somit nicht die Natürlichkeit der Daten beeinträchtigt. Der Arzt als Verantwortlicher für die Interaktion und als medizinisch-wissenschaftlich gebildeter Experte befindet sich natürlicherweise in der Situation, möglichst informiert die bestbewährte Strategie zur Führung der jeweiligen Art von Gespräch zu wählen. Ebendas tut er, wenn er sich am oben abgebildeten, fundiert erarbeiteten Gesprächsleitfaden orientiert.

Auch die räumlichen und materiellen Bedingungen werden vom Arzt so eingerichtet, dass sie möglichst günstig für die Hervorbringung ausführlicher Schilderungen durch den Patienten ist. So nimmt der Arzt auf Augenhöhe mit dem Patienten an einem Tisch Platz. Er verzichtet auf den Rückgriff auf eine Patientenakte. Lediglich Stift und Papier stehen als unmittelbar nutzbare Hilfsmittel zur Verfügung.



Abbildung 1: Beispielbild vom Behandlungszimmer (Quelle: Job et al. 2015: 4)

Die Gespräche werden vom gesprächsführenden Arzt mit einem Audio-Aufnahmegerät aufgenommen, es wurde sich also für möglichst wenig Beeinflussung der Gesprächssituation durch Aufnahmetechnik im oben dargestellten Sinne entschieden. Die Bedienung des Aufnahmegeräts durch den Arzt hat den Vorteil, dass nicht die Anwesenheit eines Dritten, Fremden in der Interaktion das Gesprächsverhalten beeinflusst oder die institutionell gegebenen Abläufe stört. Allerdings ist die Konstellation in dem Sinne nachteilig, als der Arzt die Bedienung der Aufnahmesituation in der Gesprächssituation unterbringen muss, was in den vorliegenden Daten dazu führt, dass die Aufnahmen erst bei Einnahme der Sitzplätze durch die Gesprächspartner beginnt, die Begrüßung also nicht Teil der Aufnahme ist.

Die Gespräche wurden computergestützt unter der Nutzung der Software EXMaRALDA von Mitarbeitern in der Bielefelder Arbeitsgruppe nach den Konventionen des „Gesprächsanalytischen Transkriptionssystems 2“ (GAT 2) (vgl.

dazu Selting et al. 2009) transkribiert. Diese Transkriptionskonvention ist betont deskriptiv (vgl. Bendl 2015: 57) und deshalb besonders gut für die explorative Untersuchung geeignet. Die Transkripte wurden in weiteren Durchgängen von anderen Transkribenten überarbeitet. Die Vielzahl von Gesprächen im stetig wachsenden Gesamtkorpus werden in verschiedenen Projektzusammenhängen analysiert (vgl. Job et al. 2020: 169f.).

In der vorliegenden Arbeit wird das Subkorpus ‚dissoziative Anfälle‘ untersucht. Dieses umfasst sieben Anamnesegespräche mit sechs Patientinnen und Patienten im Alter zwischen 9 und 17 Jahren, die zwischen 2013 und 2018 geführt worden sind. Die Gespräche sind zwischen 10 und 25 Minuten lang.

Die Gespräche umfassen jeweils die offene Einstiegsfrage von Seiten des Arztes und die Beschwerdenexploration im Sinne des oben abgebildeten Gesprächsleitfadens. Bei aktuell vorliegenden Beschwerden wird diese um körperliche Untersuchungen bzw. Tests ergänzt. Im Rahmen der Beschwerdenexploration werden vom Arzt auch mögliche krankheitsauslösende Faktoren, also Stressoren im Alltag der Patienten exploriert. Außerdem wird vom Arzt die Möglichkeit einer Kontrolle der Anfälle thematisiert und von den Patienten in unterschiedlichem Maße bearbeitet. Da einigen Gesprächen klinische Untersuchungen unter anderem mittels Magnetresonanztomographie (MRT) oder Blutbild vorausgehen, ist manchmal auch eine Besprechung der entsprechenden Ergebnisse Teil des Gesprächs. Darüber hinaus sind im Gespräch häufig Anteile einer Diagnosefindung oder eines Behandlungsausblicks enthalten, diese sind jedoch nicht vollständig realisiert.

Ich werde die einzelnen Gespräche des Korpus nun formal und inhaltlich kurz beschreiben. Die Daten der Patienten werden in indirekt personenbezogener Weise abgebildet, ihre Namen, ebenso wie die anderer erwähnter Akteure (Familienmitglieder, Ärzte, medizinische Institutionen) sind anonymisiert bzw. durch Pseudonyme ersetzt.

In Gespräch 1 ist die Patientin fast 17 Jahre alt, das Gespräch hat eine Länge von sechszechneinhalb Minuten und umfasst neben der Beschwerdenexploration die Rekonstruktion der Ereignisse um die Krankheitsgeschichte, also andere Arztkonsultationen und klinische Aufenthalte im Zusammenhang mit dem Beschwerdebild. Das Gespräch endet mit dem Ausblick auf eine Therapieplanung und bricht nach der Ankündigung des Hinzuholens der Mutter als Begleitperson ab. Im Zuge der Beschwerdenexploration schildert die Patientin Krampfanfälle, wobei sie

angibt, sich an die Geschehnisse während des Anfalls nicht erinnern zu können. Außerdem berichtet sie von Erinnerungsschwierigkeiten im Zusammenhang mit einer Medikamentengabe.

Die Patientin in Gespräch 2 ist sechszehneinhalb Jahre alt, das Gespräch hat eine Länge von siebzehn Minuten. Die Beschwerden der Patientin äußern sich in längeren Anfällen von Handzittern, wobei diese Beschwerden auch während des Arzt-Patienten-Gesprächs sichtbar vorliegen. Neben der Exploration der Beschwerden auf verbaler Ebene stellt der Arzt der Patientin in Gespräch 2 zwischenzeitlich die Aufgabe, Bauklötze aufeinanderzustapeln, um eine Einschätzung zur Einschränkung durch die Beschwerden zu tätigen. Auf Nachfragen der Patientin werden im Gespräch auch die Ergebnisse einer vorangegangenen MRT-Untersuchung besprochen. Das Gespräch enthält auch Anteile einer Diagnosefindung. Das Gespräch liegt nicht vollständig vor, da der Arzt die Aufnahme abbricht, als er einen Telefonanruf entgegennehmen muss. Die Anamnese scheint aber zu diesem Zeitpunkt weitestgehend abgeschlossen zu sein.

Gespräch 3 hat eine Länge von dreizehneinhalb Minuten. Die Patientin ist ebenfalls sechszehneinhalb Jahre alt und leidet unter Händezittern, das während des Gesprächs aber nicht vorliegt. Neben der Rekonstruktion von Anfallsereignissen sind die Thematisierung eines möglichen Einflusses von Umweltreizen auf die Beschwerden, und das Auffallen der Beschwerden im Schulalltag Teil der Beschwerdenexploration. Die Aufnahme endet nach der Vergewisserung des Arztes, nichts Wichtiges nicht abgefragt zu haben, was die Patientin bestätigt.

Der Patient in Gespräch 4 ist ungefähr 14 Jahre alt, das Gespräch hat eine Länge von über zweiundzwanzig Minuten und ist somit das längste Gespräch im Korpus. Der Patient leidet unter Schmerzen in den Beinen, Taubheitsgefühl und Schwierigkeiten zu gehen, die Beschwerden liegen auch während des Gesprächs teilweise vor. Das Gespräch beinhaltet die Rekonstruktion der Ereignisse rund um einen vorangegangenen Klinikwechsel, die Exploration der Beschwerden, die Diskussion um die aktuelle Medikamentengabe als mögliche Ursache und die Verständigung über eine bereits ausgeschlossene Ursache, sowie eine Phase körperlicher Untersuchung. Es endet mit einer längeren Schweigephase, in der der Arzt die Aufnahme beendet.

In Gespräch 5, das eine Länge von über zwanzig Minuten hat, ist die Patientin ebenfalls 14 Jahre alt und leidet unter Taubheit und Schmerzen im Bein- und Hüftbereich. Im Gespräch thematisiert die Patientin wiederholt Einschränkungen, die sie durch ihre

Beschwerden hat. Die Beschwerdenexploration findet neben der Exploration mittels Fragen im Sinne des oben dargestellten Gesprächsleitfadens zwischenzeitlich auch mittels einer Malaufgabe statt. In der zweiten Hälfte des Gesprächs wird die private Situation der Patientin von Seiten des Arztes thematisiert, mögliche Stressoren in dem Bereich werden exploriert, sowie die Beeinträchtigung der verschiedenen Bereiche durch die Beschwerden von Seiten der Patientin eingeschätzt. Zum Ende des Gesprächs thematisiert die Patientin mögliche Ergebnisse aus vorangegangenen Untersuchungen, zu denen der Arzt jedoch angibt, nichts sagen zu können. Der Arzt gibt eine Einschätzung der Beschwerden aus neurologischer Sicht und leistet einen Ausblick auf mögliche weitere Untersuchungen.

In Gespräch 6 und 7, die im Abstand von einem Jahr mit derselben Patientin erhoben wurden, ist diese neun bzw. zehn Jahre alt. Die Patientin leidet unter Krampfanfällen, die das Laufen bzw. Schwimmen beeinträchtigen. Außerdem schildert sie im Zuge eines Krampfanfalls eine selbstständige Bewegung ihres Kiefers. Gespräch 6 ist rund sechzehn Minuten lang. Die Beschwerdenexploration besteht aus Phasen, in denen das jüngste Anfallsgeschehen thematisiert wird, und solchen, in denen Versuche und Möglichkeiten einer Kontrolle des Anfallsgeschehens thematisiert werden, ältere Anfallereignisse rekonstruiert werden, der Alltag in der Schule und Zuhause besprochen wird und von Seiten des Arztes mögliche Angst vor Anfällen thematisiert wird, was die Patientin verneint. Daran schließt sich eine Besprechung der Medikamentierung an. Die Aufnahme endet nach der Vergewisserung des Arztes, dass nichts Wichtiges vergessen worden ist und der Bestätigung von Seiten der Patientin.

In Gespräch 7, das eine Länge von über 21 Minuten hat, findet die Exploration der Beschwerden zeitweilig mittels einer Malaufgabe statt, die die Patientin erfüllt, sowie zeitweilig auch Vormachen von Bewegungen durch den Arzt, zu denen die Patientin eine Einschätzung gibt, ob sie während des Krampfanfalls möglich gewesen wären. Der hauptsächlich thematisierte jüngste Krampfanfall wird zwischenzeitlich mit dem Anfall von vor einem Jahr in Kontrast gesetzt. Den größten Teil des Gesprächs nimmt die Thematisierung sowie wesentlich die inhaltliche Bearbeitung eines möglichen Stressors im Umfeld des jüngsten Anfalls im Schulalltag ein. Die Aufnahme endet, während der Arzt eine Orientierung in Bezug auf einen Behandlungsansatz gibt.

In der nun folgenden Darstellung der Ergebnisse werde ich ausgewählte Sequenzen bzw. Sequenzausschnitte aus allen sieben Gesprächen einbeziehen.

5. Ergebnisse

Die Analyse folgt dem oben beschriebenen Vorgehen. Da es sich um bisher wenig bearbeitete Gesprächstypen handelt, fand der Einstieg makroskopisch in Form einer strukturellen Beschreibung statt, die ich in tabellarischen Gesprächsübersichten zusammengefasst habe. Danach habe ich die Gespräche explorativ mit einem Fokus auf Körperschilderungen analysiert. Die Ergebnisse habe ich zur Grundlage für die Bildung von Kollektionen genommen, anhand derer ich ausgewählte Phänomene fallübergreifend geschärft habe. Aufgrund des begrenzten Umfangs der Arbeit kann hier nur eine Auswahl von Ergebnissen vorgestellt werden. Diese sind repräsentativ für die Art von Phänomenen und Strategien, die in der Analyse zu Tage getreten sind, können diese aber keinesfalls hinreichend abbilden.

5.1 Fallanalysen

Das Ziel der explorativen Analyse war die Identifikation von Gesprächspraktiken und Explikation von Strategien die im Zusammenhang mit der Schilderung von Körperhandeln und Körpererleben stehen. Ich gebe im gegenwärtigen Abschnitt die Ergebnisse ausgewählter Sequenzen dreier Beispielfälle wieder. Pro Gespräch nehme ich dabei jeweils ein ausgewähltes Phänomen in den Fokus. Im Rahmen der dazu durchgeführten sequenziellen Analyse traten in den betrachteten Ausschnitten jeweils noch eine Vielzahl weiterer Phänomene und Strategien zu Tage, die zum Teil in der fallübergreifenden Analyse im zweiten Teil wieder aufgegriffen werden.

Fall 1 präsentiere ich mit Fokus auf das Zusammenspiel von Makrostruktur und Mikrostruktur. Weil dies nur unter näherer Beschreibung des gesamten Gesprächsablaufs und der Veranschaulichung anhand einzelner Sequenzen nachvollziehbar gemacht werden kann, erhält dieser Fall besonders viel Raum. Die darin beschriebenen Aussagen zur Makrostruktur gelten ähnlich auch für die anderen Fälle, die ich mit Fokus auf lokale Phänomene vorstelle. In Fall 2 lassen sich bei der Schilderung von Körperphänomenen durch den Patienten enorme Schwierigkeiten feststellen. Er erarbeitet eine erfolgreiche Strategie zum Umgang damit, bei der er auf Vergleiche mit bekannten Körperempfindungen zurückgreift. In Fall 3 finden sich deutliche Hinweise darauf, dass die Schwierigkeiten bei der Körperschilderung für die Patientin face-bedrohend sind. Dieser Fall ist zudem interessant, weil anhand der jungen Patientin die Besonderheiten pädiatrischer Gespräche anschaulich werden. Im

Anhang der Arbeit finden sich jeweils die Transkripte der vollständigen Sequenzen, denen die in den Analysen abgebildeten Ausschnitte entnommen sind.

5.1.1 Detaillierungszwänge bringen Körperschilderungen hervor

In Gespräch 1 des in dieser Arbeit in den Blick genommenen Korpus‘ treten sowohl die Bedingungen der interaktiven Hervorbringung von Körperschilderungen als auch das Erscheinungsbild der Schilderungen selbst zu Tage. Da der Arzt als Verantwortlicher für die Interaktion mit der Form seiner Fragen den formalen Raum der Patientenantworten absteckt, nehme ich als erstes die Einstiegsfrage in den Blick. Deren Formulierung ist mit Schwierigkeiten verbunden.

Transkriptausschnitt 1: Schwierigkeiten bei der Formulierung der Einstiegsfrage

014 A: (1.52) °hh <<ausatmend> ja> äh::m (-)
was KÖnnte denn RUMKommen heut oder was/
was/ (.) was KAnn ich denn GUTES TUN?
015 (--) °hhh hhh° i/ (.) also Ich Soll die
staTION will (.) bisschen eine idee
HAben,
016 (--) °h äh:_WAS es mit den (.) anFällen
und diesem ding GEstern auf sich HAtte.
017 P1: <<p> hm_ ja ich auch,>
018 ((leises Lachen/Ausatmen))
019 A: GUT (.) und/ und_KÖnnen Sie da was zu
erZÄHlen?
020 P1: (--) okay dann (-) ähm (.) ich war
gestern,
021 (1.06) [also] (.) ich WEIß HALt von den
Anfällen NACHher nicht mehr viel,
022 A: [hm_hm?]
023 P1: (.) ich weiß nur HALt (.) so aus
erZÄHLungen immer was dann passiert weil
ich das [dann meisten] halt kurz
(danach) wieder verGESSE,
024 A: [hm_hm,]

Der Arzt gestaltet den Einstieg ins Gespräch im Sinne des Gesprächsleitfadens thematisch offen. Dazu formuliert er zunächst eine Frage nach dem möglichen Ergebnis des Gesprächs („was KÖnnte denn RUMKommen heut“, Z. 014), an die er sofort den Ansatz einer Reformulierung anschließt, und nach Formulierungsarbeit eine zweite Version der Frage stellt. Diese zielt auf den Beitrag ab, den der Arzt leisten könnte („was KAnn ich denn GUTES TUN?“, Z.014). Obwohl die Äußerungen formal geeignet sind Zugzwang zu etablieren, übernimmt die Patientin den Turn an der Stelle

nicht. Nach einer Pause nimmt der Arzt selbst den Turn wieder auf. Nach etwas Formulierungsarbeit setzt der Arzt zu einer Formulierung an, in der er auf seine eigene Aufgabe verweist „Ich Soll“ (Z.015), bricht jedoch ab. Stattdessen verweist er auf das Erkenntnisinteresse von Seiten der Station, womit er den Hintergrund zu den zuvor gestellten Fragen expliziert.

Die Patientin bedient den Zugzwang nun zunächst lokal, indem sie dem Erkenntnisinteresse der Station aus ihrer persönlichen Sicht beipflichtet („<p>hm_ ja ich auch,>“, Z.017). Die Äußerung ist von beschleunigter Sprechweise und steigender Intonation gekennzeichnet, was gemeinsam mit dem anschließenden leisen Lachen als Hinweis auf einen unangenehmen Moment interpretiert werden kann (vgl. Kaufhold 2005: 20f.; Erickson & Shultz 1982: 104). Der Arzt nimmt daraufhin den Turn wieder auf⁴, und bestätigt die Beendigung des Themas mit einem Sättigungssignal (vgl. Henne/Rehbock 2001: 168, zit. n. Weber 2014: 218), „GUT“ dessen semantische Bedeutung durch die Betonung verstärkt wird. Im Anschluss bringt er die dritte Version einer offenen Einstiegsfrage ein, die nun auf die Handlung der Patientin ausgerichtet ist: „und/ und_ Können Sie da was zu erZÄHlen?“ Die Patientin reagiert auf die Erzählaufforderung unmittelbar mit dem Display von Akzeptanz („okay“, Z.020) und signalisiert eine Anschlusshandlung („dann“, Z.020). Nach wenig Formulierungsarbeit (Pausen und „äh“) beginnt sie eine narrative Rekonstruktion. Diese Reaktion entspricht der durch die Arztfrage präferiert gesetzten Form. Die Patientin bricht jedoch ab. Es folgt eine längere Pause, an deren Ende beide Sprecher gleichzeitig ansetzen: Der Arzt leistet eine fragend intonierte Zuhöreräußerung, die sich als Ermunterung verstehen lässt, die begonnene Rekonstruktion fortzuführen. Gleichzeitig setzt die Patientin zu einer Klarstellung ihrer epistemischen Autorität bezüglich der Geschehnisse während des Anfalls an. Dies lässt sich als Nachtrag einer Einleitungssequenz verstehen, in der die Vorstrukturierung der Erzählung stattfindet (vgl. Gülich/ Mondada 2008: 106). Die Patientin setzt sich durch. Während sie spricht, bestätigt der Arzt ihren Redebeitrag durch eine Zuhöreräußerung. Aus der erhaltenen Information scheint sich von ärztlicher Seite kein Bedarf für eine Überarbeitung seiner Erzählaufforderung ableiten zu lassen, denn er verbleibt in der Zuhörerposition und belässt das Rederecht bei der Patientin. Diese beginnt nun mit der eigentlichen narrativen Rekonstruktion.

⁴ Lachen hängt regulär mit der Beendigung von Rede zusammen (vgl. Jefferson 1972: vgl. 300f.) und markiert eine Stelle, an der der andere Sprecher den Turn übernehmen kann (vgl. O’Donnel-Trujillo & Adams, 1983, S. 177f.)

Transkriptausschnitt 2: Erwähnung des Anfalls im Rahmen der narrativen

Rekonstruktion

025 P1: (-) Ähm es (war so) ich hatte eigentlich
UNterricht geHABT,
026 und dann WOLLt ich vorher noch ähm auf
toilette gehen,
027 (.) das WEIß ich noch,
028 damit ich nicht mitten im unterricht auf
toiLETTTE gehen muss,
029 °h (-) u:nd Ähm (-) daNACH bin ich wohl,
030 (--) auf?
031 / (.) auf der toilette zuSAMMENgebrochen
und hab (.) DANN halt angefangen so (.)
zu KRAMPfen,
032 und mich hat DANN WOHL,
033 (---) °hh hab_ich/ <<pp> äh> HAT mich
HALt_aber_eine SCHÜLERIN (.) dann
geSEHEN,
034 und einen (.) LEHRer gerufen,
035 und (--) <<ausatmend> ja;>
036 die HAben dann HALt n,=
037 A: =hm_hm,
038 P1: (-) KRANKenWAgen geholt <<pp> und (.)
ja;>
039 A: ((schreibt, ca. 4.65 Sek)) hm_hm?
040 P1: (1.65) hm_ja,
041 (.) DANN war ich hier,
042 A: (1.04) hm_hm;
043 P1: (--) <<ausatmend> ja,>
044 A: (3.05) MEHR,

Die Schilderung der Patientin stellt die Rekonstruktionsarbeit, also die eigentliche Erzählung im Erzählprozess dar (vgl. Gülich/ Mondada 2008: 105). Auffällig ist die Markierung der einzelnen Teile in Bezug auf ihren jeweiligen epistemischen Status. In Zeile 027 expliziert die Patientin im Sinne der vorher stattgefundenen Klärung, dass sie über die bisher geschilderten Geschehnisse über vollständige epistemische Autorität verfügt, wobei die Verwendung von *noch* signalisiert, dass diese abbrechen wird. Auf den Anfall selbst, der entsprechend der vorher geleisteten Relevanzssetzungen den Höhepunkt der Erzählung darstellt, geht die Patientin nur knapp ein: Dessen Schilderung beschränkt sich auf die Erwähnung der zwei Körperphänomene Zusammenbrechen und Krampfen. Diese markiert die Patientin durch die Verwendung der Abtönungspartikel *wohl* als etwas, dessen sie sich nicht sicher ist (vgl. Deppermann 2015: 15), was sich darauf zurückführen lässt, dass sie es nicht aus erster Hand weiß.

Bei der Erwähnung des Krampfes tritt durch die verwendete Partikel *so* zudem eine Markierung von Ungenauigkeit auf. Die Partikel *halt* markiert dagegen die gegebenen Informationen als in der Interaktion als bekannt voraussetzbar (vgl. Deppermann 2015: 14). Die Patientin verweist somit auf den common ground, der durch die institutionelle Gegebenheit des Gesprächs existiert. Auf die gleiche Weise markiert die Patientin die Geschehnisse nach dem Krampfanfall, die dem Ablauf bei medizinischen Notfällen in der Schule entsprechen, und die unmittelbar zur nun vorliegenden Gesprächssituation geführt haben. Sie schließt ihre Erzählung unter Verwendung eines deiktischen Ausdrucks mit der Vereinheitlichung von Handlungsort der Erzählung und gegenwärtigem Interaktionsort („Dann war ich hier“, Z.041), womit die Erzählung logisch abgeschlossen ist. Schweigen folgt. Nach über einer Sekunde leistet der Arzt nur eine Zuhöreraktivität, womit er das Rederecht wiederum bei der Patientin belässt. Sie entspricht dem dadurch auf ihrer Seite vorliegenden Zugzwang verzögert und nur minimal mit einem *ja*, das als Endsignal fungiert (vgl. Marić 2017: 34). Der beendende Charakter der Äußerung wird durch das sie begleitende Ausatmen paraverbal unterstrichen. Die Patientin tätigt danach keine weitere Äußerung mehr und die Sequenz der narrativen Rekonstruktion ist somit beendet. Allerdings scheint sie im Sinne der ärztlichen Agenda noch nicht ausreichend Aufschluss geboten zu haben, denn als der Arzt nach einer Weile den Turn aufnimmt, erneuert er den zuvor aufgebauten Zugzwang. Er tut dies mit minimalem Aufwand (einsilbig: „MEHR“, betont und in progredienter Intonation) und leistet dabei keine veränderte Relevanzsetzung.

In der anschließenden narrativen Rekonstruktion richtet die Patientin den Fokus auf die Chronologie der Abläufe. In der Bewertung nimmt sie äußere Gegebenheiten in den Blick, wie soziale Probleme, die aus der Erkrankung resultieren. Der Arzt reagiert darauf mit ausführlicher Rückmeldung von Verständnis, wobei er den niedrigen epistemischen Status expliziert, den er in Bezug auf das Krankheitserleben hat.

Etwas später im Gespräch initiiert der Arzt erneut eine narrative Rekonstruktion des jüngsten Anfallsgeschehens, indem er fragt, was die Patientin selbst noch weiß. Die Rekonstruktion des Geschehens bis zum eigentlichen Anfallsauftreten führt er unter Nutzung der Informationen, die er in der ersten narrativen Rekonstruktion erhalten hat, aktiv mit durch⁵. Dann zieht er sich auf die Zuhörerposition zurück.

⁵ Zur Veranschaulichung siehe vollständige Sequenz im Anhang.

Transkriptausschnitt 3: Erste Schilderung von Körpererleben im Zuge erneuter narrativer Rekonstruktion

136 A: (-) also toiLETTE war schon UM;
137 P1: (-) JA ja;
138 <<all> also ich war schon FERTig;>
139 A: hm_hm,
140 P1: ((l₁acht)) (--) ÄH:m (--) ja;
141 und dann bin ich (.) dann (-) ich WEIß
GARNicht mehr (-) wie/ (.) WIE geNAU,
142 <<all> es ist es halt einfach nur so>
ich bin dann einfach so,
143 (-) zuSAMMengeklappt HALt,
144 ich (1.67) keine AHnung;
145 also ich KAnn mich nicht geNAU dran
erinnern wieSO oder (.) auf jeden fall
WAR da dann irgendWAS;
146 das ist äh <<all> MEIstens bei meiner
krankheit dann so> dass ich dann (---)
dass dann sowas IST wie,
147 A: ((schreibt, ca. 1.68 Sek))
148 P1: weiß ich nicht;
149 (--) wie so_ein/ wie so_ein stromSCHLAG
oder so der dann (.) kommt und dann (--)
also_so von JETzt auf GLEIch halt,
150 A: (2.98) <<pp> hm_hm>
151 P1: ja also wie so_ein stromschlag ist das
<<smile voice> (meistens) >

Während die Patientin sich im bisherigen Gesprächsverlauf zur Darstellung des Anfallsereignis auf die Erwähnung der Körperphänomene beschränkt hat, tritt in diesem Transkriptausschnitt nun erstmals eine Beschreibung auf. Die Patientin rekonstruiert das Anfallsgeschehen narrativ, was an dem in Zeile 141 verwendeten „und dann“ deutlich wird, das die Grundform des Erzählens darstellt (vgl. z.B. Hausendorf & Quasthoff, 2005: S. 232.). Die Patientin setzt zu einer Rekonstruktion des Anfallsgeschehens an, wobei sie sich selbst in die semantische Rolle des Agens setzt: „und dann bin ich“. Sie stockt, und zeigt dann mit der Wiederholung der Konjunktion „dann“ den Versuch, in der Form der narrativen Rekonstruktion zu verbleiben. Nach einer kurzen Pause bricht sie jedoch ab, um stattdessen Erinnerungsschwierigkeiten zu explizieren, wobei sie angibt dass sie nicht mehr *genau* wüsste, womit sie impliziert, zumindest ungefähr etwas zu wissen. Die von Formulierungsarbeit gekennzeichnete Äußerung stellt keine vollständige satzwertige Konstruktion dar, was die von der Patientin explizierte Schwierigkeit des epistemischen Zugangs auch auf formaler Ebene abbildet. Im Anschluss daran

verwendet die Patientin erneut eine Variante einer früher im Gespräch schon verwendeten Wendung, mit der sie die Unabänderlichkeit und nicht weitere Notwendigkeit zur Begründung des bezeichneten Sachverhalts angibt: „es ist es halt einfach nur so“ (Z.142). Die schnelle Sprechweise unterstreicht den formelartigen Charakter dieser Äußerung. Im Anschluss daran realisiert die Patientin die Äußerung, zu der sie zuvor schon angesetzt hatte: „ich bin dann einfach so, (-) zuSAMMengeklappt HALt,“ (Z.142-143). Die in dieser Äußerung verwendeten Partikeln drücken eine nicht weitere Begründbarkeit dieses Geschehnisses aus. Zudem wird die Bekanntheit dieser Information in der Interaktion unterstrichen. Im Vergleich mit der ersten narrativen Rekonstruktion, in der die Patientin von *zusammenbrechen* gesprochen hatte (vgl. Transkriptausschnitt 2), fällt die Verwendung der Vokabel *zusammenklappen* als umgangssprachlich auf. Die Patientin setzt zu einer weiteren Äußerung an (Z.144), schweigt dann jedoch relativ lang, und bricht dann mit einem epistemischen disclaimer ab. Wiederholt drückt sie Erinnerungsschwierigkeiten aus, wobei sie nun expliziert, dass sie keine epistemische Autorität in Bezug auf den Auslöser des Anfalls hat: „also ich KAnn mich nicht geNAU dran erinnern wieSO oder (.)“ (Z.145). Mit der Konjunktion *oder* öffnet sie zunächst den Raum für die Nennung eines weiteren Aspekts, der von ihren Erinnerungsschwierigkeiten betroffen ist, bricht dies allerdings ebenfalls ab. Mit einer formelartigen adverbialen Wendung, die die Gewissheit des folgenden Sachverhalts unberührt von erwähnten Rahmenbedingungen ausdrückt, leitet sie eine nähere Beschreibung des Anfallserlebens ein: „auf jeden fall WAR da dann irgendWAS;“ (Z.145). Neben der semantisch mit dem Indefinitpronomen ausgedrückten Vagheit, die sich an die zuvor explizierten Erinnerungsschwierigkeiten zurückbinden lässt, fällt der Objektcharakter auf, den die Patientin den Empfindungen während des Anfalls zuschreibt. Die leicht fallende Intonation am Ende der Intonationsphrase verleiht der Äußerung einen abgeschlossenen Charakter. An dieser Stelle endet die Erzählung.

Es schließt sich eine Äußerung an, in der die Patientin eine Einordnung des geschilderten Sachverhalts als im Erscheinungsbild ihrer Krankheit üblich tätigt: „das ist äh <<all> MEIstens bei meiner krankheit dann so> dass ich dann (---) dass dann sowas IST wie,“ (Z.146). Auch während dieser Äußerung werden Formulierungsschwierigkeiten deutlich. Wie schon zuvor wird das Erleben des Anfalls hier semantisch objektiviert. Die Patientin leitet einen offenen Vergleich ein, bricht die Äußerung jedoch nach der Konjunktion ab, also vor der Nennung des zweiten

Junktionsglied (vgl. Weinrich 1993: 785f.), sodass eines der Relata (vgl. Mauz & Sass 2011: 13) des Vergleichs ausbleibt. Die zum Ende der Äußerung leicht steigende Tohöhenbewegung kennzeichnet die Äußerung als unabgeschlossen und stellt eine Weiterweisung auf den noch ausstehenden Schwerpunkt der Äußerung dar (vgl. von Essen, 1964: 37). Während der Äußerung der Patientin macht sich der Arzt Notizen, ein Zeichen dafür, dass er Informationen erhalten hat, die im Rahmen seiner Exploration relevant sind. Nach einer längeren Sprechpause äußert die Patientin erneut einen epistemischen disclaimer („weiß ich nicht“, Z.146). Nach einer weiteren Pause greift sie den unabgeschlossenen Vergleich mit der Wiederholung der Konjunktion wieder auf. Wiederum werden Formulierungsschwierigkeiten deutlich, bevor die Patientin schließlich das ausstehende Relatum angibt: „(--) wie so_ein/ wie so_ein stromSCHLAG oder so der dann (.) kommt und dann (--) also_so von JEtzt auf GLEIch halt,“ (Z.149). Der Nennungs des Relatums *Stromschlag* folgt mittels der Partikel *oder so* unmittelbar eine Markierung der Unsicherheit der Passgenauigkeit des geleisteten Vergleichs. Die Patientin differenziert im Folgenden den von ihr selbst getätigten Vergleich aus, indem sie das Tertium comparationis, also den Fokus, unter dem der Vergleich vorgenommen wird (vgl. Buhofer 2011: 192) explizit macht, wobei zunächst Formulierungsschwierigkeiten auftreten und die Ausführung nach dem Konjunkionaladverb *dann* abbricht. Nach einer mittellangen Pause schließt sie eine weitere Ausdifferenzierung an („also_so von JEtzt auf GLEIch halt“, Z.149), bei der sie auf eine feste Redensart zurückgreift, mit der das plötzliche Eintreten eines Ereignisses bezeichnet wird. Die nachgestellten Modalpartikel *halt* markiert den Rückgriff auf die verwendete Redensart. Zugleich wird damit markiert, dass die Ausdifferenzierung des getätigten Vergleichs somit abgeschlossen ist, da davon ausgegangen werden kann, dass die Wissensbestände angeglichen wurden. Der Arzt könnte an dieser Stelle das Rederecht übernehmen, durch die verzögerte Äußerung einer Zuhöreraktivität vermeidet er dies jedoch. Die Patientin nutzt das somit bei ihr verbleibende Rederecht, um ihre Äußerungen zusammenzufassen: „ja also wie so_ein stromschlag ist das <<smile voice> (meistens) >“ (Z.151). Der Antwort ist mit dem Adverb *meistens* eine Einschränkung der Gültigkeit auf den Großteil der Fälle des Anfallsauftretens nachgestellt. Der Markierung des Abschlusses der Darstellung wird durch die veränderte Stimmqualität, die in Richtung eines Lachens geht, verstärkt. Diese drückt ein entschuldigendes Sich-Distanzieren von der möglicherweise unpassenden Antwort aus (vgl. Kaufhold 2005: 44).

In Transkriptausschnitt 3 ist neben den Formulierungsschwierigkeiten vor allem das Verhalten des Arztes auffällig. Indem er sich während der Schilderungen der Patientin Notizen gemacht hat, hat er diese als relevant im Sinne seines ärztlichen Interesses markiert. Diese Interpretation wird im folgenden Transkriptausschnitt durch die Anschlusshandlung des Arztes vereindeutigt, als dieser das an ihn zurückverwiesene Rederecht darauf verwendet, eine Detaillierungsfrage zu stellen, die sich direkt an die von der Patientin durchgeführte Veranschaulichung anschließt.

Transkriptausschnitt 4: Detaillierung von Körpererleben

152 A: STROMschlag WO?
 153 P1: (--) ähm (.) das geht DURch von/ von/
 von den ARmen oben bis runter in die
 BEIne (.) MEIstens,
 154 A: ((schreibt, ca. 10.07 Sek)) hm_HM,
 155 (4.45) und DAnn,
 156 P1: (--) hm: (-) DAnn ähm (---) ähm FAngen
 sich halt (--) meistens an so_meine
 MUSKeln (.) also meine A/ meistens meine
 ARme und meine BEIne halt so (.) zu
 verKRAMPFen,
 157 meine hüften sind ganz steif,
 158 (---) und ähm (--) dann (---) hm_ja,
 159 (---) ist halt (---) <<ausatmend> hm>
 wie soll man <<smile voice> das
 erklären?>
 160 (1.14) FAngen die an SO (.) zu (.)
 ZUcken halt;
 161 so rum zu,
 162 A: (-) hm_hm,
 163 P1: ZUcken ((lacht auf))und ähm (-) MEIstens
 ist das noch IRgendwas mit dem
 OBERkörper auch dass der BRUSTkorb
 [dann immer so] (.)
 164 A: [OH,]
 165 P1: HOch geht,
 166 A: (-) k/ w/ äh und/ und WOher WISSen sie
 das?
 167 P1: (.) ich äh:m ähm wenn ich KRAMPfanfälle
 krieg dann erzähle manche leute mir das;

Der Arzt stellt mit minimalem Aufwand eine Präzisierungsfrage nach der körperlichen Lokalisation des von der Patientin beschriebenen Erlebnisses („STROMschlag WO?“, Z.152). Die Patientin nimmt den Turn verzögert auf und antwortet auf die Frage des Arztes mit der Angabe eines Körperbereichs: „(--) ähm (.) das geht DURch von/ von/

von den ARmen oben bis runter in die BEIne (.) MEIstens,“ (Z.153). Durch die Vorstellung der im verwendeten Verb enthaltenen Präposition *durch* sowie deren Betonung wird deutlich, dass im Widerspruch zum mit der Präposition *wo* semantisch erfragten Punkt in der Antwort ein Bereich angegeben wird. Dieser wird über einen Ausgangs- und einen Endpunkt definiert, wobei diese über die Nennung der betreffenden Körperteile sowie deren Lokalisation in der Körperhöhe identifiziert werden. Der Bereich wird von oben nach unten definiert. Die Betonung markiert die Körperteile als im Sinne der Frage relevante Information. Formulierungsarbeit kennzeichnet Schwierigkeiten bei der Äußerung. Der Antwort ist die gleiche Einschränkung der Gültigkeit nachgestellt, wie schon zuvor bei der Einführung des Stromschlag-Bildes. Der Arzt macht sich im Anschluss relativ lange Notizen, dann ratifiziert er mittels einer Zuhöreraktivität den Empfang der neuen Information und weist durch die progrediente Intonation das Rederecht zurück an die Patientin. Diese nimmt den Turn jedoch nicht wieder auf, wodurch eine Gap (vgl. Sacks et al. 1974: 700f.) entsteht. Schließlich übernimmt der Arzt den Turn, und erzeugt mit der Äußerung „und DAnn,“ (Z.155), in ebenfalls progredienter Intonation erneut einen Zugzwang auf die Fortführung der Rekonstruktion. Nach einem mittellangen Schweigen nimmt die Patientin den Turn auf, und zeigt zunächst eine Minimalreaktion („hm:“, Z.156), deren Längung und die sich anschließende kurze Pause Display einer kognitiven Suchoperation darstellen. Schließlich leitet die Patientin ihre Äußerung mit der Aufnahme des vom Arzt verwendeten Konjunkionaladverbs *dann* ein, was erwartbar macht, dass sie dem aufgebauten Zugzwang in formal präferierter Form entsprechen wird. Nach deutlicher Formulierungsarbeit nutzt sie ein ichoatives Verb und eine reflexive Form, um das Verhalten ihres Körpers während des Anfalls zu beschreiben, wobei sie erst ihre Muskeln und dann in einer Ausdifferenzierung, eingeleitet durch das Konjunkionaladverb *also* den zuvor schon erwähnten Körperteilen (Arme und Beine) semantisch die Rolle des Agens zuweist. Die Körperteile werden mittels Possesiv-Artikel in Zugehörigkeitsrelation zur Patientin selbst gestellt. Das Verhalten ihres Körpers benennt sie als *verkrampfen*, was der Benennung im bisherigen Verlauf des Gesprächs entspricht, wobei diese Wiederholung durch die zweimalige Verwendung der Modalpartikel *halt* explizit gemacht wird. Die Betonung auf die Anfangssilben der Körperteilnamen, ebenso wie auf die Bezeichnung des Körperverhaltens, markieren diese als relevante Information. Die zweimalige Verwendung der Partikel *so*, die eine Näherung an den passenden Begriff kennzeichnet

(vgl. Thurmair 2001: 34), verdeutlicht eine Schwierigkeit in der Verballiierung. Durch die Verwendung des Adverbs *meistens* wird einmal das gesamte geschilderte Ereignis, einmal das Verhalten nur der Arme generalisiert dargestellt, aber nur als in einer eingeschränkten Zahl der Anfälle gültig gekennzeichnet. Die Darstellung des Verhaltens der Körperteile im Anfall hat zusammen mit der sich nun anschließenden Erwähnung der Hüfte als steif (vgl. Z.157) durch die progrediente Intonation der Äußerungen und der wiederholten Verwendung des Possesiv-Artikels einen listenartigen Charakter (vgl. Selting 2004). Die Liste ist an dieser Stelle durch die Intonation als offen oder aber noch nicht abgeschlossen gekennzeichnet. Es schließt sich eine Pause an, dann folgt ein stark von Formulierungsarbeit gekennzeichneter Äußerungsteil, in dem die Konjunktion *und* und *dann* den Versuch anzeigen, die Schilderung fortzusetzen. Die Verwendung der Abtönungspartikel *ja* im Anschluss an das unsicherheitsmarkierende *hm* ist geeignet, den Abbruch der Äußerung zu kennzeichnen. Nach einer langen Pause wird die Äußerung jedoch zunächst fortgesetzt. Der unvollständig ausgedrückte Sachverhalt erhält durch die Verwendung von *ist* einen objektiven Charakter. Der Formulierungsversuch bricht schließlich ab, wobei das Ausatmen der Patientin an dieser Stelle die ergebnislose Formulierungsarbeit als anstrengend kennzeichnet. Im Anschluss daran expliziert die Patientin in Form einer rhetorische Frage Schwerbeschreibbarkeit (vgl. Schöndienst 2020: 39) („wie soll man <<smile voice> das erklären?>“, Z.159). Durch das darin verwendete unpersönliche Personalpronomen wird die Schwierigkeit als allgemeingültig, also Teil des Sachverhalts, nicht der eigenen Erklärungsfähigkeiten, gekennzeichnet. Die veränderte Stimmqualität lässt sich als Ausdruck von Unsicherheit interpretieren. Nach einer Pause von fast anderthalb Sekunden folgt eine Äußerung, die einen syntaktischen Anschluss an das zuvor verwendete *dann* darstellt: „FAngen die an SO (.) zu (.) ZUcken halt;“ (Z.160). Die Körperschilderung findet hier unter erneuter Verwendung des inchoativen Verbs *anfangen* statt, die zuvor benannten Körperteile nehmen, repräsentiert durch ein Relativpronomen, weiterhin die semantische Rolle des Agens ein. Obwohl die fallende Intonation einen Abschluss der Äußerung zu markieren scheint, spricht die Patientin weiter, sie wiederholt die Formulierung, ergänzt um das alltagssprachliche Adverb *rum*, womit semantisch die Ungerichtetheit der Körperbewegungen ausgedrückt wird: „so rum zu,“ (Z.161). Die steigende Intonation, und somit Markierung von Unsicherheit ruft auf Seiten des Arztes eine Zuhöreraktivität hervor, mit der er das Rederecht nicht beansprucht: (-) hm_hm,“ (Z.162). Die Patientin

setzt daraufhin ihre Äußerung fort: „ZUcken ((lacht auf))“ (Z.163). Durch die Betonung auf die Verben wird das Körperhandeln als wichtige Information markiert. Das Auflachen am Ende der Äußerung lässt sich als Display von Verlegenheit über das sonderbare Verhalten des Körpers und die möglicherweise unzureichende Antwort auffassen. Die Patientin leitet die Fortsetzung ihrer Körperschilderung mit der Konjunktion *und* ein. Am folgenden pausenäquivalenten *Ähm* und einer Pause erkennbar treten zunächst Formulierungsschwierigkeiten auf. Danach führt die Patientin die Äußerung mit der Schilderung weiteren Körperhandelns fort, wobei sie erneut die eingeschränkte Generalisierbarkeit ausdrückt und dies betont. Wie schon zuvor werden außerdem die Körperteile und das Körperhandeln durch Betonung als relevant markiert, außerdem das in der Äußerung enthaltene Indefinitpronomen *irgendwas*, durch das die nicht nähere Bestimmbarkeit des Körperhandelns ausgedrückt wird: „und ähm (-) MEIstens ist das noch IRgendwas mit dem OBERkörper auch dass der BRUSTkorb dann immer so (.) HOch geht,“ (Z.162, 164) Während die Patientin spricht, schaltet der Arzt sich mit einer Zuhöreraktivität ein, die die Änderung seines Wissensbestands (vgl. Deppermann 2015: 2ff.) erschließen lässt und ein Display von Erstaunen und Bedenklichkeit darstellt („OH“, Z.163). Nachdem die Patientin ihre Äußerung zu Ende konstruiert hat, übernimmt der Arzt den Turn. Unter Formulierungsarbeit fragt er, woher die Patientin das Geschilderte weiß. Dies leitet eine Klärungssequenz ein, in der die Patientin noch einmal mangelndes Erste-Person-Wissen über die Anfallsgeschehnisse expliziert und die Erzählungen anderer Leute als Quelle nennt. Der Arzt tätigt in dieser Sequenz eine Paraphrase, die die Patientin wiederum ratifiziert. Nach dieser Klärungssequenz schließt sich eine kurze Pause an, bevor der Arzt mit seiner nächsten Frage thematisch einen Sprung zum schlimmsten Anfall in der Krankheitsgeschichte bisher vollzieht.

Im weiteren Verlauf des Gesprächs wird zunächst das entsprechende Ereignis narrativ rekonstruiert, wobei die Schilderungen dabei mit dem bereits rekonstruierten Anfall kontrastiert werden. Danach wird das Thema möglicher Kontrolle des Anfallsgeschehens behandelt.

Gegen Ende des Gesprächs initiiert der Arzt nochmals eine narrative Rekonstruktion des Anfalls vom Vortag. Wie bereits in Transkriptausschnitt 4 rekonstruiert er die narrative Rekonstruktion der Rahmenereignisse bis zu dem Zeitpunkt, an dem der Anfall selbst aufgetreten ist. Dann übergibt er die Aufgabe an die Patientin.

Transkriptausschnitt 5: Rückgriff auf im Gespräch erarbeitete Bildlichkeit

240 A: (---) und Dann?
241 Pl: (--) das: (.) GIng Alles ganz/ das GIng
alles ganz SCHNELL,
242 mir_wurd/ mir WUrd ziemlich MULMIG
zumute (dass_ist_halt) (.) mir war ein
bisschen SCHWINDelig auf einmal und dann
(--) dann: (.) ja;
243 (---) äh als HÄtte ich halt einen
STROMschlag hier irgendwo in_eine
STECKdose gefa/ <<p> also ich hab noch
NIE in_eine STECKdose gePAckt aber
(lacht auf))>(1.03) <<p> hm>(-) so wie
ich es mir <<smile voice> VORstellen
würde> wenn <<dim> ich in_eine steckdose
PAcken würde,
244 (.) so halt>
245 A: (-) hm_hm,
246 Pl: (.) Also (.) GAnz seltsam,
247 (-) Also (.) mir_wird VORher MEIstens
(.) SCHWINDelig und (.) MEIstens auch
ein bisschen schlecht,
248 A: HM_hm,=
249 Pl: =<<p> und ähm (--) hm_ja>

Der Arzt baut auf Seiten der Patientin den Zugzwang zu einer narrativen Rekonstruktion auf, mittels der Äußerung von *und dann* als der Grundform des Erzählens in fragender Intonation. Die Patientin übernimmt den Turn verzögert. Im Gegensatz zu vorher im Gespräch leistet sie nun direkt eine Rekonstruktion ihres Körpererlebens. Zunächst verweist sie auf das hohe Tempo der Ereignisse, dann schildert sie die Qualität der Empfindungen, die sie als zwei Stufen darstellt. Zur Schilderung des Erlebens auf der ersten Stufe greift sie zunächst auf eine umgangssprachliche Floskel zurück („mir_wurd/ mir WUrd ziemlich MULMIG zumute“, Z.242), die sie anschließend nochmals in etwas weniger umgangssprachlicher Form paraphrasiert („mir war ein bisschen SCHWINDelig auf einmal“, Z.242). Bevor die Patientin die zweite Stufe schildert, tritt wieder einige Formulierungsarbeit auf, in der sowohl semantisch als auch durch die Intonation und durch das Verwenden eines Pausenfüllers das Bemühen deutlich wird, die Rekonstruktion fortzuführen. Die Patientin löst das Problem schließlich indem sie auf das bereits vorher im Gespräch erarbeitete Bild des Stromschlags zurückgreift, das sie nun als Vergleich heranzieht: „als HÄtte ich halt einen STROMschlag hier irgendwo in_eine STECKdose

gefa/“ (Z.243). Die Bekanntheit wird durch die Verwendung der Partikel *halt* verdeutlicht. Die Patientin bricht den Satz vor Vervollständigung ab, um sich selber zu korrigieren, indem sie expliziert, dass sie die entsprechende Erfahrung noch nie gemacht hat, es sich aber so vorstellt. Obwohl am Ende des Turns der Patientin durch die Floskel *so halt* Abgeschlossenheit ausgedrückt wird, übernimmt der Arzt den Turn nicht, sondern leistet nach kurzem Schweigen lediglich eine Zuhöreraktivität. Die Patientin nimmt daraufhin den Turn nach einer sehr kurzen Pause unter Verwendung der Fortsetzung anzeigenden Partikel *also* wieder auf und leistet zunächst eine Bewertung „(.) Also (.) GANz seltsam,“ (Z.246). Als das Rederecht weiterhin bei ihr verbleibt, greift sie nach einer erneuten Pause die Beschreibung des Körpererlebens auf der ersten Stufe wieder auf und erweitert diese inhaltlich: „(-) Also (.) mir_wird VORher MEIstens (.) SCHWINdelig und (.) MEIstens auch ein bisschen schlecht,“ (Z.247) Hierbei fällt auf, dass sich die Form der Rekonstruktion verändert hat. Durch die Verwendung des Adverbs *meistens* und des Präsens anstelle des zuvor verwendeten Präteritums bzw. Perfekts tritt nun ein Anspruch auf (eingeschränkte) Verallgemeinbarkeit auf. Es liegt also eine Bewegung von einer narrativen Rekonstruktion zu einer Generalisierung vor. Der Arzt ratifiziert die Äußerung der Patientin mit einer Zuhöreraktivität (Z.248). Im Anschluss an diese führt die Patientin den Turn direkt weiter, allerdings nur, um nach etwas Formulierungsarbeit die Abgeschlossenheit ihrer Rekonstruktion zu markieren: „=<p> und ähm (--hm_ja>“ (Z.249).

Der Arzt übernimmt den Turn danach verzögert. Er bezieht die durch die Patientin zuletzt gegebenen Informationen auf das vorhergegangene Thema der möglichen Kontrolle. Nachdem dieses Thema nochmal knapp behandelt wird, schweigt der Arzt eine sehr lange Weile, bevor er sich vergewissert, dass nichts Wichtiges zu den Anfällen vergessen worden ist. Den Rest des Gesprächs verbringen Arzt und Patientin mit der Exploration von möglichen Stressoren durch eine psychische Begleiterkrankung sowie der Rekonstruktion der Eckdaten vergangener ärztlicher Behandlungen.

In der Makrostruktur von Gespräch 1 fällt insgesamt auf, dass die ärztliche Agenda wesentlich auf eine Exploration von Körperhandeln und Körpererleben abzielt. Das wird durch die Relevanzssetzungen deutlich, die der Arzt durch Detaillierungsfragen leistet. Wenngleich er im Sinne des Gesprächsleitfadens der Patientin insgesamt viel Raum für Schilderungen lässt, fällt darüberhinaus auf, dass er sich an Stellen, an denen

die Patientin Aussagen zum Körperhandeln und Körpererleben tätigt, in besonderem Maße auf eine Zuhörerposition zurückzieht.

Von Seiten der Patientin wird eine Detaillierung von Körperhandeln und Körpererleben dagegen lange vermieden. Die Rekonstruktionen des Anfallsgeschehens findet in erster Linie narrativ statt. Dies lässt sich daran zurückbinden, dass der Arzt mit seiner offenen Einstiegsfrage einen entsprechenden Zugzwang etabliert. Die Bearbeitungen der Themen Körperhandeln und Körpererleben im Kontext der narrativen Rekonstruktionen der Anfallsereignisse beschränken sich zunächst jedoch auf Erwähnungen. Nach einer ständigen Wiederholung des Detaillierungszwangs durch den Arzt leistet sie die Körperschilderung schließlich unter Rückgriff auf ein sprachliches Bild. Diese Strategie wird im nachfolgenden Fallbeispiel 2 noch deutlich ausführlicher betrieben.

5.1.2 Vergleich mit anderen Körperempfindungen

Da der Patient in Gespräch 4 unter Empfindungsstörungen leidet, werden hier nur Körperempfindungen und die damit verbundenen Einschränkungen thematisiert. Der Patient in diesem Gespräch zeichnet sich durch ein hohes Maß an Kooperation von Anfang an aus. Im Zuge der vom Arzt relevant gemachten Detaillierung von Körpererleben treten jedoch deutliche Formulierungsschwierigkeiten auf. Der Patient löst dieses Problem im Laufe des Gesprächs wiederholt durch das Anwenden von Veranschaulichungsverfahren.

Die erste Bearbeitung des Themas Körpererleben findet in Gespräch 4 nicht in Form einer narrativen Rekonstruktion statt. Dies ist auf ein Missverständnis am Anfang des Gesprächs zurückzuführen, in Folge dessen der Patient eine ausführliche narrative Rekonstruktion organisatorischer Probleme im jüngeren Klinikontext leistet. Nach Abschluss dieser Erzählung leitet der Arzt eine Reparatursequenz ein, indem er in einer wiederum offen gestellten Frage nun den Patienten in den Fokus rückt, hierbei aber nicht noch einmal eine narrative Rekonstruktion als präferierte Antwortform relevant macht. Daraufhin schildert der Patient seine gegenwärtige körperliche Verfassung. Der folgende Gesprächsausschnitt umfasst den zweiten Teil dieser Schilderung.

Transkriptausschnitt 6: Vergleich mit bekannter Alltagsempfindung

051 P4: und_LAUfen kann ich wie gesagt IMMernoch
nicht so wirklich;

052 A: (1.7) hm;
053 (-) was HEIßt nicht so wirklich?
054 P4: (1.5) ALso (.) mit (.) HILfe kann_ich
mich fortbewEgen aber nicht wirklich
LAUFen;
055 A: (5.0) und waRUM?
056 P4: (---) WEIß_ich NIcht;
057 (1.5) meine BEIne tun mir andauernd WEH
und (.) ja;
058 (1.0) ich_hab das gefühl als wäre un/ äh
der man/ der BODen nicht (-) GERAdE also
so UNeben oder,
059 (.) als würde_ich auf so_einem TRAMPolin
LAUFen;
060 (2.0) dann_ist der (.) dann FÜHlt man
sich ja AUch immer (.) so KOMisch das
man (.) wie man läuft dann;
061 (---) ja und DAs (.) so hab_ich das
geFÜHL;
062 (3.8) und wenn_ich die_dann (.) ZU doll
HOch hebe [DAnn] (-) tun die ri/ dann
tun die eben halt WEH,
063 A: [hm,]
064 P4: (1.5) ja;
065 A: (4.0) hm_hm;

In Zeile 051 führt der Patient inhaltlich und intonatorisch seine Schilderung zu einem Abschluss. Der Arzt übernimmt das Rederecht jedoch nicht, sondern verbleibt zunächst in der Zuhörerposition. Nachdem der Patient die somit vorliegende Möglichkeit, seine Schilderung zu erweitern, nicht nutzt, stellt der Arzt schließlich eine Präzisierungsfrage: „was HEIßt nicht so wirklich?“ (Z.053). Der Patient übernimmt den Turn nicht sofort. Zusammen mit dem von Pausen gekennzeichneten Anfang seines Turns, an dem mit der Verwendung der Partikel *also* deutlich wird, dass sich eine Elaboration des fraglichen Aspekts anschließen soll, ist dies ein Display von Denkaktivität. Die Detaillierung seiner Aussage scheint für den Patienten also mit Problemen verbunden zu sein, er zeigt sich aber kooperativ. In der dann realisierten Antwort detailliert der Patient die zuvor erwähnten Schwierigkeiten auf einer funktionalen Ebene. Obwohl die fallenden Intonation am Ende seiner Äußerung Abgeschlossenheit signalisiert, übernimmt der Arzt den Turn nur sehr verzögert. Mit einer ökonomisch realisierten Frage nach dem Grund reicht er das Rederecht dann direkt zurück an den Patienten (Z.055). Durch dieses Verhalten macht der Arzt eine ausführlichere Bearbeitung des Themas durch den Patienten relevant.

Der Patient übernimmt den Turn mit einem kurzen Zögern und äußert zunächst einen epistemischen disclaimer („(---) WEIß_ich NIcht;“, Z.056). Nach einer deutlichen Pause gibt er einen Grund im Sinne der Arztfrage an: „meine BEIne tun mir andauernd WEH und (.) ja;“ (Z.057). Dies war im Gespräch zuvor allerdings bereits erwähnt worden. Der Patient signalisiert eine Erweiterung seiner Äußerung (erkennbar am *und*), scheint also entsprechend der durch den Arzt gesetzten Relevanz eine ausführliche Antwort geben zu wollen. Dies scheitert jedoch zunächst, die Konstruktion des Patienten bricht ab, und die turnfinale eingebettete Partikel *ja* signalisiert ein Ende. Nach einer Pause von einer Sekunde führt der Patient den Turn jedoch fort, diesmal inhaltlich mit einem anderen Ansatz: Er schildert nun seine Körperempfindung, und greift dazu auf einen Vergleich zu einem allgemein zugänglichen Erleben zurück, bei dem die Quelle für die Körperempfindung außerhalb des eigenen Körpers liegt: „(1.0) ich_hab das gefühl als wäre un/ äh der man/ der BODen nicht (-) GERAdE also so UNeben oder;“ (Z.058). An Formulierungsarbeit wird deutlich, dass die Schilderung des Körpererlebens dem Patienten Probleme bereitet. Das gewählte Vergleichsobjekt wird durch eine Reformulierung und in dieser die Verwendung einer Ungenauigkeit ausdrückenden Partikel als unpräzise markiert. Nach einer Mikropause tätigt der Patient eine Reformulierung, die den zuvor getätigten Vergleich nun mit einer konkreten Alltagserfahrung kontextualisiert: „(.) als würde_ich auf so_einem TRAMPolin LAUFen;“ (058). Diese Äußerung läuft flüssig ab, die Betonung auf das Vergleichsobjekt kennzeichnet dieses als im Sinne der Arztfrage relevante Information. Am redeübergaberelevanten Punkt am Ende dieses Äußerungsteils übernimmt der Arzt den Turn nicht, und macht somit eine weitere Bearbeitung des Themas von Seiten des Patienten relevant. Nach einer Pause nimmt der Patient den Turn entsprechend wieder auf, und leistet nun eine Elaboration des Vergleichs, indem er dazu ansetzt, die Empfindung beim Laufen über ein Trampolin zu explizieren. „(2.0) dann_ist der (.) dann FÜHlt man sich ja AUch immer (.) so KOMisch das man (.) wie man läuft dann;“ (Z. 060). Das an dieser Stelle verwendete unpersönliche Personalpronomen *man* verdeutlicht den Anspruch an Allgemeingültigkeit der geschilderten Erfahrung. Im Gegensatz zur flüssigen Äußerung des Vergleichs zuvor, ist das Sprechen über die Empfindung von mehreren Mikropausen gekennzeichnet, die einen Hinweis auf Formulierungsarbeit darstellen (Z.60). Ohne die Empfindung inhaltlich näher beschrieben zu haben, beendet der Patient diesen Äußerungsteil und expliziert nun noch einmal die Parallele zu seinem tatsächlichen Körperempfinden: „(---) ja und DAs (.) so

hab_ich das geFÜHL;“ (Z.061). Wiederum lässt sich diese Stelle aufgrund der inhaltlichen Abgeschlossenheit und der fallenden Intonation als redeübergaberelevanter Punkt einstufen, den der Arzt ebenfalls verstreichen lässt. Nach einer deutlichen Pause nimmt der Patient den Turn selbst wieder auf, und stellt nun einen Rückbezug zum früher von ihm erwähnten Sachverhalt, den Schmerzen in den Beinen her: „(3.8) und wenn_ich die_dann (.) ZU doll HOch hebe [DAnn] (-) tun die ri/ dann tun die eben halt WEH;“ (Z.062). In der Äußerung fällt ein Formulierungsabbruch auf, an der der Patient möglicherweise zunächst zu einer drastischen Darstellung seiner Schmerzen ansetzt (mutmaßlich: *dann tun die richtig weh*), die Aussage dann aber nur als wertungsfreien Verweis auf den bekannten Sachverhalt realisiert. Während der Patient spricht, findet sich auf Seiten des Arztes eine Zuhöreräußerung, er signalisiert also den Rückzug auf eine Zuhörerposition, und behält diese nach dem Ende der Äußerung des Patienten bei. Nach einer deutlichen Pause signalisiert der Patient mittels Verwendung der Partikel *ja* schließlich das Ende seines Redebeitrags und nimmt seinerseits den Turn nicht wieder auf. Auch auf paraverbaler Ebene signalisiert er, dass er den Turn abgeben möchte (vgl. Gülich & Hausendorf 2000: 380-382). Der Arzt verbleibt danach noch eine Weile in der Zuhörerposition, bevor er mit einer Detaillierungsfrage nun die Schmerzen thematisch in den Fokus rückt.

Transkriptausschnitt 7: Vergleich mit Vorstellung drastischer Körperempfindung

066 A: (1.5) äh_äh_äh w/ WIE tun die weh?
067 P4: (1.5) °hh jā eh MANchmal (.) nur so ein
STECHen aber manchmal auch so ein
DRÜcken;
068 <<all>also so> dass das DAnn der schm/
der/ das STECHen so,
069 (1.5) zum so_einem DRÜcken wird als
würde man das so zerQUETSchen das BEIn;
070 (--) <<all>aber das_hab ich auch> ähm
LETZtens mit_dem BRÜST(.)korb (.)
<<all>das hab_ich auch> noch ab und zu,
071 °h dann ä:hm (-) dann tut mir der
BRÜSTkorb weh und dann ä:h,
072 <<all>fühlt sich das an> als würde
jemand so meine LUNge DRÜcken;
073 (-) also so tut fi/ das (.) tut dann
WEH;=
074 A: =hm_hm;

Die Turnübernahme durch den Arzt findet zunächst rein durch Platzhalter für das Rederecht statt. Als er zu einer Formulierung ansetzt, tritt zudem ein Stammer auf, bevor er die vollständige Frage realisiert. Beides zusammen stellt ein Display für eine Suchoperation für eine sinnvolle Fortsetzung des Gesprächs dar. Der Patient übernimmt den Turn danach mit etwas Verzögerung, was wieder ein Hinweis auf Schwierigkeiten bei der Beantwortung der Frage ist. Unter etwas Formulierungsarbeit setzt er dann zu einer Detaillierung der Qualität des Schmerzes an, die er dadurch leistet, dass er zwei verschiedene Arten von Schmerz benennt, die jeweils manchmal auftreten. Er greift dabei auf konventionell verwendete Ausdrücke zur Charakterisierung von Schmerz zurück (*Stechen* und *Drücken*, vgl. Z.067). Im raschen Anschluss setzt der Patient zu einer Erläuterung an: „<<all>also so> dass das DAnn der schm/ der/ das STECHEn so, (1.5) zum so_einem DRÜcken wird“ (Z.068-069). Die Äußerung enthält eine Selbstkorrektur: Der Patient setzt zunächst zum Sprechen über den Schmerz allgemein an, bricht dann aber ab und greift im zweiten Ansatz stattdessen auf die Hyponyme zurück, deren Verlauf innerhalb der Beschwerden er dann expliziert. Auch dies ist gekennzeichnet von sichtbarer Formulierungsarbeit, zwischenzeitlich bricht der Patient die Äußerung sogar ab und realisiert den zweiten Teil erst nach einer Pause von anderthalb Sekunden. Die Partikel *so* markiert die Darstellung darüberhinaus ungenau. An den zweiten Äußerungsteil schließt sich in der selben Intonationsphrase unmittelbar ein Nebensatz an, der die Darstellung unter Rückgriff auf einen Vergleich nochmal erläutert: „als würde man das so zerQUETSchen das BEIn;“ (Z.069). Der Patient wendet an dieser Stelle also selbstinitiiert die Strategie an, die bei den Versuchen, dem Detaillierungszwang des Arztes zu entsprechen, zuvor (in Transkriptausschnitt 6) am erfolgreichsten gewesen war. Im Gegensatz zum oben betrachteten Fall greift er an dieser Stelle nicht auf eine allgemein bekannte und erfahrbare Alltagsempfindung als Vergleichsobjekt zurück, sondern auf ein drastisches Bild. Es schließt sich an dieser Stelle eine kurze Denkpause an, bevor der Patient den Turn weiterführt. Er modifiziert das Thema, indem er nun einen anderen Körperbereich anspricht, in dem bei ihm eine ähnliche Empfindung auftritt: „(--)<<all>aber das_hab ich auch> ähm LETZtens mit_dem BRUST(.)korb (.) all>das hab_ich auch> noch ab und zu,“ (Z.070). Das pausenfüllende *ähm* stellt eine Hesitation dar, die sich damit erklären lässt, dass der Patient institutionell nicht zuständig für die Gesprächsorganisation ist, und mit der Modifikation des Themas also eine Handlung vornimmt, die nicht seiner Rolle entspricht. Auch die Mikropausen in und nach der Nennung des neuen Körperteils

lassen sich entsprechend erklären, sie stellen Punkte dar, an denen der Arzt als Verantwortlicher für die Gesprächsorganisation intervenieren könnte. Er tut es nicht und so führt der Patient seinen Turn fort und erwähnt, dass das betreffende Phänomen ab und zu noch auftritt. Er gibt somit einen Account für dessen Relevanz im Gespräch, was ebenfalls eine Ausgleichshandlung zum Verletzen der Rollenverteilung darstellt. Dann erst geht der Patient zur Schilderung des Sachverhalts über. Er äußert zunächst, dass bei ihm Schmerzen im Brustkorb auftreten (vgl. Z.071), und erläutert diese Empfindung mit einem ganz ähnlichen Vergleichsobjekt wie zuvor bezogen auf die Schmerzen im Bein: „und dann ä:h, all>fühlt sich das an> als würde jemand so meine LUNge DRÜcken;“ (Z.071-072). Wie schon im Falle des Trampolinvergleichs beendet der Patient seinen Vergleich mit dem Rückbezug des Vergleichs auf die Körperempfindung, was auch hier wieder unter deutlicher Formulierungsarbeit stattfindet. „(-) also so tut fi/ das (.) tut dann WEH;=“ (Z.073). Der Arzt reagiert unmittelbar mit einer Zuhöreräußerung. Wie schon zuvor, übernimmt der Arzt an dieser Stelle das Rederecht nicht sofort, sondern erst nach einer geraumen Weile, um dann im Sinne seiner Explorationsstrategie weitere Fragen zu stellen.

Der Patient behandelt den Rückgriff auf Vergleiche selbst als erfolgreiche Strategie zur Körperschilderung. Dies ist in Transkriptausschnitt 7 deutlich geworden, indem der Patient unmittelbar und selbstinitiiert auf einen Vergleich zurückgegriffen hat, um ein aus seiner Sicht noch wichtiges Thema zu bearbeiten, und dafür in Kauf genommen hat, sich nicht konform zu seiner Gesprächsrolle zu verhalten. Indem der Arzt das zugelassen hat, hat er die Strategie ebenfalls als erfolgreich behandelt.

In der nachfolgenden dritten Fallanalyse finden sich ebenfalls implizite Auseinandersetzungen der Gesprächsteilnehmer mit ihren Rollen.

5.1.3 Körperschilderung als potenziell face-bedrohende Aktivität

Bei der Patientin in Gespräch 6 handelt es sich mit neun Jahren um die jüngste Patientin im Korpus. Entsprechend ist ihr sowohl ein geringes Krankheitswissen als auch ein geringes soziokulturelles Wissen über das Handeln im Arzt-Patienten-Gespräch zu unterstellen. Bereits am Anfang des Gesprächs wird jedoch deutlich, dass diese Einschätzung nicht uneingeschränkt zutrifft, was ich am nachfolgenden Transkriptausschnitt nachvollziehbar machen möchte. Im Kontext der narrativen Rekonstruktion des Anfalls, der Grund für die Arztkonsultation ist, tätigt die Patientin

eine Aussage über die Dauer des Anfalls. Der Arzt reagiert darauf mit einer Vergewisserung, die sich durch einen spezifischen Tonfall als Display von Verblüffung einordnen lässt.

Transkriptausschnitt 8: Verwendung tendenziell medizinischen Vokabulars

014 A: (-) de/ du wEißt wie lAng der war?
015 P6: (1.2) <<len> ja aso: ich wa:r äh dann
bewUSSt->
016 (-) [so.]
017 A: [ja?]
018 P6: <<all> in die ERsten krampfanfall war
ich bewUsst;>
019 °hh also im zwEIten: war ich also (-)
h° nIch so bewusst;
020 A: hm_hm,

Die Patientin reagiert auf die Vergewisserungsfrage des Arztes nicht sofort, sondern schweigt zunächst. Als sie den Turn dann übernimmt, fällt eine langsame Sprechweise auf. Beides zusammen sind ein Hinweis auf Denkaktivität. Die Patientin beantwortet die Frage zunächst minimal („ja“, Z.015), und setzt dann zu einer weiteren Erläuterung an, dass sie während des Anfalls über Bewusstsein verfügt hat. In der Äußerung findet sich ein nachgeschobenes *so*. Damit überlappend äußert der Arzt eine Zuhöreraktivität, mit der er erneut Verblüffung ausdrückt, diesmal bezogen auf das vorhandene Bewusstsein während des Anfalls. Die Patientin reagiert darauf mit einer Wiederholung ihrer Antwort sowie einer Erweiterung um Informationen zum zweiten Krampfanfall, in dem sie laut ihrer Aussage nicht bewusst war. Den Teil ihrer Äußerung, der eine Wiederholung darstellt, ist schnell und flüssig gesprochen, hier scheint also keine Denkarbeit mehr nötig zu sein. Der zweite Teil der Äußerung weist dagegen leichte Formulierungsarbeit auf. Die Antwort weist die Patientin sowohl durch ihren Inhalt als auch ihre Form als kompetente Sprecherin aus: Durch den Inhalt fällt auf, dass sie in der Lage ist, den Wissensbestand zu identifizieren, dessen Fehlen der Grund für die Verblüffung des Arztes ist, und diesen zu liefern. In der Form der Äußerung verwendet die Patientin mit dem Wort *bewusst* eine medizinische Vokabel. Sie spricht also adressatenorientiert ökonomisch, und zeichnet sich durch eine Art Fachwissen aus. In beiden Fällen (Zeile 015 und 019) verwendet sie allerdings eine Abtönungspartikel (*so*). Im ersten Falle drückt diese nachgestellt eine gewisse Ungenauigkeit aus. In der zweiten Verwendung impliziert sie in der Bewusstseinsfrage eine Graduierung, die

medizinisch fachlich nicht richtig ist. Dadurch kennzeichnet sich die Patientin wiederum als medizinische Laiin, die die Vokabel aus einem medizinischen Expertenkontext übernommen zu haben scheint. Dies macht eine gewisse Geübtheit der Patientin im Sprechen über ihren Anfall deutlich, die sich auf die bereits längere Krankheitsgeschichte zurückführen lässt.

Es kann also unterstellt werden, dass die Patientin über ein Formrepertoire verfügt, auf das sie beim Sprechen über Anfälle im medizinischen Kontext zurückgreifen kann. An einer späteren Stelle im Rahmen der narrativen Rekonstruktion des jüngsten Anfalls kommt sie allerdings auf ein Körperphänomen zu sprechen, das laut ihrer Aussage zum ersten Mal auftritt. Der entsprechenden Stelle geht eine narrative Rekonstruktion des Anfallsgeschehens voraus, die von der Patientin relativ ausführlich gestaltet wird. Die Patientin beendet die Rekonstruktion inhaltlich an dem Punkt, an dem im zweiten Anfall die Bewusstlosigkeit eintritt, nochmals mit Verweis darauf, nicht mehr zu wissen. Der Arzt übernimmt an der Stelle den Turn zu einer Verständnisfrage, die die Patientin unter Elaboration des letzten Teils der von ihr geschilderten Ereignisse zu beantworten versucht. Auf eine weitere Verständnisfrage des Arztes steigt sie etwas früher in der Erzählung ein, und kommt im folgend abgebildeten Ausschnitt auf ein bisher nicht thematisiertes Detail zu sprechen.

Transkriptausschnitt 9: Schwierigkeiten bei der Schilderung neuer Körpererfahrungen

053 P6: (1.8) <<f> dAnn> kam der erstmal der
krAMPfamfall,
054 <<all> erstmal passiert mir das,>
055 °h dAss irgendwie so mein kiefer
irgendwie so: hm;
056 (2.0) ich wEiß nich irgendwie so
p_h° ((atmet 7.45 Sek))
057 A: we/ was mAcht der kiefer-
058 P6: (-) hm_ ja er geht immer so AUf und
rUnter AUf und rUnter;
059 ((atmet 1.65 Sek))und man kann ihn/
IHN nich irgendwie stOPPen;
060 A: hm_hm,

Dieser Teil der Rekonstruktion beginnt mit einer deutlichen Pause, die sich mit Hinblick auf das zuvor explizierte Nichtwissen als Denk- oder Erinnerungspause interpretieren lässt. An dem dann geäußerten schnell gesprochenen und besonders betonten „<<f> dAnn>“ (Z. 053) wird zunächst die Absicht deutlich, die Rekonstruktion fortzuführen. Die Patientin erwähnt zunächst das Auftreten des

weiteren Anfalls unter Rückgriff auf die ihr zur Verfügung stehende medizinische Vokabel („krAMPfame Fall“, Z. 053), wobei die steigende Intonation eine Fortsetzung erwartbar macht. Es folgt in schneller Sprechweise die Einordnung, dass das nun geschilderte Phänomen zum ersten Mal auftritt. Syntaktisch als Nebensatz angeschlossen steigt sie nun in die Detaillierung eines an dieser Stelle auftretenden Körperhandelns ein. Grammatisch fällt auf, dass die Äußerung im Gegensatz zur vorangegangenen Rekonstruktion nun im Präsens steht. Die Patientin benennt unter Verwendung mehrerer Partikeln, die Ungenauigkeit markieren, zunächst den Kiefer als Körperteil, bei dem eine selbstständige Bewegung auftritt. Die Verwendung des Adverbs *so* (Z.055) macht eine nähere Beschreibung der Art und Weise erwartbar, dessen Längung weist allerdings auf Formulierungsschwierigkeiten hin. Das anschließend fragend intonierte *hm* als Denkpausenfüller dient der Erhaltung des Rederechts und signalisiert somit die Absicht, die begonnene Äußerung fortzuführen. Nach einer längeren Denkpause formuliert die Patientin einen epistemischen disclaimer, wiederholt das Adverb *so*. Mit einem Stammeln bricht die Äußerung ab. Eine ganze Weile atmet die Patientin jedoch hörbar angestrengt, der Formulierungsversuch scheint also noch nicht abgeschlossen zu sein. An der enormen Formulierungsarbeit wird insgesamt deutlich, dass hier der Rückgriff auf ein bestehendes Formenrepertoire nicht möglich ist. Nach fast acht Sekunden formuliert der Arzt die Frage, was der Kiefer macht (Z.057). Er weist dem Körperteil dabei die semantische Rolle des Agens zu. Die Frage ist in einem freundlichen Tonfall gesprochen. Da sie inhaltlich auf den gleichen Aspekt zielt, wie die abgebrochene Äußerung der Patientin, lässt sie sich als Ermunterung verstehen. Zudem steht zu vermuten, dass die von der Patientin erwartbar gemachte Information dem ärztlichen Explorationsinteresse entspricht.

Die Patientin beantwortet die Frage des Arztes nach einem Moment Schweigen, der verglichen mit den langen Pausen zuvor als kurz eingeschätzt werden darf. Das dann die Äußerung einleitende *ja* verzögert die Antwort noch weiter und „projiziert damit ein Problem mit der Passung zwischen Frage und Antwort“ (Betz 2017: 191). Da die dann anschließende Antwort typkonform zur W-Frage des Arztes ist, und inhaltlich die angefragte Information liefert, liegt es also nahe, dass die Antwort auf formaler Ebene unpassend ist. Nachdem die Patientin also eine möglicherweise in der Form unpassende Antwort für den Arzt erwartbar gemacht hat, beschreibt sie nun die Bewegung ihres Kiefers: „er geht immer so Auf und rUnter Auf und rUnter;“ (Z. 058). Durch die Wiederholung und eine rhythmische Sprechweise, sowie die der Bedeutung der Worte entsprechende

Intonation (aufsteigend bei *auf*, fallend bei *runter*) erweckt die Äußerung den Eindruck, die Bewegung des Kiefers in sprachlicher Form nachzuahmen. Der Körper wird somit behandelt, als sei er ein eigener handelnder Akteur in der Situation und nicht Teil der Patientin als erzählender Person. Die Antwort hat auf formaler Ebene also den Anklang einer prosodisch-stimmlichen Inszenierung des Körperhandelns, und weicht somit formal von dem ab, was im institutionellen Kontext des Arzt-Patienten-Gesprächs erwartbar ist. Indem die Patientin die Antwort zuvor als möglicherweise unzureichend gekennzeichnet und erst nach der Ermutigung des Arztes auf diese Form zurückgegriffen hat, weist sie sich wiederum als auf Ebene des soziokulturellen Handlungswissens kompetente Sprecherin aus. Zugleich wird deutlich, dass die Beschreibung des selbstständigen Körperhandelns die Patientin vor eine Herausforderung stellt, die sie zwingt, auf eine Form zurückzugreifen, die nicht der ansonsten konsistenten Verhaltensstrategie in der Situation entspricht. Die übliche Strategie der Patientin, die sich durch die Verwendung eines erwachsenen Stils kennzeichnet, stellt ein bestimmtes Face⁶ her. Indem die Körperschilderung für die Patientin mit ihrer üblichen Strategie aber nicht bewältigbar ist, und sie auf einen niedrigeren Stil zurückgreifen muss, kann diese im Anamnesegespräch zu diesem Krankheitsbild unvermeidbare Aufgabe für die Patientin als potenziell face-bedrohend (vgl. Goffmann 1971, 10ff.) eingeschätzt werden.

Nach wiederum einer deutlichen Pause, in der die Patientin hörbar atmet, erweitert sie, syntaktisch mit der Hauptsatzkonjunktion *und* angeschlossen, ihre Beschreibung um ein weiteres Detail, nämlich dass das Körperhandeln nicht stoppbar ist: „und man kann ihn/IHN nich irgendwie stOPPen;“ (Z.059). Die Äußerung stellt durch die Verwendung der Modalpartikel *irgendwie* ein Display von Unverständnis bzw. Überforderung dar. Abgesehen davon fällt die Verwendung des unpersönlichen Personalpronomens *man* auf, die für die Schilderung eines singulären Ereignisses, das selbst wahrgenommen wurde, nicht typisch ist.

Die Beschreibung des Körperhandelns im zweiten betrachteten Transkriptausschnitt zeichnet sich mit der Verwendung des narrativen Präsens durch eine aktualisierende Gestaltung aus⁷ (vgl. dazu Stukenbrock 2015: 77) aus. Zugleich gibt es einen Rückgriff auf

⁶ „The term *face* may be defined as the positive social value a person effectively claims for himself by the line others assume he has taken during a particular contact.“ (Goffman 1971: 5)

⁷ Stukenbrock (2015) unterscheidet im Rahmen einer Untersuchung von Verlustnarrativen und Traumaerzählungen zwischen Aktualisierung als *präsent machen* durch sprachliche und nicht sprachliche Darstellungsmittel und *präsent werden* als wieder gegenwärtig erleben. Eine Aktualisierung auf sprachlicher Ebene ist im von mir untersuchten Fall gegeben. Ob auch eine Aktualisierung im zweiten Sinne unterstellt werden kann, bedürfte einer weiterführenden Untersuchung, die im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht geleistet werden kann.

entpersonalisierende bzw. unpersönliche Formulierungsverfahren (vgl. Stukenbrock 2015: 84ff.). Die Gestaltung steht somit im klaren Kontrast zur gradlinigen Benennung des Körpererlebens im ersten Transkriptausschnitt, das ökonomisch adressatenorientiert gestaltet ist.

Arbeit am Face der Patientin, wird an dieser Stelle und auch im weiteren Verlauf der Rekonstruktion von Anfällen hauptsächlich von Seiten der Patientin betrieben wird. Es lässt sich aber auch auf Seiten des Arztes finden. Goffman beschreibt, dass das Face einer Person, das „eher diffus im Zug der Ereignisse der Begegnung“ ist, manifest wird, wenn die „in ihnen [den Ereignissen] zum Ausdruck gekommenen Bewertungen interpretiert werden“ (1971 11f.). Eine solche Interpretation durch den Arzt lässt sich im folgenden Transkriptausschnitt nachvollziehen.

Dieser stellt das Ende der Exploration der Krankheitsgeschichte dar. Im Gespräch treten danach keine Anfallsschilderungen mehr auf. Im direkten Vorfeld des Ausschnitts hat die Patientin, initiiert durch den Arzt, den allerersten Anfall in ihrer Krankheitsgeschichte narrativ rekonstruiert. Sie bricht ihre insgesamt ausführliche Rekonstruktion schließlich mit dem Hinweis auf fehlende Erinnerung ab.

Transkriptausschnitt 10: Arbeit am Face der Patientin durch den Arzt

149 P6: mE:hr hab ich vergessen <<dim> ehrlich
gesagt;>
150 A: HM_hm.
151 (.) naja is_auch länger her;
152 (1.47) °hhh <<f> gu::::t;>
153 das war ja/ haste_ja wirklich sUper toll
erzählt;
154 sUper toll-
155 (0.78) welche klAsse gehste jetzt,
156 P6: (-) <<p> hm::::> vier (.) te;>

Auch in dieser Patientenäußerung wird wieder Face-Work sichtbar: Der leiser werdende Nachschub „<<dim> ehrlich gesagt;>“ (Z.149), stellt eine

äußerungskommentierende Routineformel dar, mit der eine potenzielle Bedrohung des eigenen Face abgemildert wird⁸ (vgl. Böhringer 2015: 40).

Nachdem der Arzt zunächst nur eine Zuhöreraktivität zeigt, mit der er den Empfang der Information signalisiert, nimmt er nach einer Mikropause den Turn vollwertig auf. Mit der Antwortpartikel *naja* schwächt er die Brisanz des Gesagten ab. Im weiteren gibt er durch den Hinweis darauf, dass das Ereignis länger her ist, einen akzeptablen Grund für die fehlende Erinnerung der Patientin an. Er wahrt somit das Face der Patientin. Die fallende Intonation am Ende des Äußerungsteils signalisiert eine Beendigung des Sachverhalts. Der Turn verbleibt bei ihm. Nach einer längeren Pause, in der der Arzt hörbar atmet, kennzeichnet er mit dem langezogenen und lauten *gut* die insgesamt Sättigung des Themas. Auch dieser Äußerungsteil erscheint durch die fallende Intonation abgeschlossen. Aufgrund der Nachdrücklichkeit, die die Äußerung durch die Sprechweise erhält, lässt sich diese Sättigung nicht nur lokal, bezogen auf den zuletzt rekonstruierten Anfall, sondern global bezogen auf das Thema der Anfälle insgesamt, und das darauf gerichtete Explorationsinteresse, verstehen. Entsprechend beendet der Arzt das Thema an dieser Stelle im Gespräch. Bevor er jedoch zum nächsten Thema, der Exploration von möglichen Stressoren in Alltag und Schule, überleitet, spricht er noch ein Lob an die Patientin für ihre Erzählungen aus („das war ja/ haste ja wirklich sUper toll erzählt;“, Z.153). Er bekräftigt die darin getätigte Einschätzung nochmals durch eine Wiederholung des wertenden Adjektivs („sUper toll-“, Z.154). Sein Tonfall bei der Äußerung ist verändert und lässt sich als Display von Anerkennung verstehen. Nachdem der Arzt zuvor den bearbeiteten Themenkomplex global beendet hat, lässt sich auch diese in hohem Maße Face-bestätigende Äußerung als global gültig einstufen. Der Arzt bestätigt also das Face, dass die Patientin als bedroht behandelt hat.

Insgesamt finden sich in Gespräch 6 also Anzeichen dafür, dass Körperschilderungen in Anfallserzählungen potenziell Face-bedrohend sein können. Dies bezieht sich im vorliegenden Fall besonders auf die Schilderung des jüngsten Anfalls und des neu

⁸ Böhringer (2015) kommt in ihrer Untersuchung von Interaktionen zwischen Hochschullehrenden und Studierenden in Sprechstunden zu dem Ergebnis, dass die Formel „ehrlich gesagt“ in diesem Kontext nur von den Studierenden und nur zum Schützen des eigenen Face eingesetzt wird. Dies steht im Gegensatz zu den Ergebnissen früherer Untersuchungen, in denen „ehrlich gesagt“ als Formel zum Schutz des Face des Gegenübers identifiziert wird (z.B. Stein 1995: 217; Stoltenburg 2009: 266). Da es sich in Böhringers Untersuchung um dyadische Gespräche im institutionellen Kontext handelt, in denen ein Experte konsultiert wird, scheint eine Übertragung auf den Gegenstand der vorliegenden Untersuchung gut möglich.

aufgetretenen Anfallsphänomens. Die Patientin ist noch nicht darin geübt, über dieses zu sprechen, und kann entsprechend nicht auf bewährte Strukturen oder Formeln zurückgreifen.⁹

Die Präsentation der Ergebnisse der explorativen Analyse anhand dreier ausgewählter Beispielfälle ist somit abgeschlossen. Im Zuge der Analyse konnte eine Reihe von sprachlichen Strategien gesammelt werden, die im Kontext von Körperschilderungen auf globaler wie auf lokaler Ebene auftreten. Diese Erkenntnisse dienten bei meiner Arbeit als Grundlage für die fallübergreifende Analyse. In dieser habe ich einige der beobachteten Phänomene in Bezug zu Transkriptausschnitten aus anderen Gesprächen gesetzt, ihre Beschreibung daran geschärft und konnte erste Aussagen über eine Regelmäßigkeit tätigen. Die Darstellung ausgewählter Ergebnisse findet im nun folgenden Abschnitt statt.

5.2 Fallübergreifende Analyse

Im Zuge der explorativen Analyse waren zahlreiche Phänomene und Strategien zu Tage getreten, die der Arzt und die Patienten in den jeweiligen Gesprächen im Kontext von Schilderungen von Körperhandeln und Körpererleben anwenden. Bereits bei der Präsentation ausgewählter Fälle waren Ähnlichkeiten zwischen einigen Phänomenen aufgefallen. Im weiteren Verlauf meiner Arbeit habe ich einige dieser Beobachtungen in Kollektionen zusammengefasst und in einer fallübergreifenden Analyse geschärft. Die Ergebnisse möchte ich im aktuellen Kapitel vorstellen. Aus Platzgründen beschränke ich mich wiederum nur auf die interessantesten Aspekte.

Ich gliedere die Ergebnisse der fallübergreifenden Analyse in zwei Abschnitte. Mit dem Fokus auf das Gesprächsverhalten der Patienten stelle ich also zunächst sprachliche Verfahren vor, die im Kontext der Rekonstruktion von Anfallsgeschehen auftreten. Im Gegenzug dazu stelle ich im zweiten Teil sprachliche Verfahren im Kontext der

⁹ Ob dies als Voraussetzung genügt, auf deren Grundlage eine Face-Bedrohung stattfinden kann, oder ob in diese weitere Aspekte mit hineinspielen, müsste in einer umfassenden fallübergreifenden Analyse geklärt werden.

Beschwerdenexploration vor, also mit einem Fokus auf den Arzt.¹⁰ In den beiden Abschnitten fokussiere ich jeweils auf ausgewählte fallübergreifend auftretende Phänomene, die ich anhand von Beispielen vertiefe.

5.2.1 Strategien im Kontext der Rekonstruktion von Anfallsgeschehen

Wie in allen drei Einzelfallanalysen bereits deutlich geworden ist, ist die Schilderung von Körperhandlungen und Körperempfindungen auf Seiten der Patienten in der Regel mit Formulierungsschwierigkeiten verbunden. Diese treten in unterschiedlich ausgeprägtem Maße in allen Gesprächen des Korpus auf. In vielen Fällen sind die Schwierigkeiten so stark, dass sie zu einem zwischenzeitlichen Abbruch der Darstellung führen. Da die Gesprächssituation jedoch fortgesetzt wird, und von Seiten des Arztes wiederholt der Zugzwang auf Seiten der Patienten (re-)etabliert wird, werden die Körperschilderungen nach diesem Abbruch wieder aufgenommen. Im Zuge der fallübergreifenden Analyse ließen sich zwei prominente Strategien finden, mit denen Patienten im Gespräch Formulierungsschwierigkeiten begegnen, verringern und umgehen.

Nutzung von Metaphern

Gleich in mehreren der oben vorgestellten Beispielanalysen war aufgefallen, dass die zentrale Strategie, mit der Patienten auf Formulierungsprobleme bei Körperschilderungen antworten, der Rückgriff auf sprachliche Bildlichkeit ist. Dies trat in den untersuchten Beispielfällen auf unterschiedliche Weise zu Tage: In 5.1.1 greift die Patientin auf das einigermaßen konventionalisierte Bild des Stromschlags zurück. Der Patient in 5.1.2 entwickelt dagegen eigene Bilder, die er mit seinen Empfindungen in Vergleich setzt. Diese Art von sprachlichem Bild, das „auf Ähnlichkeitsbeziehungen zwischen Objekten, Ereignissen oder Konzepten [beruht] bzw. solche Ähnlichkeitsbeziehungen [herstellt]“ (Brünner und Gülich 2002a: 23) wurde bei früheren Arbeiten am Bielefelder Anfalls-Korpus unter den (weiten) Begriff

¹⁰ Natürlich handelt es sich bei dieser Trennung um eine theoretische und vor allem künstliche. An der Konstruktion eines Gesprächs sind schließlich immer alle Interaktanten beteiligt. Die Trennung ist jedoch angebracht, da sie einer späteren Nutzbarmachung der Ergebnisse vorarbeitet. Das Gesprächsverhalten der Patienten darf gewissermaßen als vorliegendes Faktum angesehen werden, das Gesprächsverhalten des Arztes ist entsprechend fachlicher Expertise darauf angepasst. Die Explorationsstrategie des Arztes kann in diesem Sinne eine Art Reaktion auf das krankheitsbedingte Verhalten der Patienten verstanden werden. Das steht nicht in Konflikt damit, dass die Arztfragen den Rekonstruktionen der Patienten im Gesprächsverlauf vorausgehen.

der Metapher¹¹ gefasst – eine terminologische Entscheidung, der ich an dieser Stelle folge. Neben der Nutzung von Metaphern sind im Zuge der fallübergreifenden Analyse noch eine ganze Reihe weiterer Rückgriffe auf sprachliche Bildlichkeit aufgetreten¹². Aus Platzgründen werde ich diese jedoch nicht näher ausführen.¹³

„Metaphern bilden häufig Metaphernsysteme, deren Elemente systematisch aufeinander bezogen sind“ (Brünner und Gülich 2002a: 22). Die Entwicklung eines solchen Metaphernsystems wurde in Fallanalyse 2 anschaulich. Dort arbeitet der Patient zur Beschreibung von Schmerzen, die er in zwei unterschiedlichen Körperregionen empfindet, zwei Vergleiche aus, die auf die gleiche Weise funktionieren. Die vom Patienten verwendeten Bilder dienen in der Interaktion nicht nur dem Zweck, dem Arzt die Qualität der Empfindung zugänglich zu machen. Wie in der Fallanalyse herausgearbeitet, evozieren sie auch eine Drastik, die der Patient in der Beschreibung seiner Körperempfindungen zuvor vermeidet.

Am folgenden bisher unbehandelten Ausschnitt aus Gespräch 4 lassen sich wesentliche Aspekte dieser Strategie nochmals explizit machen.

Transkriptausschnitt 11: Metapher zur Erläuterung von Körperempfinden

089 P4: (.) ich_hab nur immer geMERkt dass es
WEH tut und (.) dass wie KAlt sind
<<all>als würde man die gan/> HÄNde die
ganze zeit im SCHNEE HALten;
090 (.) und_dann fangen die auch langsam
an_so [weh zu]tun,
091 A: [hm_hm-]
092 P4: °h ja und so ham/ hab ich das dann ganze
zeit geFÜHLT,

Der Ausschnitt stammt aus der Rekonstruktion des Beginns der Anfallsgeschichte durch Patient 4. Dieser berichtet relativ flüssig und einigermaßen ausführlich vom Auftreten der ersten Symptome, die vor ihm von seiner Mutter als Außenstehender wahrgenommen wurden. Das wiederholte Bemerken seiner kalten und blauen Hände

¹¹ Dieser Metaphernbegriff geht im Wesentlichen auf die in den 1980ern aufgekommene kognitive Metapherntheorie zurück (vgl. dazu Brünner und Gülich 2002a: 22).

¹² Z.B. sei nochmal auf die sprachliche Nachahmung der Körperhandlung in Fallanalyse 3 verwiesen, die sich in der fallübergreifenden Analyse jedoch als ein Sonderfall im Korpus herausgestellt hat, dessen Auftreten vermutlich an das junge Alter der Patientin zurückzubinden ist.

¹³ Für eine ausführliche Darstellung sprachlicher Bildlichkeit und anderer Veranschaulichungsverfahren in Krankheitsdarstellungen siehe z.B. Brünner/Gülich 2002 und Surmann 2002. Das in der vorliegenden Arbeit behandelte Korpus lohnt sich, ausgehend von diesen noch einmal näher in den Blick genommen zu werden.

rekonstruiert er ökonomisch in einer iterativen Form. Obwohl bei der Beschreibung der körperlichen Symptome keine nennenswerten Schwierigkeiten auftreten, greift der Patient zur Erläuterung seiner Körperempfindung auf den Vergleich mit einer allgemein zugänglichen Alltagsempfindung zurück. Der Aufbau des Vergleichs entspricht dabei dem Aufbau, der in der oben abgebildeten Analyse herausgearbeitet wurde.

Komplikationsreiche Darstellung Körperempfindung	<i>(.) ich_hab nur immer geMERkt dass es WEH tut und (.) dass wie KAlt sind</i>
Einführung eines Vergleichsobjekts	<i><<all>als würde man die gan/> HÄNde die ganze zeit im SCHNEE HALten;</i>
Explikation des tertium comparationis	<i>(.) und_dann fangen die auch langsam an_so [weh zu]tun,</i>
Gestaltschließung durch Rückbezug auf faktische Körperempfindung	<i>ja und so ham/ hab ich das dann ganze zeit geFÜHLT,</i>

Schematische Darstellung 1: Schnee-Vergleich durch Patient 4 (Eigene Darstellung)

Sowohl die von der Patientin in Fall 1 verwendete Metapher, als auch die Metaphern in Fall 2 stellen jeweils einen Rückgriff auf Bilder dar, bei denen die Körperempfindung durch eine äußere Quelle hervorgerufen wird. Das ist im folgenden Ausschnitt aus dem bisher unbearbeiteten Gespräch 5 im Gegensatz dazu nicht der Fall. Auffällig ist, dass der Rückgriff auf die Metapher die Probleme der Patientin im Kontext der Körperschilderungen hier nicht beseitigt.

Transkriptausschnitt 12: Rückgriff auf Metapher zur Erläuterung fehlender Körperempfindung

058 A: (0.57) °h u/ u/ un/ und/ und <<p>
dann>==was heißt TAUBheit?

059 P5: (1.20)man kann sich das glaub ich so
vorstellen als wenn (.) der fuß
EINGeschlafen is;=

060 A: =hm_HM;

061 P5: °h (.) also man spürt nicht wenn man da
drauf RUMtippt,
062 [oder (-) WENN man,]

063 A: [(schreibt, ca. 2.28 Sek)]
[(schreibt, ca. 1.32 Sek)]

064 P5: keine ahnung als bEIspiel jetzt wenn man
mit einer NAdel da reinpieksen wü:rde,
065 (---) °h spürt man NICHT im (-) ersten
moment-=

066 =man spürt (-) dass jemand da DRAUF
is,=
067 =also (---) da <<cresc> drüber

068 STREICHT > oder so,=
 068 =aber man merkt NICH-
 069 (-) den SCHMERZ der eigentlich dA sein
 sollte;
 070 A: hm_HM;=
 071 P5: =wie bei einem (-) tAUBen FUSS halt==
 072 =also [ich WEISS nich] kann man das
 irgendwie nicht so GUT beschreiben;
 073 A: [hm_hm;]
 074 ((schreibt, ca. 6.81 Sek))hm_HM,

Genau wie in Fallanalyse 1 greift die Patientin in Gespräch 5 zur Bewältigung der kommunikativen Aufgabe der Anfallsschilderung zunächst nur auf eine Benennung ihrer Körperphänomene zurück. Zu Beginn des vorliegenden Ausschnitts macht der Arzt mit seiner Frage eine Detaillierung der entsprechenden Körperempfindung relevant. Wie der Patient in Fallanalyse 2 greift auch die Patientin hier auf die Strategie zurück, eine Parallele zu einer allgemein bekannten Körperempfindung aufzumachen, in diesem Fall die Obdormition von Körperteilen. Ebenfalls setzt sie danach zu einer Elaboration des Vergleichs an, indem sie das Tertium comparationis expliziert. Dies besteht in diesem Fall jedoch wiederum in einer Körperempfindung. Bei deren Beschreibung lassen sich ebenfalls Schwierigkeiten feststellen. Zur Lösung dieser Schwierigkeit greift die Patientin auf eine Verstärkung der Bildlichkeit zurück, indem sie die Empfindung nun mit einem kontrafaktischen Beispiel illustriert. Dabei fällt auf, dass das Beispiel (Pieksen mit einer Nadel) relativ zum vorher gescheiterten Erläuterungsversuch über eine gesteigerte Drastik verfügt. In der anschließenden Elaboration auch dieser Metapher stellt die Patientin einen Zusammenhang mit Schmerz (in diesem Fall der Abwesenheit desselben) her. Wie in Fallanalyse 2 ist also auch in diesem Fall Körperverletzung das sprachliche Bild, um Schmerz zu thematisieren. Im vorliegenden Ausschnitt wiederholt die Patientin am Ende ihrer Elaboration den Vergleich noch einmal. Sie expliziert im direkten Anschluss Schwerbeschreibbarkeit, expliziert also noch nach dem Bewältigungsversuch der kommunikativen Aufgabe durch den Rückgriff auf Bildlichkeit Schwierigkeiten. Das war in den bereits analysierten Fällen 1 und 2 nicht der Fall: Dort hatte sich Bildlichkeit als geeignetes Mittel zur Lösung der Formulierungsschwierigkeiten dargestellt.

	Rahmen	Erste bildliche Ebene	Zweite bildliche Ebene
Detaillierungszwang Körperempfindung durch Arzt	<i>°h u/ u/ un/ und/ und <<p> dann>==was heißt TAUBheit?</i>		
Einführung eines Vergleichsobjekts		<i>(1.20) man kann sich das glaub ich so vorstellen als wenn (.) der fuß EINGeschlafen is;=</i>	
Explikation des tertium comparationis		<i>°h (.) also man spürt nicht wenn man da drauf RUMtippt,</i>	
Einführung eines Beispiels			<i>oder (-) WENN man, keine ahnung als bEispiel jetz wenn man mit einer NAdel da reinpieksen wü:rde,</i>
Explikation des tertium comparationis			<i>(---)°h spürt man NICHT im (-) ersten moment-= =man spürt (-) dass jemand da DRAUF is,==also (---) da <<cresc> drÜber STREICHT > oder so,= =aber man merkt NICH- (-) den SCHMERZ der eigentlich dA sein sollte;</i>
Gestaltschließung durch Rückbezug auf Vergleich			<i>=wie bei einem (-) tAuben FUSS halt-=</i>
Gestaltschließung durch Explikation von Schwerbeschreibbarkeit	<i>=also [ich WEISS nich] kann man das irgendwie nicht so GUT beschreiben;</i>		

Schematische Darstellung 2: Obdormations-Vergleich durch Patientin 5 (Eigene Darstellung)

Der Unterschied zwischen den beiden betrachteten Fällen liegt in der Wahl des Vergleichsobjekts: Ebenso wie Patient 4 in Fallanalyse 2 greift die Patientin 5 im vorliegenden Beispiel zwar auf den Vergleich mit einer Alltagsempfindung zurück. Im Gegensatz zum von Patient 4 herangezogenen Relatum liegt die Quelle der Empfindung bei der Wahl des Relatums *Obdormition* ebenso wie die Empfindung, die dadurch veranschaulicht werden soll, im Körper. Dies führt zu einer Fortsetzung der Formulierungsschwierigkeiten, die die Patientin mit Einführung einer zweiten Ebene der Bildlichkeit zu lösen versucht.

Die im Korpus feststellbaren Metaphern und Metaphernsysteme zeichnen sich durch ein unterschiedliches Maß an Originalität aus. Während der Patient in Gespräch 4 mit dem Bild des Laufens über ein Trampolin ein sehr individuelles Bild entwickelt, fällt die von Patientin 1 verwendete Stromschlag-Metapher als einigermaßen generisch ins

Auge¹⁴. Bei der Metapher des Stroms handelt es sich um eine krankheitsspezifische Bildlichkeit. An manchen Stellen des Korpus ist der Rückgriff auf Bildlichkeit zugleich auch ein Rückgriff auf allgemeine Floskeln.

Rückgriff auf vorgeformte Formulierungen

Bei der explorativen Analyse in Fall 3 war deutlich zu Tage getreten, dass die Rekonstruktion neu aufgetretener Anfallsphänomene die Patientin 6 vor eine Herausforderung gestellt hat, die in Bezug auf ihr länger bekannte Phänomene nicht aufgetreten ist. Dies habe ich auf darauf zurückgeführt, dass in Bezug auf bekannte Phänomene eine Geübtheit in der sprachlichen Bearbeitung vorliegt. Diese Beobachtung lässt sich fallübergreifend daran verifizieren, dass im gesamten Korpus die narrativen Rekonstruktionen älterer Anfallsereignisse im Gegensatz zu den jüngeren weitestgehend flüssig ablaufen. Zudem verbleiben sie in der Form einer narrativen Rekonstruktion, weisen also die oben beschriebene Bewegung hin zur generalisierten Form nicht auf. Dieser Unterschied zwischen der Realisierung von Erzählungen älterer und jüngerer Anfallsereignisse schlägt sich auch im Detail, also im Kontext der Körperschilderungen nieder. Im Zuge der fallübergreifenden Analyse konnte ich herausarbeiten, dass bei der Rekonstruktion bereits früher besprochener oder länger zurückliegender Anfälle auf Patientenseite besonders häufig floskelartige oder umgangssprachliche Formulierungen auftreten. Für solche Rückgriffe auf vorgeformte Strukturen¹⁵ lassen sich im Korpus zahlreiche Beispiele finden.

Transkriptausschnitt 13: Floskelartige Formulierung bei der Darstellung eines älteren Anfalls

195 P1: und dann hab ich geDacht ja das geht
vielleicht irgendwie WEG und dann
beim_ABendessen hat dann halt unser
LEIter alles geSEHEN und dann °hh wollte
die erst <<all> hat die erst> meine
ELtern angerufen dass die mich ABholen
sollen,
196 aber dann ähm (.) ja (.) <<all> das hat
sich HALt> so angefühlt als wäre
ich_einen MARathon geLAUfen weil das

¹⁴ Strom als Metapher zur Beschreibung der Anfälle tritt auch in Gespräch 3 auf, dort allerdings eingeführt durch den Arzt.

¹⁵ „Dieser Begriff umfasst sowohl sozial geteilte, kulturell geprägte sprachliche Formen, also Phraseologismen und formelhafte Wendungen, als auch individuell verfestigte Redeweisen, auf die einzelne SprecherInnen immer wieder zurückgreifen.“ (Knerich 2013: 97)

halt (---) irgendwie (.) war <<smile
 voice> ziemlich ANSTREngend> so und dann
 (.) hat der doch einen KRANKenwagen
 gerufen,
 197 (1.96) <<pp> ja und (--) ja,>

Dieser Ausschnitt aus Gespräch 1 stellt den Abschluss der narrativen Rekonstruktion des ersten und zugleich schlimmsten Anfallserlebnisses durch die Patientin dar. Die Rekonstruktion des Anfallsgeschehens selbst ist hier bereits abgeschlossen. In diesem Kontext hatte eine ausführliche Beschreibung des Körperhandelns stattgefunden, was im klaren Kontrast zur in Fallanalyse 1 herausgearbeiteten Vermeidung von Detaillierung steht. Die Patientin schildert im vorliegenden Ausschnitt auch die Ereignisse im Umfeld des Anfallereignisses ausführlich. In diesem Rahmen berichtet sie von einer stattgefundenen Planänderung eines verantwortungstragenden Beteiligten. An der dann auftretenden Formulierungsarbeit wird die Herausforderung der Patientin deutlich, das geschilderte Geschehen plausibel zu machen. Sie bewältigt diese Herausforderung, indem ihren körperlichen Zustand im Nachgang des Anfalls als Grund für die Planänderung angibt. Dies tut sie, indem sie auf ihr Körpererleben zu sprechen kommt (Z.196). Die Partikel *halt* markiert den Anspruch der Patientin, geteiltes Wissen wiederzugeben, der entsprechende Aspekt ist im Gespräch mit dem Arzt zuvor jedoch nicht thematisiert worden. Die Unterstellung von Bekanntheit verweist an dieser Stelle deshalb auf die Verwendung der Alltagssprachlichen Floskel *als wäre ich einen Marathon gelaufen*, mit der allgemein große Erschöpfung ausgedrückt wird. Die Patientin erläutert den Vergleich direkt im Anschluss („weil das halt (---) irgendwie (.) war <<smile voice> ziemlich ANSTREngend> so“, Z.169).¹⁶

Der Rückgriff auf Floskeln stellt im Korpus ein Spezifikum der Patientin 1 dar. In einer weniger ausführlichen Variante, nämlich in der Nutzung umgangssprachlicher Formulierungen, lässt sich das Phänomen jedoch im gesamten Korpus wiederfinden. Der folgende Ausschnitt aus Gespräch 5 verdeutlicht dies.

¹⁶ Diese Explikation ist im Gegensatz zur Floskel nun wieder von Formulierungsschwierigkeiten geprägt, was an Pausen und Abtönungspartikeln erkennbar wird. Wie häufig im Gespräch tritt an dieser Stelle eine Veränderung der Stimmmodalität in Richtung eines Lachens auf. Im Gegensatz zur unmarkierten Verwendung der Floskel wird die direkte Körperschilderung also auch hier als *uncomfortable moment* markiert.

Transkriptausschnitt 14: Umgangssprachliche Beschreibung von Körperphänomenen

075 A: ((schreibt, ca. 7.50 Sek)) (1.75) was
(--) kannst du NOCH (.) dazu erzählen,
076 P5: zu den (.) <<h> beinen JETZT?>
077 (1.90)<<smile voice> was kann man DAzu
noch erzählen,>=
078 =nich gerade VIEL;
079 °h das_s zwischendurch irgendwie ähm
(.) WAden nach [Unten] gegangen;
080 A: [hm hm;]
081 ((schreibt, ca. 0.92 Sek))
082 P5: war dann (.) kurzzeitig an den
SCHIENbeinen-=
083 [=also praktisch <<f> komPLETT> weg;]
084 A: [((schreibt, ca. 1.81 Sek))]
085 P5: [(-) bis ich ähm (.) beim laufen
EINGesackt bin;]
A: [((schreibt, ca. 3.52 Sek))]
086 P5: [(-) dass ich von der SCHUle abgeholt
werden musste,]
A: [((blättert und schreibt, ca. 2.31
Sek))]

Patientin 5 wird im vorliegenden Ausschnitt vom Arzt zu einer Ergänzung ihrer bisherigen Schilderung aufgefordert. Sie expliziert, nicht viel zu ergänzen zu haben, bevor sie in einer listenartigen Konstruktion eine Reihe von Ergänzungen leistet. Die erste Formulierung in Zeile 079 ist ungenau, wobei durch die Verwendung der Partikel *irgendwie* signalisiert, dass es nicht möglich ist, das spezifische Körperphänomen konkreter auszudrücken. Die weitere Beschreibung des Körperphänomens fällt durch seine Umgangssprachlichkeit auf. Der adjektivische Kern der Formulierung in Zeile 083 „praktisch komplett“ mutet dabei floskelartig an. Auch die Beschreibung des Körperphänomens in Zeile 085 als *einsacken* stellt eine umgangssprachliche Formulierung dar.

Markant im Sinne einer vorgeformten Struktur werden die betrachteten Formulierungen erst im Vergleich mit der erneuten Beschreibung desselben Körperphänomens etwas später, nun im Kontext einer Malaufgabe.

Transkriptausschnitt 15: Wiederholter Rückgriff auf Formulierungen macht vorgeformte Struktur deutlich

099 P5: °h ähm war das/ also bis zu den knien
war das halt (.) !IM!mer taub-
100 und das ist dann halt (--)

zwischendurch so (.) an den (beginnt zu
 malen, ca. 1.92 Sek) SCHIENbeinen hier
 runter gegangen-
 101 °h aber <<all> NUR bis zu den
 knöcheln->
 102 ==also nur bis GANZ nach unten zu den
 (--) füßen runter,
 103 °h ABER-
 104 (-) so das ich halt so bisschen (.)
 EINGesackt bin so als wenn ich nicht
 mehr LAUFen könnte;
 105 A: hm_HM;

Die Beschreibung im Kontext der Malaufgabe ist insgesamt ausführlicher. Im Kern realisiert die Patientin die Beschreibung der Körperphänomene hier jedoch unter Rückgriff auf die selben beiden Kernformulierungen: das Taubheitsgefühl *geht* durch die Beine *runter*, mit dem Ergebnis, dass die Patientin *beim Laufen einsackt*. Auch die Akzentsetzung bei der Betonung findet parallel zur vorigen Äußerung statt. Die Patientin greift auf ein Repertoire umgangssprachlicher Formulierungen zurück, die sie baukastenartig zusammensetzt, und bewältigt damit die im Arztgespräch an sie gestellte Aufgabe der Detaillierung von Körperphänomenen.

Die durch die Patienten verwendeten vorgeformten Strukturen sind zum Teil höchst individuell. Dies lässt sich anhand eines Ausschnitts aus Gespräch 2 besonders veranschaulichen. Bereits bei der ersten Rekonstruktion des Anfallsgeschehens formuliert die Patientin dort zur Beschreibung ihrer Beschwerde unter Verwendung eines Ichoativs eine Infinitivkonstruktion im Perfekt. An dieser Stelle ist die entsprechende Formulierung noch unauffällig.

Transkriptausschnitt 16: Erste Verwendung einer individuell vorgeformten Formulierung

003 P2: (1.59) also gEstern wurde mir halt in
 der schu:le (1.1) schwIndelig und
 [(--) etwas wÄrmer,]
 004 A: [hm_hm,]
 005 P2: (1.0) und dann hat_s Aufgehört und dann
 hab_ich mich hingesetzt und dann hat
 meine hand wieder angefangen zu zITtern;
 006 A: ((schreibt 1.18 Sek)) hm_hm,
 007 P2: <<p> u:nd ich wusste natürlich nicht was
 jetzt los war und dann hab meine mutter
 natürlich Angeruf->
 008 A: (-) hm_hm-

Allerdings verwendet die Patientin die selbe Formulierung im Gesprächsverlauf immer wieder. Dass es sich dabei um eine vorgeformte Struktur handelt, wird im folgenden Ausschnitt besonders deutlich. Hier führt der Rückgriff auf die Formulierung im Satzkontext zu einem grammatischen Fehler, der bei der Realisierung des Vollverbs nicht aufgetreten wäre.

Transkriptausschnitt 17: Grammatischer Fehler durch Rückgriff auf vorgeformte Formulierung

073 P2: <<len> im prAktikum wurde mir AUch
schwindelig,>
074 A: ((schreibt 1.47 Sek))
075 P2: <<all> und da hat meine hand AUch_s für
zehn minuten angefangen zu zittern;>
076 [aber dann hats AUfgehört.]
077 A: [hm]?hm in
welchen prAktikum?

Das Phänomen der Verwendung der individuell vorgeformten Struktur ist in Gespräch 2 besonders interessant, weil etwa in der Mitte des Gesprächs eine Änderung im betreffenden Gesprächsverhalten der Patientin eintritt. An der betreffenden Stelle vermutet der Arzt, dass das Handzittern das chief compliant der Patientin ist. Er verwendet an der Stelle, wie auch schon zuvor im Gespräch, zur Referenz auf das Körperhandeln eine nominalisierte Form.

Transkriptausschnitt 18: Explizieren eines chief compliants initiiert durch den Arzt

141 A: ((schreibt 9.22 Sek)) (2.1) <<pp> hm_hm.>
142 (-) und (.) das zIttern ist auch das was
dir am meisten (-) sOrge macht.=
143 =also wenn_d/ wenn_de/ wenn_de jetzt nur
dies schwINdel gewesen wär(-) wärt ihr
nIcht gekommen;=
144 P2: =ja wenn_s nur schwINdel wär dann
hätt_ich halt gedacht dass es wieder
mein krEIslauf [wär-]
145 A: [hm_hm,]
146 P2: (--) ähm: (--) und das zIttern ist mir
halt auch das was mir sOrgen macht;
147 A: (6.83) hm;
148 ((schreibt 13.5 Sek)) hm_hm-

Die Patientin bestätigt an der Stelle die Vermutung des Arztes. Indem sie die Äußerung

des Arztes im nahezu gleichen Wortlaut wiedergibt¹⁷ verdeutlicht sie, in Bezug auf diesen Aspekt über die epistemische Autorität zu verfügen. Zugleich signalisiert sie vollständige Zustimmung zur Aussage des Arztes, und aktualisiert somit wirksam den common ground ihres Gesprächs¹⁸. Allerdings übernimmt die Patientin die vom Arzt eingeführte Formulierung nicht nur lokal an dieser Stelle, sondern verwendet sie auch im weiteren Gesprächsverlauf als festes Label, um auf ihre Beschwerde zu referieren. Die ichoative Infinitifkonstruktion, auf die die Patientin bis dahin vorwiegend zurückgegriffen hatte, tritt danach nicht mehr auf. Eine vorgeformte Formulierung scheint eine andere abgelöst zu haben.

Neben floskelartigen Formulierungen fällt auf Seiten der Patienten bei der Bearbeitung geübter Anfallsschilderungen noch eine zweite Art vorgeformter Formulierungen auf, nämlich medizinische Fachausdrücke. Deren Auftreten ist nicht gebunden an das Alter des zu rekonstruierenden Anfalls, sondern, wie in Fallanalyse 4 deutlich geworden war, an die Bekanntheit des auftretenden Körperphänomens. Die Verwendung medizinischer Vokabeln durch die Patienten kann entweder selbstverständlich oder markiert stattfinden.

Transkriptausschnitt 19: Selbstverständliche Verwendung medizinischer Vokabel

186 P1: (--) nur da,
 187 (.) DA WAR das halt ANders wie die (.)
 KRampfanfälle die daNACH [kamen,]
 188 A: [hm,]
 189 P1: (-) da ähm (---) HAT halt nur ähm (.)
 also ich bin HALt nicht umgekippt oder
 so <<all> HAT halt nur meine> ähm (--)
 war_es halt nur in den ARmen und im kopf
 halt dass mein (.) also (.) dass mein
 KOpf immer so (.)geZUckt hat so (.)
 SCHNEll nach HINten zum beispiel oder
 (-) meine ARme dann halt auch
 willkürlich ähm (.) ANgefangen haben zu
 zucken,

¹⁷ Sie ergänzt sie lediglich um eine Partikel, die ausdrückt dass der geäußerte Sachverhalt dem Arzt bereits bekannt ist, und passt die auf ihre Person verweisende Deixis an.

¹⁸ Dies hat im weiteren Gesprächsverlauf Auswirkungen. In diesem wird nunmehr konkret das Zittern, anstatt allgemein das Anfallsauftreten behandelt. Sowohl die Exploration möglicher auslösender Stressoren, als auch ein praktischer Test, in dem die Eingeschränktheit der Patientin durch die aktuell vorliegenden Beschwerden, als auch die Thematisierung der Eingeschränktheit im Alltag werden vom Arzt thematisch konkret auf das Zittern ausgerichtet. Nachdem die Patientin ihr tief compliant durchgesetzt hat, bearbeitet sie die vom Arzt gestellten Aufgaben und Fragen ausführlich. Das ist insofern bemerkenswert, als das Gespräch bis zu diesem Punkt die stärkste Vermeidung von Detaillierung im gesamten Korpus aufweist. Mit der Explizierung des Körperhandelns als chief compliant scheint somit ein kommunikatives Problem ausgeräumt worden zu sein.

190 (--) und das GIng dann HAlT über
 ANderthalb stunden so,
 191 (--) bis ich dann ins KRAnkenhaus (.)
 WIEder musste,
 192 A: <<flüsternd> eineinhalb stunden>
 193 P1: (--) ja_a,

Die Schilderung findet durchweg in der Vergangenheitsform, im Perfekt und Präteritum statt. Die Patientin leitet sie mit einem Bezug zu ihren anderen Anfallserlebnissen ein, zu denen sie den nachfolgend geschilderten Anfall inhaltlich dadurch in Kontrast setzt, dass sie in diesem Fall „nicht umgekippt oder so“ (Z. 189) ist, sondern nur ihre Körperteile gezuckt haben. Die Patientin schildert das Körperhandeln während des Anfalls, nennt dann den zeitlichen Umfang des Ereignisses und schließt die Erzählung mit der Erwähnung, dass sie dann in Krankenhaus musste. In der gesamten Schilderung markiert die sehr häufige Verwendung der Partikel *halt* die Rekursion auf Wissen, dass als bekannt angenommen werden kann. Dies ist der Fall, obwohl das geschilderte Ereignis in der gegenwärtigen Interaktion noch nicht behandelt worden ist. Es könnte sich möglicherweise darauf zurückführen lassen, dass es in der Krankheitsgeschichte prominent ist, und dem Arzt als medizinischen Akteur mit Zugriff auf die Krankenakte unterstellt werden könnte, darüber Bescheid zu wissen.

Die Verwendung des Adverbs *willkürlich* im Kontext der selbstständigen Körperbewegung entspricht nicht dem Stil, dessen sich Patientin im bisherigen Gesprächsverlauf zur Körperschilderung bedient hat. Da diese Vokabel in der ICD-10 zur Beschreibung des Krankheitsbildes verwendet wird, darf die Vermutung geäußert werden, dass die Patientin sie aus früherer medizinisch-fachlich begleiteter Bearbeitung der Anfallereignisse kennt. Da die Patientin ihre Erzählung mit dem Hinweis auf die Einweisung ins Krankenhaus abschließt, kann von einer Bearbeitung des entsprechenden Anfalls in einem Arzt-Patienten-Gespräch ausgegangen werden.

Im folgenden Gesprächsausschnitt aus Gespräch 6 findet sich sowohl eine selbstverständliche als auch eine markierte Verwendung jeweils einer medizinischen Vokabel.

Transkriptausschnitt 20: Selbstverständliche sowie markierte Verwendung des medizinischen Fachausdrucks

135 P6: (2.23) ich wollt/ (---) °h ich war bei/
 also (vorher) (bei meiner) schweste::r,

136 (-) °h h h h h° dAnn h° äh bin ich schlafen
 gegangen-
 137 (---) und auf einmal hab ich gekrampft,=
 138 =dAnn (--) öh:m (--) hat äh/ (0.78) ich
 wollte erst mal wÄsser trinken,
 139 (0.94) dA habe ich die flasche
 rUntergestellt nach_paar minuten-
 140 °h habe ich (gekrampt) da hat meine
 schwester gesagt hAllo gehts dir gUt=-
 141 =hAllo gehts dir gut,=
 142 A6: [hm_hm,]
 143 P6: [=ich wollte] jA sagen,
 144 (--) aber konnt_ich <<hoch> nich>-
 145 (1.79) und die wÖllte schnell zu mein
 mutter rennen aber leider kÖnnte die
 nIch weil die:: (-) äh <<hoch>
 mUskelspannung hat oder wie das heißt->
 146 A6: <<len> hm HM->
 147 P6: h° (--) °h h h (1.0) u::nd (.) dann hat
 äh:: meine mutter krankenwagen angerufen
 und
 148 A6: ((räuspert sich leise))
 149 P6: mE:hr hab ich vergessen <<dim> ehrlich
 gesagt;>
 150 A6: HM_hm.

Der Ausschnitt stammt aus der narrativen Rekonstruktion des ersten Anfallsereignisses in der Krankheitsgeschichte der Patientin überhaupt. Entsprechend ist es bereits im medizinischen Kontext thematisiert worden. Das wird im vorliegenden Gesprächsausschnitt zunächst deutlich, als die Patientin die Vokabel *krampfen* zweimal (Z.137 und Z.140) selbstverständlich verwendet, um das Auftreten der Krampfanfälle auszudrücken. Als die Patientin im weiteren Verlauf der Schilderung davon berichtet, dass ihre Schwester aufgrund einer eigenen Erkrankung nicht zur Mutter laufen und Hilfe holen konnte, gibt sie für dieses Phänomen eine medizinische Erklärung. Ihre Verwendung der entsprechenden medizinischen Vokabel *Muskelspannung* markiert sie jedoch sowohl auf verbaler als auch auf paraverbaler Ebene als unsicher. Der Arzt als medizinischer Experte befindet sich somit in der Situation, die Verwendung der Vokabel als richtig oder falsch zu bewerten. Im vorliegenden Fall tut er das Erste in der ökonomischen Realisation einer Zuhöreräußerung und behandelt den von der Patientin intonatorisch problematisierten Aspekt damit zugleich als nicht relevant. Indem vom Arzt an dieser Stelle kein Rederecht beansprucht wird, verbleibt das Gespräch in der für die narrative Rekonstruktion nötigen Aufhebung des turn-by-turn-talks.

Die markierte Verwendung der medizinischen Vokabel ist nicht als vorgeformte Struktur einzustufen. Indem der Arzt die von der Patientin als richtig vermutete Verwendung ratifiziert, trägt er allerdings zur Erweiterung ihres medizinischen Fachwissens bei. Es wird also eine Weise erkennbar, auf die Patienten im medizinischen Gespräch Fachwissen generieren, das potenziell Eingang in ihr Formen-Repertoire zum Sprechen über ihre Anfälle findet.

Die Herausforderung, vor die Patienten durch die schwierige Aufgabe der Detaillierung von Körperhandeln und Körpererleben gestellt werden, können sie anscheinend am Besten durch das Etablieren einer Routine lösen. Deren Nochnichtvorhandensein oder Vorhandensein ist also ausschlaggebend für die Fähigkeit des Patienten, seine Aufgaben im Gespräch zu bewältigen. Die Entwicklung der entsprechenden Routinen findet im Gespräch immer dann statt, wenn der Versuch des Patienten, sein Körperhandeln oder Körpererleben zu schildern oder zu detaillieren, gescheitert war, der Arzt den entsprechenden Zugzwang aber (wiederholt) erneuert. Somit steht dieser Aspekt in einem starken und direkten Zusammenhang mit dem Gesprächsverhalten des Arztes. Was für Formulierungsroutinen noch nicht oder schon vorhanden sind, beeinflusst dementsprechend, welche Strategien zur Exploration auf Seiten des Arztes in der aktuellen Gesprächssituation möglich, nötig oder erfolgsversprechend sind. Ich wende mich im Folgenden der Seite des Arztes zu, um einige der von ihm zur Exploration verwendeten Strategien näher zu beleuchten.

5.2.2 Strategien im Kontext der Beschwerdenexploration

Das ärztliche Gesprächsverhalten ist wesentlich auf die Detaillierung von Körperhandeln und Körperempfindungen ausgerichtet. Das lässt sich daran erkennen, dass der Arzt durch seine Fragen entsprechende thematische Zugzwänge etabliert und auf formaler Ebene ausführliche Bearbeitungen relevant macht. Entspricht die Antwort des Patienten nicht oder nicht ausreichend dem ärztlichen Explorationsinteresse, initiiert der Arzt im Laufe des Gesprächs erneut die Thematisierung und Detaillierung.

Im Zuge der fallübergreifenden Analyse konnte ich eine Reihe von Strategien identifizieren, mit denen der Arzt im Sinne seiner Explorationsstrategie Detaillierungszwänge etabliert. Ich werde im folgenden drei solcher Strategien vorstellen. Diese sind jeweils abhängig vom Gesprächsverhalten des jeweiligen Patienten, sowie den Gegebenheiten des Gesprächs. Das Gesprächsverhalten der

Patienten lässt sich entweder als tendenziell kooperativ oder tendenziell vermeidend in Bezug auf Detaillierung von Körperhandeln einstufen. Die Gesprächssituation kann insbesondere auf zwei Weisen Hilfestellungen für die Thematisierung und Detaillierung bereithalten. Erstens kann der Anfall sich in eine bereits umfassend bearbeitete Krankheitsgeschichte einreihen oder nicht. Zweitens kann das zu besprechende Beschwerdebild während des Gesprächs akut vorliegen, oder eben nicht. Alle drei Aspekte stellen Ressourcen dar, auf die der Arzt im Zuge der Etablierung und Reetablierung von Detaillierungszwängen gegebenenfalls zurückgreifen kann.

Je nach den Gegebenheiten in der jeweiligen Gesprächssituation greift der Arzt im Zuge seiner Exploration auch auf andere Modalitäten zurück, um Details in Bezug auf das Körperhandeln und Körpererleben der Patienten zu erfragen. Relativ häufig stellt der Arzt den Patienten die Aufgabe, ihre Körperempfindung zu malen oder zu zeichnen. Während vor Beginn der Malaufgabe die Körperschilderungen der Patienten häufig deutliche Schwierigkeiten erkennen lassen, findet die Beschreibung unterstützt durch die andere Modalität in der Regel relativ flüssig statt. In den Gesprächen des Korpus, in denen die Beschwerden der Patienten auch während des Gesprächs vorliegen, integriert der Arzt eine Untersuchung in das Gespräch. Im Falle der Empfindungsstörungen handelt es sich dabei um eine körperliche Untersuchung. Ebenfalls macht der Arzt in manchen Gesprächen Körperbewegungen vor, und bittet den betreffenden Patienten um eine Einschätzung dazu. Da allerdings nur Audioaufnahmen der Gespräche vorliegen, ist eine Analyse der entsprechenden Stellen nur unzureichend möglich. Ich habe bei der Analyse deshalb nur die Stellen einbezogen, an denen ein Rückgriff auf eine andere Modalität stattfindet, multimodale Strategien selbst habe ich jedoch nicht gesondert untersucht.

Herstellen von Detaillierungszwängen durch offene gestellte Fragen

Da Fragen das wesentliche Instrument der ärztlichen Exploration sind, ist es nicht verwunderlich, dass auch im von mir untersuchten Korpus Arztfragen leitend und entscheidend für den Gesprächsverlauf sind. Besonders interessant ist im Korpus die offene Einstiegsfrage, mit der der Arzt aufgrund des Gesprächsleitfadens jedes der Gespräche eröffnet. In der fallübergreifenden Analyse zeigte sich dabei, dass diese einen globalen Detaillierungszwang etabliert, der Ausgangspunkt für das gesamte Gespräch darstellt. Zur Veranschaulichung bilde ich im Folgenden alle Einstiegsfragen

des Korpus ab¹⁹, ausgenommen den in 5.1.1 bereits ausführlich behandelten komplikationsreichen Fall aus Gespräch 1.

Transkriptausschnitt 21: Eröffnungsfrage in Gespräch 2

002 A: =das / ich wollt jetzt einfach nochmal
(.) in rUhe verstehen (--) wa/ was lOs
ist.

Transkriptausschnitt 22: Eröffnungsfrage in Gespräch 3

004 A: °hh <<ausatmend> JA> (-) wAs ist: (.) das
problem;

Transkriptausschnitt 23: Eröffnungsfrage in Gespräch 5

001 A: <<f> U:ND,>
002 h°
003 ((Schnalzgeräusch)) hh°du warst <<all>
SCHONmal hIEr,>
004 ==bei herrn NAME_ARZT1 im zimmer nebenan?=
005 P5: =JA;
006 A: (.) und jetzt wollte die station aber
nOchmal von uns ne EINSchätzung;
007 °h ä:h hh°was WIR denken was das problem
is;=
008 =und was (.) wie wir hELfen können oder
was/ was/ ne idee wir DIR zu helfen-
009 °h und desWEgen-
010 (-) ja,=
011 =ist jetzt die aufgabe an MICH dich einfach
mal zu fragen was [lOs is?]

Transkriptausschnitt 24: Eröffnungsfrage in Gespräch 6

002 A: (1.0) Ich bin der (-) kINderarzt und
ich hab auch das e_e_gE gesehen wo du
grad warst-
003 (-) <<all> aber Ich würd gern nochmal
von dir hör_n was lOs is;>
004 (1.2) kannst du mir das nochmal sAgen?

Transkriptausschnitt 25: Eröffnungsfrage in Gespräch 7

004 A: (1.82) deine mÜtter hat <<all>
ANgerufen,>
005 (.) ich wollt einfach mal hör_n(0.96)
von DIR auch hör_n was <<hoch> lOs> is;

¹⁹ In der Zusammenstellung findet sich keine Einstiegsfrage aus Gespräch 4, weil diese in der Audioaufnahme nicht vollständig erfasst ist.

Im Korpus verwendet der Arzt eine feste Kernfrage als Einstiegsfrage, nämlich die Frage danach, was los ist. Auf pragmatischer Ebene gibt die institutionelle Rahmung des Gesprächs, also die ärztliche Konsultation aufgrund eines Anfallsereignisses, dieser Frage bereits eine thematische Ausrichtung. Die oberflächlich wie ein Ausreißer wirkende Formulierung in Gespräch 3 lässt sich als eine unwesentlich spezifizierte Variante der Standardfrage verstehen, da sie auf pragmatischer Ebene die gleiche Bedeutung hat.

In Gespräch 2 und 3 stellt der Arzt die Frage unmittelbar²⁰. Im Gegensatz dazu findet sich in den Gesprächen 5, 6 und 7 eine Rahmung der Frage, in der die Hintergründe des ärztlichen Explorationsinteresses für den Patienten zugänglich bzw. explizit gemacht werden. Dieser Unterschied lässt sich darauf zurückführen, dass den Gesprächen 2 und 3 bereits mindestens ein Gespräch der Beteiligten zum Thema vorausgeht. Das ist in den Gesprächen 5 und 6 nicht der Fall. In Gespräch 7 gab es zwischen Arzt und Patientin bereits früher Gespräche vor dem Hintergrund der Anfallserkrankung, die beiden Gesprächspartner treffen sich nun jedoch in deutlichem zeitlichem Abstand zu diesen und vor dem Hintergrund eines völlig neuen Symptoms. In Hinblick auf die Ausgangsbedingungen des Gesprächs stellt Gespräch 7 somit eine Zwischenvariante dar. Für die Analyse waren insbesondere die Fälle 5 und 6 als somit einzige *echte* Erstgespräche aufschlussreich, da der Arzt in diesen besonders ausführlich einen Account in Bezug auf sein Explorationsinteresse und seine Explorationsstrategie gibt.

Indem der Arzt jeweils auf die institutionellen Ereignisse bzw. Abläufe im Vorfeld des gegenwärtigen Gesprächs verweist, gibt er einerseits zu verstehen, dass er Vorwissen in das Gespräch mit einbringt, er schafft also einen common ground. Zugleich expliziert er den Zweck bzw. das Ziel des Gesprächs, nämlich dass er sich ein Bild anhand der Schilderung des Patienten machen will. Damit wird die Bedeutung des common grounds im Gespräch ein Stück weit ausgehebelt. Es wird nämlich deutlich, dass die Tatsache, dass der Patient auf Seiten des Arztes Wissen als bekannt voraussetzen kann, nicht dazu führt, dass dieser die Darstellung der entsprechenden Sachverhalte verkürzen oder auslassen kann. In Gespräch 2 gibt der Arzt durch seine Formulierung besonders deutlich einen Account für das genaue Gegenteil: Er äußert,

²⁰ in beiden Gesprächen geht in der Einleitungssequenz lediglich eine Thematisierung des zur Datenerhebung vorhandenen Aufnahmegerätes voraus.

dass er „einfach nochmal (.) in Ruhe verstehen“ will, was los ist, macht also eine ausführliche Bearbeitung von Sachverhalten relevant, deren Thematisierung eine Wiederholung darstellt. Diese vom Arzt etablierte und in einigen Gesprächen explizierte Grundbedingung ist gleichbedeutend mit einem globalen Detaillierungszwang, den der Arzt somit zu Anfang des Gesprächs etabliert.

Die Patienten reagieren auf die offene Einstiegsfrage des Arztes tendenziell mit dem Einstieg in eine narrative Rekonstruktion. Diese fällt in den einzelnen Fällen unterschiedlich ausführlich aus. Anhand der Beispielfälle in 5.1 hatte ich gezeigt, dass die Patienten im Rahmen dieser Rekonstruktionen insbesondere durch die Detaillierung von Körperhandeln und Körpererleben vor Herausforderungen gestellt werden. Diese führen häufig entweder von vorneherein zu einer Vermeidung der Detaillierung von Körperhandeln, oder aber im Falle von Schwierigkeiten zu einem Abbruch der entsprechenden Sequenzen. Auf Seiten des Arztes lässt sich in Reaktion auf das jeweilige Gesprächsverhalten der Patienten eine Reihe lokaler Strategien finden, mit denen er das Thema Körperhandeln und Körpererleben (re-)etabliert, und dessen Detaillierung relevant macht.

Wiederholte Initiierung narrativer Rekonstruktionen

In der explorativen Analyse des ersten Falls war bereits zu Tage getreten, dass der Arzt als Reaktion auf die Vermeidung von Detaillierung durch die Patientin durch wiederholte Initiierung einer narrativen Rekonstruktion des selben Ereignisses Detaillierungszwänge reetabliert und verstärkt. Dabei lässt sich ein Gesprächsverhalten beobachten, das sich als Strategie zur Einengung des Antwortspielraums auf Seiten der Patientin einstufen lässt: Der Arzt beteiligt sich aktiv an der Rekonstruktion des Anfallsereignisses, und paraphrasiert dabei die führende Erzählung der Patientin. An dem Punkt des Erzählgeschehens, an dem im Zuge der früheren Rekonstruktion die Patientin den Antwortraum des Arztes thematisch oder formal verlassen hatte, etabliert er durch eine Frage einen Detaillierungszwang. Dann zieht er sich auf eine Zuhörerposition zurück, auf der er hartnäckig verbleibt. Dieses Verhalten findet sich im Korpus in unterschiedlich ausgeprägter Form in einem Großteil der Gespräche wieder. Dabei scheint Ausführlichkeit der ärztlichen Paraphrase davon abzuhängen, wie stark die Patienten jeweils die Detaillierung vermeiden. Eine schwache Vermeidung von Detaillierung auf Patientenseite setzte ich arbeitshypothetisch dann an, wenn die Antwort des Patienten entweder auf formaler oder auf inhaltlicher Ebene

nicht zur Frage des Arztes passt. Wenn die Reaktionen der Patienten der Arztfrage auf beiden Ebenen nicht entspricht, liegt eine starke Vermeidung vor. Angesichts von Vermeidung lässt sich auf Seiten des Arztes häufig eine erneute Initiierung der narrativen Rekonstruktion feststellen, wobei die einleitende Paraphase im zweiten Fall besonders ausführlich stattfindet.

In den Gesprächen treten die Detaillierung von Körperhandeln und Körpererleben von Seiten der Patienten häufig zum ersten Mal in der wiederholten Rekonstruktion des zuvor bereits behandelten Anfallsereignisses auf. Während in Fallanalyse 1 deutlich geworden ist, wie die Anwendung dieser Strategie durch den Arzt angesichts einer starken Vermeidung kommunikativ erfolgreich sein konnte, soll dies im Kontrast dazu nun auch für den Fall einer schwachen Vermeidung nachvollziehbar gemacht werden.

Der nachfolgende Transkriptausschnitt aus Gespräch 6 schließt sich unmittelbar an die erste Erzählung des jüngsten Anfallsgeschehens durch die betreffende Patientin an. Diese war relativ ausführlich gestaltet gewesen und hatte durchgängig in Form einer narrativen Rekonstruktion stattgefunden. Die Patientin hat dabei insbesondere die Chronologie der Ereignisse ausführlich rekonstruiert. Eine lokal vom Arzt relevant gemachte Detaillierung von Körperphänomenen hatte die Patientin vor eine deutliche Herausforderung gestellt, die sie mit dem oben behandelten Rückgriff auf sprachliche Nachahmung des Körperhandelns gemeistert hatte. Darüberhinaus hatte die Patientin jedoch keine Detaillierung von Körperhandeln geliefert. In nun folgenden Transkriptausschnitt versucht der Arzt zunächst in seiner ärztlichen Agenda fortzuschreiten. Nachdem dies nicht gelingt, initiiert er stattdessen eine Detaillierung von Körpererleben.

Transkriptausschnitt 26: Erneute Initiierung der narrativen Rekonstruktion bei schwacher Vermeidung von Detaillierung

070 A: (9.3) und wenn du das mErkst,=
071 =also du hast jetzt/ wolltest zu deiner
mUtter rennen plötzlich war was kOmisch?
072 (-) da haste dich ja auch gestoßen,
073 (1.2) kannst du in dEm moment noch was
dagegen mAchen oder äh-
074 (-) ge/ hAst es (1.2) wEnn sowas is?
075 (3.2) was ist denn das ALLererste was du
mErkst erst.=
076 =da bist du zu deiner mUtter gerannt=-
077 =und dAnn?=
078 =was war das Erste;

079 P6: (1.3) ich war irgendwie so (schwAch),=
080 =<<all> aber ich versuch dann> (.) trotzdem
irgendwie also (-) °h ich hatte IRgenwie
das gefühl dass ich °h irgendwie so: die
ganze zeit (.) UMkippe <<len> aber ich bin
trotzdem> irgendwie so wEIttergerAnnt;

Der Arzt setzt zunächst zu einer Frage an, die eine generalisierte Darstellung der Körperempfindung im Falle des Anfallsauftretens durch die Patientin relevant macht. Er ändert diesen Ansatz daraufhin jedoch ab und greift auf die oben beschriebene Strategie zurück: Er paraphrasiert die von der Patientin zuvor gegebenen Informationen und reicht das Rederecht dann mit einer Detailfrage an die Patientin. Im vorliegenden Ausschnitt realisiert der Arzt zunächst eine Frage aus seiner Agenda, nämlich die Frage nach Interventionsmöglichkeiten der Patientin. Als die Patientin das Rederecht daraufhin nicht übernimmt (Z.075), realisiert der Arzt eine Alternativfrage, nämlich die Frage nach der ersten Empfindung der Patientin im Anfallsauftreten. Dabei handelt es sich also um eine konkrete Frage nach Körpererleben. Auch diese Frage realisiert der Arzt zunächst in einer Form, die eine Antwort in generalisierter Form relevant machen würde, greift dann jedoch auf die oben beschriebene Strategie zurück: Er paraphrasiert das wesentliche Ereignis in der Chronologie des Anfallsauftretens (Z.076), macht eine narrative Rekonstruktion relevant (Z.077) und wiederholt noch einmal das fragliche Detail (Z.078). Nach einem kurzen Moment Schweigen, das einer kognitiven Suchoperation der Patientin zuzuschreiben ist, übernimmt die Patientin den Turn für eine Äußerung, die inhaltlich und formal dem durch die ärztliche Strategie gesetzten Zugzwang entspricht. Im weiteren Gesprächsverlauf erneuert der Arzt dann die im vorliegenden Ausschnitt gescheiterte Frage nach Interventionsmöglichkeiten. Die Anwendung der Strategie der erneuten Initiierung narrativer Rekonstruktion führt also im vorliegenden Fall in diesem Sinne zum Erfolg. Aufgrund der vom Arzt zu leistenden Paraphrase ist sie jedoch einigermaßen unökonomisch. Eine im Kontrast dazu ökonomische Strategie, die ich auf Seiten des Arztes identifizieren konnte, stelle ich nun abschließend vor.

Bereitstellen von Kandidaten

In einem Teil der Gespräche im Korpus findet sich im Gesprächsverhalten der Patienten wiederholt eine starke Vermeidung von Detaillierung von Körperphänomenen. Die

Patienten bedienen die vom Arzt durch typische Arztfragen²¹ etablierten Zugzwänge dann nur in eingeschränktem Maße in der Regel durch Benennung von Körperhandlungen und Körperempfindungen, ohne diese jedoch zu beschreiben²². Führen die basalen Explorationstrategien des Arztes wiederholt zu keinem Erfolg, greift der Arzt auf eine offensivere Strategie zurück: Dem Bereitstellen von Kandidaten. Das wird im folgenden Ausschnitt aus Gespräch 2 besonders deutlich. Im Gesprächsverlauf bis dahin äußert der Arzt nach der offenen Einstiegsfrage eine explizite Erzählaufforderung in Bezug auf das Anfallsereignis und eine weitere explizite Erzählaufforderung mit Fokus auf die Hand. Außerdem stellt er eine Detailfrage mit dem Potenzial, eine narrative Rekonstruktion auszulösen. Die Patientin antwortet in jedem Fall sehr vage und im Sinne des ärztlichen Explorationsinteresses nicht ausreichend.

Transkriptausschnitt 27: Bereitstellen von individuellen Kandidaten durch den Arzt als erfolgreiche lokale Explorationsstrategie

```

056   A:      ((schreibt 12.12 Sek)) hm_hm.
057      (4.29) <<creaky> u/und hm/ > du sagst/
      du/ bisher hast du zum zITtern nur
058      gesagt (.) dass es ist wie lEtztes mal;=
      =aber wie IST es denn das zittern;
059   P2:    (1.1) <<pp/ schwach>> wieder SO;>
060   A:      (0.99) (also) (.) das ist so_ein
      bisschen UNregelmäßig is;=
061      =is/
062   P2:    (.) ja es ist e/(.) eher UNregelmäßig;=
063      =manchmal hört_s für zehn minuten wieder
      auf,
064      so wie lEtztes mal,=
065   A:      =hm_hm,
066   P2:    und dann fängt_s wieder An und dann
      hat_s mal wieder solche pAUsen;
067   A:      ((schreibt 9.9 Sek))

```

Zu Beginn des Gesprächsausschnitts macht der Arzt auch nach Abschluss seiner Schreibaktivität keine Anstalten, den Turn zu übernehmen, womit die Patientin theoretisch die Möglichkeit hätte, ihre zuvor geleistete Rekonstruktion fortzuführen, was sie jedoch nicht wahrnimmt. Daraufhin expliziert der Arzt in einer Frage nach der

²¹ Vgl. dazu Spranz-Fogasy: 2010.

²² Insbesondere der erste Teil des in 5.1.1 auszugsweise näher untersuchten Gesprächs 1, sowie Gespräch 2 bis zur Identifikation des chief complaints weisen diese Charakteristik auf.

Art und Weise des Zitterns sein Explorationsinteresse. Die Patientin verweist in Bezug auf die Qualität des Körperhandelns auf frühere Anfallserfahrungen. Sie entspricht somit nicht dem vom Arzt zu Anfang des Gesprächs gesetzten globalen Zugzwang auf Detaillierung und Wiederholung früherer Themen, den er zudem an dieser Stelle lokal reetabliert hat. Daraufhin ändert der Arzt seine Explorationsstrategie und stellt der Patientin einen Kandidaten für die Qualität des Körperhandelns zur Verfügung. Für die Wahl des Kandidaten ist zu vermuten, dass er unter Rückgriff auf eine weitere Modalität stattfindet, indem er sich auf eine Bewegung bezieht, die die Patientin parallel zum „SO“ (Z.059) vormacht. Somit ist der Kandidat individuell zugeschnitten auf den Fall. Die Patientin ratifiziert den Kandidaten des Arztes, und wiederholt das Adjektiv, wobei sie durch die Ergänzung einer Näherung anzeigenden Partikel die Gültigkeit der Aussage in ihrer Präzision etwas einschränkt. Die Patientin ergänzt selbstständig noch einige Aspekte im Sinne der durch die Arztfrage gesetzten Relevanz. Durch eine längere Schreibaktivität auf Seiten des Arztes wird deutlich, dass er relevante Informationen erhalten hat. Im weiteren Gesprächsverlauf schließen sich daraufhin weitere Detailfragen an, die die Patientin jeweils einigermaßen präzise beantwortet.

Nicht nur im Falle der Vermeidung von Detaillierung findet sich diese Strategie auf Seiten des Arztes. Die Patientin in Gespräch 3 verhält sich insgesamt sehr kooperativ, indem sie die vom Arzt etablierten Zugzwänge jedes Mal relativ ausführlich beantwortet. Dabei fokussiert sie jedoch hauptsächlich auf die Rahmenbedingungen der thematisierten Anfallsereignisse und äußert sich zu den Körperphänomenen selbst kaum. An der einzigen Stelle, an der sie Körperhandeln beschreibt, bricht ihre Beschreibung ab. Als der Arzt nach einer längeren Pause ihren Status als Rednerin nochmals reetabliert, weicht sie auf einen anderen Aspekt des Anfallsthemas aus. Im nachfolgenden Ausschnitt reetabliert der Arzt den Fokus auf die Details des Anfallsauftretens durch eine Frage.

Transkriptausschnitt 28: Bereitstellen von typischen Kandidaten durch den Arzt als erfolgreiche lokale Explorationsstrategie

046 A: (1.5) dAs heißt (1.2) du liegst im bEtt
(-) <<all> oder sie liegn im bEtt> °h
und dAnn plötzlich,
047 [(-) mErken sie/]
048 P3: [(-) plötzlich hat] eInfach die hand
gezittert==

049 =ja;
050 A: (1.0) als_als wär sie an ein/ an strOm
angeschlossn oder wie wie also wie
fERNgesteuert-
051 (0.7) weil sIE selber mAchen_s ja nich;
052 (0.62) [oder] wie_wie_wie Is das;
053 P3: [nEE-]
054 (-) i:ch kann mir (dat) AUch nich so
genau erklär_n also w/ (0.5)wo das:
herkommt;=
055 =aber is halt einfach dass die
hAnd_nich: so ruhig (.) hAlten kann;
056 A: (1.0) ((schreibt, 2.5 Sek))
057 P3: oder wenn ich dann halt auch GEgenstände
in der hand hab dass es halt dann auch
sehr extrem wackelt <<p> und> das mit
dem hAlten nich mehr so gut klappt;
058 A: ((schreibt, 4.62 Sek))
059 P3: also_dass ich das rUhig ich in der hand
halte;
060 A: hm_hm,

Auch im vorliegenden Abschnitt zeigt die Patientin sich sofort sehr kooperativ: Sie übernimmt den Turn noch während des Redebeitrags des Arztes und gibt eine formal präferierte Antwort. Allerdings fällt diese einigermaßen kurz auch und enthält nur Informationen, die im Gespräch bereits zuvor gegeben worden sind. An dieser Stelle ändert der Arzt seine Explorationsstrategie und stellt direkt zwei Metaphern als Kandidaten zur Beschreibung der Art des Anfallsauftretens bereit. Im Gegensatz zum vorher betrachteten Ausschnitt sind diese Kandidaten nicht fallspezifisch, sondern stellen Metaphern dar, die auch in anderen Gesprächen des Korpus aufgetreten sind, und somit als einigermaßen typische Metaphern zur Beschreibung von Anfallsauftreten eingeschätzt werden können. Der Arzt nutzt an dieser Stelle also seine fachliche Expertise und seine Erfahrung im Arzt-Patienten-Gespräch als Quelle für den Kandidaten. Obwohl die Patientin die Kandidaten beide in einem Zug zurückweist, ist die vom Arzt angewendete Strategie im vorliegenden Ausschnitt doch lokal erfolgreich: Die Patientin steigt daraufhin in eine Detaillierung ihres Körperhandelns ein, die den bisherigen Detailgrad deutlich überschreitet. Die Schreibaktivität des Arztes und sein Rückzug auf eine Zuhörerposition markieren in der Interaktion die Relevanz der gegebenen Antwort.

Im nachfolgenden Transkriptausschnitt aus Gespräch 2 vom Arzt eingeführt die Metapher der Fernsteuerung wieder. Wie bereits weiter oben erwähnt, zeichnet sich

Gespräch 2 in weiten Teilen durch eine starke Vermeidung von Detaillierung auf Seiten der Patientin aus. Im nachfolgenden Gesprächsausschnitt führt der beidseitige Rückgriff auf Bildlichkeit jedoch kommunikativ zum Erfolg.

Transkriptausschnitt 29: Erfolgreiche Detaillierung durch beidseitigen Rückgriff auf Bildlichkeit

169 A: (3.96) und/ (.) und wIe fühlt sich das
zittern An,=
170 =also ist das wIe wenn deine hand
fErngesteuert ist oder <<creaky> wie::
oder wie> (---) de
171 P2: (-) ich kann versuchen damit AUfzuhören,
172 A: ja?
173 P2: so wie jEtzt,
174 A: [ja?]
175 P2: [aber es]zittert immer noch;
176 (0.97) und (2.36) ja.
177 (2.97) ich kAnn dafür halt nichts/ ich
weiß nicht/(--) ich mAch das ja nicht;
178 A: hm_hm,=
179 P2: =EIgentlich mach ich_s theoretisch
schOn;=
180 =aber (1.36) ich mErke nicht dass ich_s
mache-
181 A: hm_hm,
182 P2: (--) es ist so als/(1.41) ja.=
183 =als ob ich fErngesteuert wär;
184 (0.5) weil (.) ich kann damit nicht so
recht AUfhören;
185 das ist das ruhigste was ich hAlten
kann;
186 A: hm_hm,
187 ((3 Sek Rascheln))((seufzt)) ((geht
durch den Raum))((klappert))((raschelt
und geht zurück))würdest du_s denn
schAffen/((klappert 2.24
Sek))<<klappernd> willst du mal mit
rEchts die> drei/ zwei dinger
aufeinAnderzustellen,

Der Arzt stellt im vorliegenden Ausschnitt die Frage nach der Qualität der Empfindung, die das Körperhandeln der Patientin begleitet. Er ergänzt seine Frage um einen Kandidaten, nämlich das Bild der Fernsteuerung. Die Patientin nimmt Kandidaten zunächst zum Ausgangspunkt einer Detaillierung ihrer Einflussmöglichkeiten auf ihr Körperhandeln. Diese Fokussierung entspricht der Semantik des durch den Arzt

eingeführten Bildes. Zur Darstellung des konkreten Körperhandelns greift die Patientin auf eine andere Modalität zurück, indem sie ihre sprachliche Darstellung mit akut im Gespräch vorliegenden und für den Arzt sichtbaren Beschwerden in Bezug setzt. Die somit einbezogene tatsächliche Bildlichkeit ergänzt sie auf sprachlicher Ebene nicht weiter. Stattdessen fährt mit einer Elaboration der Kontrollmöglichkeit fort. Der Arzt zieht sich währenddessen auf eine reine Zuhörerposition zurück und macht auch an turnübergaberelevanten Punkten wie in Zeile 178 keine Anstalten, den Turn zu übernehmen. Als die Patientin daraufhin ihre Darstellung weiter ausführt, greift sie auf alle drei Strategien zurück, die sich lokal als erfolgreich erwiesen haben: Sie wiederholt und ratifiziert die vom Arzt eingeführte Metapher, expliziert ihr Körpererleben unmittelbar und greift nochmals auf die andere zur Verfügung stehende Modalität zurück. Diesen letzten Aspekt greift der Arzt schließlich auf und schafft durch Hinzuholen von Material Vertiefungsmöglichkeiten. Arzt und Patientin greifen also im vorliegenden Ausschnitt jeweils auf die durch den anderen eingeführte Bildlichkeit zurück, wodurch die Exploration anhand der Detaillierung von Körperphänomenen fortschreitet.

Das Bereitstellen von Kandidaten ist also eine lokale Explorationsstrategie, bei der der Arzt nicht zwangsläufig über ein hohes Vorwissen in Bezug auf den spezifischen Fall haben muss. Im Korpus hat sie sich als erfolgreich sowohl im Gespräch mit eher kooperativen als auch eher ausweichenden Gesprächspartnern gezeigt. Allerdings eignet sich diese Strategie nur lokal und bezogen auf ein einziges oder wenige Details. Einen besonderen kommunikativen Erfolg zeigt die Strategie in Wechselwirkung mit dem Rückgriff auf Bildlichkeit. Wie in der fallübergreifenden Analyse zuletzt herausgearbeitet werden konnte, hat dabei der Einbezug anderer Modalitäten eine besondere Aussicht auf Erfolg.

6. Diskussion und Einordnung

Eine Diskussion und Einordnung der Ergebnisse der von mir vorgenommenen explorativen und fallübergreifenden Analyse soll auf vier verschiedenen Ebenen stattfinden. Erstens gleiche ich die wesentlichen Ergebnisse meiner Analyse mit denen vorangegangener gesprächsanalytischer Arbeiten zu diesem Themenbereich ab. Zweitens arbeite die Bedeutung der identifizierten Strategien für den

Interaktionsprozess der Arzt-Patienten-Gespräche heraus. Im dritten Teil stelle ich Überlegungen zum praktischen Nutzen sowohl aus einer engen als auch aus einer weiten Anwendungsperspektive an, wie Pick&Meer (2018) sie definieren. Zum Abschluss beleuchte ich das im Zuge der Arbeit explizierte Erscheinungsbild von Körperschilderungen vor dem Hintergrund der in den neuen Kognitionswissenschaften aufgekommenen These des Embodiment.

6.1 Diskussion der Ergebnisse und Situierung im Diskurs

Im Zuge meiner Analyse habe ich in gesprächsanalytischer Hinsicht in zwei Bereichen wesentliche Ergebnisse erzielt. Zum Einen habe ich Beobachtungen zum Gesprächsverhalten der Patienten im Sprechen über ihr spezifisches Krankheitsbild getätigt. Dabei konnte ich einzelne sprachliche Verfahren explizieren, mit denen sie Beteiligten Körperhandlungen und Körperempfindungen schildern. Zum Anderen ließ sich mit Hinblick auf die Beteiligungskonstellation Aussagen über das Gesprächsverhalten der Interaktanten in ihren spezifischen Beteiligungsrollen erarbeiten. Die Ergebnisse aus beiden Bereichen werde ich im Folgenden mit den bisherigen Erkenntnissen zum Sprechen über Anfallserkrankungen im Arzt-Patienten-Gespräch abgleichen.

Die Schilderung von Körperhandeln und Körpererleben durch die Patienten findet in den untersuchten Gesprächen üblicherweise im Kontext der narrativen Rekonstruktion von Anfallsgeschehen statt. Nur wenn die thematisierten Beschwerden auch während des Gesprächs vorliegen, oder aber im Nachgang eines kommunikativen Problems auftreten²³, werden diese auch außerhalb der Anfallsrekonstruktionen thematisiert.

Die Rekonstruktionen von Anfallsgeschehen durch die Patienten werden durch den Arzt initiiert, und beginnen konform mit seiner Relevanzssetzung in der Regel narrativ episodisch. Sie weisen dann aber in vielen Fällen eine Veränderung hin zu einer generalisierten Form auf²⁴. Wie auch in der Ergebnispräsentation der explorativen Analyse gesehen, spielt diese Bewegung sich häufig im Nachgang von starken Verbalisations- und Formulierungsschwierigkeiten auf Seiten der Patienten ab. Versteht man Erzählen als die „ausgebauteste alltagsweltliche Form der Kommunikation von

²³ Das war im Beispielfall in 5.1.3 der Fall.

²⁴ Dieses Phänomen war im Beispielfall in 5.1.1 zu Tage getreten.

Wissen“ (Deppermann 2018: 110), handelt es sich bei der Bewegung also um den Rückzug auf ein weniger ausgebautes Level.

Im von mir untersuchten Korpus werden Anfallsauftreten und die Bestandteile seines Erscheinungsbilds von den Patienten semantisch wiederholt als etwas Eigenständiges ausgedrückt. Bei der Schilderung von Körperhandeln haben die Körperteile in der Regel die semantische Rolle des Agens inne. Im Zuge der Detaillierung von Körperschilderungen treten bei den Patienten immer wieder Formulierungsschwierigkeiten auf. Im Kontext der Darstellung von Körperphänomenen treten in manchen Fällen Merkmale einer sprachlich distanzierenden Gestaltung unter Rückgriff auf unpersönliche Formulierungen auf. Insbesondere im Fall der jüngsten Patientin findet sich aber auch das genaue Gegenteil in Form einer aktualisierenden, in Teilen szenisch-performative Gestaltung. Beide Varianten erinnern an Gestaltungstypen, die Stukenbrock (2015) bei der Untersuchung von Traumaerzählungen identifiziert hat (vgl. Stukenbrock 2015: 84f.).

An den entsprechenden Stellen explizieren die Patienten immer wieder Probleme auf epistemischer Ebene oder auf Ebene der Verbalisation. Auf paraverbalen Ebene markieren sie diese als uncomfortable moments (vgl. Erickson & Shultz 1982: 104). Bei einigen Patienten hatte sich in Reaktion auf die Schwierigkeiten im Kontext von Körperschilderungen ein Verhalten beobachten lassen, das als Schutz des eigenen Face interpretiert werden konnte. Immer wieder führen Formulierungsschwierigkeiten bis zum Abbruch der Darstellung. Die Tendenz der Patienten, Körperschilderungen tendenziell zu vermeiden, lässt sich einreihen in das in der Bielefelder Forschung identifizierte Gesprächsverhalten von Patienten mit dissoziativen Störungen, die Aufmerksamkeit in der Anfallschilderung vom Anfallsgeschehen wegzurichten (vgl. z.B. Job et al. 2016).

Laut meiner Analyse reagiert der Arzt auf das Vermeiden von Detaillierung durch den Patienten mit einer Vertiefung seiner Exploration entweder durch typische Arztfragen oder durch das wiederholte Einleiten der narrativen Rekonstruktion ein und des selben Ereignisses. Darüberhinaus greift er häufig auf andere Modalitäten zurück. Dies spiegelt sich im Korpus im Rahmen von durch den Arzt initiierten Malaufgaben, Tests und Untersuchungen insgesamt wieder. Ich habe im Zuge meiner Analyse multimodale Aspekte außen vor gelassen.

Bei der wiederholten Realisation von Körperschilderungen greifen Patienten in der Regel im Gesprächsverlauf zunehmend auf Strategien zurück, mit denen sich Formulierungsprobleme umgehen lassen. Im Zuge der fallübergreifenden Analyse hatte sich auf Seiten der Patienten insbesondere die Nutzung sprachlicher Bildlichkeit als erfolgreich herausarbeiten lassen. Diese Beobachtungen decken sich mit denen früherer Untersuchungen im Bielefelder Projektzusammenhang. Bereits zu Anfang des Forschungsvorhabens waren Veranschaulichungen als interaktives Darstellungsverfahren in den Korpora im Zusammenhang mit Verständigungsschwierigkeiten besonders aufgefallen (vgl. Brüner & Gülich 2002: 22). Dabei konnten den identifizierten Veranschaulichungsverfahren bestimmte Funktionen zuordnen: Metaphern und Vergleiche dienen dem Ausdruck der Empfindung, es wird also die charakteristische Qualität der Anfälle zugänglich gemacht (vgl. Brüner & Gülich 2002b: 67). Nachdem ich im Zuge meiner Analyse festgestellt habe, dass der Arzt im Zuge seiner Exploration von Körperphänomenen insbesondere deren Detaillierung durch den Patienten in Hinblick auf die Qualität relevant macht, kann ich diese Einschätzung aus einer veränderten Perspektive unterstreichen. In meinem Korpus lösen die Patienten diese spezifische an sie gestellte Gesprächsaufgabe wesentlich durch den Rückgriff auf Metaphern und Vergleiche.

Von Seiten des Arztes wird diese Strategie des Patienten in der Regel unterstützt, indem er sich an den entsprechenden Stellen auf eine Zuhörerposition zurückzieht, und dem Patienten Raum für die Schilderung gibt. Indem Erzählsequenzen interaktiv vor allem auch dadurch zustande kommen, dass Zuhörer übergaberelevanten Stellen nicht für eigene Redebeiträge nutzen (vgl. Gülich & Mondada 2008: 108), macht das Verharren des Arztes auf der Zuhörerposition den Beginn oder das Fortsetzen einer Erzählsequenz relevant. Durch Spezifizierungsfragen und Detailfragen trägt er zudem aktiv zur Elaboration bei. Die frühen Untersuchungen von Brüner und Gülich fördern auf Seite des Arztes nur Veranschaulichungsverfahren zu Tage, die sich auf die Äußerungen der Patienten beziehen, also an Stellen, an denen der Arzt Verständnis signalisiert oder Konkretisierungen vornimmt (vgl. ebd. 65f.). Auch dies deckt sich mit den von mir herausgearbeiteten Ergebnissen. Wenn der Arzt angesichts starken Detaillierungsvermeidens durch den Patienten Kandidaten bereitstellt, greift er dabei häufig seinerseits von sich aus auf sprachliche Bildlichkeit zurück. Dabei tritt sein Expertenwissen und seine Erfahrung im Sprechen über Anfälle zu Tage, indem er typische Bilder als Kandidaten bereitstellt.

Ebenfalls bereits Brüner und Gülich (2002) stufen Veranschaulichungsverfahren als eine Formulierungsressource ein, mit deren Hilfe Patienten Formulierungsroutinen entwickeln (vgl. ebd. 62). Ich konnte im Zuge meiner Untersuchung den Rückgriff von Patienten auf Formulierungsroutinen allgemein als zentrale Strategie zur Bewältigung der kommunikativen Aufgabe der Schilderung von Körperhandeln oder Körpererleben identifizieren. Dabei konnte ich einen gesprächsdynamischen Übergang zwischen Formulierungsroutinen allgemein und vorgeformten Strukturen, wie sie von Knerich (2013) umfassend untersucht worden sind, beobachten. Gemäß meiner Analyse schöpfen die Patienten ihre Formulierungen aus drei verschiedenen Quellen: Erstens nutzen sie individuell vorgeformte Ausdrücke, Alltagsfloskeln (z.B. Marathon gelaufen sein) bzw. konventionalisierte Bilder (z.B. Stromschlag). Zweitens greifen sie auf ein medizinisches Vokabular zurück, das sie im Zuge ihrer Krankheitsgeschichte bei früherer Arztkonsultation erworben haben. Drittens entwickeln sie im Zuge des aktuellen Gesprächs angesichts erhöhter Formulierungsschwierigkeiten ad hoc Formulierungsroutinen, auf die sie im weiteren Verlauf des Gesprächs situativ zurückgreifen. Die erste dieser drei Quellen liegt vollständig außerhalb des aktuellen Gesprächs. Die zweite wird durch den Interaktionskontext bedingt, liegt also sowohl außerhalb als auch innerhalb des aktuellen Gesprächs, das sich in eine Reihe von Experten-Laien-Gesprächen einreicht, und das Potenzial hat, das Repertoire der Patienten zu aktualisieren. Die dritte Quelle liegt innerhalb des aktuellen Gesprächs.

Quelle	Lokation	Verwendungsart im Gespräch	Beispiel
Alltags-sprache	Gesprächsextern	Statisch	- Individuelle Floskeln - Konventionalisierte Metaphern
Fach-sprache	Gesprächsübergreifend	Aktualisierend	- Medizinische Fachausdrücke
Erfolg-reiche Verfahren	Gesprächintern	Ad hoc und dynamisch	- Individuelle Metaphern - Labels

Tabelle 3: Von Patienten genutzte Formulierungsressourcen geordnet nach Quellen (Eigene Darstellung)

Bezogen auf das Gesprächsverhalten von Patienten mit dissoziativen Bewegungsstörungen konnte ich im Zuge meiner Arbeit im Wesentlichen die Erkenntnisse aus dem Bielefelder Projektzusammenhang bestätigen. Entsprechend dem einleitend definierten Forschungsinteresse habe ich im Zuge meiner Arbeit Körperschilderungen und die Bedingungen ihrer Hervorbringung in den Blick genommen. Ich konnte im Zuge meiner Analyse ein Bündel an Merkmalen zusammentragen, die die Körperschilderungen im Korpus aufweisen, ein festes

Erscheinungsbild war daraus jedoch nicht ableitbar. Während die Körperschilderungen in den einzelnen Gesprächen auf formaler Ebene einigermaßen unterschiedlich ausfallen, haben sie doch alle gemeinsam, dass sie die Patienten vor eine große Herausforderung stellen. Bei der Analyse der Umgangsweise der Interaktanten mit diesen Herausforderungen ließ sich eine Reihe von rollenspezifischen Strategien identifizieren. In Folge dessen konnte ich ein interaktives Zusammenspiel dieser Strategien identifizieren, das maßgeblich die Oberflächenerscheinung der untersuchten Gespräche bestimmt. Diesen Mechanismus als besonders interessantes Ergebnis meiner Analyse werde ich im Folgenden noch einmal gesondert behandeln.

6.2 Bedeutung der herausgearbeiteten Strategien für die Arzt-Patienten-Interaktion

Im Zuge meiner Analyse dyadisch konstellierter pädiatrischer Anamnesegespräche zu Fällen dissoziativer Bewegungsstörungen habe ich das Gesprächsverhalten der Interaktanten exploriert und fallübergreifend analysiert. Das Gesprächsverhalten auf Seiten des Arztes ist wesentlich auf die Detaillierung von Körperhandeln und Körpererleben durch den Patienten ausgerichtet. Auf Patientenseite wiederum zeigt sich, dass die Schilderung von Körperhandeln und Körpererleben mit wesentlichen Herausforderungen verbunden ist. Dies führt zu einer Tendenz der Patienten, die Detaillierung von Körperphänomenen teilweise lange zu vermeiden. Zwischen dem Verhalten von Arzt und Patient wird somit ein Spannungsverhältnis offenbar. Dass in Gesprächen mit Patienten mit dissoziativen Anfällen ein solches vorhanden ist, lässt sich gemäß der Erkenntnisse aus dem Bielefelder Projektzusammenhang bereits vorthoretisch feststellen:

„Ist der Untersucher zunehmend genervt und hat den Eindruck, dass seine Fragen eher eine ungebührliche Zumutung für den Patienten sind, der doch alles schon erzählt hat, so weist dies deutlich in Richtung dissoziativer Anfälle.“ (Opp 2015:200)

Dieses Phänomen kann mit dem von mir explizierten Gesprächsverhalten von Arzt und Patient in Bezug gesetzt werden. Sowohl Arzt als auch Patienten zeigen das Verhalten, an problematischen Momenten des Gesprächs die Strategie zu wechseln. Der Arzt behandelt diejenigen Stellen, an denen der Patient einer Detaillierung von Körperphänomenen ausweicht, als problematisch – er nimmt diese jeweils zum Anlass für Reperatursequenzen und thematische Schleifen. Auf der anderen Seite vermeiden die Patienten das Detaillieren von Körperhandeln teilweise lange. Aus dem Zusammenspiel der Gesprächsverhalten auf beiden Seiten ergibt sich im

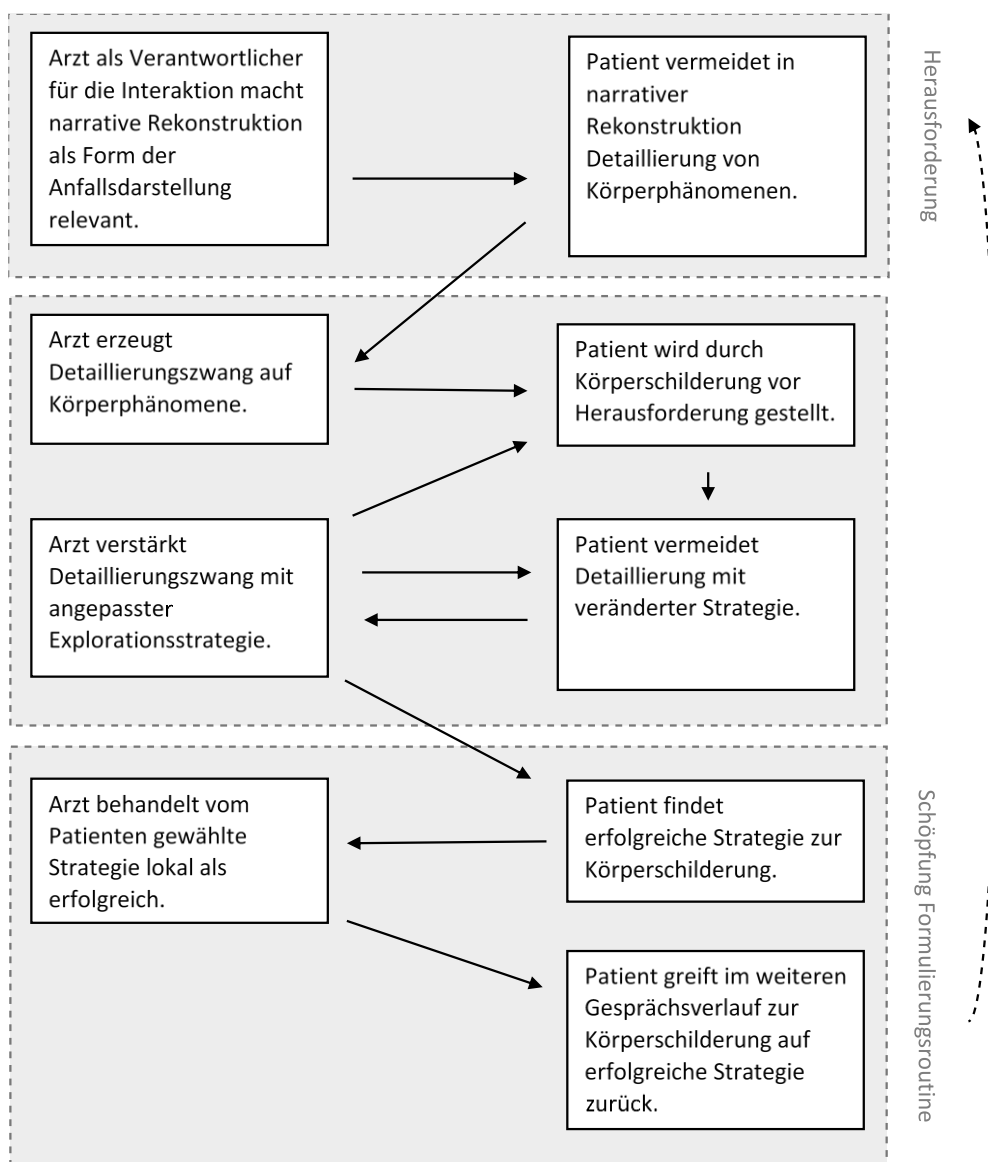
Gesprächsverlauf ein Wechselspiel, im Zuge dessen teilweise innerhalb kurzer Zeit viele Strategien durchlaufen werden. Dieses wird so lange fortgesetzt, bis vom Patienten eine Schilderung von Körperhandeln in einem Detailgrad geleistet wird, die das Explorationsinteresse des Arztes zu sättigen scheint. Auf interaktiver Ebene erfüllt dieses Wechselspiel die Funktion einer Suchoperation nach einer Strategie zur Körperschilderung, die unter den Bedingungen des spezifischen Gesprächs gelingen kann.

Wie sich gezeigt hat, haben die lokal erfolgreichen Strategien das Potenzial, im Laufe des Gesprächs dynamisch in eine global hilfreiche Strategie überzugehen, indem dabei Strukturen entwickelt werden, auf die der Patient im weiteren Gesprächsverlauf zurückgreifen können. In der Analyse wurde dies besonders greifbar daran, dass Patienten, nachdem sie an einer Stelle zur Bewältigung der kommunikativen Herausforderung eine Metapher entwickelt haben, auf diese Strategie oder sogar das konkrete Bild wieder zurückgreifen, wenn an späterer Stelle der Arzt erneut Körperschilderungen relevant macht. Die Erarbeitung von Metaphern bzw. Metaphernsystemen ist im Gespräch also gleichbedeutend mit der Erarbeitung einer Routine, die dem Patienten dann zur Verfügung steht. Diese Bewegung wird im Gespräch durch das Gesprächsverhalten des Arztes begünstigt.

Indem das Entwickeln von Formulierungsroutinen für Patienten mit einer wesentlichen Verringerung von Formulierungsschwierigkeiten einhergeht, handelt es sich dabei auf den ersten Blick um eine erfolgreiche Lösung der Herausforderungen, die sich in den von mir untersuchten Gesprächen stellen. Auf makrostruktureller Ebene ergibt sich in manchen Gesprächen jedoch in diesem Zusammenhang ein interaktives Problem: Indem Patienten im Zuge der Darstellung von Körperphänomenen an späterer Stelle im Gespräch auf die früher erarbeiteten Formulierungen als Ressource zurückgreifen, zeigen sie im Zuge dessen erneut ein Vermeidungsverhalten in Bezug auf weitere Detaillierung. Das Schildern des Anfallsgeschehens unter Rückgriff auf diese nun erarbeitete sprachliche Struktur scheint analog zur Schilderung länger zurückliegender Anfälle zu funktionieren. Das spontane Moment der Anfallsschilderung, an das sich das differenzialdiagnostische Erkenntnisinteresse wesentlich anknüpft (vgl. Opp 2015: 200) scheint durch diesen Prozess jedoch verloren zu gehen. In den untersuchten Gesprächen ließen sich auf den wiederholten Rückgriff der Patienten auf Formulierungsroutinen jedenfalls zwei Reaktionen beobachten: Entweder nimmt er

dieses zum Anlass erneut Detaillierungszwänge zu etablieren, oder er beendet die Explorationsphase des Gesprächs, um im Gesprächsablauf zum nächsten Handlungsblock fortzuschreiten.

Den gesamten Mechanismus in seiner Dreiteilung in Herausforderung, interaktive Suchoperation und Schöpfung einer Formulierungsroutine, fasse ich in der folgenden schematischen Darstellung noch einmal vereinfacht zusammen:



Schematische Darstellung 3: Der Explorationsmechanismus im Arzt-Patienten-Gespräch bei Patienten mit detaillierungsvermeidendem Gesprächsverhalten (Eigene Darstellung)

Der von mir explorativ herausgearbeitete Mechanismus erfasst sowohl die besondere Herausforderung im Sprechen über Anfälle, als auch deren interaktive Lösung. Er repräsentiert zunächst nur die Interaktionslogik, wie sie in den Gesprächen des von mir untersuchten Korpus zu Grunde zu liegen scheint. Jedoch erscheint vielversprechend, unter Einbezug weiterer Daten zu überprüfen, ob sich diese für Gespräch mit Patienten mit psychogenen Anfallserkrankungen verallgemeinern lässt, und ob sie sich im Gespräch mit Patienten mit Anfallserkrankungen mit biologischer Indikation nicht wiederfindet. Ist letzteres der Fall, ist eine differenzialdiagnostische Nutzbarmachung wahrscheinlich.

6.3 Überlegungen zum praktischen Nutzen

Pick & Meer (2018) unterscheiden zwischen einem engen und einem weiten Anwendungsbereich, in dem Erkenntnisse linguistischer Analysen nutzbar gemacht werden können. Während im Sinne einer engen Anwendung sprachliche und kommunikative Prozesse lediglich deskriptiv-analytisch bearbeitet werden, zielt ein weiter Anwendungsbereich, die empirischen Befunde präskriptiv nutzbar zu machen, um beobachtbare Problemstellungen der Kommunikation zu beheben (vgl. ebd. 198).

Die in Bielefeld entwickelte linguistische Differenzialtypologie stellt also eine Anwendung im engen Sinne dar. Indem das Gesprächsverhalten von Patienten differenzialdiagnostisch unmittelbar Aufschluss bietet, werden hier deskriptive Erkenntnisse in der medizinischen Praxis nutzbar gemacht. Auch die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit haben in diesem Sinne das Potenzial, zu einer Schärfung der Merkmale des Gesprächsverhaltens von Patienten mit dissoziativen Störungen beizutragen. Jedoch müssten sie zu diesem Zweck zunächst in einer weiteren Analyse mit dem Gesprächsverhalten der Patienten anderer Störungsbilder kontrastiert werden.

Die Bielefelder Differenzialtypologie als Anwendung gesprächsanalytischer Erkenntnisse im Rahmen eines medizinischen Interesses stellt einen Spezialfall dar. Da eine gesprächsanalytische Untersuchung genuin eine theoretische Auseinandersetzung mit der Sprache als einem außerwissenschaftlich relevanten Gegenstand darstellt, ist es aber naheliegend die Ergebnisse auch in der Praxis „linguistische[r] Laien, mit anderen Worten Kommunikationsverwender“ (Pick/Meer 2018: 203) nutzbar zu machen. Es stellt sich die Frage, wie die Ergebnisse „unmittelbar zur Verbesserung der alltäglichen Kommunikationsverhältnisse beitragen“ (Nothdurft&Spranz-Fogasy 1988: 14) können.

Die Erwartungshaltung von Kommunikationsverwendern an die Anwendung von Ergebnissen der Gesprächslinguistik ist üblicherweise das Ausprechen von Handlungsempfehlungen. Hier besteht offensichtlich der Anspruch eines weiten Anwendungsbereichs. Ob dieser erfüllbar ist, steht jedoch in Frage, da die Identifikation typischer kommunikativer Probleme nicht gleichbedeutend mit der Identifikation der passenden Lösungen ist (vgl. Pick&Meer 2018: 200).

Ein früh in der Geschichte der vergleichsweise jungen Disziplin der linguistischen Gesprächsanalyse entwickelte Ansatz um mit diesem Problem umzugehen, liegt in dem Angebot gesprächsanalytischer Kommunikationstrainings. Indem Berufspraktiker anhand von Forschungsergebnissen und Untersuchungen ihres eigenen Redeverhaltens für die sprachlichen Besonderheiten von Kommunikationsprozessen sensibilisiert werden, erhalten sie die Möglichkeit, eine vergrößerte Wahrnehmung des Gesprächsgeschehens im Sinne einer kompetenteren Gesprächsführung zu nutzen (vgl. Nothdurft&Spranz-Fogasy 1988: 14f.). Dieser Art von Anwendung liegen zwei Überlegungen zu Grunde: Einerseits ist den Gesprächspraktikern ihr sprachliches Handeln nicht durch reine Introspektion zugänglich – es wird ihnen erst durch die Detailanalysen bewusst. Andererseits werden auf Grundlage empirisch tatsächlich vorhandener Probleme bei den Praktikern Reflexionsprozesse angestoßen werden, durch die sie selbst am Besten Handlungsalternativen entwickeln können (vgl. Pick&Meer 2018: 205).

Lautet der Anspruch, gesprächsanalytische Erkenntnisse nicht nur auf Ebene des individuellen Sprechers nutzbar zu machen, sondern zum Aufzeigen konkreter Handlungsmöglichkeiten in spezifischen Bereichen kann auf diesen Mechanismus jedoch nicht unmittelbar zurückgegriffen werden. Die Entwicklung einer *good practice*, also eines empfehlenswerten sprachlichen Handelns, das an Berufsgruppen vermittelt werden soll, stellt als weite Anwendung gesprächslinguistischer Erkenntnisse auf einer generalisierten Ebene also eine besondere Herausforderung dar (vgl. Pick&Meer 2018: 206).

Aus diesem Grund muss eine auf Anwendung orientierte Gesprächsanalyse, die das Ziel der Entwicklung von Handlungsempfehlungen verfolgt, unmittelbar an der Praxis orientiert sein. Zu diesem Zweck müssen sowohl die Problemsicht der Aktanten als auch ihre Zielvorstellungen für gelungenes sprachliches Handeln ermittelt und miteinbezogen werden. Dazu muss in den Analysen ein Fokus auf gelingendes

sprachliches Handeln gesetzt werden, das mit Hinblick auf die Vermeidung an anderer Stelle zu beobachtender Probleme zu analysieren ist (vgl. Meer&Pick 2019: 47f.).

Um gelingende kommunikative Strategien herauszuarbeiten, bieten Pick und Meer (2018) drei methodische Strategien an: Innerhalb der einzelnen Analyse dienen diejenigen Gesprächsstellen als Orientierung, die die Gesprächspartner als unproblematisch behandeln oder in denen sie sogar positive Rückmeldung geben. Weiteren Aufschluss bieten vergleichende Korpusanalysen von problematischen und nicht-problematischen Gesprächsbestandteilen mit der gleichen Funktion. Schließlich erlauben insbesondere Vorher-Nachher-Studien von gesprächsanalytischen Trainings die Explikation einer good practice (vgl. ebd. 207).

Die vorliegende Arbeit war methodisch nicht von vorneherein auf Anwendbarkeit im Sinne der Entwicklung von Handlungsempfehlungen ausgerichtet. Sie fand auf Grundlage einer offenen Fragestellung statt, und hatte lediglich zum Ziel, wesentliche Gesprächspraktiken und Mechanismen zu identifizieren, die im Zusammenhang mit Körperschilderungen auftreten. Im Zuge der Analyse konnte ich aber im Gesprächsverhalten des Arztes Hinweise auf dessen Zielvorstellungen feststellen. Bei dem darüber hinaus identifizierten Mechanismus, im Zuge dessen Arzt und Patient interaktiv nach der besten Strategie zur Körperschilderung suchen, handelt es sich gewissermaßen um eine gesprächsinterne Suche nach einer good-practice. Indem ich den Rückgriff auf Bildlichkeit und die Entwicklung von Formulierungsroutinen als in der Regel erfolgreiche Lösung der kommunikativen Probleme explizieren konnte, erlauben die Hinweise der vorliegenden Arbeit also Aussagen darüber, welche Strategien in diesem Gesprächstyp Erfolg versprechen, um das Interaktionsziel lokal zu erreichen. Wie ich in 6.2 deutlich gemacht habe, ist dieses Gesprächsverhalten jedoch im Interaktionszusammenhang nicht unproblematisch. Der Rückgriff der Interaktanten auf diesen interaktiven Suchmechanismus stellt also seinerseits möglicherweise keine good-practice dar.

Aus den Ergebnissen meiner Analyse können keine konkreten Handlungsempfehlungen abgeleitet werden, weil mein Vorgehen die methodischen Ansprüche einer anwendungsorientierten Gesprächsanalyse nicht erfüllt. Indem meine Analyse jedoch aufgrund des explorativen Vorgehens wesentliche Elemente zu Tage gefördert hat, die in einer anwendungsorientierten Gesprächsanalyse zentral sind,

könnten sie in diesem Sinne vorbereitend für eine Untersuchung im Sinne der von Pick&Meer vorgeschlagenen Methodik sein.

6.4 Körperschilderungen im Lichte von Embodiment

Der Gegenstand der vorliegenden Arbeit waren Körperschilderungen und deren interaktive Hervorbringung im Arzt-Patienten-Gespräch mit Patienten mit dissoziativen Störungen. Aufgrund der als ursächlich psychogen angenommenen Genese dieses Krankheitsbildes, das sich aber auf körperlicher Ebene niederschlägt, ist eine Auseinandersetzung mit diesem aus Perspektive der in den neueren Kognitionswissenschaften groß gewordenen Theorie des Embodiment naheliegend.

„Im Gegensatz zu der traditionellen Auffassung der Kognition als eines computationellen Systems [...] wird die verkörperte Kognition als verkörperte Handlung (embodied action) begriffen. Verkörpert (embodied) bedeutet dabei, dass die Kognition die Erfahrung des Körpers und seiner sensomotorischen Fähigkeiten involviert, die in den biologischen, psychologischen und kulturellen Kontext eingebettet sind.“ (Mazurkiewicz-Sokołowska 2020: 187)

Im sogenannten 4-E-Konzept²⁵ wird dies weiter ausdifferenziert: Kognition wird als in der sensomotorischen Erfahrung konstituiert und somit verkörpert, mittels on-line Interaktion mit der Umwelt in die Situation eingebettet, durch Objekte und Handlungen aus der Außen- und Innenwelt erweitert, und als handlungs- und verhaltensorientiert unter Involvieren von Wahrnehmung, Handlung und kognitiver Informationsverarbeitung enaktiv verstanden (vgl. Mazurkiewicz-Sokołowska 2020: 187ff.). Dies wird unter dem Begriff der situierten Kognition zusammengefasst (vgl. Mazurkiewicz-Sokołowska 2020: 187ff.). “Simply put, situated cognition is cognition that takes place in the context of task-relevant inputs and outputs.” (Wilson 2002: 626)

Gemäß entsprechenden psychologischen Dissoziationskonzepten kommen dissoziative Störungen zu Stande, wenn traumatische Erlebnisanteile in Form von Bildern und Gedanken, die von Gefühlen, Körperstellungen oder -bewegungen begleitet werden, aufgrund unzureichender Ressourcen des Individuums nicht integriert oder berichtet werden können. Sie bleiben dann auf dysfunktionaler Ebene aktiv (vgl. Riess 2016: 4). Oft wird das körperliche Ausagieren als eine Übersetzung des seelisch Erlebten beschrieben, wobei bei dieser Wortwahl mitgedacht ist, dass bei einer Übersetzung

²⁵ Der Name ergibt sich aus der englischsprachigen Terminologie (*embodied, embedded, extended, enactive*) (vgl. Mazurkiewicz-Sokołowska 2020).

keine Transformation eines Sachverhalts von einer Sprache in eine andere ohne Rest und Überschuss möglich ist (vgl. Küchenhoff 2013: 45).

Die Beschäftigung mit dem Krankheitsbild dissoziative Störung aus dem Blickwinkel der Embodiment-Theorie erfordert also den Einbezug von Kognition, Körper, Sprache und Umwelt. Diese vier Aspekte werden dabei nicht nur als miteinander interagierende Entitäten verstanden, sondern als Gesamtsystem, in dem Sachverhalte ineinander übersetzt werden, und in dem die Arbeit jeweils auf denjenigen Teil abgeladen wird, der am Besten zu dessen Bearbeitung geeignet scheint. Entsprechend sind auch die theoretischen Auseinandersetzungen verschiedener betroffener Disziplinen, wie Psychologie, Medizin, Linguistik und Soziologie ineinander in Bezug zu setzen und ineinander zu übersetzen. Um zu gelingen, muss dies in interdisziplinärer Zusammenarbeit stattfinden. Im Zuge der vorliegenden Arbeit möchte ich anhand einiger meiner Ergebnisse jedoch zumindest das Potenzial aufzeigen, das eine linguistische Gesprächsanalyse mit Fokus auf Körperschilderungen für diesen Anspruch hat.

Mit verkörperter Kognition im engen Sinne ist die Fähigkeit gemeint, auf die „sensomotorischen Informationen aus früheren Interaktionen zwischen dem Körper und der Umwelt zurückzugreifen (vgl. Pouw et al. 2014, zit. n. Mazurkiewicz-Sokołowska 2020: 190). Desweiteren sind sprachliche Ausdrücke in der Lage, im Menschen als verkörpertem Wesen „Emotionen unmittelbar [zu] aktivieren oder dazu beitragen, dass er diese simuliert, intersubjektiv deutet oder sich diese nur vorstellt.“ (Mazurkiewicz-Sokołowska 2020: 193).

Gemäß meinen Ergebnissen sind Körperschilderungen in den Gesprächen erfolgreicher, wenn bei Ihnen auf Bildlichkeit zurückgegriffen wird, weil dabei auf Formulierungsressourcen und Formulieringsroutinen zurückgegriffen werden kann. Im Rahmen der fallübergreifenden Analyse konnte der Rückgriff auf einen Vergleich mit allgemein zugänglichen oder vorstellbaren Körpererlebnissen als Strategie herausgearbeitet werden, auf die die Patienten im Korpus üblicherweise zurückgreifen, um Probleme bei der Schilderung von Körperhandeln oder Körpererleben zu überwinden. Diese Strategie war insbesondere dann erfolgreich, wenn als Relatum ein Bild gewählt wurde, bei dem die Ursache des Körperphänomens, das als Tertium comparationis dient, außerhalb des Körpers liegt. Insbesondere in Fallanalyse 2 war zu Tage getreten, dass der Rückgriff auf diese Strategie nicht nur mit einer Verringerung

von Formulierungsroutinen einhergeht, sondern auch die Positionierung des Patienten bezogen auf den dargestellten Sachverhalt beeinflusst. Während Patient 2 als Vergleich für die Schwierigkeiten zu Laufen eine harmlose Alltagserfahrung heranzieht, konstruiert er zur Beschreibung von Schmerz deutlich drastischere Bilder, die auch auf keine tatsächliche Erfahrung zurückführbar scheinen. Das Bein wird *zerquetscht*, also zerstört. Die Empfindungen im Brustkorb vergleicht der Patient mit dem Drücken auf die Lunge, was weniger drastisch erscheint, dadurch, dass in der Formulierung aber eine Person als Urheber des Drückens auftaucht, auf eine subtile Weise bedrohlich ist. Vorher in der Analyse war aufgefallen, dass der Patient eine direkte drastische Bewertung seines Schmerzes zugunsten einer neutralen Beschreibung abgebrochen hatte. Eine solche Herunterstufung findet beim Rückgriff auf Bildlichkeit jedoch nicht statt. Die Nutzung sprachlicher Bildlichkeit scheint in diesem Sinne nicht nur als Möglichkeit zur Vermeidung von Formulierungsschwierigkeiten zu dienen, sondern auch Raum für die Offenbarung subjektiver Bewertung zu schaffen.

Im Rahmen der linguistischen Gesprächsanalyse werden mentale Konzepte nur insofern berücksichtigt, als sie durch ein entsprechendes Display im Gespräch eine Rolle spielen. Unberührt davon sind die durch ihre Methodik erzielten Erkenntnisse für das Konzept situierter Kognition nutzbar und bereichernd. Aussagen über die Rollenverteilung im Gespräch, die im Sinne sozial konstruierter Normativität Handlungsräume begrenzen und Erwartungsräume öffnen, sind gleichbedeutend mit der Explikation eines Teils der Umwelt, in die die Kognition eingebettet ist. Der im Zuge meiner Arbeit herausgearbeitete Gesprächsmechanismus, insbesondere die darin enthaltene interaktive Suchoperation, bilden darüberhinaus Bedingungen der Erweiterung von Kognition ab, und kann sogar selbst als beobachtbarer Fortsatz der Kognition betrachtet werden.

Da Kognitionsaktivität im Sinne enaktiver Kognition abhängig vom Aktuer und seiner momentanen Situierung perzeptuell, sensomotorisch geleitet wird (vgl. Varela 1993: 173, zit. n. Mazurkiewicz-Sokołowska 2020: 193), erschließen sich mit Aussagen über das Erscheinungsbild von Körperschilderungen und die Bedingungen dieses spezifischen Gesprächstyps also wesentliche Aspekte der Kognition selbst. Die im Rahmen meiner Arbeit hervorgebrachten Erkenntnisse müssten in eine andere Disziplin überführt und dort bearbeitet werden, um ihren Wert einzuschätzen. Dem müsste idealerweise eine tiefere Gesprächsanalyse mit entsprechendem Fokus

vorausgehen. Im Sinne der oben geleisteten Überlegungen zur Nutzbarmachung der Ergebnisse der vorliegenden Arbeit, werden diese im Lichte der Embodiment-Theorie somit jedenfalls um eine Anwendungspotenzial im engen Sinne erweitert.

7. Fazit

In der vorliegenden Arbeit habe ich sieben pädiatrische Arzt-Patienten-Gespräche zu Fällen dissoziativer Bewegungsstörungen explorativ auf die darin auftretenden Körperschilderungen und die Bedingungen ihrer interaktiven Hervorbringung untersucht. Entsprechend der offenen Ausrichtung der Fragestellung habe ich breit aufgestellte Ergebnisse erzielt, von denen ich in Auswahl einige im Zuge einer fallübergreifenden Analyse geschärft habe. Während ich auf Ebene der einzelnen Körperschilderungen nur ein ungefähres Erscheinungsbild herausarbeiten konnte, ließ sich bezogen auf die Bedingungen ihrer Hervorbringung ein Mechanismus herausarbeiten, der über alle Gespräche hinweg wirksam zu sein scheint. Dieser fußt auf dem Umstand, dass das Gesprächsverhalten auf Seiten des Arztes wesentlich auf die Detaillierung von Körperhandeln und Körpererleben durch den Patienten ausgerichtet ist. Wie sich in der fallübergreifenden Analyse herausarbeiten lassen hat, wird diese Agenda als Gesprächsziel dem Patienten gegenüber zu Anfang des Gesprächs in der Regel explizit gemacht. Auf Seiten der Patienten lässt sich dagegen eine Tendenz zur Vermeidung von Detaillieren beobachten, wobei diese in manchen Fällen schwach, in anderen stark ausgeprägt ist. Arzt und Patienten wechseln an aus ihrer Perspektive als problematisch markierten Stellen immer wieder die Strategie. Makrostrukturell führt dies zu einer Art interaktiver Suchoperation nach der geeigneten Strategie zur Körperschilderung. In der Regel stellt diese ein Rückgriff auf Bildlichkeit dar, entweder auf sprachlicher Ebene oder unter Einbezug einer anderen Modalität. Nachdem eine erfolgreiche Strategie gefunden wurde, halten die Patienten in der Regel an dieser fest, was zur Entwicklung einer Formulierungsroutine führt. Diese wird vom Arzt kurzfristig als erfolgreich behandelt, führt langfristig jedoch wieder zu einer Vermeidung von weiterer Detaillierung durch die Patienten. Da es sich bei dissoziativen Störungen um ein über längere Zeit auftretendes und behandeltes Krankheitsbild handelt, bestimmen die im Gespräch entwickelten

Formulierungsroutinen nicht nur die interaktiven Bedingungen für den weiteren Gesprächsverlauf, sondern auch für Anschlussgespräche.

Da der Umfang von sieben Gesprächen für eine explorative Analyse sehr groß war, ist die Analyse der einzelnen Phänomene eher oberflächlich ausgefallen. In wie weit die von Deppermann geforderte theoretische Sättigung im Zuge der fallübergreifenden Analyse erreicht werden konnte, steht ebenfalls in Frage. Dies zu überprüfen, wäre nur in einer weiteren Analyse möglich. Darüberhinaus wäre es nötig, die herausgearbeiteten Strategien in einer kontrastiven Analyse zu schärfen und die im Zuge der Arbeit generierten Hypothesen zu testen. Dazu wäre der Einbezug weiterer Daten nötig. Glücklicherweise verspricht die andauernde Zusammenarbeit zwischen der linguistischen Fakultät Bielefeld und dem am Projekt beteiligten Krankenhaus in dieser Hinsicht auch weiterhin eine hohe Produktivität.

Wie ich gezeigt habe, sind meine Ergebnisse bestätigend für die bisherigen Erkenntnisse der Bielefelder Anfallsgesprächsforschung. Sie haben zudem das Potenzial, im Sinne einer engen Anwendungsperspektive in die Differenzialtypologie epileptischer und anderer anfallsartiger Erkrankungen einbezogen zu werden. Darüber hinaus könnten sie den Ausgangspunkt für eine anwendungsorientierte Analyse im weiten Sinne zur Entwicklung einer good-practice für Ärzte im Gespräch mit Patienten mit dissoziativen Bewegungsstörungen darstellen. Für beide Anwendungsbereiche wäre eine fallübergreifende Hypothesenprüfung notwendig.

Mit Blick auf die besondere Qualitätssicherungsverpflichtung der Medizin als am Menschen angewandte Wissenschaft ist die Ausarbeitung einer good-practice für die Praxis von Arzt-Patienten-Gesprächen nicht nur wünschenswert, sondern unbedingt notwendig. Die dabei entwickelten Handlungsempfehlungen müssen sinnvollerweise auf den Arzt, nicht den Patienten, ausgerichtet sein, weil aufgrund der Institution, in der er mit seinem Handeln situiert ist, vor allem dieser für den Anspruch einer Weiterbildung seiner Sprecherkompetenz greifbar ist. Darüberhinaus ist er gegenüber dem Patienten als Hilfesuchendem menschlich verpflichtet, wozu er sich mit der Wahl seiner Profession verpflichtet hat, der Aufwand ist ihm also zuzuschreiben und zuzumuten. Und schließlich ist er aus Sicht der Gesprächsorganisation im Arzt-Patienten-Gespräch für die Interaktion verantwortlich, womit sein Gesprächsverhalten maßgeblich für den Ablauf des Gesprächs ist, sodass Handlungsanweisungen für seine Seite im Gespräch eine besondere Wirksamkeit versprechen.

Literaturverzeichnis

- Bendl, Christian (2015). *Patientenbeteiligung im Arzneimittelfindungsprozess der homöopathischen Anamnese. Eine gesprächsanalytische Studie von Erstgesprächen (Masterarbeit)*. Wien: Universität.
- Bergmann, Jörg (1982). Schweigephasen im Gespräch: Aspekte ihrer interaktiven Organisation. In: Soeffner, Hans-Georg (Hrsg.). *Beiträge zu einer empirischen Sprachsoziologie*. Tübingen: Narr, 143-183.
- Bergmann, Jörg (1988). *Ethnomethodologie und Konversationsanalyse. Kurseinheit 1: Ethnomethodologie: Untersuchungen zur methodischen Erzeugung von sozialer Wirklichkeit im alltäglichen Handeln*. Hagen: Fern-Universität GHS.
- Betz, Emma (2017). Diskursmarker aus konversationsanalytischer Sicht: Prosodisch integriertes ja am Beginn von responsiven Turns. In: Blühdorn, Hardarik; Deppermann, Arnulf; Helmer, Henrike & Spranz-Fogasy, Thomas (Hrsgg.). *Diskursmarker im Deutschen. Reflexionen und Analysen*. Göttingen: Verlag für Gesprächsforschung, 283-206.
- Böhringer, Larissa (2015). *Kommunikative Verfahren in der Gattung ‚universitäre Sprechstunde‘*. Studentische Arbeitspapierreihe Sprache und Interaktion 22. Münster: Universität.
- Brünner, Gisela & Gülich, Elisabeth (2002a). Verfahren der Veranschaulichung in der Experten-Laien-Kommunikation. In: Brünner, Gisela (Hrsg.). *Krankheit verstehen. Interdisziplinäre Beiträge zur Sprache in Krankheitsdarstellungen. Bielefelder Schriften zu Linguistik und Literaturwissenschaft, 18*. Bielefeld: Aisthesis, 17-94.
- Brünner, Gisela & Gülich, Elisabeth (2002b). Einleitung. In: Brünner, Gisela (Hrsg.). *Krankheit verstehen: interdisziplinäre Beiträge zur Sprache in Krankheitsdarstellungen. Bielefelder Schriften zu Linguistik und Literaturwissenschaft, 18*. Bielefeld: Aisthesis, 7-15.
- Buhofer, Annelis Häcki (2011). Zum Konzept des Vergleichs in der Sprachwissenschaft. In: Mauz, Andreas & Sass, Hartmut v. (Hrsgg.) *Hermeneutik des Vergleichs. Strukturen, Anwendungen und Grenzen komparativer Verfahren*. Würzburg: Königshausen & Neumann, 191-200.
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) unter Beteiligung der Arbeitsgruppe ICD des Kuratoriums für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen (KKG) (Hg.). (2020). ICD-10-GM Version 2021, Systematisches Verzeichnis, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, Stand: 18. September 2020. Abgerufen von: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2021/>.
- Deppermann, Arnulf (2000). Ethnographische Gesprächsanalyse: Zu Nutzen und Notwendigkeit von Ethnographie für die Konversationsanalyse. *Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion*. 1/2000. 96-124
- Deppermann, Arnulf (2008). *Gespräche analysieren. Eine Einführung*. Wiesbaden: VS.

Deppermann, Arnulf (2010). Konversationsanalyse und diskursive Psychologie. In: Mey, Günter & Mruck, Katja (Hrsgg.). *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*. Wiesbaden: VS, 643-661.

Deppermann, Arnulf (2015). Wissen im Gespräch. Voraussetzung und Produkt, Gegenstand und Ressource. *Interaction and Linguistic Structures* 57. Bayreuth: Universität.

Deppermann, Arnulf (2018). Wissen im Gespräch. In: Birkner, Karin & Janich, Nina (Hrsgg.). *Handbuch Text und Gespräch*. Berlin: De Gruyter, 104-142.

Deppermann, Arnulf & Linke, Angelika (2010). Einleitung: Warum "Sprache intermedial"? In: Deppermann, Arnulf & Linke, Angelika (Hrsgg.). *Sprache intermedial: Stimme und Schrift, Bild und Ton*. Berlin: deGruyter, VII-XIV.

Deppermann, Arnulf & Spranz-Fogasy, Thomas (2001). Aspekte und Merkmale in Gesprächssituationen. In: Brinker, Klaus; Antos, Gerd; Heinemann, Wolfgang & Sager, Sven (Hrsgg.). *Text- und Gesprächslinguistik. Ein internationales Handbuch zeitgenössischer Forschung. 2. Halbband. Handbücher zur Sprach- und Kommunikationswissenschaft 16/2*. Berlin/New York: de Gruyter, 1148-1161.

Eberle, Thomas (1997). Ethnomethodologische Konversationsanalyse. In: Hitzler, Ronald & Honer, Anne (Hrsgg.). *Sozialwissenschaftliche Hermeneutik. Eine Einführung*. Opladen: Leske und Budrich, 245-279.

Erickson, Frederick & Shultz, Jeffery (1982). *The Counselor as Gatekeeper. Social Interaction In Interviews*. New York: Academic Press.

Essen, Otto v. (1964). *Grundzüge der hochdeutschen Satzintonation*. Ratingen: Henn.

Fabeck, Friederike v. (2010). *Zur Dynamik narrativer (Re-)Konstruktionen im Behandlungsverlauf dissoziativer Patienten (Dissertation)*. Bielefeld: Universität.

Fiess, Johanna (2016): *Die Bedeutung von Belastung, Emotionsverarbeitung und Körpersensitivität für funktionelle neurologische Symptome (FNS) (Dissertation)*. Konstanz: Universität.

Fredebeul-Krein, Tobias (2012). *Koordinierter Einsatz von Direktmarketing und Verkaufsaußendienst im B2B-Kontext. Kundenmanagement & Electronic Commerce*. Wiesbaden: Gabler.

Goffman, Erving (1971). *Interaktionsrituale. Über Verhalten in direkter Kommunikation* 1. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Gülich, Elisabeth & Hausendorf, Heiko (2000). Vertextungsmuster Narration. In: Brinker, Klaus; Antos, Gerd; Heinemann, Wolfgang & Sager, Sven (Hrsgg.). *Text- und Gesprächslinguistik. Ein internationales Handbuch zeitgenössischer Forschung*, Band 1. Berlin: de Gruyter, 369-385.

Gülich, Elisabeth & Mondada, Lorenza (2008). *Konversationsanalyse. Eine Einführung am Beispiel des Französischen*. Tübingen: Niemeyer.

Hausendorf, Heiko & Quasthoff, Uta (2005). *Sprachentwicklung und Interaktion. Eine linguistische Studie zum Erwerb von Diskursfähigkeiten*. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung.

Heritage, John (2012). Epistemics in action. Action formation and territories of knowledge. *Research on Language and Social Interaction* 45(1), 1-29.

Jefferson, Gail (1972). Side sequences. In: David Sudnow (Hrsg.) *Studies in social interaction*. New York: Free Press, 294-451.

Job [Frank-Job], Barbara (i.E.). Aushandlungen von Wissenszuständen in Gesprächen mit jugendlichen Anfallpatienten. Erscheint in: Genz, Julia & Gévaudan, Paul (Hrsgg.), i.E.: *Sprechen, Schreiben, Erzählen. Polyphonie in literarischen, medizinischen und pflegewissenschaftlichen Diskursen*. Göttingen: V&R.

Job, Barbara; Knerich, Heike; Schaller, Birte & Opp, Joachim (2016). *Klinische Gesprächslinguistik. Linguistische Beiträge zur Differenzialdiagnostik*. (Working Paper.) Abgerufen von: https://www.researchgate.net/publication/317001386_Klinische_Gesprachsanalyse_Linguistische_Beitrage_zur_Differenzialdiagnostik.

Job, Barbara [Frank-Job]; Knerich, Heike & Opp, Joachim (2020). Interaktive Verfahren beim Sprechen über Angst in Anamnesegesprächen mit jugendlichen Patienten. In: Barbara Job [Frank-Job] & Joachim Michael (Hrsgg.) *Angstsprachen ; Interdisziplinäre Zugänge zur kommunikativen Auseinandersetzung mit Angst*. Wiesbaden: Springer, 169-187.

Kallmeyer, Werner (1985). Handlungskonstitution im Gespräch: Dupont und sein Experte führen Beratungsgespräche durch. In: Gülich, Elisabeth und Kotschi, Thomas (Hrsgg.). *Grammatik, Konversation, Interaktion*. Tübingen: Niemeyer, 81-123.

Kallmeyer, Werner & Schütze, Fritz (1976). Konversationsanalyse. *Studium Linguistik* 1, 1-28.

Kallmeyer, Werner & Schütze, Fritz (1977). Zur Konstitution von Kommunikationsschemata in der Sachverhaltsdarstellung – exemplifiziert am Beispiel von Erzählungen und Beschreibungen. In: Wagner, Dirk (Hrsg.) *Gesprächsanalyse*. Hamburg: Buske, 159-274.

Karadağ, Güzide (2007). Wenn Patienten nicht sagen können, was ihnen auf der Seele liegt. Die Unmöglichkeit einer expliziten Kommunikation über das Problem bei Patienten mit Konversionsstörungen. *Therapeutische Umschau* 64. Bern: Hogrefe, 561-566.

Kaufhold, Julia (2005). Interaktion zwischen Prüfenden und Deutschlernenden in mündlichen Sprachprüfungen. Eine Untersuchung zum Lachverhalten. *SASI Heft 6*. Münster: Universität. Abgerufen von: <http://arbeitspapiere.sprache-interaktion.de/stud/arbeitspapiere/arbeitspapier6.pdf>.

Kneich, Heike (2013). Listenkonstruktionen als vorgeformte Strukturen – Vorgeformte Ausdrücke innerhalb von Listenkonstruktionen. *Linguistik online* 62, 97-117.

- Küchenhoff, Joachim (2013). Zwischenleiblichkeit und Körpersprache. In: Alloa, Emmanuel & Fischer, Miriam (Hrsgg.) *Leib und Sprache. Zur Reflexivität verkörperter Ausdrucksformen*. Weilerswist: Velbrück, 27-44.
- Lalouschek, Johanna (2002). Frage-Antwort-Sequenzen im ärztlichen Gespräch. In: Brüner, Gisela; Fiehler, Reinhard & Kindt, Walther (Hrsgg.): *Angewandte Diskursforschung. Band 1: Grundlagen und Beispielanalysen*. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, 155-173.
- Lalouschek, Johanna (2008): *Ärztliche Gesprächspläne und Anliegen von PatientInnen in der chronischen Schmerzbehandlung*. (Working Paper) Abgerufen von: <http://www.univie.ac.at/linguistics/personal/florian/Schmerzprojekt/de/berichte.html>.
- Marić, Dario (2017). das ist ein: (--) äh ja ANschluss ja. Das ja als Turnhalte- und Anschlussignal im gesprochenen Deutsch. *Linguistik Online*, 83. Abgerufen von: <https://doi.org/10.13092/lo.83.3784>.
- Mauz, Andreas & Sass, Hartmut v. (2011) Vergleiche verstehen. Einleitende Vorwegnahmen. In: Mauz, Andreas & Sass, Hartmut v. (Hrsgg.) *Hermeneutik des Vergleichs. Strukturen, Anwendungen und Grenzen komparativer Verfahren*. Würzburg: Königshausen & Neumann, 25-48.
- Meer, Dorothee & Pick, Ina (2019). *Einführung in die Angewandte Linguistik – Texte, Gespräche und Medienformate analysieren*. Stuttgart: Metzler.
- Mazurkiewicz-Sokołowska, Jolanta (2020). Emotionszustände und -prozesse und ihre Verkörperung in der Sprache. *Linguistische Treffen in Wrocław 17*. Breslau: Oficyna Wydawnicza ATUT, 187-198.
- Nothdurft, Werner & Spranz-Fogasy, Thomas (1988). Gesprächsanalyse in praktischer Absicht. *Sprachreport* 1/88. Mannheim: IDS 14-15.
- Nowak, Peter & Spranz-Fogasy, Thomas (2008). Medizinische Kommunikation – Arzt und Patient im Gespräch. *Jahrbuch Deutsch als Fremdsprache*, 34. München: Iudikum, 80-96.
- O'Donnel-Trujillo, Nick, & Adams, Katherine (1983). Heheh in Conversation: Some Coordinating Accomplishments of Laughter. *Western Journal of Speech Communication* 47, 175–191.
- Olbertz-Siitonen, Margarethe (2009): *Unterbrechen in zielgerichteten Gesprächen. Eine gesprächsanalytische Untersuchung*. Tampere: University Press.
- Opp, Joachim (2015). Diagnostisches Vorgehen bei Verdacht auf dissoziative Anfälle. *Pädiatrische Praxis* 84, München: Marseille, 197–203.
- Opp, Joachim; Job [Frank-Job], Barbara; Knerich, Heike (2015). Linguistische Analyse von Anfallsschilderungen zur Unterscheidung epileptischer und dissoziativer Anfälle. *Neuropädiatrie in Klinik und Praxis* 14(1), 2-10.

Opp, Joachim & Job [Frank-Job], Barbara (2017). Hypothesen zur Genese dissoziativer Anfälle anhand der Anfallsschilderungen. *Zeitschrift für Epileptologie* 1/2017. Berlin: Springer, 34-38.

Pick, Ina & Meer, Dorothee (2018). Wissenschaftskommunikation durch ‚Anwendung‘? Normorientierung der Angewandten Gesprächslinguistik im Austausch mit der Praxis. In: Luginbühl, Martin & Schröter, Juliane (Hrsgg.). *Geisteswissenschaften und Öffentlichkeit. Linguistisch betrachtet*. Bern u.a.: Peter Lang, 197-221.

Reuber, Markus & Ekberg, Katie (2015). Linguistisch-interaktionale Differentialdiagnose in der Anfallsambulanz. In: Busch & Spranz-Fogasy (Hrsgg.). *Handbuch Sprache in der Medizin. Handbücher Sprachwissen 11*. Berlin: De Gruyter, 264-281.

Sacks, Harvey (1984). Notes on methodology. In: Heritage, John & Atkinson, J. Maxwell (Hrsgg.) *Structures of Social Action. Studies in Conversation Analysis*. Cambridge: University Press, 2–27.

Sacks, Harvey; Schegloff, Emanuel & Jefferson, Gail (1974). A Simplest Systematics for the Organization of Turn-Taking for Conversation. *Language* 50, 696–735.

Schmidt, Thomas (2018). Gesprächskorpora. In: Kupietz, Marc & Schmidt, Thomas (Hrsgg.): *Korpuslinguistik*. Berlin [u.a.]: de Gruyter, 209-230.

Schöndienst, Martin (2020): Zum Nutzen gesprächsanalytischer Ansätze in der Differentialdiagnose und Therapie von epileptischer und von Panik-Angst. In: Barbara Job [Frank-Job] & Joachim Michael (Hrsgg.) *Angstsprachen; Interdisziplinäre Zugänge zur kommunikativen Auseinandersetzung mit Angst*. Wiesbaden: Springer, 35-48.

Schröder, Peter; Reitemeier, Ulrich & Nothdurft, Werner (1994). Einleitung. In: Nothdurft, Werner; Reitemeier, Ulrich & Schröder, Peter (Hrsgg.). *Beratungsgespräche. Analyse asymmetrischer Dialoge. Forschungsberichte des Instituts für Deutsche Sprache 61*. Tübingen: Narr, 7-17.

Schwabe, Meike (2006). *Kinder und Jugendliche als Patienten. Eine gesprächsanalytische Studie zum subjektiven Krankheitserleben junger Anfallpatienten in pädiatrischen Sprechstunden*. Göttingen: V & R.

Selting, Margret (2004). Listen: Sequenzielle und prosodische Struktur einer kommunikativen Praktik. Eine Untersuchung im Rahmen der Interaktionalen Linguistik. *Zeitschrift für Sprachwissenschaft* 23, 1-46.

Selting, Margret; Auer, Peter; Barth-Weingarten, Dagmar; Bergmann, Jörg; Bergmann, Pia; Birkner, Karin; Couper-Kuhlen, Elizabeth; Deppermann, Arnulf; Gilles, Peter; Günthner, Susanne; Hartung, Martin; Kern, Friederike; Mertzluft, Christine; Meyer, Christian; Morek, Miriam; Oberzaucher, Frank; Peters, Jörg; Quasthoff, Uta; Schütte, Wilfried; Stukenbrock, Anja & Uhmann, Susanne (2009): Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem 2 (GAT 2). *Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion* 10, S. 353-402. Abgerufen von: <http://www.gespraechsforschung-ozs.de/heft2009/px-gat2.pdf>.

Spranz-Fogasy, Thomas (2010). Verstehensdokumentation in der medizinischen Kommunikation: Fragen und Antworten im Arzt-Patient-Gespräch. In: Deppermann,

- Arnulf; Reitemeier, Ulrich; Schmitt, Reinhold & Spranz-Fogasy, Thomas (Hrsgg.). *Verstehen in professionellen Handlungsfeldern*, Tübingen: Narr, 27-116.
- Spranz-Fogasy, Thomas & Becker, Maria (2015). Beschwerdenexploration und Diagnosemitteilung im ärztlichen Erstgespräch. In: Busch, Albert & Spranz-Fogasy, Thomas (Hrsgg.). *Handbuch Sprache in der Medizin. Handbücher Sprachwissen 11*. Berlin: De Gruyter, 93-115.
- Spranz-Fogasy, Thomas & Winterscheid, Jenny (2018). Kommunikation mit Kindern und Eltern. In: Koerfer, Armin & Albus, Christian (Hrsgg.): *Kommunikative Kompetenz in der Medizin. Ein Lehrbuch zur Theorie, Didaktik, Praxis und Evaluation der ärztlichen Gesprächsführung*. Göttingen: Verlag für Gesprächsforschung, 1686-1711.
- Stein, Stephan (1995). *Formelhafte Sprache. Untersuchungen zu ihren pragmatischen und kognitiven Funktionen im gegenwärtigen Deutsch*. Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Stoltenburg, Benjamin (2009). Was wir sagen, wenn wir es ‚ehrlich‘ sagen... Äußerungskommentierende Formeln bei Stellungnahmen am Beispiel von ‚ehrlich gesagt‘. In: Günthner, Susanne & Bückner, Jörg (Hrsgg.). *Grammatik im Gespräch. Konstruktionen der Selbst- und Fremdpositionierung*. Berlin / New York: de Gruyter, 249–280.
- Stukenbrock, Anja (2015). Verlustnarrative im Spannungsfeld zwischen erzählter Situation und Erzählsituation. Linguistische Fallanalysen. In: Scheidt, Carl., Lucius-Hoene, Gabriele, Stukenbrock Anja & Waller Elisabeth (Hrsgg.). *Narrative Bewältigung von Trauma und Verlust*. Stuttgart: Schattauer, 76-93.
- Surmann, Volker (2002). “Wenn der anfall kommt”. Bildhafte Ausdrücke und metaphorische Konzepte im Sprechen anfallskranker Menschen. In: Brüner, Gisela & Gülich, Elisabeth (Hrsgg.). *Krankheit verstehen*. Bielefeld: Aisthesis, 143-158.
- Thurmair, Maria (2001). *Vergleiche und Vergleichen. Eine Studie zu Form und Funktion der Vergleichsstrukturen im Deutschen*. Tübingen: Niemeyer.
- Weber, Peter (2014). *Verkaufsgespräche führen lernen in der Schule. Eine linguistische Untersuchung*. Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung.
- Weinreich, Cornelia (2015). Fachinterne und fachexterne Textsorten in der Medizin. In: Busch, Albert & Spranz-Fogasy, Thomas (Hrsgg.). *Handbuch Sprache in der Medizin. Handbücher Sprachwissen 11*. Berlin: De Gruyter, S. 389-404.
- Wiemer, Patricia (2017). *Die kommunikative Rolle dritter Personen und ihre sprachlichen Beteiligungsverfahren im onkologischen Aufklärungsgespräch. Eine gesprächsanalytische Untersuchung. Studentische Arbeitspapierreihe Sprache und Interaktion 28*. Münster: Universität. Abgerufen von: arbeitspapiere.sprache-interaktion.de/stud/arbeitspapiere/arbeitspapier28.pdf.
- Wilson, Margaret (2002). Six views of embodied cognition. *Psychonomic Bulletin & Review*. 9(4), 625–636.
- Winterscheid, Jenny (2015). Pädiatrische Gespräche. In Busch, Albert & Spranz-Fogasy, Thomas (Hrsgg.). *Handbuch Sprache in der Medizin. Handbücher Sprachwissen 11*. Berlin: De Gruyter, 188-207.
- Winterscheid, Jenny (2018). *Triadisch-pädiatrische Kommunikation in der Kinderarztpraxis*. Mannheim: Amades.

Abbildungs- und Darstellungsverzeichnis

Abbildungen

Abbildung 1: Beispielbild vom Behandlungszimmer 33

Schematische Darstellungen

Schematische Darstellung 1: Schnee-Vergleich 66

Schematische Darstellung 2: Obdormations-Vergleich 68

Schematische Darstellung 3: Der Explorationsmechanismus 95

Anhang: Vollständige Sequenzen

Gespräch 1	I
Narrative Rekonstruktion des jüngsten Anfallsereignisses	I
Zweite narrative Konstruktion des jüngsten Anfalls	III
Dritte Rekonstruktion des jüngsten Anfalls – Detaillierungszwänge von Seiten des Arztes	V
Gespräch 2	VII
Erste Rekonstruktion jüngeres Anfallsgeschehen	VII
Zweite Rekonstruktion jüngeres Anfallsgeschehen	IX
Gespräch 3	XI
Detaillieren von Körpererleben auf Initiierung des Arztes	XI
Gespräch 4	XIII
Erste Schilderung Körperempfinden	XIII
Rekonstruktion Beginn der Krankheitsgeschichte	XV
Gespräch 5	XVII
Erste Detaillierung Körperempfinden auf Initiierung des Arztes	XVII
Listenartige Aufzählung von Körpererleben	XVIII
Gespräch 6	XX
Erste narrative Rekonstruktion des jüngsten Krampfanfalls	XX
Erneute Rekonstruktion auf Initiierung des Arztes	XXIII
Darstellung erstes Anfallserleben auf Initiierung des Arztes	XXIV

Gespräch 1

Narrative Rekonstruktion des jüngsten Anfallsereignisses

014 A: (1.52) °hh <<ausatmend> ja> äh::m (-)
was Könnte denn RUMKOMMEN heut oder was/
was/ (.) was KANN ich denn GUTES TUN?
015 (--) °hhh hhh° i/ (.) also Ich SOLL die
staTION will (.) bisschen eine idee
HABen,
016 (--) °h äh: WAS es mit den (.) anFÄllen
und diesem ding GEstern auf sich HATte.
017 P1: <<p> hm_ ja ich auch,>
018 ((leises Lachen/Ausatmen))
019 A: GUT (.) und/ und_ Können Sie da was zu
erZÄHlen?
020 P1: (--) okay dann (-) ähm (.) ich war
gestern,
021 (1.06)[also](.) ich WEIß HALt von den
ANfällen NACHher nicht mehr viel,
022 A: [hm_hm?]
023 P1: (.) ich weiß nur HALt (.) so aus
erZÄHLungen immer was dann passiert weil
ich das [dann meisten] halt kurz
(danach) wieder verGESSE,
024 A: [hm_hm,]
025 P1: (-) Ähm es (war so) ich hatte eigentlich
UNterricht gehABT,
026 und dann WOLLt ich vorher noch ähm auf
toilette gehen,
027 (.) das WEIß ich noch,
028 damit ich nicht mitten im unterricht auf
toiLETTTE gehen muss,
029 °h (-) u:nd Ähm (-) daNACH bin ich wohl,
030 (--) auf?
031 / (.) auf der toilette zuSAMMENgebrochen
und hab (.) DANN halt angefangen so (.)
zu KRAMPfen,
032 und mich hat DANN WOHL,
033 (---) °hh hab_ich/ <<pp> äh> HAT mich
HALt_aber_eine SCHÜLERIN (.) dann
geSEHEN,
034 und einen (.) LEHRer gerufen,
035 und (--) <<ausatmend> ja;>
036 die HABen dann HALt n,=
037 A: =hm_hm,
038 P1: (-) KRAnkenWAgen geholt <<pp> und (.)

ja;>

039 A: ((schreibt, ca. 4.65 Sek)) hm_hm?

040 P1: (1.65) hm_ja,

041 (.) Dann war ich hier,

042 A: (1.04) hm_hm;

043 P1: (--)<<ausatmend> ja,>

044 A: (3.05) MEHR,

045 P1: (1.37) ja ich HATte halt DONnerstag
schon einen KRampfANfall gehabt,

046 A: hm_hm?

047 P1: in::_ähm (.) bei der NACHhilfe,

048 (--)<<da: (--)<<hm (.) (WURde) ich dann
(.) musste ich einmal mit_dem
KRAnkenwagen ins KRAnkenhaus,
049 aber ins ähm NAME_KLINIK1,

050 (-) weil die NACHhilfe im NAME_ORT1 war,

051 und das (--)<<weil NAME_KLINIK1 grad
um_die Ecke war,

052 und ähm (---)<<p> ja;>

053 (1.09) da KANn ich mich <<pp> jetzt> so
ziemlich GARNicht dran erinnern weil die
mir irgendein medikament gegeben haben
was ich (.) <<smile voice> NIchT> so gut
verTRAGE,

054 Also ich reaGIER da ZIEMlich speziell
drauf desWEgen;

055 (--)<<weiß_Ich Nicht mehr so geNAU was da
passiert ist;

056 (1.16) ich war auf JEden fall (ne woche)
KRAnkenhaus und ähm (---)<<ja dann KAM
meine MUTTER auch,

057 und_ein (.) beKANNter von uns,

058 <<pp> und dann> DURfte ich auch
IRgendwann mal (wach sein);

059 A: (1.23) hm_hm;=

060 P1: =ich_war ZIEMlich neben <<smile voice>
der spur> (damals/dann auch/danach);

061 (.) also,

062 (2.58) <<nuschelnd> wahrscheinlich
(bei/weil) diesen KOMischen medikament;>

063 A: (3.62) <<pp> hm_hm.>

064 P1: oder durch unter ZUCKer Oder so weil ich
nicht viel geGESSen HATte und dann (.)
ja [WAHRscheinlich,]

066 A: [hm_hm,]

067 P1: weiß (nich genau,)

068 A: (6.16) <<p> hm_hm.>

Zweite narrative Konstruktion des jüngsten Anfalls

124 A: (2.65) hm;
125 (2.56) GUT,
126 (1.01) wa/ (--) dann: äh GÜcken wir
EINFach nochmal (.) den ANfall GEstern
geNAUER an,
127 °h äh:m,
128 (1.00) ALso Sie (--) der UNterricht
hatte noch nicht ANgefangen
[und sie sind]ZUR
129 P1: [hm,]
130 (-) TOIlette;=
131 A: =TOIlette;
132 P1: ja_a,
133 A: (.) und wa/ (.) WAS GENau (--)
<<pp> w_w> (.) WISSen sie NOch?
134 P1: ja ich bin halt auf toilette gegangen
ganz norMAL,
135 und dann WOLLte_ich halt (.) zur ähm (.)
<<all> HALt zum WASCHbecken die HÄnde
WASchen wie man das halt so macht,>
136 A: (-) also toiLETTTE war schon UM;
137 P1: (-) JA ja;
138 <<all> also ich war schon FERTig;>
139 A: hm_hm,
140 P1: ((lacht)) (--) ÄH:m (--) ja;
141 und dann bin ich (.) dann (-) ich WEIß
GARnicht mehr (-) wie/ (.) WIE geNAU,
142 <<all> es ist es halt einfach nur so>
ich bin dann einfach so,
143 (-) zuSAMMengeklappt HALt,
144 ich (1.67) keine AHnung;
145 also ich KANn mich nicht geNAU dran
erinnern wieSO oder (.) auf jeden fall
WAR da dann irgendWAS;
146 das ist äh <<all> MEIstens bei meiner
krankheit dann so> dass ich dann (---)
dass dann sowas IST wie,
147 A: ((schreibt, ca. 1.68 Sek))
148 P1: weiß ich nicht;
149 (--) wie so_ein/ wie so_ein stromSCHLAG
oder so der dann (.) kommt und dann (--)
also_so von JETzt auf GLEIch halt,
150 A: (2.98) <<pp> hm_hm>
151 P1: ja also wie so_ein stromschlag ist das
<<smile voice> (meistens) >
152 A: STROMschlag WO?
153 P1: (--) ähm (.) das geht DURch von/ von/
von den ARMen oben bis runter in die

154 A: BEine (.) MEIstens,
 155 ((schreibt, ca. 10.07 Sek)) hm_HM,
 156 (4.45) und DAnn,
 P1: (-- hm: (-) DAnn ähm (---) ähm FAngen
 sich halt (--) meistens an so_meine
 MUSKeln (.) also meine A/ meistens meine
 ARme und meine BEine halt so (.) zu
 verKRAMPFen,
 157 meine hüften sind ganz steif,
 158 (---) und ähm (--) dann (---) hm_ja,
 159 (---) ist halt (---) <<ausatmend> hm>
 wie soll man <<smile voice> das
 erklären?>
 160 (1.14) FAngen die an SO (.) zu (.)
 ZUcken halt;
 161 so rum zu,
 162 A: (-) hm_hm,
 163 P1: ZUcken ((lacht auf))und ähm (-) MEIstens
 ist das noch IRgendwas mit dem
 OBERkörper auch dass der BRUSTkorb
 [dann immer so] (.)
 164 A: [OH,]
 165 P1: HOch geht,
 166 A: (-) k/ w/ äh und/ und WOher WISSen sie
 das?
 167 P1: (.) ich äh:m ähm wenn ich KRAMPfanfälle
 krieg dann erzähle manche leute mir das;
 168 A: [Achso;]
 169 P1: also[IST ja]MEIstens wenn/ wenn jemand
 daBEI ist erzählen die mir wie das dann
 so (-) wie das so war,
 170 weil_ähm (.) ich mich an die MEIsten
 sachen <<dim> garNicht erinnern kann;>
 171 A: (2.25) und sie SELbst Können_es ja nicht
 wissen;
 172 P1: ja_a;
 173 desWEgen lass ich mir das erzÄHLen?
 174 A: [hm_hm?]
 175 P1: [damit ich]irgendeine AHNung habe was
 das/ (.) wie das überHAUpt von statten
 geht;
 176 A: (3.55) hm.
 177 (-) okay.

Dritte Rekonstruktion des jüngsten Anfalls – Detaillierungszwänge von Seiten des Arztes

231 A: also GEstern sie WAreN beim hö/ also sie
(.) waren am WAschbecken?
232 ((lauter Knall))(--) WAreN noch (.) am
HÄnde waschen?=
233 P1: =<<all> nee ich War grad
no/nich_mal[(xxx xxx xxx)>]
234 A: [<<auch noch nicht mal; >]
235 also das heißt sie WAreN aus der
toilette RAUS,=
236 P1: =ja,
237 A: °h hose schon HOch?
238 <<all> und und und > waren aus der tür
RAUS und am weg zum WAschbecken;
239 P1: hm_ ja,
240 A: (---) und DAnn?
241 P1: (--) das: (.) GIng Alles ganz/ das GIng
alles ganz SCHNELL,
242 mir_wurd/ mir WURd ziemlich MULMIG
zumüte (dass_ist_halt) (.) mir war ein
bisschen SCHWINDelig auf einmal und dann
(--) dann: (.) ja;
243 (---) äh als HÄtte ich halt einen
STROMschlag hier irgendwo in_eine
STECKdose gefa/ <<p> also ich hab noch
NIE in_eine STECKdose gePAckt aber
(lacht auf))>(1.03) <<p> hm>(-) so wie
ich es mir <<smile voice> VORstellen
würde > wenn <<dim> ich in_eine steckdose
PAcken würde,
244 (.) so halt >
245 A: (-) hm_hm,
246 P1: (.) Also (.) GAnz seltsam,
247 (-) Also (.) mir_wird VORher MEIstens
(.) SCHWINDelig und (.) MEIstens auch
ein bisschen schlecht,
248 A: HM_hm,=
249 P1: =<<p> und ähm (--) hm_ ja >
250 A: (5.01) °hh Gut aber das ist ja DAnn was
was sie MERken wenn_es ihnen plötzlich
sch_bisschen SCHWINDelig und SCHLEcht
wird,
251 P1: (-) hm_JA <<dim> das merk ich dann, >
252 (---) so,
253 (--) nur MEIstens MERk ich_es dann halt
nicht (mehr genu:g)
254 A: ((schreibt, ca. 20.34 Sek)) ah_und,
255 (7.72) °hhh hhh° gut dann gibt_es noch

256 was WICHTiges zu den anFällen,
(1.14) vergessen,
257 P1: (-- <<p> ich glaub nich,>

Gespräch 2

Erste Rekonstruktion jüngerer Anfallsgeschehen

002 A: =das / ich wollt jetzt einfach nochmal
(.) in rUhe verstehen (--) wa/ was lOs
ist.

003 P2: (1.59) also gEstern wurde mir halt in
der schU:le (1.1) schwINdelig und
[(--)etwas wÄrmer,]

004 A: [hm_hm,]

005 P2: (1.0) und dann hat_s AUfgehört und dann
hab_ich mich hingesetzt und dann hat
meine hand wieder angefangen zu zITtern;

006 A: ((schreibt 1.18 Sek)) hm_hm,

007 P2: <<p> u:nd ich wusste natürlich nicht was
jetzt lOs war und dann hab meine mutter
natürlich Angeruf->

008 A: (-) hm_hm-

009 ((schreibt 3.27 Sek)) hm_hm,

010 (--) kannst du da noch mEhr zu erzählen?

011 P2: (1.0) <<all / p / dim> eigentlich nur
dass die hAnd angefangen hat wieder zu
zittern mEhr nich;>

012 A: ((schreibt 1.1 Sek)) hm_hm,

013 (3.88) ((schmatzt)) (---) gut;

014 (1.25) <<creaky> also du/ du warst in
der schUle;>

015 (-) war dir schwINdelig-

016 war_s irgedwie/ was/was wars denn für
ein f!A!ch was/was für eine situatION;

017 P2: (0.9) es war (.) anfang dEUtsch.

018 die erste.=

019 A: hm_hm,

020 P2: =ich kam zur schUle,=
021 =die erste stunde ist natürlich
entfAllen,

022 A: (-) hm_hm,

023 P2: weil_s erst an dem tag auf_m
vertrEtungsplan steht,

024 A: hm_hm,

025 P2: (--) und (---) dann/ (--) ich hab ja
auch gefrühstückt,

026 A: hm_hm,

027 P2: das/ (--) deswegen frag_ich mich auch
128 warum mir schwINdelig geworden ist,

029 A: <<hoch> hm_hm,>

030 ((schreibt 1.09 Sek))

031 P2: und:_es war dEUtsch;

032 mitte deutsch wurd_ich nachhAUse
geschickt,
033 A: (1.36) <<f> WEIL dir schwindelig war;>
034 P2: (-) <<all> und weil meine hAnd wieder
 angefangen (hat)>
 [zu zIttern;]
035 A: [<<all> achso_das> a_ha-]
036 P2: u:nd weil mir noch n bIsschen
 schwindelig war aber nicht vIEl,
037 (0.8) und (.) mein lehrer hat dann auch
 noch ne schülerin mit nachhAUse
 geschickt zu mir,
038 (---) °h weil_ich nicht alleIne gehen
 sollte-
039 A: hm_hm,
040 ((schreibt 3.5 Sek))
041 P2: (3.36) <<pp> das wArs (-)
 eigentlich>[(.) was passIErt ist-]
042 A: [hm](--)
 <<p> hm_hm.>

.1 Zweite Rekonstruktion jüngerer Anfallsgeschehen

043 A: (--) und zu der hAnd;
044 (1.27) was kannst_e dA noch erzählen?
045 P2: (1.05) die zittert halt so wie lEtztes
mal;
046 A: ((schreibt 8.69 Sek)) <<nasal> aha,>
047 (so)?::;
048 ((schreibt 1.58 Sek))wa/ wAs/ was war
das/ was hast du da gemErkt als erstes?=
049 =was-
050 P2: (0.92) <<p / schwach> als erstes wurde
mir/> wurde mir ja halt schwINdelig,=
051 =und dann etwas wärmer,
052 und dann ist_(es) (1.08) ist mir wieder
halt normAl geworden,
053 (--) schwindelig war mir Immer_noch n
bisschen,
054 (--) und dann hat die lEIchT angefangen
zu zittern und dann wurd_es n bisschen
stÄrker;
055 A: (---) hm_hm,
056 ((schreibt 12.12 Sek)) hm_hm.
057 (4.29) <<creaky> u/und hm/> du sagst/
du/ bisher hast du zum zITtern nur
gesagt (.) dass es ist wie lEtztes mal;=
058 =aber wie IST es denn das zittern;
059 P2: (1.1) <<pp/ schwach>> wieder SO;>
060 A: (0.99) (also) (.) das ist so_ein
bisschen UNregelmäßig is;=
061 =is/
062 P2: (.) ja es ist e/(.) eher UNregelmäßig;=
063 =manchmal hört_s für zehn minuten wieder
auf,
064 so wie lEtztes mal,=
065 A: =hm_hm,
066 P2: und dann fängt_s wieder An und dann
hat_s mal wieder solche pAUsen;
067 A: ((schreibt 9.9 Sek))und (.) seit
gEstern?=
068 =<<dim> äh ist es mEhr geworden wEniger
seit gestern nacht->
069 P2: (0.9) seit gEstern ist es eigentlich:
(.)etwas mEhr geworden,=
070 =aber dann hat sich_s wieder n bisschen
zurÜckgezogen;
071 A: hm_hm,

072 ((schreibt 1.16 Sek))

073 P2: <<len> im prAktikum wurde mir AUch
schwindelig,>

074 A: ((schreibt 1.47 Sek))

075 P2: <<all> und da hat meine hand AUch_s für
zehn minuten angefangen zu zittern;>

076 [aber dann hats Aufgehört.]

077 A: [hm]?hm in
welchen prAktikum?

078 P2: (0.66) <<len> ich hatte n prAktikum.
079 (--) a:m (---) letzte wOche,>
080 (0.78) vor zwEI wochen war das,
081 (--) ähm(0.76) ich glaub das war n
frEItag,

082 A: ((schreibt 1 Sek))

083 P2: wurde mir halt AUch (--) schwIndelig,
084 (---) n bisschen schwArz vor augen,

085 A: ((schreibt 1 Sek))

086 P2: und

087 A: ((schreibt 1.27 Sek))

088 P2: die hat dann halt für zehn minuten
gezittert und dann hat_s wieder
Aufgehört;

089 A: ((schreibt 12.4 Sek)) hm_hm.
090 (3.24) einfach (1.6) ((schmatzt))(1.0)
hm.

Gespräch 3

Detailieren von Körpererleben auf Initiierung des Arztes

- 025 P3: <<pp> deshalb sind wir hier;>
026 A: (1.8) ahA.=
027 =und/ und was <<creaky> äh> (-)also (.)
ich kAnns mir noch nicht so: vOrstelln;=
028 =also was/ was/ was/ was genau WIE
passiert;
029 P3: jA das kommt dann einfach so PLÖTZlich
und dann zittert die hand halt so:-
030 also (dat_s) dann ungefähr sO (.) sagen
wa mal;
031 A: hm_HM-
032 (-) ((schreibt, 5.0 Sek))plötzlich;
033 (0.7) also-
034 P3: (1.56) also ich konnte (mir / nur)
nich
erklÄRN woher das kam-
035 A: (0.8) °h dAs heißt du/ du/ du
schreibst_n AUfsatz oder du bist beim
mittagessen oder be_be_bei wAs/ wann/
wann passiert sowas?
036 P3: (-) hm (--)<<cresc> ich hAb das halt
auch in unregelmäßgen ABständen==
037 =aber> (-) in der schUle war das,=
038 =ich muss (kurz) überlegen ob das
schonmal in der schUle/ (.) jA in der
schule war das AUch schon,
039 °h es war aber auch schon EInfach
mittags zuhAUse oder auch einfach wenn
ich mit frEUden unterwegs war;
040 also: (-) kann man nicht genau sAgen.
041 A: (.) <<p> hm_hm;>
042 (-) ((schreibt, 4.3 Sek))
043 P3: oder auch EInfach mal (-) einmal war
das auch wo ich abends im bEtt lag in
ruhe und dann: war das die lInke hand-
044 (0.9) das war letztes jahr im sOmmer
glaub ich;
045 A: ((schreibt, 5.5 Sek)) °hh ((schreibt,
6.5 Sek)) °hh (-) hm_HM;
046 (1.5)dAs heißt (1.2) du liegst im bEtt
(-) <<all> oder sie liegn im bEtt> °h
und dAnn plötzlich,
047 [(-) mErken sie/]

048 P3: [(-) plötzlich hat] eInfach die hand
gezittert==

049 =ja;

050 A: (1.0) als_als wär sie an ein/ an strOm
angeschlossn oder wie wie also wie
fERNgesteuert-

051 (0.7) weil sIE selber mAchen_s ja nich;

052 (0.62) [oder] wie_wie_wie Is das;

053 P3: [nEE-]

054 (-) i:ch kann mir (dat) AUch nich so
genau erklär_n also w/ (0.5)wo das:
herkommt;=

055 =aber is halt einfach dass die
hAnd_nich: so ruhig (.) hAlten kann;

056 A: (1.0) ((schreibt, 2.5 Sek))

057 P3: oder wenn ich dann halt auch
GEgenstände
in der hand hab dass es halt dann auch
sehr extrem wackelt <<p> und> das mit
dem hAlten nich mehr so gut klappt;

058 A: ((schreibt, 4.62 Sek))

059 P3: also_dass ich das rUhig ich in der
hand
halte;

060 A: hm_hm,

Gespräch 4

Erste Schilderung Körperempfinden

044 A: (2.0) NAgut;
045 (1.5) ABer was ist denn mit DIR?
046 P4: (1.5) nja ich FÜHl mich jetzt (.) e/
IMMernoch nicht BEsser (1.0) nja;
047 (--) meine BEIne tun mir IMMernoch WEh,
048 (-) meine FÜße tun mir AUCh noch weh und
meine HÄNde;
049 °h und mir_ist eben halt SCHWINDelig
(--) ja;
050 A: ((schreibt/macht sich Notizen))
051 P4: und_LAUfen kann ich wie gesagt IMMernoch
nicht so wirklich;
052 A: (1.7) hm;
053 (-) was HEIßt nicht so wirklich?
054 P4: (1.5) ALso (.) mit (.) HILfe kann_ich
mich fortbeWEGen aber nicht wirklich
LAUFen;
055 A: (5.0) und waRUM?
056 P4: (---) WEIß_ich NIcht;
057 (1.5) meine BEIne tun mir andauernd WEH
und (.) ja;
058 (1.0) ich_hab das gefühl als wäre un/ äh
der man/ der BODen nicht (-) GERAde also
so UNeben oder,
059 (.) als würde_ich auf so_einem TRAMPolin
LAUFen;
060 (2.0) dann_ist der (.) dann FÜHlt man
sich ja AUCh immer (.) so KOMisch das
man (.) wie man läuft dann;
061 (---) ja und DAS (.) so hab_ich das
gefÜHL;
062 (3.8) und wenn_ich die_dann (.) ZU doll
HOch hebe [DAnn] (-) tun die ri/ dann
tun die eben halt WEH,
063 A: [hm,]
064 P4: (1.5) ja;
065 A: (4.0) hm_hm;
066 (1.5) äh_äh_äh w/ WIE tun die weh?
067 P4: (1.5) °hh ja eh MANchmal (.) nur so ein
STECHeN aber manchmal auch so ein
DRÜcken;
068 <<all>also so> dass das DAnn der schm/
der/ das STECHen so,

069 (1.5) zum so_einem DRÜcken wird als
würde man das so zerQUETSchen das BEIn;
070 (--) <<all>aber das_hab ich auch> ähm
LETZtens mit_dem BRÜST(.)korb (.)
<<all>das hab_ich auch> noch ab und zu,
071 °h dann ä:hm (-) dann tut mir der
BRÜSTkorb weh und dann ä:h,
072 <<all>fühlt sich das an> als würde
jemand so meine LUNge DRÜcken;
073 (-) also so tut fi/ das (.) tut dann
WEH;=
074 A: =hm_hm;
075 (3.5) <<p>hm_hm;>

Rekonstruktion Beginn der Krankheitsgeschichte

- 077 A: (6.0) und_und_und wie hat das
ANGEFANGen?
- 078 (.) mit_dem ko/ mit dem HÄNde
[und mit dem schwindel und_so]
- 079 P4: [an/ ANfangs hat_es]mit den
HÄNden da wu/ äh wurden die dann KALT
und dann haben die langsam angeFANGen
(.) ähm WEH zu_tun,
080 WURden auch BLÄULich,
081 °h (-) JA und,
082 A: (.) richtig SICHTbar BLÄULich?
083 P4: (-) NEIn_ä:h (.) an MANchen
STEllen_ä::h,
084 (.) aber (.) ich_hab das nicht so
wirklich_immer MITbekommen ich war dann
(.) ä:h,
085 (.) °h und_dann HAT e/ meine MÜtter
mich_immer angesprochen (--) tun dir
deine_finger wieder WEH ÄHm,
086 oder ä:hm (.) UND HALt die mal unter
warmem WASSer oder ä:h massIER die
mal_so;
087 äh dann die/ <<all>dann hat die
immer_gesagt> maSSIERT mal wieder deine
hände die sind wieder blaU_und,
088 i/ich_hab das jetzt nicht so WIRKlich
immer MITbekommen;
089 (.) ich_hab nur immer geMERkt dass es
WEH tut und (.) dass wie KALT sind
<<all>als würde man die gan/> HÄNde die
ganze zeit im SCHNEE HALten;
090 (.) und_dann fangen die auch langsam
an_so [weh zu]tun,
091 A: [hm_hm-]
092 P4: °h ja und_so ham/ hab ich das dann ganze
zeit geFÜHLT,
093 °h (-) und_dann hab ich die immer (.) äh
unter warmem WASSer geha/ habt,
094 oder ähm hab dann die finger dann gekn/
ä:h so maSSIERT,
095 °h (--) und_dann (---) ich weiß nicht
WAnn das auch noch war da ä:h (1.5) das
war ABends auf jeden fall,
096 da bin ich dann blaU (--) <<all>also
nicht> (-) ä:h da bin ich dann äh (-)
schw/ (-) da war mir dann RICHTig w/

(--) also ich hatte SCHÜttelfrost war/
hatte ich da,
097 °h und mir war schwindelig und da hatte
ich AUCH_wieder kal/ ä::h (.) kalt/
haben mir auch meine HÄNde wieder weh
getan;
098 (--) und_dann: war das SO SCHLIImm (.)
das war aber nach_dem SCHWIMMen,
099 (1.0) dass meine mutter gedacht hätte
das:s (.) die irgendwie so DROgen in
mein MISCH/ äh äh in mein wasser getan
HAben,
100 °h (.) weil_ich wirklich (1.5) NIcht
mehr (.) <<all>ich hatte das gefühl> als
wär ich nicht mehr ICH;
101 UNd (-) ja;
102 A: ((schreibt)) hm_hm;

Gespräch 5

Erste Detaillierung Körperempfinden auf Initiierung des Arztes

057 A: ((schreibt, ca. 6.06 Sek))hm_HM;
058 (0.57) °h u/ u/ un/ und/ und <<p>
dann>==was heißt TAUBheit?
059 P5: (1.20)man kann sich das glaub ich so
vorstellen als wenn (.) der fuß
EINGeschlafen is;=
060 A: =hm_HM;
061 P5: °h (.) also man spürt nicht wenn man da
drauf RUMtippt,
062 [oder (-) WENN man,]
063 A: [((schreibt, ca. 2.28 Sek))]
((schreibt, ca. 1.32 Sek))
064 P5: keine ahnung als bEispiel jetzt wenn man
mit einer NAdel da reinpieksen wü:rde,
065 (---)°h spürt man NICHT im (-) ersten
moment==
066 =man spürt (-) dass jemand da DRAUF
is,=
067 =also (---) da <<cresc> drüber
STREICHT > oder so,=
068 =aber man merkt NICH-
069 (-) den SCHMERZ der eigentlich dA sein
sollte;
070 A: hm_HM;=
071 P5: =wie bei einem (-) tAUben FUSS halt==
072 =also [ich WEISS nich] kann man das
irgendwie nicht so GUT beschreiben;
073 A: [hm_hm;]
074 ((schreibt, ca. 6.81 Sek))hm_HM,

Listenartige Aufzählung von Körpererleben

- 075 A: ((schreibt, ca. 7.50 Sek))(1.75)was
(--) kannst du NOCH (.) dazu erzählen,
076 P5: zu den (.) <<h> beinen JETZT?>
077 (1.90)<<smile voice> was kann man DAzu
noch erzählen,>
078 ==nich gerade VIEL;
079 °h das_s zwischendurch irgendwie ähm
(.) WÄden nach [Unten] gegangen;
080 A: [hm_hm;]
081 ((schreibt, ca. 0.92 Sek))
082 P5: war dann (.) kurzzeitig an den
SCHIENbeinen=
083 [=also praktisch <<f> komPLETT> weg;]
084 A: [((schreibt, ca. 1.81 Sek))]
085 P5: [(-) bis ich ähm (.) beim laufen
EINGesackt bin;]
A: [((schreibt, ca. 3.52 Sek))]
086 P5: [(-) dass ich von der SCHULE abgeholt
werden musste,]
A: [((blättert und schreibt, ca. 2.31
Sek))] aha kannst du das mal
MALen?
087 A: ((ringt nach Worten, ca. 0.72 Sek))
[(muss gar nicht so) <<all>
kompliziert->]
088 P5: [also WIE:?]
089 also wie TAUB [das jetzt] war,
090 A: [<<f> JA;>]
091 P5: ä:hm;
092 (ich) würd SAgen-
093 ((malt, ca. 6.76 Sek))jetzt von ((malt,
ca. 1.01 Sek)) HIER oben-
094 ((malt, ca. 0.92 Sek))((malt, ca. 0.94
Sek)) bis ungefähr [HIER ist das-]
095 A: [is es von]
VORne oder von hInten;
096 P5: von BEIDseitig;=
097 =also komplett DRUM rum [(halt);]
098 A: [<<f> AHJA;>]
099 P5: °h ähm war das/ also bis zu den knien
war das halt (.) !IM!mer taub-
100 und das ist dann halt (--)
zwischendurch so (.) an den (beginnt zu
malen, ca. 1.92 Sek) SCHIENbeinen hier
runter gegangen-
101 °h aber <<all> NUR bis zu den

knöcheln->

102 ==also nur bis GANZ nach unten zu den
 (--) füßen runter,

103 °h ABER-

104 (-) so das ich halt so bisschen (.)
 EINgesackt bin so als wenn ich nicht
 mehr LAUFen könnte;

105 A: hm HM;

106 ((Schnalzgeräusch)) also auch irgendwie
 keine KRAFT mehr?

107 P5: NE:;

108 h°(1.54) (zum beispiel) so wenn ich nUr
 die OBERSchenkel,=
 109 =trotzdem kann ich auch (.)
 einigermäßen normal LAUFen;
 110 (.) wenn jetzt keine HÜFTschmerzen dA
 sind=-
 111 =also wenn die da sind dann tut das
 auch (--) ziemlich <<f> WEH> beim
 LAUFen;

112 A: hm HM;

113 (5.43) (---) °h und die grenze nach
 OBEN,=
 114 =is so ganz (.) is schArf oder ist das
 ein ÜBERgang (weil das),=
 115 P5: =das (-) wie soll man das (erklär/)
 also das geht ungefähr biskurz nach der
 hüfte also so bauch?ANfang,

116 A: [hm HM;]

117 P5: [<<all> ABER->]

118 (0.48) ab HÜFte wird das immer bEsser-

119 A: [hm HM;]

120 P5: [ALSÖ-]

121 ((schluckt)) am bAUch spürt man dann
 schon VIEL mehr=-
 122 =also (.) FAST alles wieder;

123 A: ((schreibt, ca. 3.92 Sek))<<p> hm HM;>

124 °h((schreibt, ca. 4.26 Sek))°h und (.)
 jetzt geht das ja schon eine ZEIT lang,

Gespräch 6

Erste narrative Rekonstruktion des jüngsten Krampfanfalls

002 A: (1.0) Ich bin der (-) kINderarzt und
ich hab auch das e_e_gE gesehen wo du
grad warst-

003 (-) <<all> aber Ich würd gern nochmal
von dir hör_n was lOs is;>

004 (1.2) kannst du mir das nochmal sAgen?

005 P6: (2.2) <<p> ich habe ein_n krAmpf im bein
bekommen,>

006 A: (.) jA:?

007 P6: (-) ich wa:r/ (-) ich wollte schlAfen
geh_n:-

008 (0.8) ich hab zwei/ (.) also ich hab
zwEI (.) krampfanfälle (.) bekommen,
°hh der ERste hh° wa:r so (.) (k/) (1.7)
hm wEiß_nicht dreißig sekUnden oder so==
=ich wEiß nicht genau;

010 A: <<tief> wieso weißt du wie lAng der
war?>

011 ==hast du das mItgekriegt-

012 P6: (1.1) äh?

013 A: (-) de/ du wEißt wie lAng der war?

014 P6: (1.2) <<len> ja aso: ich wa:r äh dann
bewUSSt->

015 (-) [so.]

016 A: [ja?]

017 P6: <<all> in die ERsten krampfanfall war
ich bewUsst;>

018 °hh also im zwEIten: war ich also (-)
h° nIch so bewusst;

019 A: hm_hm,

020 P6: °hhh (-) hhh°??hm hm_HM hm.
in der zwEIten (-) äh is°hh nach
dreißig minuten passIERT,=
=dann äh:°hh mein mUTTer war nicht da==
=ich wollte (schnell) zu SIE rennen weil
H° (--) ich hab gehört wie sie rEden,=
((schreibt))

025 A: ((schreibt))

026 P6: =ich hatte Angst dass sie mich nicht °h
hÖRn und (-) ja drum (-) °h wollt_ich
schnell zu SIE rennen,
027 (1.3) auf einmal wurd_ich schwAch und
bin Umgefallen,
028 genau °h (äh) vor den (.) tÜRgriff-

029 °hh hh°oder vor den hEIZung,
030 (-) und dA hab_ich mich: auf den (AUgen)
gestOßen;
031 A: hm_hm,
032 P6: (.) <<all> un_dAnn bin ich auf_m bODen
geklatscht;>
033 A: (-) ((lacht/schnieft)) (--) das wEiße
doch;
034 P6: (-) ja-
035 A: (2.1) hh°(3.4) <<tief> hm_hm;>
036 P6: (1.6) un_das lEtzte mal w/ wann_ich m/
bewUsst war bei dem zweiten krAmpfa_fall
(.) war °hh war ich am bODen;=
037 =das weiß ich nOch-
038 (2.5) sonst mEhr weiß_ich nich-
039 A: (3.5) WIE (-) ich versteh (dich nich);
040 (-) du wARst am boden?=
041 =was hEiße das?
042 P6: <<cresc> ja ich war am bODen,>
043 h° so °h also ich_lag auf_m bODen;
044 ((kichert)) (-) °hh (-) Also ich hab
mich dann gestOßen,=
045 =auf_einma bin_ich (.) wieder so auf_n
bODen geklatscht,
046 und (-) ja: also (-) °hhh
047 A: (0.9) <<dim> also Erst warst du gesESsen
gestAnden oder wAS,>
048 P6: (1.6) also [ich wollt zu meine mUTTer]
rennen,=
049 A: [<<pp> (hm_hm,) >]
050 =<<f> JA?>
051 P6: dAnn hab_ich mich gestOßen,
052 A: hm_hm,
053 P6: (1.8) <<f> dAnn> kam der erstmal der
krAMpfamfall,
054 <<all> erstmal passiert mir das,>
055 °h dAss irgendwie so mein kiefer
irgendwie sO: hm;
056 (2.0) ich wEiß nich irgendwie so
p_h°((atmet 7.45 Sek))
057 A: we/ was mAcht der kiefer-
058 P6: (-) hm_ja er geht immer so AUf und
rUnter AUf und rUnter;
059 ((atmet 1.65 Sek))und man kann ihn/
IHN nich irgendwie stOPPen;
060 A: hm_hm,
061 P6: und gen:/ °h genAU wenn ich zu meiner
<<rall> mUTTer rennen wollte,>
062 °h war ich genAU auf ((unverständlich))
(0.6) heizung wA:r,

063 (-) °h dAnn (.) äh passIERte mir n
krAmpfa_fall da (wo) ich genau (.) die
hEizung äh gestoßen-
064 °h (-) dAnn äh: bin_ich rUnter gefallen;
065 A: (.) hm_hm,
066 P6: (0.6) ich bin erstmal auf den
HEIzung gestoßen Und (.) dAnn (2.7)
ja-
067 A: (-) hm_hm,
069 P6: (1.0) ich hab noch ein_n blauen (.)
f:lEck genau auf_n rÜcken;

Erneute Rekonstruktion auf Initiierung des Arztes

074 (3.2) was ist denn das ALLererste was du
mErkst erst.=

075 =da bist du zu deiner mUtter gerannt==
076 =und dAnn?=
077 =was war das Erste;

078 P6: (1.3) ich war irgendwie so (schwAch),=
079 =<<all> aber ich versuch dann> (.)
trOtzdem irgendwie also (-) °h ich hatte
IRgenwie das gefühl dass ich °h
irgendwie so: die ganze zeit (.)
UMkippe <<len> aber ich bin trotzdem>
irgendwie so wEItergerAnnt;

080 (1.8) also meine beine war_n schwAch,
081 (2.6) °h sonst nIchts hab_ich bemerkt
un mein kiefer::°hhh hh°

082 A: (1.8) hm_hm,
083 (6.9) der/ der kiefer wollte irgendwie
rauf und rUnter;

084 P6: (2.0) ja;;
085 <<pp> ganz ko:misch->

086 A: (-) hm:.

087 P6: ich weiß nicht wie ich das genau erklärn
soll-

088 A: (4.5) <<p> hm->

Darstellung erstes Anfallserleben auf Initiierung des Arztes

123 A: (---) kAnnst du dich noch erinnern als
das Erste mal <<hoch> was war,>
124 P6: (10.71)
125 A: ((blättert ca. 1.72 Sek)) (1.09) is ja
schon länger hEr;=
126 =(ich frag nur)-
127 P6: ((lacht leise))(--) dass der Ersten
krampf halt wie der gelaufen is <<dim>
(wollen sie/)>[wollten/](3.42) joa: ich
weiß wie der noch (-) abgelaufen war
also ja.
128 A: [hm_hm,]
129 P6: (--) wie der abgelaufen wAr;
130 (.) ich weiß noch wIE-
131 A: (5.02) <<p> hm;>
132 (1.5) ja,
133 P6: ja_a,
134 A: was wAr_da,
135 P6: (2.23) ich wollt/ (---) °h ich war bei/
also (vorher) (bei meiner) schweste::r,
136 (-) °h h h h h° dAnn h° äh bin ich schlafen
gegangen-
137 (---) und auf einmal hab ich gekrAmpft,=
138 =dAnn (--) öh:m (--) hat äh/ (0.78) ich
wollte erst mal wAsser trinken,
139 (0.94) dA habe ich die flasche
rUntergestellt nach_paar minuten-
140 °h habe ich (gekrampft) da hat meine
schwester gesagt hAllo gehts dir gUt=-
141 =hAllo gehts dir gut,=
142 A: [hm_hm,]
143 P6: [=ich wollte] jA sagen,
144 (--) aber konnt_ich <<hoch> nich>-
145 (1.79) und die wOllte schnell zu mein
mutter rennen aber leider kOnnte die
nIch weil die:: (-) äh <<hoch>
mUskelspannung hat oder wie das heißt->
146 A: <<len> hm_HM->
147 P6: h° (--) °h h h (1.0) u::nd (.) dann hat
äh:: meine mutter krankwagen angerufen
und
148 A: ((räuspert sich leise))
149 P6: mE:hr hab ich vergessen <<dim> ehrlich
gesagt;>
150 A: HM_hm.
151 (.) naja is_auch länger her;

152 (1.47) °hhh <<f> gu::::t;>
153 das war ja/ haste_ ja wirklich sUper toll
 erzählt;
154 sUper toll-
155 (0.78) welche klAsse gehste jetzt,
156 P6: (-) <<p> hm::::> vIer (.) te;>

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Masterarbeit selbständig verfasst und gelieferte schematische Darstellungen selbständig erstellt habe. Ich habe keine anderen Quellen als die angegebenen benutzt und habe die Stellen der Arbeit, die anderen Werken entnommen sind – einschließlich verwendeter Abbildungen – in jedem einzelnen Fall unter Angabe der Quelle als Entlehnung kenntlich gemacht.

Lage, 31.03.2021

Ort und Datum

Raven E Deckel

Unterschrift