

Wie Ärzte und Angehörige miteinander reden

Gesprächsanalytische Betrachtung von
katamnestischen Gesprächen mit Angehörigen
von Schizophreniepatienten

Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades eines

Doktors der Philosophie

am Fachbereich 2 – Philologie / Kulturwissenschaften
der Universität Koblenz-Landau

vorgelegt
im Promotionsfach Germanistik
Schwerpunkt Germanistische Linguistik

am 2. Dezember 2008

von Ruth Müller

geboren am 13. Februar 1974
in Erbach im Odenwald

Erstgutachter:
Prof. Dr. Wolf-Andreas Liebert

Zweitgutachter:
Prof. Dr. Bernd Ulrich Biere

Tabellarischer Lebenslauf

Ruth Müller

geboren am 13. Februar 1974 (Erbach im Odenwald)

NATIONALITÄT	deutsch
KONFESSION	evangelisch
FAMILIENSTAND	ledig
ANSCHRIFT / KONTAKTDATEN	Frankfurter Straße 165 63263 NEU-ISENBURG Telefon: 0 61 02-79 87 39 mobil: 01 71-27 11 997 ruthmueller@uni-koblenz.de

AUSBILDUNG

ZUSATZZERTIFIKAT DEUTSCH ALS FREMDSPRACHE	8. November 2001 Universität Trier
ERSTES STAATSEXAMEN FÜR DAS LEHRAMT AN GYMNASIEN	16. August 2001 Universität Trier
STUDIUM	WS 1995/96 – SS 2001 Universität Trier Germanistik und französische Philologie (Lehramt an Gymnasien), Zusatzzertifikat „Deutsch als Fremdsprache“ WS 1994/95 – SS 1995 Johannes Gutenberg-Universität Mainz evangelische Theologie und französische Philologie (Lehramt an Gymnasien)
DIPLOME D'ETUDES EN LANGUE FRANÇAISE	22. Juni 1994 Académie de Nice (Frankreich)
ABITUR	18. Juni 1993
SCHULISCHE AUSBILDUNG	1986 – 1993: Gymnasium Ricarda-Huch-Schule, Dreieich (Hessen) 1984 – 1986: Förderstufe Heinrich-Heine-Gesamtschule, Dreieich (Hessen) 1980 – 1984: Grundschule Wallschule, Langen (Hessen)

AUSBILDUNGSBEGLEITENDE BERUFLICHE TÄTIGKEITEN

ARBEIT ALS STUDENTISCHE AUSHILFE BZW. ALS FREIE MITARBEITERIN	Juli 1999 – Februar 2002 Deutsche Börse AG Corporate Communications / Publications and Internal Communication Frankfurt am Main (Aufgaben: Korrektorat, Lektorat)
---	--

ARBEIT ALS WISSENSCHAFTLICHE
HILFSKRAFT Februar 1998 – März 2002
Universität Trier – Fachbereich II
Lehrstuhl für germanistische Linguistik:
Prof. Dr. Rainer Wimmer / Dr. Wolf-Andreas Liebert

ARBEIT ALS PFLEGEHELFERIN Juli 1995 – September 1995
Johannes Gutenberg-Universität Klinikum, Mainz
Psychiatrische Klinik und Poliklinik
Station 6 (geschlossene Akutstation)

BERUFLICHE TÄTIGKEITEN

ARBEIT ALS FEST ANGESTELLTE
LEKTORIN seit Februar 2002
Deutsche Börse AG
Corporate Communications / Marketing Communication
Frankfurt am Main
(Aufgaben: Betreuung verschiedener Publikationen, u.a. Geschäfts-
und Quartalsberichte des Unternehmens; zuständig für die
Corporate Language Standards)

LEHRAUFTRÄGE WS 2000/2001, SS 2001, WS 2001/2002
Universität Trier – Fachbereich II – Deutsch als Fremdsprache
Sprachpraktische Übung: Grammatik und Syntax in wissen-
schaftlichen Texten (Oberstufe und Mittelstufe)

WS 2001/2002
Universität Trier – Fachbereich II – Deutsch als Fremdsprache
Sprachpraktische Übung: Phonetik des Deutschen

ZUSÄTZLICHE TÄTIGKEITEN, KENNTNISSE UND INTERESSEN

AU PAIR-AUFENTHALT August 1993 – Juli 1994
Biot (Département Alpes Maritimes), Frankreich

SPRACHKENNTNISSE Deutsch (Muttersprache)
Französisch (fließend in Wort und Schrift)
Englisch (fließend in Wort und Schrift)
Latein (Latinum)

EDV-KENNTNISSE übliche Bürosoftware (LotusNotes, MS Word und MS PowerPoint:
sehr gute Kenntnisse; MS Excel: gute Kenntnisse; MS Visio:
Kenntnisse);
Internetbrowser (sehr gute Kenntnisse);
Designsoftware (Quark Xpress, Adobe Photoshop und Adobe
Illustrator für Apple/Macintosh: Kenntnisse)

HOBBIES Tanzen (Step-Tanz, Ballett), Malerei, Lesen, Oper/Theater

„Man tadelt es vielleicht als eine grosse Eitelkeit oder Dreistigkeit, wenn ich mir herausnehme, unser kluges Zeitalter zu belehren; denn darauf läuft es wohl hinaus, wenn ich hoffe, dass die Veröffentlichung dieses Versuches für Andere nützlich sein werde. Offen gestanden, scheint es mir indess mehr nach Eitelkeit oder Anmassung zu schmecken, wenn man mit erkünstelter Bescheidenheit seine eignen Schriften für werthlos erklärt, ab wenn man ein Buch aus einem andern Grunde veröffentlicht; denn es ist eine Verletzung der dem Publikum schuldigen Achtung, wenn man Bücher druckt, und deshalb auf Leser derselben hofft, obgleich sie nichts Nützlichens für sich darin finden sollen. Sollte auch nichts Gutes in diesem Versuch enthalten sein, so war doch meine Absicht hierauf gerichtet, und diese gute Absicht mag die Werthlosigkeit des Geschenkes entschuldigen.“

- John Locke *Ein Versuch über den menschlichen Verstand*, S. 22 -

Meinen Eltern.

Inhalt

1	Einleitung	1
1.1	Gegenstand der Dissertation	1
1.2	Konzeption und Vorgehen der Untersuchung	2
1.2.1	Konzeption der Untersuchung	2
1.2.2	Vorgehen der Untersuchung	3
2	Qualitative Forschung – Theoretische und methodische Grundlagen...7	7
2.1	Allgemeine theoretische Grundlagen qualitativer Forschung.....	7
2.2	Theoretische Perspektiven.....	9
2.2.1	Symbolischer Interaktionismus.....	9
2.2.2	Ethnomethodologie.....	11
2.2.3	Strukturalistische Modelle.....	12
2.3	Methoden qualitativer Forschung.....	14
2.3.1	Die Rolle des Forschenden	14
2.3.2	Datenmaterial	16
2.3.3	Verfahrenstypen	18
2.3.3.1	Beobachtung.....	19
2.3.3.2	Interviews.....	20
2.3.4	Reichweite der Aussagen.....	20
3	Linguistische Gesprächsanalyse	22
3.1	Positionen der linguistischen Gesprächsanalyse.....	23
3.1.1	Die Anfänge: Gesprochene Sprache (GS)-Forschung.....	24
3.1.2	Verstehende Soziologie: Der ethnomethodologische Ansatz	24
3.1.3	Pragmatik I: Die Dialoganalyse bzw. -grammatik.....	25
3.1.4	Pragmatik II: Die Handlungssemantik	25
3.1.5	Zwischen verstehender Soziologie und Pragmatik: Die interaktionale Linguistik.....	26
3.1.6	Neueste Entwicklungen: Construction Grammar	26
3.1.7	Gemeinsamkeiten der einzelnen Positionen in Bezug auf Gespräche und deren Analyse.....	27
3.1.8	Grenzen der linguistischen Gesprächsforschung.....	31
3.2	Eigener Ansatz.....	32
3.2.1	Terminologische Grundbegriffe: Gespräch – Dialog – Diskurs – Kommunikation.....	33
3.2.1.1	Gespräch und Dialog.....	33
3.2.1.2	Diskurs.....	35
3.2.1.3	Kommunikation.....	36
3.2.2	Theoretisch-methodische Grundlagen	37
3.2.2.1	Zur Theorie des sprachlichen Handlungsmusters.....	38
3.2.2.2	Die Sequenzanalyse.....	45
3.2.2.3	Leitfragen für die Analyse.....	46
3.2.3	Theoretische Grundlagen zu den Charakteristika der untersuchten Gespräche	47
3.2.3.1	Der Begriff der Institution.....	47

3.2.3.2	Die Institution des psychiatrischen Krankenhauses	49
3.2.3.3	Gespräche in Institutionen	51
3.2.3.4	Wissensvermittlung	53
3.2.4	Gedanken zur Datenerhebung und -aufbereitung	56
3.2.4.1	Zur Authentizität und Natürlichkeit von Gesprächen.....	56
3.2.4.2	Zu den Termini <i>Gespräch</i> und <i>Transkript</i>	59
4	Gesundheit und Krankheit.....	62
4.1	Zum Verständnis psychischer Erkrankung	62
4.2	Schizophrenie – Medizinische Grundlagen	65
4.2.1	Erscheinungsformen und Symptome.....	66
4.2.2	Diagnose – Erstellung und Mitteilung	68
4.2.3	Ursachen	70
4.2.4	Epidemiologische Angaben.....	71
4.2.5	Therapie	72
5	Das Gesundheitskommunikationsnetz	77
5.1	Gespräche zwischen Angehörigen und behandelndem Arzt.....	79
5.1.1	Allgemeines zu den institutionellen Bedingungen der Gespräche.....	80
5.1.2	Die Fremdkatamnese	81
5.2	Kommunikation zwischen Angehörigen und Patient.....	85
5.3	Kommunikation zwischen Angehörigen untereinander.....	87
5.3.1	Kommunikation zwischen Angehörigen innerhalb der Familie	87
5.3.2	Kommunikation zwischen Angehörigen in Angehörigen- oder Selbsthilfegruppen	88
5.4	Kommunikation von und mit Angehörigen im Rahmen externer Expertise	88
6	Zur Forschungslage – Der Stellenwert der Kommunikation mit Angehörigen in den Wissenschaften	90
6.1	Medizin	90
6.2	Soziologie	93
6.3	Psychologie	94
6.4	Gesundheitskommunikation	94
6.5	Linguistik.....	94
6.6	Fazit.....	96
7	Einführung	99
7.1	Setting der Analyse.....	100
7.1.1	Das St. Valentinushaus.....	100
7.1.2	„Ein weites Feld“ – Erfahrungen bei der Durchführung der Studie	100
7.1.2.1	Zugang zum Feld	100
7.1.2.2	Qualitative Forschung zwischen Medizin und Linguistik – Orientierungsfragen als Brücke.....	101
7.1.2.3	Auswahl und Durchführung der Gespräche.....	102

7.2	Das Korpus	105
7.2.1	Zu den Gesprächen und Transkripten	105
7.2.2	Zu den einzelnen Fällen: Soziodemographische Fakten und Gesprächsinhalte	107
7.2.2.1	G1 – Patient Norbert D.	108
7.2.2.2	G2 – Patientin Anna B.	109
7.2.2.3	G3 – Patientin Sandra R.	110
7.2.2.4	G4 – Patient Karsten K.	111
7.2.2.5	G5 – Patient René S.	114
7.2.2.6	G6 – Patient Jochen Ü.	116
7.2.2.7	G7 – Patient Timm W.	117
7.2.2.8	G8 – Patient Rüdiger P.	118
7.2.2.9	G9 – Patientin Natalja U.	120
7.2.2.10	G10 – Patient Frank G.	121
7.3	Kategorien der Analyse	123
7.3.1	Kurzcharakteristiken der einzelnen Handlungsmuster	124
7.3.1.1	Das Handlungsmuster WIDERSPRECHEN	125
7.3.1.2	Das Handlungsmuster KRITISIEREN	126
7.3.1.3	Das Handlungsmuster VORSCHLAGEN	128
7.3.1.4	Das Handlungsmuster INFORMATIONEN ERFRAGEN	129
7.3.1.5	Das Handlungsmuster BELASTUNGEN ÄUSSERN	130
7.3.2	Zur Auswahl der untersuchten Beispiele	132
7.3.2.1	Was die gewählte Verfahrensweise leistet	133
7.3.2.2	Was die gewählte Verfahrensweise nicht leistet	134
8	Analyse der Katamnesegespräche	136
8.1	Die Therapie des Patienten aus Sicht der Angehörigen: Einfluss nehmen	136
8.1.1	Wie Angehörige (nicht nur) Ärzten widersprechen	136
8.1.2	Wie Angehörige Kritik an der Therapie des Patienten üben	147
8.1.3	Wie Angehörige Vorschläge zur Therapie des Patienten machen	184
8.1.4	Fazit	202
8.1.4.1	Rekonstruktionen des Handlungsmusters WIDERSPRECHEN	202
8.1.4.2	Rekonstruktionen des Handlungsmusters KRITISIEREN	204
8.1.4.3	Rekonstruktionen des Handlungsmusters VORSCHLAGEN	207
8.1.4.4	Zusammenschau	208
8.2	Die eigenen Befindlichkeiten thematisieren	210
8.2.1	Wie Angehörige nach Informationen fragen	210
8.2.2	Wie Angehörige ihre erkrankungsbezogenen Belastungen äußern	214
8.2.3	Wie Angehörige Aspekte der Therapie kritisieren, die auf sie selbst Auswirkungen haben	278
8.2.4	Wie Angehörige Vorschläge machen, die sich auf ihre eigenen Befindlichkeiten beziehen	285
8.2.5	Fazit	296
8.2.5.1	Rekonstruktion des Handlungsmusters INFORMATIONEN ERFRAGEN	296
8.2.5.2	Rekonstruktionen des Handlungsmusters BELASTUNGEN ÄUSSERN	297

8.2.5.3	Rekonstruktionen des Handlungsmusters KRITISIEREN	303
8.2.5.4	Rekonstruktion des Handlungsmusters VORSCHLAGEN	304
8.2.5.5	Zusammenschau.....	305
9	Ergebnisse und Konsequenzen	308
9.1	Ergebnisse: Wie Ärzte und Angehörige miteinander reden.....	308
9.1.1	Die sprachlichen Handlungen von Angehörigen und Ärzten	309
9.1.1.1	Die sprachlichen Handlungen der Angehörigen	309
9.1.1.2	Die sprachlichen Handlungen der Ärzte	310
9.1.2	Die „behandelten“ Themen	312
9.1.2.1	Medikation (Pharmakotherapie) des Patienten.....	312
9.1.2.2	Psychosoziale Faktoren bzw. Dimension der Erkrankung und ihrer Therapie.....	312
9.1.2.3	Klinikaufenthalte des Patienten.....	313
9.1.2.4	Kontakt zwischen Ärzten und Angehörigen	313
9.1.2.5	Teilnahme an einer Angehörigengruppe.....	314
9.1.2.6	Beginn der Erkrankung	314
9.1.2.7	Ursachen der Erkrankung	314
9.1.2.8	Abschließende Bemerkungen zu den Themen.....	315
9.1.3	Zur Gesprächsführung	316
9.1.3.1	Grundlegendes: Autoritativ-einseitiger Stil und partnerschaftlicher Stil.....	316
9.1.3.2	Gesprächsführung im Detail (I): Reden über Dritte.....	319
9.1.3.3	Gesprächsführung im Detail (II): Gesprächsorganisation	320
9.1.3.4	Gesprächsführung im Detail (III): Sprachliche Feinheiten – mehr als die Verwendung von Fachsprache.....	321
9.1.3.5	Gesprächsführung im Detail (IV): Berücksichtigung von Emotionen ...	323
9.2	Konsequenzen: Wie Ärzte und Angehörige miteinander reden könn(t)en.	324
9.2.1	Für eine neue Definition des Fremdkatamnesegesprächs	325
9.2.2	Für eine praktische Umsetzung der Analyseergebnisse: Empfehlungen für Arzt-Angehörigen-Gespräche.....	327
10	Ausblick.....	335
	Literaturverzeichnis	339
	Anhang	
A1	Verwendete Transkriptionszeichen	368
A2	Gesprächstranskripte	369
A2.1	Transkript G1: Angehöriger Herr D.	369
A2.2	Transkript G2: Patientin B. und Angehörige Frau B.	378
A2.3	Transkript G3: Frau und Herr R.	393
A2.4	Transkript G4: Frau und Herr K.	405
A2.5	Transkript G5: Angehörige Frau S.	434
A2.6	Transkript G6: Angehörige Frau Ü.	448
A2.7	Transkript G7: Angehöriger Herr W.....	459

A2.8	Transkript G8: Angehörige Frau P.	466
A2.9	Transkript G9: Angehöriger Herr U.	478
A2.10	Transkript G10: Angehörige Frau G.	486
A3	Fragebogen zur Erhebung der persönlichen Daten	498
A4	Soziodemographische Angaben zu den Patienten und ihren Angehörigen	500
A4.1	Verwandtschaftsverhältnis zwischen Angehörigen und Patienten	500
A4.2	Alter und Beruf von Angehörigen und Patienten	501
A4.3	Klinikaufenthalte der Patienten und Anzahl der bisherigen Katamnesegespräche	501
A4.4	Personenkonstellation bei den aufgezeichneten Katamnesegesprächen .	502
A4.5	Dauer der aufgezeichneten Gespräche und Sitzposition der Teilnehmer .	502
A5	Medikamente zur Schizophreniebehandlung	503
A5.1	Neuroleptika	503
A5.2	Anticholinergika (Anti-Parkinson-Medikamente)	505
A5.3	Tranquilizer.....	506
A5.4	Sonstige Medikamente	507
	Wort- und Sachregister	508
	Versicherung	511

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Verhältnis von subjektiven Theorien und sozialen Repräsentationen (nach Flick 1991 : 24)	13
Abbildung 2: Verteilung des Krankheitsausbruchs über den Lebenszyklus bei Männern und Frauen (aus Häfner 2005 : 210)	72
Abbildung 3: Das Kommunikationsnetz um psychische Gesundheit und Krankheit (eigene Darstellung)	78

Vorwort

Zur Motivation der Wahl des Themas

Was ihn aber mit voller Macht anzog,
war eine hohe lichtblaue Blume,
die zunächst an der Quelle stand,
und ihn mit ihren breiten, glänzenden Blättern berührte.
- Novalis *Heinrich von Ofterdingen*, S. 197 -

Als Studentin habe ich im Sommer 1995 für drei Monate in der geschlossenen Abteilung der psychiatrischen Universitätsklinik Mainz als Krankenpflegehelferin gearbeitet. Ziel dieser Arbeit war es, mich mit den Krankheitsbildern depressiver bzw. manisch-depressiver Menschen vertraut zu machen, da ich anschließend zur Finanzierung meines Studiums in der Schlafentzugsbetreuung depressiver Patienten arbeiten wollte.

Ich wurde in diesen drei Monaten von Anfang an aktiv – und nicht nur als Zuschauerin – in die Arbeit einer Krankenpflegehelferin eingewiesen und bekam ab der zweiten Woche die ‚leichten Fälle‘, also Patienten in vergleichsweise stabilem Zustand, zur eigenständigen Betreuung¹ zugewiesen. Neben depressiven und akut suizidgefährdeten Menschen lernte ich so auf der Station auch Patienten kennen, die an Schizophrenie erkrankt waren. Durch den Kontakt zu den die Patienten besuchenden Familienangehörigen konnte ich Einblicke in deren Lebenswelt, ihre Fragen, Ängste und Hoffnungen, gewinnen.

Diese Erfahrung, besonders die Gespräche mit den Patienten und den Angehörigen, hat mein – durch persönliche Erlebnisse im eigenen Familien- und Freundeskreis bereits vorhandenes – Interesse an den psychischen Vorgängen im Menschen und ihre Auswirkungen auf das familiäre Zusammenleben verstärkt und so den Grundstein für die vorliegende Untersuchung gelegt.

¹ ‚Eigenständig‘ ist dabei so zu verstehen, dass ich zwar allein mit den Patienten gesprochen habe, Spaziergänge oder andere Aktivitäten mit ihnen unternommen, sie bei der Morgen- oder Abendtoilette und beim Essen unterstützt sowie bestimmte Routineuntersuchungen durchgeführt habe (wie das Messen von Blutdruck, Puls, Temperatur oder Blutzucker). All das geschah allerdings selbstverständlich in Absprache mit der Stationsschwester, sozusagen unter Supervision.

Danksagung

Aschenbach hatte es einmal an wenig sichtbarer Stelle unmittelbar ausgesprochen, daß beinahe alles Große, was dastehe, als ein Trotzdem dastehe, trotz Kummer und Qual, Armut, Verlassenheit, Körperschwäche, Laster, Leidenschaft und tausend Hemmnissen zustande gekommen sei.
- Thomas Mann *Der Tod in Venedig*, S. 444 -

Was Aschenbach hier außer Acht lässt, oder vielleicht nie erfahren hat, ist das Glück, Menschen um sich zu haben, die voller Wohlwollen und Unterstützung das Große in unserem eigenen Selbst zutage fördern. – Während der letzten Jahre, in der mich die Arbeit an der vorliegenden Untersuchung begleitet und immer wieder gefordert hat, durfte ich mich glücklich schätzen, solche Menschen an meiner Seite zu wissen. Sie haben jeder auf seine Weise dazu beigetragen, dass die intensive analytische Beschäftigung mit den Fragen der Untersuchung mich stets **erfüllt**, und nicht nur **ausgefüllt**, hat.

Mein tief empfundener Dank gilt zuallererst meinem Betreuer Prof. Dr. Wolf-Andreas Liebert, der es stets verstanden hat, eine Atmosphäre von wissenschaftlicher Selbstbestimmtheit und Eigenverantwortung zu schaffen und diese mit den richtigen Fragen und Aufgabenstellungen zur richtigen Zeit zu verbinden. So hat er es geschafft, die eher ‚aschenbachisch‘ gestimmten Momente der Arbeit immer wieder in Phasen der Entdeckerlust und der Zuversicht zu verwandeln.

Herrn Prof. Dr. Bernd Ulrich Biere danke ich sehr herzlich für seine Bereitschaft, die Aufgaben des Zweitgutachters in meinem Promotionsverfahren zu übernehmen.

Herrn Prof. Dr. Dr. Joachim Röschke und dem Team der an der Studie teilnehmenden Ärzte des psychiatrischen Akutkrankenhauses St. Valentinushaus gilt mein besonderer Dank. Ihre unkomplizierte, stets vom Interesse für den ‚Blick über den eigenen Teller- rand‘ geprägte Form der Zusammenarbeit war für die zahlreichen Gespräche zur Vor- und Nachbereitung der aufgezeichneten und untersuchten Katamnesegespräche sehr fruchtbar.

Das gesamte Projekt wäre zum Scheitern verurteilt gewesen, hätte es keine Patientinnen und Patienten gegeben, die der Einbeziehung ihrer Familienangehörigen in die Nachsorgegespräche zugestimmt haben. Die Angehörigen der Patienten, ihre Offenheit und das mir auf diese Weise entgegengebrachte Vertrauen haben mich sehr berührt. Nicht nur in den aufgezeichneten Gesprächen mit den behandelnden Ärzten waren sie bereit, Einblicke in einige der intimsten Bereiche ihres Lebens zu gewähren. Auch in den persönlichen Gesprächen mit mir, die oft weit über die erfragten sozio-

demographischen Fakten hinausgingen, erfuhr ich Herzlichkeit und ehrliches Interesse an einem Ideenaustausch. Ihnen allen gebührt größter Respekt und ich danke ihnen sehr für die Bereitschaft, sich auch in für sie nicht einfachen Lebenssituationen zur Teilnahme an der Studie entschieden zu haben.

Herrn Dr. Ulrich Meißner bei der Deutsche Börse AG danke ich dafür, dass er mir in Fragen der Arbeitszeitgestaltung immer entgegenkam. So konnte ich mir ein ‚Straight-through Processing‘ zunutze machen, das die Vorteile des standardisierten Börsenhandels mit den Freiheiten meiner zwar nicht gerade ‚handelsfreien‘, aber außerbörslich geregelten Tage miteinander in Einklang brachte.

Auch meinen Kolleginnen und Kollegen der Gruppe Deutsche Börse sei hier für ihre Rücksichtnahme auf meine ‚OTC-Zeiten‘ und ihr Interesse an meiner Arbeit gedankt. Ihre vielfältigen Fragen und Hinweise sowie zahlreiche Gespräche haben nicht nur die vorliegende Untersuchung bereichert.

Meinem ‚Korrektoratsteam‘, das über die Zeit die Arbeit in ihren vielfältigen Wendungen und Windungen hat entstehen sehen, bin ich sehr dankbar verbunden für seinen bereitwilligen Einsatz – und jedem einzelnen aus dem Team für so vieles mehr: Verena Erdmann, Ines Dyszy, Susanne Glantschnig, Christina Groß, Anna-Lena Hoecker, Klaus Müller, Hedwig Serwas, Dr. Almut Vierhufe und Heike Virchow.

Meinen Freundinnen und Freunden, die auf verschiedenste Weisen, mit vielen kleinen und großen Gesten, Worten und Überraschungen für mich da waren, gilt mein ganz persönlicher Dank. Auch und besonders für das unglaublich große Verständnis und die sehr strapazierfähige Geduld, die sie mir gegenüber bewiesen haben.

Nicht zuletzt gebührt mein Dank meiner Familie, die mich in den letzten Jahren nicht nur als Tochter und Schwester bzw. Enkeltochter, Nichte, Cousine und ‚Schwägerfreundin‘ erleben durfte (was allein oft schon anstrengend genug sein dürfte), sondern die mich auch als Promovendin mit allen dazugehörigen Höhen und Tiefen nicht nur ertragen, sondern mir den Weg dorthin überhaupt erst geebnet hat; die mich stets aufgefangen und ermutigt hat, um mich gestärkt wieder ziehen zu lassen.

Neu-Isenburg, im Dezember 2008

Ruth Müller

1 Einleitung

1.1 Gegenstand der Dissertation

Unter normalen Bedingungen ist eine klare, verständliche und verständnisvolle Aufklärung der Angehörigen des Kranken über die Krankheit, ihre Prognose, ihre Behandlung und über die Möglichkeiten der Mitwirkung außerordentlich hilfreich. Es geht hier nicht nur um die Unterstützung oder Mitwirkung bei der Behandlung. Es geht auch darum, dass die Angehörigen eines an akuter Schizophrenie Erkrankten häufig selbst tief mitbetroffen und verunsichert sind.
- Heinz Häfner *Das Rätsel Schizophrenie*, S. 45 -

Im Fokus der Dissertation stehen die – im weiteren Sinn des Wortes – pflegenden Angehörigen von Schizophreniepatienten.² Es soll gezeigt werden, wie sie in die langfristige Behandlung bzw. Nachsorge ihres kranken Familienmitglieds einbezogen werden und inwiefern ihre eigenen Belastungen und die daraus entstehenden Bedürfnisse thematisiert und vom behandelnden Arzt berücksichtigt werden.

Als Zugang zu diesem Themenkomplex dienen der Untersuchung (Fremd-)Katamnese-gespräche, d.h. Nachsorgegespräche zwischen Angehörigen und behandelndem Psychiater.³ Diese Gespräche wurden zwischen Mai und September 2006 in der Institutsambulanz an den beiden Standorten der psychiatrischen Klinik St. Valentinushaus, Kiedrich (Rheingau) und Bad Soden (Taunus), geführt. Das Material wurde in Form von Audiomitschnitten und Transkriptionen für die Untersuchung erfasst und aufbereitet.

Die qualitativ-linguistische Analyse der medizinischen Experten-Laien-Kommunikation von Ärzten und Angehörigen hat zum Ziel, die Frage nach den Charakteristika von Katamnesegesprächen zu beantworten. Dazu zählen neben inhaltlich-thematischen Faktoren vor allem die sprachlichen Handlungen, die die Gesprächspartner vollziehen, und Aspekte der Gesprächsführung. Der Schwerpunkt der Analyse liegt auf den Handlungsmustern, die sich aus den Äußerungen der Angehörigen im Zusammenhang mit der im obigen Zitat Heinz Häfners angesprochenen doppelten Ausrichtung der Katamnesegespräche rekonstruieren lassen: zum einen in Bezug auf ihre „Unterstützung oder

² Die Verwendung des Begriffs *Angehörige* in der vorliegenden Arbeit basiert auf den entsprechenden Definitionen im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) und in der Abgabenordnung (AO). Er meint vor allem diejenigen Mitglieder der Patientenfamilien, die in die vorliegende Untersuchung einbezogen wurden. Nach §§ 1589f. BGB sind dies an erster Stelle Personen, die mit dem Patienten „in gerader Linie verwandt“ sind, d.h. Personen, „deren eine von der anderen abstammt“. Zweitens handelt es sich um „Personen, die nicht in gerader Linie verwandt sind, aber von derselben dritten Person abstammen“. Die dritte Gruppe schließlich bilden die „Verwandten eines Ehegatten“, die „mit dem anderen Ehegatten verschwägert“ sind. In Anlehnung an § 15, Abs. 1 AO handelt es sich hierbei konkret um Ehegatten, Verwandte und Verschwägerter gerader Linie – genauer gesagt Eltern und Schwägerin – sowie die Geschwister der Patienten.

³ Eine ausführliche Erläuterung des Gesprächstyps ‚Katamnesegespräch‘ und eine Definition des Begriffs ‚Katamnese‘ finden sich in Kapitel 5.1.2.

Mitwirkung bei der Behandlung“ und zum anderen ihre eigene ‚tiefe Mitbetroffenheit‘ und Verunsicherung. Dabei stehen die zwei folgenden, aus Angehörigenperspektive zentralen Handlungsstrategien im Mittelpunkt: erstens die Strategie „Einfluss nehmen auf die Therapie des Patienten“ in ihrer Umsetzung in den Handlungsmustern WIDERSPRECHEN, KRITISIEREN und VORSCHLAGEN; zweitens die Strategie „Eigene Befindlichkeiten thematisieren“ in ihrer Konstruktion durch die Handlungsmuster INFORMATION ERFRAGEN, BELASTUNGEN ÄUSSERN, KRITISIEREN und VORSCHLAGEN.

Ausgehend von den durch die Analyse gewonnenen Erkenntnissen sollen Möglichkeiten aufgezeigt werden, wie die Bedürfnisse von pflegenden Angehörigen psychisch Kranker in der Kommunikation zwischen Ärzten und Angehörigen erfüllt werden könnten.

1.2 Konzeption und Vorgehen der Untersuchung

1.2.1 Konzeption der Untersuchung

Die Arbeit versucht, anhand der Analyse von Katamnesegesprächen zwischen den Angehörigen von Schizophreniepatienten und deren behandelnden Ärzten aus linguistischer Perspektive Antworten auf die folgenden Fragen zu geben: Welches sind die (linguistischen) Charakteristika dieser Gespräche? Wie gehen Ärzte und Angehörige miteinander um? Haben die Angehörigen die Möglichkeit, ihre Anliegen in Bezug auf den Patienten und in Bezug auf ihre eigene Befindlichkeit einzubringen? In welcher Form nehmen die Angehörigen diese Möglichkeit wahr?

Die Antworten auf diese Fragen sind zum einen gleichzeitig Grundlage und Aufgabe der Kommunikation zwischen Gesundheitsprofessionellen, besonders Ärzten, und den Angehörigen eines Schizophreniepatienten, auch in der Zeit nach einem Klinikaufenthalt: Katamnesegespräche sind von großer Bedeutung für die langfristige Bewältigung der Krankheit durch den Patienten, z.B. um sicherzustellen, dass der Übergang zwischen dem Aufenthalt in der Klinik und der Entlassung des Patienten in das familiäre Umfeld oder auch in ein Wohnheim für geistig und seelische Behinderte möglichst schonend vonstatten geht.⁴

Zum anderen ist die Klärung dieser Fragen Voraussetzung für die Bewältigung der Krankheit durch die Angehörigen selbst. Die auf die Arzt-Patienten-Kommunikation bezogene Feststellung der Gesundheitskommunikationsforschung gilt gleichermaßen für die Kommunikation mit den Angehörigen eines Patienten:

„Ohne die Einbeziehung des Patienten sind die von den Professionellen eingeleiteten Therapien und Interventionen möglicherweise unproduktiv, weil

⁴ Vgl. Richter (1997).

sie an den wirklichen Bedürfnissen vorbeigehen. Das gilt ganz besonders für lang anhaltende schwere Krankheiten, die in die Lebensvollzüge des Alltags integriert werden müssen.“ Hurrelmann / Leppin (2001 : 14f.)

Mit dieser Fragestellung ordnet sich die Arbeit in die qualitative bzw. interpretative Sozialforschung ein.⁵ Die Analyse orientiert sich an den Grundsätzen der Handlungssemantik (Theorie der sprachlichen Handlungsmuster) und am Ansatz der Sequenzanalyse der ethnomethodologisch orientierten Konversationsanalyse. Zudem wird die Untersuchung der Arzt-Angehörigen-Kommunikation einerseits den äußeren Rahmen, ihren situativen Kontext⁶ als Sprache in Institutionen, zu berücksichtigen haben. Andererseits ist auch das Charakteristikum der Katamnesegespräche als Experten-Laien-Kommunikation aus linguistischer Sicht nicht zu vernachlässigen:

„Nicht zuletzt durch ihre besondere Sprache setzen sich die Experten von den anderen, den Nicht-Eingeweihten, ab. In der Expertensprache liegt ihre Macht; sie sitzen an Schalthebeln, die nur sie bedienen können, in dieser Sprache und dank dieser Sprache können sie über andere verfügen. Gleichzeitig aber liegt darin auch ihre Ohnmacht. Je ausschließlicher sie sich der Expertensprache verschreiben, um so weiter entfernen sie sich von der allgemeinen Sprache, von der für alle möglichen und verbindlichen Kommunikation.“ Bausinger (1984 : 76)

An diese beiden grundlegenden Eigenschaften – institutioneller Rahmen und unterschiedliche Sprach- und Wissenshorizonte von Ärzten und Angehörigen – knüpfen sich weitere Faktoren, die sich auf das (Kommunikations-)Verhalten der Gesprächspartner auswirken und folglich in der Analyse zu berücksichtigen sein werden. Hierzu gehören Aspekte der Höflichkeit, das Vorkommen von und der Umgang mit Emotionalität, Prozeduren der Wissensvermittlung, Fragen der Mehrfachadressierung sowie das Charakteristikum des Redens über Dritte im Unterschied zum Reden über sich selbst.

1.2.2 Vorgehen der Untersuchung

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in einen theoretisch-methodischen und einen empirisch-analytischen Teil. Im ersten Teil wird zunächst in **Kapitel 2** der theoretische Rahmen der qualitativen Sozialforschung vorgestellt, in den die Untersuchung eingebettet ist.

Daran schließen sich in **Kapitel 3** Ausführungen zur linguistischen Gesprächsanalyse an: Zunächst werden die theoretischen und methodischen Grundlagen der Gesprächsanalyse skizziert. Anschließend wird das für die vorliegende Arbeit entwickelte, ‚integrierte‘ Analysemodell – eine Kombination aus funktional-pragmatischer Hand-

⁵ Vgl. Deppermann (2001: 11).

⁶ Der Begriff ‚situativer Kontext‘ in Abgrenzung zum Begriff des ‚linguistischen Kontexts‘ ist entnommen aus Liedtke (1996: 177).

lungssemantik und ethnomethodologischer Sequenzanalyse – vorgestellt. In diesem Zusammenhang werden auch die folgenden vier Parameter, die für die vorliegende Untersuchung von grundlegender Bedeutung sind, näher erläutert: erstens die Charakteristika von Gesprächen in Institutionen sowie die Kennzeichen der Institution *Psychiatrisches Krankenhaus*, zweitens Grundlagen der Wissensvermittlung in der Experten-Laien-Kommunikation, drittens Aspekte der Authentizität und Natürlichkeit von (aufgezeichneten) Gesprächen sowie viertens Gedanken zur theoretisch und methodisch relevanten Differenz zwischen den Termini *Gespräch* und *Transkript*.

Kapitel 4 präsentiert Überlegungen zu Definition und Wesen von Gesundheit und Krankheit. Auf die einführende Abgrenzung von somatischen, d.h. körperlichen, und psychischen Krankheiten und die Beschreibung der daraus folgenden unterschiedlichen Konsequenzen für Patienten und Angehörige (z.B. im Hinblick auf Tabuisierung und Stigmatisierung) folgen im zweiten Teil des Kapitels Ausführungen zu den medizinischen Grundlagen von Schizophrenie (Ursachen, Symptome, Diagnose, Epidemiologie und Therapie) mit dem Ziel, dem Leser das für das Verständnis der Analysen hilfreiche, in der heutigen psychiatrischen Forschung und Praxis als allgemein gültig zugrunde gelegte Hintergrund- bzw. Lehrbuchwissen zu vermitteln.

In **Kapitel 5** schließt sich eine Skizze des Kommunikationsnetzes um Gesundheit und Krankheit – auf psychische Krankheiten bezogen – an. Es werden die für die Analyse relevanten Kommunikationswege und -formen zwischen den verschiedenen Beteiligten (Ärzte, Patienten und Angehörige der Patienten) dargestellt und näher erläutert; in diesem Rahmen erfolgt eine Kurzbestimmung der Gesprächssorte Katamnese-gespräch.

Ein Überblick über die Berücksichtigung der Rolle der Angehörigen in den fünf mit Kommunikation (nicht nur) im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit befassten Wissenschaften – Medizin, Soziologie, Psychologie, Gesundheitskommunikation und Linguistik – in **Kapitel 6** beschließt den theoretischen Teil der Arbeit.

Der zweite, empirisch-analytische Teil der Arbeit beginnt in **Kapitel 7** mit einer Darstellung des Settings der Analyse (d.h. des St. Valentinushauses und des Zugangs zum Feld), einer Einführung in die Vorgehensweise der Analyse sowie der Beschreibung des Datenmaterials. Der Überblick über die einzelnen Fälle legt die soziodemographischen Angaben zu den an der Studie beteiligten Patienten und Angehörigen dar und stellt die Inhalte der aufgezeichneten Gespräche bzw. der Transkripte vor. Erläuterungen zu den Kategorien für die Analysen und zur empirischen Herangehensweise bilden den dritten Teil des Kapitels.

Kapitel 8 enthält die Analysen von prägnanten Beispielen aus den Transkripten des Korpus zu den für das Erreichen ihrer Handlungszwecke zentralen sprachlichen Handlungen der Angehörigen. Die Analysen sind dabei nach den Handlungsstrategien bzw. -mustern gegliedert.

Die Erkenntnisse der Untersuchung werden in **Kapitel 9** präsentiert. Eine Liste von sieben Maximen für die psychiatrische Gesprächspraxis zwischen Ärzten und Angehörigen von Schizophreniepatienten legt die Konsequenzen der Analyseergebnisse in kondensierter Form dar.

Kapitel 10 beschließt die Arbeit mit einem knappen Ausblick auf Vorschläge zur Verbesserung der medizinisch-psychiatrischen Angehörigenbetreuung und ihrer Einbeziehung in die Therapie der Patienten.

Der **Anhang** enthält eine Liste der Transkriptionszeichen, die Transkripte der aufgezeichneten Gespräche, Tabellen zu den soziodemographischen Angaben der an der Studie beteiligten Patienten und Angehörigen sowie eine Liste der Medikamente und Wirkstoffe.

Teil 1: Theoretisch-methodischer Teil

Was die ganze Wissenschaft umfasst,
muß notwendig Theorie und Praxis gleich anschauend umfassen,
wie Erkennen und empfinden wirklich nur eins ist.
- Johann Gottfried Herder *Übers Erkennen und Empfinden
in der menschlichen Seele*, S. 429 -

2 Qualitative Forschung – Theoretische und methodische Grundlagen

Neben der quantitativen Forschung, die hauptsächlich in den Naturwissenschaften Anwendung findet und die auf Häufigkeit und Verteilung der untersuchten Phänomene abzielt, ist für die Sozial-, Kultur- und Sprachwissenschaften sehr oft ein anderer Forschungsansatz von Bedeutung: die qualitative Forschung. Das vorliegende Kapitel stellt diesen Ansatz eingehender dar.⁷ Zunächst werden in Abschnitt 2.1 kurz die allgemeinen Grundsätze, Kennzeichen und Ziele vorgestellt. Anschließend erläutert Abschnitt 2.2 die drei unterschiedlichen theoretischen Ausprägungen bzw. Perspektiven des qualitativen Forschungsansatzes. Die Beschreibung der wichtigsten Forschungsmethoden in Abschnitt 2.3 beschließt die Darstellung.

Die Erläuterungen in den einzelnen Abschnitten sind weitestgehend allgemein gehalten; das Ziel ist hierbei, diejenigen Elemente des qualitativen Forschungsansatzes hervorzuheben, die über die spezifischen Ausprägungen und Anforderungen innerhalb einzelner (sozial-)wissenschaftlicher Disziplinen hinweg konstitutiv für die qualitative Forschung sind. Die für die vorliegende Untersuchung relevanten Spezifika der linguistischen Gesprächsanalyse werden detailliert in Kapitel 3 vorgestellt.

2.1 Allgemeine theoretische Grundlagen qualitativer Forschung

Die Menschen können nicht sagen, wie sich eine Sache zugetragen,
sondern nur wie sie meinen, daß sie sich zugetragen hätte.
- Georg Christoph Lichtenberg *Sudelbücher*, S. 223 -

Qualitative Forschung beschäftigt sich ganz allgemein gesprochen mit Situationen, die in einen bestimmten gesellschaftlichen bzw. kulturellen Rahmen eingebettet sind, mit den an diesen Situationen beteiligten Individuen, deren jeweiligen subjektiven Sichtweisen und deren Interaktionen untereinander. Zu differenzieren sind drei Perspektiven auf den Untersuchungsgegenstand: Die Perspektive des symbolischen Interaktionismus setzt bei den Individuen und deren subjektiven Sichtweisen an; die ethnomethodo-

⁷ Soweit nicht anders gekennzeichnet, basieren die Ausführungen in diesem Kapitel auf Flick (2002).

logische Perspektive befasst sich mit den Interaktionen zwischen den Individuen, die Gruppe der strukturalistischen Modelle fokussiert die Regeln und Strukturen, die den jeweiligen Situationen zugrunde liegen.

Allen drei Perspektiven gemein ist der konstruktivistische⁸ Ansatz, dessen grundlegende Frage lautet, „wie unsere Vorstellung von Realität zustande kommt“ (Jensen 1994 : 49), wobei davon ausgegangen wird, dass unser Wissen über die Wirklichkeit bzw. die Welt aus Sinneswahrnehmungen *konstruiert* und eine objektive Erkenntnis nicht möglich ist:

„Die konstruktivistische These ist, daß ‚Natur‘ und ‚Wirklichkeit‘ nicht in einem objektiven Sinne ‚schon immer da sind‘, sondern aus der Kultur heraus entstehen.“ Jensen (1994 : 63)

Mit dieser Auffassung von der Subjektivität (nicht nur) sozialer Wirklichkeit und Wahrheit will der Konstruktivismus den unterschiedlichen subjektiven Sichtweisen bzw. Perspektiven und ihrer Vielschichtigkeit Rechnung tragen.

Hieraus ergeben sich notwendigerweise die beiden ersten Kennzeichen qualitativer Forschung: Untersuchungen berücksichtigen und analysieren erstens immer die verschiedenen Perspektiven der Beteiligten – z.B. des Angehörigen, des Patienten und des Arztes – auf den jeweiligen Untersuchungsgegenstand. Da der Forscher selbst als Beobachter oder Interviewer niemals vollkommen außerhalb des Geschehens steht und daher nicht objektiv sein kann, ist zweitens die Reflexion des Forschers über die eigene Forschung immer Teil der Erkenntnis.⁹

Unter methodischem Gesichtspunkt zeichnen sich qualitative Forschungsansätze durch eine Gegenstandsangemessenheit von Methoden und Theorien aus, d.h. im Gegensatz zu quantitativer Forschung ist nicht Ausschlag gebend, „ob der Gegenstand auf die Methoden passt“ (Flick 2002 : 16). Die Methoden werden vielmehr so gestaltet, dass sie eine dem Untersuchungsgegenstand angemessene Analyse erlauben.¹⁰

⁸ Der Begriff des Konstruktivismus hat nicht nur in der darstellenden Kunst, sondern auch in der Wissenschaft eine längere Tradition (vgl. Jensen 1994 : 47). Er dient hier als Bezeichnung für Ansätze in verschiedenen Disziplinen wie Mathematik, Biologie, Psychologie und Soziologie, die in Folge der Abhandlung *Biology of Cognition* des chilenischen Physiologen Humberto R. Maturana (1970) entstanden sind und oft auch als ‚radikaler Konstruktivismus‘ bezeichnet werden. In Deutschland wurde dieser Begriff mit dem von Siegfried J. Schmidt (1987) herausgegebenen Sammelband *Der Diskurs des Radikalen Konstruktivismus* eingeführt; weithin bekannt wurde der Konstruktivismus hauptsächlich durch die Schriften Paul Watzlawicks (z.B. *Wie wirklich ist die Wirklichkeit*, erschienen 1976).

⁹ Weitere Erläuterungen zu Person und Rolle des Forschenden finden sich in Kapitel 2.3.1 und 7.3.2.

¹⁰ Vgl. zu den Methoden qualitativer Sozialforschung ausführlicher Kapitel 2.3.

Das (empirische) Arbeitsmaterial für die Untersuchungen sind Texte. Die eigentliche Analyse geschieht beispielsweise an den Transkripten von Handlungsabläufen oder den Formulierungen, mit denen die beteiligten Individuen ihre Sichtweisen darlegen.¹¹

Das Ziel qualitativer Forschung liegt im Verstehen: Das untersuchte Phänomen bzw. die Situation, das Erlebnis etc. soll ‚von innen heraus‘ verstanden werden, wobei der Schwerpunkt je nach gewählter Perspektive auf der subjektiven Sichtweise eines Individuums, der Organisation sozialer Situationen oder den auf eine Situation zutreffenden Regeln liegen kann.

2.2 Theoretische Perspektiven

Die Gegenstände der gesellschaftlichen Unterhaltung
sind nichts, als Mittel der Belebung.
Dieß bestimmt ihre Wahl, ihren Wechsel, ihre Behandlung.
Die Gesellschaft ist nichts, als gemeinschaftliches Leben:
eine untheilbare denkende und fühlende Person.
Jeder Mensch ist eine kleine Gesellschaft.
- Novalis *Blüthenstaub*, S. 431 -

Nachdem die grundlegenden Züge der qualitativen Sozialforschung dargelegt wurden, folgt nun eine eingehendere Betrachtung der drei oben angesprochenen verschiedenen Perspektiven innerhalb dieses Forschungsansatzes, die einander ergänzen und komplettieren.

2.2.1 Symbolischer Interaktionismus

Der Begriff des symbolischen Interaktionismus wurde 1938 vom US-amerikanischen Soziologen Herbert Blumer (1900-1987) geprägt. Die Theorien und Methoden dieser Forschungsrichtung haben sich aus der Tradition des amerikanischen Pragmatismus heraus entwickelt und basieren auf den folgenden drei Grundannahmen:

1. *Dinge*¹² besitzen für Menschen bestimmte Bedeutungen, welche die Art und Weise bestimmen, in der sie den Dingen gegenüber handeln.
2. Die Bedeutungen der Dinge entstehen in einem Prozess zwischenmenschlicher Interaktion.
3. Der Mensch handhabt und ändert die Bedeutungen der ihm begegnenden Dinge in einem interpretativen Prozess.

¹¹ Vgl. zum Aspekt des untersuchten Materials bzw. der Datenerhebung, -auswahl und -aufbreitung ausführlicher Kapitel 2.3.2.

¹² Begriff von Herbert Blumer (1969/1973 : 81).

Ausgehend von diesen Prämissen liegt der Schwerpunkt des Erkenntnisinteresses im symbolischen Interaktionismus auf den Bedeutungen, die verschiedene Subjekte Gegenständen, Erfahrungen, Ereignissen und/oder Sachverhalten zuordnen. Neuere psychologische Ansätze (vgl. beispielsweise Flick 1998) gehen davon aus, dass:

„Individuen im Alltag – ähnlich wie Wissenschaftler – Theorien über das Funktionieren der Welt und ihr Handeln entwickeln, diese im Rahmen ihres Handelns anwenden und – wenn nötig – revidieren.“ Flick (2002 : 37)

Daher stehen die Analyse und Rekonstruktion solcher subjektiver Sichtweisen bzw. Theorien im Mittelpunkt. Der Begriff der *subjektiven Theorie*¹³ wurde Ende der 1970er / Anfang der 1980er Jahre im Rahmen des gleichnamigen psychologischen Forschungsprogramms von Groeben / Scheele (1977, 1982) entwickelt.¹⁴

Abzugrenzen hiervon ist der Begriff vom eingeschränkteren *Konzept* – diesem fehlt der für Theorien konstituierende Zusammenschluss bzw. die Anhäufung „(aktualisierbarer) Kognitionen der Selbst- und Weltsicht“ und die „zumindest implizite Argumentationsstruktur“ (Groeben / Scheele 1982; Hervorh. im Orig.¹⁵):

„Wesentlich am Begriff der ‚subjektiven Theorie‘ ist [...], daß er zum einen auf die *Subjektivität und Individualität der einzelnen Person* hinweist und zum anderen den *argumentativ-strukturellen, hierarchisch geordneten Charakter menschlicher Vorstellungsinhalte* hervorhebt.“
Verres (1986 : 42; Hervorh. im Orig.)

Neben diesen ersten beiden Merkmalen zeichnen sich subjektive Theorien durch mögliche Inkohärenz und Instabilität aus; ihr prozessualer und kontextbezogener Charakter tritt wesentlich stärker hervor als bei wissenschaftlichen Theorien. Sie sind zudem weniger bewusst bzw. explizit und daher auch nicht so geordnet.¹⁶ Auch die Reichweite und die mit ihr verbundenen Funktionen subjektiver Theorien sind von denen wissenschaftlicher Theorien deutlich unterschieden: Sie dienen dem Individuum zur Situationsdefinition, liefern ihm Orientierungsgewissheit, ermöglichen nachträgliche Erklärungen und Vorhersagen, erleichtern das Entwickeln von Handlungsempfehlungen, steuern und leiten Handlungen, stützen und verbessern den Selbstwert.¹⁷

Besonders im Bereich der Untersuchungen zu Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit hat die Rekonstruktion und Analyse subjektiver Theorien in den letzten 20 Jahren an Bedeutung gewonnen. Die erste größere Arbeit in diesem Bereich behandelt das Thema *Krebs und Angst* (Verres 1986). Bereits der Titel der Untersuchung deutet an, dass gerade bei der Analyse subjektiver Theorien zu Krankheit die zu sehr auf kog-

¹³ In der Forschungsliteratur alternativ verwendete Bezeichnungen sind: *Alltagstheorien*, *Laientheorien* und *naive Theorien*. Zum Verhältnis von *Theorie* und *Wissen* vgl. Jacob (1995 : 72).

¹⁴ Vgl. Verres (1986 : 42).

¹⁵ Zitiert nach Flick (1991 : 14).

¹⁶ Vgl. Verres (1986 : 46f.).

¹⁷ Vgl. Flick (1991 : 15).

nitivem Aspekt ausgerichtet. Die Definition von Groeben / Scheele (1977) um eine emotionale Komponente erweitert werden muss.

Gefühle haben besonders im Zusammenhang mit belastenden Themen wie Krankheit und Tod großen Einfluss auf die menschliche Fähigkeit, zu ‚theoretisieren‘ (d.h. zu generalisieren und zu abstrahieren), ebenso wie auf die Theorien selbst – und bedingen so deren Inkonsistenz und Instabilität. Berücksichtigt man allerdings die o.g. Funktionen der Theorien, die sich mit dem Ausdruck Verres‘ (1986 : 47) als „lebenspraktische Bewältigungsfunktion“ zusammenfassen lassen, erscheinen diese Kennzeichen als durchaus sinnvoll, so dass subjektive (Krankheits-)Theorien keineswegs als defizitär gegenüber wissenschaftlichen Theorien anzusehen sind.¹⁸

2.2.2 Ethnomethodologie

Diese Perspektive bzw. Ausrichtung der qualitativen Sozialforschung wurde von dem US-amerikanischen Soziologen Harold Garfinkel in seiner Schrift *Studies in Ethnomethodology* (1967) begründet. Die zentrale Frage gilt dem „Wie?“, das heißt den Methoden und Prozessen, die Individuen im Alltag einsetzen, um soziale Wirklichkeit herzustellen. Diese wird dabei als eine „Vollzugswirklichkeit“ (Flick 2002 : 39) verstanden, die im Handlungsablauf, aus dem Inneren einer Situation heraus und durch Konversation in der Interaktion der Beteiligten entsteht. Gegenstand der Untersuchungen sind meist Routinen des Alltagshandelns, die nicht bewusst wahrgenommen und mit Bedeutung versehen werden.

Seit Mitte der 1980er Jahre hat sich in Großbritannien die sog. *diskursive Psychologie* entwickelt, die Untersuchungen z.B. zu Kognition oder Gedächtnis durchführt, wobei der Schwerpunkt auf den kommunikativen und konstruktiven Prozessen in Interaktionen liegt. Die Frage der subjektiven Sinnzuschreibung spielt laut Flick (2002 : 43) keine Rolle und auch der Einfluss des bereits bestehenden Kontexts, innerhalb dessen soziale Handlungsweisen entstehen, findet hier keine Berücksichtigung – der Fokus liegt auf dem in der jeweiligen Situation neu konstruierten Kontext.

Methodisch ist neben der ‚klassischen‘ ethnomethodologischen Konversations- bzw. Gesprächsanalyse¹⁹ die Analyse von „Interpretationsrepertoires“ bedeutsam.

„Interpretationsrepertoires sind breit angelegte, klar unterscheidbare Clusters von Begriffen, Beschreibungen und Redewendungen, die oft von Metaphern oder lebhaften Vorstellungsbildern zusammengehalten werden. Man kann sie auffassen als Bausteine, die für die Interpretation von Handlungen,

¹⁸ Vgl. Verres (1986 : 47).

¹⁹ Vgl. hierzu Kapitel 3.1.2 und ausführlich Deppermann (2001).

der eigenen Person und gesellschaftlicher Strukturen im Sprechen verwendet werden.“ Potter / Wetherell (1995 : 188f.); zitiert nach Flick (2002 : 42)

2.2.3 Strukturalistische Modelle

Die dritte Perspektive qualitativer Forschung nehmen mehrere Modelle mit unterschiedlicher Schwerpunktsetzung ein. Prominentestes Beispiel ist die *objektive Hermeneutik*, angestoßen von Oevermann et al. (1979).

Die Grundannahme besteht darin, dass es sog. „kulturelle Sinnsysteme“ (Flick 2002 : 43) gibt, die als Rahmen unsere Wahrnehmung und Herstellung sozialer und subjektiver Wirklichkeit mitbestimmen. Die Oberfläche dieser Sinnsysteme ist jedem Individuum bzw. Handelnden direkt zugänglich: Sie äußert sich in den Intentionen und der mit den Handlungen verbundenen subjektiven Bedeutung eines Individuums. Die zweite Ebene der kulturellen Sinnsysteme – sog. „objektive Bedeutungsstrukturen“ bzw. „latente Sinnstrukturen“ (Oevermann et al. 1979 : 379) – ist nicht mehr direkt zugänglich. Diese Tiefenstrukturen bedingen die impliziten und expliziten Regeln unseres Handelns.

Das Ziel der strukturalistischen Forschungsperspektive ist die Rekonstruktion dieser ‚objektiven‘ (d.h. nicht subjektiven) Regeln und Strukturen. Methodisch geschieht dies mit Sprachanalysen und streng sequenziellen Analysen von Äußerungen und Handlungen.

Als problematisch ist bei diesen traditionellen strukturalistischen Ansätzen zu bewerten, dass sie Text und Welt gleichsetzen und damit zu kurz greifen. Dieses Defizit wurde im *Poststrukturalismus* Ende der 1970er Jahre thematisiert und behoben;²⁰ Texte werden nunmehr als „Resultat von Interessen desjenigen, der sie erstellt hat, wie auch desjenigen, der sie liest“ (Flick 2002 : 45) gesehen, nicht mehr als die Welt selbst oder als realitätsgetreue Abbildungen von ihr.

Ein weiteres Problem der traditionell-strukturalistischen Modelle ist, dass sie das Verhältnis zwischen handelndem Individuum und den oben angesprochenen latenten kulturellen Sinn- bzw. Bedeutungsstrukturen nicht klären. Anders ausgedrückt bleibt bei diesen Modellen die Frage offen, wie sich das individuelle Wissen und Handeln und das implizite soziale Wissen zueinander verhalten. Diese Frage wird in neueren sozialpsychologischen Forschungsansätzen mit der Theorie der *sozialen Repräsentation* von Gegenständen beantwortet. Dieses Forschungsprogramm wurde von Serge Moscovici in der Studie *La psychanalyse, son image et son public* (1961) eingeführt. Seitdem hat dieser Zugang – wie auch das Konzept der subjektiven Theorie – über die Grenzen seines Ursprungslandes Frankreich hinaus besonders bei Analysen sozialer Konstruk-

²⁰ Die Diskussion wurde angestoßen durch Derrida (1967).

tionen von Gesundheit und Krankheit große Verbreitung gefunden. Definiert werden kann eine soziale Repräsentation als:

„ein System von Werten, Ideen und Handlungsweisen mit zweifacher Funktion; erstens eine Ordnung zu schaffen, die Individuen in die Lage versetzt, sich in ihrer materiellen und sozialen Welt zu orientieren und sie zu meistern; und zweitens Kommunikation unter den Mitgliedern einer Gemeinschaft zu ermöglichen, indem es diesen einen Kode für sozialen Austausch und einen Kode zur Benennung und zur eindeutigen Klassifikation der verschiedenen Aspekte ihrer Welt und ihrer individuellen Geschichte und der ihrer Gruppe liefert.“ Moscovici (1973 : XVII); zitiert nach Flick (2002 : 46)

Es geht bei sozialen Repräsentationen also nicht darum, wie Individuen sich verhalten (wie in der Ethnomethodologie), sondern wie Menschen im Alltag versuchen, zu verstehen, Begriffe zu bilden und zu kommunizieren.

Anders als subjektive Theorien sind soziale Repräsentationen allerdings nicht primär auf das Individuum ausgerichtet. Zwar sind Ausgangspunkt (d.h. die Individuen) und Methoden (d.h. verschiedene Interviewformen und teilnehmende Beobachtung) zur Datenerhebung bei beiden Forschungsprogrammen dieselben, aber das Erstellen sozialer Repräsentationen geht über das Erkenntnisinteresse der Rekonstruktion subjektiver Theorien – z.B. die Frage: Wie denkt ein Individuum über eine bestimmte Krankheit? – hinaus: Hier soll die Frage beantwortet werden, wie die Gesellschaft, deren Teil das Individuum ist, über diese Krankheit ‚denkt‘. Die Grundannahme dieses Forschungsansatzes ist, dass „Vorstellungen sozial geteilt sind, d.h. weniger individuumsspezifisch als gruppenspezifisch zu finden sind“ (Flick 1991 : 21) und dass dieses kollektiv geteilte Wissen Einfluss auf die sozialen Repräsentationen hat. Abbildung 1 veranschaulicht das Verhältnis von sozialen Repräsentationen und subjektiven Theorien am Beispiel der sozialen Konstruktion der Phänomene Gesundheit und Krankheit.



Abbildung 1: Verhältnis von subjektiven Theorien und sozialen Repräsentationen (nach Flick 1991 : 24)

2.3 Methoden qualitativer Forschung

Theorie und Praxis wirken immer auf einander;
aus den Werken kann man sehen, wie es die Menschen meinen,
und aus den Meinungen voraussagen, was sie tun werden.
- Johann Wolfgang Goethe *Aus meinem Leben.*
Dichtung und Wahrheit, S. 263 -

Nachdem im vorangegangenen Abschnitt die theoretischen Grundlagen zur Erstellung eines Forschungsdesigns in der qualitativen Sozialforschung skizziert wurden, dienen die folgenden Passagen dazu, diesen ersten Teil um einen zweiten, praktisch bzw. methodisch ausgerichteten zu ergänzen.

Dabei steht zunächst die Frage: „Wer untersucht was?“ im Mittelpunkt, indem zwei zentrale Aspekte qualitativer Forschungsmethoden näher betrachtet werden: die Rolle des Forschenden und das der Untersuchung zugrunde liegende Datenmaterial. Im Anschluss gilt es, die Frage nach dem „Wie?“ der Untersuchung zu klären. Das Kapitel präsentiert auf einem allgemein sozialwissenschaftlich ausgerichteten Niveau zwei typische Verfahrensweisen der Datenerhebung: die Beobachtung und das Durchführen von Interviews. Hinweise zur Reichweite der Erkenntnisse qualitativ fundierter Untersuchungen beschließen die Darstellung.

2.3.1 Die Rolle des Forschenden

Der grundlegende Unterschied qualitativer Forschungsmethoden zu denen quantitativer Forschung liegt im Zugang zum Untersuchungsfeld.²¹ In der quantitativen Forschung bleibt die Person des Forschenden oft gewissermaßen ‚außen vor‘ und spielt (im doppelten Sinn des Wortes) keine Rolle in der Untersuchung. Eine qualitative Herangehensweise hingegen berücksichtigt die Einbindung des Forschenden in das Geflecht aller an der Untersuchung Beteiligten. Der Forschende reflektiert seine eigene Position und das damit verbundene Charakteristikum seiner Aufgabe des *Fremdverstehens*, das sich wie folgt vom *Verstehen* unterscheidet:

„Man kann Verstehen als denjenigen Vorgang bezeichnen, der einer Erfahrung Sinn verleiht, Fremdverstehen dagegen jenen Vorgang, der einer Erfahrung den Sinn verleiht, dass sie sich auf ein Ereignis in der Welt bezieht, dem ein Anderer bereits einen Sinn verliehen hat [...]“ Thimm (2001 : 1094)

Hier wird deutlich, dass im Hinblick auf die Datenauswertung die Abgrenzung der Perspektive des Analysierenden von der Perspektive der am untersuchten Geschehen unmittelbar beteiligten Personen (Interaktanten, Gesprächspartner) von zentraler Bedeu-

²¹ Unter dem Begriff des Feldes wird in den Sozialwissenschaften „weniger eine territoriale Einheit verstanden als vielmehr ein konzeptionell festgelegter Phänomenbereich“ (Brinker / Sager 2001 : 23), d.h. beispielsweise „öffentliche Orte, Gruppen, soziale Milieus („Szenen“), aber auch Organisationen oder Stammesgruppen“ (Wolff 2004 : 335).

tung ist. Letztere zeichnet sich durch das sog. „Partnerverstehen“ aus,²² das das Verhalten der Beteiligten beschreibt, die „kooperativ und kompetitiv an der Erstellung eines gemeinsamen Textes ‚arbeiten‘ und dabei Einverständnis auch hinsichtlich der Deutung der einzelnen ‚Züge‘ im Dialogspiel zu erzielen versuchen“ (Biere 1994 : 162). Für die Perspektive des Forschenden gilt:

„Demgegenüber ist derjenige, der einen Dialog ex post, d.h. zu einem nach Abschluß des Dialogs liegenden Zeitpunkt als aufgezeichneten und transkribierten Text analysiert, in einer grundsätzlich anderen Situation, nämlich in der des ‚**Beobachterverstehens**‘.“ Biere (1994 : 162; Hervorh. im Orig.)

Kurz gesagt: Während es den am Geschehen Beteiligten um das *Verstehen* geht, steht für den Forschenden mit den Worten von Biere (2008 : 265) das *Verstehen des Verstehens* im Mittelpunkt. Dessen grundlegende Eigenschaft besteht darin, dass der Analysierende als zeitlich und räumlich (sowie gegebenenfalls fachlich) distanzierter Betrachter die untersuchte Situation und die von den Beteiligten verfolgten Intentionen nicht vollständig erfassen und verstehen **kann**, „weil man nicht in die Köpfe der Interaktanten hineinsehen kann“ (Holly 1979 : 98).

Es kann bei der qualitativen Analyse von Daten also nicht darum gehen, Hypothesen zu *überprüfen* und so **ein** bestimmtes Verständnis der Daten als das einzig richtige auszuweisen. Vielmehr ist das Ziel der Analyse, anhand konkreter Merkmale der (sprachlichen) Handlungen der Beteiligten oder aufgrund von Hinweisen in ihren Äußerungen, das „hypothetische Verständnis“ (Biere 1994 : 165) zu beschreiben und „mehrere mögliche Verständnisse als mehr oder weniger *plausibel* gegeneinander abzuwägen, ohne letzten Endes normativ behaupten zu müssen, wie eine Sequenz definitiv zu verstehen ist“ (Biere 1994 : 165; Hervorh. von R.M.).

Um bestimmte Interpretationen der vorliegenden Daten allerdings als „mehr oder weniger plausibel“ einordnen zu können, muss der Forschende **das** Charakteristikum des *Verstehensprozesses* – das gegenseitige Beeinflussen eigener (bekannter) und fremder (neuer) Wissensbestände – berücksichtigen, um bei seiner Arbeit nicht doch zu eindeutig falschen Interpretationen zu gelangen.²³

Wie durch das oben Gesagte angedeutet, besteht in der Feldforschung allgemein und bei interdisziplinären Fragestellungen im Besonderen für den Forschenden die Gefahr, dass sich aufgrund persönlicher Erfahrungen und Erwartungen sowie des eigenen Hintergrundwissens bei der Beschreibung und Analyse der Daten ein gewisses Verständnis von der Situation und den jeweils behandelten Inhalten einstellt, das nicht zwangsläufig mit dem Erfassen des „tatsächlich bestehende[n] Sachverhalt[s] oder Erklärungs-

²² Thimm (2001 : 1094) verwendet die Bezeichnung „Interaktantenverstehen“.

²³ Vgl. zu diesem Aspekt auch Deppermann (2001 : 84-90).

mechanismus, so wie er im Fachdiskurs verstanden wird“ (Liebert 2002 : 111) gleichzusetzen ist. Dieses grundlegende Phänomen ‚fachgebietsübergreifenden‘ Verstehens haben Mabeck / Olesen (1997) anhand einer empirischen Studie zur Arzt-Patienten-Kommunikation untersucht und sind zu folgendem Ergebnis gekommen:

“[...] the patients strongly relied on physical and technical conceptions to narrate their understandings of body and health to the doctor. We think this reliance can be encircled by the metaphor: ‘the body is a mechanical system’. [...] the patients applied mechanical images and relations in a pragmatic fashion, and often just implicitly. Hence, we will call theirs an *ethnomechanical understanding* to distinguish it from classical mechanics as it is formulated, e.g. in physics. [...] if a communication study remains on a purely linguistic level of analysis, this may suggest that patient and doctor are in broad agreement, while in fact they understand and mean different things by the same terms.” Mabeck / Olesen (1997 : 275; Hervorh. von RM)

Wenn nun der Patient bzw., mit Blick auf den hier interessierenden ‚metakommunikativen‘ Kontext, der Forschende seine Vorstellungen und Erklärungsansätze nicht als pragmatisch orientiertes, individuelles, ethnomechanisches Konstrukt ansieht, sondern als wissenschaftlich gesichertes, allgemein gültiges Lehrbuch- bzw. Fachwissen, das er *verstanden* hat, so ist dies mit Liebert (2002 : 110f.) als *ethnomechanische Illusion* aufzufassen, die dazu führt, dass mögliche unzulässige Verzerrungen oder sachliche Fehler in der Rekonstruktion bzw. Interpretation der Situation und der Handlungen der Beteiligten zunächst unbemerkt bleiben. Um dies zu vermeiden, d.h. „[u]m nicht der ethnomechanischen Illusion aufzusitzen, ist es deshalb notwendig, bestimmte Teile der Analyse von einem Experten der behandelten Disziplin gegenlesen zu lassen“ (Liebert 2002 : 111).

2.3.2 Datenmaterial

Grundlegendes Element aller qualitativen Analysen sind verschriftlichte Daten in Form von Texten: Sie bilden das Material, auf dem die Untersuchungsergebnisse basieren. Mit dieser Feststellung ist zugleich die Frage aufgeworfen, wie diese Texte entstehen, d.h. wie man ausgehend von den in Kapitel 2.2 beschriebenen, im Zentrum des Erkenntnisinteresses qualitativer Forschung stehenden, ‚flüchtigen‘ bzw. nicht greifbaren Ereignissen, Handlungen, Prozessen, Strukturen und ihren Bedeutungen oder individuellen Sinnzuschreibungen schließlich zu eben jenen Texten kommt, die der Analyse als Grundlage dienen.

Der vorliegende Abschnitt geht auf zwei hierfür zentrale Aspekte der Datenerhebung und -auswahl sowie auf die Datenaufbereitung ein. Die Verfahrensweisen werden im anschließenden Abschnitt 2.3.3 ausführlicher erläutert.

Für die Datenerhebung und -auswahl sind im ersten Schritt besonders zwei Dimensionen beim Erstellen des passenden Forschungsdesigns maßgebend: Die eine dieser beiden Dimensionen bezieht sich auf die Frage nach den Darstellungszielen und der Generalisierbarkeit der Studienergebnisse. Am einen Ende dieser Skala stehen sog. *Fallstudien*, die einen oder mehrere Einzelfälle rekonstruieren und in ihrer Komplexität zu erfassen suchen; die Definition, was ein Einzelfall ist, hängt dabei vom jeweiligen Untersuchungsgegenstand bzw. den zugrunde gelegten Kategorien ab, die der Forschende für seine Studie gewählt hat. Am gegenüberliegenden Ende der Skala stehen *Vergleichsstudien*, die dazu dienen, bestimmte Aspekte verschiedener Einzelfälle zueinander in Beziehung setzen, um beispielsweise auf Basis der gewonnenen Ergebnisse eine Typologie zu erstellen.²⁴

Die zweite, beim Entwurf des Untersuchungsdesigns zu berücksichtigende Dimension mit Auswirkung auf das Erheben und Auswählen der Daten ist die zeitliche: Hier reicht die Skala von *retrospektiven Studien*, d.h. Untersuchungen, die vom Zeitpunkt ihrer Durchführung auf einen bestimmten Zeitraum zurückblicken, über *Momentaufnahmen*, bei denen das Forschungsinteresse „nicht primär auf die Rekonstruktion eines Prozesses in retrospektiver Perspektive gerichtet [ist]. Vielmehr wird eine Zustandsbeschreibung zum Zeitpunkt der Forschung gegeben.“ (Flick 2004 : 255) bis hin zu *Längsschnittstudien*.²⁵

Sofern es sich bei den im Rahmen der Studie erhobenen Daten um Audio- oder Videomitschnitte und nicht um schriftliche Daten bzw. Dokumente (wie Krankenakten) handelt, müssen diese in einem weiteren Schritt für die Analyse aufbereitet und dokumentiert werden. Dies dient dazu, die Daten zum einen dauerhaft zugänglich und zum anderen die Interpretation und damit die Forschungsergebnisse der oben beschriebenen Gefahr der ethnomechanischen Illusion zu entziehen und sie intersubjektiv nachvollziehbar und überprüfbar zu machen.

Wie bei der Vorstellung der einzelnen theoretischen Perspektiven in Kapitel 2.2 erwähnt, geschieht dies traditionellerweise mit Hilfe detaillierter Transkriptionen des Audio- oder Videomaterials: Die erhobenen Daten werden erst durch ihre Aufzeichnung und Verschriftlichung zum Untersuchungsgegenstand „und damit gewissermaßen doppelt konstituiert bzw. aus der je eigenen Deutungsperspektive des Beschreibenden rekonstruiert“, wie Biere (1994 : 162) festhält.

Gerade im Hinblick auf die Analyse mündlicher Kommunikation ist dies – vor allem aus linguistischer Sicht – allerdings nicht ganz unproblematisch. So stellt dieser Prozess in Anlehnung an die Definition von Dürscheid (2005 : 14) einen zweifachen Wechsel des

²⁴ Vgl. Flick (2004 : 253f.).

²⁵ Vgl. Flick (2004 : 255f.).

Mediums und der *Kommunikationsform* dar:²⁶ Ausgehend von der Datenbasis, d.h. der realen, nicht medienvermittelten mündlichen Kommunikationssituation (z.B. einem Face-to-Face-Gespräch), stellt der Medienwechsel zum Audio- oder Videomitschnitt einen ersten, ‚filternden‘ Eingriff in die Daten dar. Das anschließende Transkribieren der aufgezeichneten Daten ist nicht nur ein weiterer Wechsel des Mediums, sondern stellt darüber hinaus eine weitere Filterung in Form einer bereits interpretativen Bearbeitung des Materials dar.²⁷

2.3.3 Verfahrenstypen

Für alle Typen qualitativer, genauer: abduktiv-hermeneutischer,²⁸ Forschungsmethoden lässt sich als Charakteristikum ausmachen, dass sie weitestgehend unstandardisiert sind und je nach individuellem Erkenntnisinteresse des Forschenden variieren. Damit unterscheiden sie sich klar von quantitativen Methoden naturwissenschaftlicher Ansätze, die zum Ziel haben, mittels einer (stärker) kontrollier- und messbaren, deduktiven oder nomologischen Herangehensweise aus der Theorie gewonnene Hypothesen empirisch zu überprüfen, um beispielsweise allgemeine Grundsätze oder Prognosen aufstellen zu können.²⁹

Neben der qualitativen Inhalts- oder Dokumentenanalyse und der Gruppendiskussion bilden die *Beobachtung* und verschiedene *Interviewtechniken* die zentralen methodischen Verfahren qualitativer Sozialforschung. Im Hinblick auf ihre Relevanz für die vorliegende Untersuchung werden diese beiden im Folgenden näher erläutert.³⁰

²⁶ Dürscheid (2005 : 14) hält zur Unterscheidung von *Medien* und *Kommunikationsformen* Folgendes fest:

„a) Medien sind technische Mittel, mit deren Hilfe Distanzkommunikation möglich ist. Sie stellen aber keine notwendige Voraussetzung für Kommunikation dar; das Face-to-Face-Gespräch kommt ohne ein Medium aus.

b) Kommunikationsformen lassen sich u.a. danach unterscheiden, ob sie medienvermittelt oder nicht-medienvermittelt sind, dialogisch oder nicht-dialogisch sind. Kommunikationsformen stellen den Rahmen dar, in dem sich kommunikative Handlungsmuster verfestigen können. Diese werden als kommunikative Gattungen bezeichnet.“

²⁷ Siehe hierzu auch die Erläuterung der Termini *Gespräch* und *Transkript* in Kapitel 3.2.4.2.

²⁸ Der Begriff der *Abduktion* als drittes Schlussverfahren neben Induktion und Deduktion geht auf Charles S. Peirce zurück. Mit Biere (2008 : 267) kann die Abduktion als ein dem *hermeneutischen Zirkel* gleichzusetzendes Verfahren angesehen werden, das darin besteht, aus einem Einzelfall das Ganze „hypothetisch [zu] antizipieren, [zu] konstruieren“, woraus dann wiederum eine mögliche Deutung des Einzelfalls abgeleitet wird, d.h. eine sog. „Regelhypothese“ aufgestellt wird.

²⁹ Vgl. Biere (1994 : 155ff.), Bender (2002 : 47f.) und Hillmann (1994 : 707), der darauf hinweist, dass sich qualitative und quantitative Ansätze im Sinne einer umfassenden empirischen Sozialforschung nicht als entgegengesetzte Herangehensweisen einander gegenübergestellt werden sollten, sondern „sich gegenseitig ergänzen u. befruchten“ können.

³⁰ Für eine Kurzdefinition und weiterführende Literatur zur qualitativen Inhaltsanalyse und zur Gruppendiskussion siehe Hillmann (1994 : 312 und 370f.). Zur Einführung sei auf Mayring (2004) und Wolff (2004a) für die Inhalts- bzw. Dokumentenanalyse sowie auf Bohnsack (2004) für die Gruppendiskussion verwiesen.

2.3.3.1 Beobachtung

Grundsätzlich sind zwei Arten von Beobachtungsverfahren zu unterscheiden: zum einen die *nicht teilnehmende Beobachtung* und zum anderen die *teilnehmende Beobachtung*. In der linguistischen Gesprächsanalyse kommt besonders die erste Variante zum Einsatz, während in anderen sozialwissenschaftlichen Disziplinen überwiegend die aus (Kultur-)Anthropologie und Ethnologie stammende Variante der teilnehmenden Beobachtung praktiziert wird.³¹ Beide Varianten können jeweils offen oder verdeckt durchgeführt werden, wobei Letztere sowohl unter juristisch-moralischen als auch ethischen Gesichtspunkten als problematisch anzusehen und deren Vertretbarkeit gründlich gegen das Erkenntnisinteresse abzuwägen ist, so dass sie im Zweifel zu vermeiden ist.³²

Die folgende Erläuterung konzentriert sich unter Berücksichtigung der linguistischen Ausrichtung der vorliegenden Arbeit auf die offen durchgeführte, nicht teilnehmende Beobachtung.

Charakteristisch für diesen Verfahrenstyp ist der weitestgehende Verzicht auf Interventionen im Feld; die Daten werden aus einer „Außenperspektive“ (Flick 2002 : 204) heraus erhoben, beschrieben und analysiert. Diese Distanz des Forschenden zum beobachteten Geschehen drückt sich typischerweise auch darin aus, dass seine physische Anwesenheit in der interessierenden Situation durch technische Aufzeichnungsapparaturen (für Audio- oder Videoaufzeichnungen) ersetzt wird. Es handelt sich sozusagen um eine „Beobachtung aus zweiter Hand“ (Flick 2002 : 199).

Das klassische Ziel einer nicht teilnehmenden Beobachtung liegt darin, den Ablauf der Ereignisse möglichst wenig zu beeinflussen; die Stichwörter *Natürlichkeit* und *Authentizität* sind in diesem Kontext häufig anzutreffen.³³ Der US-amerikanische Soziolinguist William Labov hat das diesem Forschungsanliegen inhärente Dilemma für die Sprachwissenschaft wie folgt auf den Punkt gebracht:

“The aim of linguistic research in the community must be to find out how people talk when they are not systematically observed; yet we can only obtain these data by systematic observation.” Labov (1972 : 209)

³¹ Vgl. Lüders (2004 : 385). Inzwischen wird die ‚reine‘ teilnehmende Beobachtung mehr und mehr durch sog. *ethnographische* Verfahren abgelöst, die durch eine „Vielfalt der methodischen Zugänge und der aktiven Anteilnahme des Forschers bzw. der Forscherin am Alltagsleben des Feldes“ gekennzeichnet sind sowie durch das Instrument der „nachträglichen Protokollierung des dabei Beobachteten und Wahrgenommenen bzw. genauer: des nachträglich noch Erinnerungsbasierenden“ (Lüders 2004 : 396). Zur unterschiedlichen Kategorisierung von *Ethnographie* als methodischem Verfahren in einem europäischen Forschungskontext und als eigenständige qualitative Forschungsrichtung im Verständnis der US-amerikanischen Sozialwissenschaften siehe Kusenbach (2005 : Abs. 4f.).

³² Eine ausführlichere Diskussion dieses Aspekts (nicht nur) im Hinblick auf linguistisch-gesprächsanalytische Studien bieten Brinker / Sager (2001 : 24-31).

³³ Zur *Natürlichkeit* und *Authentizität* von Situationen und Daten, wie sie in der vorliegenden Arbeit verstanden und verwendet werden, siehe Kapitel 3.2.4.1.

Diese, in die wissenschaftliche Diskussion als *Beobachterparadoxon* eingegangene, Feststellung deutet an, dass grundsätzlich **jeder** (offen) beobachtende Eingriff in natürliche, authentische (Handlungs-/Kommunikations-)Situationen und Prozesse – sei es, in nicht teilnehmender oder teilnehmender Form, und sei er noch so dezent – Auswirkungen auf das Verhalten der Interaktanten haben kann.

2.3.3.2 Interviews

Während in den USA traditionell vor allem (teilnehmende) Beobachtungsverfahren zur Datenerhebung im Forschungsfeld eingesetzt wurden, bildeten und bilden in der deutschsprachigen Sozialforschung Interviews mit den Feldteilnehmern den Schwerpunkt der Praxis.³⁴ Dabei lassen sich verschiedene Arten von Interviews unterscheiden: Die Bandbreite reicht vom – eher in quantitativen Forschungsdesigns eingesetzten – standardisierten *Leitfadeninterview* über halb- bzw. teilstandardisierte Formen und das *fokussierte* Interview bis zum offenen, unstrukturierten bzw. *narrativen* Interview.

Das grundlegende Ziel sämtlicher Varianten besteht im Erheben der persönlichen Sichtweisen und „Selbstinterpretationen“ (Hopf 2004 : 350) der Befragten in Bezug auf den Untersuchungsgegenstand. Darüber hinaus dienen vor allem narrative Interviews dazu, die Biographien der Feldteilnehmer zu erfassen.

Zentraler Bestandteil von Interviews sind Fragen und Erzählaufforderungen. Die Art und Weise ihres Einsatzes sowie ihre interaktionssteuernden Charakteristika dienen zudem als Kriterium für die Klassifizierung der Interviews: So bilden „mehr oder minder offen formulierte“ (Flick 2002 : 143) und in ihrer Reihenfolge festgelegte Fragen die Grundlage für standardisierte Leitfadeninterviews. Den gegenüberliegenden Pol bilden narrative Interviews, die dadurch gekennzeichnet sind, dass eine Erzählaufforderung zu Beginn die „von den Befragten autonom gestaltet[e]“ Erzählung einleitet (Hopf 2004 : 356).

2.3.4 Reichweite der Aussagen

Aus der Sicht quantitativ orientierter Forschung sind durch die oben beschriebenen qualitativen Verfahren gewonnenen Daten für explorative Zwecke geeignet. Dies hängt zusammen mit deren „intensivere[n] und extensivere[n] Erhebungs- und Auswertungsmethoden“, die „oft nur wenig Fälle oder kleine Stichproben“ erlauben (Mayring 2007 : Abs. 1). Die damit verbundene geringe oder gänzlich fehlende Repräsentativität der ausgewählten Daten scheint auf den ersten Blick einer Generalisierbarkeit der Ergebnisse zu widersprechen. Einer solch quantitativ orientierten Sichtweise kann mit Flick (2004) Folgendes entgegnet werden:

³⁴ Vgl. Flick (2002 : 117) und Lüders (2004 : 385ff.).

„Die wenigsten [qualitativ fundierten] Projekte erheben den Anspruch, von den untersuchten Fällen auf eine bestimmte Population schließen zu wollen bzw. zu können.“ Flick (2004 : 260)

Das von Flick angesprochene Ziel spielt auf ein ‚allgemein-quantitativ orientiertes‘ Verständnis des Begriffs *Generalisierung* an. Gleichzeitig deutet diese Feststellung Flicks darauf hin, dass der Terminus zumindest für das adäquate Erfassen der möglichen Reichweite qualitativer Forschungsprojekte weiter zu fassen bzw. feiner zu differenzieren ist. So unterscheidet Mayring (2007 : Abs. 14) acht Arten von allgemeinen Aussagen bzw. Generalisierungszielen. Im Zusammenhang mit der vorliegenden Arbeit erscheinen besonders die folgenden vier Klassen interessant: erstens das Formulieren von *Regeln* – diese „beschreiben Gleichförmigkeiten und Ähnlichkeiten, Regeln können Ausnahmen zulassen“³⁵; zweitens das Festhalten sog. *kontextspezifischer Aussagen*: „Regeln [...] oder Beziehungen [...], die nur unter bestimmten Bedingungen gelten, in ähnlichen Situationen oder Zeiten, für ähnliche Personen“. Die dritte Variante besteht darin, „*Gemeinsamkeiten und Unterschiede* im erhobenen Material durch systematische Vergleiche zu suchen“; um anschließend die zugrunde liegenden Regelmäßigkeiten und Zusammenhänge zwischen den einzelnen Variablen aufzuzeigen, was allerdings „eine Sache der Interpretation“ ist und nicht mit den Daten selbst zu belegen ist. Die vierte Art der Verallgemeinerung ist die folgende:

„Die ‚bescheidenste‘ Form von Generalisierung wäre es, wenn nicht Resultate der Studie verallgemeinert werden sollen, sondern nur die *Prozeduren*, um zu Resultaten zu kommen.“ Mayring (2007 : Abs. 14)

Dies leitet zu der Frage über, die für qualitative Forschungsprojekte nach Mayring (2007 : Abs. 22) grundsätzlich zu stellen ist: die Frage, ob eine Generalisierung der Ergebnisse nötig oder von Bedeutung ist. Wenn dies zutrifft, so ist zu klären, welches Ziel die Generalisierung verfolgt, welche generellen Aussagen folglich getroffen werden sollen und wie man zu diesen Aussagen gelangt.

Im Zusammenhang mit diesem letzten Punkt spielt die Validierung der Daten eine wichtige Rolle. Als eines der Mittel hierfür ist die sog. *Methoden-Triangulation* zu nennen. Sie besteht darin, möglichst verschiedene Methoden der Datenerhebung miteinander zu kombinieren, um verschiedene Aspekte des Untersuchungsgegenstands zu erfassen.³⁶ So können beispielsweise die in Abschnitt 2.3.1 beschriebenen Beobachtungsverfahren ebenso wie Interviews jeweils als alleiniges, eigenständiges Forschungsverfahren eingesetzt werden oder in Kombination mit anderen Methoden, um die mit dem jeweils anderen Verfahrenstyp in einem ersten Schritt gewonnenen Erkenntnisse zu überprüfen.

³⁵ Dieses und die folgenden Zitate in diesem Absatz entstammen Mayring (2007 : Abs. 14).

³⁶ Vgl. Flick (2004 : 313f.).

3 Linguistische Gesprächsanalyse

[...] tout le malheur des hommes venait de ce qu'ils ne tenaient pas un langage clair.
- Albert Camus *La peste*, S. 229 -

Nachdem im vorangegangenen Kapitel die grundlegenden theoretischen und methodischen Aspekte qualitativer Forschung auf einer allgemeinen geistes- und gesellschaftswissenschaftlichen Ebene umrissen wurden, steht im Folgenden die für die vorliegende Arbeit zentrale linguistisch-gesprächsanalytische Ausprägung des qualitativen Forschungsansatzes im Fokus des Interesses.

Viele Probleme, die Menschen miteinander haben, sind nicht primär psychologischer oder sozialer Natur, sondern sprachlich bedingt.³⁷ Dabei ist besonders die gesprochene Sprache von Bedeutung. Dieser von Schank / Schoenthal (1983 : 7) als „frei formuliertes, spontanes Sprechen aus nicht gestellten, natürlichen Kommunikationssituationen“ definierte Gegenpart zur geschriebenen Sprache ist nicht nur integraler Bestandteil, sondern auch eines der zentralen Gestaltungselemente unseres täglichen (Zusammen-)Lebens: Unsere zwischenmenschlichen Beziehungen konstituieren sich zu einem großen Teil in und aus Gesprächen, die wir miteinander führen.

Es ist daher nur konsequent, dass sich neben den Sozialwissenschaften auch die Linguistik mit diesem Thema beschäftigt. Brinker / Sager (2001 : 18) definieren den Aufgabenbereich der linguistischen Gesprächsanalyse wie folgt:

„Die Gesprächsanalyse sieht es als ihre zentrale Aufgabe an, die Bedingungen und Regeln systematisch zu erforschen, die die ‚natürliche‘ Gesprächskommunikation, d.h. dialogisches sprachliches Handeln in verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen (Alltag, Institutionen, Medien usw.), bestimmen.“

Die Gesprächsanalyse fragt also nach dem *Wie* der Gesprächsführung bzw. des zwischenmenschlichen Austauschs.³⁸ Die Definition enthält verschiedene Merkmale von Gesprächen, die eine sprachwissenschaftliche Analyse bei der Beantwortung dieser Frage zu berücksichtigen hat.

Zunächst sind die *Bedingungen* und der *gesellschaftliche Bereich*, also das sozio-kulturelle Umfeld des Gesprächs, sowie damit verbunden die Erwartungen und das Verhalten der Gesprächsteilnehmer zu klären. Im Fall von Gesprächen in einem institutionellen Rahmen spielt dabei die Frage nach der *Natürlichkeit* der Gespräche eine besondere Rolle. Das *Dialogische sprachlicher Handlungen* – also die Interaktivität von Gesprächen zwischen (mindestens) zwei Partnern – impliziert, dass dieses Handeln *in-*

³⁷ Vgl. Funck (2005 : 81).

³⁸ Vgl. Deppermann (2001 : 9).

tentional ist, also ein bestimmtes Ziel verfolgt.³⁹ Wenn Menschen miteinander sprechen, tun sie dies (bewusst oder unbewusst) nach bestimmten *Regeln* – sog. sprachlichen *Handlungsmustern*. Diese gilt es, in der Analyse von Gesprächen herauszuarbeiten, da sie Aufschluss geben können über den Ursprung des von Camus angesprochenen „malheur“ und da das Wissen um sie zur Beseitigung dieses *Unglücks* beitragen kann.

Dieses Kapitel gibt zunächst einen Einblick in die Entwicklung der linguistischen Gesprächsforschung, ihre zentralen Fragen und Methoden. Im Anschluss werden die in der Definition Brinker / Sagers angesprochenen Faktoren mündlicher Sprache näher erläutert – mit Blick auf die vorliegende Untersuchung konzentriert sich die Darstellung dabei auf die Kommunikation im medizinisch-institutionellen Rahmen eines Krankenhauses.

3.1 Positionen der linguistischen Gesprächsanalyse

In den 1970/80er Jahren entwickelte sich die Gesprächsanalyse zu einem eigenständigen Forschungsbereich der germanistischen Linguistik, der spätestens seit den 1990er Jahren sehr lebendig ist, wie Hausendorf (2001 : 971f.) darlegt.

Ein Blick in die Forschungsliteratur zeigt, dass sich diese Lebendigkeit nicht nur in einer Fülle von Publikationen niederschlägt, sondern auch in einer Heterogenität der Ansätze, so dass „mit dem Begriff *Gesprächsforschung* gar keine einheitliche Forschungsrichtung bezeichnet wird“ (Hagemann / Rolf 2001 : 886; Hervorh. im Orig.). In der vorliegenden Arbeit werden die beiden Begriffe Gesprächsanalyse und Gesprächsforschung synonym im Sinne eines übergeordneten, allgemein linguistischen ‚Sammelbegriffs‘ verwendet, der keine Festlegung auf eine bestimmte ‚Schule‘ bzw. Forschungstradition impliziert.

Folgende zwei Hauptströmungen lassen sich ausmachen: einerseits die aus der sog. *verstehenden Soziologie*⁴⁰ stammenden Ansätze sowie die *pragmatisch basierten* Ansätze andererseits. Zudem gibt es neuere Positionen, die zwischen diesen beiden Forschungsrichtungen angesiedelt sind.

³⁹ Die Frage der Intentionalität sprachlichen Handelns wurde in der Linguistik intensiv diskutiert. Deppermann (2001 : 9) spricht in diesem Zusammenhang von der „Pragmatizität“ von Gesprächen.

⁴⁰ Das zentrale Interesse dieser Forschungsrichtung richtet sich auf die „Methode des Verstehens“ (Hillmann 1994 : 905) menschlichen Handelns bzw. der subjektiv gestalteten sozialen Wirklichkeit. Die Bezeichnung geht auf Wilhelm Dilthey zurück, der den (objektiv) ‚erklärenden‘ Naturwissenschaften die ‚verstehenden‘ Geisteswissenschaften gegenüberstellte. Für eine detailliertere Definition und zu den Vertretern der verstehenden Soziologie siehe Hillmann (1994 : 904f.).

3.1.1 Die Anfänge: Gesprochene Sprache (GS)-Forschung

Mit der sog. *pragmatischen Wende* in der Linguistik wandten sich die Forschenden auch der bis dahin kaum bis gar nicht beachteten gesprochenen Sprache zu:⁴¹ Die Anfänge der linguistischen Gesprächsanalyse liegen in der Mitte der 1960er Jahre einsetzenden Forschung zur gesprochenen Sprache (GS).⁴² Zunächst stehen grammatisch-syntaktische, mehr ‚monologische‘ Aspekte gesprochener Sprache – etwa in Bundestagsreden – im Zentrum des Erkenntnisinteresses; das Gespräch als der „quasi natürliche Ort“ (Schwitalla 2001 : 897) für gesprochene Sprache rückte erst in einem zweiten Schritt ins Bewusstsein der Forschenden:

„Dialogische Phänomene in gesprochener Sprache konnte man eigentlich erst erkennen, als man Dialogizität nicht mehr als Störelement oder als situative Bedingung, sondern als konstitutiv für die GS wahrnahm.“
Schwitalla (2001 : 898)

Diese „dialogische[n] Phänomene“ sind bedingt durch „Vorwissen und Erwartungen, aber auch Werte und Einstellungen“ (Liebert 2002 : 21) der Gesprächsteilnehmer; sie äußern sich unter anderem in sprachlichen Formulierungsverfahren und Äußerungsformen, die in Abschnitt 3.2.3.4 näher erläutert werden.

3.1.2 Verstehende Soziologie: Der ethnomethodologische Ansatz

Zur erstgenannten Richtung gehört neben der in Kapitel 2.2.3 erläuterten *objektiven* bzw. *strukturalen Hermeneutik* vor allem die ethnomethodologisch orientierte *Konversationsanalyse* (*conversation analysis*) aus den USA. Sie basiert auf der in Kapitel 2.2.2 vorgestellten phänomenologisch ausgerichteten Ethnomethodologie Harold Garfinkels und wurde von dessen Schülern Emanuel A. Schegloff und Harvey Sacks (1973) begründet. Dieser Ansatz „vermittelt grundlegende Einsichten in die Probleme der Gesprächsorganisation und der Bedeutungskonstitution und führt damit die prozedurale Perspektive in die linguistische Gesprächsanalyse ein“ (Brinker / Sager 2001 : 17).⁴³ Richtungsweisend sind die Untersuchungen zum Sprecherwechsel (*turn-taking*).⁴⁴ Grundlegende Untersuchungseinheit ist die *Gesprächssequenz*.⁴⁵

⁴¹ Lediglich im Rahmen von Phonetik und Dialektologie war die gesprochene Sprache bis dato für Linguisten von Interesse. Vgl. Brinker / Sager (2001 : 15).

⁴² Vgl. Schwitalla (1994, 2001, 2003) und Brinker / Sager (2001 : 14f.).

⁴³ Zu den bedeutendsten Vertretern dieses Ansatzes im deutschsprachigen Raum zählen Jörg R. Bergmann, Werner Kallmeyer und Werner Nothdurft; vgl. Hausendorf (2001 : 971f.).

⁴⁴ Vgl. beispielsweise Sacks / Schegloff / Jefferson (1974).

⁴⁵ Siehe zu diesem Begriff ausführlicher Kapitel 3.2.1.1.

3.1.3 Pragmatik I: Die Dialoganalyse bzw. -grammatik

Zur zweiten Hauptströmung zählt die *Dialoganalyse* bzw. *-grammatik*. Diese Bezeichnungen werden in der Literatur zum Teil auch als Ober- bzw. Sammelbegriff konkurrierend zum Begriff *Gesprächsanalyse* verwendet.⁴⁶ In der deutschsprachigen Forschung zählen Franz Hundsnurscher, Gerd Fritz und Kirsten Adamzik zu den Vertretern dieser Richtung.⁴⁷ Sie geht aus von der analytischen Sprachphilosophie bzw. Sprachhandlungstheorie z.B. Ludwig Wittgensteins⁴⁸ und hat die Sprechakttheorie J.L. Austins und J.R. Searles weiterentwickelt. Ihr Ziel ist „die Beschreibung und Erklärung sprachlicher Konventionen“⁴⁹ in Gesprächen – durch Angabe von Regeln für den Vollzug und die Abfolge von Sprechakten.

3.1.4 Pragmatik II: Die Handlungssemantik

Ein weiterer Ansatz, der der linguistisch-pragmatischen Strömung der Gesprächsforschung zuzurechnen ist, ist die *Handlungssemantik*, auch *interpretative* oder *praktische Semantik* genannt; auch die *funktionale Pragmatik*⁵⁰ ist diesem Ansatz zuzuordnen. Zu den Hauptvertretern der zuletzt genannten Forschungsrichtung zählen Konrad Ehlich und Jochen Rehbein; zu den ‚Standardwerken‘ der Handlungssemantik zählen Heringer (1974), Holly / Püschel / Kühn (1984), von Polenz (1988), Holly (2001).⁵¹

Auch wenn sich bei den einzelnen Forschern unterschiedliche Ausprägungen bzw. Interessenschwerpunkte finden, so sind ihnen nach Gloning (1994 : 114) die folgenden drei Aspekte (in unterschiedlicher Gewichtung) als Bestandteil des Erkenntnisinteresses gemein: erstens die Ausrichtung auf die „praktischen Probleme“ der sprachlichen Verständigung im Alltag oder in Institutionen; zweitens die „Berücksichtigung einzelsprachlicher Äußerungsformen und ihrer Verwendungszusammenhänge“ sowie drittens die kombinierte Untersuchung der „Bedeutung sprachlicher Ausdrücke (Semantik) und Fragen des Gebrauchs sprachlicher Ausdrücke zum Vollzug sprachlicher Handlungen (Pragmatik)“.

Neben der hiermit angesprochenen, auf Wittgenstein zurückzuführende „Gebrauchstheorie der Bedeutung“ (Gloning 1994 : 114) steht der „Zusammenhang zwischen der sprachlichen Form, dem Zweck sprachlichen Handelns und den grundlegenden Dimensionen des Handlungsraums von Sprecher und Hörer“ (Bührig / Matras 1999 : ix) im Zentrum des Interesses einer handlungstheoretisch orientierten Analyse von Gesprächen. Dieser Zusammenhang wird deutlich

⁴⁶ Vgl. Fritz / Hundsnurscher (Hrsgg.) (1994).

⁴⁷ Auch die *Einführung in die Gesprächsanalyse* von Rehbock / Henne (2001) kann hier verortet werden.

⁴⁸ Vgl. Gloning (1994a : 267).

⁴⁹ Hundsnurscher (2001 : 945).

⁵⁰ Auch *funktional-pragmatische Kommunikationsanalyse* (Ehlich 1991) oder *Diskursanalyse* (Becker-Mrotzek 1992 : 4; Rehbein 2001 : 927) genannt.

⁵¹ Weitere Vertreterinnen in der deutschsprachigen Linguistik sind beispielsweise Petra Löning, Angelika Redder und Ingrid Wiese.

in der Rekonstruktion sog. *sprachlicher Handlungsmuster*, die den Äußerungsformen sprachlicher Handlungen zugrunde liegen:⁵²

„Handlungen werden als Interpretationskonstrukte betrachtet, Beschreibungen von Handlungen und Handlungsmustern als Interpretationen von Interpretationskonstrukten.“ Liebert (2007 : 179)

3.1.5 Zwischen verstehender Soziologie und Pragmatik: Die interaktionale Linguistik

Ein weiterer Ansatz in der Gesprächsforschung ist die sog. *interaktionale Linguistik*.⁵³ Sie versteht sich als „Interface zwischen Linguistik und Interaktionstheorie“ (Selting / Couper-Kuhlen 2000 : 76), also als Bindeglied zwischen den oben angeführten soziologisch basierten Ansätzen und den pragmatisch-linguistischen Ansätzen. Sie basiert auf dem streng empirischen Ansatz der Ethnomethodologie, wobei sie jedoch den soziologischen Aspekt weitgehend ausblendet und mehr sprachwissenschaftlich fokussiert ist. Sie findet besonders bei der Betrachtung prosodischer und phonetischer Merkmale in Gesprächen Anwendung.⁵⁴

Ähnlich wie der handlungssemantische Ansatz vertritt die interaktionale Linguistik die Auffassung, dass sich Bedeutung in der Verwendung sprachlicher Ausdrücke in einem bestimmten „sequentielle[n] Handlungskontext“ konstituiert; kurz gesagt: Bedeutung wird durch sprachliches Handeln hergestellt:

„Sprachliche Praktiken wie beispielsweise der Gebrauch bestimmter Lexeme oder grammatischer Strukturen werden immer im Zusammenhang mit der Konstitution von Sprechhandlungen untersucht [...]. Die Konstitution und Interpretation einer Äußerung als eine bestimmte Handlung – z.B. Frage, Aufforderung oder Begründung – werden als ‚Ergebnisse des Einsatzes von bestimmten linguistischen Strukturen/Verfahren/Praktiken in bestimmten sequentiellen Umgebungen‘ [...] betrachtet.“ Gohl (2007 : 58)

3.1.6 Neueste Entwicklungen: Construction Grammar

Seit den 1980er Jahren hat sich ausgehend von der semantisch-pragmatischen Beschäftigung mit Phraseologismen ein weiterer Ansatz in der Gesprächsforschung etabliert: die *Construction Grammar* (Konstruktionsgrammatik).⁵⁵ Zentrales Ziel sowohl der formalistischen als auch der kognitiv-gestaltorientierten Ausprägung dieses Ansatzes⁵⁶

⁵² Zum Begriff des sprachlichen Handlungsmusters vgl. eingehender Abschnitt 3.2.

⁵³ Vertreter dieses Ansatzes sind u.a. Margret Selting, Elisabeth Couper-Kuhlen und Peter Auer.

⁵⁴ Vgl. beispielsweise Selting / Couper-Kuhlen (Hrsgg.) (1996).

⁵⁵ Zu den bedeutendsten Vertretern zählen die US-amerikanischen Forscher Charles J. Fillmore, Paul Kay sowie William Croft und Ronald W. Langacker; im deutschsprachigen Raum haben u.a. Wolfgang Imo und Arnulf Deppermann konstruktionsgrammatische Untersuchungen durchgeführt, jedoch auch kritische Anmerkungen zu diesem Ansatz vorgelegt; vgl. beispielsweise Imo (2007a).

⁵⁶ Vgl. Deppermann (2006 : 47) und Imo (2007 : 22).

ist die Entwicklung einer ‚Grammatik der gesprochenen Sprache‘. Dabei handelt es sich um einen sog. *Bottom-up-Ansatz*:

„Äußerungen werden nach dieser Sicht also nicht regelgeleitet aus atomaren Einheiten aufgebaut. Vielmehr werden von vornherein syntaktische Ganzheiten (Konstruktionen) gelernt. Abstrakte grammatische Kategorien (wie Wortarten) sind nicht Bausteine für Konstruktionen, sondern umgekehrt Abstraktionen aus konkreten Konstruktionen.“ Deppermann (2006 : 49)

Anders ausgedrückt: Grammatische Kategorien „existieren als eigenständige Einheiten nicht außerhalb der Konstruktionen, in denen sie auftreten“ (Imo 2007 : 27). Damit nimmt die Construction Grammar eine Gegenposition zur generativen, von sprachlichen Universalien ausgehenden Grammatik ein. Folgende drei Prämissen liegen allen Arbeiten der konstruktionsgrammatischen Forschungsrichtung nach Deppermann (2006 : 48) zugrunde: *Konstruktionen* sind der umfassende Rahmen für die Beschreibung sprachlichen Wissens; *Sprachkompetenz* ist eine kognitive, einzelsprachspezifische und idiomatisch strukturierte Fähigkeit; *sprachliche Strukturen* werden durch den Gebrauch „primitiver Einheiten“ in der „sprachliche[n] Realität“ gebildet, die hiervon abstrahierten grammatischen Kategorien dienen lediglich „als analytische Hilfsmittel für eine Sprachbeschreibung“.⁵⁷

Nicht einheitlich beantwortet wird innerhalb der konstruktionsgrammatischen Forschung die Frage, ob die Grammatik, die aus der und für die Analyse gesprochener Sprache bzw. mündlicher Kommunikation entwickelt wird, als von der schriftsprachlich fundierten Grammatik losgelöst einzustufen ist, d.h. „ob es im Endeffekt zwei Grammatiken für jede Sprache gibt“ (Imo 2007 : 11).⁵⁸ Mit den Worten Konrad Ehlich lässt sich das dieser Diskussion zugrunde liegende Dilemma wie folgt ausdrücken:

„Sobald wir uns nicht einfach und stillschweigend darauf verständigen, uns nicht darauf verlassen können, dass Sprache als Schrift verdinglicht uns immer schon auf eine sehr praktische Weise vorliegt, wird Sprache unendlich schwer fassbar – und damit das linguistische Unternehmen in eine Grundlagenkrise gestürzt, vor der die überkommenen Kategorien zu bewahren schienen.“ Ehlich (2006 : 16)

3.1.7 Gemeinsamkeiten der einzelnen Positionen in Bezug auf Gespräche und deren Analyse

Allen Ansätzen gemein sind *natürliche*, d.h. *authentische* Gespräche als Untersuchungsgegenstand⁵⁹ – und zwar in Form von Audio- oder Video-Mitschnitten zum einen und Transkripten zum anderen. Diesen beiden Dokumentationsbestandteilen kommt

⁵⁷ Vgl. Imo (2007 : 28).

⁵⁸ Als Beispiel für die Diskussion dieser Frage im deutschsprachigen Raum sei auf die Beiträge von Fiehler (2007) und Eisenberg (2007) im Sammelband von Ágel / Hennig (Hrsgg.) (2007) verwiesen.

⁵⁹ Zur Definition dieser beiden Begriffe siehe Kapitel 3.2.4.1.

dabei für die Analyse eine essenzielle Bedeutung zu,⁶⁰ denn ein einfaches einmaliges Beobachten und Mitschreiben reicht für eine fundierte, sprachwissenschaftliche Analyse und Interpretation der Daten nicht aus: Die Komplexität der zu berücksichtigenden Faktoren ist zu groß, d.h. es gibt zu viele Aspekte in einem Gespräch, die (wenn auch je nach konkretem Erkenntnisinteresse in unterschiedlichem Maße) von Bedeutung sind, als dass sie bei einer teilnehmenden Beobachtung oder mittels „Erinnerung an konkrete Gespräche“ (Henne / Rehbock 2001 : 36) notiert werden könnten. Als Beispiele seien an dieser Stelle prosodische Aspekte (Sprechpausen, Intonation, Lautstärke) sowie para- und nonverbale (also gestische und mimische) Aspekte genannt. Walther Kindt bringt diese Bedingungen von Kommunikationssituationen und ihrer Analyse wie folgt auf den Punkt:

„Daß sich Kommunikationsteilnehmer/innen mit Hilfe von natürlichen Sprachen, die ja sehr komplexe Verhaltenssysteme bilden, überhaupt erfolgreich verständigen können, ist eigentlich ein Wunder und keineswegs so selbstverständlich, wie es uns aus dem Alltagsleben heraus erscheint.“
Kindt (2002 : 20)

Als eine der Ursachen für die Komplexität können folgende fünf, von Spranz-Fogasy (2007 : 3) aufgeführte, allgemein anerkannte Charakteristika mündlicher Kommunikation, die bei deren Analyse zu berücksichtigen sind, angesehen werden: erstens ihre *Konstitutivität*: Gespräche werden von den Teilnehmern ‚hergestellt‘; zweitens ihre *Prozessualität*: Gespräche verlaufen in der Zeit. Drittes Charakteristikum ist die *Interaktivität*: Gespräche entstehen durch die Abfolge von aufeinander bezogenen Äußerungen der Teilnehmer. Viertens ist die *Methodizität* bei der Analyse zu beachten: Die Gesprächsteilnehmer verwenden kulturspezifische kommunikative Muster in methodischer (wenn auch nicht immer bewusster) Weise. Das fünfte Merkmal schließlich ist die *Pragmatizität* von Gesprächen: Die Teilnehmer orientieren sich an den erwähnten Mustern bzw. rekonstruieren diese in ihren Äußerungen, um (kommunikative) Probleme oder Aufgaben zu bewältigen.

Das im vorangegangenen Absatz erstgenannte Charakteristikum der *Konstitutivität* von Gesprächen lässt sich in vier Dimensionen ausdifferenzieren,⁶¹ die in den einzelnen gesprächsanalytischen Ansätzen in unterschiedlicher Gewichtung berücksichtigt und/oder miteinander in Beziehung gesetzt werden: erstens die *Gesprächsorganisation* (Sprecherwechsel etc.), zweitens die *Sachverhaltsdarstellung*, drittens die *Handlungskonstitution* und viertens die *Identitäts- und Beziehungsorganisation*.

⁶⁰ Stellvertretend für die zahlreichen Schriften einführenden Charakters zur Gesprächsanalyse, die diese Grundvoraussetzung eingehend besprechen, sei an dieser Stelle Deppermann (2001 : Kapitel 3 bis 5) genannt.

⁶¹ Vgl. Spranz-Fogasy (2007 : 4).

Mit Ausnahme der ‚klassischen‘ Sprechakttheorie analysieren alle hier vorgestellten Ansätze konkrete Untersuchungsgegenstände; die Schwerpunkte der Analyse können dabei variieren, sie reichen von verschiedenen Institutionen und Situationen über unterschiedliche Gesprächstypen, verschiedene Aufgaben, die in den Gesprächen bearbeitet werden, spezifische sprachliche Aspekte (Formulierungsmuster etc.) bis hin zur Untersuchung spezifischer Teilnehmerkonstellationen (Gender, Kinder etc.).⁶²

Grundsätzlich lassen sich bei jedem der oben beschriebenen Ansätze zur linguistischen Gesprächsforschung die bei Hagemann / Rolf (2001 : 887) beschriebenen drei Ebenen der Analyse unterscheiden: zum Ersten die *grammatisch-syntaktische* Ebene, auf der die Verknüpfungen aufeinander folgender Gesprächsbeiträge – und, ergänzend zu Hagemann / Rolf, die Verknüpfungen innerhalb eines Gesprächsbeitrags – untersucht werden; zum Zweiten die *semantisch-thematische* Ebene, auf der die Verbindungen von (Teil-)Inhalten eines Gesprächs betrachtet werden, und zum Dritten die *kommunikativ-pragmatische* Ebene: Hiermit ist die Handlungsstruktur von Gesprächen angesprochen, d.h. der Handlungscharakter und -zusammenhang einzelner Äußerungen, Sequenzen oder größerer Gesprächsphasen.⁶³

Untersuchungseinheiten der Analyse können dabei einzelne lexikalische Einheiten, Sätze oder satzähnliche Konstruktionen, längere Sequenzen oder auch die zugrunde liegende Gesprächsführung und -strategie sein.

Auf der Ebene des Inhalts ist eine der zentralen Aufgaben eines Gesprächsforschers das in Kapitel 2.3.1 angesprochene *Verstehen* bzw. das *Verstehen des Verstehens* der Gesprächsteilnehmer. Dabei wird Verstehen in der konstruktivistisch fundierten Gesprächsanalyse (v.a. der *praktischen Semantik*⁶⁴) – anders als beispielsweise in der Psycholinguistik – nicht als handlungstheoretisch zu verankernde *Handlung* aufgefasst, sondern als ein Prozess bzw. Ereignis, der bzw. das zu einem sich spontan einstellenden Zustand – dem *Verständnis* – führt:

„Verstehen kann m. E. sehr wohl als prozesshaft konzipiert werden, ohne damit zwangsläufig als Handlung betrachtet werden zu müssen. Wir können den (sich ereignenden) Prozess des Verstehens und sein Ergebnis („jetzt verstehe ich“) terminologisch unterscheiden, wenn wir den Prozess mit dem Verbalsubstantiv *Verstehen* und das Ergebnis mit dem Substantiv *Verständnis* bezeichnen.“ Biere (2007 : 15)

Vom Verstehen zu unterscheiden ist das *Interpretieren*. In Fortführung der Argumentation Bieres ließe sich Interpretation als das Erläutern bzw. Vermitteln des durch Verstehen erreichten Verständnisses fassen. So fasst Teubert (2006 : 53) die Interpretation

⁶² Auswahl nach Spranz-Fogasy (2007 : 3).

⁶³ Vgl. hierzu Brinker / Sager (2001 : 65).

⁶⁴ Vgl. Heringer (1979, 1984).

als einen Akt der Verbalisierung und damit des „Öffentlichmachens“ des eigenen, nicht intersubjektiv zugänglichen Verstehens.

Des Weiteren ist auf der semantisch-thematischen Ebene aller gesprächsanalytischen Ansätze die Frage nach der *Bedeutung* lexikalischer Einheiten und sprachlicher Äußerungen zentral. Gemeinsam ist allen Ansätzen das Ablehnen der Auffassung der traditionellen Semantik, „nach der die Wörter einer Sprache immer eine und dieselbe bestimmte Bedeutung ‚an sich‘ oder ‚in sich haben‘ und nach der man jede Verwendung eines Wortes, die sich mit der eigenen nicht deckt, als ‚falsch‘, ‚Sprachmißbrauch‘, ‚Sprachmanipulation‘, ‚Sprachverfall‘ [...] auffaßt“ (von Polenz 1988 : 301).

Vielmehr wird *Bedeutung* grundsätzlich als eine (interaktiv) von den Gesprächsteilnehmern erarbeitete bzw. ausgehandelte Komponente der verwendeten sprachlichen Ausdrücke aufgefasst, wobei sich die einzelnen Forschungsrichtungen in den Details, wie genau dies geschieht, terminologisch und theoretisch unterscheiden.⁶⁵ Als ‚kleinster gemeinsamer Nenner‘ der verschiedenen Ansätze erscheint folgende Definition der Konstitution von Bedeutung in Gesprächen:

„Insgesamt bildet Bedeutungskonstitution einen multistabilen, kontextsensitiven Verarbeitungsprozeß, bei dem aus einem Bereich potentieller Bedeutungen jeweils eine bestimmte ausgewählt oder situativ neu konstruiert wird.“ Kindt (2002 : 20)

In diesem Aspekt der Bedeutung bzw. der Bedeutungskonstitution in mündlicher Kommunikation kommt darüber hinaus die Verknüpfung der semantisch-thematischen Betrachtungsebene mit der kommunikativ-pragmatischen Ebene bei der Analyse von Gesprächen zum Ausdruck, indem die Bedeutungskonstitution als Kristallisationspunkt für die ‚Wechselwirkung‘ zwischen den einzelnen sprachlichen Elementen einer Äußerung und den Handlungen, die diese konstituieren, gesehen werden kann:

„Die einzelnen Elemente – lexikalische, syntaktische, prosodische – tragen zur Realisierung einer Handlung bei, gleichzeitig verweist die in diesem Prozess entstehende Handlung auf die Bedeutung der einzelnen Elemente, aus denen sie hergestellt wird.“ Gohl (2007 : 59)

Der Begriff der (sprachlichen) *Handlung* steht auf der kommunikativ-pragmatischen Ebene der Gesprächsforschung im Mittelpunkt. Hier geht es um Angaben, wie ein Gesprächsbeitrag verstanden werden kann, d.h. welche sprachliche Handlung mit einer Äußerung gemacht wird und wie sie mit anderen Äußerungen zusammenhängt. Dabei herrscht allgemein Konsens darüber, dass ein Gesprächsbeitrag mehrgliedrig sein kann, also aus mehreren Einheiten mit unterschiedlichen kommunikativen Funktionen

⁶⁵ Auf eine detaillierte kontrastive Untersuchung der einzelnen Ansätze zum Thema Bedeutung und Bedeutungskonstitution wird im Hinblick auf den Rahmen der vorliegenden Arbeit verzichtet.

bestehen kann, die mittels *Segmentierung* identifiziert werden können.⁶⁶ Darüber hinaus können auch die funktionalen Einheiten in sich multidimensional sein, also mehreren Funktionen zugeordnet werden:

„Eine funktionale Einheit, die in einem Interpretationsrahmen als Aussage/Mitteilung erscheint, kann in anderen bzw. übergeordneten Interpretationsrahmen z.B. als Gegenargument oder als Versuch der sozialen Diskreditierung erscheinen.“ Fiehler (2006 : 28)

3.1.8 Grenzen der linguistischen Gesprächsforschung

Abschließend sei auf einige Grenzen der vorgestellten gesprächsanalytischen Ansätze hingewiesen, die sich zum einen aus den beschriebenen Charakteristika mündlicher Kommunikation und zum anderen aus der **sprachwissenschaftlich** basierten Herangehensweise sowie deren Fokus notwendigerweise ergeben.

Zunächst ist in Bezug auf die *Qualität* linguistischer Gesprächsanalysen festzuhalten, dass diese immer nur so gut sein kann wie die methodische Genauigkeit, mit der sie durchgeführt wurden – was im Übrigen für jede Form wissenschaftlicher Forschungsprojekte gilt. Drei der ‚gängigen Fallen‘, die es in einer fundierten gesprächsanalytischen Forschung zu vermeiden gilt, werden von Antaki et al. (2003) diskutiert:

“(1) under-analysis through summary;
 (2) under-analysis through taking sides;
 (3) under-analysis through overquotation or through isolated quotation”
 Antaki et al. (2003 : [6])

Die Stärke der skizzierten Ansätze, ihre *hermeneutische Vorgehensweise*, stellt – zumindest aus quantitativer Sicht – zugleich eine Schwäche dar: Der von Biere (2008 : 267) erläuterte „divinatorisch[e] Aspekt des Verstehens, letztlich also ‚Urteilkraft‘ im Kantischen Sinne“ und das damit verbundene, von Biere sehr treffend nicht als bloße „Technik“, sondern als „Kunst“ bezeichnete analytische Vorgehen bedeuten einen hohen Grad an *Subjektivität*. Transparenz lautet daher die unabdingbare Voraussetzung, um die Wissenschaftlichkeit einer Studie zu gewährleisten; diese ist wiederum nur durch eine detaillierte Projektdokumentation⁶⁷ zu erreichen.

Eine weitere Beschränkung linguistischer Gesprächsanalyse bezieht sich auf den *Skopus* der Untersuchungen: Eine auf sprachliche Phänomene fokussierte Forschung muss sich darüber bewusst sein, dass sie nur in reduziertem Maße Probleme, die durch (außersprachliche, gesellschaftliche) *Systemzwänge* entstanden sind, adressieren bzw. verändern kann. Hier ist das Thema der *Mikro-/Makroebene* angesprochen;

⁶⁶ Vgl. Fiehler (2006 : 28).

⁶⁷ In Bezug auf die in Kapitel 2.3 beschriebenen Aspekte: Position des Forschenden, Datenmaterial, Verfahrensweise etc.

die meisten gesprächsanalytischen Untersuchungen sind in diesem Zusammenhang sozusagen als ‚Wanderer zwischen den Welten‘ anzusehen:

„[I]n der Regel [handeln sie] weder vom Individuum [...], noch geht es ihnen um gesellschaftliche Strukturen und Wandlungsprozesse in ihrer Gesamtheit [...]. Als Ansätze des ‚interpretativen Programms‘ [...] verbinden sie die Objektbereiche von Mikro- und Makrosoziologie miteinander, indem sie soziale Strukturen [...] in den Interaktionspraktiken der Beteiligten verankern.“
Habscheid (2000 : 128)

Ein Mikro- und Makroebene miteinander verbindendes Element stellen nach Habscheid (2000 : 144) die *Sprachhandlungsmuster* dar, „soziale Organisationsformen (‚Strukturen‘) für sprachliches Handeln [...], welche die Bearbeitung von gesellschaftlich rekurrenten Problemen prägen, ermöglichen und restringieren.“

In dieser Definition kommt der Anspruch linguistischer Gesprächsforschung zum Ausdruck, verstehende bzw. interpretative Aussagen zu treffen. Eine *Vorausplanung* von Gesprächen bzw. Gesprächsverläufen wollen und können die Analysen nicht bieten: Ähnlich wie in der Untersuchung von Phänomenen des Sprachwandels ist auch in der Gesprächsforschung das Erstellen von Prognosen und ‚Patentrezepten‘ nicht möglich. Das Erkenntnisinteresse besteht vielmehr darin, empirisch verankerte Erklärungen für historische Daten zu geben und darüber hinaus bestimmte Spielregeln für das sprachliche (Miteinander-)Handeln aufzuzeigen.⁶⁸ – Dies wiederum ist gleichzeitig Chance und Herausforderung für das Fruchtbarmachen linguistischer Gesprächsforschung in Beruf und Alltag, beispielsweise in Form von Kommunikationstrainings.⁶⁹

3.2 Eigener Ansatz

Die vorangegangenen Ausführungen zu den verschiedenen Positionen und Ansätzen der (deutschsprachigen) linguistischen Gesprächsforschung und ihren Grenzen haben deutlich gemacht, dass Gespräche in vielfältiger Weise und im Hinblick auf zahlreiche unterschiedliche Aspekte bzw. Dimensionen untersucht werden können. Vor diesem Hintergrund scheint es sinnvoll, die in der vorliegenden Arbeit zugrunde gelegten Ansätze vorzustellen, erstens terminologisch und zweitens methodisch-theoretisch.

Dabei geht es nicht darum, jeweils alle Aspekte und Termini in ihrer umfassenden sprachphilosophischen und/oder kommunikationstheoretischen Breite darzulegen. Dies hieße, den Rahmen der vorliegenden, anwendungsorientierten Arbeit zu überschreiten.

⁶⁸ Vgl. zu diesem Aspekt Habscheid (2000 : 142).

⁶⁹ Ausführliche Diskussionen zu verschiedenen Aspekten der Bedingungen, Probleme und Vorteile linguistisch basierter Kommunikationstrainings finden sich beispielsweise in den Sammelbänden von Becker-Mrotzek / Brünner (Hrsgg.) (1994/2004), Brünner et al. (Hrsgg.) (1999/2004) und Niemeier / Dietmannshenke (Hrsgg.) (2008).

Vielmehr besteht das Ziel der folgenden Ausführungen darin, das jeweilige Verständnis zu klären, das für die Untersuchung bestimmend ist.

3.2.1 Terminologische Grundbegriffe: Gespräch – Dialog – Diskurs – Kommunikation

Zu den vier zentralen Begriffen im Zusammenhang mit der Analyse von Gesprächen, *Gespräch*, *Dialog*, *Diskurs* und *Kommunikation*, lassen sich in der linguistischen Literatur zahlreiche Ausführungen finden – und fast ebenso viele Definitionen, die keineswegs einheitlich sind. Im Folgenden wird daher kurz auf das der hier präsentierten Arbeit zugrunde liegende terminologische Verständnis der Begriffe eingegangen.

3.2.1.1 Gespräch und Dialog

Mit Fiehler (2005 : 1247) werden *Gespräche* in der vorliegenden Arbeit als „kommunikative Praktiken, bei denen die Verständigung überwiegend mündlich erfolgt“, verstanden. Die Termini *Gespräch* und *Dialog* werden als Synonyme verwendet – das griechische Wort *διάλογος* heißt in der deutschen Übersetzung genau dies: *Unterredung* oder *Gespräch*.⁷⁰ Etymologisch gesehen bedeutet es so viel wie *durch Sprache*. Das Wort *Triolog*, das hin und wieder in Untersuchungen z.B. zur Arzt-Patienten-Kommunikation zu finden ist,⁷¹ stellt daher einen laienlinguistisch gebildeten Terminus dar, der auf dem volksetymologischen Verwechseln der griechischen Präposition *διά* („*dia*‘ *durch*, *mittels*) und dem femininen Zahlwort *δυά* (von masc. *δύο*; ‚*dya*‘ *zwei*) beruht.⁷² Wenn es darum geht, die Anzahl der Gesprächsteilnehmer hervorzuheben, ist in der Untersuchung daher von *dyadischen* oder *triadischen* Gesprächen etc. die Rede.

Grundsätzlich wird ein Gespräch in der vorliegenden Arbeit verstanden als „eine komplexe Hierarchie von Aufgaben, die von den Beteiligten gemeinschaftlich und in wechselseitiger Abhängigkeit bearbeitet werden“ (Fiehler 2005 : 1229). In Übereinstimmung mit Fiehler sind diese Aufgaben der Gesprächsteilnehmer auf folgende fünf ineinander verschränkte Ebenen bezogen zu sehen: erstens die Realisierung der Zwecke, zu denen das Gespräch geführt wird; zweitens die Organisation des Gesprächs und das Sichern des Verständnisses beim Gegenüber; drittens das Gestalten der (sozialen) Beziehung zum Gesprächspartner; viertens das Darstellen der eigenen Identität und fünftens die Gestaltung der Situation, in der die Gesprächspartner miteinander agieren.

⁷⁰ Siehe das *Griechisch-deutsche Schul- und Handwörterbuch* von Gemoll (1965/1997 : 202).

⁷¹ Vgl. beispielsweise Burkhardt et al. (2007 : 237).

⁷² Vgl. Ehlich (1999/2007 : 20f.).

Diese fünf übergeordneten Aufgaben der Gesprächsbeteiligten schlagen sich im formalen Aufbau bzw. im Gesprächsprozess nieder. Ein Gespräch besteht aus *Phasen*, die sich aus *Sequenzen* zusammensetzen. Diese bestehen aus *Redebeiträgen* (englische Bezeichnung: *Turns*)⁷³ der einzelnen Gesprächsteilnehmer, die wiederum als *Äußerungen* bezeichnet werden können. Äußerungen setzen sich zusammen aus *Äußerungseinheiten* (*Turnkonstruktionseinheiten*).

Die Phasen eines Gesprächs bilden dessen „oberste Struktureinheit“ nach Brinker / Sager (2001 : 96) und konstituieren dessen Ablauf. Grundsätzlich lassen sich in jedem Gespräch drei Phasen unterscheiden: die Eröffnungs-, die Kern- und die Beendigungsphase. Die Kernphase ist meist komplexer und lässt sich individuell weiter differenzieren. Als Beispiel für ein solches detailliertes *Handlungsschema* sei hier der von Spranz-Fogasy (2007 : 8) dargestellte typische Ablauf von Arzt-Patienten-Gesprächen angeführt: „1. Begrüßung und Gesprächseröffnung – 2. Beschwerdenschilderung und Beschwerdenexploration – 3. Diagnosestellung – 4. Therapieplanung und -entwicklung – 5. Gesprächsbeendigung und Verabschiedung“.⁷⁴

Die Phasen eines Gesprächs setzen sich aus sog. *Gesprächssequenzen* zusammen, deren funktional-pragmatischer Charakter in Kapitel 3.2.2.2 eingehender beschrieben wird.

Sequenzen werden von einzelnen *Redebeiträgen* gebildet. Ein Redebeitrag wiederum kann aus mehreren Bestandteilen, den Turnkonstruktionseinheiten, bestehen. Einen ersten möglichen Zugang, um diese Einheiten zu identifizieren und zu segmentieren bzw. voneinander zu unterscheiden, bietet die grammatische Analyse der Äußerungen.⁷⁵ Hierbei ist allerdings zu berücksichtigen, dass eine Turnkonstruktionseinheit nicht notwendigerweise mit der syntaktischen Einheit *Satz* zusammenfällt,⁷⁶ sondern vielmehr aus „clauses, more generally, phrases, and lexical items“ (Schegloff 2007 : 3) bestehen kann und sich durch eine „separate Funktion im und für den Kommunikationsprozess“ auszeichnet (Fehler 2005 : 1232).⁷⁷ Beim Identifizieren und Separieren von Äußerungseinheiten spielen daher neben grammatisch-syntaktischen und prosodischen Strukturen vor allem funktional-pragmatische Aspekte eine zentrale Rolle.

Zur *Typologisierung* von Gesprächen lässt sich festhalten, dass es sich hier um einen noch ungefestigten Bereich der Gesprächsforschung handelt. So wird die Möglichkeit

⁷³ Alternative Bezeichnungen: *Gesprächsbeiträge* (Fehler 2005 : 1232), *Gesprächsschritte* (Brinker / Sager 2001 : 80)

⁷⁴ Fehler (2005 : 1249-1251) präsentiert die Handlungsschemata von Reklamationsgesprächen und Beratungsgesprächen.

⁷⁵ Vgl. Schegloff (2007 : 3).

⁷⁶ Vgl. Fritz (1994 : 178).

⁷⁷ Hierzu gehören beispielsweise auch Interjektionen, elliptische Formulierungen oder sog. *nicht-sententiale Äußerungsformen*, d.h. Äußerungen ohne finites, flektiertes Verb, wie sie von Redder (2006) untersucht werden, sowie *dichte Konstruktionen*, die Günthner (2006) betrachtet.

eines allgemein gültigen typologischen Zugriffs auf Gespräche von verschiedenen Seiten bezweifelt. Grundsätzlich sind mehrere Dimensionen der Kategorisierung möglich. In Anlehnung an Hundsnurscher (1994 : 231) und Fiehler (2005 : 1247) erscheint für eine Klassifizierung der Aspekt der *Handlungszweckcharakteristik* der Gespräche (Planungs-, Bekehrungs-, Trostgespräch etc.) zentral, d.h. die Handlungszwecke der Gesprächsteilnehmer geben den Ausschlag für die Typologisierung des jeweiligen Gesprächs:

„Gesprächsformen (auch: Gesprächstypen [...]) sind gesellschaftlich herausgearbeitete Formen zur Realisierung bestimmter Zwecke. Ebenso vielfältig wie diese Zwecke sind auch die Gesprächsformen.“ Fiehler (2005 : 1247)

3.2.1.2 Diskurs

Das vom lateinischen *discurrere* („hin und herlaufen“) abstammende Wort *Diskurs* verfügt sowohl alltagssprachlich wie auch in der sozialwissenschaftlichen Forschung über eine vielseitige, wechselhafte Bedeutungs- und Begriffsgeschichte,⁷⁸ besonders im Hinblick auf die letzten 60 Jahre:

„Von einem Wort der alltäglichen Bildungssprache hat sich das Substantiv zu einem theoretisch aufgeladenen Terminus der Geisteswissenschaften verschoben.“ Warnke (2007 : 3)

Für die linguistische Disziplin lassen sich mit Warnke (2007 : 4f.) zwei grundlegende Verständnisvarianten unterscheiden: das sog. *einzeltextbezogene* Verständnis im Gegensatz zur „Vorstellung vom Diskurs als einer *einzeltextübergreifenden* kommunikativen Strukturgröße“. Diese dichotomische Unterscheidung hat den Vorteil, dass sie den zentralen Aspekt einer Definition von *Diskurs* fokussiert, wenngleich sie nicht ganz unproblematisch ist, da sie sich der wiederum definitorisch zu präzisierenden Größe *Text* bedient.

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit soll es genügen, an dieser Stelle die Kriterien der *Situationsungebundenheit*,⁷⁹ der *Optionalität von Wechselseitigkeit*⁸⁰ sowie dem (möglichen) *Oszillieren zwischen Mündlich- und Schriftlichkeit*⁸¹ hervorzuheben, die Texte eindeutig von der im vorangegangenen Abschnitt beschriebenen kommunikativen Praktik *Gespräch* abgrenzen.⁸²

⁷⁸ Für eine ausführliche Darlegung siehe Warnke (2007).

⁷⁹ Zur Verdeutlichung: Noch heute ist der Text des „Nibelungenliedes“ rezipierbar, unabhängig davon, wann, wie und wo er entstanden ist, und auch losgelöst davon, welcher Rezipient sich wann wo den Text aneignet.

⁸⁰ Der Begriff der „Wechselseitigkeit“ ist Dürscheid (2005 : 13) entnommen und ist synonym zu *Dialogizität* zu verstehen. Hierzu sei angemerkt, dass dieses Kriterium aus radikal konstruktivistischer Sicht nicht unumstritten ist. So stellt sich im Hinblick auf ein konstruktivistisches Realitätsverständnis beispielsweise die Frage, ob das Nibelungenlied ‚wirklich‘ existierte, würde es von niemandem rezipiert.

⁸¹ Hierher gehört die Klärung von Fragen wie derjenigen, ob das Nibelungenlied kein Text mehr ist, wenn es in Form eines Hörbuchs vorliegt.

⁸² Für weiter gehende Erläuterungen sei auf den Sammelband von Fix et al. (Hrsgg.) (2002) verwiesen, dessen Beiträge sich ausführlich mit definitorischen Fragen zum Textbegriff beschäftigen.

Das erstgenannte Konzept liegt den Arbeiten Konrad Ehlichs und anderer Vertreter der in den Kapiteln 3.1.3 und 3.1.4 erläuterten *Diskursanalyse* und *funktionalen Pragmatik* zugrunde.⁸³ Hier wird der Diskursbegriff auf gesprochene Sprache in vorwiegend institutioneller Kommunikation bezogen.

Demgegenüber wird *Diskurs* in der vorliegenden Arbeit im Sinne der zweiten, auf Michel Foucault zurückgehenden und heute nicht nur in der Linguistik weiter verbreiteten Konzeption vom Diskurs als textübergreifendem Konstrukt verstanden. Demnach sind Diskurse nicht auf mündliche Kommunikate beschränkt, sondern umfassen auch schriftliche Texte zu einer bestimmten Thematik: Sie können mit einem Ausdruck Fritz Hermanns' als „gesellschaftliche[s] ‚Zeitgespräch‘“ (Hermanns 2007 : 189) bezeichnet werden; als Beispiele seien der Terrorismus-Diskurs anlässlich des 11. September 2001 oder der Diskurs zum Klimawandel genannt.

Diese Beispiele machen deutlich, dass Diskurse als eine übergeordnete Kategorie zu *Texten* und *Gesprächen* anzusehen sind, als ein Neben- und Nacheinander von Text- und kommunikativen Beiträgen. Das verbindende Element ist dabei die sog. *Intertextualität* der einzelnen Beiträge, die sich nach Teubert (2006 : 51-52) dadurch auszeichnet, dass „[f]rühere Texte“ in „späteren Texten“ aufgegriffen werden; diese wiederum „verweisen auf frühere Texte, manchmal explizit, häufig implizit. [...] Dabei geht es nicht darum, ob den Sprechern oder Hörern solche intertextuellen Bezüge bewusst sind.“

Zusammenfassend lässt sich als grundlegendes Verständnis von Diskurs in der vorliegenden Arbeit folgende Definition bzw. Abgrenzung von *Gespräch* und *Text* angeben:

„Ein *Gespräch* bedingt die Gleichzeitigkeit von Produktion und Rezeption, ein *Text* hingegen die Einheitlichkeit der Handlung bzw. Handlungsabsicht. Der *Diskurs* schließlich schwebt über allen (diesen) Dingen; er gehorcht weder dem ‚Zeitversetzungsverbot beim Gespräch‘ [...] noch dem Kriterium der *vollständigen Erfassbarkeit*, das ich [...] als Trennlinie zwischen *Text* und *Diskurs* markiert hatte. Ein Kriterium für die Einheit des Diskurses kann man erst ab der Unterkategorie *Subdiskurs* feststellen: die *Einheit des Themas*.“
Stenschke (2002 : 118; Hervorh. i. Orig.)

3.2.1.3 Kommunikation

Der Begriff der *Kommunikation* gehört zu den schillerndsten in der germanistischen Linguistik, der bisher nicht einheitlich definiert ist:

„Das buntscheckige Bild der gegenwärtigen Linguistik – das noch bunter wird, wenn man Auffassungen von Kommunikation aus den philologischen, philosophischen, psychologischen, soziologischen oder didaktischen Nachbardisziplinen hinzunimmt – entspricht nach Fiehler einem ‚Vielvölkerstaat‘, in dem es eine ‚Vielzahl von Konzeptualisierungsgemeinschaften‘ gibt, wo-

⁸³ Vgl. beispielsweise Ehlich (1986/1991) und (1999/2007).

bei alle Konzeptualisierungen ihre je spezifischen Stärken und ihre je spezifischen Restriktionen haben' (Fiehler 1990, 120).“ Antos (2002 : 98)

In der vorliegenden Arbeit wird (menschliche) Kommunikation in einem allgemeinen wissenschaftlichen Sinne als Gesamtheit aller Mittel und Wege verstanden, die Menschen nutzen können, um zur Erfüllung unterschiedlichster individueller Handlungsziele miteinander in Verbindung zu treten.⁸⁴ Grundsätzlich ist Kommunikation in diesem hier zugrunde gelegten Verständnis entlang dreier Dimensionen zu bestimmen: erstens im Hinblick auf die *Medialität*; hierzu gehört die Frage nach Mündlichkeit und Schriftlichkeit sowie die Unterscheidung von direkter/persönlicher („face-to-face“) von mittelbarer/vermittelter (medialer) Kommunikation. Die zweite Dimension bezieht sich auf die *Richtung* der Kommunikation: Handelt es sich um eine einseitig gerichtete (undirektionale) oder eine wechselseitig gerichtete (bidirektionale) Kommunikation? Drittens schließlich ist bei der Bestimmung von Kommunikationsformen die situative Einbettung in einen außersprachlichen, sozialen Rahmen (Setting) – literaturwissenschaftlich gesprochen der ‚Sitz im Leben‘ – zu berücksichtigen.

3.2.2 Theoretisch-methodische Grundlagen

Die Analysen der vorliegenden Arbeit orientieren sich an den beiden grundlegenden Dimensionen der linguistischen Gesprächsforschung: Sie sind zum einen „verlaufsorientiert“ und zum anderen „musterorientiert“ (Hagemann / Rolf 2001 : 889). Damit berücksichtigt der vorliegende Ansatz die beiden zentralen ‚formalen‘ Charakteristika von Gesprächen: Sequenzialität und linearer Verlauf in der Zeit sowie Organisation bzw. Struktur anhand von zu bearbeitenden interaktiv-kommunikativen Aufgaben auf Basis bestimmter Regeln bzw. Handlungsmuster.

Die beiden genannten Merkmale stehen insofern miteinander in Beziehung, als sich der Interaktionsvollzug, d.h. die *Online-Prozessierung* der von den Gesprächsteilnehmern vollzogenen sprachlichen Handlungen, nach Deppermann (2006) an sog. intersubjektiv vorausgesetzten Erwartungsstrukturen orientiert:

„Solche Erwartungsstrukturen [...] erstrecken sich nicht nur auf pragmatische Größen, sie betreffen auch die handlungs- und beteiligungsstrukturell gebundene Verwendung spezifischer Lexik, formelhafter Wendungen und eben auch spezifischer syntaktischer Konstruktionen.“
Deppermann (2006 : 252-253)

⁸⁴ In der linguistischen Forschungsliteratur gibt es eine unüberschaubare Fülle von Publikationen zum Begriff und zur Konzeptualisierung von Kommunikation. Neben dem Klassiker unter den einführenden Werken zum Thema Kommunikation bzw. „Sprachliche[r] Interaktion“ von Auer (1999) sei auf folgende Publikationen verwiesen: Einen Einstieg in die Diskussion unter kognitiver und handlungstheoretischer Perspektive bietet der Sammelband von Preyer et al. (Hrsgg.) (1997/2001); Antos (2002) liefert einen Überblick „aus dem Blickwinkel der Angewandten Diskursforschung“. Zudem sei auf die neunbändige, von Karlfried Knapp und Gerd Antos seit 2007ff. herausgegebene Reihe „Handbooks of Applied Linguistics“ verwiesen, die die verschiedenen Aspekte und Dimensionen von Kommunikation beleuchtet.

Dieser Zusammenhang von Handlungsstrukturen und sprachlichen Formulierungs- und Darstellungsweisen ist der zentrale Ausgangspunkt für die vorliegende linguistische Untersuchung.

In den folgenden Abschnitten werden daher die für diesen Zusammenhang konstitutiven bzw. mit ihm verbundenen zentralen theoretischen Aspekte, wie sie in der vorliegenden Arbeit verstanden bzw. verwendet werden, eingehend erläutert. So werden nach Ausführungen zur Natur sprachlicher Handlungen und Handlungsmuster (Kapitel 3.2.2.1.1 und 3.2.2.1.2) die für die „Verwendung [...] spezifischer syntaktischer Konstruktionen“ grundlegenden Aspekte der Mehrfachadressierung (Kapitel 3.2.2.1.3) und der Höflichkeit (Kapitel 3.2.2.1.4) in Gesprächen betrachtet. Darüber hinaus werden die Spezifika der sequenziellen Ordnung mündlicher Kommunikation erläutert (Kapitel 3.2.2.2), bevor die für eine linguistisch fundierte Betrachtung von Gesprächen maßgebenden Analyseleitfragen dargelegt werden (Kapitel 3.2.2.3).

3.2.2.1 Zur Theorie des sprachlichen Handlungsmusters

3.2.2.1.1 Die Natur sprachlicher Handlungen

In einem handlungssemantischen Sinne und damit aus einem beschreibungstheoretischen Blickwinkel werden sprachliche Handlungen als „Interpretationskonstrukte“ (Liebert 2002 : 22) verstanden,⁸⁵ die von verschiedenen Personen unterschiedlich interpretiert werden können – „was für ein Motiv usw. eine Person [für ihr Handeln] tatsächlich hat,“ (Holly / Püschel / Kühn 1984 : 277) kann nicht letztgültig im Sinne eines Richtig oder Falsch geklärt werden.⁸⁶

„Ob etwas eine Handlung ist und was für eine Handlung etwas sein soll, das steht nicht ‚objektiv‘ fest, es kann auch nicht an eventuell überprüfbaren Merkmalen wie bestimmten psychischen oder physischen Zuständen oder Ereignissen wie Wille, Absicht, Bewußtheit, Körperbewegungen, Veränderungen der Welt festgemacht werden.

[...] Handlungen werden also durch Beschreibungen konstituiert. Dabei kann eine solche Beschreibung oder Interpretation vom Handelnden selbst oder von außen kommen; beide Deutungen können auseinander gehen; es ist nicht immer so, daß man selbst am besten weiß, was man tut.“

Holly / Püschel / Kühn (1984 : 289)

Dennoch lassen sich für sprachliche Handlungen – ebenso wie für nichtsprachliche Handlungen – bestimmte Kriterien angeben, die sie von Naturereignissen unterscheiden. In Anlehnung an Holly / Püschel / Kühn (1984 : 280f.), Gloning (1994 : 116) und

⁸⁵ In Anlehnung an Lenk (1978).

⁸⁶ Vgl. hierzu die Ausführungen zur Rolle des qualitativ orientierten Forschers in Kapitel 2.3.1 und 2.3.2.

Habscheid (2000 : 136-137) sind vier intersubjektiv fassbare Merkmale zu nennen.⁸⁷ Erstens die *Zweckgerichtetheit*: Sprachliche Handlungen werden im Hinblick auf bestimmte Ziele bzw. Zwecke vollzogen⁸⁸ oder, anders ausgedrückt, Sprecher erfüllen bestimmte Aufgaben mit ihren sprachlichen Handlungen. Noch allgemeiner lässt sich mit Ehlich / Rehbein (1979 : 249) festhalten, dass sprachliche Handlungen „dem Handelnden spezifische Handlungswege für den Eingriff in die Wirklichkeit, um sie zu verändern“, bieten. Zweites Kriterium sprachlicher Handlungen ist ihre *Kontrollierbarkeit*; d.h. sie werden jeweils auf eine bestimmte Art und Weise durchgeführt, sind in Raum und Zeit lokalisierbar und darüber hinaus befehlbar. Zudem sind sprachliche Handlungen durch ihre *Sinnhaftigkeit* charakterisiert, die sowohl der Handelnde selbst als auch der Interpretierende aufgrund der (unterstellten) Zweckgerichtetheit der Handlung zuschreibt. Aus diesen drei Charakteristika ergibt sich die *Verantwortbarkeit* als viertes Merkmal; d.h. Sprecher müssen gegebenenfalls für ihr Handeln Rechenschaft ablegen.

3.2.2.1.2 Sprachliche Handlungsmuster

In der linguistischen Gesprächsforschung wird der Musterbegriff auf mehrerlei Arten ausgelegt.⁸⁹ Die vorliegende Arbeit orientiert sich an den beschreibungstheoretisch und handlungssemantisch ausgerichteten Definitionen von Rehbein / Ehlich (1979) sowie Holly / Kühn / Püschel (1984); diese bilden die Grundlage für die folgenden Ausführungen zur Charakteristik von Handlungsmustern.

Zunächst ist festzuhalten, dass der Begriff des *Handlungsmusters* von dem des *Handlungsschemas* einerseits und dem der *Handlungsstrategie* andererseits abzugrenzen ist. Der Terminus *Handlungsschema* wird in dieser Untersuchung als Synonym für den ‚Ablaufplan eines Gesprächs‘, d.h. die Gesprächsphasen,⁹⁰ verwendet. *Handlungsstrategien* sind eine den Mustern übergeordnete Kategorie: Menschen setzen in ihren Handlungen, die verschiedenen Handlungsmustern zuzuordnen sind, bestimmte Strategien um, d.h. sie verfolgen bestimmte übergeordnete Zwecke mit ihren Handlungen.

Mit dem Terminus des *Handlungsmusters* werden in Übereinstimmung mit Ehlich / Rehbein (1979 : 250) „Formen von standardisierten Handlungsmöglichkeiten, die im konkreten Handeln aktualisiert und realisiert werden“, bezeichnet. Dabei handelt es sich also nicht um die

⁸⁷ Zur terminologischen Differenzierung zwischen „intersubjektive[n] Zuschreibungen“ wie Gerichtetheit bzw. Ziele und Zwecke auf der einen Seite und „individuelle[n] Einstellungen“ wie Bewusstheit, Wille, Absicht und Intention auf der anderen Seite siehe ausführlich Holly / Püschel / Kühn (1984 : 280f.). Vgl. hierzu außerdem die Unterscheidung von *Tätigkeiten der mentalen und der interaktionalen Sphäre* bei Ehlich / Rehbein (1979 : 257ff.).

⁸⁸ Vgl. Ehlich / Rehbein (1979 : 248).

⁸⁹ Vgl. Habscheid (2000 : 137).

⁹⁰ Vgl. hierzu detaillierter Kapitel 3.2.1.1.

Handlungen selbst, sondern um „Formen, in denen es [das Handeln] sich bewegt“ (Ehlich / Rehbein 1979 : 250). Anders ausgedrückt: Mit dem Begriff des (Handlungs-)Musters werden „Regeln für Handlungen einer bestimmten Art“ bezeichnet.⁹¹ Mit Heringers (1974 : 40) Verständnis des Handlungsmusters als *Regel* verbindet sich die Auffassung, dass die Handlung, die das jeweilige Muster in einer (oder mehreren) sprachlichen Äußerung(en) realisiert, das Befolgen dieser Regel darstellt.⁹² Indizien für das Vorhandensein und Befolgen von Regeln sind beispielsweise Korrekturen – selbst formuliert oder vom Gegenüber geäußert – oder Vorwürfe.⁹³

Wie bereits im vorangegangenen Abschnitt erläutert wurde und wie empirisch-gesprächsanalytische Arbeiten gezeigt haben, lassen sich einzelne sprachliche Handlungen nicht immer eindeutig nur einem einzigen Handlungsmuster zuordnen; die Übergänge sind zum Teil fließend. Für die analytische „Identifikation und theoretische Rekonstruktion“ der Muster ist daher festzuhalten, dass es keinen „Zurechnungsmechanismus [gibt], der vorgerasterte Kategorien aufgrund vorliegender Indikatoren auf die Oberfläche sprachlicher Erscheinungen abbildet“; vielmehr ist die Analyse als „ein Erkenntnisprozeß, der die Zwecke gesellschaftlichen Handelns in der zufällig vorliegenden Wirklichkeit entdeckt“, zu sehen (Ehlich / Rehbein 1979 : 251). Bei der Analyse sprachlicher Handlungsmuster kommt es darauf an, „die Tätigkeiten herauszuheben, die für die Prozessierung des Handlungszwecks wesentlich sind“ (Ehlich / Rehbein 1979 : 252; Hervorh. i. Orig.).

Die (auf eine bestimmte Weise festgelegte) Abfolge dieser Tätigkeiten basiert auf sog. *Teilhandlungs-* oder *Sequenzmustern*⁹⁴ und bildet nach Ehlich / Rehbein (1979 : 253f.) die *Binnenstruktur* innerhalb eines Handlungsmusters. Grundsätzlich gilt, dass einem Handlungsmuster nicht nur genau ein Ablaufplan zuzuordnen ist, sondern dass mehrere *Ablauf-* oder *Sukzessionsalternativen* in einem Muster möglich sind.⁹⁵

Wie Ehlich / Rehbein (1979 : 255) festhalten, ist es Aufgabe der sprachwissenschaftlichen Detailanalyse, die Tätigkeiten bzw. die den Tätigkeiten zugrunde liegenden Sequenzmuster im Einzelnen zu betrachten. Dabei ist die Gliederung der Redebeiträge bzw. sprachlichen Handlungen in sog. *funktionale Einheiten* von zentraler Bedeutung, wie Fiehler (2006) hervorhebt:

„Die Bestimmung funktionaler Einheiten fragt danach, an welchen Stellen Sprecher und Hörer in der *online*-Prozessierung eines Beitrags zu der Auffassung kommen können, dass etwas abgeschlossen ist, dem sie [...] eine

⁹¹ Vgl. Gloning (1994 : 116).

⁹² Die von Holly / Püschel / Kühn (1984) beschriebenen Kategorien *individueller Erfahrung* des Handelnden sind in diesem Zusammenhang unerheblich.

⁹³ Vgl. Fritz (1994 : 179).

⁹⁴ Vgl. Heringer (1974 : 60).

⁹⁵ Vgl. hierzu auch Liebert (2002 : 29), der ergänzend zu Heringer (1974) den Begriff des *offenen Sequenzmusters* für Fälle einführt, in denen „ein Handlungsmuster ausgeführt werden kann, indem zwei oder mehrere Handlungsmuster nacheinander, aber in beliebiger Reihenfolge ausgeführt werden.“

kommunikative Funktion zuschreiben können. *Funktionale Einheiten* sind also Einheiten, denen die Beteiligten im Vollzug des Gesprächs eine Handlungsfunktion zuschreiben können, die im jeweiligen Kontext zur Fortentwicklung der Interaktion beiträgt. Es geht nicht um die Zuschreibung einer beliebigen Funktionalität, also z.B. von grammatischen Funktionen, sondern um eine Funktionalität im Kommunikationsprozess.“

Fiehler (2006 : 27; Hervorh. i. Orig.)

Die Analyse der Teilhandlungsmuster gliedert sich nach Fiehler (2006 : 31) in vier Schritte: Erstens werden die Redebeiträge der Gesprächsteilnehmer segmentiert. Zweitens sind die einzelnen Handlungen zu identifizieren. Drittens sind die Beiträge in funktionale Einheiten zu segmentieren, um viertens den Handlungssinn der Beiträge verstehen und interpretieren zu können.

Zur Beschreibung des Zusammenhangs zwischen sprachlichen Handlungsmustern und den sie realisierenden Handlungen stehen in Anlehnung an Heringer (1974) verschiedene *Relationen* zur Verfügung. In den Analysen der vorliegenden Arbeit sind die beiden folgenden von zentraler Bedeutung: zum einen die *indem-* bzw. *durch-*Relation, die regelhafte Zusammenhänge zwischen Handlungsmustern (H kann x-en, indem er y-t) beschreibt, und zum anderen die *und gleichzeitig-*Relation, die Teilhandlungen komplexer Handlungen bzw. einzelne Sequenzmuster eines Handlungsmusters, die gleichzeitig stattfinden, beschreibt.

Um, wie Liebert (2007 : 179) es ausdrückt, „den Interpretationscharakter zu verdeutlichen“, werden die untersuchten Handlungsmuster IN VERSALIEN notiert. Übergeordnete Handlungsstrategien werden durch „doppelte Anführungszeichen“ gekennzeichnet. Die anhand des konkreten individuellen Vollzugs sprachlicher Handlungen rekonstruierten Sequenzmuster (wie Vorbereiten, Abschwächen, Insistieren) der untersuchten Handlungsmuster werden in den Rekonstruktionen aus Gründen der besseren Lesbarkeit sind typographisch wie der Fließtext gesetzt.

3.2.2.1.3 Mehrfachadressierung

Mit dem Thema Mehrfachadressierung, d.h. der Ansprache mehrerer Adressaten, ist ein komplexes, mehrdimensionales Phänomen kommunikativer Interaktion angesprochen. Für die direkte persönlichen, sog. *Face-to-Face*-Kommunikation sind hier mind. zwei Dimensionen zu nennen: die *körperliche Orientierung*, die Körperhaltung (Proxemik) und Blickkontakt umfasst, und die *sprachliche Orientierung*, die neben formalen auch pragmatisch-interaktionale Aspekte umfasst. Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung konzentriert sich die folgende Erläuterung auf die sprachliche Orientierung in Anlehnung an Kühn (1995). In diesem Sinne lässt sich Mehrfachadressierung wie folgt charakterisieren:

„Ein und dieselbe sprachliche Äußerung lässt sich hinsichtlich ihres Handlungsgehalts/pragmatischen Gehalts adressatenspezifisch unterschiedlich interpretieren. Eine Mehrfachadressierung lediglich als Kommunikation mit mehreren zu beschreiben, wäre ungenügend, [...]“ Kühn (1995 : 1)

Die Tatsache, dass die Äußerung eines Sprechers von verschiedenen Adressaten jeweils unterschiedlichen Handlungsmustern zugeordnet werden kann, lässt sich in den Worten Kühns (1995) zusammenfassen:

„Mehrfachadressierung ist nicht nur Kommunikation *mit* mehreren, sondern vor allem *für* mehrere.“ Kühn (1995 : 2; Hervorh. i. Orig.)

Die *Adressatenbeschreibung* erfolgt in Anlehnung an Kühn (1995 : 48f.) in zweierlei Hinsicht: zunächst auf der Ebene der Adressierungs*form* in der Unterscheidung von direkten, indirekten und impliziten Adressierungen. Leitend bei der Analyse ist hierbei die Frage: Kennzeichnet ein Sprecher seine Adressierung? Wenn ja, wie? Von dieser Ebene der Form ist diejenige der Adressierungs*art* zu berücksichtigen: Handelt es sich um absichtliche oder unabsichtliche, gewollte oder ungewollte, wissentliche oder unwissentliche Adressierungen?

Die Mehrfachadressierung wird nach Kühn (1995 : 50f.) auf drei Ebenen erfasst: *Zeitstruktur*, *Qualität* und *Konstellation*. Die Ebene der Zeitstruktur bezieht sich auf das Ansprechen verschiedener Adressaten: Ein Sprecher kann mehrere Adressaten nacheinander (*sukzessiv*) ansprechen oder eine Äußerung kann sich gleichzeitig (*simultan*) an mehrere Adressaten richten. Das Kriterium der Qualität betrifft die Bedeutung, die eine Äußerung für verschiedene Adressaten hat: Sie kann *monovalent* oder *polyvalent* sein, d.h. eine Äußerung kann in Bezug auf mehrere Adressaten die gleiche Bedeutung haben oder sie kann „adressatenspezifisch verschiedenen Handlungsmustern zugeordnet werden“ (Kühn 1995 : 51). Auf der Ebene der Konstellation ist die *Kongruenz*, d.h. das Verhältnis von angesprochenem und gemeintem Adressaten, gemeint. Es wird zwischen der *offenen* und der *verdeckten* Adressierung unterschieden. Wenn angesprochener und gemeinter Adressat identisch sind, so handelt es sich um eine *kongruente* Adressierung. Sind sie nicht identisch, so sind, mit anderen Worten, Adressierungsform und -art verschoben und die Adressierung ist *inkongruent*.

3.2.2.1.4 Höflichkeitsstrategien

Die am weitesten verbreitete Grundlage für Konzeptualisierungen von Höflichkeit bildet die soziologisch fundierte *Face*-Theorie von Erving Goffman.⁹⁶ Deren Kernaussage besteht darin, dass Individuen ihre Identität („*face*“, zu deutsch: *Image*) in der direkten Interaktion sozialer Begegnungen konstruieren. Das „Zusammenspiel der individuellen Images“

⁹⁶ Vgl. Locher (2008 : 514).

(Holly 1979 : 35) wiederum ist durch gesellschaftliche Normen, die sog. *öffentliche rituelle Ordnung*, geregelt:

“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. Face is an image of self delineated in terms of approved social attributes [...]” Goffman (1955 : 5; Hervorh. i. Orig.)

Aus dieser Definition Goffmans geht hervor, dass an den Begriff des *Face* untrennbar ein evaluatives Moment geknüpft ist. Hier liegt die Verbindung zwischen Imagearbeit (engl.: *facework*) oder Beziehungsarbeit (engl.: *relational work* oder *rapport management*)⁹⁷ auf der einen Seite und Höflichkeitsstrategien (engl.: *politeness strategies*) auf der anderen Seite:

“[...] since there is no faceless communication, interactants are constantly negotiating face needs [...]; since face can be understood as a particular mask or role that an interactant wants to have confirmed in social practice, we are automatically dealing with identity construction.” Locher (2008 : 527)

Das gemeinsame Aus- und Verhandeln von Image-bezogenen Bedürfnissen der Interaktanten sowie die Bestätigung des (gewünschten Selbstbildes des) Gegenübers sind eng mit Strategien des *höflichen* Umgangs der Interaktanten miteinander verknüpft.

Im Bereich der Forschungsliteratur zu sprachlicher Höflichkeit bzw. sprachlichen Höflichkeitsstrategien gilt bis heute die Arbeit von Brown / Levinson (1978) als eines der einflussreichsten Werke. Wenn auch die theoretischen Grundlagen dieser Konzeption in mehrerlei Hinsicht angreifbar und aus heutiger Sicht nicht mehr uneingeschränkt haltbar sind,⁹⁸ so können doch gewisse Aspekte nach wie vor im Rahmen einer linguistischen Analyse für das Gesprächsverhalten der Interaktanten aufschlussreich sein.

Für die vorliegende Untersuchung sind die beiden zentralen Kategorien des Brown / Levinson'schen Höflichkeitskonzepts von Bedeutung: *negative politeness* und *positive politeness*. Diesen beiden Formen von Höflichkeit liegt das Verständnis zugrunde, dass jede Person ein negatives und ein positives Face hat. Brown / Levinson (1978/2006 : 62) definieren das *negative face* als den Wunsch einer Person, „that his actions be unimpeded by others“, während das *positive face* den Wunsch darstellt, „that his wants be desirable to at least some others“.⁹⁹ – Die beiden auf diese *Face*-Dimensionen bezogenen *politeness*-Formen verdeutlichen, dass die Begriffe *positive* und *negative*, um mit Kallmeyer (1994 : 56) zu sprechen, „auf die Aktivitätsform“ bezogen sind: *positive politeness*

⁹⁷ Zum Verhältnis von Beziehungsarbeit und Identitätskonstruktion siehe Locher (2008 : 511): „[...] relational work refers to the ways in which the construction of identity is achieved in interaction, while identity refers to the 'product' of these linguistic and non-linguistic processes.“

⁹⁸ Eine kritische Auseinandersetzung mit den zentralen Aspekten der *politeness theory* von Brown / Levinson (1978) bietet z.B. Culpepper (2008 : 18ff.).

⁹⁹ Im Unterschied zur ursprünglichen Konzeption von Brown / Levinson werden „wants“ allerdings in der vorliegenden Arbeit nicht als „psychological ‚wants‘ of individuals“ aufgefasst, sondern als „a matter of ‚the social self and its relationship to others“ (Culpepper 2008 : 20).

äußert sich in einer „aktive[n] Steigerung des Status des Adressaten‘ durch zusätzliche Handlungsanstrengungen der Ehrerbietung“, wohingegen *negative politeness* im „Unterlassen von Beeinträchtigungen seines [d.h. des Gegenübers] Handlungsspielraumes“ zum Ausdruck kommt.

Eine zentrale Handlungskategorie im Zusammenhang mit dem Face-Konzept sowie der *positive* und *negative politeness* bei Brown / Levinson ist der sog. *face-threatening act* (FTA). Dabei handelt es sich um:

“[...] those acts that by their nature run contrary to the face wants of the addressee and/or of the speaker.” Brown / Levinson (1978/2006 : 65)

Als Beispiele seien Beleidigungen, Beschuldigungen sowie Kritik und Widersprüche genannt. Aber auch der Gebrauch von Anredeformen und anderen statusmarkierenden Identifizierungen gehören hierzu.¹⁰⁰ Diesen *gesichtsbedrohenden* Handlungen stehen sog. *redressive actions* gegenüber. Ein solch *gesichtswahrender* oder *-wiederherstellender* Akt hat die folgende Funktion:

“[...] ‘gives face’ to the addressee, that is, that attempts to counteract the potential face damage of the FTA by doing it in such a way, or with such modifications or additions, that indicate clearly that no such face threat is intended or desired, [...]” Brown / Levinson (1978/2006 : 69f.)

Im Rahmen der *politeness*-Formen vollziehen Interaktanten gesichtswahrende Handlungen, um FTAs zu minimieren. Brown / Levinson (1978/2006 : Kapitel 5.3 und 5.4) geben 15 Strategien positiver Höflichkeit an, beispielsweise „Seek agreement“, „Include both S[peaker] and H[earer] in the activity“, „Give (or ask for) reasons“, und zehn Strategien negativer Höflichkeit wie „Be conventionally indirect“, „Apologize“ oder „Impersonalize S and H“.

Besonders im Hinblick auf die im Rahmen der vorliegenden Arbeit interessierende Gesprächssorte von Gesprächen in Institutionen ist der Zusammenhang von Höflichkeit bzw. in einem umfassenderen Sinne: von sprachlichem Beziehungsmanagement einerseits¹⁰¹ und Macht andererseits¹⁰² ein nicht zu vernachlässigender Aspekt, wie Harris (2003) darlegt:¹⁰³

“Negative politeness strategies in particular, [...] serve institutional as well as interpersonal goals, in the sense that by distancing and depersonalizing the relationship between participants, they are essential, as Brown and Levinson would maintain, to the avoidance of explicit confrontation and possible communication breakdown in such settings.” Harris (2003 : 33-34)

¹⁰⁰ Vgl. Brown / Levinson (1978/2006 : 65-68).

¹⁰¹ Mit Locher (2008 : 510) ist hervorzuheben, dass sprachliche Beziehungs-/Imagearbeit mehr umfasst als Höflichkeitsstrategien; sie ist vielmehr „meant to cover the entire spectrum of interpersonal linguistic behaviour“. Vgl. auch Culpepper (2008 : 41), mit dem *politeness*, *impoliteness* u.a. als „labels of contextual evaluations of particular manifestations of relational work“ zu definieren sind.

¹⁰² Zum Verständnis von Macht in der vorliegenden Arbeit siehe Kapitel 3.2.3.3.

¹⁰³ In der Forschungsliteratur zur institutionellen Kommunikation wurden Höflichkeitsstrategien bisher nicht ‚standardmäßig‘ berücksichtigt, wie Harris (2003 : 29) aufzeigt. Erst in jüngster Zeit lässt sich ein wachsendes Interesse an den Zusammenhängen zwischen Höflichkeit und Macht im Rahmen institutioneller Kommunikation beobachten.

Abschließend sei darauf hingewiesen, dass sprachliche Beziehungs-/Imagearbeit mehr umfasst als Höflichkeitsstrategien. Mit Culpepper (2008 : 41) ist festzuhalten, dass *politeness, impoliteness* etc. als „labels of contextual evaluations of particular manifestations of relational work“ zu definieren sind. Beziehungsarbeit in einem umfassenden Sinne ist „meant to cover the entire spectrum of interpersonal linguistic behaviour“, wie Locher (2008 : 510) es ausdrückt.

3.2.2.2 Die Sequenzanalyse

Die Berücksichtigung der Sequenzialität – d.h. der in Kapitel 3.2.1.1 erläuterten Tatsache, dass „Gespräche zeitlich strukturiert sind und durch aufeinander folgende Beiträge entstehen“ (Deppermann 2001 : 49) – fand mit der ethnomethodologisch orientierten Untersuchung von Sacks / Schegloff / Jefferson (1974) in die Gesprächsforschung Eingang, die Regularitäten für den Wechsel des *Rederechts* (engl.: *turn-taking*) innerhalb des Gesprächsprozesses aufgezeigt hat.¹⁰⁴

Die sich zu den einzelnen Phasen eines Gesprächs zusammenfügenden Gesprächssequenzen können mit Schegloff (2007 : 2, 3) als „the vehicle for getting some activity accomplished“ bzw. „courses of action implemented through talk“ beschrieben werden. In diesen Formulierungen kommt der kommunikativ-funktionale Charakter von Sequenzen zum Ausdruck.¹⁰⁵ – Erst die Berücksichtigung der *sequentiellen Ordnung* eines Gesprächs, d.h. der Abfolge von einzelnen Redebeiträgen, ermöglicht es, das grundlegende Erkenntnisinteresse gesprächsanalytischer Forschung zu verfolgen, wie Deppermann (2001) erläutert:

„Jede gesprächsanalytische Untersuchung zielt in irgendeiner Weise darauf ab, *Formen* (kommunikative Gattungen, institutionelle Interaktionstypen, grammatische Einheiten etc.) typologisch zu beschreiben und verständlich zu machen, indem gefragt wird, welche *Funktionen* die Formen für Aufgaben, Probleme und Zwecke haben, mit denen Interaktanten in Gesprächen befaßt sind [...]. Die Rekonstruktion des Zusammenhangs von Formen und Funktionen beruht wesentlich auf der Entdeckung und Analyse der *sequentiellen Ordnung* des Gesprächs.“ Deppermann (2001 : 49; Hervorh. i. Orig.)

Aus dem bisher Gesagten geht hervor, dass die einzelnen Redebeiträge, die eine Sequenz bilden, Handlungscharakter haben. Mit anderen Worten: Mit ihren Äußerungen vollziehen die am Gespräch Beteiligten sprachliche Handlungen, sie bearbeiten „bestimmte Aufgaben im Kommunikationsprozess“ (Fiehler 2005 : 1233).

¹⁰⁴ Mit Fiehler (2005 : 1232) ist in diesem Zusammenhang zu unterscheiden zwischen einem bloßen *Sprecherwechsel* und dem Wechsel des *Rederechts*. So stellen beispielsweise höreseitige Rückmeldesignale an den Sprecher zwar formal einen Sprecherwechsel dar, sind jedoch nicht mit einem Wechsel des *Rederechts* gleichzusetzen.

¹⁰⁵ Vgl. Brinker / Sager (2001 : 80).

Sequenzen bestehen aus jeweils mindestens zwei Redebeiträgen unterschiedlicher Sprecher, die „einen spezifischen Handlungszusammenhang“ konstituieren (Brinker / Sager 2001 : 80). Sehr deutlich tritt dieser Zusammenhang bei sog. *Paarsequenzen* (engl.: *adjacency pairs*) wie Frage–Antwort, Gruß–Gegengruß, Vorwurf–Rechtfertigung/Entschuldigung zutage.

Ein wesentliches Kennzeichen von Sequenzen ist somit die sog. *konditionale Relevanz* (engl.: *conditional relevance*):¹⁰⁶ Jeder Turn macht pragmatische und inhaltliche Vorgaben für den Folgebeitrag, so dass die auf diese Weise entstehende Sequenz von Gesprächsschritten keineswegs planlos oder zufällig ist; vielmehr verfügen Sequenzen über „a shape or structure, and can be tracked for where they came from, what is being done through them, and where they might be going“ (Schegloff 2007 : 3).

3.2.2.3 Leitfragen für die Analyse

Aus dem bisher Gesagten ergeben sich acht Leitfragen, die in den Analysen im empirischen Teil der Arbeit zu berücksichtigen sein werden und die sich in Anlehnung an Gloning (1994 : 118f.) wie folgt formulieren lassen:

1. Wozu oder warum macht der Sprecher seine Äußerung, d.h. welchen Zweck verfolgt er mit seiner Äußerung?
2. Was für eine sprachliche Handlung vollzieht der Sprecher in seiner Äußerung?
3. Wie vollzieht der Sprecher die sprachliche Handlung? Welche Äußerungsform(en) gebraucht er?
4. Welche Handlungsalternativen gibt es? Von welchen Handlungsalternativen macht der Sprecher nicht Gebrauch?
5. Wie hängt die Handlung des Sprechers mit der bzw. den Vorgänger- bzw. Nachfolgehandlungen zusammen?
6. Welche Handlungsmöglichkeiten liegen dem Gebrauch bestimmter Ausdrücke zugrunde?
7. Welche Annahmen muss oder kann man dem Handelnden unterstellen, um zu einem bestimmten Verständnis seiner Äußerungen zu gelangen?
8. Gibt es alternative Interpretationen für Äußerungen? Welche Indizien liegen für unterschiedliche Verständnisse vor?

Um diese Fragen angemessen zu berücksichtigen, werden die Analysen zum einen auf grammatikalisch-syntaktische sowie lexikalische Phänomene in den Äußerungen der Angehörigen und Ärzte, die an den aufgezeichneten Katamnesegesprächen beteiligt waren, eingehen. Zum anderen erscheint – quasi als Konsequenz aus den Fragen 1

¹⁰⁶ Vgl. Brinker / Sager (2001 : 81) und Fiehler (2005 : 1247).

bis 6 und besonders im Hinblick auf Frage Nr. 7 und 8 – die Forderung Konrad Ehlichs von grundlegender Bedeutung:

„Der Ressourcencharakter von Sprache weist uns darauf, dass wir mit einem Tabu brechen sollten, das freilich allmählich im wissenschaftlichen Diskurs ohnehin blasser wird, nämlich mit dem Tabu, dass über mentale Strukturen nicht geredet werden dürfe.“ Ehlich (2006 : 18)

Die Analysen werden daher gegebenenfalls durchaus auch auf die ‚inneren‘ Einstellungen der an den Gesprächen Beteiligten eingehen.¹⁰⁷

3.2.3 Theoretische Grundlagen zu den Charakteristika der untersuchten Gespräche

Die Analyse von Gesprächen in verschiedenen gesellschaftlichen Institutionen stellt – um mit Hausendorf (2001 : 973) zu sprechen – einen „Dauerbrenner“ gesprächsanalytischer Forschung dar. Mit Blick auf die für eine linguistische Untersuchung solcher Gespräche relevanten Aspekte werden im Folgenden zu einem besseren Verständnis der Analysen zunächst die in diesem Zusammenhang grundlegenden Begriffe wie *Institution* erläutert und Basisfakten zur Institution des psychiatrischen Krankenhauses vorgestellt (Kapitel 3.2.3.1 und 3.2.3.2). In einem weiteren Schritt werden von einem linguistischen Standpunkt zentrale Merkmale von Gesprächen in Institutionen dargelegt (Kapitel 3.2.3.3). Erläuterungen zu dem für institutionelle Gespräche als Experten-Laien-Kommunikation wichtigen Aspekt der Wissensvermittlung beschließen diesen Teil der Grundlagenpräsentation (Kapitel 3.2.3.4).

3.2.3.1 Der Begriff der Institution

Der Begriff der Institution ist in der Soziologie – ähnlich dem Begriff der Kommunikation in der Linguistik – ein zentraler Terminus, der allerdings bis heute nicht einheitlich definiert ist.¹⁰⁸ Als allgemein anerkanntes Charakteristikum ist die Abgrenzung des Begriffs von einem alltagssprachlichen Verständnis zu betrachten, das Erving Goffman wie folgt zum Ausdruck bringt:

“Social establishments – institutions in the everyday sense of that term – are places such as rooms, suites of rooms, buildings, or plants in which activity of a particular kind regularly goes on.” Goffman (1961/1990 : 3)

In einem soziologischen Sinne entspricht dieses Verständnis von Institution eher dem Begriff der *Organisation*.¹⁰⁹ Dieser dient, in den Worten Essers (2000 : 5) ausgedrückt,

¹⁰⁷ Siehe hierzu auch Kapitel 7.3.2.1.

¹⁰⁸ Über die Begriffsgeschichte des Terminus ‚Institution‘ und eine historische Skizze verschiedener Definitionsansätze der Soziologie informieren Ehlich / Rehbein (1979/1994) sowie Esser (2000).

¹⁰⁹ Vgl. Esser (2000 : 12).

zur Bezeichnung von „konkreten und inhaltlich bestimmten sozialen Gebilden [...], in denen soziale Regeln zwar angewandt werden, die aber nicht allein daraus bestehen – wie ein Betrieb [...] oder eine Nervenheilanstalt“. Demnach ist eine Organisation:

„[...] ein für bestimmte Zwecke eingerichtetes soziales Gebilde mit einem formell – bzw. ‚institutionell‘ – vorgegebenen Ziel, mit formell geregelter Mitgliedschaft, einer das Handeln der Mitglieder regelnden institutionellen ‚Verfassung‘ sowie – meist – einem eigenen ‚Erzwingungsstab‘ zur Durchsetzung dieser Verfassung.“ Esser (2000 : 5)

Institutionen sind dagegen als eine Art von *Komplexen sozialer Regeln* aufzufassen, die sich durch ihre *Formalität*, *Ritualisierung* und *Verbindlichkeit* bzw. ihren von den einzelnen Mitgliedern *akzeptierten, unbedingten Geltungsanspruch* sowie die damit verknüpfte Legitimation von *Sanktionen* auszeichnen. Die vorliegende Arbeit orientiert sich daher an folgenden Definitionen des Institutionenbegriffs:

„Institutionen sind gesellschaftliche Apparate, mit denen komplexe Gruppen von Handlungen in einer zweckeffektiven Weise für die Reproduktion einer Gesellschaft prozessiert werden, und bilden spezifische Ensembles von Formen.“ Ehlich / Rehbein (1979/1994 : 318)

„In einem grundlegenden Sinne bezeichnet I[nstitution] als soziol[ogischer] Begriff jegl[iche] Form bewusst gestalteter oder ungeplant entstandener stabiler, dauerhafter Muster menschl[icher] Beziehungen, die in einer Ges[ellschaft] erzwungen oder durch die allseits als legitim geltenden Ordnungsvorstellungen getragen u[nd] tatsächl[ich] ‚gelebt‘ werden.“ Hillmann (1994 : 375)

Hier klingt das konstruktivistische Verständnis des Terminus an, dem zufolge die „institutionale Welt [...] vergegenständlichte menschliche Tätigkeit“ ist (Berger / Luckmann 1966/2004 : 65): Die einzelnen Institutionen werden vom Individuum als objektiv gegeben und normativ wahrgenommen, obwohl „die[se] Gegenständlichkeit der institutionalen Welt [...] vom Menschen gemachte, konstruierte Objektivität ist“.¹¹⁰ Beispiele für die *institutionale Welt* bzw. die *gesellschaftlichen Apparate* sind die Justiz, die Politik, das Bildungswesen, die Wirtschaft und nicht zuletzt die Medizin.

Eine spezielle Form der Organisation ist die von Erving Goffman so bezeichnete *totale Institution* (engl.: *total institution*). Diese sozialen Gebilde zeichnen sich nach Goffman vor allem durch ihren umfassenden Charakter aus. Zum einen manifestiert sich dieser in der Konzeption als „retreats from the world“ (Goffman 1961/1990 : 5), d.h. in einem ‚Abgeschnittensein‘ der Mitglieder bzw. Insassen (*inmates*) von der Außenwelt:

“[...] the barrier to social intercourse with the outside and to departure that is often built right into the physical plant, such as locked doors, high walls, barbed wire, cliffs, water, forests or moors.“ Goffman (1961/1990 : 4)

¹¹⁰ Zum Prozess der Institutionalisierung, d.h. dem Entstehen von Institutionen, vgl. ausführlich Berger / Luckmann (1966/2004 : 49-98).

Zum anderen sind totale Institutionen dadurch gekennzeichnet, dass sie nicht nur grundlegend in den formell-öffentlichen gesellschaftlichen Lebensbereich eines Individuums eingreifen, sondern dass auch die Privatsphäre des Einzelnen berührt und Regularitäten unterworfen wird:

“The total institution is a social hybrid, part residential community, part formal organization [...]” Goffman (1961/1990 : 12)

So werden zum Beispiel die räumliche Trennung der einzelnen Lebensbereiche Schlafen, Arbeiten und Essen aufgehoben. Zu dieser besonderen Art von Organisationen zählen Gefängnisse, Militäarakademien/ -kasernen, aber auch Klöster und Krankenhäuser. Wenn daher in der vorliegenden Arbeit in Bezug auf Krankenhäuser im Allgemeinen und psychiatrische Kliniken im Besonderen von *Institutionen* die Rede ist, so ist dies in Anlehnung an die Goffman'sche Definition der totalen Institution als spezifische gesellschaftliche Einrichtungs- bzw. Organisationsform zu verstehen.

3.2.3.2 Die Institution des psychiatrischen Krankenhauses

Psychische Erkrankungen sind bereits seit frühester Menschheit bekannt, wenn sie auch den weitaus überwiegenden Teil dieser langjährigen Geschichte nicht als Erkrankungen betrachtet, sondern als Formen von *Besessenheit* o.Ä verstanden wurden.¹¹¹ In Europa nahm diese Konzeption unter der Inquisition vor allem im Mittelalter, aber auch noch bis ins 17. Jahrhundert lebensbedrohliche Ausmaße für die Betroffenen an, wie die sog. Teufelsaustreibungen und Hexenverbrennungen belegen.

Im sich anschließenden Zeitalter von Aufklärung und Absolutismus im 17. und 18. Jahrhundert wurden psychisch erkrankte Menschen als gesellschaftlich und politisch *unvernünftig* und *deviant* betrachtet, wie Foucault (1961) in seiner ausführlichen Studie „Histoire de la folie à l'âge classique“ darlegt. Die Behandlung – oder, in den meisten Fällen, vielmehr: die Verwahrung – der *Irren* geschah in sog. *Spitälern* (auch *Hospitäler* genannt). Diese hatten eher Ähnlichkeit mit Gefängnissen als mit Krankenhäusern im heutigen Sinn des Wortes: Die Patienten verbrachten ihre Tage dort angekettet und zusammen mit Armen, Prostituierten, Obdachlosen und Straftätern. Folterungen durch das (Wach-)Personal oder die anderen Insassen waren üblich.

Ende des 18. Jahrhunderts wurden die ersten *Irrenhäuser* eingerichtet, die ausschließlich mental erkrankten Menschen vorbehalten waren. Als ‚Pioniere‘ der damit einsetzenden *Anstaltspsychiatrie* sind der Brite William Tuke und der Franzose Philippe Pinel zu nennen. Die beiden haben eine weitestgehend gewalt- und zwangfreie Behandlung der Insassen eingeführt, diesen erstmals den Status von Kranken zuer-

¹¹¹ Siehe hierzu den Beitrag von Vié / Baruk (1986 : 1946) in der „Illustrierten Geschichte der Medizin“: „Zahlreiche Veröffentlichungen bezeugen die entsetzlichen Folgen, die der Glaube an die Besessenheit durch böse Geister auslöste, womit der Wahnsinn jahrhundertlang erklärt wurde.“

kannt und damit die Psychiatrie aus dem Bereich der juristisch-politischen Institutionen in den medizinischen Bereich überführt: Tuke, indem er mit dem *York Retreat* ein Haus mit gitterlosen Fenstern in landschaftlich schöner, ruhiger Umgebung, als Behandlungsort wählte; Pinel, indem er die Insassen des Pariser Zuchthauses (*hôpital Bicêtre*) von ihren Fesseln befreite und im Freien spazieren gehen ließ.¹¹²

Damit wurden, wenn auch in begrenztem Rahmen, die Weichen für die *Humanisierung* der Behandlung psychisch erkrankter Menschen gestellt, die sich im 19. Jahrhundert Schritt für Schritt weiter entwickelte – bis sie im nationalsozialistischen Deutschland zum völligen Erliegen kam. Für die Zeit nach 1945 lässt sich mit Carius et al. (2007) Folgendes festhalten:

„Einen Meilenstein in der Entwicklung der Psychiatrie des 20. Jahrhunderts bildete [...] die Einführung der modernen Psychopharmaka in den 1950ern. ‚Sie brachte den Übergang der klinischen Psychiatrie von therapeutischer Resignation zu einer aktiv behandelnden‘ und damit (zumindest formal) gleichberechtigten medizinischen Disziplin und nicht nur hinsichtlich der Namensgebung wurde ‚die psychiatrische Anstalt ... zum Krankenhaus.‘“
Carius et al. (2007 : 88; Hervorh. i. Orig.)¹¹³

Nach wie vor blieb allerdings auch über die erste Hälfte des 20. Jahrhunderts hinaus der Internierungscharakter der Einrichtungen für psychisch Erkrankte prägend; bei den *Anstalten* oder auch *Krankenhäusern* stand in erster Linie der Aspekt der langfristigen Verwahrung, nicht die Aussicht auf Reintegration des Patienten in die ‚Welt draußen‘ im Vordergrund.

Dies änderte sich in Deutschland erst Mitte der 1970er Jahre mit der sog. Psychiatriereform auf Basis des „Berichts über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland“ von 1975, der sog. *Psychiatrie-Enquête*.¹¹⁴ Das zentrale Ergebnis der Untersuchung ist, dass die über Jahrhunderte praktizierte Ausgrenzung psychisch kranker Menschen aus der Gesellschaft durch die lebenslange Verwahrung in geschlossenen Organisationen nicht angemessen oder förderlich sei. Dies führte unter anderem zum „Auf- und Ausbau komplementärer, ambulanter und tagesklinischer Angebote“ sowie zur „Errichtung psychiatrischer Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern“ (Carius et al. 2007 : 89).

¹¹² Vgl. ausführlicher zu Tuke und Pinel die Erläuterungen bei Foucault (1961/2006 : 577-586). In Anlehnung an die Argumentation Foucaults sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass trotz der ‚Fortschritte‘ durch die Maßnahmen der beiden ‚Psychiatriepioniere‘ keinesfalls schon von einer respektvollen, die Würde der Patienten während der Behandlung und noch weniger von einer Integration gesprochen werden kann.

¹¹³ Das kursiv hervorgehobene ‚Zitat im Zitat‘ stammt dem Eintrag im Literaturverzeichnis von Carius et al. (2007 : 92) zufolge von S. Haas *Die Tatsachen*. Teil 2 zu: W. Eirund, S. Haas: *Vom Irrenhaus zur Klinik für Psychiatrie und zurück?* In: C. Vanja et al. (Hrsgg.): *Wissen und Irren. Psychiatriegeschichte aus zwei Jahrhunderten*. Eberbach und Eichberg. Kassel: Eigenverlag, 1999. S. 279-293.

¹¹⁴ Bei dem Bericht handelt es sich um das Ergebnis einer von der damaligen Bundesregierung in Auftrag gegebenen Studie einer Sachverständigenkommission; im Internet einzusehen unter http://www.dgppn.de/de_enquete-1975_39.html (zuletzt geprüft am 23.11.2008).

Mit dem Thema der Psychiatriereform und der von Carius et al. (2007) beschriebenen Etablierung eines sozial- und gemeindepsychiatrischen Versorgungsansatzes ist die Teilorganisation der **psychiatrischen Institutsambulanz** angesprochen.

Eine psychiatrische Institutsambulanz ist nach § 118, Sozialgesetzbuch (SGB) V eine Einrichtung eines psychiatrischen Fachkrankenhauses oder einer psychiatrischen Abteilung eines Allgemeinkrankenhauses. Sie dient der ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung von Patienten. Zur Zielgruppe des Versorgungsangebots hält das SGB Folgendes fest:

„Die Behandlung ist auf diejenigen Versicherten auszurichten, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung oder wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten auf die Behandlung durch diese Krankenhäuser angewiesen sind.“ (§ 118, Abs. 1, S. 2, SGB V)

Die von der Institutsambulanz zu betreuenden Patienten sind in der Regel nicht ‚wartezimmerfähig‘, d.h. sie können in den meisten Praxen von niedergelassenen Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie nicht oder nur selten ausreichend behandelt werden.

In jüngster Zeit gibt es einige Krankenhäuser, deren Institutsambulanzen von sog. *aufsuchenden* Charakter sind: Das Personal der Institutsambulanz (Ärzte, Pfleger, Psychologen) sucht die Patienten zuhause auf. So können auch Patienten in die psychiatrische Grundversorgung einbezogen werden, die sonst durch die Maschen des sozialen Netzes fielen.¹¹⁵

3.2.3.3 Gespräche in Institutionen

In den vorangegangenen Abschnitten wurden die Eckpunkte des Verständnisses von *Institution* und *psychiatrischem Krankenhaus* dargelegt, das den Analysen im empirischen Teil der Arbeit zugrunde liegt. Auf dieser Basis gehen die folgenden Abschnitte nun auf die zentralen Charakteristika von Gesprächen innerhalb von Organisationen des medizinisch-psychiatrischen institutionellen Bereichs ein.

In der linguistisch-gesprächsanalytischen Forschung liegen bereits umfangreiche Ergebnisse zu verschiedenen Aspekten von Arzt-Patienten-Gesprächen vor.¹¹⁶ An dieser Stelle sei daher vorausgeschickt, dass diese Erkenntnisse zu einem im medizinisch-institutionellen Feld zentralen Kommunikationsbereich nicht in einem eigenen Kapitel *en bloc* und damit losgelöst von der eigenen Untersuchung erläutert werden. Vielmehr erscheint es sinnvoll, aus der Fülle der Ergebnisse die im Rahmen der Arzt-Angehörigen-Kommunikation interessierenden Aspekte jeweils gezielt mit den theore-

¹¹⁵ Mündliche Information des ärztlichen Leiters des Sankt Valentinushauses, Kiedrich

¹¹⁶ Vgl. auch die Ausführungen in Kapitel 6.5.

tisch-methodischen Ausführungen und empirischen Analysen der vorliegenden Arbeit in Beziehung zu setzen, um so die eigenen Beobachtungen zu befruchten.

Zu den Merkmalen von institutionellen Gesprächen gehört ganz allgemein ihre *Vielfältigkeit* und *Vielgestaltigkeit*. Es handelt sich um eine heterogene Gesprächssorte, die in unterschiedlichen Teilnehmerkonstellationen vorkommt und durch unterschiedliche Zielsetzungen geprägt ist.¹¹⁷

In der vorliegenden Untersuchung sind von den zahlreichen Arten institutioneller Gespräche diejenigen zwischen Experten und Laien in einem medizinisch-psychiatrischen Rahmen von Interesse – präziser formuliert: Uns interessieren Gespräche zwischen einem professionellem *Repräsentanten* der Institution, in unserem Fall einem Arzt, und einem nicht professionellem, laienhaften *Klienten*, in unserem Fall dem Angehörigen eines Patienten.

Solchen **Experten-Laien-Gesprächen** wird in der gesprächsanalytischen Forschung üblicherweise ein Machtgefälle zwischen den am Gespräch Beteiligten bescheinigt. Mit Brock / Meer (2004) ist festzuhalten, dass es in der Literatur eine Tendenz gibt,

„[...] *Macht* eher abstrakt auf strukturelle Gegebenheiten zu beziehen und von *Dominanz* bezüglich konkreten Kommunikationsverhaltens zu sprechen; von einer allgemein akzeptierten begrifflichen Abgrenzung oder terminologischen Klärung kann jedoch nicht gesprochen werden.“
Brock / Meer (2004 : 191; Hervorh. i. Orig.)

Grundsätzlich ist *Macht* nach (Brock / Meer 2004 : 190) keine Frage von *Besitz*; vielmehr handelt es sich hierbei um ein personales *Potenzial* bzw. eine interaktionale *Resource*, die „aufgrund von positionsspezifischen Autorisierungen durch bestimmte institutionelle [...] Vorgaben ausgeübt wird“, wodurch ein Ungleichgewicht in der Beziehung zwischen den Gesprächspartnern entsteht. Wie unter anderem Harris (2003) darlegt, spielen Aspekte der Höflichkeits- und Respektsbekundung in dem komplexen Geflecht der Beziehungsarbeit zwischen den ‚unterschiedlich mächtigen‘ Gesprächsbeteiligten eine zentrale Rolle.

Als Kristallisationspunkt der organisatorisch-hierarchischen Ungleichheit zwischen den Beteiligten in Arzt-Patienten-Gesprächen hat die bisherige linguistische Forschung die ärztliche *Gesprächsführung* ausmachen können. So stehen Macht und Expertentum explizit ausübende Formen der Gesprächsführung – sog. *einseitig-autoritärer*, *pater-nalistischer* oder *krankheitszentrierter* Stil – solchen Formen der Gesprächsführung gegenüber, die *partnerschaftlich-kritisch*, *kooperativ* oder *patientenzentriert* ausgerichtet

¹¹⁷ Einen Einblick in diese Vielgestaltigkeit institutioneller Kommunikation liefern beispielsweise Rolf (1994) und der bibliographische Überblick von Becker-Mrotzek (1999).

sind.¹¹⁸ Mit Blick auf (Katamnese-)Gespräche zwischen Psychiatern und Angehörigen ist in diesem Zusammenhang mit Schmid et al. (2007) Folgendes zu fordern:

„Zu der bislang bei den professionellen Helfern stark im Vordergrund stehenden patientenzentrierten Information der Angehörigen (was kann der Angehörige tun, um die Behandlungserfolge des Erkrankten zu fördern und zu sichern) muss die angehörigenzentrierte Perspektive kommen (wie kann der Angehörige in seiner persönlichen Situation emotional entlastet werden).“
Schmid et al. (2007 : 41)

Neben dem hier ausgedrückten Ungleichgewicht zwischen Ärzten und Angehörigen auf der interaktionalen Ebene sind sog. *Wissensasymmetrien*, d.h. eine Divergenz auf kognitiver Ebene, für institutionelle Gespräche zwischen Psychiatern und Angehörigen gekennzeichnet.¹¹⁹ Charakteristisch für Gespräche mit einer solchen Ungleichgewichtung zwischen den am Gespräch Beteiligten ist die Form des *Frage-Antwort-Dialogs*.

Er ist zugleich **der** dialogische Typus überhaupt, nicht nur in medizinisch-institutionellen Gesprächen. Dies ist vor allem auf das Charakteristikum der *Paarsequenz* zurückzuführen, das eine starke „gegenseitige Abhängigkeit der beiden Dialogeinheiten“ (Bucher 1994 : 239), *Frage* und *Antwort*, impliziert. Die Typologisierung von Fragen ist mindestens ebenso vielfältig wie die der Gesprächstypologisierung. In Anlehnung an Bucher (1994 : 245f.) sind für die Klassifizierung folgende Kriterien zentral, die miteinander verknüpft sind: erstens die *Funktion der Frage* (z.B. Themensteuerung); zweitens die *sequentielle Stellung*, d.h. der *interaktionale Gehalt* der Frage im Gesprächszusammenhang (initiativ oder reaktiv); drittens die *Frage- bzw. Wissensvoraussetzungen* des Sprechers (Präsuppositionen: Annahmen z.B. über das gemeinsame Wissen der Gesprächspartner). – Auf die Details zur Konstellation und das (gemeinsame) Konstituieren von geteiltem Wissen in institutionellen Gesprächen geht der nächste Abschnitt ein.

3.2.3.4 Wissensvermittlung

Die Gespräche zwischen Angehörigen und medizinischem Fachpersonal im Allgemeinen bzw. Ärzten im Speziellen zählt zum Bereich der medizinischen Experten-Laien-Kommunikation, der im vorangegangenen Abschnitt eingeführt wurde. Diese wird ganz allgemein von der Grundbedingung charakterisiert, dass die Kommunikationspartner über unterschiedliche Wissensbestände verfügen.

¹¹⁸ Zu diesen Formen der ärztlichen Gesprächsführung und Beziehungsgestaltung in Arzt-Patienten-Gesprächen gibt es inzwischen eine unüberschaubare Fülle an Publikationen in Linguistik, Sozialmedizin und Psychologie. Einen Überblick über die verschiedenen Modelle aus linguistischer Perspektive geben Koerfer et al. (2008).

¹¹⁹ Vgl. Henne / Rehbock (2001 : 29). In der linguistischen Fachsprachenforschung ist zur Bezeichnung dieser Asymmetrie der Begriff der *Vertikalität* üblich. Vgl. hierzu u.a. die Arbeiten von Wichter (1995) und (1999).

Auf die Experten-Laien-Kommunikation im medizinisch-psychiatrischen Bereich angewandt, bedeutet dies Folgendes: Der Wissensbestand der Psychiater (und anderen medizinischen Fachpersonals) ist professioneller, wissenschaftlicher Art. Die im Rahmen der vorliegenden Arbeit fokussierten Angehörigen sind medizinische Laien; sie verfügen über Alltags-, d.h. nicht professionelles Wissen über die Krankheit ihres Familienmitglieds und allem, was damit zusammenhängt.

Diese Art von Wissen wird auch mit dem Begriff der *subjektiven Theorie* bezeichnet¹²⁰ und weist Brünner / Gülich (2002 : 20) zufolge die folgenden vier Charakteristika auf: Erstens können mögliche *Inkonsistenzen* bestehen, d.h. es existieren gleichzeitig logisch unvereinbare Vorstellungen nebeneinander. Zweitens verändert sich das Wissen im Laufe der Zeit je nach den *aktuellen Erfahrungen*. Drittens spielen *Affekte* eine größere Rolle als in wissenschaftlichen Theorien: Die Krankheitsvorstellungen werden aufgeladen mit Konnotationen, Symbolik und durch Metaphorik. Viertens zeichnen sich subjektive Theorien durch ihren *prozessualen Charakter* aus; sie spiegeln adaptive Prozesse wider (z.B. Umbewertungen zur Angstbewältigung).

Das Wissen von nicht gesundheitsprofessionellen Angehörigen umfasst zwei Dimensionen: ihre eigene Erfahrungswelt und ihr sog. *semi-professionelles* Wissen.¹²¹ Die eigene Erfahrungswelt, d.h. das Zusammenleben mit dem kranken Familienmitglied sowie die Erfahrungen mit dessen geistig-seelischer und in einzelnen Fällen auch körperlicher Veränderung, bilden mit einem Ausdruck von Brünner / Gülich (2002 : 20) ein „partikulares Erlebnisswissen“. Darüber hinaus erwerben Angehörige über verschiedene Kommunikationswege, wie Gespräche mit medizinischem Fach-/Pflegepersonal, aber auch Informationssendungen im Fernsehen oder Print- oder Online-Ratgebern,¹²² semi-professionelles Wissen, das einzelne Elemente des Expertenwissens umfasst, allerdings ohne dessen Komplexität und Vernetzung.

Ein zentraler Gegenstand der Linguistik ist die Frage nach der gegenseitigen Beeinflussung von sprachlich erworbenem Wissen und sinnlich erfahrenem, d.h. durch eigenes (Mit-)Erleben erworbenem Wissen. Hierzu gehört das Zusammenspiel von Wissensstrukturen, die durch sprachliche *Vermittlung* erworben wurden, und solchen, die durch das eigene (Mit-)Erleben einer Krankheit gebildet wurden. Auch gilt es zu be-

¹²⁰ Vgl. Kapitel 2.2.1.

¹²¹ Die Bezeichnung lehnt sich an die Unterscheidung von semi- und pseudo-professionellen Kategorisierungen von Krankheits- und Symptombeschreibungen bei Rehbein / Löning (1995 : 11) an: Als *semi-professionell* bezeichnen sie Verbalisierungen von Ärzten gegenüber Patienten, die „eine sprachliche Adaption des professionellen Wissens für Laien“ (Brünner / Gülich 2002 : 21) leistet. Ein Beispiel hierfür ist: „Nierenbeckenentzündung“. *Pseudo-professionelle* Kategorisierung hingegen liegt vor, wenn Laien medizinische Fachausdrücke verwenden: „Sie täuschen medizinisches Wissen nur vor, ohne dass die Patienten eine professionelle Wissensbasis hätten“ (Brünner / Gülich 2002 : 21).

¹²² Zu den Kommunikationswegen im Netz von Gesundheit und Krankheit siehe ausführlicher Kapitel 5.

rücksichtigen, ob und wenn ja, wie die Erfahrung in die (vor und während der Erkrankung) sprachlich erworbenen Wissensstrukturen eingepasst werden.

Damit die Kommunikation zwischen den ungleichen Partnern – Arzt und Angehörige – erfolgreich ist, d.h. damit die am Gespräch Beteiligten sich verständigen können, muss ein wechselseitiger *Transfer* des Wissens von einem zum anderen stattfinden. Dazu sind neben nonverbalen Mitteln¹²³ vor allem sprachliche Verfahren notwendig. Hier lassen sich nach Brünner / Gülich (2002 : 24) zwei Grundtypen unterscheiden: *explizierende* Verfahren einerseits und *veranschaulichende* Verfahren andererseits.

Zu den Verfahren der Explizierung von Wissen sind beispielsweise erklärende oder begründende Paraphrasierungen und Reformulierungen (durch den Sprecher). Formen der Veranschaulichung auf sprachlicher Ebene können Metaphern, Vergleiche und Analogien sein. Auch Beispiele, Konkretisierungen bzw. Individualisierungen und Szenarios¹²⁴ gehören zu dieser Kategorie.

Die veranschaulichenden Verfahren werden nach Brünner / Gülich (2002:40-42) in der Regel mittels Anschlusselementen in den Kontext des Redebeitrags eingebettet. Es lassen sich drei Arten dieser Elemente unterscheiden: erstens *metakommunikative Kommentare*, die die Veranschaulichung als solche hervorheben (z.B.: „Sie müssen sich das vorstellen wie ...“, „etwas drastisch formuliert ...“, „so genannte“); zweitens *Vagheitsindikatoren*, die einem Ausdruck eine gewisse Vorläufigkeit bzw. Vagheit zuschreiben (z.B.: „sozusagen“, „eine Art“, „so etwas wie“) und drittens *Rückbindungen an einen gemeinsamen Wissens- oder Erfahrungsbereich*. Diese bestehen oft in Ausdrücken des Kennens, Wissens oder der Vertrautheit; sie reflektieren, dass der Angesprochene den zur Veranschaulichung herangezogenen Bereich kennt, dass dieser zum Alltagswissen gehört (z.B.: „ist ja vielen Leuten bekannt“, „Sie wissen ja vielleicht“).

Kombinationen und Mischformen von Explizierung und Veranschaulichung sind möglich. Diese Verfahren allein reichen allerdings nicht aus, um sicherzustellen, dass der Gesprächspartner das Gesagte im Sinne des Sprechers verstanden hat.¹²⁵ Daher

¹²³ Hierzu zählen neben dem komplexen Medium des Films auch Zeichnungen, Photographien, Tabellen und Grafiken sowie Gestiken. Auf diese außer- und parasprachlichen Mittel zur Wissensvermittlung kann im Rahmen der vorliegenden Arbeit jedoch nicht näher eingegangen werden. Seit einiger Zeit ist nicht nur in der Linguistik ein zunehmendes Interesse besonders an der Bedeutung von Bildern und deren Zusammenspiel mit Texten für die Wissen(schaft)vermittlung zu beobachten, das viele neuartige Einblicke in das Thema erwarten lässt. Stellvertretend sei an dieser Stelle auf den Sammelband von Liebert / Metten (Hrsgg.) (2007) hingewiesen.

¹²⁴ Der Begriff *Szenario* ist in der Linguistik nicht einheitlich definiert. Die vorliegende Arbeit verwendet den Terminus in Anlehnung an die Definition von Brünner / Gülich (2002 : 36). Es handelt sich um verbale Entwürfe einer bloß vorgestellten, d.h. nicht wirklich gegebenen Situation, die typischerweise im Präsens erzählt wird. Oft zieht der Sprecher am Ende des Szenarios ein Fazit, mit dem er die vorgestellte Situation auf eine allgemeine Aussage rückbezieht. Primär kommt dem Szenario also – anders als in der Klassifizierung von Brünner / Gülich (2002) – eine veranschaulichende Funktion zu, da das verständnissichernde Element des Fazits nicht konstitutiv für dieses sprachliche Verfahren der Wissensvermittlung ist.

¹²⁵ Vgl. auch die Ausführungen zum Phänomen der ethnomechanischen Illusion in Kapitel 2.3.1.

werden zusätzlich *verständnissichernde* Verfahren in den Gesprächen eingesetzt. Hierzu zählen Nachfragen und Reformulierungen durch den Adressaten (sog. *aktives Zuhören*).

3.2.4 Gedanken zur Datenerhebung und -aufbereitung

Nachdem das Verständnis der zentralen Begrifflichkeiten der Gesprächsforschung für die vorliegende Arbeit geklärt sowie die theoretisch-methodischen Grundlagen zu zentralen Aspekten und Kriterien der Analysen des empirischen Teils dargelegt wurden, gehen die beiden folgenden Abschnitte abschließend auf zwei fundamentale methodische Faktoren der empirischen Analysen ein: zum einen die Datenerhebung (Kapitel 3.2.4.1) und zum anderen die Datenaufbereitung (Kapitel 3.2.4.2).

3.2.4.1 Zur Authentizität und Natürlichkeit von Gesprächen

Eine hinlänglich bekannte Forderung jeglicher Form empirisch fundierter Gesprächsforschung ist diejenige nach authentischen und/oder natürlichen Daten. Die Definitionen dessen, was unter diesen beiden Begriffen zu verstehen sei, sind dabei unterschiedlich präzise gefasst.

In der vorliegenden Arbeit wird *Authentizität* im Sinne der drei folgenden, von van Leeuwen (2001 : 392f.) aufgeführten Bedeutungsdimensionen verstanden: erstens Authentizität als *Genuinität*, d.h. Originalität und Autorschaft stehen außer Frage; zweitens als *glaubwürdige Reproduktion* oder *Repräsentation*; drittens als *Echtheit* und *Wahrhaftigkeit*. Ein Gespräch kann also – mit den Worten von Wetschanow (2005 : 5) – „auf unterschiedliche Arten ‚authentisch‘ sein“:

„Einerseits kann ein ‚Gespräch‘ einfach natürlich, frisch und spontan klingen. [...] Andererseits kann ein Gespräch aber auch als authentisch und wahr in Bezug auf die repräsentierten Erfahrungen erscheinen, d.h. es wird angenommen, dass die SprecherIn auf ‚authentische‘ Erfahrungen zurückgreift. In diesem Fall ist ein Gespräch wahr/authentisch in Bezug auf ein Ereignis, eine Erfahrung. In einem dritten Sinn kann sich aber die Bezeichnung ‚authentisch‘ für ein Gespräch auch auf das innerste Selbst der SprecherIn beziehen. In diesem Fall erschiene also ein Gespräch als authentisch, weil das Selbst einer Person im aufklärerischen Sinne als authentisch wahrgenommen wird.“ Wetschanow (2005 : 5)

In dieser Definition drückt sich bereits aus, dass der Begriff der *Natürlichkeit* nicht so exakt umrissen ist wie derjenige der Authentizität. Die Grenzlinie scheint hier nicht trennscharf zu verlaufen. Wenn in der gesprächsanalytischen Forschung von natürlichen Daten die Rede ist, so ist damit gemeinhin gemeint, dass nur Interaktionen für die Analyse aufgezeichnet werden, „die auch außerhalb einer Erhebungssituation vorkommen“ (Schu 2001 : 1015). Dies ist in dem Sinne zu verstehen, dass die Gespräche in der für

sie auch außerhalb der Erhebungssituation üblichen lokalen Umgebung und sozialen Konstellation stattfinden. In der vorliegenden Untersuchung wird Natürlichkeit vor diesem Hintergrund und in einem alltagssprachlich basierten Verständnis verstanden als *Alltäglichkeit*, verbunden mit *Vertrautheit* und *Gewöhnung*.

Unter Berücksichtigung des bereits von William Labov erkannten und in Kapitel 2.3.3.1 erläuterten methodischen Dilemmas des *Beobachterparadoxons* ist die bei Schu (2001 : 1015) formulierte Forderung: „sie [d.h. die Gespräche] sind so aufzuzeichnen, wie sie außerhalb einer Erhebungssituation vorkommen“ als problematisch bzw. (nach ethisch-moralisch vertretbaren Maßstäben) als kaum umsetzbar anzusehen. Denn wenn auch bei der Aufzeichnung darauf geachtet wird, dass die ‚Original‘-Gesprächs- bzw. Interaktionssituation so wenig wie möglich beeinträchtigt wird, kann eine Beeinflussung der Interaktanten nicht völlig ausgeschlossen werden:

“There is no doubt that the very presence of video technology may exert some influence on the situation that is being recorded, an influence commonly labelled ‘reactivity’” Schnettler / Raab (2008 : Abs. 35)

Dieses, aufgrund der vorhandenen Aufnahmeapparatur veränderte, Verhalten der Analysierten ist ebenso für Untersuchungen anzunehmen, die ‚nur‘ mit Audioaufnahmen arbeiten. Was bedeutet dies für das Verständnis von Authentizität und Natürlichkeit?

Zunächst wird hier die große Bedeutung der Studienteilnehmer für das Gelingen der Untersuchung deutlich: Sie bilden das Zentrum im Kreis der ‚Gelingensbedingungen‘ für das Aufzeichnen der Daten. Erst wenn sich die Teilnehmer auf die Erhebungssituation einlassen, kann überhaupt Authentizität, besonders im Sinne der oben beschriebenen Echtheit/Wahrhaftigkeit, erreicht werden.

Was hingegen den Aspekt der Natürlichkeit, so wie sie in der vorliegenden Arbeit verstanden wird, anbelangt, stellt sich die Frage, ob institutionelle Gespräche, wie sie in Kapitel 3.2.3.3 erläutert werden, besonders die hier interessierenden Arzt-Angehörigen-Gespräche, überhaupt mit dem Begriff *natürlich* charakterisiert werden können: Obgleich die Angehörigen (je nach Dauer der Erkrankung des Patienten) durchaus an die Gespräche mit dem behandelnden Psychiater gewöhnt sein können, ist der institutionelle Rahmen des Gesprächs in der Klinik bzw. Institutsambulanz für sie keineswegs alltäglich. – Aus der Perspektive der Ärzte ist dieses Kriterium der lokalen Umgebung deutlich ‚alltagsnäher‘: Sie befinden sich in ihrer gewohnten Arbeitsumgebung – allerdings stellt für sie die Interaktion mit den Angehörigen ihrer Patienten nicht unbedingt eine gewöhnliche oder gar vertraute soziale Konstellation dar. Die oben definierte Kategorie der Natürlichkeit scheint also bisher zumindest auf die hier untersuchten Gespräche nur eingeschränkt zuzutreffen.

Selbst wenn man das eben Beschriebene außer Acht ließe, ist in einer Erhebungssituation zunächst allein aufgrund der zusätzlichen Geräte und/oder Personen im

Raum (zumindest bei einem Erstgespräch) quasi *per definitionem* nicht gegeben, da es sich um eine ungewohnte, ‚unnatürliche‘ Situation für die Teilnehmer handelt. In diesem Sinne ist es nicht die Natürlichkeit von Gesprächen, die „sich nicht auf eine methodisch vollständig kontrollierbare Weise herstellen“ lässt, wie Schu (2001 : 1015) es ausdrückt, sondern vielmehr ihre Authentizität. – Begibt man sich darüber hinaus auf ein weiter reichendes bzw. grundsätzlicheres Niveau und bedenkt man, dass es sich bei Gesprächen um soziale und kulturelle Phänomene handelt, die sich dem dichotomen Verhältnis von Natürlichkeit bzw. von Natur aus gegebenen Daten oder Fakten einerseits zu künstlich hergestellten *Artefakten* andererseits entziehen,¹²⁶ so erscheint nicht nur Schus Formulierung als ein Widerspruch in sich, sondern die Kategorie der Natürlichkeit als solche als zur Anwendung auf das Datenmaterial gesprächsanalytischer Forschung ungeeignet. Daher wird in der vorliegenden Arbeit auf den Begriff der Natürlichkeit im Zusammenhang mit den Gesprächsdaten verzichtet.

Aus dem bisher Gesagten dürfte deutlich geworden sein, dass für die Authentizität der erhobenen Daten vor allem die am Gespräch Beteiligten von Bedeutung sind sowie sämtliche, in den vorangegangenen Kapiteln beschriebenen Bedingungen für bzw. ihre Interaktion beeinflussenden Faktoren. Hierzu gehört der institutionelle Rahmen von Klinik oder Institutsambulanz und sämtliche damit verbundenen Fragen der institutionellen Hierarchie, Machtpotenzialen und Höflichkeitsstrategien. Authentizität ist prinzipiell nicht an die Natürlichkeit einer Interaktionssituation gebunden – so ist auch in nicht alltäglichen, ungewohnten Situationen Wahrhaftigkeit praktizierbar, indem man beispielsweise die eigene, durch die Situation bedingte, Unsicherheit bzw. das eigene Unwohlsein explizit anspricht. Allerdings gilt es im Hinblick auf die institutionell gerahmte Arzt-Angehörigen-Kommunikation den Aspekt möglicher Sanktionen zu berücksichtigen, die den Interaktanten bevorstehen, wenn sie sich nicht den konventionalisierten Spielregeln der Organisation unterwerfen – mehr noch:

„Angehörige befürchten oft, dass ‚ihr‘ Patient ‚büßen‘ muss, wenn Kritik gegenüber seinem direkt betreuenden oder behandelnden Profi geäußert wird und vermeiden sie deshalb. Die Informationen in einer [Angehörigen-]Gruppe sind durch die Schweigepflicht geschützt und so wird dort Kritik freier geäußert. [...] Aus fehlender Kritik kann ich also nicht auf fehlende Missstände schließen, [...]“ Rave-Schwank (2002 : 117)

So ist Authentizität im Sinne der oben beschriebenen Echtheit und Wahrhaftigkeit zwar ein durchaus bei der Datenerhebung und -auswertung zu berücksichtigendes Kriterium in der Analyse institutioneller Gespräche; es liegt jedoch nicht unmittelbar in der Hand des Forschenden, diese Authentizität sicherzustellen. – Einen viel versprechenden An-

¹²⁶ Vgl. hierzu die Ausführungen von Keller (1994) und Habscheid (2000) zu den sog. *Phänomenen der dritten Art* bzw. sog. *Invisible-Hand-Phänomenen*.

satz zur Überwindung dieser Problematik stellt die sog. *partizipativen* Feldforschung dar,¹²⁷ die die Mitglieder des untersuchten Feldes aktiv in die Gestaltung des Forschungsdesigns einbindet. Nach Jones (2001 : 6) sind zwei der Vorteile dieses Ansatzes, dass sie „an intimate perspective on the researched that is more difficult to achieve with other methods“ bieten und dass sie „shift the focus of the research questions from what is important to the researcher to what is important to the actual participants in the kind of interaction being studied.“ Auf diese Weise könnte der Grad der Authentizität der einzelnen Interaktanten und ihres Verhaltens erhöht werden. – Allerdings darf der Preis für authentischere Gespräche nicht im Inkaufnehmen der Gefahr, „die Gespräche situativ oder verbal im Sinne bestimmter Forschungsfragen zu beeinflussen“ (Schu 2001 : 1019) bestehen; hier gilt es, den Erkenntnisgewinn gegenüber einer möglichen Manipulation der Ergebnisse gründlich abzuwägen.

3.2.4.2 Zu den Termini *Gespräch* und *Transkript*

Die im Folgenden aufgeführten Charakteristika gesprochener Sprache nach Schwitalla (1994 : 18f.) greifen zunächst die für die Datenerhebung zentralen Erläuterungen zu Gesprächen in Kapitel 3.2.2.1 auf, um diese im Anschluss auf Grundlage der Ausführungen zur qualitativ orientierten Datenerhebung und -aufbereitung in Kapitel 2.3.2 zu den Charakteristika von Transkripten in Kontrast zu setzen.

Gesprochene Sprache findet im hier untersuchten institutionellen Rahmen *face-to-face* statt, also in *Kopräsenz von Raum und Zeit*. Sie ist *dialogisch* organisiert, d.h. die Rollen von Hörer und Sprecher wechseln ständig zwischen den Interaktanten hin und her: Die Textproduktion und -bedeutung ist das Ergebnis des *gemeinschaftlichen Handelns* der am Gespräch Beteiligten, unter Einbeziehung des situativen Kontexts. Die *Produktion* geht dabei sehr *schnell* vonstatten – der „Planungsspielraum“ (Schwitalla 1994 : 26) ist beim Sprechen sehr gering, die sprachlichen Formen variieren mehr als in der geschriebenen Sprache (sei es auf der Ebene von Lauten und Silben, auf der Satzebene oder hinsichtlich Lexik und Semantik¹²⁸). *Korrekturvorgänge* bleiben *nicht verborgen*, sie hinterlassen *Spuren*, auch wenn die Flüchtigkeit des Gesagten durch das nur einmalige Hören und die geringere Gedächtnisspanne deutlich stärker ausgeprägt ist als bei schriftlichen Texten.¹²⁹

Mit dem letztgenannten Aspekt wird betont, dass das Gespräch selbst zum Zeitpunkt der eigentlichen Analysearbeit bereits vorbei und für eine ausführliche Rück-

¹²⁷ Zu den Vertretern dieser Forschungsrichtung zählt Cameron (1992).

¹²⁸ Vgl. ausführlich zu den einzelnen Ebenen Schwitalla (1994).

¹²⁹ Natürlich können Elemente der gesprochenen Sprache auch in schriftlichen Texten eingesetzt werden (vgl. Arno Schmidts Roman „Das steinerne Herz“, um nur ein Beispiel zu nennen). Genauso kommt es umgekehrt vor, dass in der gesprochenen Sprache Charakteristika der Schriftsprache zu finden sind. Eine interessante ‚Schwellenposition‘ zwischen Mündlichkeit und Schriftlichkeit nehmen E-Mails ein.

schau bzw. Untersuchung sozusagen ‚verloren‘ ist. Um die Gesprächsdaten dennoch für die Analyse handhabbar zu machen, ist daher ihre Aufbereitung und Dokumentation in Form von Transkripten notwendig. Diese unterscheiden sich von den eigentlichen Gesprächen in den genannten sechs zentralen Merkmalen:

1. keine Mündlichkeit: Transkripte sind schriftliche Texte, die zwar gesprochensprachliche Konstituenten dokumentieren, aber dennoch eindeutig der medialen, bzw. medial vermittelten Kommunikation, nicht wie Gespräche der direkten interpersonellen Kommunikation zuzurechnen sind.
2. keine interaktive Konstitution bzw. keine Dialogizität: Während ein Gespräch von mindestens zwei oder mehr Beteiligten gemeinsam, d.h. in einem interaktiven Prozess konstruiert werden, also sozusagen kollaborativ entstehen, wird ein Transkript in der Regel von nur einer Person erstellt. Im Prozess der Transkription werden Bedeutungen nicht ausgehandelt, sondern vielmehr zugeordnet – von einer Person, die zumeist keine der Gesprächsteilnehmenden ist, sondern eine am zuvor Geschehenen unbeteiligte Person, die das Gespräch **rekonstruiert**.
3. keine Spontanität: Im Gespräch ist keine Rücknahme des einmal Ausgesprochenen möglich, im Prozess des Transkribierens hingegen bleiben Korrekturen des Autors so lange unbemerkt, bis er das Produkt seiner Arbeit veröffentlicht. Im Gegensatz zum sich spontan konstituierenden, von unilgbaren Korrektur- bzw. Reparaturspuren durchzogenen Gespräch sind Transkripte also das Ergebnis sorgfältiger Glättungsarbeiten – nicht in dem Sinne, dass Reformulierungssequenzen des ‚Original‘-Gesprächs getilgt würden, jedoch in dem Sinne, dass der Transkribierende sie so lange unbemerkt überarbeiten kann, bis sie seine Interpretation der Audio- oder Videodaten bzw. seine ‚Rekonstruktion der Konstruktion‘ am besten wiedergeben.
4. keine Schnelligkeit: Konsequenz aus Punkt 3 ist, dass die dem Sprechen in der Interaktion inhärente Schnelligkeit beim Transkribieren verloren geht; und zwar in doppelter Hinsicht: Transkribieren nimmt wesentlich mehr Zeit in Anspruch als Reden; und um ein „precise rendering of the verbal phrasing of the utterances including morpho-phonological and morphosyntactic details“ (Deppermann / Schütte 2008 : 188) zu erreichen, ist es in der Regel notwendig, im Prozess der Verschriftung die Geschwindigkeit auch der aufgezeichneten Gesprächsdaten zu reduzieren.
5. keine Situationsgebundenheit: Während Gespräche immer kontextgebunden sind, existieren Transkripte unabhängig von ihren Entstehungsbedingungen.
6. keine Flüchtigkeit: In diesem Kriterium besteht für den Forschenden ein eindeutiger Vorteil des Transkripts gegenüber dem Gespräch. Die beständige, dauerhafte Schriftform ermöglicht erst die detaillierte Analyse. Allerdings ist zu keinem

Zeitpunkt aus den Augen zu verlieren, dass es sich bei einem Transkript nicht bloß um die verschriftlichte, fixierte Form des Gesprächs handelt, sondern bereits um eine unter bestimmten Gesichtspunkten gefilterte Interpretation der ursprünglichen Daten.

Spätestens mit diesem letzten Punkt sollte deutlich geworden sein, dass *Gespräch* und *Transkript* nicht gleichzusetzen sind. Es ließe sich sogar fragen, ob die Bezeichnung *Gesprächsanalyse* für die vorliegende Untersuchung im Hinblick auf theoretisch-methodische Korrektheit überhaupt angemessen ist, oder ob man nicht im empirischen Teil der Arbeit vielmehr von *Transkriptanalyse* sprechen müsste. Wären die für das vorliegende Korpus erstellten Transkripte die einzige Quelle für die Analyse, d.h. hätte es keine zusätzlichen Gespräche zwischen Forschender und beteiligten Ärzten und Angehörigen gegeben, wäre dies sicher angezeigt.

Insgesamt versuchen die Analysen, diesem Unterschied zwischen den beiden ‚Grundpfeilern‘, auf denen sie beruhen, Rechnung zu tragen, indem sie stets beide Termini im Hinblick auf die oben beschriebenen Merkmalen voneinander abgrenzen. Die Transkripte in dieser Arbeit orientieren sich am „gesprächsanalytischen Transkriptionssystem“ (GAT) nach Selting et al. (1998). Eine Liste der Transkriptionszeichen findet sich in Kapitel A1 im Anhang.

4 Gesundheit und Krankheit

„Es liegt ganz unzweifelhaft in der Lebendigkeit unserer Natur,
daß die Bewußtheit sich von sich selbst zurückhält,
so daß Gesundheit sich verbirgt. Trotz aller Verborgenheit
kommt sie aber in einem Wohlgefühl zutage, und mehr noch darin,
daß wir vor lauter Wohlgefühl unternehmungsfreudig,
erkenntnisoffen und selbstvergessen sind
und selbst Strapazen und Anstrengungen kaum spüren
– das ist Gesundheit.“

- H.-G. Gadamer *Über die Verborgenheit der Gesundheit*, S. 143f. -

Mit diesen Worten beschreibt Hans-Georg Gadamer in seinem Aufsatz „Über die Verborgenheit der Gesundheit“ treffend das Wesen der Gesundheit. Er präzisiert dieses „Wohlgefühl“ als das „Da-Sein, In-der-Welt-Sein, Mit-den-Menschen-Sein“ (Gadamer 1991 : 144). Wenn nun in unserer Familie ein Mensch seinen gesunden „Gleichgewichtszustand“ (Gadamer 1991 : 145) verliert, indem er schwer erkrankt – sei es physisch oder psychisch –, bedeutet dies nicht nur für den Patienten selbst eine Erschütterung seines persönlichen und gesellschaftlichen Lebens. – Auch die Menschen, „mit denen er ist“, sind von der Krankheit betroffen. Besonders seine Familienangehörigen müssen die mit ihr verbundenen Veränderungen akzeptieren und mit ihnen umzugehen lernen.

Wie sie dies im Einzelnen tun, hängt im Wesentlichen von der Vorstellung ab, die sie vom Patienten und seiner Krankheit haben. Im Folgenden soll daher kurz das dieser Arbeit zugrunde liegende Verständnis psychischer Krankheit skizziert werden, um dem Leser in einem ersten Schritt einen Anhaltspunkt für die den Analysen zugrunde liegenden Vorstellungen zu geben, damit dieser die Interpretation der Ergebnisse in einem zweiten Schritt besser verstehen kann.

4.1 Zum Verständnis psychischer Erkrankung

Aus philosophisch-soziologischer Perspektive lassen sich zwei grundlegende Strömungen in der Auseinandersetzung um den Krankheitsbegriff ausmachen: auf der einen Seite die *normativistische* bzw. *interpretative* Position, zu deren Vertretern Michel Foucault und Erving Goffman zählen. Dieser Auffassung steht die *naturalistische* bzw. *funktionalistische* Position gegenüber, die beispielsweise von Christopher Boorse vertreten wird.

Im Folgenden sollen einige grundsätzliche Gedanken präsentiert werden, die bei der Lektüre der Analysen hilfreich sein können. Es soll und kann im Rahmen der vorliegenden linguistisch-gesprächsanalytischen Untersuchung nicht darum gehen, die Geschichte der Auseinandersetzung um das Konzept psychischer Erkrankung in erschöpfender Weise darzulegen.

Der Untersuchung liegt ein weitgehend naturalistisches oder auch funktionalistisches Verständnis von Krankheit im Sinne von Schramme (2000; 2007) zugrunde.¹³⁰ Wenn also in der vorliegenden Arbeit von ‚Krankheit‘ die Rede ist, so ist hiermit nicht gemeint, dass es sich um „in der Natur aufzufindende Entitäten“ (Schramme 2000 : 51) handelt, sondern jeweils um ein Konstrukt, „[d]ie Zusammenfassung all der sich ähnelnden Phänomene in einer nosologischen Einheit“ (Schramme 2000 : 51):

„Unsere Alltagssprache verschleiert den ontologischen Status der Krankheitskonstrukte in manchen Formulierungen.[...] So sagen wir manchmal: »Ich habe mir eine Grippe eingefangen« oder »Klaus hat Alzheimer bekommen«, als sei die Krankheit eine in der Umgebung herumschwirrende konkrete Entität, die in den Körper dringt. Da dies nicht der Fall ist, kann man eine Krankheit wie Masern nicht in dem Sinne entdecken, wie man etwa ein bisher unbekanntes Virus entdeckt. Der Tuberkelbazillus *ist* nicht die Krankheit Tuberkulose, sondern deren Ursache.“
Schramme (2000 : 51; Hervorh. i. Orig.)

Vor diesem Hintergrund – Krankheit als Konstrukt – leuchtet ein, dass im Laufe der Geschichte immer wieder die Frage aufkam, ob es überhaupt psychische Krankheiten gibt:

„Aber nicht nur die Frage, wie eine Krankheit interpretiert wird, sondern auch, was überhaupt als Krankheit gilt, ist von sozialen Definitionen abhängig und variiert zeitlich und kulturell.“ Jacob et al. (2001 : 12)

So findet das ‚Nicht-Ernstnehmen‘ von psychischen Krankheiten als gesellschaftlich praktizierte Haltung auch in der Sprache seinen Niederschlag: Keine körperliche Krankheit hat so viele umschreibende, ‚uminterpretierende‘ Metaphern hervorgebracht wie der Bereich der psychischen Krankheiten – hier nur ein paar Beispiele als Beleg: ‚verrückt sein‘, ‚einen an der Klatsche haben‘, ‚austicken‘, ‚nicht alle Tassen im Schrank haben‘ oder ‚eine Schraube locker haben‘.

Aber nicht nur in alltagsweltlichen Situationen wurde die Existenz psychischer Erkrankung immer wieder in Frage gestellt. In der Medizin setzte sich die Unterscheidung zwischen physischen und psychischen Erkrankungen erst Ende des 18. Jahrhunderts durch.¹³¹ Wie in Kapitel 3.2.3.2 dargelegt, beginnt die Etablierung der psychiatrischen Wissenschaft mit der Gleichsetzung bzw. Interpretation der Unvernunft als eine Form der Geisteskrankheit im Zeitalter der Renaissance und des Absolutismus und resultierte in einem Ausgrenzen psychisch erkrankter – bzw. mit dem zeitgeschichtlich korrekteren Begriff ausgedrückt – *irrer* Menschen.

Mit dem in der heutigen Zeit praktizierten Konzept der Gemeinde- und Sozialpsychiatrie hat sich dieser Verwehrcharakter der ‚jungen‘ Psychiatrie gewandelt. Vor

¹³⁰ Schramme steht in der Tradition von Christopher Boorse (1976; 1977).

¹³¹ Vgl. Kendell (2001 : 490).

diesem Hintergrund erscheinen die Studien Erving Goffmans aus der Soziologie sowie die historisch-soziologische Arbeit Michel Foucaults auf den ersten Blick nicht mehr ohne Weiteres angemessen.¹³² Dennoch verspricht die Auseinandersetzung mit ihren Arbeiten auch heute noch einen Erkenntnisgewinn, wenn auch nicht so sehr im Hinblick auf den Einzelnen (Patienten oder Angehörigen), so doch besonders im Hinblick auf den institutionellen Rahmen der Psychiatrie,.

Psychische Krankheit wird in der vorliegenden Arbeit weder als rein gesellschaftlich-politisches ‚Anderssein‘ bzw. ‚Abweichlertum‘ verstanden, noch als eine bloße Gehirnkrankheit. Die Eigenschaften einer psychischen Erkrankung stehen zu den Spezifika somatischer (körperlicher) Krankheiten in einem gegensätzlichen Verhältnis: Während die Symptome körperlicher Erkrankungen meist sichtbar, gut objektivierbar und in der Medizin mit bildgebenden Verfahren erkennbar zu machen sind, zeichnen sich psychische Krankheiten primär dadurch aus, dass sie nicht sichtbar und weniger gut bzw. nur in Teilen objektivierbar sind. Gerade psychische Erkrankungen führen zu einem – scheinbar grundlosen – veränderten Verhalten des kranken Menschen. Meist erst die medikamentöse Therapie bringt auch eine (oft massive) Veränderung des Aussehens mit sich.¹³³

Daraus resultieren unterschiedliche Konsequenzen bzw. Belastungen für den Patienten und sein soziales Umfeld, besonders für die Angehörigen seiner Familie. Ein ‚dopelseitiges‘ Charakteristikum psychischer Krankheit stellen Störungen des Denkens, Bewusstseins und des (Selbst-)Erlebens dar, die sich mit der *fehlenden Krankheitseinsicht* des Patienten verbinden.

Während für Angehörige von physisch erkrankten Menschen oft der Patient selbst als die bevorzugte ‚Informationsquelle‘ für die Familienangehörigen gilt, fällt er aus den genannten Gründen bei psychischen Krankheiten – zumindest in einer akuten Phase – als Informationsquelle weg. Auch andere Möglichkeiten, wie Arbeitskollegen, Bekannte, aber zum Teil auch Freunde können oder werden nicht genutzt.

Der Grund hierfür ist häufig tatsächlich erfahrene soziale Ausgrenzung und/oder Stigmatisierung oder die Angst davor. Obgleich die organisationale und institutionelle Versorgung psychisch erkrankter Menschen heute wieder mehr unterstützenden denn verwahrenden Charakter hat und die Patienten mehr in ihrem alltäglichen Leben ver-

¹³² Vgl. Goffman (1961/1990) und Foucault (1972/2006), dessen Interpretation psychischer Krankheit als politisch-gesellschaftliches abweichendes Verhalten bzw. Revolution besonders in der romanistischen Literaturwissenschaft nachhaltige Wirkung hatte.

¹³³ „On m’a changé mon homme.“ – Dieser Satz gibt pointiert wieder, wie Angehörige die Veränderungen des erkrankten Menschen erleben können. Er wurde von meiner ‚Au pair-Großmutter‘ geäußert, im Hinblick auf die Wirkung der verschiedenen Medikamente auf ihren wegen Depressionen behandelten Mann. Vgl. zu diesem Phänomen auch Buijssen (1993/1996 : 20).

ankern möchte als in *totalen Institutionen*, – obgleich also die institutionellen Zeichen (zumindest prinzipiell) auf *Integration* von psychisch kranken Menschen stehen, sind Ausgrenzung und Stigmatisierung¹³⁴ in diesem Bereich nach wie vor häufiger und weiter verbreitet als bei vielen körperlichen Krankheiten. Im Zentrum stehen dabei nicht nur die Patienten, sondern auch deren Familien.

Zu ‚Reintegration‘ und ‚Rehabilitation‘ dieser Menschen beizutragen und eine stärkere Berücksichtigung ihrer spezifischen Bedürfnisse zu fördern, können daher als zwei der Ziele anwendungsorientierter (Geistes-, Sozial- und/oder Kultur-)Wissenschaften angesehen werden.

Im Folgenden wird das in der psychiatrischen Forschung und Praxis als allgemein gültig zugrunde gelegte Hintergrund- bzw. Lehrbuchwissen zu Schizophrenie vorgestellt, um für den Leser das Verständnis der Äußerungen bzw. Positionen der an der Studie beteiligten Ärzte transparent(er) und so die im zweiten Teil dieser Arbeit präsentierten empirischen Analysen nachvollziehbarer zu machen.

4.2 Schizophrenie – Medizinische Grundlagen

Was sie nun ist, die Krankheit, wann sie kommt, und was dann wird
– davon hat keiner Kunde. Darüber redet auch keiner.
Und wenn einer redet, dann flüstert er.

– Tatjana Tolstaja Kys, S. 38 –

Das Krankheitsbild bzw. die vielgestaltigen Erscheinungsformen der Schizophrenie sind bereits von Ärzten des 16. Jahrhunderts beschrieben worden¹³⁵ und auch wenn bis heute nicht alle Fragen zu ihrer Entstehung geklärt sind, so ist aus medizinisch-psychiatrischer Perspektive doch gesichert, dass es sich hierbei um eine (inzwischen eher weniger) „mysteriöse Geisteskrankheit eines Individuums“ handelt und dass die von Watzlawick/Beavin/Jackson (1967/1974 : 198) angestrebte „Auffassung der Schizophrenie als einer spezifischen Kommunikationsstruktur“ zu kurz greift. Schizophrenie ist vielmehr als eine der schwersten psychischen Erkrankungen anzusehen, die oft nur schwer heilbar ist.¹³⁶

Im Folgenden werden Symptome, verschiedene erforschte Ursachen und Angaben zur Verteilung innerhalb der Bevölkerung (Epidemiologie) sowie Ansätze zur Behandlung (Therapie) dargelegt.

¹³⁴ Stigmatisierung wird hier in Anlehnung an Glaus-Hartmann (2001 : 164) „[a]us soziologischer Sicht [...] die Kategorisierung einer Person oder sozialen Gruppe durch sozial diskreditierende Eigenschaften“ verstanden.

¹³⁵ Vgl. Häfner (2005 : 53).

¹³⁶ In dieser Hinsicht ist diese Erkrankung der Zuckerkrankheit (Diabetes) oder dem Rheuma vergleichbar.

4.2.1 Erscheinungsformen und Symptome

Die vom Schweizer Psychiater Eugen Bleuler 1911 eingeführte Bezeichnung Schizophrenie setzt sich aus den griechischen Begriffen „σχίσειν“ ‚abspalten‘ und „φρήν“ ‚Zwerchfell; Vernunft, Geist, Seele, Gemüt‘ zusammen.¹³⁷ Entgegen dem durch fiktionale Literatur und Filme verbreiteten Laienverständnis zählt die sog. *multiple Persönlichkeitsstörung* oder *gespaltene Persönlichkeit* – das Phänomen, bei dem eine Person verschiedene Persönlichkeiten annimmt¹³⁸ – nicht zur Schizophrenie.

Vielmehr bezeichnet der Begriff in der „Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ – kurz ICD-10 genannt¹³⁹ – eine Gruppe von neun Ausprägungen psychotischer Störungen (psychischer Störungen mit einem veränderten Erleben der Wirklichkeit), die sich in folgenden Symptomen, jeweils in unterschiedlicher Akzentuierung, manifestieren:

„grundlegende und charakteristische Störungen von Denken und Wahrnehmung sowie inadäquate oder verflachte Affekte [...]. Die Bewusstseinsklarheit und intellektuellen Fähigkeiten sind in der Regel nicht beeinträchtigt, obwohl sich im Laufe der Zeit gewisse kognitive Defizite entwickeln können. Die wichtigsten psychopathologischen Phänomene sind Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung oder Gedankenentzug, Gedankenausbreitung, Wahnwahrnehmung, Kontrollwahn, Beeinflussungswahn oder das Gefühl des Gemachten, Stimmen, die in der dritten Person den Patienten kommentieren oder über ihn sprechen, Denkstörungen und Negativsymptome.“
(ICD-10 2006 : 312)

Der zweite Satz dieser Beschreibung macht deutlich, dass die Intelligenz der Patienten durch die Krankheit in aller Regel nicht beeinträchtigt ist – die Kranken „verblöden“ nicht; lediglich der ‚Zugriff‘ auf die intellektuellen Fähigkeiten ist durch die Erkrankung erschwert. Die Patienten haben das Gefühl, dass sie keine Kontrolle über ihre Gedanken haben: Sie werden ihnen von unbekanntem Mächten bzw. von fremden oder bekannten Personen eingegeben oder auch entzogen; Finzen (2004 : 51) beschreibt die-

¹³⁷ Damit löste Bleuler (1911) eine lange Reihe von Bezeichnungen für die Krankheit ab, deren letzte und bis dato weit verbreitete – „Dementia praecox“ (‚frühzeitige Verblödung‘) – von seinem deutschen Kollegen Emil Kraepelin stammte.

¹³⁸ Als Standardbeispiel ist in diesem Zusammenhang die Erzählung „The Strange Case of Dr. Jekyll and Mr. Hyde“ von Robert Louis Stevenson (1886) zu nennen. Seit einiger Zeit ist in der psychiatrischen Forschung umstritten, ob die multiple Persönlichkeitsstörung überhaupt existiert und wenn ja, ob sie ein eigenständiges Krankheitsbild ist. Vgl. Benner/Joscelyne (1984), Aldridge-Morris (1993), Lauer et al. (1993), Saks (1994), Piper (1996), Häfner (2005 : 17f.), Dell (2006) oder Pope et al. (2006).

¹³⁹ Die Zahl 10 in der Abkürzung steht für die aktuelle 10. Revision des Werkes. Das englischsprachige Original wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben. Die vorliegende Arbeit zitiert aus der deutschen Version 2006, Stand Oktober 2005, herausgegeben vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung. Ein weiteres, für die psychiatrischen Krankheiten bedeutendes Klassifikationssystem enthält das „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM-IV) der American Psychiatric Association. Es enthält im Vergleich zur ICD-10 mehr Spezifikationen und Details, die allerdings für die vorliegende Untersuchung nicht relevant sind.

ses Erleben der Patienten treffend mit den Worten: „Es denkt in ihnen. Es bleibt kein Platz für das, was sie denken wollen.“ Die Kombination mit dem Gefühl, verfolgt zu werden, mit Halluzinationen, die alle Sinne betreffen können, und/oder dem Hören einzelner oder mehrerer Stimmen ängstigt den Patienten und führt zu seltsam anmutenden Verknüpfungen bzw. Interpretationen der ihn umgebenden Außenwelt. All diese Symptome nennt man *Plus-, Positiv- oder produktive Symptome*.

Mit der ebenfalls im obigen Zitat erwähnten *Negativ-* (oder auch *Minus-*)*Symptomatik* ist die „Störung bzw. Minderung früher vorhandener psychischer Fähigkeiten im kognitiven, affektiven oder vegetativen Bereich“ (Pschyrembl 2002 : 1072) gemeint. Dazu zählen Aufmerksamkeitsstörungen, Sprachverarmung (*Alogie*), Gefühlsverarmung (*affektive Verflachung*), die Unfähigkeit, Freude und Lust zu empfinden (*Anhedonie*), sozialer Rückzug sowie der Verlust von Initiative und Interessen (*Avolition*).

Eine Unterscheidung der oben angesprochenen einzelnen Typen von Schizophrenie ist nicht immer möglich; die Übergänge können fließend sein. Zudem ist eine detaillierte Differenzierung für die vorliegende Arbeit nicht von Bedeutung, weshalb hier darauf verzichtet werden kann.¹⁴⁰ Zentral ist, dass die Erkrankung den Patienten „die Grundfunktionen, die Gesunden das Gefühl von Individualität, Einzigartigkeit und Entscheidungsfreiheit geben“ (Lexikon der Psychologie Bd. 4, 2001 : 81) nimmt. Auf dieses Auseinanderfallen bzw. Voneinanderabspalten von Fühlen, Denken und Wollen nahm Bleuler mit seiner Namengebung Bezug.

Die Symptome treten schubweise auf; (relativ) stabile Phasen wechseln mit sog. ‚floriden psychotischen Episoden‘, also akuten bzw. ‚blühenden, stark entwickelten‘ Erkrankungszuständen. Nach der präschizophrenen Phase, d.h. dem Vorläuferstadium (*Prodromalstadium*), das oft über mehrere Jahre anhalten kann, hat die Krankheit ihre ‚aktivste‘ oder ‚blühendste‘ Phase im Erststadium. Im mittel- und langfristigen Verlauf pendelt sich der Zustand der Patienten – im Durchschnitt betrachtet – auf einem jeweils individuellen, weitgehend stabilen Niveau ein; in 80 bis 90 Prozent der Fälle ist keine fortschreitende Verschlechterung, jedoch auch keine Verbesserung oder Ausheilung der Krankheit festzustellen.¹⁴¹ Während am Anfang der Erkrankung die Positivsymptomatik überwiegt, treten beim langfristigen Verlauf die Negativsymptome in den Vordergrund.

¹⁴⁰ Sie sind in der ICD-10 (2006) in den Abschnitten F20.0 bis F20.9 oder im DSM-IV (1994) im Abschnitt 295 nachzulesen. In der psychiatrischen Fachliteratur wird der Vielgestaltigkeit der Krankheit oft durch die Formulierung „Erkrankungen bzw. Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis“ Rechnung getragen; vgl. beispielsweise Finzen (2004).

¹⁴¹ Vgl. Häfner (2005 : 169, 415).

Eng verbunden mit den Symptomen der Schizophrenie sind die sog. *schizoaffektiven Störungen*. Sie sind in der ICD-10 (2006 : 319) unter der Kategorie F25 aufgeführt und definiert als eine Kombination schizophrener Symptome, z.B. Wahn und Halluzinationen, mit Merkmalen der sog. bipolaren affektiven Störung – einer Gemütsstörung, die sich akut entweder in Depression oder manischer Hochstimmung äußert:

„Auf der klinischen Ebene gehen, was die Dimensionen Positiv- und Negativsymptomatik auf der einen Seite und depressive und manische Symptome auf der anderen Seite angeht, wahnhaft affektive Erkrankungen und Schizophrenie kontinuierlich ineinander über. Das Mittelfeld, das beide Syndromgruppen miteinander verbindet – und zwar sowohl in Erscheinungsbild und Verlauf als auch genetisch –, wird als *schizoaffektive Psychose* bezeichnet.“
(Häfner 2005 : 129; Hervorh. i. Orig.)

Dieses Ineinanderübergehen von affektiven und schizophrenen Symptomen macht es oft schwer, zwischen einer Schizophrenie und einer schizoaffektiven Psychose zu unterscheiden.

4.2.2 Diagnose – Erstellung und Mitteilung

Ausschlaggebend für die Diagnose einer Schizophrenie ist das Vorhandensein mehrerer der oben beschriebenen Symptome über einen bestimmten Zeitraum hinweg sowie das Ausschließen organischer Ursachen wie Hirnerkrankungen oder Drogeneinwirkung.¹⁴² Neben verschiedenen körperlichen und neurologischen Untersuchungen dient der Diagnosestellung bei psychischen Krankheiten vor allem das sog. Anamnesegespräch¹⁴³ (von griech. „ἀνάμνησις“ ‚Erinnerung‘) mit dem Patienten. In diesem Gespräch erfragt der Arzt Informationen zu Krankheitsbeginn und frühem Verlauf der Erkrankung, denn:

„Diagnosen können nur so valide sein wie die Informationen, auf denen sie beruhen.“ Hambrecht (2001 : 6)

Gerade im Falle der Schizophrenie ist neben den Angaben des Patienten – der sog. Eigenanamnese – die Einschätzung durch Angehörige (oder anderer Personen aus dem sozialen Umfeld des Patienten) – die sog. Fremdanamnese – von großer Bedeutung, besonders wenn es sich um die Erstfeststellung der Krankheit z.B. bei der stationären Aufnahme handelt und keine Erfahrungen aus früheren Untersuchungen vorliegen:

¹⁴² Häfner (2005 : 221 und 223) erläutert allerdings, dass der Konsum von Cannabis einen vorzeitigen Ausbruch der Krankheit auslösen kann und dass die über lange Zeit wiederholte Einnahme von Drogen dazu führen kann, dass sich „chronische paranoide Psychosen“ entwickeln, die zum Teil nur schwer von einer Schizophrenie zu unterscheiden sind.

¹⁴³ Zu dieser Gesprächssorte gibt es in der Linguistik mehrere Untersuchungen; beispielsweise Bührig et al. (2000), Gstettner (2001), Haferlach (1994), Lalouschek (1993; 2001; 2002; 2005), Menz (1993).

„Im floriden Akutstadium einer schizophrenen Psychose sind – sei es aufgrund eingeschränkter oder krankhaft verzerrter Selbstwahrnehmung oder wegen unzureichender Symptomkommunikation – zuverlässige anamnestische Angaben vom Patienten oft nur schwer zu erheben. Fremdanamnestische Informationen zum frühen Verlauf psychischer Auffälligkeiten sind deshalb vor allem bei psychotischen Ersterkrankungen von großer Bedeutung für eine zutreffende diagnostische Beurteilung.“ Hambrecht (2001 : 4)

Die fremdanamnestischen Angaben z.B. der Angehörigen dienen also der Validierung, Ergänzung und Relativierung der Aussagen des Patienten.¹⁴⁴ Die umfangreiche Studie von Hambrecht (2001) hat allerdings auch ergeben, dass eine gründliche Anamneseerhebung auch für die Angehörigen selbst von großer Bedeutung ist, gerade bei chronischen Verläufen der Schizophrenie, für die Hambrecht (2001 : 147) die Bedeutung der Familienmitglieder als wichtige Kotherapeuten unterstreicht: Die Arzt-Angehörigen-Beziehung ist das „(nach der Arzt-Patient-Beziehung) zweitwichtigste Arbeitsbündnis“ bei der Behandlung einer schizophrenen Erkrankung.

Aufgrund der Vielfältigkeit der Symptome und der Forderung nach ihrem Vorhandensein über einen längeren Zeitraum ist die Ermittlung der Diagnose ein komplexerer Prozess als bei vielen somatischen (d.h. körperlichen) Krankheiten. Die Mitteilung der Diagnose an Patienten und Angehörige findet daher meist zu einem relativ späten Zeitpunkt statt.

Zudem präferieren Ärzte wegen der verbreiteten stigmatisierenden Vorurteile über Schizophrenie sowie deren möglicherweise stark belastender und die Krankheit u.U. verschlimmernder Wirkung auf Patienten und Angehörige die Mitteilung meist in indirekter Form und erst dann, wenn der Patient ausreichend stabil ist (vgl. Finzen 2004 : 61).¹⁴⁵ Hierzu ist anzumerken, dass eventuelle Bedenken des Arztes in dieser Hinsicht keine Rechtfertigung für das Verschweigen der Diagnose sein können. Susan Sontag formuliert dies in Bezug auf Krebs:

“As long as a particular disease is treated as an evil, invincible predator, not just a disease, most people with cancer will indeed be demoralized by learning what disease they have. The solution is hardly to stop telling cancer patients the truth, but to rectify the conception of the disease, to de-mythicize it.” Sontag (1978/2001 : 7)

¹⁴⁴ Dabei ist zu berücksichtigen, dass auch die Angaben von Angehörigen vergleichbaren Einschränkungen unterliegen wie die Aussagen des Patienten: Zu dieser, in der Philosophie beispielsweise von Edmund Husserl und Karl Jaspers diskutierten Problematik der Validität (Gültigkeit) und Reliabilität (Verlässlichkeit) von subjektiven Selbst- und Fremdwahrnehmungen sowie zu den Möglichkeiten ihrer Objektivierung bzw. Nutzbarmachung für die Diagnoseerstellung vgl. Hambrecht (2001).

¹⁴⁵ Eine (kommunikationstheoretische) Untersuchung der Informationsschere, die sich für die Angehörigen aus (der Forderung nach) ihrer frühen Einbindung in die Anamneseerhebung und ihrem damit natürlicherweise verbundenen Informationsbedürfnis sowie der erst (viel) später erfolgenden Mitteilung der Diagnose ergibt, steht aus.

4.2.3 Ursachen

Eine Erkrankung an Schizophrenie wird nach heutigem Stand der psychiatrischen Forschung auf das Zusammenwirken mehrerer Faktoren zurückgeführt, die im sog. „Vulnerabilitäts-Stress-Modell“¹⁴⁵ beschrieben werden.

Zunächst spielen in diesem Modell biologische Faktoren eine Rolle; hierzu gehören erstens genetische Bedingungen, wobei die speziellen Gene, die für die Krankheit verantwortlich sind, noch nicht umfassend identifiziert sind. Zweitens stellen neuro-anatomische Abweichungen vom ‚Durchschnittsgehirn‘ und frühe Hirnschädigungen – z.B. durch Sauerstoffmangel bei der Geburt – einen Risikofaktor dar.

Noch nicht abschließend geklärt ist in der Forschung das erhöhte Vorkommen von Dopamin im Gehirn als möglicher Ursachenaspekt: Die sog. *Dopamin-Hypothese* geht davon aus, dass in bestimmten Hirnregionen die Strukturen, die für Ausschüttung und Aufnahme des Neurotransmitters (Botenträgers) Dopamin zuständig sind, ‚überaktiv‘ sind und so zur Entstehung von Psychosen beitragen.¹⁴⁶

Doch nicht nur die Faktoren, die die biologische Vulnerabilität einer Person bestimmen, d.h. die „individuelle Disposition, auf Belastung überdurchschnittlich stark mit Spannung, Angst, Verwirrung bis hin zu psychot[ischer] Dekompensation zu reagieren“ (Psychrembel 2002 : 1775), führen zum Ausbruch einer schizophrenen Störung. Hinzu kommen auch psychosoziale Faktoren, die zusammenfassend als ‚Stress‘ bezeichnet werden. Dabei sind folgende Aspekte von besonderer Bedeutung: einschneidende bzw. kritische Lebensereignisse (wie die erste Liebe, der Schulabschluss, die Berufswahl, Heirat oder der Tod eines nahe stehenden Menschen) sowie eine sozial überstimulierende Umwelt, d.h. eine Überflutung mit zu vielen und unterschiedlichen Reizen bzw. Anforderungen. Auch scheint der Interaktionsstil innerhalb der Familie bzw. des engsten sozialen Umfelds eine Rolle zu spielen.¹⁴⁷

Widerlegt wurden inzwischen das psychoanalytische Konzept der *schizophrogenen Mutter* und die kommunikationstheoretische *Double-Bind-Theorie*. Das erstgenannte Konzept wurde 1948 von Frieda Fromm-Reichmann entwickelt und machte Mütter dafür verantwortlich, aufgrund ihres gefühlkalten, dominanten und kritischen Verhaltens ihre Kinder zu einer pathologisch-schizophrenen Verarbeitung der Bezie-

¹⁴⁵ Teilweise auch *Diathese-Stress-Modell* genannt. Es wurde von Zubin / Spring (1977) entwickelt.

¹⁴⁶ Vgl. Finzen (2004 : 86) und Häfner (2005 : 317f.).

¹⁴⁷ Hier ist das Konzept der *Expressed Emotions* angesprochen; vgl. Häfner (2005 : 165f.), ausführlich dazu Hambrecht (2001 : 22f.). Allerdings ist nicht abschließend geklärt, inwieweit das Familienklima tatsächlich als krankheitsauslösender Faktor wirkt; als gesichert gilt hingegen, dass es für den Verlauf der Krankheit bzw. die Gefahr eines Rückfalls eine bedeutende Rolle spielt (vgl. Anti-Stigma-Arbeitsgruppe der LMU [o.J.] : 2).

hung zu bringen.¹⁴⁸ Die Double-Bind-Theorie (zu Deutsch: Theorie der Doppelbindung) wurde von Bateson/Jackson/Haley/Weakland (1956) beschrieben und bezeichnet die „wiederholte Erfahrung von paradoxen, inkonsistenten, diskrepanten Botschaften bzw. Aufforderungsmustern, die verunsichern und zu Desorientierung führen“ (Lexikon der Psychologie, Bd. 1, 2000 : 336) und damit den Ausbruch einer Schizophrenie nach sich ziehen kann.¹⁴⁹ Gemeinsam ist beiden Konzepten, dass sie dazu beigetragen haben, dass in den 1950/60er Jahren Angehörigen – fälschlicherweise – die Schuld an der Erkrankung ihres Familienmitglieds gegeben wurde.¹⁵⁰

4.2.4 Epidemiologische Angaben

An Schizophrenie zu erkranken, kann grundsätzlich jeden Menschen – unabhängig von seinem kulturellen Hintergrund oder sozialen Status – treffen:

„[...] Jugendliche im Prozess des Erwachsenwerdens und in der beruflichen Entwicklung. Sie trifft Frauen und Männer, die mitten im Leben stehen und solche an der Schwelle zum Alter.“ Finzen (2004 : 20)

In Deutschland sind zwischen 0,5 und 1 Prozent der Bevölkerung schizophoren. Die jährliche Inzidenz, d.h. die Rate der Neuerkrankungen pro Jahr, liegt bei 0,05 Prozent, d.h. ca. 2 bis 6 Personen je 10.000 Einwohner erkranken jedes Jahr zum ersten Mal an einer schizophrenen Psychose.¹⁵¹ Die sog. Lebenszeitprävalenz, also die Wahrscheinlichkeit, dass ein Mensch im Laufe seines Lebens an Schizophrenie erkrankt, beträgt 1,0 Prozent.¹⁵²

Männer und Frauen sind gleich häufig von der Krankheit betroffen. Meist erkranken Männer früher als Frauen: Bei ihnen tritt die Ersterkrankung in den meisten Fällen zwischen dem 15. und 30. Lebensjahr auf. Im Vergleich dazu ist die Rate der zum ersten Mal erkrankten Frauen in diesem Alter geringer, wie Abbildung 2 zeigt; dafür lässt sich bei Frauen ein Anstieg der Ersterkrankungen im Alter zwischen 45 und 50 Jahren beobachten. Eine mögliche Begründung für diesen Umstand könnte eine schützende bzw. den Krankheitsausbruch verzögernde Wirkung des weiblichen Hormons Östrogen sein, das erst in den Wechseljahren verloren geht.¹⁵³

¹⁴⁸ Vgl. Müller (1990 : 15f.). In den 1960er Jahren erfuhr dieser Ansatz sogar eine Erweiterung auf die „schizophrenogene Familie“ (vgl. Foudrain 1961/1969).

¹⁴⁹ Dieses Konzept wurde von anderen Vertretern der sog. Palo Alto-Gruppe um Gregory Bateson weiterentwickelt, vgl. Watzlawick/Beavin/Jackson (1967/1974 : 194-203).

¹⁵⁰ Vgl. Hambrecht (2001 : 17).

¹⁵¹ Vgl. www.psychiatriegespraech.de/psychische_krankheiten/schizophrenie/schizophrenie_epidemiologie.php (zuletzt geprüft am 19.09.2006).

¹⁵² Zum Vergleich: Die Zahl der jährlichen Neuerkrankungen an Brustkrebs liegt in Deutschland bei 45.000 bis 50.000 (vgl. Delbrück 2003 : 17). Die Lebenszeitprävalenz bei Brustkrebs beträgt 8 Prozent.

¹⁵³ Vgl. ausführlicher Häfner (2005 : 211-216).

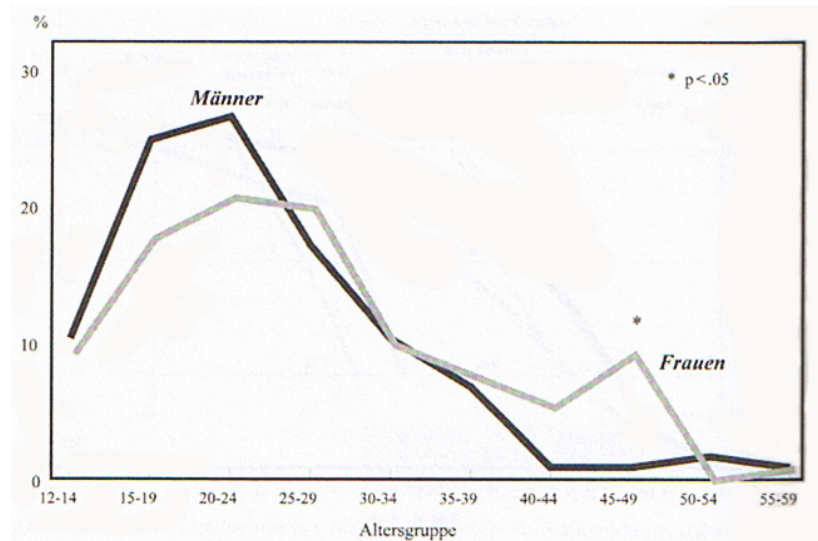


Abbildung 2: Verteilung des Krankheitsausbruchs über den Lebenszyklus bei Männern und Frauen (aus Häfner 2005 : 210)

4.2.5 Therapie

Heutzutage sind die vielfältigen Erscheinungsformen der Schizophrenie gut behandelbar. Damit ist gemeint, dass die Symptome reduziert werden können oder sogar gänzlich zu beseitigen sind – mit dem nötigen Maß an Wissen, Erfahrung, Geduld und dem Einsatz aller Beteiligten (d.h. Ärzten/Therapeuten, Patienten und Angehörigen).

Die Therapie setzt sich aus drei Bestandteilen zusammen: Medikamente (Pharmakotherapie), Psychotherapie und Soziotherapie. In einer psychotischen Akutphase, die meist mit der Aufnahme in ein Krankenhaus verbunden ist, kommt vorzugsweise die medikamentöse Behandlung zum Einsatz.

Während die Patienten früher mangels geeigneter antipsychotischer Medikamente in akuten Phasen mittels Isolierung, Zwangsjacke, Dauerbädern¹⁵⁴ oder Elektrokrampftherapie¹⁵⁵ und Insulin¹⁵⁶ behandelt wurden, setzte mit der Entwicklung des ersten Neuroleptikums in Frankreich 1951 eine erste Wende in der Behandlung der Schizophrenie ein. Neuroleptika haben antipsychotische Wirkung, d.h. sie mildern oder unterdrücken die Symptome, indem sie auf das synaptische Erregungssystem im Gehirn wirken und so die Ausschüttung bestimmter Botenstoffe (Neurotransmitter) wie Dopamin¹⁵⁷ oder Serotonin beeinflussen. Man unterscheidet zwei große Klassen dieser Medikamente:

¹⁵⁴ Eingesetzt zur Milderung anhaltender Erregungszustände.

¹⁵⁵ Auch Elektroschock- oder Konvulsionstherapie genannt. Sie dient im Ursprung dem Herbeiführen epileptischer Zustände, um die Psychose zu bessern. In den Anfängen führte diese Therapie oft zu Knochen- oder Wirbelsäulenbrüchen. Sie wird heute nur noch unter Narkose und bei vollständiger Muskelentspannung (Relaxation) durchgeführt. (Vgl. Lexikon der Psychologie Bd. 4, 2001 : 102.)

¹⁵⁶ Bei der in den 1920er Jahren entwickelten, heute nicht mehr angewandten sog. Insulin-Koma-Therapie wurden die Patienten mittels einer Überdosis Insulin in ein künstliches Koma versetzt. Vgl. Walther (2004).

¹⁵⁷ Vgl. hierzu auch die Erläuterung zur *Dopamin-Hypothese* in Kapitel 4.2.3.

typische und atypische Neuroleptika.¹⁵⁸ Generell hält Finzen (2004 : 130) für sämtliche derzeit verfügbaren Neuroleptika fest, dass sie sich „mehr in ihren unerwünschten als in ihren erwünschten Wirkungen“ unterscheiden.

Die typischen (auch: herkömmlichen) Neuroleptika sind die sog. Neuroleptika der ersten Generation. Sie unterscheiden sich voneinander im Ausmaß ihrer Wirkung (Potenz) und auch ihrer Nebenwirkungen. Man differenziert zwei Stufen dieser sog. neuroleptischen Potenz (vgl. Finzen 2004 : 129f.):

1. Hochpotente Neuroleptika: Sie können akute psychotische Positivsymptome schnell und zuverlässig mildern. Zu den Nebenwirkungen zählen verschiedene Störungen des Bewegungsapparats wie das Parkinsonoid (eine Parkinson-ähnliche Störung der Beweglichkeit) oder Bewegungsunruhe (Akathisie).¹⁵⁹
2. Niederpotente Neuroleptika: Sie wirken hauptsächlich beruhigend (sedierend) auf den Patienten, ihre antipsychotische Wirkung ist meist nur schwach. Ihre unerwünschten Wirkungen sind beispielsweise Schwitzen, Austrocknen der Schleimhäute oder Störungen der Blasenfunktion.

Gemeinsam ist hoch- und niederpotenten Neuroleptika, dass sie weitgehend einseitig auf die Positivsymptomatik (wie Halluzinationen und Wahnvorstellungen) wirken.

Die Gruppe der *atypischen Neuroleptika* sind die sog. Neuroleptika der zweiten Generation. Da ihre Dosierung über einige Tage verteilt auf das gewünschte Niveau angehoben werden soll, eignen sie sich im Allgemeinen nicht für die Akutbehandlung.¹⁶⁰ Sie weisen eine verbesserte Wirkung auf die Negativsymptomatik (wie sozialen Rückzug oder Antriebsmangel) auf. Meist vertragen Patienten sie besser als herkömmliche Neuroleptika. Zwar besteht bei ihnen kein Zusammenhang zwischen Potenz und Schwere der Nebenwirkungen, aber unerwünschte Effekte gibt es auch hier: Sie führen zwar seltener zu motorischen Störungen, jedoch ist die oft deutliche Gewichtszunahme für viele Patienten eine Belastung.¹⁶¹

Gerade die belastenden Nebenwirkungen – aber auch die durch die Medikamente erreichte Symptom- und Beschwerdefreiheit – führen oft dazu, dass die Patienten die Medikamente eigenständig absetzen, wodurch sich ihr Zustand wieder erheblich verschlechtern kann.¹⁶² Um dies zu verhindern, besteht die Möglichkeit, die Medikamente

¹⁵⁸ Die Wirkstoffe und die entsprechenden Handelsbezeichnungen der Medikamente sind im Anhang verzeichnet (vgl. Kapitel A5).

¹⁵⁹ Diese Nebenwirkungen lassen sich mit Anti-Parkinson-Medikamenten behandeln, z.B. mit Akineton (Wirkstoff Biperiden). Vgl. auch Kapitel A5.2 im Anhang.

¹⁶⁰ Vgl. Finzen (2004 : 129).

¹⁶¹ Diese Nebenwirkungen lassen sich – zumindest bei einigen Neuroleptika – durch Nikotinkonsum reduzieren, da sie durch das Nikotin etwa fünf- bis sechsmal so schnell abgebaut werden wie üblich (sog. Enzyminduktion). Durch den daraus resultierenden reduzierten Plasmaspiegel nimmt zwar die Wirkung des Medikaments ab, aber auch die Nebenwirkungen werden abgeschwächt, weshalb einige Patienten zu starken Rauchern werden.

¹⁶² In der Medizin wird dieses Verhalten als *Non-Compliance* bezeichnet. Für eine ausführliche Diskussion des Compliance/Non-Compliance-Konzepts vgl. Winkler (2001).

nicht in Form von Tabletten zu verabreichen, sondern als sog. *Depotinjektionen*, die der Patient in regelmäßigen Abständen erhält, so dass der Arzneistoff konstant und in angemessener Menge im Blutkreislauf freigesetzt wird.¹⁶³

Insgesamt ist die Behandlung mit Neuroleptika – auch und gerade in Verbindung mit anderen Psychopharmaka¹⁶⁴ – nicht ‚harmlos‘, jedoch äußerst wirkungsvoll. Sie kann jedoch immer nur das Fundament der Therapie sein, das durch die beiden anderen, im Folgenden erläuterten Bestandteile ergänzt werden muss.

Die *Psychotherapie* hat zum Ziel, den Patienten bei der Verarbeitung seiner Erlebnisse in der Akutphase zu unterstützen und ihm ein Verständnis seiner Erkrankung zu vermitteln. Dabei werden heute verstärkt sog. supportive Formen wie die kognitive Verhaltenstherapie eingesetzt; eher konfrontative Formen wie die Psychoanalyse werden aufgrund ihrer größeren Belastung für den Patienten vermieden.¹⁶⁵

Der dritte Bestandteil der Behandlung, die *Soziotherapie*, besteht im Trainieren sozialer Kompetenzen und in der sozialrechtlichen Aufklärung des Patienten: Durch die Erkrankung brechen viele Menschen die Kontakte zu ihrem näheren und/oder weiteren sozialen Umfeld ab. Sie verlieren ihre Arbeitsstelle und manchmal sogar ihre Wohnung. In der Soziotherapie lernen sie zum einen wieder soziale Kontakte zu knüpfen und zum anderen ihren Lebensalltag wieder aus eigener Kraft und weitgehend unabhängig von anderen zu bewältigen.

Dieser dritte Therapiebaustein stellt nach der Entdeckung und Einführung der Neuroleptika gleichsam die zweite Wende in der Behandlung der Schizophrenie dar. Dieser Behandlungsansatz wird seit der sog. Psychiatriereform von 1971 bis 1975 in Deutschland praktiziert: Die zuvor weitgehend stationäre Behandlung schizophrener und anderer psychisch Kranker wird seitdem mehr und mehr von einer Behandlung mit einem höheren Anteil an ambulanten und sog. sozial- und/oder gemeindepsychiatrischen Elementen abgelöst, die den Patienten die soziale Wiedereingliederung (*Rehabilitation*) erleichtern soll.¹⁶⁶ Hierzu gehören auch Formen des betreuten bzw. beschützten Wohnens, psychiatrische Heime und Institutsambulanzen¹⁶⁷.

¹⁶³ Vgl. Häfner (2005 : 373). Eine Studie hat zudem ergeben, dass die Depotmedikation positive Effekte im Hinblick auf die Langzeitbehandlung hat, da „unter Depotmedikation nach 24 und 36 Monaten signifikant niedrigere Rehospitalisierungsraten vorliegen als unter oraler atypischer Medikation“; siehe Gutwinski et al. (2007 : 291).

¹⁶⁴ Für die Behandlung von Schizophrenie werden noch vier andere Gruppen von Medikamenten eingesetzt: Benzodiazepine, Antiepileptika, Antidepressiva und die schon erwähnte Gruppe der Anti-Parkinson-Mittel. Zu einzelnen Medikamenten dieser Gruppen siehe Kapitel A5 im Anhang.

¹⁶⁵ Ausführliche Informationen zur Psychotherapie bei Schizophrenie finden sich auf www.psychiatrie-aktuell.de (zuletzt geprüft am 19.09.2006).

¹⁶⁶ Vgl. dazu einführend das Portrait des Sozialpsychiaters Klaus Dörner in Goettle (2004 : 325-335) und vertiefend Häfner (2005 : 377-396).

¹⁶⁷ Zum Begriff der Institutsambulanz vgl. ausführlicher Kapitel 3.2.3.2.

Abschließend sei Folgendes angemerkt: Erinnern wir uns an die Feststellung von Hambrecht (2001), dass die Angehörigen wichtige Kotherapeuten sind, so ist ein Einbeziehen der Angehörigen in allen Phasen der Therapie notwendig. Um dies – gerade in Akutphasen der Erkrankung – zum Wohl des Patienten möglichst unkompliziert und effizient gestalten zu können, ist die (zumindest teilweise) Entbindung der Ärzte von ihrer Schweigepflicht zu überlegen. Selbstverständlich sollte dies nur mit dem ausdrücklichen Einverständnis des Patienten geschehen.¹⁶⁸

¹⁶⁸ Dies ist bereits praktizierte Wirklichkeit im Bezirkskrankenhaus Haar bei München. Vgl. Groß (2006).

5 Das Gesundheitskommunikationsnetz

„Die Störung der Gesundheit ist es, die die Behandlung durch den Arzt nötig macht. Zu einer Behandlung gehört das Gespräch. [...] Das Gespräch trägt die Humanisierung der Beziehung zwischen fundamental Ungleichen, zwischen dem Arzt und dem Patienten.“
- Hans G. Gadamer *Über die Verborgenheit der Gesundheit*, S. 144 -

Diese Feststellung Gadamers gilt ebenso für die Beziehung zwischen dem behandelnden Arzt und den Angehörigen seines Patienten. Dem professionellen Helfer bietet das Gespräch mit Angehörigen die Möglichkeit, zusätzliche Informationen zu erhalten, die für die Therapie des Patienten von Bedeutung sein können. Für Angehörige sind diese Gespräche grundsätzlich eine Gelegenheit, Informationen über die Erkrankung ihres Familienmitglieds zu erfragen, um so ihr Wissen und auch ihre Einstellung zu Krankheit und Patient zu erweitern oder zu modifizieren. Damit trägt das Gespräch mit dem Arzt für die Angehörigen dazu bei, dass diese nicht nur ihr Verhalten besser auf die kranke Person und deren Bedürfnisse abstimmen können, sondern auch Wege zur Erfüllung eigener Bedürfnisse, zur eigenen Bewältigung und Entlastung im Zusammenhang mit der Erkrankung, finden können.

Im Kommunikationsnetz um (psychische) Gesundheit und Krankheit stellt der behandelnde Arzt nur eine von vielen verschiedenen Anlaufstellen dar, bei denen Angehörige Informationen über die Krankheit sammeln und sich austauschen können. Insgesamt lassen sich vielseitige und -schichtige Interaktionen innerhalb des Kommunikationsnetzes ausmachen, das in Abbildung 3 dargestellt ist.

Die Darstellung bildet in vereinfachender Form die nach einem alltagstheoretischen Verständnis zentralen ‚Stationen‘ des Netzes und die Kommunikationswege zwischen diesen Stationen ab, die sowohl mündliche als auch schriftliche Formen der Kommunikation umfassen. Im Hinblick auf das Thema der vorliegenden Arbeit sind hier vor allem die Wege interessant, die Angehörigen psychisch erkrankter Menschen (zumindest theoretisch) offen stehen. Sie sind in der Abbildung durch blau dargestellte Pfeile markiert: Diese Wege stellen für die Angehörigen die Möglichkeit dar, zum einen Wissen über die Krankheit ihres Familienmitglieds zu erwerben und zum anderen ihre eigenen Ideen und Sorgen zur Therapie des Patienten sowie ihren eigenen Umgang mit der Erkrankung einzubringen und sich über diese Themen auszutauschen. Die gestrichelten Pfeile von und zu der ‚Station Patient‘ weisen darauf hin, dass diese Kommunikationswege aufgrund der psychischen Erkrankung und ihrer Auswirkungen auf Denken und Verhalten in der Praxis in unterschiedlichem Maße beeinträchtigt sein können und daher nicht jederzeit zur Verfügung stehen.

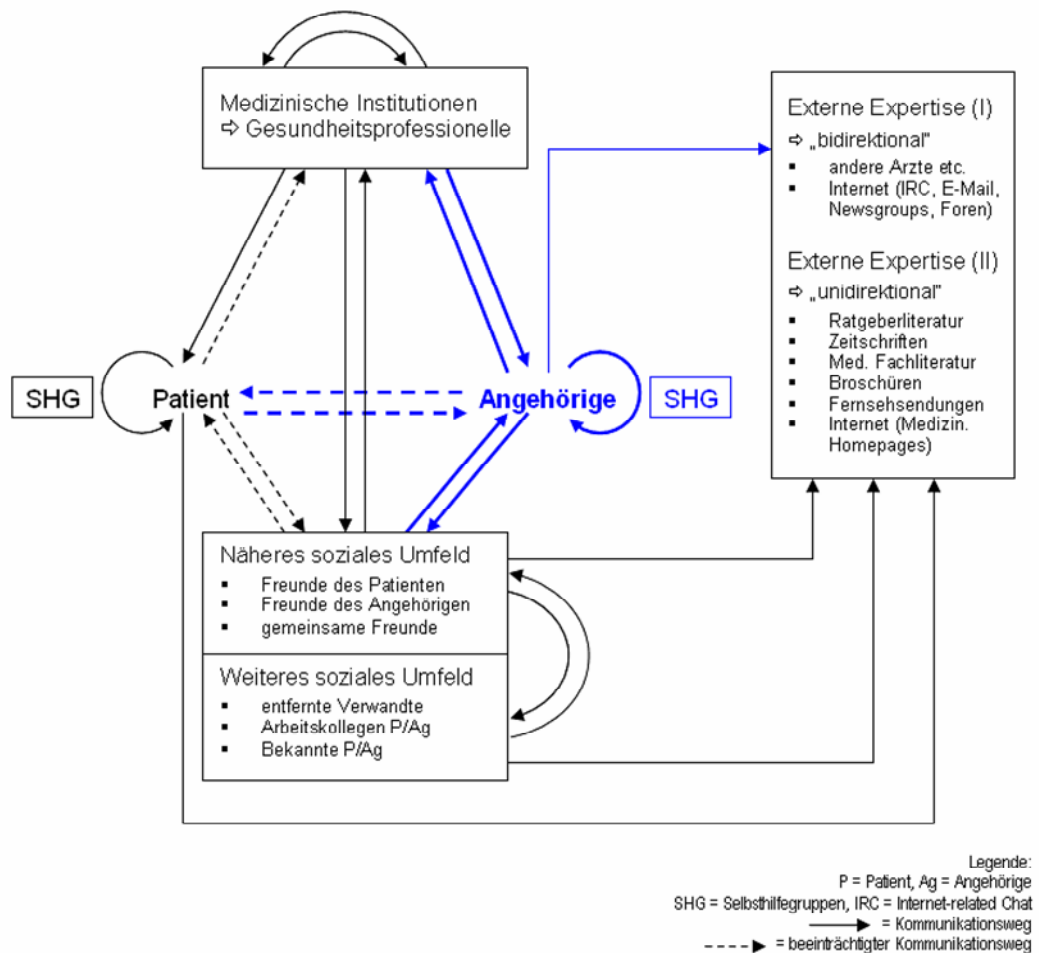


Abbildung 3: Das Kommunikationsnetz um psychische Gesundheit und Krankheit (eigene Darstellung)

Aufgrund der – auch im obigen Zitat Hans-Georg Gadamers ausgedrückten – zentralen Rolle des behandelnden Arztes im Falle einer Erkrankung erscheint es nahe liegend, dass er für die Angehörigen die erste Station auf ihrem Weg der Annäherung an die Krankheit und die veränderte Situation zuhause ist. Der behandelnde Arzt ist nicht nur bei somatischen Erkrankungen wie Krebs und „nicht nur ‚qua Amt‘ erster Informationsgeber [...], sondern nach wie vor bevorzugte und wichtigste Quelle von Informationen, der die Patienten am meisten Vertrauen entgegenbringen“ (Gaisser / Stamatiadis-Smidt 2004 : 1339). Gleiches gilt auch und gerade für die Angehörigen eines schizophreniekranken Menschen, denn bei dieser psychischen Erkrankung entfällt der Patient in der Regel aufgrund seiner Bewusstseinsstörungen oder seines Realitätsverlusts als Ansprechpartner.

In der Regel ist davon auszugehen, dass die Angehörigen sich erst dann anderen Anlaufstellen zuwenden bzw. andere Wege im Kommunikationsnetz wählen, wenn sie ihre Erwartungen an das Gespräch mit dem behandelnden Arzt enttäuscht sehen, d.h. wenn sie nicht die Informationen oder die individuelle bzw. auf ihre Bedürfnisse abgestimmte Beratung erhalten haben, die sie erhofft hatten: (therapeutische) Maßnahmen

gegenüber dem Patienten diskutieren, Ratschläge einholen oder sich über eigene Erlebnisse, Beobachtungen, Ängste und Hoffnungen austauschen.

Diese anderen Anlaufstellen können Personen des näheren und weiteren Umfelds der Angehörigen (wie andere Verwandte und Freunde) sein, Selbsthilfegruppen oder verschiedene Quellen sog. externer Expertise, d.h. nicht in den persönlichen Fall involvierte medizinische und ‚paramedizinische‘ Informationsquellen und Ansprechpartner.

Die Abbildung versucht, die Heterogenität dieses Bereichs wiederzugeben: Hier sind alle Arten menschlicher Kommunikation vertreten: von der spontanen oder geplanten Face-to-Face-Kommunikation über Ratgeberliteratur in gedruckter Form bis hin zu Kommunikationsformen des Internet (die in sich wiederum sehr heterogen sind).¹⁶⁹

In den folgenden Abschnitten wird der Weg der Arzt-Angehörigen-Kommunikation im gesellschaftlichen Kommunikationsnetz um psychische Krankheit und Gesundheit, präziser ausgedrückt: die mündliche Kommunikation in Form von Gesprächen zwischen den professionellen ärztlich-psychiatrischen und den ‚ehrenamtlichen‘ familialen Helfern, näher betrachtet. Dabei werden zunächst die für die linguistische Untersuchung unmittelbar relevanten Bedingungen, Möglichkeiten und Charakteristika der Interaktion näher erläutert. Hinweise zu weiteren, für Angehörige psychisch erkrankter Menschen zentralen, Kommunikationswegen ergänzen die Darstellung.

5.1 Gespräche zwischen Angehörigen und behandelndem Arzt

„Auf alle Fälle ist im Bereich der Medizin das Gespräch keine bloße Einleitung und Vorbereitung der Behandlung. Es ist bereits Behandlung und geht in die weitere Behandlung ein, die zur Heilung führen soll.“
- Hans G. Gadamer *Behandlung und Gespräch*, S. 162 -

Der Kommunikationsweg zwischen Angehörigen und behandelndem Arzt steht im Mittelpunkt der im empirischen Teil der Arbeit folgenden Analysen. Allerdings reicht die bereits getroffene Einschränkung auf die Kategorie ‚Arzt-Angehörigen-Gespräch‘ allein nicht aus, die vielfältigen Variationen dieser Kommunikationsform im Bereich medizinischer Institutionen in einem für Analysezwecke geeigneten Sinne fassbar zu machen: In einem allgemeinen, grundsätzlichen Kontext sind hierunter sämtliche Gespräche aller Angehörigen eines Patienten zu verstehen, die ab der ersten Manifestation der Erkrankung bzw. der ersten als solche wahrgenommenen Manifestation und allen daraufhin in die Behandlung involvierten Ärzten (Hausärzten, Klinikärzten etc.) stattfinden.

¹⁶⁹ Eine ausführliche Auseinandersetzung mit den Bedingungen der Gesundheitskommunikation im Internet bieten Hurrelmann / Leppin (Hrsgg.) (2001).

Im Kontext der vorliegenden Arbeit fokussiert die folgende Charakterisierung von Arzt-Angehörigen-Gesprächen daher in zweierlei Hinsicht: Der erste Fokus betrifft die zeitliche Dimension und liegt auf Gesprächen, die nach der erstmaligen Aufnahme eines Patienten in ein psychiatrisches Krankenhaus, der sog. *Ersthospitalisierung*, geführt werden: Gespräche während des ersten Klinikaufenthalts, Gespräche in den Phasen zwischen und während folgender Klinikaufenthalte sowie Gespräche nach der letzten Entlassung des Patienten.

Der zweite Fokus richtet sich auf die personelle Dimension der Gespräche: Die folgende Darstellung bezieht sich auf Gespräche zwischen den unmittelbar von der Erkrankung des Patienten mit betroffenen, ‚pflegenden‘ Angehörigen und dem behandelnden Arzt in Klinik oder Institutsambulanz.

5.1.1 Allgemeines zu den institutionellen Bedingungen der Gespräche

Die interpersonale Kommunikation ist in der Regel gekennzeichnet durch ein vertikales Verhältnis zwischen den Partnern: Zwischen dem Arzt als professionellem Helfer und dem Angehörigen als medizinisch-psychiatrischem Laien besteht ein Gefälle in Bezug auf das diagnostische und therapeutische Wissen um psychische Krankheiten im Allgemeinen und um Schizophrenie im Besonderen.

Dieses Charakteristikum kommt vor allem in Gesprächen während der Ersthospitalisierung und in der Zeit nach der ersten Entlassung des Patienten zum Tragen. Mit der Zeit, d.h. bei fortschreitender Dauer der Erkrankung erwerben und/oder erweitern die Angehörigen ihr Wissen über die Krankheit in nicht unbeträchtlichem Umfang durch die Erfahrungen, die sie selbst im Zusammenleben bzw. in der Auseinandersetzung mit dem Patienten machen. Oft eignen sie sich zudem Wissen mit Hilfe verschiedener Quellen und Formen externer Expertise an, die in Abbildung 3 dargestellt sind.¹⁷⁰

Gespräche zwischen dem behandelnden Klinikarzt und den Angehörigen des Patienten finden nicht ‚automatisch‘, d.h. in systematisch-institutionalisierter Form statt. Im Unterschied zur gesetzlich festgeschriebenen Informations- bzw. Aufklärungspflicht des Arztes gegenüber seinem Patienten besteht gegenüber dessen Angehörigen keine solche Verpflichtung. Im Gegenteil: Die ärztliche Schweigepflicht hat zur Folge, dass der Arzt ohne das Einverständnis des Patienten nicht auf die Angehörigen zugehen *darf*. Eine besonders prekäre Situation stellt in dieser Hinsicht die Form der Zwangseinweisung eines Patienten dar.

¹⁷⁰ Der Begriff des Laien ist in diesem Zusammenhang nicht einfach und ‚ein für alle Mal‘ zu definieren. Vgl. hierzu Brünner / Gülich (2002).

Die einzige Verbindung über diesen ‚Gesprächsgraben‘ zwischen Arzt und Angehörigen hinweg bilden zu Beginn jedes Klinikaufenthalts die sog. Fremdanamnesegespräche zum Sammeln von (zuverlässigen) Informationen zu Beginn und frühem Verlauf der Erkrankung sowie zur aktuellen Situation des Patienten. Am Ende der stationären Behandlung des Patienten und im weiteren Verlauf der Nachbehandlung stehen diesen fremdanamnestischen Gesprächen sog. fremdkatamnestische Gespräche gegenüber, die im folgenden Abschnitt näher erläutert werden.

5.1.2 Die Fremdkatamnese

Psychische Krankheiten wie Schizophrenie müssen bisher weitestgehend ohne Objektivierungsmöglichkeiten beispielsweise durch bildgebende Verfahren (u.a. Ultraschall oder Kernspintomographie) diagnostiziert und therapiert werden.¹⁷¹ Von allen medizinischen Disziplinen sind daher besonders die psychiatrische Forschung und Praxis auf zuverlässige Informationen zur Situation des Patienten vor und nach seinem Klinikaufenthalt angewiesen, um die zutreffende Diagnose stellen und eine angemessene Therapie oder Nachbehandlung veranlassen zu können.

Diese Informationen erfragt der behandelnde Arzt üblicherweise zu Beginn der stationären Behandlung im sog. Anamnesegespräch (von griech. ἀνάμνησις *Erinnerung*) mit dem Patienten.¹⁷² Über die jeweils aktuelle Situation nach dem Klinikaufenthalt befragt er den Patienten in regelmäßig stattfindenden Katamnesegesprächen; sie dienen der Beobachtung des Krankheitsverlaufs nach Abschluss der stationären Behandlung.¹⁷³

Da Schizophrenie jedoch mit Störungen des Bewusstseins, Denkens und (Selbst-) Erlebens einhergeht, ist neben den Angaben des Patienten – der sog. Eigenanamnese bzw. -katamnese – die Einschätzung durch Angehörige (oder eine andere Vertrauensperson) des Patienten von großer Bedeutung. Bei Patienten mit massiven Sprachstörungen (z.B. nach einem Schlaganfall), bei dementen oder Alzheimer-Patienten ist die Fremdanamnese oft sogar das einzige Mittel für den Arzt, Informationen zum Krankheitsverlauf bzw. zur gesamten Krankengeschichte zu erhalten. Gleiches gilt im Hinblick auf die Katamnese:

¹⁷¹ Siehe hierzu Paulus (2007).

¹⁷² Zu dieser Gesprächssorte gibt es in der Linguistik zahlreiche Untersuchungen. Für einen Einstieg in die Thematik sei auf folgende Literatur hingewiesen: Redder (1994), Stivers / Heritage (2001), Laloušek (2005).

¹⁷³ Der Psychrembel (2002 : 464) unterscheidet zwischen dem allgemeiner gefassten Begriff der *Katamnese* und der sog. *Epikrise* als dem „zusammenfassende[n], kritische[n] Abschlussbericht über den Verlauf einer Erkr[an]kung im Krankenhaus, evtl. mit Angabe u. Begründung einer Diagnosestellung sowie Empfehlungen zu weiter durchzuführender Therapie“ (Hervorh. von R.M.). Die Epikrise ist das letzte Gespräch zwischen Arzt und Patient während des Klinikaufenthalts; sozusagen in Analogie zu dieser Gesprächssorte hat die Katamnese die Verlaufsbeobachtung und -beurteilung **nach** dem stationären Aufenthalt zum Gegenstand.

„Die Kontaktnahme zu Angehörigen seitens des Arztes ist Fürsorge gegenüber seinem Patienten.“ Groß (2006 : 18)

Im Sinne einer für alle Beteiligten möglichst transparenten „Fürsorge“ einerseits und vor dem Hintergrund der Bestimmungen zur ärztlichen Schweigepflicht andererseits ist der Patient bei diesen Katamnesegesprächen meist anwesend. In der Regel sprechen Arzt und Angehörige(r) nur in Fällen allein miteinander, in denen der Zustand des Patienten eine Teilnahme nicht erlaubt (etwa bei einem akuten Rezidiv) oder wenn der behandelnde Arzt ungünstige Folgen für den Patienten erwartet, z.B. wenn der Patient keine Krankheitseinsicht zeigt (was dazu führen könnte, dass er Verschwörungstheorien konstruiert, in denen Arzt und Angehörige eine aktive, ‚böse‘ Rolle spielen).

Der Rhythmus von (Fremd-)Katamnesegesprächen richtet sich nach dem jeweils aktuellen Zustand des Patienten. Daher kommt es sowohl von Fall zu Fall als auch je nach Krankheitsphase zu starken Schwankungen; im Allgemeinen reicht das Intervall katamnestischer Termine von wöchentlich über vierzehntägig und vierwöchentlich bis halbjährlich.

Im Hinblick auf die Handlungszwecke der Gesprächsteilnehmer¹⁷⁴ lässt sich die Fremdkatamnese in einem ersten Schritt der Gruppe der „rekonstruktiven Diskursarten wie Berichten, Mitteilen, Schildern, Beschreiben, Wiedergeben oder Darstellen“ (Reershemius 1999 : 203) zuordnen.

Aus Sicht des Psychiaters richtet sich das Erkenntnisinteresse dabei auf die schulische oder berufliche Integration des Patienten, seinen gesundheitlichen Status, soziale Ressourcen und seine Lebenszufriedenheit zum Zeitpunkt des Gesprächs. Somit lässt sich das erste von drei grundlegenden handlungsstrategischen Zielen benennen, die für die Gesprächssorte *Fremdkatamnese* charakteristisch sind: die *Gewinnung von Informationen über den Zustand des Patienten*. Eine der wesentlichen Aufgaben von fremdkatamnestischen Gesprächen ist damit derjenigen von Arzt-Patienten-Gesprächen zur anamnestischen Beschwerdenschilderung vergleichbar, die Spranz-Fogasy (1987 : 295) wie folgt beschreibt:

„[...] : was vorläufig nur der Patient weiß, soll im folgenden in einem interaktiven Prozeß in gemeinsames Wissen umgewandelt werden und zwar mindestens so weit, daß der Arzt mit diesem Wissen und seinem typisierten professionellen Wissen therapeutische Schritte einleiten kann.“

Mit dem Einleiten „therapeutischer Schritte“ spricht Spranz-Fogasy neben dem Wissensaustausch einen weiteren Handlungszweck an, der nicht nur für die Beschwerdenexploration im Arzt-Patienten-Gespräch von Bedeutung ist. Auf die Bedingungen der

¹⁷⁴ Vgl. die Anmerkungen zur Typologisierung von Gesprächen in Kapitel 3.2.1.1.

Fremdkatamnese übertragen, lässt sich das zweite grundlegende Handlungsziel dieser Gesprächssorte formulieren als die *Vorbereitung weiterer Maßnahmen zur (Nach-)Behandlung des Patienten*.

Als Kriterium zur Erfolgsmessung im Bereich katamnestischer Maßnahmen gilt in der Medizin in erster Linie nicht die *Verbesserung* des gesundheitlichen Zustands des Patienten, sondern dessen *Rückfallbewältigung*. Die *Rückfallprophylaxe* kann daher als ein Bestandteil des oben genannten zweiten Handlungsziels von (Fremd-)Katamnesegesprächen gewertet werden.

Aufgrund ihrer Rolle als Kotherapeuten und mitunter rechtliche Betreuer¹⁷⁵ richten sich die Handlungszwecke der Angehörigen ebenfalls auf die für den behandelnden Arzt relevanten Aspekte des Patientenzustands sowie auf die aktuellen und künftigen Maßnahmen zur (Nach-)Behandlung des Patienten und deren Erfolg. Darüber hinaus verfolgen Angehörige in ihrer Rolle als emotional und sozial mit dem Patienten verbundene und von seiner Krankheit mit betroffene Familienmitglieder allerdings noch andere Ziele als der professionell-distanzierte, sozial und emotional (weitestgehend) unbeteiligte Arzt. Diese beziehen sich auf ihre eigenen Befindlichkeiten im Hinblick auf den Patienten, seine Erkrankung und den Umgang mit beiden. So sind auch die im Mittelpunkt des ärztlichen Interesses stehenden Informationen zum Zustand des Patienten aus der Angehörigenperspektive anders zu gewichten und/oder anders zu fokussieren. – Eine der zentralen Aufgaben der vorliegenden Untersuchung ist es daher, aufzuzeigen, welche konkreten inhaltlichen Aspekte in Bezug auf den Patienten und dessen Therapie auf der einen Seite und welche Aspekte ihres eigenen Befindens auf der anderen Seite für die Angehörigen im Mittelpunkt stehen.

Damit verbunden ist die Frage, ob Ärzte in Fremdkatamnesegesprächen mit Angehörigen ihrer Patienten zusätzlich zu den bisher genannten, patientenorientierten (sprachlichen) Handlungszielen auch solche Zwecke verfolgen, die sich auf die Bedürfnisse der Angehörigen richten. Das dritte grundlegende handlungsstrategische Charakteristikum der Fremdkatamnese ist daher – zumindest aus der Angehörigenperspektive und im Sinne einer (gesprächs-)partnerschaftlich orientierten ärztlichen Gesprächsführung – die *Berücksichtigung der eigenen Befindlichkeiten der Angehörigen*.

¹⁷⁵ Das Konzept und die Aufgaben eines rechtlichen Betreuers basieren auf den gesetzlichen Bestimmungen zur sog. „rechtlichen Betreuung“, die in §§ 1896ff. BGB geregelt ist. Ehrenamtliche oder berufstätige rechtliche Betreuer werden gerichtlich bestellt, wenn „ein Volljähriger auf Grund einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung seine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht besorgen“ kann (§ 1896, Abs. 1, Satz 1 BGB). Nach Brill / Marschner (2005 : 138) „geht es vor allem um die Unterstützung bei der Wahrnehmung und Wahrung rechtlicher Interessen — und nicht vorrangig um die soziale Unterstützung und Begleitung, die zum Aufgabenbereich der Sozialen Arbeit gehört.“ Der Betreuer ist dabei ausschließlich für das Erledigen derjenigen Aufgaben zuständig, die der Betreute selbst aufgrund einer psychischen Erkrankung oder Behinderung nicht (mehr) wahrnehmen kann. Das Ziel der Übernahme dieser Aufgaben durch einen rechtlichen Betreuer ist in § 1901, Abs. 4, Satz 1 BGB formuliert: „Innerhalb seines Aufgabenkreises hat der Betreuer dazu beizutragen, dass Möglichkeiten genutzt werden, die Krankheit oder Behinderung des Betreuten zu beseitigen, zu bessern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern.“

Auf der Ebene des *interaktiven Prozesses* der Fremdkatamnese äußern sich diese drei Handlungsziele der an diesen Gesprächen Beteiligten erstens in der Gesprächsorganisation als *Frage-Antwort-Dialog*, der typischen Gesprächsform zwischen Vertretern der medizinischen Institution Krankenhaus und deren Klienten.¹⁷⁶ Im Unterschied zu Gesprächen zwischen Ärzten und Patienten sind diese Dialoge allerdings nicht vom Sprechen ‚über sich selbst‘ geprägt, sondern durch das *Reden über einen Dritten*, in An- oder Abwesenheit dieses Dritten, gekennzeichnet.

Nicht zuletzt kommen die Handlungsziele der an den Gesprächen Beteiligten auch in den (sprachlichen) Handlungen zum Ausdruck, die diese einsetzen bzw. den Aufgaben, die in der Fremdkatamnese ‚abzuarbeiten‘ sind: Hierzu zählen das Erfragen von Informationen, das Anbringen von Vorschlägen und/oder das Geben von Anweisungen. Aber auch das Äußern von Kritik an bisherigen (Nach-)Behandlungsmaßnahmen oder von Belastungen ist Teil des ‚Handlungsrepertoires‘ in fremdkatamnestischen Gesprächen.

Aus dem bisher Gesagten ergibt sich folgende Definition des Fremdkatamnesegesprächs, die im Schlusskapitel auf Basis der Ergebnisse aus den empirischen Analysen zu überprüfen und gegebenenfalls anzupassen und auszdifferenzieren sein wird:

Fremdkatamnesegespräche zwischen Angehörigen und behandelnden Ärzten in der die Nachsorge betreuenden Klinik bzw. Institutsambulanz dienen aus ärztlicher Perspektive primär dazu, Informationen zum Zustand des Patienten zu gewinnen und weitere Maßnahmen zur (Nach-)Behandlung des Patienten vorzubereiten. Dies geschieht in Form eines interaktiven, von Arzt und Angehörigem gemeinsam erarbeiteten Rekonstruierens der Krankengeschichte und des aktuellen Zustands des Patienten. Aus der Perspektive der von der Erkrankung mit betroffenen Angehörigen sind darüber hinaus deren eigene Befindlichkeiten zu berücksichtigen.

¹⁷⁶ Vgl. als kritische Position hierzu Spranz-Fogasy (1987 : 301), der zu Folgegesprächen in der Arzt-Patienten-Kommunikation festhält, dass ein Patient Beobachtungen und/oder Erfahrungen macht, „die er nur dann mitteilen kann, wenn er relativ frei erzählen darf. Das gilt z.B. für Erfahrungen mit den bis dato vom Arzt angeordneten therapeutischen Maßnahmen. Die für den Arzt aufgrund des bisherigen Behandlungsverlaufs relevanten Informationen können auch im Anschluß an eine wenig gesteuerte Schilderung des Patienten eingeholt werden.“

5.2 Kommunikation zwischen Angehörigen und Patient

The ship is taking me far away
Far away from my memories
Of the people who care if I live or die
- Muse *Starlight* (from the album: *Black Holes and Revelations*) -

Dieser Kommunikationsweg ist der Kern helfender Interventionen eines Angehörigen bei seinem kranken Familienmitglied. Es handelt sich hierbei um eine interpersonale, bidirektionale Kommunikation („face-to-face“, telefonisch oder schriftlich). Ihr Charakter ist grundsätzlich privater Natur.

Im Falle einer Schizophrenieerkrankung müssen der Patient und seine Familie (zum Teil bereits lange) vor einem Krankenhausaufenthalt die Veränderungen der Persönlichkeit des Patienten und den damit einhergehenden Störungen des vertrauten Umgangs miteinander bewältigen. Die Zeit der Ersthospitalisierung – zumal, wenn die Einweisung als Zwangseinweisung, d.h. ohne das Einverständnis des Patienten erfolgt – ist die zweite Belastungsprobe für die Familie.

Die Zeit nach der stationären Behandlung stellt Patient und Familie vor die Aufgabe, die ambulant erfolgende Nachbehandlung in ihren Alltag zu integrieren: Viele der Patienten brauchen nach dem Klinikaufenthalt Unterstützung, sich wieder ‚in der Welt draußen‘ zurechtzufinden. Im alltäglichen Leben der kranken Person, außerhalb von Klinik und Arztpraxis, spielen die Angehörigen somit als „Laien Helfer“ (Richter 1997 : 5) bzw. Kotherapeuten und Ansprechpartner eine bedeutende Rolle. Dies bestätigt auch eine sozialpsychiatrische Studie zum Zusammenhang der Wohnumgebung schizophrener Patienten (städtisch vs. ländlich) und ihren sozialen Kontakten:

“Across all living environments, contact with family was more frequent than contact with others.” Schomerus et al. (2007 : 619)

In dieser Feststellung kommt die grundlegende Bedeutung und Funktion der Familie als die „bedeutsamste u[nd] verbreitetste Form der s[ozialen] Gruppe“ (Hillmann 1994 : 212) und zugleich „kleinste Form des gesellschaftlichen Zusammenschlusses“ (Nohlen Hrsg. 1998 : 176) zum Ausdruck. Zwar hat sich die Definition und die Gestaltung dessen, was Familie und Familienleben ist, im Laufe der Zeit viele Male und in den westlichen Ländern seit der Industrialisierung im 19. Jahrhundert besonders tief greifend verändert.¹⁷⁷ Die unabhängig von historischen und sozio-kulturellen Unterschieden bestehenden zentralen Charakteristika jedoch, die das „Kooperations- und Solidaritätsverhältnis“ der Mitglieder eines Familienverbands untereinander ausmachen, zeichnen dieses Verhältnis immer als „ein ganz spezifisch erklärtes und von anderen Interaktionsbeziehungen in der jeweiligen Gesellschaft abgeho-benes Verhältnis“ aus (Nave-Herz 2002 : 149).

¹⁷⁷ Einen einführenden Überblick hierzu bietet Nave-Herz (2002).

Eine Störung dieses Verhältnisses durch die psychische Erkrankung eines Familienmitglieds ist daher in ihrer Auswirkung auf das gesamte familiäre Gefüge kaum zu unterschätzen. So ist die Beziehung zwischen Patient und Angehörigen in der Regel von sehr intensiven sog. *Ambivalenzerfahrungen* geprägt. Dies kann zu Störungen der Rollendefinitionen und oder gar dem Verlust der gegenseitigen Vertrautheit führen. – Je nach der Art der Beziehung, in der Patient und Angehöriger zueinander stehen, sind diese Erfahrungen unterschiedlich ausgeprägt; für Eltern ergeben sich andere Ambivalenzen, Probleme und Belastungen als für Partner oder Geschwister schizophrener erkrankter Menschen.

Beispielsweise ist die Frage nach dem Verschulden der Krankheit gerade für Eltern schizophrener Patienten mit hohen Belastungen verbunden. Dabei haben diese Belastungen nicht nur im Hinblick auf das emotionale und psychosoziale Leben der Eltern innerhalb des familiären Verbunds Auswirkungen: Nauck (2001 : 415) weist darauf hin, dass nach der soziologischen sog. *Neuen Haushaltstheorie* den Kindern eine besondere Bedeutung für ihre Eltern zukommt, indem sie auf vielfache Weise einen Beitrag zur „Optimierung der sozialen Anerkennung“ ihrer Eltern leisten. Diese Feststellung lässt sozusagen im Umkehrverfahren darauf schließen, dass die Erkrankung des eigenen Kindes noch weitere massive (gesellschaftliche) negative bzw. belastende Auswirkungen auf die Eltern hat.¹⁷⁹

Hingegen ist für (Lebens-)Partner schizophrener erkrankter Menschen die negative *Beziehungsbilanz* sowie die Gefährdung oder zumindest Infragestellung ihrer Lebens- und Zukunftsplanung in besonderer Weise belastend.¹⁸⁰

Für alle Familienmitglieder schizophrener erkrankter Menschen gleichermaßen belastend sind Gefühle und Erlebnisse wie das Schwanken zwischen Verantwortung(sgefühl) und Abgrenzung(sbedürfnis) gegenüber dem Patienten sowie das Erfahren von gesellschaftlicher Stigmatisierung psychischer Krankheiten und der an ihnen erkrankten Menschen auch in der heutigen Gesellschaft, die nicht nur die Patienten selbst betrifft, sondern auch deren Familienangehörigen.¹⁸¹

Dies bedingt, dass die Kommunikation zwischen dem Patienten und seiner Familie, vor allem in der Anfangsphase der Erkrankung, aber auch später noch, nicht unbedingt von Ehrlichkeit und Offenheit geprägt ist: Ängste, Schuldgefühle (oder -zuweisungen) sowie Unverständnis führen oft zu Verheimlichungen auf beiden Seiten. Dies kann wie-

¹⁷⁹ Die Konsequenzen des umgekehrten Falles – wenn ein Elternteil an Schizophrenie erkrankt – beschreiben Grube / Dorn (2007).

¹⁸⁰ Detaillierte Informationen hierzu präsentieren beispielsweise Jungbauer et al. (2004).

¹⁸¹ Vgl. zum Thema Stigmatisierung auch die Erläuterungen in Kapitel 4.1.

derum zu Komplikationen im gesamten emotionalen und psychosozialen Verhältnis zwischen Patient und Familie führen.¹⁸¹

Eine mögliche Tabuisierung oder Bagatellisierung der Krankheit und die damit einhergehenden Vermeidungsstrategien durch die Angehörigen komplizieren die alltägliche Kommunikation und damit den Umgang mit der Krankheit und ihre Bewältigung für alle Betroffenen.

5.3 Kommunikation zwischen Angehörigen untereinander

Denn wir sind wie Baumstämme im Schnee. Scheinbar liegen sie glatt auf, und mit klarem Anstoß sollte man sie wegschieben können. Nein, das kann man nicht, denn sie sind fest mit dem Boden verbunden.
Aber sieh, sogar das ist nur scheinbar.
- Franz Kafka *Die Bäume* (aus: *Betrachtung*), S. 35 -

5.3.1 Kommunikation zwischen Angehörigen innerhalb der Familie

Diese Gespräche finden meist ohne spezielle Vorbereitung statt, sie sind Teil des alltäglichen Lebens innerhalb der Familie. Es ist denkbar, dass die Erkrankung in ein bis zwei Sätzen erwähnt wird, wie ein Exkurs in einem Gespräch über ganz andere Themen.

Es ist allerdings auch möglich, dass manche Angehörige die Krankheit zu einem Tabuthema machen, sie aus den im vorigen Abschnitt erwähnten Gründen (Angst, Überforderung o.Ä.) bewusst oder unbewusst ‚weschweigen‘. In diesem Fall sind Vermeidungs-/Umgehungsstrategien, Ausweichmanöver oder Bagatellisierungen ein wichtiger Bestandteil von Gesprächen mit anderen Familienmitgliedern. Eine offene Kommunikation ist dann nicht möglich.

Divergierende Meinungen in Bezug auf den ‚richtigen‘ Umgang mit dem Patienten können ebenfalls zu Problemen im Verhältnis der Angehörigen untereinander führen, die sich in der Kommunikation versteckt oder offen widerspiegeln. In Situationen zusätzlicher Belastung (z.B. durch den Beruf) kann es bei einzelnen Angehörigen zu dem Gefühl kommen, dass sie sich ganz allein um alles kümmern müssen und die übrigen Familienmitglieder gar nichts oder nur sehr wenig tun, wenn es um die ‚Pflege‘ des Patienten geht. Dies wirkt sich negativ auf das Verhältnis der Angehörigen untereinander aus: Es kommt zu Spannungen, die zu Brüchen nicht nur in der Kommunikation führen können, sondern im gesamten Verhältnis der Familienmitglieder zueinander.

¹⁸¹ Grundlegend im Zusammenhang mit der Schuldfrage sind die Begriffe ‚Risiko‘ und ‚Gefahr‘ als Bewertungsmaßstäbe für die Krankheit. Vgl. hierzu etwa Eirnbter et al. (1993: 43-54), die für das Beispiel Aids aufzeigen, welche unterschiedlichen Konsequenzen die Einschätzung einer Krankheit als ‚Gefahr‘ oder ‚Risiko‘ nach sich zieht.

Psychologische und sozialpsychiatrische Untersuchungen haben ergeben, dass eine offene, ehrliche Kommunikation über das eigene Empfinden der Situation, Gefühle der Überlastung etc. der Angehörigen untereinander positive Wirkung auf den Verlauf der Krankheit hat. Das Miteinander der Angehörigen und die daraus entstehende (nicht zwangsläufig immer, aber grundsätzlich) entspannte Atmosphäre haben allerdings nicht nur im Hinblick auf den Patienten, v.a. für die Rückfallprophylaxe, positive Auswirkungen, sondern tragen auch zu einer leichteren bzw. besseren Bewältigung der Erkrankung durch die Angehörigen selbst bei.

5.3.2 Kommunikation zwischen Angehörigen in Angehörigen- oder Selbsthilfegruppen

Die regelmäßig stattfindende Face-to-Face-Kommunikation (hinsichtlich der Frequenz und der jeweiligen Dauer der Sitzungen) hat halb-öffentlichen Charakter.¹⁸² Die persönliche Färbung bzw. Intimität der eigenen Äußerungen ist abhängig davon, ob es sich um eine geschlossene Gruppe (mit jeweils den gleichen Teilnehmern) oder offene Gruppe (mit ständig wechselnden Teilnehmern) handelt, wie das Wohlbefinden in der Gruppe ist etc. (Atmosphäre, charakterliche Einschätzung der anderen Teilnehmenden etc.).

5.4 Kommunikation von und mit Angehörigen im Rahmen externer Expertise

Zu diesem sehr heterogenen Kommunikationsbereich zählt die (unidirektional ausgerichtete) ‚klassische‘ medizinische, paramedizinische und populärwissenschaftliche Ratgeberliteratur. Auch der gesamte Bereich der zwischen Mündlichkeit und Schriftlichkeit und Uni-, Bi- bzw. Multidirektionalität angesiedelten Online- bzw. Internet-Kommunikation zählt zur externen Expertise: Chatrooms, Foren, medizinische und paramedizinische Websites etc.¹⁸³ Hinzu kommen vielfältige Angebote verschiedener Institutionen, darunter die Telefonberatung. Zunehmend sind auch Dokumentationen bzw. Reportagen in Fernsehen, Radio und Presse zu sehen, zu hören oder zu lesen, die über Schizophrenie oder andere psychische Krankheiten (vor allem Depressionen) informieren.¹⁸⁴

¹⁸² Dies gilt für die Gespräche während der Sitzung. Vor und nach dem ‚offiziellen‘, eigentlichen Teil der Sitzung ist ein mehr privater und dadurch gelösterer, lockerer Charakter der Gespräche denkbar.

¹⁸³ Qualität der Information sowie Objektivität und Kompetenz der Anbieter (besonders im Internet) sind nur schwer vom Laien-Angehörigen einzuschätzen. Hurrelmann / Leppin (2001: 19) weisen daher berechtigterweise auf die Schaffung einer unabhängigen Kontrollinstanz als Bedingung für die Qualitätssicherung der Informationen im Internet hin.

¹⁸⁴ Letzteres gibt meinen subjektiven Eindruck wieder, der natürlich auch der gesteigerten Sensibilität in Bezug auf derartige Themen im Zusammenhang mit der Arbeit an der vorliegenden Untersuchung geschuldet ist.

Aber auch in der privaten Face-to-Face-Kommunikation gibt es Gelegenheiten für den Kontakt mit externer Expertise. Hierzu zählen Gespräche mit Ärzten oder anderen Gesundheitsprofessionellen, die nicht in die Behandlung des kranken Familienmitglieds involviert sind. Sie können z.B. bei Geburtstagsfeiern von Freunden stattfinden: Man fragt einen Bekannten oder entfernten Verwandten, der Arzt ist, nach seiner Meinung. Interessant sind bei dieser Art von Gesprächen mögliche Widersprüche zur Beurteilung der Krankheit bzw. des Zustands des Patienten durch die in die Therapie involvierten Gesundheitsprofessionellen.¹⁸⁵

¹⁸⁵ Interessant wäre in diesem Fall, wem die Angehörigen glauben und ob bzw. wie sich dies beispielsweise in den Katamnesegesprächen mit dem behandelnden Arzt niederschlägt.

6 Zur Forschungslage – Der Stellenwert der Kommunikation mit Angehörigen in den Wissenschaften

„Auch die Begriffe von Gesundheit und Krankheit beschreiben Lebensphänomene, Aspekte der flutenden Lebendigkeit, die unser Lebensgefühl mit seinem Auf und Ab begleitet. Dem gerecht zu werden verlangt vom Arzt, in der Diagnose wie in der Behandlung, noch anderes als wissenschaftliche und technische Kenntnis und berufliche Erfahrung.“
- Hans-Georg Gadamer *Hermeneutik und Psychiatrie*, S. 211 -

Die Situation der Angehörigen von schwer und chronisch kranken Menschen im Allgemeinen und von Schizophreniepatienten im Besonderen sowie ihre Bedeutung für den Genesungsprozess der Patienten kann aus verschiedenen Perspektiven betrachtet werden.

Dieses Kapitel gibt einen Einblick in die Forschungslage der unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen, die sich mit Angehörigen schwer kranker Menschen und deren Bedürfnissen befassen. Dabei geht es nicht darum, die in den einzelnen Disziplinen vorherrschenden oder miteinander konkurrierenden Meinungen und Ansätze jeweils quasi ‚von innen heraus‘ darzustellen: Die Darstellung ist sprachwissenschaftlich geprägt, indem sie den Schwerpunkt auf Aspekte legt, die von einem linguistisch-gesprächsanalytischen Standpunkt aus bedeutsam für die Auseinandersetzung mit dem Thema Angehörigenkommunikation erscheinen.

6.1 Medizin

In der Medizin, besonders in der Sozialmedizin¹⁸⁶, ist die Bedeutung der Kommunikation zwischen medizinischen Experten und Laien bereits vor längerer Zeit erkannt worden: Erste Ansätze zu diesem Forschungsbereich sind bereits in den 1960er Jahren nachzuweisen (vgl. Löning 2001 : 1576). In der ärztlichen Ausbildung ist die Interaktion zwischen Arzt und Patient inzwischen ein fester Bestandteil, wie ein Blick in den „Gegenstandskatalog für den schriftlichen Teil des ersten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung“¹⁸⁷, speziell den Teilkatalog „Medizinische Psychologie und medizinische Soziologie“ zeigt: Kapitel 2 („Ärztliches Handeln“) beschreibt unter anderem die Prüfungsinhalte zum Thema „Arzt-Patient-Be-

¹⁸⁶ Die Sozialmedizin – auch soziologische Medizin genannt – ist das Teilgebiet der Medizin, das „die Frage nach den Beziehungen zwischen den einzelnen Menschen und der Gesellschaft sowie der Bedeutung dieser Interaktion für Krankheitsentstehung, -verlauf und -häufigkeit in den Mittelpunkt stellt und damit Krankheit als sozial mitbeeinflusstes Geschehen begreift“ (Pschyrembel 2002 : 1557). Siehe zu den Begrifflichkeiten auch Kapitel 6.2.

¹⁸⁷ Dieser Katalog wird vom Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) herausgegeben und ist eine „Erläuterung und Konkretisierung“ des in der Approbationsordnung für Ärzte allgemein formulierten verbindlichen Prüfungsstoffes: „Er ist damit als Hilfestellung sowohl bei der Prüfungsvorbereitung [...] anzusehen und dient [...] als Richtschnur bei der Auswahl der Prüfungsthemen.“ (Gegenstandskatalog 2005 : 3). Die jeweils aktuelle Fassung dieses und aller weiteren Gegenstandskataloge kann auf den Internetseiten des IMPP unter www.impp.de eingesehen werden.

ziehung“, die auch „Kommunikation und Interaktion“ sowie „Besonderheiten der Kommunikation und Kooperation“ zwischen Arzt und Patient umfassen.

Während die Integration des Patienten in die Behandlung also in der medizinischen Ausbildung (zumindest in der Theorie) zu einem Teil des Prüfungskanons geworden ist, ist die Berücksichtigung der Angehörigen von wesentlich geringerer Bedeutung. Der Gegenstandskatalog berücksichtigt die Angehörigenintegration explizit an folgenden Stellen:

2.4.2 Interventionsformen / Patientenschulung – Ziele: Entlastung von Bezugspersonen

2.5.1 Besondere medizinische Situationen / Intensivmedizin – Betreuungserfordernisse: Einbeziehung von Angehörigen

2.5.2 Besondere medizinische Situationen / Notfallmedizin: Überbringung der Todesnachricht an Angehörige

2.5.8 Besondere medizinische Situationen / Sterben und Tod, Trauer: Trauerreaktion der Hinterbliebenen: Trauerberatung als Aufgabe des Hausarztes, Selbsthilfegruppen, Angehörigengruppe; das unheilbar kranke Kind und seine Eltern.

3.1.4 Prävention / Tertiäre Prävention / Rehabilitation: Rezidivrisiko bei hoher Emotionsdichte (Expressed Emotions) Angehöriger

3.2.3 Maßnahmen / Rehabilitation, Soziotherapie, Selbsthilfe und Pflege: Psychosoziale Belastungen der Pflege (bei Angehörigen, bei Professionellen) – Pflege Demenzkranker durch Angehörige

Gegenüber der vorangegangenen Auflage des Gegenstandskatalogs von 2001 fällt auf, dass den Angehörigen mehr Beachtung geschenkt wird. Allerdings ist hierbei zu berücksichtigen, dass die Einbeziehung der Angehörigen unter den Punkten 2.5.2 und 3.1.4 in der rechten Spalte des Katalogs erfolgt und somit lediglich ein „Anwendungsbeispiel“ darstellt, das nicht den „Prüfungsstoff des entsprechenden Items“ (Gegenstandskatalog 2005 : 3) in der Liste der prüfungsrelevanten Einträge erweitert.

Mit Blick auf die Ausbildung zum psychiatrischen Facharzt ist festzuhalten, dass die aktuelle Fassung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) der Bundesärztekammer¹⁸⁸ die Betreuung der Angehörigen in der Liste der zu erwerbenden „Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten“ im Kapitel „26. Gebiet Psychiatrie und Psychotherapie“ nicht explizit erwähnt. Während in der vorigen Ausgabe der MWBO von 2006 lediglich die „Allgemeinen Bestimmungen“ als Weiterbildungsinhalt auch die Befähigung zur „ärztlichen Gesprächsführung einschließlich der Beratung von Angehörigen“ angegeben hatten (MWBO 2006 : 16), ist in der aktuellen Ausgabe zudem im Absatz „Strukturierte Weiterbildung im allgemeinen Psychiatrie-

¹⁸⁸ Die MWBO „hat [...] empfehlenden Charakter. Für jeden Arzt/ jede Ärztin ist immer nur die Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer rechtsverbindlich, deren Mitglied er/sie ist.“ (Definition auf der Internetseite der Bundesärztekammer: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.128.129> [zuletzt geprüft am: 28.07.2007]). Das Dokument in seiner derzeit gültigen Fassung von September 2007 ist im Internet unter folgender Adresse einzusehen: http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/MWBO_28092007-1.pdf [zuletzt geprüft am: 24.11.2008].

Teil“ von Kapitel 26 auch die Anforderung einer „2-monatige[n] Teilnahme an einer Angehörigen-gruppe unter Supervision“ (MWBO 2007 : 111) zu finden.¹⁸⁹

Diese Situation der aktuellen medizinischen Ausbildung, wie sie sich in den Inhalten der offiziellen Prüfungskataloge darstellt, weist erste – wenn auch noch sehr kleine und zaghafte – Schritte aus dem quasi institutionalisierten Schweigen zwischen Ärzten und Angehörigen, das seit langer Zeit im Gesundheitswesen herrscht, wie die Feststellung Huub Buijssens belegt:

„Daß Helfer pflegenden Angehörigen nicht gerecht werden, liegt jedoch nicht in ihrer Absicht. Während ihrer Ausbildung haben sie lediglich gelernt, Patienten zu helfen. Der pflegende Angehörige wurde in der Ausbildung nicht angesprochen.“ Buijssen (1993/1996 : X)

Dieser Missstand in der ärztlichen Ausbildung der vergangenen Jahrzehnte – der sich bis heute auswirkt, da sich die Änderungen der MWBO (2007) natürlicherweise noch nicht in der Praxis niedergeschlagen haben – hat zu einer Art medizinischer Fachratgeberliteratur zum Thema Angehörigenarbeit geführt. Die vielfältigen Problemfelder, die chronische Krankheiten für die Angehörigen eines Patienten mit sich bringen, sowie deren Beratungs- und Unterstützungsbedarf sind ein zentraler Gegenstand dieser Publikationen; die Suche nach Lösungsansätzen nimmt einen großen Platz ein.¹⁹⁰

Auch die größtenteils von Medizinern verfasste, nahezu unüberschaubare populärwissenschaftliche Ratgeberliteratur für die verschiedensten Krankheiten zeugt hiervon. Allerdings entbehren solche Ratgeber meist einer wissenschaftlichen Reflexion der Problematik; sie dienen vielmehr der konkreten, praxisrelevanten Hilfestellung für eine oft sehr heterogene Zielgruppe. Sie können somit nicht als Bestandteil des wissenschaftlichen medizinischen Diskurses angesehen werden. Dennoch unterstreicht die große Zahl dieser Ratgeber – eine Suche mit den Kriterien ‚Ratgeber‘ und ‚Angehörige‘ bzw. dessen flektierten Formen als Schlagworte bei der Internet-Buchhandlung www.buecher.de ergab 178 Treffer¹⁹¹ – die Relevanz des Themas und das (zumindest in der medizinischen Praxis) vorhandene Problembewusstsein.

In der medizinischen Forschungsliteratur nimmt die zentrale Bedeutung der Angehörigen für den (Schizophrenie-)Patienten nicht den Raum ein, den man erwarten könnte. – Dies gilt wohlgerne nur für Literatur, die den (pflegenden) Angehörigen mit

¹⁸⁹ Als expliziter konkreter Weiterbildungsinhalt ist die „Angehörigenbetreuung“ bzw. die Beratung oder Unterstützung von Angehörigen zudem für die Weiterbildungen zum Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin (MWBO 2007 : 108) und in der aktuellen Fassung der MWBO neu auch zum Facharzt für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen (MWBO 2007 : 53) vorgesehen, ebenso wie bereits in der vorangegangenen Version für die Zusatz-Weiterbildungen Palliativmedizin (MWBO 2007 : 165) und Rehabilitationswesen (MWBO 2007 : 173) vorgesehen.

¹⁹⁰ Vgl. unter anderem Lugton (1987/1995), Buijssen (1993/1996), Richter (1997), Büschges-Abel (2000) und Kissling / Pitschel-Walz (2003). Richter (1997) macht z. B. den Vorschlag, den neuen Beruf des „Angehörigenberaters“ einzuführen.

¹⁹¹ Die Recherche wurde am 28.07.2007 durchgeführt.

seinen Bedürfnissen in erster Linie ‚um seiner selbst willen‘ zum zentralen Thema hat; im Rahmen der Ursachenforschung besteht gegenüber der Familie eines Patienten besonders unter genetischen Gesichtspunkten sowohl bei somatischen als auch bei psychischen Krankheiten wie Krebs oder Schizophrenie in der medizinischen Forschung durchaus reges Interesse, wie eine Recherche in der zentralen internationalen medizinischen Online-Literaturdatenbank www.pubmed.gov der US-amerikanischen medizinischen Nationalbibliothek zeigt. Aber auch bei der Anzahl der Untersuchungen, die sich auf die psychosoziale Situation der Angehörigen konzentrieren¹⁹², ist eine Steigerung zu beobachten: Verzeichnet www.pubmed.gov für das Jahr 1998 rund 1.160 Artikel zum Thema Kommunikation mit Angehörigen, sind es für das (noch nicht abgeschlossene) Jahr 2008 rund 1.580.¹⁹³

6.2 Soziologie

Seit Beginn der Soziologie als eigenständiger Wissenschaft Ende des 19. Jahrhunderts wurden immer wieder auch Fragestellungen in Bezug auf den medizinischen Bereich oder das Gesundheitswesen bearbeitet. Allerdings gilt erst Talcott Parsons (1951) als Begründer der speziell auf medizinische Themen ausgerichteten Teildisziplin, die sog. Medizinsoziologie:

„Das zehnte Kapitel [von Parsons' ‚The Social System‘] mit dem Untertitel ‚Der Fall der modernen medizinischen Praxis‘ wurde zum Begründungstext der modernen Medizinsoziologie.“ Stollberg (2001 : 7)

Im Zentrum des Erkenntnisinteresses der Medizinsoziologie steht das Arzt-Patienten-Verhältnis. In einigen weiterführenden Fragen z. B. nach den physischen und psychischen Erkrankungsrisiken und Belastungen durch das soziale Umfeld eines Menschen sind die Übergänge zur Sozialmedizin fließend; mehr noch: Die Fragestellungen sind zum Teil deckungsgleich.¹⁹⁴ Dies wird auch im bereits erwähnten Teilkatalog „Medizinische Psychologie und medizinische Soziologie“ des Gegenstandskatalogs zur medizinischen Ausbildung deutlich. Die beiden Disziplinen verschmelzen sozusagen miteinander, so dass eine trennscharfe Aussage zum Forschungsstand in Fragen zu den Angehörigen von Patienten in der Medizinsoziologie als nicht sinnvoll erscheint; sozialmedizinische Beiträge sind medizinsoziologisch gesehen ebenso relevant wie umgekehrt. Die im vorangegangenen Abschnitt 6.1 zur Medizin gemachten Angaben gelten daher genauso für die Medizinsoziologie.

¹⁹² Vgl. Pitschel-Walz (1997) oder Hambrecht (2001).

¹⁹³ Ergebnis einer am 1. November 2008 durchgeführten Recherche

¹⁹⁴ Vgl. Hillmann (1994 : 539f.).

6.3 Psychologie

In der Psychologie gibt es verschiedene Untersuchungen zum Sozialverhalten von Patienten und ihren Angehörigen. Die sprachlichen Darstellungsverfahren oder Formulierungsmuster, die das Verhalten bestimmen, stehen bei den Analysen jedoch nicht im Vordergrund.¹⁹⁵

In Bezug auf die Schizophrenie ist ein zentrales Thema der psychologischen Untersuchungen, die sich mit der Patienten-Angehörigen-Beziehung auseinandersetzen, das Konzept der sog. *expressed emotions*.¹⁹⁶ Dieses dient der Beschreibung des emotionalen Klimas innerhalb einer Familie, das entweder durch emotionsbetontes Verhalten (*high expressed emotions*) oder emotionsneutrales Verhalten (*low expressed emotions*) charakterisiert ist. Auch hier geht es jedoch nicht um detaillierte Beschreibungen der sprachlichen Äußerungsformen; vielmehr stehen die „Auswirkungen des Verhaltens der Angehörigen auf den Patienten und den Verlauf seiner Erkrankung“ (Möller-Leimkühler / Buchner 2004 : 181) im Mittelpunkt der Untersuchungen.

6.4 Gesundheitskommunikation

In der Gesundheitskommunikation, einer in den 1970er Jahren als eigenständiges Teilgebiet der Gesundheitswissenschaften (*Public Health*) in den USA entstandenen Disziplin, scheint die Angehörigenkommunikation bisher lediglich programmatischen Stellenwert zu haben. Die Bedeutung der Angehörigenarbeit und -kommunikation wird zwar an verschiedenen Stellen betont, spiegelt sich nach einer ersten Sichtung der (deutschsprachigen) Forschungsliteratur jedoch nicht in den Analysen wider. Der überwiegende Teil der Arbeiten befasst sich neben der Arzt-Patienten-Kommunikation hauptsächlich mit der massenmedialen Gesundheitskommunikation wie Aufklärungskampagnen oder den Formen der ‚E-Health‘, d.h. der Gesundheitskommunikation im Internet, ohne dabei speziell auf die Angehörigen-Problematik einzugehen.¹⁹⁷

6.5 Linguistik

In der Linguistik bilden Untersuchungen der Arzt-Patienten-Kommunikation bisher den Schwerpunkt im Bereich der Forschung zur medizinischen Kommunikation. Die Angehörigen schwer kranker Patienten sind aus den Analysen zum Kommunikationsnetz um

¹⁹⁵ Im Bereich der Sprachpsychologie geht es um den Entwurf kognitiver Modelle der Sprachproduktion und -rezeption sowie um das experimentelle Untersuchen von Produktions- und Rezeptionsprozessen; die ‚inneren Prozesse‘, die bei der Sprachverwendung ablaufen, stehen hier im Mittelpunkt. Vgl. Kallmeyer (Hrsg.) (1996).

¹⁹⁶ Vgl. die (allerdings aus heutiger medizinpsychologischer Sicht theoretisch überholte) Arbeit von Müller (1990).

¹⁹⁷ Vgl. die Beiträge im Überblicksband von Hurrelmann / Leppin (Hrsgg.) (2001).

Krankheit und Gesundheit (vgl. Kapitel 5) bisher ausgeblendet. Diese Situation der linguistischen Forschung lässt sich exemplarisch an dem Artikel „Gespräche in der Medizin“ von Petra Löning in Brinker et al. (Hrsg.) (2001)¹⁹⁸ veranschaulichen.

Der Aufsatz ist im Band „Text- und Gesprächslinguistik. Ein Handbuch zeitgenössischer Forschung“ der Reihe „Handbücher der Sprach- und Kommunikationswissenschaften“ erschienen. Wie der Untertitel des Bandes deutlich macht, ist das Anliegen dieser Reihe, einen Überblick zu verschiedenen Bereichen der germanistischen wie internationalen Linguistik zu präsentieren. – Der allgemein formulierte Titel des Artikels lässt einen Überblick über die verschiedenen Kommunikationsarten und -wege im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit erwarten, im institutionellen wie im privaten Rahmen. Auf knapp 13 Seiten findet der Leser jedoch fast ausschließlich Ausführungen zur (institutionellen) Arzt-Patienten-Kommunikation. Einzige Ausnahme bilden zwei Absätze auf S. 1581, die sich mit Gesprächen „zwischen Ärzten und Schwestern“ bzw. „zwischen Ärzten“ befassen – auf die Angehörigen von Patienten geht der Artikel mit keinem Wort ein.

Auch die linguistischen Aufsätze in dem von Brünner / Gülich (Hrsgg.) (2002) herausgegebenen, interdisziplinären Sammelband „Krankheit verstehen. Interdisziplinäre Beiträge zur Sprache in Krankheitsdarstellungen“ klammern die Sicht auf die Angehörigen schwer kranker Patienten aus; Gleiches gilt für den interdisziplinären Sammelband von Neises / Ditz / Spranz-Fogasy (Hrsgg.) (2005); der einzige Aufsatz, der sich mit Angehörigen beschäftigt, tut dies aus psychologischer und psychosomatischer Perspektive (Stammer / Retzlaff 2005).

Ausnahmen bilden lediglich die Publikationen von Jennifer Hartog (1993, 1996) und Clarissa Wolter (2006). Hartog untersucht genetische Beratungsgespräche von Ärzten mit Eltern von genetisch bedingt erkrankten Kindern; Wolter analysiert Dialoge zwischen Ärzten und Angehörigen bei plötzlichen Todesfällen von Patienten.

¹⁹⁸ Dieser Band ist Teil der Reihe „Handbücher der Sprach- und Kommunikationswissenschaften“, die Überblicksartikel zu verschiedenen Bereichen der Linguistik präsentieren. Daher kann hier ausnahmsweise ein einzelner Artikel als stellvertretend für eine wissenschaftliche Forschungsrichtung angesehen werden.

6.6 Fazit

„Je ne suis pas un savant dans l'acception qu'on donne à ce mot; mais au contraire, en étudiant certaines choses que la science dédaigne, je me suis rendu maître de forces occultes inemployées, et je produis des effets qui semblent merveilleux, quoique naturels.“
- Théophile Gautier *Avatar*, S. 36 -

Die in den vorangegangenen Absätzen gezeichnete Skizze der Forschungslage in den verschiedenen mit Kommunikation im Umfeld von Gesundheit und Krankheit befassten Wissenschaften zeigt, dass die Verständigung mit dem Patienten und seine Einbeziehung in die Behandlung allgemein als wichtiger Faktor angesehen wird, dem die verschiedenen Disziplinen auf vielerlei Arten Rechnung tragen.

Hinsichtlich der Angehörigen von Patienten zeigt sich jedoch, dass zwischen der Erkenntnis ihrer zentralen Rolle im Genesungsprozess des Patienten und der wissenschaftlichen Auf- und Bearbeitung dieser Rolle und der mit ihr verbundenen Schwierigkeiten eine deutliche Diskrepanz besteht.

Bisher ist einzig in der (Sozial-)Medizin bzw. Medizinsoziologie und in der medizinischen Psychologie eine intensivere, der lebensweltlichen Relevanz der Angehörigen entsprechende Auseinandersetzung mit den Angehörigen und ihren Problemen festzustellen. – Allerdings geht diese Auseinandersetzung bisher nicht so weit, dass die in zahlreichen Aufsätzen dargelegten Lösungsansätze in die Praxis umgesetzt würden, indem die Angehörigen-Kommunikation beispielsweise als prüfungsrelevanter und damit zentraler Bestandteil der Ausbildung Gesundheitsprofessioneller¹⁹⁹ institutionalisiert würde, wie der Blick in den Gegenstandskatalog gezeigt hat (vgl. Kapitel 6.1).

In der Linguistik scheinen die Angehörigen als ebenfalls von der Krankheit ihres Familienmitglieds Betroffene bisher vollkommen unbeachtet zu sein. – Als bezeichnend hierfür erscheint auch, dass die einzigen Ausnahmen, d.h. die von Hartog (1993, 1996) und Wolter (2006) untersuchten Gespräche zwischen Ärzten und Angehörigen von den Autorinnen jeweils der Arzt-Patienten-Kommunikation zugeordnet werden und nicht als Gegenstand einer eigenständigen Kommunikationsform angesehen werden.

Die Befindlichkeit – Ängste, Belastungen und Bedürfnisse –, die Menschen im Zusammenhang mit der Krankheit ihres Familienmitglieds haben, ist jedoch maßgebend für ihr Verhalten gegenüber dem Patienten. Was im Hinblick auf die Therapie und Genesung eines (nicht nur schizophrenen) Patienten in der Psychiatrie schon seit einiger

¹⁹⁹ Der Begriff „Gesundheitsprofessionelle“ stammt aus der Gesundheitskommunikation (vgl. Hurrelmann / Leppin Hrsgg. 2001) und bezeichnet alle Personen, die sich beruflich mit Gesundheit und Krankheit auseinandersetzen.

Zeit bekannt ist, ist in der Linguistik (noch) nicht in den Fokus der Aufmerksamkeit gerückt:

„Die Angehörigen schizophrener Patienten gelten bei immer mehr Fachleuten als wichtige ‚Cotherapeuten‘, die in die Behandlung miteinbezogen werden sollten.“ Pitschel-Walz (1997 : 11)

Um die Rolle als „Cotherapeuten“ wahrnehmen zu können, müssen zum einen die Versuche der Angehörigen, die Therapie ihres kranken Familienmitglieds mitzugestalten bzw. zu beeinflussen, vom Arzt konstruktiv umgesetzt (oder erklärend abgelehnt) werden. Zum anderen müssen die Angehörigen in der Lage sein, die oft schwierigen Situationen im familiären Alltag bewältigen zu können; ihre Bedürfnisse und Belastungen müssen vom Arzt berücksichtigt werden.

Hierbei gilt: Nur wenn der Arzt die Versuche der Therapiebeeinflussung des/der (pflegenden) Angehörigen seines Patienten ‚hört‘ und nur wenn er Klarheit über die Befindlichkeit bei dem/den Angehörigen hat, kann er ihm/ihnen eine angemessene und den individuellen Anforderungen entsprechende ‚Hilfe zur Hilfe‘ und im zweiten Schritt gegebenenfalls auch ‚Hilfe zur Selbsthilfe‘ geben.

Das Gehör der Ärzte zu schärfen und diese Klarheit herzustellen, ist Aufgabe der Linguistik: Beide Aspekte, ‚kotherapeutische Maßnahmen‘ und eigene Befindlichkeit der Angehörigen, finden ihren Ausdruck in der Art und Weise, wie sie mit dem behandelnden Arzt reden.

Eine sprachwissenschaftlich fundierte Analyse der verschiedenen von Angehörigen eingesetzten sprachlichen Handlungen sowie der Gesprächsführung in Arzt-Angehörigen-Gesprächen kann dazu beitragen, dass Arzt und Angehörige einander besser verstehen – und es dadurch nicht nur dem Patienten besser geht. Mit der vorliegenden Untersuchung verbindet sich daher die Hoffnung, dazu beizutragen, eine Lücke im Kommunikationsnetz um Gesundheit und Krankheit zu schließen.

Teil 2: Empirisch-analytischer Teil

7 Einführung

Nachdem Teil A den theoretischen Rahmen der vorliegenden Untersuchung skizziert sowie die methodischen Grundlagen dargelegt hat, werden im zweiten Teil der Arbeit zunächst Aufbau und Ansatz der Analyse dargestellt, die eigene Position reflektiert und die Fragestellung der Arbeit eingehend erläutert.

Quer durch alle wissenschaftlichen Disziplinen, die sich mit qualitativer (Sozial-) Forschung beschäftigen, wird in der Literatur mehrfach darauf hingewiesen, dass das Untersuchen gesprochener Sprache in ‚natürlichen‘, authentischen Gesprächssituationen mit gewissen Hindernissen und Einschränkungen verbunden ist.²⁰⁰ Die Reflexion und Dokumentation der Datenerhebung und -aufbereitung, um sie der „intersubjektiven Kritik zugänglich“ zu machen, ist daher eine der „wesentlichen Bedingungen überhaupt“ für jede Form der Gesprächsanalyse (Biere 1994 : 166).

In diesem Kapitel werden daher die drei wichtigsten Aspekte mit Blick auf die vorliegende Arbeit betrachtet: erstens das Setting der Analyse (bestehend aus dem situativen Kontext der Gespräche und der Kontaktaufnahme zum untersuchten Kommunikationsbereich, dem sog. Zugang zum Feld), zweitens das Korpus: die Zusammenstellung der zugrunde liegenden Gespräche, soziodemographische Kurzbeschreibungen²⁰¹ der teilnehmenden Patienten und Angehörigen in Verbindung mit kurzen Inhaltsangaben der Transkripte der aufgezeichneten Gespräche sowie drittens die Kategorien der Analyse.

In Kapitel 8 schließt sich die detaillierte Untersuchung des Korpus an. Sie gliedert sich in zwei Unterkapitel, in denen für die Fragestellung relevante Beispiele aus den Gesprächen betrachtet werden: Zunächst werden die beiden von den Angehörigen in den Gesprächen eingesetzten Handlungsstrategien „Die Therapie des Patienten beeinflussen“ und „Eigene Befindlichkeiten thematisieren“ analysiert bzw. die diese Strategien konstituierenden sprachlichen Handlungen untersucht. Die Analyse erfolgt dabei jeweils unter sequenziellen und funktional-pragmatischen bzw. handlungssemantischen Aspekten.

Kapitel 9 präsentiert die Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse und die Darstellung der Konsequenzen für die klinische Praxis in Form von sieben Maximen für Gespräche zwischen Ärzten und Angehörigen. Ein knapper Ausblick auf weiterreichende mögliche Umsetzungen der Untersuchungsergebnisse und ihrer Konsequenzen in der klinischen Praxis beschließt die Arbeit in Kapitel 10.

²⁰⁰ Siehe hierzu auch die Kapitel 2.3.3.1 und 3.2.4.1 .

²⁰¹ Hierzu gehören Angaben wie Alter, Geschlecht, Beruf oder Familienstand. Vgl. Deppermann (2001 : 24) für eine ausführliche Definition des Begriffs.

7.1 Setting der Analyse

7.1.1 Das St. Valentinushaus

Die der Untersuchung zugrunde liegenden Gespräche fanden in der Institutsambulanz²⁰² der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie St. Valentinushaus statt. Das psychiatrische Akutkrankenhaus wird getragen von der SCIVIAS Caritas gGmbH, einem katholischen Träger von Einrichtungen des Gesundheitswesens, der Altenhilfe und der Behindertenhilfe.²⁰³ Die Klinik hat zwei Standorte: den Hauptsitz mit 78 stationären Betten in Kiedrich im Rheingau und einen weiteren Standort mit zehn Plätzen in der Tagesklinik²⁰⁴ in Bad Soden am Taunus. In Kiedrich stehen zudem ca. 80 Plätze in einem Wohnheim für geistig oder seelisch Behinderte (Haus Maria und Haus Josef) zur Verfügung. Damit zählt das St. Valentinushaus unter vergleichbaren Einrichtungen in Deutschland zu den Häusern mittlerer Größe.

Auf der Internetseite <http://www.scivias-caritas.de/klinik-st-valentinushaus.html> sind in der Rubrik *Diagnosen & Therapien* zum einen die psychischen Krankheiten, die hier behandelt werden, und zum anderen das Spektrum der eingesetzten therapeutischen Maßnahmen aufgelistet. Die Klinik vertritt das Konzept eines „ganzheitlichen Behandlungsplan[s] für jeden Patienten, der biologische, psychotherapeutische und psychosoziale Aspekte berücksichtigt“²⁰⁵ – es umfasst alle therapeutischen Bausteine, die in Kapitel 4.2 dieser Arbeit vorgestellt wurden. Die Therapie strebt dabei Folgendes an:

„Ziel ist die Wiedereingliederung der Patienten und Patientinnen in das vertraute familiäre und berufliche Umfeld. Dies erfolgt unter Einbeziehung der Angehörigen und in Kooperation mit niedergelassenen Ärzten und regionalen Einrichtungen.“

(<http://www.scivias-caritas.de/klinik-st-valentinushaus.html>)

7.1.2 „Ein weites Feld“ – Erfahrungen bei der Durchführung der Studie

7.1.2.1 Zugang zum Feld

Der Zugang zum Feld kam über die persönliche Kontaktaufnahme zum ärztlichen Leiter der Klinik im Januar 2006 zustande. Auf professioneller Seite haben an der Studie vier Ärzte und eine Ärztin teilgenommen; zusammen bilden sie alle hierarchischen Ebenen ab, der Schwerpunkt liegt dabei auf der Ebene der Oberärzte. Da im Hinblick

²⁰² Die Einrichtung der psychiatrischen Institutsambulanz wird in Kapitel 3.2.3.2 ausführlicher beschrieben.

²⁰³ Weiterführende Angaben zur Trägergesellschaft finden sich im Internet unter <http://www.scivias-caritas.de> (zuletzt geprüft am 17.07.2007).

²⁰⁴ Die (Teil-)Institution ‚Tagesklinik‘ ist eine Einrichtung, die der sog. teilstationären Versorgung dient, d.h. die Patienten werden tagsüber in der Klinik betreut, verbringen die Nächte jedoch zuhause. Vgl. Psyhyrembl (2002 : 1634).

²⁰⁵ <http://www.scivias-caritas.de/klinik-st-valentinushaus.html> (zuletzt geprüft am 17.07.2007)

auf den Fokus der vorliegenden Analyse genderspezifische Aspekte der Arztrolle nicht im Vordergrund stehen²⁰⁶ und auch um die Anonymität aller beteiligten Ärzte und der Ärztin zu wahren, wird in den Analysen und Transkripten keine Unterscheidung zwischen den männlichen Ärzten und ihrer Kollegin gemacht.

Zur gemeinsamen Vorbereitung der Studie mit den professionellen Mitgliedern des Feldes gab es mehrere Einzelgespräche zwischen den beteiligten Ärzten und mir sowie einige Dienstbesprechungen der Ärzte untereinander. Bei einer dieser Besprechungen war ich selbst anwesend, um Fragen der Ärzte unter anderem bezüglich der konkreten Vorgehensweise bei der Aufnahme der Gespräche zu erläutern.

In der Vorbereitungsphase der Untersuchung gab es keinen direkten Kontakt zwischen mir und den Patienten oder deren Angehörigen. Erst in der Phase der Datenerhebung, also zu der Zeit, in der die Katamnesegespräche stattfanden, traf ich selbst mit den meisten Angehörigen zusammen, die an der Studie teilgenommen haben. Diese Kontakte dienten der Erhebung soziodemographischer, d.h. persönlicher, für die Untersuchung relevanter Daten;²⁰⁷ in diesem Rahmen hatte ich zudem zu drei Patienten persönlichen Kontakt, der sich in allen drei Fällen allerdings auf wenige Frage-Antwort-Sequenzen beschränkte, die lediglich dazu dienten, die gewünschten Angaben zusammenzutragen.

7.1.2.2 Qualitative Forschung zwischen Medizin und Linguistik – Orientierungsfragen als Brücke

Bei den vorbereitenden Gesprächen mit den Ärzten stellte sich heraus, dass das Verständnis von qualitativer Sozialforschung in der medizinischen und der linguistischen Wissenschaft nicht notwendigerweise deckungsgleich ist: Während der gesprächsanalytische Ansatz die Katamnesegespräche mit den Angehörigen *in nuce*, d.h. vollkommen frei von thematischen Vorgaben und „nicht eigens für Forschungszwecke arrangiert“ als Grundlage für die Analyse vorsieht (Deppermann 2001 : 11), ging die Erwartungshaltung der teilnehmenden Ärzte vielmehr in Richtung eines ausgearbeiteten Leitfadenterviews als Basis für die Untersuchung.²⁰⁸ Als Kompromiss zwischen beiden Haltungen wurden daher gemeinsam mit dem ärztlichen Leiter folgende sechs Orientierungsfragen erarbeitet, die typisch für die untersuchte Gesprächssorte sind und die zu den

²⁰⁶ Geschlechtsrelevante Gesichtspunkte sind allerdings von grundlegender Bedeutung in der Kommunikation. Vgl. hierzu die zahlreichen Studien zu genderbezüglichen Fragestellungen, so z.B. allgemein Speer (2005) und zur Kommunikation im medizinischen Kontext aus linguistischer Sicht Kotthoff (1993), Neises (2005), Menz / Laluschek (2005) und das aktuelle Forschungsprojekt zu Schmerzdarstellungen und Krankheitserzählungen von Menz et al. (im Ersch.), Beschreibung siehe unter <http://www.univie.ac.at/linguistics/personal/florian/Schmerzprojekt/downloads/Menz.pdf> (zuletzt geprüft am 17.07.2007) sowie aus sozialmedizinischer Sicht Hall / Roter (2002).

²⁰⁷ Siehe hierzu ausführlicher Kapitel 7.3.2.

²⁰⁸ Zu den verschiedenen methodischen Ansätzen qualitativer Sozialforschung vgl. ausführlich Kapitel 2.3.

üblicherweise gestellten, also zu den sog. Routinefragen in psychiatrischen Katamnesegesprächen mit Angehörigen bzw. Vertrauenspersonen von Patienten gehören:

1. Wie geht es dem Patienten heute aus Ihrer Sicht?
2. Ist der Zustand des Patienten wesentlich anders verglichen mit der Situation, die zur Aufnahme in die Klinik geführt hat?
3. Ist das noch dieselbe Person wie zu der Zeit vor der Krankheit?
4. Glauben Sie, dass Sie den Patienten zu uns bringen können, wenn dies notwendig werden sollte?
5. Wie kommen Sie selbst mit der Situation zurecht?
6. Gibt es Fragen von Ihnen an mich?

Es wurde vereinbart, dass die Ärzte in den für die Studie aufgezeichneten Gesprächen alle Fragen stellen, die für sie aufgrund der aktuellen Situation des jeweiligen Patienten bzw. Angehörigen relevant sind; die Orientierungsfragen sollten lediglich als eben solche dienen und nur bei stockendem Gespräch und auch nur dann, wenn sie für die jeweilige Situation angemessen erschienen, in das Gespräch eingebracht werden.²⁰⁹

Die Ärzte gingen mit dieser Vereinbarung in ihren Gesprächen unterschiedlich um; in einigen Fällen wurden die sechs Orientierungsfragen systematisch ‚abgearbeitet‘, in anderen Gesprächen kam lediglich die eine oder andere Frage aus der oben aufgeführten Liste vor. Bei der Analyse der konkreten Fälle lässt sich nicht immer eindeutig bestimmen, ob der Arzt die Frage aus dem Bestreben heraus, die Orientierungsfragen zu thematisieren, gestellt hat oder ob sie sich aus dem Gespräch ergeben hat und auch ohne die Vorgabe zur Sprache gekommen wäre.

7.1.2.3 Auswahl und Durchführung der Gespräche

Insgesamt wurden zehn Gespräche für die Analyse ausgewählt. Die Anzahl der geführten Gespräche pro Arzt verteilt sich wie folgt: Arzt A, Arzt D und Arzt E führten jeweils ein Gespräch, Arzt B drei Gespräche und Arzt C vier Gespräche. Diese Verteilung hat keine inhaltlichen oder hierarchischen Gründe, sondern ist auf rein organisatorische Umstände zurückzuführen. Folgende fünf Kriterien wurden bei der Auswahl der Gespräche zugrunde gelegt:

Das erste Kriterium war die beim Patienten gestellte Diagnose (F20 oder F25 nach ICD-10²¹⁰). Des Weiteren durfte der Patient zur Zeit der Untersuchung nicht in stationärer Behandlung sein, sondern sollte sich in der Phase der Katamnese (Nachsorge) befinden. Die dritte Bedingung bezog sich auf die Angehörigen des Patienten: Es sollte

²⁰⁹ Damit lehnt sich die Verfahrensweise der vorliegenden Studie an die Prinzipien der in Kapitel 3.2.4.1 skizzierten *partizipativen* Feldforschung an.

²¹⁰ Vgl. Kapitel 4.2.

sich so weit möglich um Verwandte im Sinne von § 1589 BGB bzw. § 15 AO (Eltern, Geschwister bzw. Ehepartner) oder um verschwägte Angehörige handeln.²¹¹ Viertens sollten die Angehörigen idealerweise keine ‚Kollegen‘ der behandelnden Ärzte sein, d.h. keinen professionellen medizinischen Hintergrund haben. In einem Fall (G6) hat es sich allerdings ergeben, dass die an der Studie teilnehmende Schwester des Patienten von Beruf Krankenschwester ist. Fünftes und unabdingbares Kriterium für die Auswahl aller Gespräche war das ausdrückliche Einverständnis der Patienten und Angehörigen dazu, dass das Gespräch aufgezeichnet und die Transkription im Rahmen der vorliegenden sprachwissenschaftlichen Untersuchung anonymisiert veröffentlicht wird: In Frage kommende Patienten und Angehörige wurden jeweils vor ihrem nächsten anstehenden Termin telefonisch von der Arzthelferin bzw. Sekretärin der Klinik um ihr Einverständnis gebeten. Wann immer es organisatorisch möglich war, habe ich im Anschluss an den Katamnesetermin die Angehörigen im persönlichen Gespräch erneut nach ihrem Einverständnis gefragt bzw. das Löschen der Aufzeichnung angeboten.

Da der Turnus fremdkatamnestischer Gespräche bei Schizophrenie je nach Schwere und Dauer der Erkrankung bzw. Zustand des Patienten stark variiert,²¹² hätte die ideale Vorgehensweise zum Vermeiden des Beobachterparadoxons – das langsame, über eine längere Zeitspanne erfolgende Gewöhnen der Studienteilnehmer an die Beobachtungssituation – den zeitlichen Rahmen der vorliegenden Untersuchung gesprengt. Um die Datenerhebung auf ein der Arbeit angemessenes Zeitfenster zu begrenzen, wurden die Gespräche auf der Basis ihrer zeitlichen Reihenfolge ausgewählt: In einem ursprünglich auf vier Monate begrenzten Zeitraum von April bis Juli 2006 sollten jeweils die ersten turnusgemäß anstehenden, den oben genannten Kriterien entsprechenden Gespräche aufgezeichnet werden.²¹³

Organisatorische Unwägbarkeiten, wie sie für die Feldforschung nicht ungewöhnlich sind (vgl. Deppermann 2001 : 24), erforderten eine Verlängerung dieses Zeitraums um weitere zwei Monate bis September 2006: Einige Male kam es vor, dass Patienten oder Angehörige Termine kurzfristig verschoben oder absagten; teilweise erschienen sie nicht zum vereinbarten Termin. In einem Fall wurde das Einverständnis zur Aufzeichnung des Gesprächs unmittelbar zu Beginn zurückgenommen, so dass die Aufnahme abgebrochen und gelöscht werden musste.

Unmittelbar nach jedem Katamnesegespräch wurden ca. 30 Minuten angesetzt, in denen die Angehörigen – in zwei Fällen gemeinsam mit den Patientinnen, da diese bei

²¹¹ Vgl. zu den Verwandtschaftsdefinitionen ausführlicher Kapitel 1.1.

²¹² Vgl. ausführlicher Kapitel 5.1.2.

²¹³ Daraus resultiert auch die unterschiedliche Verteilung der Gesprächszahl auf die einzelnen beteiligten Ärzte.

den Terminen anwesend waren – einen von mir entworfenen Fragebogen zu ihren persönlichen Daten beantwortet haben.²¹⁴ In sieben Fällen habe ich diese Befragung selbst durchgeführt, in zwei Fällen hat dies der behandelnde Arzt getan und in einem anderen eine Arzthelferin, da diese drei Termine spontan zustande gekommen waren und es mir nicht möglich war, selbst anwesend zu sein. Aufgrund terminlicher Verschiebungen war es in zwei Fällen nicht möglich, die personenbezogenen statistischen Fragen nach dem Katamnesegespräch zu bearbeiten, sie wurden vor dem Gespräch mit dem behandelnden Arzt besprochen.²¹⁵

In mehreren Fällen kam es bei der Beantwortung des Fragebogens zu spontanen Erzählungen oder Fragen der Angehörigen an mich, so dass ich Informationen über die Krankengeschichte des Patienten bzw. die familiäre Situation oder das eigene Krankheitserleben der Angehörigen erhielt, die in den aufgezeichneten Gesprächen mit den Ärzten nicht thematisiert wurden. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass die beiden Male, in denen diese spontanen Gespräche unmittelbar vor dem Katamnesegespräch mit dem Arzt stattfanden, Auswirkungen darauf hatten, was die Angehörigen von sich aus in diesen Gesprächen thematisierten.

Die der Untersuchung zugrunde liegenden Katamnesegespräche fanden in geschlossenen Arztzimmern der Klinik statt – vier in der Institutsambulanz in Bad Soden, sechs in Kiedrich. Bei den Ärzten A, B und D saßen die am Gespräch Beteiligten an einem runden Tisch zusammen, in den Zimmern der Ärzte C und E saßen sich Angehörige und Arzt am Schreibtisch des Arztes gegenüber.²¹⁶

Für die Aufzeichnung der Gespräche sind die Regelungen zur ärztlichen Schweigepflicht von besonderer Bedeutung: In der Psychiatrie sind diese noch restriktiver als in den somatischen Disziplinen. So dürfen beispielsweise Patienten ihre Krankengeschichte auch nach abgeschlossener Behandlung nicht uneingeschränkt einsehen.²¹⁷ Aufgrund dieser strengen juristischen Bestimmungen wurde auf Videoaufzeichnungen verzichtet, es wurden ausschließlich Tonaufnahmen²¹⁸ der Gespräche gemacht. Aufgrund der Bestimmungen ist es allerdings praktisch unmöglich, die Audioaufnahmen der Gespräche zu veröffentlichen, so dass nur die Transkripte²¹⁹ abgedruckt werden:

²¹⁴ Der Fragebogen ist in Kapitel A3 im Anhang abgedruckt.

²¹⁵ Es handelt sich um die Gespräche Nr. 5 und 10; siehe Transkripte G5 und G10 in Kapitel A2.5 und A2.10.

²¹⁶ Eine tabellarische Auflistung der Sitzpositionen bei den einzelnen Gesprächen findet sich in Kapitel A4.5 im Anhang.

²¹⁷ Nach Aussage des ärztlichen Leiters der Klinik ist die Einsichtnahme in die Krankenakten z.B. dann nicht erlaubt, wenn die Rechte von Dritten berührt werden (könnten). Lediglich objektivierbare Befunde wie Laborwerte müssen zugänglich gemacht werden. Zur gesetzlichen Regelung der Schweigepflicht für Ärzte siehe u.a. § 203 StGB und § 9 Berufsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen.

²¹⁸ Die Aufnahmen wurden mit einem High-MD Recorder und einem externen Mikrofon gemacht.

²¹⁹ Siehe zu den Transkripten ausführlich den nächsten Abschnitt.

Die juristischen Bedingungen erlauben nur eine Publikation, die vollständige Anonymisierung garantiert, was durch die gegenseitige Anrede der Gesprächspartner mit Namen einerseits und die eindeutig zu identifizierenden Stimmen andererseits nicht gewährleistet ist. Die technische Bearbeitung der Aufnahmen – das Ausblenden der Namen und das Verzerrern der Stimmen bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung der Verständlichkeit – wären zu aufwändig gewesen.

Für die Analyse hat dies zur Folge, dass alle nichtsprachlichen Handlungen der Interaktionspartner, die akustisch nicht wahrnehmbar sind, nicht berücksichtigt werden können – mit Ausnahme der parasprachlichen Elemente, die eindeutig in den Aufnahmen zu hören sind, wie lächelndes Sprechen oder In-die-Hände-Klatschen.

Jeweils vor Eintreten der Angehörigen wurde in den Räumen die Aufnahmetechnik auf den Tischen platziert und eingeschaltet. Das Gerät wurde erst ausgeschaltet, wenn die Angehörigen den Raum verlassen hatten. In fünf der zehn aufgezeichneten Gespräche ist die Aufnahmeapparatur sowie Sinn und Zweck der Studie teils mehr, teils weniger ausführlich Gegenstand der Begrüßungssequenz.

Die Gespräche, die sich beim Ausfüllen des Fragebogens zu den soziodemographischen Daten ergaben, fanden zum Teil in einem geschlossenen Büro der Klinik statt, zum Teil im Wartezimmer der Institutsambulanz. In diesen letztgenannten Fällen habe ich die Situation bzw. das Verhalten der Angehörigen nicht so entspannt erlebt wie in dem geschlossenen Büro. Zwar waren zu keinem Zeitpunkt der Gespräche andere, fremde Personen im Wartezimmer, dennoch war die Atmosphäre durch den eher öffentlichen Charakter des Raumes nicht mit der des geschlossenen Büros vergleichbar. Die Informationen, die über die erfragten Daten für den Fragebogen hinausgingen, habe ich während der Gespräche in Stichpunkten notiert; sie sind in die soziodemographischen Angaben zu den Gesprächen im nächsten Abschnitt eingeflossen.

7.2 Das Korpus

7.2.1 Zu den Gesprächen und Transkripten

Das für die Untersuchung zusammengestellte Korpus umfasst Transkripte von zehn Katamnesegesprächen zwischen behandelndem Psychiater und Angehörigen; in zwei Fällen waren auch die Patientinnen anwesend. Die Transkripte sind in Kapitel A2 im Anhang dieser Arbeit abgedruckt und nach der zeitlichen Reihenfolge der Aufzeichnung der Gespräche von G1 bis G10 nummeriert.²²⁰

²²⁰ Die (zum Teil in Klammern) vermerkten Angaben zu zitierten Passagen enthalten die laufende Nummer des aufgezeichneten Gesprächs und die Zeilennummern des zitierten Transkripttextes.

Die Dauer der einzelnen Gespräche liegt zwischen 7 und 43 Minuten;²²¹ gemessen an der Gesamtdauer aller in die Untersuchung einbezogenen Gespräche beträgt die durchschnittliche Gesprächsdauer rund 19 Minuten.²²²

Die übliche Konstellation der Katamnesegespräche bei den an der Studie teilnehmenden Patienten ist die von Arzt und Patient, teilweise in Gegenwart eines Mitarbeiters des Wohnheims. An zweiter Stelle steht die Konstellation Arzt/Patient/Angehöriger. Der Fall der Fremdkatamnese im engeren Sinne – also eines Gesprächs zwischen Arzt und Angehörigem in Abwesenheit des Patienten – kommt selten vor;²²³ in fünf der untersuchten Gespräche lag diese Konstellation erstmals während der ambulanten Behandlungs- bzw. Nachsorgephase vor.²²⁴

Der Zeitpunkt des aufgezeichneten Gesprächs im Rahmen der Therapie bzw. Nachversorgung variiert sehr stark: In zwei Fällen handelte es sich um das erste Gespräch nach dem letzten Klinikaufenthalt des Patienten, der jeweils rund zwei Wochen zurücklag, während es sich in einem Fall nicht sicher feststellen ließ, um das wie vierte Gespräch es sich nach dem letzten Klinikaufenthalt handelte, da dieser bereits sechs Jahre zurücklag.²²⁵

²²¹ Über die genaue Dauer jedes einzelnen Gesprächs informiert die Übersichtstabelle in Kapitel A4.5 im Anhang.

²²² Nach einer mündlichen Information des ärztlichen Leiters der Klinik liegt sie damit noch gut im Durchschnitt der Dauer von Arzt-Patienten-Gesprächen in der Psychiatrie: Während ein durchschnittliches Gespräch beispielsweise in der Onkologie bei Brustkrebspatientinnen rund 9 Minuten dauert (vgl. Gaiser / Stamatiadis-Smidt 2004 : 1344), liegt der Durchschnitt der Dauer von Patientengesprächen in der Psychiatrie mit ca. 20 Minuten generell deutlich höher. Berücksichtigt man, dass in deutschen Allgemeinarztpraxen die durchschnittliche Gesprächsdauer bei 4,3 Minuten liegt (vgl. Deveugele et al. 2002 : 475), scheint dieses Phänomen vor allem darin begründet zu sein, dass in psychiatrischen Arzt-Patienten-Gesprächen psychosoziale Probleme – auch aus Sicht des Arztes – von zentraler Bedeutung sind, wie die Studie von Deveugele et al. (2002) in sechs europäischen Ländern ergeben hat:

“The presence of psychosocial problems in the consultation was an important factor influencing the length of consultation, and doctors’ and patients’ perceptions about psychosocial problems affected the length of the consultation. The difference between the effects of doctors’ and patients’ perceptions was remarkable. When doctors perceived a psychosocial problem, the duration of the consultation increased; this was as true when the doctor thought that a psychosocial element was important, even if it was not mentioned during the consultation [...]. When the doctor perceived a psychosocial problem, the increase in consultation time was nearly twice as long as that when the patient perceived a psychosocial problem. The doctor had the largest impact on the duration of the consultation.”
Deveugele et al. (2002 : 475)

²²³ Nur in einem Fall (bei Frau Ü.) ist dies eine der üblichen Gesprächskonstellationen bei den Katamnese-terminen.

²²⁴ Einen tabellarischen Überblick über die Konstellationen aller zehn in die Untersuchung einbezogenen Gespräche gibt Kapitel A4.4.

²²⁵ Die Tabelle in Kapitel A4.3 enthält die Anzahl der Klinikaufenthalte und der bisherigen Katamnese-gespräche für alle zehn Fälle.

7.2.2 Zu den einzelnen Fällen: Soziodemographische Fakten und Gesprächsinhalte

Im Folgenden werden Angaben zu den einzelnen Fällen präsentiert, d.h. Kurzbeschreibungen der einzelnen Patienten und ihrer Angehörigen sowie der Situation, in der das Gespräch stattfand.²²⁶ Dies dient dazu, den individuellen soziodemographischen Hintergrund der einzelnen Gespräche zu beleuchten, um so eine Basis für das Verständnis der während der Katamnesetermine besprochenen Themen zu schaffen und einen Gesamtzusammenhang herstellen zu können.

In diesem Abschnitt werden zunächst allgemeine, übergreifende Informationen dargelegt; im Anschluss daran werden die Angaben zu den einzelnen Patienten und ihren Angehörigen erläutert sowie die Inhalte der Transkripte referiert. Um die Privatsphäre der Patienten und ihrer Angehörigen zu wahren und den juristischen Vorschriften zur Schweigepflicht gerecht zu werden, wurden alle Namen, d.h. die der Gesprächsteilnehmer ebenso wie die Namen aller in den Gesprächen erwähnten Personen, geändert.

Die in diesem Kapitel dargelegten Informationen stammen aus den aufgezeichneten Katamnesegesprächen, den vor- und nachbereitenden Gesprächen mit den Ärzten sowie den Gesprächen mit Angehörigen und Patienten zu deren persönlichen Daten.

Insgesamt haben sieben männliche Patienten im Alter zwischen 19 und 59 Jahren und drei Patientinnen im Alter zwischen 40 und 64 Jahren ihr Einverständnis zur Teilnahme an der Studie gegeben.

Bei allen handelt es sich um nicht professionell medizinisch ausgebildete Menschen: Drei Patienten konnten aufgrund ihrer Krankheit ihre Schul- bzw. Berufsausbildung nicht abschließen; mit Ausnahme von zwei Patienten ging zum Zeitpunkt der aufgezeichneten Gespräche keiner einer beruflichen Beschäftigung nach, wie sie für gesunde Menschen üblich ist; vier von ihnen arbeiteten in einer Tages- bzw. Werkstätte für psychisch kranke Menschen.²²⁷

Die Altersspanne der elf an der Studie teilnehmenden Angehörigen reicht bei den sechs Frauen von 39 bis 62 Jahren, bei den fünf Männern von 48 bis 72 Jahren. Bei der Hälfte der beteiligten Angehörigen handelt es sich um Vater oder Mutter des Patienten; in drei Fällen nahm der Ehepartner an den Gesprächen teil.²²⁸

²²⁶ Dieser Abschnitt entspricht damit inhaltlich in etwa der in der Medizin als *Kasuistik* oder *Fallbeschreibung* bezeichneten Textsorte; vgl. hierzu ausführlicher Wiese (2000 : 711-712).

²²⁷ Kapitel A4.2 gibt eine tabellarische Übersicht über Alter und Beruf der an der Studie teilnehmenden Patienten und Angehörigen im Einzelnen.

²²⁸ Die Verwandtschaftsverhältnisse zwischen Patienten und Angehörigen im Einzelnen sind in Kapitel A4.1 aufgeführt.

Lediglich eine Angehörige hat eine professionelle medizinische Ausbildung (als Krankenschwester); die Berufe der übrigen Angehörigen decken eine breite Palette ab; sie reichen vom handwerklichen bis zum akademischen Bereich. Nur vier Angehörige üben zum Zeitpunkt des Gesprächs ihren Beruf aus; drei der teilnehmenden Frauen sind Hausfrauen, vier Personen sind in Rente.

7.2.2.1 G1 – Patient Norbert D.

Norbert D. (19 Jahre) ist der jüngste der in die Studie einbezogenen Patienten. Zum Zeitpunkt des aufgezeichneten Gesprächs zwischen Arzt A und dem Vater des Patienten, Herrn D., ist Norbert D.s psychischer Zustand stabil; er besucht eine Berufsfachschule (Fachrichtung Sozialpädagogik). Zuvor war er zweimal in stationärer Behandlung, einmal in einer anderen Klinik und beim zweiten Mal im St. Valentinushaus. Norbert wurde damals nach § 10 Hessisches Freiheitsentzugsgesetz (HFEG) zwangsweise ins Krankenhaus eingeliefert; der Aufenthalt lag zum Zeitpunkt des Gesprächs etwa ein halbes Jahr zurück. In diesem Zeitraum wohnte der Patient wieder bei seinen Eltern zuhause.

Norberts Vater ist 48 Jahre alt und Ingenieur, die Mutter erkrankte zu der Zeit, als Norbert im Krankenhaus war, an Krebs; sie hat die Krankheit inzwischen überstanden. Norbert hat einen jüngeren Bruder, der psychisch gesund ist.

Seit der ersten Hospitalisierung seines Sohnes Norbert ist Herr D. regelmäßig in Kontakt mit den jeweils behandelnden Ärzten, seit dem letzten Klinikaufenthalt in einem Rhythmus von vier bis fünf Wochen.

Inhalt des aufgezeichneten Gesprächs (Transkript G1)

Herr D. berichtet über die zwangsweise Einlieferung seines Sohnes Norbert D. in das St. Valentinushaus, über die Zeit während der beiden Klinikaufenthalte, über die derzeitige – positive, stabile – Situation zuhause und in der Schule, über die unterschiedliche Verfassung des Patienten vor und nach dem Klinikaufenthalt. Er geht auf die Bedeutung der Medikamente und seine Vorstellung über deren Wirkungsweise ein und informiert darüber, wie er die Situation eines Rückfalls einschätzt. Er berichtet, dass er sich zutraut, seinen Sohn bei Bedarf wieder in die Klinik zu bringen. Herr D. deutet die komplexe Familiensituation zur Zeit von Norberts Erkrankung an (Krebserkrankung seiner Frau). Er äußert den Wunsch nach mehr Informationen durch die behandelnden Ärzte.

7.2.2.2 G2 – Patientin Anna B.

Anna B. ist mit 64 Jahren die älteste Patientin, die an der Studie teilgenommen hat. Sie ist Rentnerin, lebt in dem an die Klinik angebundenen Wohnheim (Haus Josef) und besucht dort regelmäßig die Tagesstätte. Zum Zeitpunkt des aufgezeichneten Gesprächs war ihr Zustand recht stabil; ihr letzter Krankenhausaufenthalt lag sechs Jahre zurück; insgesamt war sie seit dem Ausbruch ihrer Krankheit dreimal in stationärer Behandlung, zweimal davon im St. Valentinushaus.

An dem Gespräch, das im Rahmen des vierwöchentlichen Turnus der Katamnese-terminen stattfindet, nehmen von Seiten der Klinik Arzt B und Heimmitarbeiter Herr L. teil, außerdem Anna B. selbst und – zum ersten Mal – ihre Schwägerin Frau B. Diese ist drei Jahre jünger als Anna B. und mit deren Bruder verheiratet. Die vor ihrer Berentung als Buchhalterin tätige Frau B. hat ihre Schwägerin erst nach dem Ausbruch der Krankheit kennen gelernt. Als rechtliche Betreuerin²²⁹ der Patientin steht Frau B. regelmäßig in Kontakt mit den Mitarbeitern des Heims, in dem Anna B. wohnt; zum behandelnden Arzt B hatte sie jedoch vor dem aufgezeichneten Gespräch keinen Kontakt.

Inhalt des aufgezeichneten Gesprächs (Transkript G2)

Im Laufe des Gesprächs geht Arzt B systematisch durch die in Kapitel 7.1.2.2 vorgestellten Orientierungsfragen. In diesem Rahmen berichtet Frau B., dass Annas Zustand seit langer Zeit stabil sei. Gemeinsam mit ihrer Schwägerin führt sie an, dass diese in der Vergangenheit mehrere Male in stationärer Behandlung war. Der derzeitige Zustand unterscheide sich deutlich von dem, der zu ihrem letzten Krankenhausaufenthalt geführt hatte. Auf die ärztliche Frage nach Symptomen, die für die Zeit vor diesem Klinikaufenthalt charakteristisch waren, antwortet Frau B., dass ihre Schwägerin Verfolgungswahn hatte und Stimmen hörte.

Die beiden Schwägerinnen informieren Arzt B darüber, dass sie sich 1980 kennen gelernt haben, Frau B. die Patientin also nicht in gesundem Zustand (als Kind) gekannt hat. Diese Zeit ist ihr lediglich aus Erzählungen ihres Ehemanns bekannt.

Frau B. erzählt, dass Anna inzwischen krankheitseinsichtig ist und sie daher nicht daran zweifelt, ihre Schwägerin im Fall eines Rezidivs in die Klinik zurückbringen zu können. Diese Ansicht stützt sie auch auf das „vertrauensverhältnis“, das zwischen den beiden Frauen herrsche. Frau B. ergänzt, dass sie Kontakt zu den Betreuern im Heim aufnimmt, sobald ihr Veränderungen in Annas Verhalten auffallen. Den Einwurf der Patientin, dass sie in der Vergangenheit aufgrund einer Verringerung der Medikamentendosis mehrere psychotische Schübe hatte, bestätigt Arzt B erläuternd.

²²⁹ Für eine kurze Erläuterung zu den Aufgaben eines rechtlichen Betreuers siehe Kapitel 5.1.2.

Frau B. gibt an, gut mit der Situation zurechtzukommen und dass die Krankheit ihrer Schwägerin keinen Einfluss auf sie habe. Sie habe „keinerlei probleme“ und auch keine Fragen, da sie von den Betreuern des Heimes immer über „alles“ informiert werde.

Auf die Frage der Patientin nach dem nächsten Gesprächstermin entwickelt sich eine Diskussion zwischen Frau B., Arzt B und Herrn L. zum – in der Vergangenheit problematischen – Thema Kontinuität der ärztlichen Betreuung.

Beim gemeinsamen Ausfüllen des Fragebogens zu den soziodemographischen Angaben erörtern Arzt B, Herr L. und die Patientin die Zahl der Klinikaufenthalte. Es folgt eine Diskussion über die positiven Eigenschaften, aber auch die emotionale Belastung der Klinikaufenthalte für die Patientin. Arzt B erläutert in diesem Kontext Funktion und Anliegen der Institutsambulanz.

Frau B. berichtet, dass Anna zu Beginn ihrer Unterbringung im Heim des Öfteren den Wunsch nach einer eigenen Wohnung geäußert hatte, dies nun aber seit längerer Zeit nicht mehr relevant sei. Vielmehr gelte die Sorge der Patientin nun der Frage, ob es eine Altersbeschränkung für das Wohnen im Heim und den Besuch der Tagesstätte gebe. Arzt B und Herr L. klären die beiden Frauen darüber auf, dass für beides keine Altersbeschränkung bestehe. Abschließend erörtern die vier Gesprächsteilnehmer die positiven Charakteristika der Tagesstätte.

7.2.2.3 G3 – Patientin Sandra R.

Sandra R. ist 51 Jahre alt; die ausgebildete Verkäuferin übt ihren Beruf zum Zeitpunkt des Gesprächs nicht aus, stattdessen besucht sie regelmäßig die Tagesstätte der Klinik. Ihre Erkrankung ist zum ersten Mal 1977 aufgetreten. Seitdem ist sie immer wieder in stationärer Behandlung, teilweise bis zu drei Mal jährlich – insgesamt gibt es etwa 30 Klinikaufenthalte, das letzte Mal zwei Jahre vor dem aufgezeichneten Gespräch von Mitte Juni bis Anfang August 2005. Seitdem hat sich ihr Zustand auf recht stabilem Niveau eingependelt; alle vier bis fünf Wochen finden Katamnesetermine mit Arzt B in der Klinik statt.

Sandra R. lebt in einem eigenen Haushalt mit ihrem Ehemann Karl R. zusammen, der sie wie üblich auch zu dem für die vorliegende Arbeit aufgezeichneten Gespräch mit Arzt B begleitet. Karl R. ist genauso alt wie seine Frau und übt den Beruf eines „Arbeiters“ aus. Die beiden sind seit 25 Jahren miteinander verheiratet, das Gespräch findet rund zwei Wochen vor dem Tag ihrer Silberhochzeit statt.

Inhalt des aufgezeichneten Gesprächs (Transkript G3)

Zu Beginn des Gesprächs sieht Arzt B gemeinsam mit Sandra R. die Unterlagen des Hausarztes Dr. T. durch und informiert sich über das Ergebnis des großen Blutbildes (Blut- und Leberwerte) sowie die aktuelle Medikation der Patientin. Arzt B teilt mit, dass er dem Hausarzt einen Brief schreiben will. Das Ehepaar wiederum informiert Arzt B über die Urlaubszeit von Dr. T.

Sandra R. gibt an, dass es ihr „ganz gut“ gehe. Ein für sie zentrales Thema während des Gesprächs ist ihr neu erhaltener Schwerbeschädigtenausweis, auf den sie mehrmals zu sprechen kommt. Der Arzt geht im Verlauf des Gesprächs systematisch die Orientierungsfragen durch. In diesem Zusammenhang bestätigt Karl R., dass der Zustand seiner Frau besser geworden sei, seit sie die Tagesstätte besucht, dass sie sich insgesamt wohler fühle.

Die Patientin wirft ein, dass sie glaubt, etwas zugenommen zu haben. Arzt B fordert sie daraufhin auf, auf ihr Gewicht zu achten und fragt ihren Mann nach dessen Eindruck. Sandra R. berichtet über ihren ersten Aufenthalt im St. Valentinushaus 1977 und ihr damaliges Untergewicht. Der Arzt fragt nach den genaueren Umständen der Gewichtszunahme, woraufhin Karl R. erläutert, dass sie sich beide aufgrund der sommerlichen Hitze kaum bewegen; seine Frau ergänzt, dass sie die Fußball-Weltmeisterschaft im Fernsehen verfolgen und sie sich teilweise über die Spiele aufregt. Diese Information bewertet Arzt B positiv, mit dem Hinweis, dass ein Sichzurückziehen eher problematisch sei.

Das Ehepaar informiert Arzt B über die bevorstehende Silberhochzeit und einen zu diesem Anlass geplanten Urlaub. Karl konstatiert, dass seine Frau noch immer die gleiche Person wie zum Zeitpunkt ihres Kennenlernens (1979) sei; er bestätigt, dass er sie bei Bedarf wieder in die Klinik bringen könne. Die Patientin gibt an, dass ihr Mann aufgrund ihrer Krankheit manchmal selbst ein „bisschen aufgeregter“ sei; Karl ergänzt, dass Sandras Klinikaufenthalte für ihn eine (organisatorische) Mehrbelastung seien, die Krankheit sonst jedoch keine Belastung für ihn darstelle; Arzt B greift dies zustimmend auf.

Zum Abschluss des Gesprächs geht der Arzt mit Ehepaar R. die Liste der Medikamente durch und stellt ein Rezept über die notwendigen Präparate aus.

7.2.2.4 G4 – Patient Karsten K.

Karsten K. ist 34 Jahre alt und bereits seit der Schulzeit an Schizophrenie erkrankt, wobei sich der genaue Zeitpunkt der Erkrankung nicht feststellen lässt. Zusätzlich zur Schizophrenie leidet Karsten an verschiedenen Zwangsneurosen, die unter anderem dazu führen, dass Gespräche mit ihm sehr schwierig sein können (z.B. dadurch, dass

Karsten oft mehrmals hintereinander ein und dieselbe Frage wiederholt). Seit seiner Erkrankung ist er etwa zehnmal in stationärer Behandlung gewesen, die letzten vier Male im St. Valentinushaus, zuvor in verschiedenen Kliniken. Der letzte Krankenhausaufenthalt dauerte ca. zwei Monate und liegt zwei bis drei Jahre zurück. Karsten wohnt im an die Klinik angebotenen Wohnheim (Haus Maria); hin und wieder verbringt er die Wochenenden bei seinen Eltern und seinem jüngeren (psychisch gesunden) Bruder Christoph K., was für alle Beteiligten meist emotionalen Stress bedeutet. Karsten hat keinen Schulabschluss; zur Zeit der Studie arbeitete er in einer Werkstatt für psychisch Kranke.

Die Katamnesetermine finden je nach Bedarf, d.h. je nach Karstens Zustand statt, es gibt keinen festgelegten Rhythmus; seit dem letzten Klinikaufenthalt gab es zwei Gespräche. Üblicherweise nehmen an diesen Terminen der behandelnde Arzt B, eine Heimmitarbeiterin (Frau U.) und Karsten K. selbst teil. Bei dem aufgezeichneten Gespräch ist der Patient nicht anwesend. Arzt B spricht mit Karstens Eltern, Herrn und Frau K.; seit dem letzten Klinikaufenthalt ist dies das erste Gespräch in dieser Konstellation.

Herr K. (58 Jahre) ist Kriminalbeamter und der rechtliche Betreuer seines psychisch kranken Sohnes; er steht in regelmäßigem Kontakt mit der Heimmitarbeiterin. Frau K. (57 Jahre) ist gelernte Schneidermeisterin; sie übt ihren Beruf jedoch nicht aus, sondern ist Hausfrau. Seit Karstens Erkrankung erlebt sie, dass „die Kommunikation in der Familie immer mehr aneinander vorbei geht“. Auch in dem aufgezeichneten Gespräch mit Arzt B kommen die durch die Krankheit des Sohnes ausgelösten Probleme zwischen den Ehepartnern deutlich zur Sprache.

Inhalt des aufgezeichneten Gesprächs (Transkript G4)

Arzt B bespricht mit den Eltern von Patient Karsten K. systematisch die Orientierungsfragen. In diesem Zusammenhang informiert Herr K. den Arzt, dass der Kontakt zu Karsten seit einem Jahr nicht mehr so eng ist, sondern dass er engeren regelmäßigen Kontakt nur zu Karstens Betreuerin im Wohnheim (Haus Maria) hält. Daher wisse er, dass der Zustand des Patienten zum Zeitpunkt des Gesprächs nicht so gut sei. Die Eltern berichten gemeinsam von Karstens letztem Besuch zuhause, der Ende April stattfand und bei dem er „einige geräte“ verwendet hatte. Aus der Sicht des Vaters ist der seltenere Kontakt zum Patienten seit dessen Einzug ins Wohnheim besser für die Familie; die Mutter teilt diese Meinung nicht uneingeschränkt.

Die sich anschließenden Ausführungen des Arztes zum Thema Stress und die Bedeutung von Stressreduktion unterbricht Frau K. mit der Schilderung ihrer Hoffnungslosigkeit in Bezug auf eine wesentliche Besserung von Karstens Zustand. Arzt B geht in diesem Zusammenhang auf die Zwangsstörungen des Patienten und seine verengte

Perspektive auf die Sicht der Dinge ein; dies seien schwierige Voraussetzungen für eine psychotherapeutische Hilfe, die zwar sinnvoll sei, aber bisher keine spürbare Verbesserung bewirkt habe. Beide Eltern erläutern, dass keiner der bisherigen therapeutischen Versuche Karstens Zustand verbessert habe. Sie nennen vor allem die diversen Klinikaufenthalte Karstens als nicht hilfreich; Herr und Frau K. meinen, dass sie ihren Sohn zwar erneut in die Klinik bringen könnten, dass dies jedoch nicht einfach sei.

Auch die Psychopharmakotherapie ist Thema des Gesprächs: Beide Elternteile äußern sich skeptisch zu diesem Therapiebaustein. Auf die Frage des Vaters hin, ob die Behandlung auch ohne Medikamente möglich sei, erläutert und begründet Arzt B ausführlich die Notwendigkeit einer medikamentösen Therapie.

Arzt B thematisiert während des Gesprächs die Tatsache, dass Karsten eine Freundin hat und hebt dies als positiv hervor. Die Eltern stimmen dem zu.

Weiterer Gesprächsgegenstand ist die Entwicklung Karstens, die aus der Sicht der Mutter in der Kindheit normal verlaufen ist: Verschiedene neurologische Untersuchungen im Kindesalter hätten keine negativen Ergebnisse gebracht; erst später in der Schule seien Auffälligkeiten zu beobachten gewesen (Ängste vor lauten Geräuschen, Zwang zum Fragenstellen). Karstens Verhalten habe sich seitdem sehr stark verändert: Er lebe „nicht mehr in unserer welt“. Erst durch ihr zweites Kind haben die Eltern festgestellt, dass Karstens Entwicklung nicht normal verlaufen ist. Die Verhaltensprobleme und Anpassungsschwierigkeiten des Patienten stehen laut Arzt im Vordergrund der Erkrankung. Er erläutert die Krankheitsentwicklung und Diagnosestellung bei Schizophrenie; in diesem Kontext berichtet Frau K. über Komplikationen bei Karstens Geburt und äußert ihre Vermutung, dass diese eine Teilursache für die Erkrankung waren, woraufhin Arzt B das Vulnerabilitätskonzept²³⁰ erläutert.

Frau K. spricht an, dass sie und ihr Mann nicht mehr so gut miteinander klar kommen wie früher, was besonders daran zu erkennen sei, dass sie immer weniger miteinander redeten. Frau K. erläutert die Situation zuhause und gibt an, dass sie mehr unter der Krankheit des Sohnes leide als ihr Mann. Es folgt eine Auseinandersetzung zwischen den Ehepartnern. Die ärztliche Frage, ob diese Art von Gesprächen sinnvoll bzw. hilfreich seien, verneint der Vater: Die Gespräche seien in Bezug auf Karsten sinnvoll, aber nicht hinsichtlich der Beziehung zwischen ihm und seiner Frau.

Zum Abschluss des Gesprächs gibt Arzt B einen Ausblick zu den nächsten Schritten in der Behandlung (leichte Änderung der Medikation). Zudem bittet er Herrn K. als rechtlichen Betreuer Karstens um das Einverständnis, einen Brief an Karstens Hausarzt zu schreiben.

²³⁰ Siehe hierzu auch die Erläuterungen in Kapitel 4.2.3.

7.2.2.5 G5 – Patient René S.

René S. ist zum Zeitpunkt der Studie 25 Jahre alt. Seit dem 16. Lebensjahr bis zum ersten Krankenhausaufenthalt 2002 konsumierte er Drogen. Nach dem Abitur war René zehn Monate bei der Bundeswehr. Danach studierte er ein Semester lang Medieninformatik, bevor er das Fach wechselte und zwei Semester Soziologie studierte; Ende 2001 brach er das Studium im Alter von 21 Jahren ab. Im Oktober 2003 besuchte René S. eine Werkstatt für psychisch Kranke, verbunden mit einem Lehrgang (Fächer: Informationsverarbeitung, Englisch; Leistungsfach: Deutsch). Zum Zeitpunkt der Studie übt er keine berufliche Tätigkeit aus, sondern besucht die Tagesstätte der Klinik.

2001 begann René, sich für die chinesische Bewegung Falun Dafa bzw. Falun Gong²³¹ zu interessieren: Er las (und liest noch immer als einzige Lektüre überhaupt) mehrmals das Buch „Falun Gong. Der Weg zur Vollendung“ und nahm an Treffen der Bewegung teil – eine Entwicklung, die seine Mutter mit großer Sorge erfüllt.

René hat einen jüngeren Bruder; dieser ist 19 Jahre alt, führt einen eigenständigen Haushalt und macht eine Lehre zum Einzelhandelskaufmann.

Nach der Wahrnehmung von Renés Mutter brach die Krankheit im Januar 2002 aus. Der erste von insgesamt fünf Klinikaufenthalten fand von Ende März bis Ende Juli 2002 statt; 2004 folgten drei kürzere stationäre Behandlungsphasen, da René seine Medikamente mehrmals absetzte (sog. Non-Compliance). Anfang 2005 war er erneut im Krankenhaus. Während dieser letzten stationären Therapiephase wurde Renés Medikation auf Depotinjektionen²³² umgestellt, die einen „enge[n] ambulante[n] ärztliche[n] Kontakt“ (Gutwinski 2007 : 289) notwendig machen; für René bedeutet dies, dass er alle zwei Wochen in die Institutsambulanz des St. Valentinushauses zur Injektion eines Neuroleptikums geht.

In den ersten Monaten nach dem Klinikaufenthalt ging er üblicherweise allein zu diesen Terminen, die letzten fünf Male in Begleitung seiner Mutter oder seines Vaters, der seit 2004 zugleich Renés rechtlicher Betreuer ist. An dem aufgezeichneten Gespräch nehmen Arzt C und Frau S. teil. Es ist ungefähr das achte Gespräch seit Renés letztem Klinikaufenthalt und findet eine Woche vor dem geplanten Umzug des Patienten in ein Wohnheim statt.

Frau S. ist Betriebswirtin und hat im Rechnungswesen gearbeitet. Seit dem Ausbruch der Krankheit ihres Sohnes ist sie Hausfrau. Um die Situation ihres Sohnes besser verarbeiten zu können, war sie von 2004 bis 2005 selbst in psychotherapeutischer Behandlung; nach ihrem Empfinden hat ihr dies jedoch „nicht so geholfen, sondern eher CDs mit beruhigender Musik, Beten und autogenes Training“. Frau S. hat auch die Teilnahme

²³¹ Informationen unter http://de.wikipedia.org/wiki/Falun_Gong (zuletzt geprüft am 06.10.2008)

²³² Nähere Informationen hierzu gibt Kapitel 4.2.5.

an einer Angehörigengruppe aufgegeben, da sie die Erzählungen der anderen Angehörigen mehr belasteten als dass sie ihr geholfen hätten.

Inhalt des aufgezeichneten Gesprächs (Transkript G5)

Frau S. berichtet über den aktuellen Zustand ihres Sohnes; sie geht darauf ein, dass er nur in geringem Maße belastbar sei, was sie auf die Depotmedikation zurückführt; in der ersten Woche nach der Injektion sei dies ausgeprägter, in der zweiten Woche gehe es besser. Sie führt aus, dass sie gemeinsam Skat und Poker spielen (und René hierbei durchaus kognitive Fähigkeiten beweise); sie macht sich Gedanken über die Lektüre ihres Sohnes, das Falun-Dafa-Buch, das sie detaillierter beschreibt.

Das zentrale Thema des Gesprächs ist für Arzt C der bevorstehende Umzug des Patienten in das Wohnheim. Er lässt René's Mutter über die Besichtigung und den therapeutischen Ansatz des Heimes berichten.

Frau S. betont die positiven Aspekte solcher Einrichtungen und geht ausführlich auf die Problematik von Jugendlichen ein, für die ihrer Meinung nach keine ausreichenden Betreuungsangebote bestehen. Sie schildert ihre Erfahrungen mit ihrem zweiten Sohn, bevor sie auf René's Weg von der Schule bis hin zu seinen beiden Klinikaufhalten zu sprechen kommt. In diesem Zusammenhang thematisiert sie die mangelnde Gesprächsbereitschaft der Ärzte während der zweiten stationären Behandlung René's.

Auf die ärztliche Frage nach der Veränderung von René's Zustand im Laufe der Zeit gibt sie an, dass dieser zur Zeit des Ausbruchs der Krankheit insgesamt schlechter, d.h. von mehr psychotischen Ausbrüchen geprägt gewesen sei. Die psychotischen Schübe seien jetzt nicht mehr so oft häufig und die Stimmen seien nicht mehr so bösartig; allerdings sei René kaum mehr aktiv.

Diese geringe Belastbarkeit ihres Sohnes und dass er „NICH mal in eine REHA kann“, ist für Frau S. „unbefriedigend“. Sie bespricht mit Arzt C, ob und in welchem zeitlichen Rahmen dieser Zustand durch eine Medikamentenumstellung verbessert werden könne. In diesem Zusammenhang macht sie deutlich, dass ihr langfristiges Ziel für René eine Rehabilitationsmaßnahme (wie der Besuch einer Werkstatt) sei, woraufhin Arzt C die Prognose zur Sprache bringt, dass René vermutlich nicht mehr „symptomfrei“ werde und über den Zusammenhang zwischen dem Zeitpunkt der Erkrankung und dem Beginn der Berufsausbildung bzw. dem beruflichen Wiedereinstieg informiert.

7.2.2.6 G6 – Patient Jochen Ü.

Der 59-jährige Jochen Ü. leidet seit langer Zeit an Schizophrenie: 1970 machte sich die Krankheit zum ersten Mal in Form eines Nervenzusammenbruchs bemerkbar, der dazu führte, dass Jochen Ü. sein Studium abbrechen musste. Insgesamt war er mindestens fünf Mal in stationärer Behandlung, zuletzt für fünf Wochen im September 2005. Die Diagnose Schizophrenie wurde nicht von Anfang an gestellt, wie die Schwester des Patienten, Frau Ü., im Gespräch mit Arzt C erwähnt (G6, Z. 209-215):

Frau Ü.: also das kind (.) hat ja VIEle namen [gehabt also das erste mal] depreSSIONen-

Arzt C: [ja gut; das is
manchmal so. (--) ja=ja,]

Frau Ü.: dann hieß es äh schizophreNIE dann hieß es neuROse dann hieß es BOrderline (.) also äh das wurde schon oft äh=äh das war schon- (.) ja. ((lacht))=

Von 1970 bis 2002 wurde der Patient von seiner Mutter betreut. Seit deren Tod 2002 kümmert sich seine zwei Jahre jüngere Schwester mit Unterstützung einer diakonischen Einrichtung²³³ um ihn.

Frau Ü. ist die einzige an der Studie teilnehmende Angehörige, die als ausgebildete Krankenschwester einen professionellen medizinischen Hintergrund hat; auch ihr Mann ist als Arzt ein Gesundheitsprofessioneller. Zur Zeit des aufgezeichneten Gesprächs übt die 57-Jährige ihren Beruf nicht mehr aus, sondern ist Hausfrau. Sie hat sich seit dem Tod ihrer Mutter in medizinische Fachliteratur zum Thema Schizophrenie eingelesen. Zweimal hat sie an Angehörigengruppen teilgenommen; auch ist sie selbst im Zusammenhang mit der Krankheit ihres Bruders psychologisch betreut worden.

Das aufgezeichnete Gespräch ist das dritte nach dem letzten Klinikaufenthalt; beim ersten Termin hat neben Arzt C und Frau Ü. auch der Patient teilgenommen, der übliche Turnus der Katamnesetermine beträgt sechs Monate und in der Regel nehmen Arzt C und Frau Ü. daran teil.

Inhalt des aufgezeichneten Gesprächs (Transkript G6)

Frau Ü. berichtet, dass ihr Bruder Jochen seit dem letzten Klinikaufenthalt medikamentös gut eingestellt ist und sein Zustand seitdem stabil sei. Sie erläutert das enge Verhältnis, das schon seit jeher zwischen ihr und ihrem Bruder besteht. Nach seiner Erkrankung musste sie lernen, sich zurückzunehmen und ihm Raum zu geben. Beide stehen in häufigem telefonischen und persönlichen Kontakt miteinander.

²³³ Zu dieser Form des „heimangebundenen betreuten Wohnens“, die versucht, „chronisch psychisch Kranken ein Leben außerhalb des Heimes mit Unterstützung des Heimpersonals zu ermöglichen“, vgl. Jähnel et al. (2007).

Frau Ü. erzählt von Jochens erstem Zusammenbruch im Alter von 20 Jahren und dass sich Veränderungen in seinem Verhalten bereits bemerkbar gemacht hatten, als er 14 Jahre alt war. In diesem Zusammenhang geht sie auch darauf ein, dass die Krankheit ihres Bruders nicht von Anfang an eindeutig als Schizophrenie diagnostiziert wurde. Arzt C erläutert daraufhin die Schwierigkeiten der Diagnosestellung bei Schizophrenie.

Frau Ü. erzählt von ihrer eigenen Beschäftigung mit der Krankheit (Einlesen in Fachliteratur, Teilnahme an einer Fortbildung, Gespräche mit ihrem Mann). Der Arzt greift diese Information auf und berichtet über Erfahrungen aus seiner beruflichen Praxis. Frau Ü. erzählt von der Gesprächsbereitschaft ihres Bruders und bejaht die ärztliche Frage nach Jochens Bedürfnis nach mehr Kontakt zu gesunden Menschen; beide erörtern den inzwischen aus organisatorischen Gründen abgebrochenen Kontakt des Patienten zu einer Psychologin und eine eventuelle Wiederaufnahme. Abschließend stellen beide Gesprächsteilnehmer fest, dass offensichtlich ein Zusammenhang zwischen den Rückfällen des Patienten, die jeweils zu einer Rehospitalisierung geführt haben, und den Urlaubsfahrten seiner Schwester besteht.

7.2.2.7 G7 – Patient Timm W.

Patient Timm W. (28 Jahre) ist gelernter Bürokaufmann. Zum Zeitpunkt der Studie ist er arbeitslos und in Kontakt mit dem Arbeitsamt, um eine neue Stelle zu finden; zuvor hat er eine administrative Tätigkeit im Fachbereich Psychologie der Johannes Gutenberg-Universität Mainz ausgeübt. Bisher war Timm W. zweimal in stationärer Behandlung gewesen, wobei der letzte Klinikaufenthalt zweieinhalb Monate dauerte und zum Zeitpunkt des aufgezeichneten Gesprächs rund vier Wochen zurücklag.

Timm lebt als mit Abstand jüngstes von vier Kindern bei seinen Eltern; eine seiner drei Schwestern (oder/und seine Tante väterlicherseits) scheint ebenfalls psychisch krank zu sein.²³⁴

Das aufgezeichnete Gespräch zwischen Arzt E und dem Vater des Patienten, Herrn W., findet direkt im Anschluss an ein Gespräch zwischen den beiden und dem Patienten selbst statt. Es ist das dritte Gespräch nach dem letzten Klinikaufenthalt und das erste Mal, dass sich Arzt und Vater in Abwesenheit des Patienten unterhalten. Die Katamnesetermine haben vor dem letzten Klinikaufenthalt üblicherweise in einem Rhythmus von zwei bis vier Wochen stattgefunden; seit der Entlassung Timms finden die Termine alle zehn Tage statt.

²³⁴ Aus dem Gespräch zwischen Herrn W. und Arzt E geht nicht genau hervor, wer außer Timm in der Familie psychisch krank ist; vgl. G7, Z. 127-148.

Herr W. ist 72 Jahre alt und damit der älteste an der Studie teilnehmende Angehörige. Der gelernte Tischler hat vor seiner Berentung lange Jahre in der Verwaltung des Fachbereichs Sport der Universität Mainz gearbeitet.

Inhalt des aufgezeichneten Gesprächs (Transkript G7)

Herr W. berichtet, dass er den Zustand seines Sohnes als sehr viel besser einschätzt als vor dem letzten Klinikaufenthalt, aber dass man auch merke, dass Timm noch krank sei. Auf Nachfrage von Arzt E präzisiert er dies: Sein Sohn sei nicht mehr so unruhig, früher habe er sich zurückgezogen und wollte immer mehr Medikamente haben; jetzt gehe er wieder einmal pro Woche zum Klavier- und Geigenunterricht und spiele mit der Katze der Nachbarn. Auch nehme Timm seine Medikamente ein und sei krankheitseinsichtig. Allerdings ist Timms „stehvermögen“, d.h. seine Belastbarkeit, in den Augen des Vaters noch nicht wieder hergestellt, z.B. in Bezug auf das Arbeiten. Auch die anhaltende Müdigkeit des Patienten beschäftigt den Vater. Für Herrn W. ist es das Wichtigste, dass sein Sohn wieder arbeiten geht; er macht sich Gedanken darüber, ob Timm wieder eine Arbeitsstelle finden wird.

Herr W. gibt an, dass die Belastung für ihn und seine Frau nicht mehr so groß sei wie früher und dass er – falls es nötig werden sollte – seinen Sohn wieder in das St. Valentinushaus bringen werde, da Timm hier medizinisch und menschlich gut versorgt worden sei; er ist dankbar für die erhaltene Hilfe. Auf Nachfrage bestätigt Herr W., dass er weiß, dass sein Sohn an einer Psychose leide, und zwar als einziger in der Familie (wobei es, wie oben erwähnt, andere psychische Krankheiten in der Familie gibt).

Abschließend diskutieren Arzt E und Herr W. die erforderlichen nächsten Schritte, die im Zusammenhang mit dem Arbeitsamt zu erledigen sind und was dabei zu berücksichtigen ist.

7.2.2.8 G8 – Patient Rüdiger P.

Rüdiger P. (39 Jahre) ist Industriekaufmann, zum Zeitpunkt der Untersuchung ohne Beschäftigung. Seit März 2006 hat er die meiste Zeit in stationärer Behandlung verbracht: Dreimal war er im Krankenhaus, zuletzt erstmals im St. Valentinushaus, wo er nach sieben Wochen auf eigenen Wunsch entlassen wurde.

Trotz des mit den stationären Behandlungen verbundenen intensiven Kontakts zu den behandelnden Ärzten ist Rüdiger P.s Ehefrau offensichtlich nicht darüber informiert, welche Krankheit bei ihrem Mann diagnostiziert wurde, wie aus ihrem Gespräch mit Arzt D hervorgeht (G8, Z. 374-387):

Frau P.: [was=was] IST es denn? ist es jetzt ne=ne dePRESSION?
oder=oder was=was ist [(mit ihm)?]

Arzt D: [nee, wir=wir] sind schon der meinung
dass es ne schizo-affektive psychose ist, gell? das kann
er=das GEHT auf jeden fall über ne depression (.) hiNAUS. das
ist also [(auch das wahnhaft-)]

Frau P.: [das heißt aber auch,] dass die ängste durch
diese depression kommen oder?

Arzt D: na=ja (sagen wir mal) dass dies depression und (jetzt mal)
diese erkrankung (--), dass die ängste ein=einer der
ausdrucksformen in dieser erkrankung (sind). und eben auch
diese=diese=dieser WAHN, (.) diese vorstellung, dass man ihn
abhört und so weiter, dass=das sozusagen (.) das gehört alles
dazu, gell? (([...]))

Das aufgezeichnete Gespräch zwischen Frau P. und Arzt D findet direkt im Anschluss an einen gemeinsamen Termin mit ihrem Mann und ca. zehn Tage nach der Entlassung von Rüdiger P. aus der Klinik statt. Was dessen weitere Behandlung angeht, ist zum Zeitpunkt des Gesprächs nicht sicher, ob er nicht schon bald wieder in die Klinik aufgenommen werden wird, da sich sein Zustand zuhause in der gemeinsamen Wohnung bereits kurz nach der Rückkehr sehr schnell massiv verschlechtert hat. Dem Termin gingen seit der Entlassung zwei längere Telefongespräche zwischen Arzt D und dem Patienten bzw. seiner Frau voraus. Das aufgezeichnete Gespräch ist die erste Gelegenheit für Frau P., allein mit dem behandelnden Arzt ihres Mannes zu sprechen; ihre emotionale Belastung scheint sehr hoch zu sein, was sich z.B. darin äußert, dass sie einige Male während des Gesprächs weint.

Frau P. ist wie ihr Mann 39 Jahre alt und arbeitet als Briefträgerin. Sie würde gern an einer Angehörigengruppe teilnehmen und hat sich an der Rezeption der Klinik nach einem solchen Angebot erkundigt, da sie von ihrer Mutter erfahren hat, dass ihr dies helfen kann, mit der Situation umzugehen.

Inhalt des aufgezeichneten Gesprächs (Transkript G8)

In ihrem Gespräch mit Arzt D berichtet Frau P., dass ihr Mann bereits während des letzten Klinikaufenthaltes Angst vor dem Nachhausekommen hatte; der erste Tag nach der Entlassung sei gut verlaufen, aber seitdem habe sich sein Zustand wieder verschlechtert. Frau P. kann keinen Unterschied zur Situation feststellen, die zur Aufnahme in die Klinik geführt hat. Körperlich habe sich ihr Mann hingegen sehr verändert, er habe sehr stark abgenommen, esse kaum etwas, sei schwach und habe keine Kraft mehr.

Frau P. gibt an, dass die Ängste ihres Mannes unter den Medikamenten, die er während der Klinikaufenthalte eingenommen habe, schwächer waren. Jetzt, unter der

geänderten ambulanten Medikation, seien die Ängste wieder da. Arzt D erörtert daraufhin die Medikation.

Für Frau P. ist ihr Mann seit dem Ausbruch der Krankheit eine andere Person als früher. Er macht ihr Angst, sie fühlt sich hilflos und versteht die Gründe nicht, aus denen sich ihr Mann in seine Gedanken und Ängste hineinsteigert bzw. kann sie nicht nachvollziehen, „dass er DA nicht mehr rauskommt“. Arzt D erklärt, dass dies durch den mit der Krankheit einhergehenden Wahn bedingt ist.

Frau P. gibt an, dass sie unsicher sei, ob sie ihren Mann bei einer weiteren Verschlechterung seines Zustands wieder in die Klinik bringen kann; seine Einsicht in seine Krankheit sei nicht dauerhaft gegeben. – Frau P. erzählt, dass sie froh ist, Arbeit und damit Abwechslung und Abstand zur Krankheit ihres Mannes zu haben. Sie sei „geNERVT, einfach nur genervt“ und führt Beispiele für sein von Antriebslosigkeit geprägtes Verhalten an.

Arzt D erörtert mit ihr das künftige therapeutische Vorgehen. In diesem Kontext schildert Frau P. die Unterschiede zwischen dem Zustand ihres Mannes zuhause und während des vorletzten und letzten Klinikaufenthaltes. Sie erkundigt sich nach der genauen Diagnose und erfragt Hinweise für den Umgang mit ihrem Mann. Arzt D antwortet hierauf ausführlich und beendet anschließend das Gespräch mit einem Ausblick auf den nächsten Termin.

7.2.2.9 G9 – Patientin Natalja U.

Natalja U. (40 Jahre) ist gebürtige Russin und kam 1995 mit ihrem deutschen Mann, Herrn U., nach Deutschland. Im selben Jahr erkrankte sie so stark, dass sie erstmals in ein psychiatrisches Krankenhaus eingewiesen wurde. Die zum Zeitpunkt der Studie als Reinigungskraft in Teilzeit beschäftigte Patientin ist seither noch drei weitere Male im St. Valentinushaus in stationärer Behandlung gewesen, der letzte Klinikaufenthalt von vier Wochen liegt zum Zeitpunkt der Aufzeichnung des Gesprächs etwa zwei Wochen zurück. Während dieses Aufenthalts wurde die Medikation der Patientin auf Depotinjektionen umgestellt, die einen vierzehntägigen Kontakt zum behandelnden Arzt notwendig machen. Üblicherweise nehmen an den weiterhin stattfindenden ausführlicheren vierwöchentlichen Katamneseterminen der behandelnde Arzt C und die Patientin teil – ihr Mann begleitet sie zwar in die Klinik, geht jedoch nicht mit ins Sprechzimmer. Das aufgezeichnete Gespräch ist das erste in der Konstellation Arzt und Angehöriger.

Herr U. und seine Frau lernten sich in Russland kennen, als er dort im Rahmen seiner beruflichen Tätigkeit als Elektrotechniker lebte. Zum Zeitpunkt der Studie sind der mittlerweile 66-jährige Rentner und seine Frau seit elf Jahren in Deutschland. Die Familie seiner Frau (ihre Mutter und ihr Bruder) leben weiterhin in Russland, sie kom-

men etwa einmal pro Jahr zu Besuch, was sich scheinbar negativ auf Nataljas Zustand auswirkt.

Inhalt des aufgezeichneten Gesprächs (Transkript G9)

Herr U. berichtet, dass er zwischen den psychotischen Schüben seiner Frau „ganz gut“ zurechtkommt. Erste Anzeichen, an denen er solche Rezidivphasen erkennt, sind die lautere Stimme, mit der Natalja dann spricht, die Tatsache, dass sie sich mehr als sonst zurückzieht und dass sie deutlich mehr Zigaretten als sonst raucht. Er erzählt, dass die Patientin inzwischen selbst merkt, wann es zu solchen Rückfällen kommt und darüber spricht, dass sie im Gegensatz zu früher erkennt und akzeptiert, dass sie krank ist.

Herr U. sieht einen – vom Arzt bestätigten – kausalen Zusammenhang zwischen den Rückfällen seiner Frau und außergewöhnlichen Situationen oder Ereignissen, die nicht alltäglich sind. Zudem vermutet er die Reduzierung der Medikation als Ursache für die Rückfälle, was der Arzt jedoch verneint.

Im Gegensatz zur Patientin selbst ist Herr U. der Meinung, dass sie erst nach ihrer Ankunft in Deutschland erkrankt sei und nicht bereits in Russland. Auf die Frage, was er noch mitteilen oder fragen möchte, äußert Herr U. die Hoffnung, dass bald ein Mittel entdeckt werde, mit dem man die Ursache für schizophrene Psychosen behandeln könne. Außerdem bemerkt er, dass die Medikamente seiner Frau sehr teuer seien, aber dass die Krankenkasse „hoffentlich“ die Kosten hierfür übernehmen werde. Abschließend versichert er, dass er „gut klar“ komme, obwohl Natalja sehr auf ihn fixiert sei, schlecht sozialen Anschluss finde und keine Freunde habe.

7.2.2.10 G10 – Patient Frank G.

Der 35-jährige Frank G. leidet seit über sechs Jahren an Schizophrenie. Insgesamt war er seitdem dreimal – jeweils im St. Valentinushaus – in stationärer Behandlung gewesen, das letzte Mal für fünf Monate von April bis August 2002. Während dieses Klinikaufenthalts wurde Franks Medikation aufgrund voriger Non-Compliance auf Depotinjektionen umgestellt, was zur Stabilisierung seines Zustands beitrug.

Der ausgebildete Werkzeugmechaniker arbeitet seit dem letzten Klinikaufenthalt in einer Werkstatt für psychisch Kranke. Nachdem er das betreute Wohnen in einem Heim nach einigen Tagen abgebrochen hat, lebt er wieder im Haus seiner Mutter, Frau G.

Zu den 14-tägigen Terminen für die Depotinjektion kommt Frank G. allein in die Klinik; das aufgezeichnete fremdkatamnestische Gespräch zwischen Arzt C und Frau G. ist seit dem vier Jahre zurückliegenden letzten Krankenhausaufenthalt ihres Sohnes erst die zweite Gelegenheit für Frau G. zu einem Kontakt mit dem behandelnden Arzt,

da ihr Sohn – zumindest nach ihrem Empfinden – eine „eher ablehnende“ Haltung einnimmt, wenn sie ihn zu den Terminen begleiten will.

Die 62-jährige Witwe ist gelernte Näherin; sie hat vor ihrer Berentung lange Zeit als Leiterin eines Drogeriemarktes gearbeitet. Im Jahr 2000 hat sie an einer Angehörigen-gruppe teilgenommen und beschließt, dies wieder zu tun, als sie anlässlich des Termins im Wartezimmer der Institutsambulanz ein Informationsblatt mit den Terminen für die aktuelle Angehörigen-gruppe entdeckt.

Inhalt des aufgezeichneten Gesprächs (Transkript G10)

Frau G. berichtet, dass sie grundsätzlich „ei:gentlich relativ gu:t“ mit der Situation zuhause zurechtkommt – allerdings mit Einschränkungen: Ihr Sohn rauche sehr viel (seit dem zweiten Klinikaufenthalt), was immer wieder zu Auseinandersetzungen zwischen beiden führe. Außerdem merkt sie an, dass der Patient nicht mit seinem Geld haushalten könne. Arzt C erklärt daraufhin die Gründe für das vermehrte Rauchen des Patienten. In diesem Zusammenhang kommen die beiden Gesprächspartner auf die Nebenwirkungen von Franks Medikation zu sprechen: zum einen ein extremes Zittern und zum anderen unwillkürlich auftretende Bewusstseinsausfälle, die die Mutter zweimal selbst miterlebt hat. Frau S. äußert ihre Besorgnis darüber, dass Frank einen solchen Ausfall haben könnte, wenn er unbeobachtet raucht und dadurch vielleicht einen Brand verursachen könnte. Arzt C kündigt daraufhin an, die Ausfälle genauer zu untersuchen.

Gemeinsam erörtern die beiden Gesprächspartner die Resistenz des Patienten gegenüber Änderungen der Medikation; Frau G. weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass Frank an dem ursprünglich anvisierten Behandlungszeitraum von fünf Jahren festhält. Arzt C informiert darüber, dass er die Medikation in nächster Zeit umstellen möchte und erläutert auf Nachfrage, dass dies ambulant oder stationär möglich ist und dass die Form (Depotinjektion oder orale Einnahme) von Franks Compliance abhängig sein wird.

Ein weiteres Thema ist Franks Besuch der Werkstatt und sein – im Hinblick auf seine Belastbarkeit von der Mutter skeptisch gesehener – Wunsch, ein Praktikum zu machen. Frau G. berichtet, dass sie ihren Sohn in vielen Dingen unterstützt. Die Wochenenden seien für sie sehr belastend, da sie sich dann nicht nur um Frank, sondern auch um ihre demenzkranke Mutter kümmern muss.

Die Frage von Arzt C nach dem aktuellen Vorhandensein psychotischer Symptome verneint die Mutter. Schließlich nimmt Frau G. das Gespräch mit Arzt C zum Anlass, ihn darüber zu informieren, dass ihr Sohn sie auf Distanz hält, was seine Therapie angehe.

7.3 Kategorien der Analyse

Wie im Theorieteil dargelegt, gilt die Einbeziehung der Angehörigen in Therapie und Nachsorge von Schizophreniepatienten in der medizinisch-psychiatrischen Forschung nicht nur als eine begrüßenswerte Idee, sondern als eine notwendige Forderung. Das (Fremd-)Katamnesegespräch, das Nachsorgegespräch, ist neben dem Fremdanamnesegespräch **der** zentrale Berührungspunkt zwischen behandelndem Psychiater und den Angehörigen des Patienten. Es ist die Gelegenheit für die Angehörigen, einerseits Informationen über die Behandlung ihres kranken Familienmitglieds zu erhalten und andererseits dem Arzt Informationen zum jeweils aktuellen Zustand des Patienten mitzuteilen. Im Sinne einer Einbindung der Angehörigen als Kotherapeuten ist dieses Gespräch über die beiden genannten Aspekte hinaus der Ort, an dem die Angehörigen auf die Therapie Einfluss nehmen und Fragen platzieren können müssen, wenn sie ihre Aufgabe erfüllen wollen.

Aber nicht nur die aus Sicht der Angehörigen für die Behandlung des Patienten relevanten Aspekte sind im Fremdkatamnesegespräch zentrale Anliegen: Auch ihre eigenen Befindlichkeiten spielen eine große Rolle; der Termin mit dem behandelnden Arzt soll idealerweise ihre Fragen beantworten, ihre Ängste auffangen und ihre Bedürfnisse befriedigen.

Aus handlungssemantischer Sicht werden daher die beiden Strategien „Die Therapie beeinflussen“ und „Eigene Befindlichkeiten thematisieren“ in einer Auswahl von zentralen sprachlichen Handlungen betrachtet: Im Hinblick auf die erste Strategie wird untersucht, wie Angehörige Widersprüche äußern, wie sie die Therapie ihres erkrankten Familienmitglieds bzw. bestimmte Aspekte derselben kritisieren und wie sie Vorschläge hierzu machen. Auch im Zusammenhang mit der zweiten Handlungsstrategie spielen das Äußern von Kritik und Vorschlägen eine zentrale Rolle, zum anderen zählen das Erfragen von Informationen und das Äußern von Belastungen zu den wichtigsten Handlungen, die Angehörige einsetzen können, um ihre eigene Befindlichkeiten und Bedürfnisse auszudrücken.²³⁵ Diese vier sprachlichen Handlungen werden daher im zweiten Teil der Analyse untersucht.

²³⁵ Die Handlungsstrategien sind durch doppelte Anführungszeichen gekennzeichnet; Handlungsmuster sind durch die Schreibweise in Versalien gekennzeichnet und so von alltagssprachlich bzw. allgemein linguistisch verwendeten Begriffen abgesetzt.

7.3.1 Kurzcharakteristiken der einzelnen Handlungsmuster

Im Folgenden werden allgemeine Grundlagen und Charakteristika zu den o.g., die beiden zentralen Handlungsstrategien konstituierenden Handlungsmustern eingehender vorgestellt. Ziel dieser Skizzen ist es, die „verfestigte[n] Strukturen“ aufzuzeigen, „so daß man von [...] einem kommunikativen Muster sprechen kann“ (Günthner 2000 : 74).

Zu diesem Zweck berücksichtigen die Kurzcharakteristiken der einzelnen Handlungsmuster die folgenden Merkmale, da diese die interpretative Zuordnung der jeweils individuell vorliegenden, konkreten sprachlichen Handlung zu einem bestimmten Muster lenken:

1. *Semantik*. Positive (bejahende), negative (verneinende) oder neutrale (feststellende) Bedeutung
2. *Funktion*. z.B. direktiv, evaluativ etc.
3. *Sequenzielle Organisation*. Damit ist gemeint, an welcher Position innerhalb einer Sequenz die Handlung eingesetzt werden kann: initial oder responsiv.
4. *Adressierung*. Dabei handelt es sich wie bei der sequenziellen Organisation um einen interaktionalen Aspekt: Ist der Gesprächspartner auch der inhaltliche Ansprechpartner? Auf wen bezieht sich die Äußerung? Von besonderer Bedeutung ist dieser Aspekt für sprachliche Handlungen in Gesprächen mit mehr als zwei Gesprächspartnern.

Grundsätzlich gilt für diese im Folgenden beschriebenen Merkmale der einzelnen Handlungsmuster, dass es sich jeweils lediglich um (mal mehr, mal weniger spezifische) *Indikatoren* handelt, die die Interpretation der jeweils individuell vorliegenden Sprachhandlung beeinflussen. Im konkreten Einzelfall müssen keineswegs alle dieser Indikatoren in immer derselben Weise, d.h. unabhängig vom Kontext, vorhanden sein, um die Zuordnung einer Handlung zu einem zugrunde liegenden Handlungsmuster zu ermöglichen bzw. zu rechtfertigen.²³⁶

Folgende Merkmale werden in den Kurzcharakteristiken nur insoweit berücksichtigt als sie bereits in einschlägigen Forschungsarbeiten herausgearbeitet wurden: grammatisch-syntaktische Phänomene, Formulierungsverfahren (Lexik etc.), parasprachliche

²³⁶ Vgl. hierzu die Feststellung von Günthner (2000 : 74) zu Vorwurfsaktivitäten:

„Im Gegensatz zur Annahme der Sprechakttheorie führt ein Sprecher keineswegs mit einer feststehenden sprachlichen Form kontextübergreifend eine bestimmte illokutionäre Handlung aus. Zwar gibt es spezifische Vorwurfsindikatoren, doch einerseits konstituiert ein Zusammentreffen solcher Indikatoren nicht notgedrungen den illokutionären Akt des Vorwerfens. Andererseits weisen keineswegs sämtliche Vorwürfe diese Indikatoren auf. Zahlreiche Vorwürfe verfügen [...] über eine interpretative Vagheit, die keinen ‚Defekt‘ bzw. kein ‚Mißglücken‘ im sprechakttheoretischen Sinne verkörpert, sondern vielmehr ein konstitutives Element potentieller Vorwurfsäußerungen darstellt.“

Phänomene und indexikalische Zeichen (wie Lachen oder lächelndes Sprechen, Stottern, Intonation) sowie sonstige Aspekte, die für die Rekonstruktion des Musters relevant sind (individuelle Handlungsmustersequenzen).

Diese Merkmale werden jeweils ihrer Relevanz für den konkreten Einzelfall entsprechend ausführlich in den Analysen der individuellen Beispiele aus dem vorliegenden Korpus in Kapitel 8 erarbeitet und im Fazit der Untersuchung zusammenfassend dargestellt.

7.3.1.1 Das Handlungsmuster WIDERSPRECHEN

Das Handlungsmuster WIDERSPRECHEN gehört semantisch zur Klasse der adversativen, also gegensätzlichen bzw. entgegengesetzten Ausdrücke. Nach der Satzsemantik von von Polenz (1988) zählt es zur Gruppe der verneinenden Sprechereinstellungen. Verneinungen sind generell als Widerspruch und/oder als Korrektur aufzufassen:

„sie [i.e. jede Verneinung] soll jeweils einer entsprechenden gegenteiligen, also positiven Aussage entgegenwirken, die im vorangehenden Kontext oder in der Situation eine Rolle spielt.“ von Polenz (1988 : 217)

Heringer (1974 : 104) definiert Widersprüche durch die Relation ‚ist Negation von‘. In Bezug auf die thematische²³⁷ Progression, d.h. den „Prozeß der semant[ischen] und syntakt[ischen] Entfaltung eines Informationskerns bzw. eines Textthemas“ (Glück 2000 : 730), bedeutet dies Folgendes:

„Unter dem Aspekt der thematischen Progression ist ‚widersprechen‘ nicht als Fortschreibung der Interaktion zu interpretieren. Vielmehr wird einer vorangegangenen Sachverhaltsdarstellung die Ratifikation verweigert und der damit verbundene Versuch der Verständigung über einen Sachverhalt gilt zunächst als fehlgeschlagen.“
Spranz-Fogasy (1986/2005 : 10)

Diese Eigenschaften finden sich auch in der Bedeutungsbeschreibung des Duden-Universalwörterbuchs (⁴2001) wider:

„**widersprechen** <st.V.: hat> [mhd. widersprechen, ahd. widarsprechan = Einspruch erheben; ablehnen, leugnen; sich lossagen]: **1. a)** *eine Äußerung, Aussage, o.Ä. als unzutreffend bezeichnen u. Gegenargumente vorbringen [...]* **b)** *einer Sache nicht zustimmen, gegen etw. Einspruch erheben [...]* **2.** *nicht übereinstimmen [mit etw., jmdm.]; sich ausschließen; im Widerspruch stehen [...].“*

Bei aufmerksamer Lektüre der Duden-Definition fällt auf, dass diese in der Formulierung „u. Gegenargumente vorbringen“ ein weiteres Merkmal des Handlungsmusters zur Sprache bringt, nämlich die „Bewältigung“ bzw. Klärung des Widerspruchs, die den Ge-

²³⁷ Die Begriffe ‚Thema‘ und ‚Rhema‘ werden in der vorliegenden Arbeit im Sinne der Prager Schule, v.a. Firbas, verwendet. Vgl. hierzu Leong Ping (2005).

sprächspartnern die von Spranz-Fogasy angesprochene „Verständigung über einen Sachverhalt“ ermöglicht. – Unter interaktionaler Perspektive gehört WIDERSPRECHEN damit zu den fremdinitiierten Korrekturen (auch ‚Fremdkorrekturen‘ genannt), die auf der Ebene der Höflichkeit grundsätzlich einen gesichtsbedrohenden Akt für das Gegenüber darstellen.

Aus dem bisher Gesagten wird deutlich, dass WIDERSPRECHEN immer eine Reaktion auf zuvor Gesagtes ist; es handelt sich also um ein Handlungsmuster, das „reaktiv, d.h. sequenziell dem Beitrag eines Gegenübers nachgeordnet“ ist (Spranz-Fogasy 1986/2005 : 11). In der Regel, so hat Spranz-Fogasy (1986/2005) in seiner ausführlichen Studie zum WIDERSPRECHEN nachgewiesen, besteht die „Normalform“ einer Widerspruch-Sequenz aus vier Einheiten: erstens der initialen Behauptung eines Kommunikationspartners, zweitens dem eigentlichen Widerspruch des Gegenübers, drittens der Bewältigung des Widerspruchs und schließlich viertens der Ratifikation dieser Bewältigung.²³⁸

Zu den Formen der Adressierung des Widerspruchs ist festzuhalten, dass sich diese sprachliche Handlung zum einen an das Gegenüber in der konkreten Gesprächssituation richten kann. Gerade im Hinblick auf die hier interessierende Gesprächssorte ‚Fremdkatamnese‘ ist jedoch auch denkbar, dass nicht einer Aussage des Gesprächspartners, sondern einer (von Arzt oder Angehörigem wiedergegebenen) Aussage des (nicht anwesenden) Patienten widersprochen wird.

7.3.1.2 Das Handlungsmuster KRITISIEREN

Das Handlungsmuster KRITISIEREN lässt sich satzsemantisch in die Gruppe der bewertenden Sprechereinstellungen bzw. -handlungen einordnen.²³⁹ – Nach Fiehler hat Kommunikation (mindestens) zwei vom Grundsatz her gleichwertige Aspekte: erstens die Verständigung über Sachverhalte und zweitens die Verständigung über Bewertungen:

„Beim Austausch über ein Thema werden immer auch Bewertungen kommuniziert.“ (Fiehler 2001 : 1429)

In diesem Sinne kann KRITISIEREN als **das** kommunikative Handlungsmuster schlechthin angesehen werden, wie ein Blick in das Duden-Universalwörterbuch (⁴2001 : 966) unterstreicht:

„**Kritik** [...], die; -, en [frz. critique < griech. kritikē (téchnē) = Kunst der Beurteilung, zu: kritikós, † kritisch]: **1.** <Pl. selten> **a)** [*fachmännisch*] *prüfende Beurteilung u. deren Äußerung in entsprechenden Worten*: eine kon-

²³⁸ Für eine kritische Einschätzung des Ansatzes von Spranz-Fogasy siehe Rolf (1994).

²³⁹ Anders als von Polenz (1988 : 221): Hier wird ein Beispielsatz zum KRITISIEREN unter der Gruppe der „Wollen und Verwandtes“ ausdrückenden Sprechereinstellungen aufgeführt.

struktive, sachliche, harte K.; etw. einer, der K. unterziehen; sie legte Wert auf die K. ihres Freundes; [...] **b**) *das Kritisieren (2), Beanstanden, Beanmängeln*: sie kann keine K. vertragen; an jmdm., etw. K. üben (*etw. aussetzen, beanstanden*); diese Maßnahmen stießen auf heftige K.; [...].“

Diese Definition macht auch den Unterschied zwischen den Handlungsmustern KRITISIEREN und VORWERFEN deutlich: Kritik muss nicht zwangsläufig negativ sein, sondern kann auch *konstruktiv* oder gar positiv sein. In Anlehnung an Günthner (2000 : 84) handelt es sich um ein allgemeineres Muster als VORWERFEN:

„In Vorwürfen artikulieren Sprechende also eine Regelverletzung einer anwesenden Person, indem sie (implizit oder explizit) eine negative Bewertung einer Handlung oder Verhaltensweise zum Ausdruck bringen.“
Günthner (2000 : 84)

Wenn jemand KRITIK ÜBT, kann sich diese „auch auf Sachverhalte, Eigenschaften, Ereignisse etc. beziehen, sowie auf Handlungen Abwesender“ (Günthner 2000 : 84).²⁴⁰ Ein weiteres Unterscheidungsmerkmal der beiden Handlungsmuster scheint der emotional-subjektive Aspekt zu sein, der bei Vorwürfen im Vordergrund steht. Während die von Günthner (2000) untersuchten VORWURF-Interaktionen aus Alltagsgesprächen stammen, haben zahlreiche Untersuchungen für die institutionelle Kommunikation einen eher rational-objektivierenden Gestus festgestellt: Dies rückt den in der o.a. Erläuterung des Duden-Universalwörterbuchs angesprochenen Aspekt der (Vorab-) *Prüfung* beim KRITISIEREN in den Vordergrund und legt dieses Handlungsmuster als das vor dem situativen Kontext institutioneller Gespräche präferierte Muster nahe. Es erscheint daher auch im Hinblick auf die handlungsstrategischen Ausrichtungen in den untersuchten Fremdkatamnesegesprächen angebrachter, das umfassendere Handlungsmuster KRITISIEREN zu betrachten.

Unter sequenziellem Aspekt kann das Handlungsmuster KRITISIEREN im Unterschied zu WIDERSPRECHENS-Handlungen nicht nur responsiv, sondern auch initial verwendet werden.

Was die Adressierung betrifft, ist bei KRITISIERENDEN Handlungen hingegen wie bei WIDERSPRECHENDEN von zwei Varianten auszugehen: Erstens gibt es Kritik „*in situ*“, also „kommunikative Aktivitäten, mit denen Gesprächsteilnehmer/innen eine bestimmte Handlung ihres Gegenüber als unangemessen kritisieren“ (Günthner 2000 : 3). Zweitens kann sich die Kritik auf Handlungen bzw. das Verhalten dritter (beim jeweils aktuellen Gespräch an- oder abwesender) Personen richten. Dies ist – in Analogie zu VORWÜRFEN – vor allem bei „Rekonstruktionen vergangener Vorwurfsinteraktionen“ der Fall, „in denen sich die Erzähler/innen über

²⁴⁰ Zudem gilt für Vorwürfe, dass sie „andere sequentielle Erwartungen und Folgehandlungen sowie andere Teilnehmerrollen aufweisen, als dies bei Formen der Verhaltenskritik, bei denen der Kritisierte abwesend ist, der Fall ist“ (Günthner 2000 : 84).

das kommunikative Verhalten einer dritten Person ‚beschweren‘, in Form sog. „Beschwerdegeschichten“ (Günthner 2000 : 3).

7.3.1.3 Das Handlungsmuster VORSCHLAGEN

Nach Deppermann (2006a : 244) ist ein Vorschlag „[...] eine Handlungsoption, die in Erwägung zu ziehen ist“. Vorschläge drücken „verschiedene Arten individuell-interessierter Einstellung auf künftiges Geschehen“ (von Polenz 1988 : 220) aus. Damit gehört das zugrunde liegende Handlungsmuster zur der Gruppe, die von Polenz (1988 : 220) unter „Wollen und Verwandtes“ zusammenfasst und als „futurisch/zukunftsgerichtet“ charakterisiert.

Jemand macht einen Vorschlag, wenn ein zu lösendes Problem besteht und er von diesem Problem mitbetroffen ist. Liegt diese Mitbetroffenheit des Sprechers nicht vor, ist die Äußerung den Handlungsmustern EINEN RATSCHLAG ERTEILEN²⁴¹ oder EMPFEHLEN²⁴² zuzuordnen. – Aus den in Kapitel 5.2 dargelegten Erläuterungen zu den familiären Auswirkungen einer schizophrenen Erkrankung geht hervor, dass die Angehörigen in den untersuchten Gesprächen/Transkripten immer VORSCHLÄGE machen, nicht nur bloße EMPFEHLUNGEN abgeben; auch in den Fällen, in denen sie sich handlungsstrategisch auf die Therapie ihres kranken Familienmitglieds beziehen.

Die Absicht des Vorschlagenden ist, das Gegenüber – in der vorliegenden Untersuchung also den jeweils behandelnden Arzt – dazu zu bringen, den Vorschlag zur Problemlösung zu akzeptieren und in die Tat umzusetzen:

„Ein Vorschlag zielt letztlich auf eine Problemlösung, aber er impliziert auch, daß die Lösung im gemeinsamen Interesse und in Kooperation mit Sp2 [i.e. Sprecher 2/Gesprächspartner] herbeigeführt wird.“
Hundsnurscher (2001 : 364)

Im Rahmen der Handlungsstrategie „Eigene Befindlichkeiten äußern“ ist dieser Aspekt der Kooperation von Sprecher und Adressat, d.h. von Angehörigem und Arzt, von besonderer Bedeutung: Während die Vorschläge des Angehörigen zur Therapie hauptsächlich den Patienten betreffen, beziehen sich die vorgeschlagenen „Handlungen der AdressatInnen“ hier in erster Linie jeweils auf den Angehörigen selbst. Dies erfordert nach Deppermann (2006a : 245) einen „Konsens hinsichtlich einer für beide Seiten konsequenzenreichen Regelung“.

Das Kriterium der *Kooperativität* bringt mit sich, dass der Gesprächspartner in der Regel auf den – sequenziell initial oder reaktiv geäußerten – Vorschlag mit einer Prüfung des Vorschlags, z.B. in Form von Rückfragen, reagiert. Daraus ergibt sich das Sequenzmuster *Vorschlag – Vorschlagsprüfung – Konsensfindung*.

²⁴¹ Vgl. Hundsnurscher (2001 : 363).

²⁴² Vgl. Deppermann (2006 : 245).

Grundsätzlich gilt, dass das Interesse des Vorschlagenden an einer tatsächlichen Umsetzung seines Vorschlags – anders ausgedrückt: der Grad der Verbindlichkeit, die der Sprecher seinem Vorschlag beimisst, – „oft nicht klar einzuschätzen [ist]. Er kann von unverbindlich, über subjektive Präferenz gegenüber anderen Alternativen bis hin zum Gebot reichen.“ (Deppermann 2006a : 244).

7.3.1.4 Das Handlungsmuster INFORMATIONEN ERFRAGEN

Das Erfragen von Informationen kann wie das Äußern von Vorschlägen den unter „Wollen und Verwandtes“ bei von Polenz (1988 : 220) zusammengefassten, *zukunftsgerichteten* Sprechereinstellungen zugeordnet werden. Syntaktisch ist die ‚klassische‘ Form zur Realisierung dieses Handlungsmusters der Fragesatz.²⁴³ Auf der funktional-pragmatischen Ebene lässt sich diese Form sprachlicher Äußerungen wie folgt beschreiben:

“As a discourse category, questions have been characterized as requests to have the purpose of eliciting information [...]; as a kind of directive to instruct a person to perform something [...]; as an elicitation to prospect a linguistic response [...] and as the speech function realized by interrogatives [...].”
Wang (2006 : 532)

In Bezug auf ihre sequenzielle Organisation können Fragen nach Informationen initial oder responsiv eingesetzt werden. Im zweiten Fall handelt es sich um *Nachfragen*, die aus unterschiedlichen Gründen gestellt werden; beispielsweise zur Verständnissicherung sowie zur Behebung von Bedeutungs- oder schlicht auditiven Verstehensproblemen.²⁴⁴ Gerade in Gesprächen im institutionellen Kontext von Krankenhaus oder psychiatrischer Institutsambulanz – und hier besonders in Situationen einer akuten Verschlechterung des Zustands des Patienten – werden Nachfragen von den Angehörigen oftmals nicht nur sequenz-, sondern auch gesprächsübergreifend eingesetzt. Ulsamer (2005) beschreibt dieses Phänomen des Gesprächsverhaltens der Angehörigen von Patienten auf Intensivstationen wie folgt:

„Da Angstzustände [...] mit einem veränderten, rigideren Denksystem einhergehen, haben Angehörige, die sich in Krisensituationen befinden, oftmals große Schwierigkeiten bei der Informationsaufnahme und -speicherung [...]. Das wiederholte Stellen von Fragen sowohl an den Arzt als auch an das Pflegepersonal ist also keinesfalls als bösesartiges ‚Ausspielen von Arzt und Pflegekräften‘ zu deuten, als das es oftmals fälschlicherweise interpretiert wird.“ Ulsamer (2005 : 161)

Im Hinblick auf den interaktionalen Aspekt lässt das Handlungsmuster des INFORMATIONEN ERFRAGENS damit den in Kapitel 5.1.2 beschriebenen Charakter der Katanesegespräche als Experten-Laien-Kommunikation von allen für die Untersuchung

²⁴³ Siehe hierzu auch die Ausführungen zu Frage-Antwort-Dialogen in der institutionellen Kommunikation in Kapitel 3.2.3.3.

²⁴⁴ Vgl. hierzu ausführlich die Untersuchung von Rost-Roth (2006).

ausgewählten Handlungsmustern am deutlichsten hervortreten. Hier geht es explizit um die Wissensvermittlung vom Arzt an den Angehörigen. Die von den Angehörigen erfragten Informationen können sich dabei auf ganz unterschiedliche inhaltliche Themen beziehen:

„Die Wünsche der Angehörigen bezüglich des Inhaltes eines Gespräches mit einem Arzt sind vielfältig: Sie erwarten vom Arzt Informationen über Diagnose und Therapie der Erkrankung, Informationen über die Auswirkungen der Erkrankung auf das alltägliche Leben, sowie Informationen über die Prognose der Erkrankung und über den eventuell nahenden Tod des Patienten.“ Kempf (2007 : 9)

In der vorliegenden Untersuchung liegt der Schwerpunkt auf den von Kempf (2007) als „Informationen über die Auswirkungen der Erkrankung auf das alltägliche Leben“ bezeichneten Aussagen zu Themen, die die Angehörigen selbst betreffen.

7.3.1.5 Das Handlungsmuster BELASTUNGEN ÄUSSERN

Im Hinblick auf den Handlungsgehalt kann das Äußern von Belastungen satzsemantisch betrachtet in Form von „bewertende[n] Sprecherhandlungen“ erfolgen, „bei denen eine bewertende Einstellung ganz offen den Kern der Haupt-Handlung des Satzinhalts darstellt“ (von Polenz 1988 : 218). Belastungen können aber auch als „bewertende Sprechereinstellungen, die nur nebenbei geäußert werden, also nicht im Zentrum des Satzinhalts erscheinen“, formuliert werden (von Polenz 1988 : 219; Hervorh. i. Orig.).

In Äußerungen, die dieses Handlungsmuster realisieren, kann sich die evaluative Funktion mit einer direktiven verschränken, worin sich die enge Verbindung dieses Musters zum HILFE ERBITTEN ausdrückt. Allerdings sind sowohl die bewertende als auch die auffordernde Funktion von Belastungsäußerungen eher auf der Ebene des implizit *Mitgemeinten* zu verorten, von der die Sprecher (d.h. bezogen auf die vorliegende Untersuchung die Angehörigen psychisch Kranker) erwarten, dass ihr Gegenüber (d.h. in unserem Fall die Ärzte) sie „über das Sprachwissen hinaus MITVERSTEHEN können, und zwar durch ANNAHMEN aufgrund ihrer Kenntnis und Einschätzung von [...] Kontext, Person des Sprechers [...], Situation und Welt“ (von Polenz 1988 : 302; Hervorh. i. Orig.). Dies legen die Ergebnisse verschiedener sozialpsychiatrischer und/oder -psychologischer Studien nahe:

„Angehörige nehmen meist sehr viel auf sich, bevor sie institutionelle Hilfe aufsuchen [...]. Obgleich etwa 75% der Befragten objektive Belastungen haben, geben nur knapp die Hälfte solche an und lediglich 7% beklagen sich über eine mangelnde Unterstützung [...].“ Schmid et al. (2003 : 121)

Grundsätzlich können Belastungen initial oder responsiv geäußert werden. Der an den impliziten Aufforderungscharakter solcher Äußerungen geknüpfte Handlungszweck, Entlastung zu erreichen, definiert den Gesprächspartner meist auch als inhaltlichen An-

sprechpartner, auch wenn sich die die Äußerung in der Regel auf den Angehörigen selbst oder den Patienten bezieht.

Ähnlich wie für das ERFRAGEN VON INFORMATIONEN gilt auch für das ÄUSSERN VON BELASTUNGEN, dass das Handlungsmuster durch eine große Variation konkreter sprachlicher Handlungen gekennzeichnet ist. Dies gründet sich auf die Vielfältigkeit und Mehrdimensionalität der Belastungen von Angehörigen schizophrener (und anderweitig psychisch) erkrankter Menschen: Die Belastungen sind „schwerwiegend, vielfältig und individuell unterschiedlich“ (Schmid et al. 2003 : 123).

In einem ersten Schritt lässt sich die Art der Belastung nach den Kriterien *sozial* (z.B. organisatorisch oder finanziell), *psychosozial* und *emotional* bestimmen. So werden in der vorliegenden Arbeit auch Sorgen und Ängste unter dem Begriff der Belastung erfasst.

In der neueren psychologisch-psychiatrischen Angehörigenforschung wird zudem zwischen einer *erkrankungs(phasen)spezifischen* und einer *beziehungsspezifischen* Dimension unterschieden:²⁴⁵

Die erstgenannte Dimension trennt zwischen Belastungen *während psychotischer Episoden* (d.h. in akuten Krankheitsphasen) auf der einen Seite. Hierzu zählen akute Stressbelastungen. Dem gegenüber stehen chronische Alltagsbelastungen und Einschränkungen, die *während stabiler Residualphasen* (in nicht akuten Krankheitsphasen) im Vordergrund stehen.

Die beziehungspezifische Dimension berücksichtigt die unterschiedlichen Ausprägungen von Belastungen einzelner Angehöriger, die aus deren jeweiligem verwandtschaftlichen Verhältnis zum Patienten entstehen: So unterscheiden sich beispielsweise die Belastungen, die sich für die Angehörigen ergeben, wenn sie zum Patienten in einer *Eltern-Kind-Beziehung* stehen,²⁴⁶ maßgeblich von den Belastungen der Angehörigen, die mit dem Patienten eine *(ehe)partnerschaftliche Beziehung* führen.²⁴⁷

Eine weitere Differenzierung betrifft die Definition von *Belastung(en)* im Gegensatz zum Phänomen der *Belastungsfolgen*: Bei letzteren handelt es sich nach Jungbauer et al. (2005 : 32) um „die aus erlebten Belastungen resultierenden psychosomatischen Beeinträchtigungen der Angehörigen“, sie können als *Konsequenz* erlebter Belastungen entstehen, müssen es jedoch nicht.

²⁴⁵ Einen Überblick über die forschungsgeschichtliche Entwicklung verschiedener psychologischer Belastungskonzepte geben Jungbauer et al. (2005).

²⁴⁶ Vgl. Jungbauer / Angermeyer (2005 : 43-45).

²⁴⁷ Vgl. Jungbauer / Angermeyer (2005 : 45-46).

7.3.2 Zur Auswahl der untersuchten Beispiele

Nachdem im vorangegangenen Kapitel die Charakteristika der einzelnen, für die Untersuchung zentralen Handlungsmuster vorgestellt wurden, erläutern die folgenden Abschnitte das analytische Vorgehen.

Auf der in Kapitel 2.3.2 erläuterten Skala der Darstellungsziele qualitativer Sozialforschung ist die Untersuchung nach Flick (2004 : 254) zwischen der Einzelfallanalyse und der Vergleichsstudie angesiedelt, indem sie mehrere Fallanalysen miteinander verbindet, „die zunächst als solche durchgeführt werden und dann komparativ oder kontrastierend gegenübergestellt werden.“ Als *Querschnittsstudie* gehört die Untersuchung in ihrer Zielsetzung somit zur Gruppe der sog. *Momentaufnahmen*. Auf einer abstrakt-theoretischen Ebene lässt sich der Analyseansatz wie folgt formulieren: Die Untersuchung „hat einen starken Gegenwartsbezug, ist also nicht an der Rekonstruktion vergangener Ereignisse aus der Sicht (eines) der Beteiligten interessiert [...], sondern am Ablauf von aktuellen Geschehnissen aus einer zeitlich parallelen Perspektive“ (Flick 2004 : 255). Anders ausgedrückt: Wie die Angehörigen zum Zeitpunkt der Untersuchung mit aktuellen und vergangenen Ereignissen und Erfahrungen im Zusammenhang mit der schizophrenen Erkrankung ihres Familienmitglieds, konkret: der Therapie des Patienten und ihren eigenen Befindlichkeiten, umgehen sowie ihre (je aktuelle) Sicht auf die eigene Wahrnehmung vergangener Ereignisse und Erfahrungen zum jeweiligen Zeitpunkt des Geschehens stellen zentrale inhaltliche Aspekte der Studie dar.

Die linguistischen Detailanalysen von Ausschnitten aus den Transkripten der aufgezeichneten Gespräche beantworten diese Fragen, indem sie für die Fragestellung relevante sprachliche Handlungen betrachten, mit denen die Angehörigen die genannten inhaltlichen Aspekte bearbeiten.

Dies geschieht anhand von 24 aus dem Korpus ausgewählten, zentralen Beispielen sprachlicher Äußerungen der an der Studie teilnehmenden Angehörigen. Die Auswahl dieser Beispiele erfolgte auf interpretativer Basis, in anderen Worten auf Grundlage der in Kapitel 3.1.8 erwähnten *Urteilkraft* der Forschenden, wie Kant sie beschreibt:

„[...] zu dem Verstandesbegriffe, welcher die Regel enthält, muß ein Actus der Urteilkraft hinzukommen, wodurch der Praktiker unterscheidet, ob etwas der Fall der Regel sei oder nicht; und, da für die Urteilkraft nicht immer wiederum Regeln gegeben werden können, wornach sie sich in der Subsumtion zu richten habe (weil das ins Unendliche gehen würde), so kann es Theoretiker geben, die in ihrem Leben nie praktisch werden können, weil es ihnen an Urteilkraft fehlt [...]“ Kant (1793/1977 : 127)

Die Zuordnung der Äußerungen zu einzelnen Handlungen, erfolgte unter Berücksichtigung der in den vorangegangenen Abschnitten beschriebenen allgemeinen Charakte-

ristika der zugrunde liegenden Handlungsmuster. Die Segmentierung der einzelnen untersuchten Beispiele, d.h. die Begrenzung durch Festlegen von Zäsuren, erfolgte ebenfalls weitgehend interpretativ. Die Beispiele sind teilweise recht umfangreich, sie umfassen meist mehrere Transkriptausschnitte, sog. Belege, die sich zum Teil über mehrere Sequenzen des aufgezeichneten Gesprächs erstrecken.

Um der dialogischen, interaktiven Dimension der sprachlichen Handlungen gerecht zu werden, berücksichtigen die Analysen nicht nur die jeweils interessierenden Äußerungen der Angehörigen selbst. Vielmehr werden vorher und nachher Gesagtes bzw. ‚Vor- und Nachgeschichte‘ der jeweiligen Äußerung bzw. des ‚Kerns‘ der jeweils im Mittelpunkt stehenden Handlung berücksichtigt. Konkret bedeutet dies, dass auch die Reaktionen des jeweiligen ärztlichen Gegenübers der Angehörigen, gegebenenfalls neben den Äußerungen anderer am Gespräch beteiligter Personen, in die Analyse mit einbezogen werden.

Dies dient erstens der Überprüfung der ‚Erfolge‘ und ‚Misserfolge‘ bzw. Aussichten auf ‚nachhaltige‘ Wirkungen der sprachlichen Handlungen der Angehörigen. Zweitens können so Erkenntnisse zur ärztlichen Gesprächsführung gewonnen werden. Hierbei stehen besonders „gesprächssteuernde Initiativrechte und themensteuernde und -aufrechterhaltende Aktivitäten“ im Zentrum des Interesses, die laut Brock / Meer (2004 : 191) Indizien für die Verteilung von *Macht* bzw. *Dominanz* in institutionellen Gesprächen darstellen, und die folglich als zentrale Kriterien für die Partnerorientierung in den untersuchten Arzt-Angehörigen-Gesprächen zu betrachten sind.

Im Rahmen dieser für die Untersuchung zugrunde gelegten, ‚klassischen‘ Verfahrensweise linguistischer Gesprächsanalyse wird immer wieder auf das in Kapitel 2.3.1 erläuterte *Beobachterverstehen* der Forschenden im Unterschied zum *Partnerverstehen* der direkt am Gespräch Beteiligten eingegangen werden. Damit soll sichergestellt werden, dass die von der Sicht der unmittelbar am Gespräch Beteiligten divergierenden Sicht der Analysierenden und die eventuell daraus resultierende interpretative ‚Umgewichtung‘ einzelner Gesprächsthemen oder die abweichende Einschätzung einzelner sprachlicher Handlungen, für den Leser nachvollziehbar und überprüfbar sind.

7.3.2.1 Was die gewählte Verfahrensweise leistet

Wie anhand der Erläuterungen in Kapitel 3 deutlich wurde, hat die linguistische Herangehensweise der vorliegenden Arbeit – im Unterschied beispielsweise zu psychologisch basierten Herangehensweisen – (zumindest, aber nicht nur) für die an der Studie beteiligten Angehörigen und Ärzte einen unmittelbaren, anwendungsorientierten ‚Aha-Effekt‘, indem sie konkrete sprachliche Äußerungen, deren Wirkungen sowie mögliche

(Handlungs- bzw. Formulierungs-)Alternativen aufzeigt, die sich auf ähnliche Situationen übertragen lassen und so von direkt zugänglichem, ‚katamanesealltagstauglichem‘ Nutzen für Angehörige und Ärzte sein können.

Wenn hier explizit auf die linguistische Ausrichtung der Untersuchung verwiesen wird, so ist allerdings zugleich darauf hinzuweisen, dass gemäß der in Kapitel 3.2.2.3 zitierten Forderung Konrad Ehlichs, mit dem Tabu der mentalen Strukturen zu brechen, im Unterschied zu Spranz-Fogasy (2005 : 36-37) durchaus Annahmen zur ‚inneren‘ Einstellung der an den aufgezeichneten Gesprächen Beteiligten – in jeweils entsprechend kenntlich gemachter Form – in die Analysen und Interpretationen der ausgewählten Beispiele einfließen, wann immer dies sinnvoll erscheint und einen ‚Mehrwert‘ für den Erkenntnisgewinn verspricht.

Dem Prinzip handlungsemantischer Gesprächsforschung folgend, zeigen die Detailanalysen einzelner sprachlicher Handlungen der Angehörigen das reflexive Verhältnis zwischen einzelnen sprachlichen Elementen auf der einen Seite und den mit ihnen vollzogenen Handlungen auf der anderen Seite sowie, auf einer abstrakteren Ebene, den diesen Handlungen zugrunde liegenden Handlungsmustern auf. Im Hinblick auf die Bestimmung der Bedeutung eines Wortes und/oder einer sprachlichen Äußerung leisten die Analysen die bei Gohl (2007) beschriebene Einordnung der sprachlichen Elemente in einen größeren Handlungszusammenhang:

„Um also die Bedeutung eines Wortes in einer Äußerung und auch die Bedeutung einer Äußerung zu bestimmen, ist also eine Betrachtung der verschiedenen sprachlichen Einheiten und Konstruktionen in ihrem komplexen Handlungszusammenhang notwendig.“ Gohl (2007 : 60)

7.3.2.2 Was die gewählte Verfahrensweise nicht leistet

Sowohl methodisch als auch inhaltlich unterliegt die vorliegende Untersuchung gewissen Restriktionen, die es bei der Rezeption der Analysen sowie deren Ergebnisse zu berücksichtigen gilt.

Wie oben erwähnt, ist die Forscherperspektive nicht deckungsgleich mit der Perspektive der an den Gesprächen beteiligten Personen. Notwendigerweise sind alle im Analyseteil getroffenen Aussagen Interpretation. Hinzu kommen die in Kapitel 2.3.1 beschriebenen ‚Filtereffekte‘ durch die Audioaufnahmen der Gespräche und die anschließende Transkription, die ebenfalls bereits eine Interpretation der Daten darstellt. – Streng genommen müsste die vorliegende Untersuchung unter diesen Aspekten methodisch korrekt eher als *Gesprächsinterpretation* denn als *Gesprächsanalyse* bezeichnet werden.

Zudem ist eine Verzerrung der Gesprächssituation während den einzelnen Katamnese-terminen, die im Rahmen der Studie aufgezeichnet wurden, nicht auszuschließen. Ebenso spielt der Einfluss der Aufnahmeapparatur auf das Verhalten der Gesprächspartner eine mal mehr, mal weniger große Rolle.²⁴⁸ Auch das Einbringen der in Kapitel 7.1.2.2 erläuterten Orientierungsfragen verdient unter dem Gesichtspunkt der Natürlichkeit der aufgezeichneten Gespräche besondere Berücksichtigung.

Die Anlage der Untersuchung als „Querschnittsstudie“ und die nach Jungbauer / Angermeyer (2005 : 33) daraus resultierende punktuelle, statische Betrachtungsweise hat folgende Konsequenzen:

Erstens vermitteln die Detailanalysen einzelner sprachlicher Handlungen keinen Überblick über die Gespräche im Ganzen. Die komplexen Zusammenhänge der Gesprächsentwicklung über die verschiedenen Phasen hinweg bleiben weitgehend unberücksichtigt bzw. werden nicht so transparent wie in einer Analyse, die nach Gesprächen gegliedert ist, d.h. jeweils ein komplettes Transkript chronologisch analysiert. Ziel der Untersuchung ist es daher auch nicht, ein sog. Handlungsschema (einen Ablaufplan) für Arzt-Angehörigen-Gespräche zu geben.

Zweitens wurden über die Befragungen der Angehörigen zu soziodemographischen Informationen hinaus keine systematisierten, ausführlichen Interviews durchgeführt. So können die subjektiven Krankheitstheorien der Angehörigen nicht bzw. nur im sehr begrenzten Rahmen ihrer Äußerungen in den Katamnesegesprächen und den Befragungen zu den soziodemographischen Fakten berücksichtigt werden und für die Analyse der sprachlichen Handlungen in den Katamnesegesprächen fruchtbar gemacht werden. Hingegen sind die Analysen vor dem Hintergrund der subjektiven Krankheitstheorie der Forschenden zu sehen, die sich an die in Kapitel 4.1 skizzierte naturalistische Auffassung psychischer Erkrankung anlehnt und die sich in der Interpretation der sprachlichen Äußerungen der Angehörigen und Ärzte niederschlägt.

Drittens vernachlässigt der gewählte Verfahrenstyp „zeitliche Entwicklungsverläufe und Veränderungen, die im Zusammenleben mit einem chronisch psychisch Kranken vorhanden sind“ (Jungbauer / Angermeyer 2005 : 33), sofern diese nicht von den Gesprächspartnern in den aufgezeichneten und transkribierten Gesprächen thematisiert werden.

²⁴⁸ Vgl. beispielsweise das Transkript des Gesprächs zwischen Arzt B und Ehepaar R. (G3) – Herr R. sagt kaum etwas in diesem Gespräch, was in einem persönlichen Gespräch mit Arzt B von diesem zwar als „normale Tendenz“ bezeichnet wird, aber dennoch in dieser extremen Ausprägung sonst nicht der Fall sei.

8 Analyse der Katamnesegespräche

„Il faut enfin, et d'abord, parler de l'expérience de la folie.“
- Michel Foucault *Histoire de la folie*, S. V -

Im vorigen Kapitel wurden die Kriterien zur Auswahl und Analyse der sprachlichen Handlungen von Angehörigen aus dem Korpus von Fremdkatamnesegesprächen vorgestellt. In den folgenden Kapiteln werden nun zentrale Beispiele für diese Handlungen analysiert; zunächst geht die Untersuchung dabei auf die Handlungen ein, mit denen Angehörige versuchen, die Therapie ihres kranken Familienmitglieds zu beeinflussen (Kapitel 8.1) und anschließend (Kapitel 8.2) auf die Handlungen, die den Angehörigen dazu dienen, ihre eigenen Befindlichkeiten im Zusammenhang mit der Erkrankung zu thematisieren.

8.1 Die Therapie des Patienten aus Sicht der Angehörigen: Einfluss nehmen

„Am I part of the cure
or I am part of the disease?“
- Coldplay *Clocks* (aus dem Album *A Rush of Blood to the Head*) -

Ebenso mehrschichtig und vielfältig wie die Behandlung einer schizophrenen Erkrankung sind die Möglichkeiten und Herangehensweisen der Angehörigen, auf diese Einfluss zu nehmen: In den folgenden Abschnitten werden zunächst fünf Beispiele für Widerspruchshandlungen der Angehörigen eingehender betrachtet (Kapitel 8.1.1). Anschließend folgen Untersuchungen von sechs Beispielen für kritisierende Äußerungen zu verschiedenen Therapieaspekten (Kapitel 8.1.2), bevor anhand von zwei Beispielen analysiert wird, wie Angehörige Vorschläge zur (Nachsorge-)Behandlung ihres kranken Familienmitglieds machen (Kapitel 8.1.3).

8.1.1 Wie Angehörige (nicht nur) Ärzten widersprechen

In den für die Untersuchung aufgezeichneten Gesprächen widersprechen Angehörige im Hinblick auf die Erkrankung ihres Familienmitglieds und deren Therapie einerseits ihrem Gesprächspartner, dem behandelnden Arzt. Andererseits können auch Aussagen der Patienten und anderer Personen Anlass zu Widerprüchen geben. Dies zeigen die folgenden Beispiele.

Beispiel 1

Bereits in der Einstiegssequenz des Gesprächs zwischen Arzt A und Herrn D. (G1) gibt die einführende Assertion²⁴⁹ des Arztes dem Vater von Patient Norbert D. Anlass zu Widerspruch. Er korrigiert die ärztliche Aussage zur Anzahl der Klinikaufenthalte seines Sohnes.²⁵⁰

Beleg 1: (G1, Z. 8-19)

Arzt A: ((...)).h sie sind ja: hh ein (.) beTROFFner im sinne (.)
davon dass einer ihrer angehörigen nämlich ihr SOHN; bei uns
(-) zum ersten mal in der psychiatrischen klinik war.

Herr D.: **zum ersten mal in der klinik war er nicht, er war vorher
schon (.) auf der klinik EICHberg**, aber das war (.) wenig
zielführend äh und er war auch nur relativ kurz da.=

Arzt A: =hm=hm; jetzt is er (.) ne weile schon entlassen, ist wieder
zuhause, er geht in der schule (.) äh seinen verpflichtungen
nach; was würden sie denn MEInen wie es ihrem SOHN unserem
patienten HEUTE (-) aus ihrer sicht geht;

Auf die Aussage des Arztes reagiert Herr D. mit der WIDERSPRECHEN-Technik der „Gegenbehauptung“:

„Die ‚Gegenbehauptung‘ ist die direkte kontradiktorische Umkehrung der Sachverhaltsdarstellung des Gegenübers. Die ‚Gegenbehauptung‘ hat die Form einer Behauptung und formuliert noch einmal explizit den Sachverhalt, der zwischen Opponent und Gegenüber strittig ist.“

Spranz-Fogasy (1986/2005 : 27)

An den Anfang – und damit an exponierte, betonte Stelle – seiner Gegenbehauptung: „zum ersten mal in der klinik war er nicht,“ stellt Herr D. die aus seiner Sicht nicht zutreffende präpositionale Temporalangabe: „zum ersten mal“. Diese stellt den Kern des Widerspruchs dar, so dass Herr D. gleichsam *in medias res* und ohne Umschweife den ‚Stein des Anstoßes ins Rollen‘ zu bringen scheint. Betrachtet man Herrn D.s Äußerung jedoch genauer und zieht mögliche Alternativen des WIDERSPRECHENs in Betracht – wie sie etwa in den von Spranz-Fogasy (1986/2005)

²⁴⁹ *Assertion* wird in der vorliegenden Untersuchung als Synonym zu *Aussage* verwendet. In Anlehnung an die IDS-Grammatik wird Assertion als Bezeichnung für eine sprachliche Handlung verwendet, die:

- „(a) ein vom Hörer signalisiertes Wissensdefizit oder ein ihm unterstelltes Informationsbedürfnis im Bereich B
- (b) auf der Basis dessen, was er hinsichtlich B schon weiß oder zu wissen scheint,
- (c) mittels einer vollständig ausgedrückten oder partiell erschließbaren Proposition p bearbeitet
- (d) für die ein Wahrheitsanspruch erhoben wird.“ Zifonun et al. (1997 : 117)

Dort auch weitere Details und weiterführende Literatur zum Thema (Zifonun et al. 1997 : 117ff.). Für eine detaillierte Beschreibung der Assertion als Handlungsmuster siehe Ehlich / Rehbein (1979 : 264-271).

²⁵⁰ Der den Kern des jeweils untersuchten Handlungsmusters konstituierende Teil ist durch fette blaue Schrift hervorgehoben. Auslassungen aus dem Transkript sind durch „(...)“ gekennzeichnet.

untersuchten Alltagsgesprächen zu beobachten sind –, fällt auf, dass Herr D. vermutlich die aus seiner Sicht vielversprechendste Variante zur Konfliktvermeidung gewählt hat. Damit ist die Ausdrucksweise des Vaters als Versuch zu interpretieren, die Ebene der Höflichkeit gegenüber Arzt A so weit möglich zu wahren bzw. seinen Widerspruch möglichst gering zu gewichten: Zum einen verzichtet er auf die verneinende Partikel *nein* oder eine ähnliche, eine „konträre Beurteilung“²⁵¹ ausdrückende Formulierung wie: „Aber so war das doch gar nicht“ als Redeübernahme. Zum anderen zögert Herr D. die Negationspartikel *nicht* durch die von ihm gewählte Satzstellung so lang wie möglich hinaus, wie durch Permutation deutlich wird. Er hätte beispielsweise auch: „Zum ersten Mal war er damals nicht in der Klinik“ sagen können, mit besonderer Betonung auf *nicht*. Hingegen unterstützt die leicht steigende Tonhöhenbewegung der – *nolens volens* schließlich doch ausgesprochenen – Negationspartikel am Ende der Einheit den den Widerspruch abschwächenden Charakter seiner Äußerung. Diese erweist sich somit als eine vergleichsweise vorsichtige, zurückhaltende Form der „Reklamation“.²⁵²

Der anschließende Aussagesatz: „er war vorher schon (.) auf der klinik EICHberg,“ stellt den vom Arzt geschilderten Sachverhalt richtig und ist somit die von Spranz-Fogasy (1986/2005 : 6) identifizierte dritte Phase einer Widerspruchssequenz: die „Bewältigung“.

Im Anschluss daran kritisiert Herr D. in einem adversativen Nebensatz – eingeleitet durch die Konjunktion *aber* – die Behandlung seines Sohnes in der erstaufnehmenden Klinik.²⁵³ Im Hinblick auf die Grice'sche Konversationsmaxime der Quantität ist nach der Funktion dieses die Bewältigung des Widerspruchs ergänzenden Satzes zu fragen, denn in Bezug auf den Sachinhalt bzw. Informationsgehalt der vorangegangenen Satzverbindung ist er keineswegs notwendig, um den vom Arzt angeführten Sachverhalt zu berichtigen. Vielmehr scheint Herr D. mit dieser Ergänzung den getätigten direkten Widerspruch mildern zu wollen – und zwar in zweifacher Hinsicht: Das erste Koordinat dieser Satzverbindung: „aber das war (.) wenig zielführend“ zielt auf eine qualitative Relativierung des Widerspruchs, während das zweite Koordinat: „und er war auch nur relativ kurz da“ den Widerspruch quantitativ relativiert. Auf diese Weise kann Herr D. dem Arzt indirekt zu verstehen geben, dass der Aufenthalt im St. Valentinushaus der erste *zielführende* und längere Klinikaufenthalt seines kranken Sohnes gewesen ist und damit auf der Höflichkeitsebene in Form einer qualitativen und

²⁵¹ Spranz-Fogasy (1986/2005 : 25)

²⁵² Spranz-Fogasy (1986/2005 : 23)

²⁵³ Im weiteren Verlauf des Gesprächs greift Herr D. diese Kritik auf und erläutert die hier in der prädikativen Ergänzung „wenig zielführend“ zusammengefassten Aspekte (vgl. G1, Z. 84-91).

quantitativen Relativierung des Sachinhalts einen Kompromiss zwischen der Aussage des Arztes und seinem Widerspruch herstellen.

An der Reaktion des Arztes fällt auf, dass dieser – abgesehen von dem zustimmenden Rückmeldesignal „hm=hm“ nicht auf den korrigierenden Widerspruch Herrn D.s eingeht. Er knüpft vielmehr an seiner eigenen vorigen Äußerung an („Selbstkohärenz“²⁵⁴), um anschließend auf seine erste Frage – die Einschätzung des Zustands des Patienten aus Sicht des Vaters – zu kommen. Denkbar wären an dieser Stelle eine Aufforderung zur Präzisierung der vom Vater angesprochenen „wenig zielführende(n)“ Ersthospitalisierung oder eine Frage nach den Gründen ihrer kurzen Dauer.²⁵⁵ – Die Reaktion des Arztes kann auf zwei Weisen interpretiert werden: Zum einen könnte man hierin ein Beispiel für einen einseitig-autoritären, paternalistischen Stil ärztlicher Gesprächsführung sehen.²⁵⁶ Zum anderen kann in dem Nicht-Aufgreifen bzw. Übergehen des Widerspruchs aber auch Herrn D.s Versuch, einen Kompromiss zwischen falscher Aussage zum Sachverhalt und korrigierendem Widerspruch herzustellen, als gelungen angesehen werden. In jedem Fall macht Arzt A „qua Vollzug (d.h. durch Anschluß weiterführender Aktivitäten)“ (Spranz-Fogasy 2002 : 37), hier durch den Übergang zur ersten Frage im Gespräch, deutlich, dass er Herrn D.s Versuch einer Bewältigung des Widerspruchs ratifiziert.

Beispiel 2

Ein ähnliches Ziel – nämlich die Richtigstellung eines Sachverhalts – ist auch im Gespräch zwischen Arzt C und Herrn U. (G9) Anlass für einen Widerspruch. Allerdings geht es in diesem Fall nicht um die Auffassung des Arztes selbst, der widersprochen wird, sondern um eine Aussage der kranken Ehefrau Herrn U.s.:

Beleg 2: (G9, Z. 157-177)

Arzt C: ja; sie war ja aber wahrSCHEINlich schon in ihrer heimat;
ne? krank- oder auch schon behandelt worden sagte sie mir;=
Herr U.: =nee.
Arzt C: (.) nee?
Herr U.: nee nee. 'hm' hm.
Arzt C: da wussten sie nichts drüber?
Herr U.: <<p> da wüsst ich=nee=nee> das war auch=glaub ich nicht
so=weil die mutter auch gesagt hat dass sie=

²⁵⁴ Deppermann (2001 : 65)

²⁵⁵ Sofern diese Arzt A nicht bereits aus früheren Gesprächen mit dem Patienten oder Herrn D. bekannt sind. Zum Konzept von ärztlichen, patientenangeleiteten bzw. (übertragen auf den Rahmen der vorliegenden Arbeit) angehörigengeleiteten *Präzisierungsfragen* im Gegensatz zu wissensgeleiteten *Kompletierungsfragen* siehe Spranz-Fogasy (2005 : 36-46).

²⁵⁶ Siehe hierzu Kapitel 3.2.3.3.

- Arzt C: =erst seitdem sie dann hier war,=
Herr U.: =ja; vielleicht hat SIE geglaubt sie hat schon was von drübe
irgendwas vielleicht das ma=aber erst HIER und wann fing
denn das an;=ich weiß gar nicht=im oktober kam sie
einundneunzig=neunzig=
Arzt C: ja,=
Herr U.: =ich glaub der erste=das erste geschichte war glaub ich=
Arzt C: =sie spricht v=von vierundneunzig.
Herr U.: VIERundneunzig oder so irgendwas; also DREI jahre später.=
Arzt C: =na=gut; kann sein. ne; vielleicht is=s die erinnerung auch
n bisschen anders jetzt so (-) okay (.) das hat sich schon
so=ist es immer GLEI:ch? (.) wenn=wenn sie merken äh: da
verändert sich was an ih:r; oder ist es auch mal anders;

Arzt C markiert in seiner Äußerung zu Beginn der Sequenz durch das Modaladverb *wahrscheinlich* zunächst, dass er in Bezug auf das „Für-Wahr-Halten“ (von Polenz 1988 : 213) der Aussage von Patientin Natalja U. unsicher ist. Durch den mittels Rechtsversetzung betonten Matrixsatz: „sagte sie mir“ macht er deutlich, dass es sich nicht um seine eigene Auffassung handelt, sondern um die Aussage der Patientin, die er wiedergibt.

Herr U. reagiert darauf mit der direkten und – durch den tiefen Tonhöhenabfall am Ende – entschieden verneinenden Antwortpartikel: „nee.“, die er auf Nachfrage des Arztes wiederholt und noch verstärkt. Dies stellt den Kern des Widerspruchs, die Reklamation, dar. Im Folgenden ist zu sehen, wie der bewältigende bzw. korrigierende Teil des Widerspruchs zur Aussage der Patientin in der Interaktion von Herrn U. und Arzt C gemeinsam konstruiert wird.

Durch die Frage: „da wussten sie nichts drüber?“ implizit zur Bewältigung des Widerspruchs aufgefordert, verstärkt Herr U. zunächst erneut mit „da wusst ich=nee=nee“ seinen Widerspruch in Form einer „Gegeneinschätzung“ (Spranz-Fogasy 1986/2005 : 26). Anschließend setzt er mit einer ergänzenden Begründung zur Korrektur der Aussage seiner Frau an: Herr U. beginnt den kausalen Nebensatz, der die Aussage seiner Schwiegermutter einleitet bzw. einleiten soll: „weil die mutter auch gesagt hat dass sie=“. Der Arzt ergänzt diese Aussage, indem er die begonnene Satzkonstruktion mit der einschränkenden Temporalangabe „erst seitdem sie dann hier war,“ fortführt. Diese wiederum ratifiziert Herr U., indem er mit einem bestätigenden „=ja;“ direkt anschließt. Er unterbricht den Arzt, bevor dieser die Möglichkeit hat, den von Herrn U. mit „dass sie“ begonnenen Nebensatz syntaktisch zu komplettieren, etwa in Form einer Prädikation wie „krank wurde“ oder „Symptome entwickelt hat“.

Im Anschluss daran äußert Herr U. eine mit der Modalpartikel *vielleicht* eingeleitete Vermutung darüber, wie seine Frau zu der falschen Aussage über ihren Krankheitsbeginn gekommen ist. Er bricht diesen Erklärungsversuch jedoch ab, um auf die Korrektur der Aussage zurückzukommen („vielleicht das ma=aber erst HIER“). Herrn U.s Überlegung zum Zeitpunkt des ersten Krankheitsausbruchs enthält an mehreren Stellen Ausdrücke, die seine Unsicherheit markieren; so die Parenthese:²⁵⁷ „wann fing denn das an;=ich weiß gar nicht=“ und die Apokoinu-Konstruktion²⁵⁸ (der Drehsatz) mit „ich glaub“ bzw. „glaub ich“. Der Arzt unterbricht ihn, um ihm die von der Patientin erhaltene Information: „sie spricht v=von vierundneunzig.“ unterstützend anzubieten. Herr U. stimmt dieser Angabe weitgehend zu, indem er die Jahreszahl wiederholt und durch den Zusatz „oder so irgendwas“ ausdrückt, dass er sich nicht ganz sicher in Bezug auf die absolute Richtigkeit ist, die Zeitangabe ihm aber akzeptabel erscheint, um als Bewältigung der ursprünglichen Aussage seiner Frau zu dienen.

Mit dem direkt anschließenden „na=gut; kann sein. ne;“ ratifiziert Arzt C den Widerspruch und die Bewältigung Herrn U.s. Wie dieser äußert auch er eine Vermutung als Erklärung für die Aussage der Patientin, ebenfalls in Form eines modal abgeschwächten Satzes: „vielleicht is=s die erinnerung auch n bisschen anders jetzt so“. Dieser Erklärungsversuch kann gedeutet werden als Bestreben, im weitesten Sinne Konsens herzustellen, d.h. eine ‚Versöhnung‘ zwischen der falschen Aussage und dem korrigierenden Widerspruch zu erreichen. Auch signalisiert Arzt C Herrn U. auf diese Weise, dass er dessen eigenen abgebrochenen Erklärungsversuch durchaus wahrgenommen hat, bevor er diese Gesprächssequenz mit der intermediären Pause und der interjektionsähnlich als Pausenfüller verwendeten Antwortpartikel „(-) okay (.)“ beendet und zu einem neuen Gesprächsthema wechselt.

Beispiel 3

Bereits an früherer Stelle findet sich im Gespräch zwischen Herrn U. und Arzt C (G9) eine Sequenz, in der ebenfalls ein Sachverhalt richtiggestellt wird. Herr U. berichtet, dass seine Frau in letzter Zeit merkt, wenn sich ein Rückfall in Form einer psychischen Episode ankündigt und dass sie ihm dies auch mitteilt. Der Arzt möchte diese Angabe des Ehemanns in Einklang mit der Information bringen, die er von der Patientin selbst erhalten hat; dies zeigt die im folgenden Beleg nach der intermediären Pause

²⁵⁷ Für eine ausführliche Definition der Form und Funktion von Parenthesen als „Unterbrechungen emergenter syntaktischer Strukturen“ und ihrer Abgrenzung zu ähnlichen Phänomenen siehe Stoltenburg (2007).

²⁵⁸ Vgl. Schwitalla (2003 : 129).

gestellte Frage „ist das so?“. Er gibt die Aussage der Patientin wieder und stellt Herrn U. zur Überprüfung die Frage „stimmt das?“:

Beleg 3: (G9, Z. 102-117)

Arzt C: gut. (--) ist das so?=sie erzählt mir dann immer sie=sie zieht sich oft in den KELLer zurück au:ch, stimmt das?

Herr U.: **ja gut äh=äh; (.) es ist=was sie halt ma öft=was sie im moment sehr viel macht ist RAUche;=**

Arzt C: =ja;

Herr U.: (.) also rauchen tut sie sehr viel; ne;=

Arzt C: =hm=hm;=

Herr U.: =also ich weiß nicht was=ich glaub SIEbenvierzig zigarette oder was;=

Arzt C: =hm=hm;=

Herr U.: =am tag raucht=und das ist sehr VIEL das ist ja auch son bissele (---) aber auch jetzt auch NACHher; net=net unbedingt nur vorher sondern auch nachher; ne;=

Arzt C: =mh=hm=

Herr U.: =dass sie so viel raucht.=

Arzt C: =sagt sie ihnen dann auch was über ihre ideen?

Herr U. antwortet auf die Frage des Arztes nicht mit einem direkten Widerspruch, aber auch nicht mit uneingeschränkter Zustimmung: *ja gut* erhält durch die Abtönungspartikel *ja* vielmehr einen abgeschwächten, ausweichenden Charakter, der durch die sich anschließende Antwort verstärkt wird: Sie ist stockend, mit Verzögerungspartikeln und einer Pause eingeleitet sowie stark anakoluthaft geprägt – „es ist=was sie halt“ stellt einen Ausstieg, d.h. die Aufgabe der begonnenen Konstruktion, dar; „ma öft=was sie im moment sehr viel“ ist eine (Teil-)repetitive Retraktion, d.h. ein Abbruch mit anschließender (Teil-)wiederholender Korrektur, der die Aussage des abgebrochenen Satzes intensiviert: Aus dem moderaten, unspezifischen *mal öfter* wird das starke, konkrete „im moment sehr viel“. Im Folgenden betont Herr U. diesen quantitativen Aspekt des Rauchens mehrere Male.

Herr U. stimmt also der Aussage seiner Frau, sie ziehe sich oft in den Keller zurück, nicht eindeutig zu. Seine Reaktion ist vielmehr als ein Verschieben des Fokus auf das Problem des vielen Rauchens zu interpretieren und damit als indirekter Widerspruch zu dem von seiner Frau geschilderten Sachverhalt. Diese Form des WIDERSPRECHENS unterscheidet sich deutlich von den beiden bereits betrachteten Formen in den Beispielen 1 und 2: Es gibt hier keine zweiteilige Gliederung des Handlungsmusters; hingegen findet in einem einzigen Schritt eine Verschiebung des Fokus und damit einhergehend

die indirekte Korrektur des initial seiner Meinung nach nicht unbedingt falsch, sondern vielmehr nicht adäquat beschriebenen Sachverhalts statt.

Die Reaktion des Arztes auf die Erläuterungen Herrn U.s – die Frage: „sagt sie ihnen dann auch was über ihre ideen?“ – lässt vermuten, dass er aus seiner Sicht als Mediziner nicht den Nikotinmissbrauch als wesentlich bzw. problematisch im Zusammenhang mit Rückfällen ansieht, sondern die Gefahr des Rückzugs und In-sich-gekehrt-Seins der Patientin, die ein frühes Erkennen des Rezidivs und Entgegenwirken durch Ehemann und Arzt verhindern würden. Es sind drei alternative Reaktionen denkbar: Aus medizinischer Perspektive ist unter Berücksichtigung des Zusammenhangs zwischen den Wirkungsweisen von Neuroleptika und Nikotin²⁵⁹ eine Reaktion denkbar, die auf ein Überdenken des kurze Zeit zuvor erfolgten Reduzierens der Medikation²⁶⁰ im Hinblick auf den starken Nikotinkonsum der Patientin abzielt. Aus der Angehörigenperspektive wäre eine Reaktion denkbar (und wünschenswert), die die Irrelevanz bzw. die (in Bezug auf den Kontext) relative Ungefährlichkeit des Nikotinmissbrauchs explizit macht und nicht nur impliziert (mitmeint). Dies hätte zugleich eine beruhigende, eventuelle Sorgen des Angehörigen entkräftende Funktion. Eine ähnliche, auf die Entlastung des Angehörigen zielende Reaktion wäre die Frage danach, wie er mit dieser Situation bzw. mit einer so stark rauchenden Patientin zurechtkommt. Sie würde Herrn U. gleichzeitig signalisieren, dass er als gleichwertiger, ernst zu nehmender Gesprächspartner angesehen wird.

Beispiel 4

Neben Widersprüchen, die wie die oben besprochenen einen geschilderten Sachverhalt richtigstellen, sind in den Gesprächen auch Belege zu finden, in denen das WIDERSPRECHEN der Relativierung eines bestimmten Aspekts des Sachverhalts dient. So geht es in dem Gespräch zwischen Frau G. und Arzt C (G10) an einer Stelle darum, dass ihr kranker Sohn Frank aufgrund einer Nebenwirkung seiner Medikation unter starkem Zittern leidet, ein zusätzliches Medikament gegen diese Nebenwirkung jedoch ablehnt.²⁶¹ Später im Gespräch kommt der Arzt auf diesen Punkt zurück:

Beleg 4: (G10, Z. 125-136)

Arzt C: ((...)) ihr sohn=ihr sohn nimmt ja auch so ne medikation ein momentan die so ne alte medikation ist aber er ist ja sehr (.) sehr SCHWER da zu beeinflussen von irgendwas was er gewohnt ist (-) a=abzuweichen;=

²⁵⁹ Zum Nikotinmissbrauch bei schizophrenen Patienten siehe Kapitel 4.2.5 dieser Arbeit.

²⁶⁰ Vgl. G9, Z. 68-70.

²⁶¹ Vgl. G10, Z. 65-78.

- Frau G.: =abzuweichen; GENAU.=
- Arzt C: =ich hab ihm ja dieses gegenmittel gegen das zittern==
- Frau G.: =äh=hä,=
- Arzt C: =NAhe gelegt und sie sagen mir er nimmts nicht;=
- Frau G.: =<<f> nee=nee> äh=äh er hat sie gar nicht erst äh=äh=äh von ihnen sich verschreiben lassen.
- Arzt C: oder=oder so:; (-) gut aber da werd ich am diensttag mal mit ihm reden ob er sich da noch mal drauf einlassen kann-

Frau G. drückt zunächst in Form der zustimmenden Hörersignale – wiederholendes „abzuweichen“,²⁶² bestätigendes adverbiales „GENAU“ und bestätigendes „äh=hä“ – ihre grundsätzliche Übereinstimmung mit dem Arzt in Bezug auf den beschriebenen Sachverhalt aus.

Dann jedoch widerspricht sie bestimmt und energisch dem Aspekt, ihr Sohn habe das Medikament zwar, nehme es jedoch nicht ein. Dies geschieht durch eine Unterbrechung, die mit der lauter artikulierten, verneinenden Antwortpartikel „nee=nee“ eingeleitet wird.

Auf diesen ersten Teil des Widerspruchs, der das WIDERSPRECHEN an sich darstellt, folgt stockend eine Anakoluthkonstruktion, die den in Frage stehenden Aspekt relativiert. Der erste Teil dieser Konstruktion: „er hat sie gar nicht erst“ lässt eine Passivkonstruktion etwa der Art: „von ihnen verschrieben bekommen“ erwarten. Nach den Verzögerungspartikeln „äh=äh=äh“ folgt jedoch die syntaktisch nicht zum Anfang passende Formulierung: „von ihnen sich verschreiben lassen“. Diese Konstruktion ist zwar im Hinblick auf die Position des Reflexivpronomens *sich* syntaktisch schriftsprachlich nicht so zu erwarten gewesen und auch nicht bruchlos an den ersten Teil des Satzes anzubinden, hat jedoch zwei pragmatisch-kommunikative Vorteile: Erstens bleibt der Patient das handelnde (bzw. eine Handlung gerade verweigernde) Subjekt – *lassen* wird hier aktivisch mit Akkusativ und Infinitiv (Acl) in negativ permissivem (zulassendem) bzw. negativ kausativem (veranlassenden) Sinne verwendet.²⁶³ Die ebenfalls an dieser Stelle denkbare Passivkonstruktion mit *bekommen* hingegen hätte den Arzt in einer im vorliegenden Kontext unangebrachten Weise als (Nicht-)Handelnden in den Mittelpunkt gerückt und damit den gesichtsbedrohenden Charakter der Äußerung verstärkt. Zweitens erhält das Prädikat durch die Satzstellung besonderes Gewicht. Diese Möglichkeit der Fokussierung auf den Patienten und seine aktiv ablehnende Haltung gegenüber dem neuen Medikament scheint Frau G.s kommunika-

²⁶² Zur terminologischen bzw. definitorischen Unterscheidung von *wiederholen* und *reformulieren* vgl. Kameyama (1999) und Bühlig (1996).

²⁶³ Vgl. ausführlich zu solchen passivähnlichen Konstruktionen von *lassen* mit Acl (*accusativus cum infinitivum*) die IDS-Grammatik von Zifonun et al. (1997 : 1411ff.; hier 1415 bzw. 1419f.).

tivem Ziel eher zu entsprechen und kann so ihren Umstieg auf diese Konstruktion erklären.

Der Arzt nimmt diese Relativierung seiner Assertion an und zieht aus ihr die Konsequenz, den Patienten nochmals auf dieses Thema anzusprechen.

Beispiel 5

Im folgenden Beispiel aus demselben Gespräch (G10) geht es darum, dass die Mutter von Patient Frank G. den Arzt auf einen bestimmten Aspekt zum Thema Medikation aufmerksam machen möchte und daher widersprechend-einschränkend auf seine Feststellung reagiert:

Beleg 5: (G10, Z. 144-159)

Arzt C: ((...)) damals war überhaupt kein krankheitsgefühl bei ihm=

Frau G.: =ja=ja.=

Arzt C: =und das hatte er ja nicht und=und (-) inzwischen ist er ja so (.) mehr als <<lachend> ZUverlässig>=

Frau G.: =ja.=

Arzt C: =was die medikamente anbelangt.=

Frau G.: =ja, A:BER (-) ähm es ist ja auch damals gesagt WO:rde äh=äh es ging ja drum dass er die medikamente nur fünf jahre nehmen soll oder MU:SS (-)

Arzt C: ja; ;=

Frau G.: =und da versteift er sich also AUCH n bisschen drauf.

Arzt C: ja; sind die fünf jahre bald abgelaufen; oder, [((lacht))]

Frau G.: [<<lächelnd>

SO (.) so] in etwa>; SO sagt er dann also äh ich muss sie ja nur fünf jahre nehmen und äh=ä ja dann wird alles wieder (1.8) gut.=so ungefähr. ((...))

Der grundsätzlichen Assertion des Arztes, dass der Patient die Medikamente inzwischen sehr zuverlässig einnimmt,²⁶⁴ stimmt die Mutter zunächst durch bestätigende Hörsignale und die Antwortpartikel *ja* zu. Allerdings kündigt bereits die leicht steigende Tonhöhenbewegung bei diesem Wort die folgende Einschränkung bzw. Fokussierung auf einen vom Arzt nicht berücksichtigten Aspekt an, die in zwei Schritten erfolgt.

Der erste Schritt stellt die Hinführung zum eigentlichen Aspekt, auf den Frau G. aufmerksam machen möchte, dar. Sie geschieht in der sich an die zustimmende Antwortpartikel anschließenden Anakoluth-Konstruktion, eingeleitet durch die adversative Konjunktion *aber*. Frau G. weist den Arzt darauf hin, dass zu Beginn der Medikation ein

²⁶⁴ Dieses Thema wird später im Gespräch erneut aufgegriffen; vgl. G10, Z. 382-396.

Zeitraum von fünf Jahren als Behandlungsdauer angesetzt wurde. Sie wählt dabei zunächst die Passivkonstruktion „es ist ja auch damals gesagt wo:rde“, unterbricht sich jedoch und reformuliert mit dem Ausdruck „es ging ja drum“. Der Grund für diese Retraktion mag darin liegen, dass der Arzt das Gesagte möglicherweise als gesichtsbedrohend interpretiert, was Frau G. vermeiden möchte. Beide Formulierungen sind zwar unpersönlich; jedoch lässt die Passivkonstruktion die Ergänzung eines Agens etwa der Art „von ihnen“ zu, wodurch sich Arzt C in seinem Kommunikationsverhalten kritisiert fühlen könnte. Dies scheint jedoch in diesem Zusammenhang nicht das Ziel Frau G.s zu sein, denn ihre Reformulierung enthält keine offene Position bzw. Valenzstelle. Die zweite Retraktion in ihrer Äußerung betrifft die Wahl des Modalverbs: Sie ersetzt „soll“ durch „MU:SS“. Eine Erklärung hierfür könnte sein, dass der Aufforderungscharakter, der beiden Modalverben innewohnt, bei *müssen* stärker ist als bei *sollen*. Hall / Scheiner (1998 : 129) bezeichnen dies als „objektive Notwendigkeit aufgrund äußerer Umstände“, während *sollen* als eine schwächere „Verpflichtung aufgrund eines äußeren Willens“ (Hall / Scheiner 1998 : 130) bezeichnet wird.

Im Hinblick auf die hinführende bzw. vorbereitende Funktion dieses ersten Schritts ist das Zusammenspiel der restriktiven Modalpartikel *nur* zum Eingrenzen des Behandlungszeitraums und der Modalverb-Korrektur von besonderer Bedeutung. Diese beiden Elemente können als Hauptträger der Vorbereitungsfunktion angesehen werden: Nachdem Frau G. auf diese Weise sozusagen die Ausgangslage beschrieben hat, kommt sie im zweiten Teil des fokussierenden Widerspruchs auf den Aspekt, auf den sie vor diesem Hintergrund eigentlich aufmerksam machen will: „=und da versteift er sich also AUCH n bisschen drauf.“ Das starke Verb „sich versteifen“ wird durch das adverbial gebrauchte Indefinitpronomen „n bisschen“ abgemildert. Indirekt kommt hier zum Ausdruck, dass sich diese Haltung möglicherweise in Zukunft als problematisch bei der Behandlung herausstellen könnte.

Arzt C reagiert zunächst scherzhaft mit der Frage: „ja; sind die fünf jahre bald abgelaufen; oder,“ auf den Hinweis der Mutter. Der scherzhafte Charakter der Frage drückt sich im anschließenden Lachen aus.

Frau G. geht zunächst auf das Scherzhafte ein, indem sie ihre Antwort lächelnd mit dem bedingt zustimmenden „SO (.) so in etwa;“ beginnt. Sie wendet das Thema jedoch wieder ins Ernsthafte und insistiert auf der Relevanz ihres Hinweises, indem sie die Haltung ihres Sohnes mittels direkter Redewiedergabe²⁶⁵ verdeutlicht: „SO sagt er dann also äh ich muss sie ja nur fünf jahre ne:hmen u:nd äh=ä ja dann

²⁶⁵ Zu Form und Funktion der direkten Redewiedergabe siehe die ausführlicheren Erläuterungen zu den Beispielen 7 und 13, Belege 11 und 31; dort finden sich auch Literaturhinweise zum Thema.

wird alles wieder (1.8) gut.“²⁶⁶ Das restriktive *nur* und die Modalverbkonstruktion mit *müssen* in Verbindung mit der konkret formulierten Annahme bzw. Schlussfolgerung „dann wird alles wieder (1.8) gut.“ drücken deutlicher als die erste Formulierung Frau G.s Befürchtung aus, dass es (abhängig vom Verlauf der Krankheit) nach Ablauf der fünf Jahre zu Komplikationen hinsichtlich der Therapiebereitschaft ihres Sohnes kommen könnte.

Entgegen der Vermutung, die die erste Reaktion des Arztes auf Frau G.s Hinweis nahe legt, sieht er ihn – spätestens nach dem Insistieren der Mutter – ebenfalls als ernst zu nehmend und wesentlich für die Therapie des Sohnes an. Dies zeigt sich darin, dass er diesen Aspekt im weiteren Gesprächsverlauf erneut aufgreift:

Beleg 6: (G10, Z. 414f.)

Arzt C: =und das mit den fünf ja::hren, na=ja (-) das werd ich dann auch noch mal <<lächelnd> mit ihm ausdiskutieren; ne;>=

Diese Ankündigung des Arztes, den Patienten auf dieses Thema anzusprechen, kann als erfolgreiches Ergebnis des hinweisend-fokussierenden Widerspruchs von Frau G. gewertet werden.

8.1.2 Wie Angehörige Kritik an der Therapie des Patienten üben

Die folgenden Beispiele zeigen, wie Angehörige verschiedene Aspekte früherer Abschnitte der Behandlung ihres kranken Familienmitglieds kritisieren.

Beispiel 6

Im Gespräch zwischen Arzt B und den Eltern von Patient Karsten K. (G4) ist der durch alle bisherigen Therapiemaßnahmen unveränderte bzw. nicht wesentlich veränderte Zustand des Patienten in mehreren Sequenzen Gegenstand der elterlichen Redebeiträge. Auch die Krankenhausaufenthalte als ein Bestandteil der Therapie werden kritisch thematisiert; die länger zurückliegenden stationären Behandlungen des Sohnes hatten keinen Effekt auf seinen Zustand:

Beleg 7: (G4, Z. 452-466)

Frau K.: ja ich denke damals is er zwar in die klinik gekommen aber das hat ihn auch net anders äh wie=obs ihm gut getan hat oder nich gut=ich weiß net obs NÖTig wa:r, aber es hat sich eigentlich nichts verändert.

²⁶⁶ Der Satz bildet den Beginn einer narrativen Darstellung von diversen Vorhaben, die Patient Frank G. für die Zeit nach der Behandlung geplant hat (vgl. G10, Z. 150-154). Diese Darstellung hat die Funktion, die Relevanz des Hinweises auf die Haltung des Sohnes zu unterstützen, kann jedoch für die Interpretation des Widersprechensaktes vernachlässigt werden.

Arzt B: okay. also das heißt es hat keine wesentlichen
[veränderungen-]
Frau K.: [nein nein.]
Herr K.: [nein (.)] das war aber immer so bis jetzt. er war
schon (in n paar) kliniken aber [()]
Frau K.: [die klinik in marburg] war
er in der klinik schon; **aber das hat--**
Herr K.: =riedstadt.=
Frau K.: =ja; **das hat für ihn eigentlich nix--**
Arzt B: **=hat nich so viel gebracht.=**
Frau K.: =nein.

Frau K. äußert hier mit der, das adversative *aber* ankündigenden und hervorhebenden, Partikel *zwar* sehr deutlich ihre Skepsis gegenüber der stationären Behandlungsmethode. Der Grund für die skeptische Haltung und damit der Anlass zur Kritik ist die Tatsache, dass trotz Klinikaufenthalts keine Veränderung des Zustands ihres Sohnes eingetreten ist. Dies formuliert sie in der Retraktion: „aber es hat sich eigentlich nichts verändert“. Der Gebrauch der Partikel *eigentlich* deutet darauf hin, dass sich eventuell kleinere Verbesserungen eingestellt haben können, die jedoch nichts an der Gesamtsituation des Sohnes geändert haben. Der Arzt reformuliert diesen Aspekt aktiv zuhörend²⁶⁷ in seiner anschließenden Folgerung: „okay. also das heißt es hat keine wesentlichen veränderungen-“. Die unterbrechend-überlappenden Bestätigungen von beiden Ehepartnern führen zum Abbruch der ärztlichen Äußerung. Im Folgenden führen Herr und Frau K. in einander überlappenden und sich gegenseitig unterbrechenden anakoluthhaften Äußerungen anhand von Beispielen gemeinsam aus, dass diese Therapieform bei ihrem Sohn nicht anschlägt, was wiederum vom aktiv zuhörenden Arzt als Retraktion abschließend reformuliert wird: „=hat nich so viel gebracht.“.

Die übereinstimmende Skepsis bzw. kritische Haltung gegenüber der stationären Behandlungsmethode wird kurz darauf bestätigt: Nachdem Arzt B ein weiteres Beispiel für eine Hospitalisation des Sohnes erläutert hat, bewertet er selbst auch diesen Versuch als nicht erfolgreich, was die Eltern bestätigen. Abgesehen von der lexikalischen Ebene zeigen auch die vielen Überlappungen bzw. das häufige gleichzeitige Sprechen und die unmittelbaren Redeübernahmen die hohe inhaltliche Übereinstimmung der drei Gesprächspartner, wie auch im folgenden Beleg zu beobachten ist:

²⁶⁷ Aktives Zuhören wird in der vorliegenden Arbeit in Anlehnung an die Definition von Spranz-Fogasy (2007 : 5) im Hinblick auf Arzt-Patienten-Gespräche als „ein aktives und kooperatives Handeln“ verstanden, das dem Angehörigen „die für beide Seiten optimale Entfaltung seiner Problemsicht ermöglicht“. Es „umfasst neben empathischem Schweigen, Rückmeldesignale, verständnissichernde Reformulierungen sowie begleitende Kommentare zu den Darstellungen“ des Angehörigen.

Beleg 8: (G4, Z. 472-480)

Arzt B: ((...)) aber (.) ähm (-) ich denke das ist auch mein eindruck
[dass er danach nicht wesentlich anders war als vorher]

Frau K.: [aber so n=so n klinikaufenthalt ist jetzt] net
unbedingt ja. nee.

Herr K.: nee also ich hatte das gefühl das bringt ihm nichts=**im
GEGENteil er is wieder angespannt vorher war er
(weiter)=muss er wieder hin hat er wieder stress.=**

Frau K.: =ja.=

Herr K. fokussiert in seinem Beitrag noch einen weiteren inhaltlichen Kritikpunkt: Nach der thematischen Feststellung, dass die stationären Aufenthalte keine wesentliche Besserung gebracht haben, führt der Vater mit dem inhaltlich verstärkenden und durch Akzentuierung zusätzlich hervorhebenden Ausdruck: „im GEGENteil“ das Rhema ein, das er in der Retraktion: „muss er wieder hin hat er wieder stress“ auf den Punkt bringt. Das Thema Stress als zu vermeidender Risikofaktor wurde zu Beginn des Gesprächs ausführlich besprochen.²⁶⁸ Die Äußerung Herrn K.s kann somit klar als ablehnende Kritik an dieser Therapieform gewertet werden, die von seiner Frau geteilt wird, wie die sich unmittelbar anschließende zustimmende Antwortpartikel zeigt.

An dieser Stelle des Gesprächs gewinnt man den Eindruck, es bestehe kein weiterer Bedarf, auf dieses Thema einzugehen; Eltern und Arzt scheinen vollkommen in ihrer ablehnend-kritischen Haltung gegenüber einer stationären Behandlung übereinzustimmen. Im weiteren Verlauf des Gesprächs kommt Arzt B jedoch erneut auf dieses Thema zu sprechen (vgl. G4, Z. 722ff.).²⁶⁹ An dieser Stelle wird deutlich, dass die Übereinstimmung zwischen Arzt und Eltern sich nur auf die Beurteilung der vergangenen Klinikaufenthalte des Patienten bezieht.

Die Redebeiträge von Arzt B im folgenden Gesprächsausschnitt zeigen, dass er sich in einer Art Zwickmühle befindet: Zum einen ist er mit den Eltern (und dem Patienten, wie oben gezeigt und wie in seinem ersten der folgenden Beiträge erneut zu erkennen ist) der Meinung, dass eine stationäre Behandlung zum derzeitigen Zeitpunkt nicht angebracht erscheint. Zum anderen sieht er offenbar eine Notwendigkeit darin, deutlich zu machen, dass ein Klinikaufenthalt als mögliche und auch sinnvolle Therapieform nicht grundsätzlich zu verwerfen ist:

²⁶⁸ Vgl. z.B. die erläuternd zusammenfassenden Äußerungen des Arztes in G4, Z. 108-137.

²⁶⁹ Aufgrund einer der Orientierungsfragen; siehe hierzu ausführlich Kapitel 7.1. Es kann nicht mit Sicherheit entschieden werden, ob das erneute Aufkommen des Themas ausschließlich auf diese Orientierungsfrage zurückzuführen ist.

Beleg 9: (G4, Z. 723-778)

Arzt B: ((...)) im moment is es jetzt nich unbedingt in der diskussion.=wir hattens ja beim letzten mal=die frau u. hat noch ma gemeint ob wir eventuell noch ma ne stationäre behandlung.=also er selber (.) war ja da nich so <<lächelnd> dafür> und da ham wir gesagt wir versuchen noch ma n bisschen ambulant was zu ändern=

Frau K.: =ja=

((... Sprung von ca. 2 Minuten ...))

Arzt B: [okay; gut wir könnens ja noch ma] also ich=vielleicht beim nächsten gespräch wenn die frau u. noch ma mitkommt dass wirs noch ma überLEgen (also) wenns in die richtung geht;=

Frau K.: ja besteht n GRUND zurzeit dass er wieder eventuell in der klinik sollte?

Arzt B: na=ja gut; sie sagten=sagten am anfang ja schon dass es im moment so der eindruck jetzt nich so besonders gut ihm geht=

Frau K.: =hm=hm=

Arzt B: =und ähm also der grund wäre zu überlegen ob wir irgendwann medikamentös mal was andres versuchen aber (.)

[ich persönlich bin auch jetzt net]

Frau K.: [()]

Arzt B: so also so=so ganz <<lächelnd> überzeugt> bin ich ehrlich gesagt auch net davon, trotzdem muss ma halt immer die=an die möglichkeit denken zu sagen okay=kann ma noch ma durch ne stationäre behandlung vielleicht ne verbesserung erreichen.

Der Zwiespalt, in dem sich Arzt B befindet, drückt sich auf verschiedene Weise in allen seinen Redebeiträgen dieses Gesprächsabschnitts aus: Auf syntaktischer Ebene fallen die zahlreichen Anakoluthkonstruktionen in Form von Aus- und Umstiegen ins Auge; auf lexikalischer Ebene manifestiert sich das „Hin-und-her-Gerissen-sein“ zwischen den beiden Meinungen im häufigen Wechsel der verwendeten Personalpronomina: Wie in Beispiel 7 lässt sich ein Springen zwischen Konstruktionen mit persönlich-involvierendem *ich* oder *wir* einerseits und dem mehr objektiv-distanzierenden unpersönlichen *man* andererseits feststellen. Auf der paraverbalen Ebene zeigt das begleitende Lächeln in dem auf den Patienten bezogenen Satz: „er selber (.) war ja da nich so <<lächelnd> dafür>“ das Bemühen, einer Interpretation dieses Satzes als Kritik an der Entscheidung des Patienten entgegenzuwirken, was durch den nachfolgenden, mit „und da“ eingeleiteten Konsekutivsatz verstärkt wird. Bei genauerer Betrachtung des ersten Beitrags fällt zudem auf, dass der Arzt den – Kritik von Seiten der Eltern er-

warten lassenden – Vorschlag der Rehospitalisierung als Idee der Heimmitarbeiterin Frau U. einführt: „die frau u. hat noch ma gemeint ob wir eventuell noch mal ne stationäre behandlung.“ Diese Formulierung und der Einsatz mehrerer modal abschwächender oder vager Ausdrücke wie „eventuell“, „vielleicht beim nächsten gespräch“, „irgendwann“, dienen dazu, einen aufgrund des ca. zehn Minuten zuvor Besprochenen erwartbaren direkten Einspruch der Eltern zu verhindern.

Schließlich formuliert Arzt B den Zwiespalt in seinem letzten Beitrag dieses Gesprächsausschnitts explizit: Im ersten Teil, der bereits gleichzeitig mit Frau K.s akustisch nicht verständlicher Äußerung beginnt, äußert er in der ersten Person Singular seinen Zweifel an der Effektivität eines Klinikaufenthalts; das Betonen des „ich“ durch das adjektivische Attribut *persönlich*, die Formulierung als Drehsatz und das erweiterte Partizipialattribut „ehrlich gesagt“ haben dabei verstärkende Wirkung. Das Prädikativum *überzeugt* begleitet er mit einem Lächeln, das in diesem Falle eine die Situation entspannende, auf Einvernehmlichkeit mit den Eltern – besonders mit der sich in dieser Sequenz stärker einbringenden Mutter – zielende Funktion hat.²⁷⁰ Im zweiten Teil des Beitrags formuliert er in Form eines mit *trotzdem* eingeleiteten, anakoluthhaften Konzessivsatzes sehr zurückgenommen „die möglichkeit“ eines „vielleicht“ Besserung bringenden Klinikaufenthalts.

Insgesamt lassen diese Redebeiträge von Arzt B darauf schließen, dass er sich in der Situation nicht wohl fühlt und auf der Beziehungsebene eine positiv gestimmte Verbindung zu den Eltern herzustellen sucht, um sie von der Sinnhaftigkeit eines stationären Aufenthalts zu überzeugen. Gleichzeitig machen die Äußerungen deutlich, dass Arzt B die Eltern als gleichwertig-kritische Gesprächspartner ansieht; er nutzt seine Expertenrolle nicht dazu, seine Ansicht auf paternalistisch-autoritäre Weise derjenigen der Eltern entgegenzusetzen, sondern ist bemüht, diese auf partnerschaftlich-konstruktive Weise zu überzeugen.

Die sich anschließende Reaktion der Mutter scheint zunächst auf einen diesbezüglichen Erfolg der ärztlichen Bemühungen hinzudeuten:

Beleg 10: (G4, Z. 779-788)

Frau K.: ja- [aber es geht net unbedingt]

Arzt B: [aber wir hatten das ja vorhin schon; deswegen-]

Frau K.: um die stationäre beHANDlung. es geht mehr oder weniger um ein versuch wieder mit ihm mit nem medikament ihn anders umzustellen und DAfür is natürlich n aufenthalt in der klinik NOTwendig.=ne.=

²⁷⁰ Vgl. Schwitalla (2001) und Jefferson (1984).

Arzt B: =das is richtig; ja. obwohl man kann auch ambulant umstellen
[aber wenn man halt-]

Frau K.: [und da hab ich natür]lich mein problem ja immer mit den
medikamenten. ((...))

Frau K. beginnt ihre Antwort mit der zustimmenden Antwortpartikel *ja*, um gleich darauf differenzierend-einschränkend in dem mit *aber* eingeleiteten Adversativsatz den Zweck eines erneuten Klinikaufenthalts zu definieren: „mit nem medikament ihn anders umzustellen“, für den ein stationärer Aufenthalt „NOTwendig“ sei. Nachdem der Arzt das Thema vermutlich schon abbrechen wollte, was sich in dem durch einen Ausstieg beendeten Satz: „aber wir hatten das ja vorhin schon; deswegen-“ andeutet, geht er nun doch auf die Äußerung der Mutter ein – wieder partnerschaftlich argumentierend, indem er ihr erst zustimmt, dann in einem anakoluthaften Konzessivsatz die (vom Patienten präferierte und der kritischen Haltung der Mutter entgegenkommende) Alternative der ambulanten Medikamentenumstellung einführt, um anschließend in dem durch die Unterbrechung von Frau K. beendeten Adversativsatz: „aber wenn man halt-“ eventuell den Vorteil bzw. die Notwendigkeit einer stationären Medikamentenumstellung zu erläutern. Dazu kommt es jedoch nicht, weil Frau K. durch die letzten Gesprächsschritte auf einen weiteren Kritikpunkt aufmerksam wurde: die Psychopharmakotherapie.²⁷¹ So ist festzuhalten, dass das Bemühen von Arzt B, die Eltern von der grundsätzlichen Angemessenheit einer stationären Behandlung zu überzeugen, nur teilweise gelungen ist.

Fragt man nach den Gründen, die Arzt B veranlasst haben, das Thema Klinikaufenthalt erneut in das Gespräch einzubringen, so ist sicherlich zuerst sein Festhalten an den Orientierungsfragen²⁷² zu nennen. Ein weiterer Grund könnte darin bestehen, dass die Möglichkeit eines schweren Rezidivs besteht, so dass eine Situation entstehen kann, in der eine stationäre Aufnahme des Patienten unabdingbar wird. Für diesen Fall ist es von Bedeutung, dass die Eltern nicht gänzlich gegen diese Behandlungsform eingestellt sind, was das Bestreben des Arztes erklärt, sie für diese Option zugänglich zu machen.

Ein möglicher Grund für die ablehnende Haltung der Eltern sind ihre negativen Erfahrungen mit Klinikaufhalten, die in der Aufzählung von Beispielen zum Ausdruck kommen. Zudem scheint Frau K. eine bestimmte, negativ geprägte Vorstellung von einem Krankenhausaufenthalt zu haben – dies blitzt in der Unterscheidung zwischen einem Klinikaufenthalt ‚als solchem‘ und einem Klinikaufenthalt zur Umstellung der Me-

²⁷¹ Für die Analyse der sich an dieser Stelle im Gespräch anschließenden Sequenz mit der Kritik an den Medikamenten siehe Beispiel 13.

²⁷² Siehe dazu Kapitel 7.1.

dikamente auf, die sie in ihrem letzten Redebeitrag des obigen Gesprächsausschnitts trifft.

Eine Alternative zu dem von Arzt B gewählten Weg, diese skeptisch-kritische Haltung der Eltern gegenüber der stationären Behandlung aufzubrechen und sie für diese Möglichkeit zugänglich zu machen, wäre zu fragen, wie sie sich einen solchen Aufenthalt vorstellen bzw. wie sie die früheren Hospitalisationen ihres Sohnes erlebt haben und was anders sein müsste, damit sie dem Ganzen aufgeschlossen gegenüber stehen – mit anschließender kritischer Auseinandersetzung und gemeinschaftlicher Lösungsgestaltung. Denn wie dieses Beispiel zeigt, hängt KRITISIEREN teilweise sehr eng zusammen mit dem Handlungsmuster HILFE ERBITTEN: Die Kritik der Eltern an der stationären Therapieform kann als Ausdruck der Sorge um ihren Sohn und der damit verbundenen Rat- und Hilflosigkeit gedeutet werden.

Beispiel 7

Im Zuge der Absprache eines neuen Termins gegen Ende des Gesprächs zwischen Arzt B, Patientin B., ihrer Schwägerin Frau B. und dem Wohnheimmitarbeiter Herrn L. unterbricht Frau B. den Arzt und nimmt das Rederecht an sich, um auf einen personellen Missstand bei der ärztlichen Betreuung ihrer kranken Schwägerin im Wohnheim der Klinik in der Vergangenheit hinzudeuten:

Beleg 11: (G2, Z. 283-295)

Arzt B: ((...)) und ich denke auch für die zukunft bin ich natürlich immer auch als ansprechpartner bereit und ich freu mich immer wenn ich angehörige oder=äh die betreuer kennen lerne=

Frau B.: =herr doktor b; DAS ist ganz wichtig denn es GAB mal ne krisensituation als die=äh als die (.) ÄRZte nicht feststanden (.) ja, was für die anna !GANZ! wichtig is is eine konSTANte person.

Arzt B: okay;

Frau B.: **ja; äh (-) und nicht ja der is KRANK und der geht WEG [und da is ne veränderung-]**

Herr L.: [wir wissen nicht hm=hm (.) ja:-]

Frau B.: **DAS war (-) das=das war ne LEICHT kritische zeit (.)**

Dieser Gesprächsausschnitt stellt die erste von insgesamt vier Phasen der Kritik an der unklaren ärztlichen Zuständigkeit und ihrer interaktiven Bearbeitung dar. Frau B. nimmt das Rederecht an sich, indem sie den Arzt mit der Aufmerksamkeit einfordernden direkten Ansprache (Vokativ)²⁷³ „herr doktor b“ unterbricht. Mit dem rückbezüglichen

²⁷³ Vgl. Holly (1979 : 50) und Kühn (1995 : 74).

Satz: „DAS ist ganz wichtig“ führt sie zu ihrem Kritikpunkt hin, den sie in Form eines mit *denn* eingeleiteten Kausalsatzes einführt. Anschließend erläutert sie – verstärkt durch das besonders akzentuiert gesprochene, adverbiale „!GANZ!“ – die Ursache für die *Krisensituation*. Arzt B signalisiert durch das Rückmeldesignal *okay* Bestätigung. Daraufhin formuliert Frau B. nach kurzem Zögern eine Präzisierung der zuvor allgemein-zusammenfassend eingeführten Situation: Eingeleitet durch das negativ wertende *und nicht*, drückt sie in Form einer direkten Redewiedergabe sehr knapp und konzentriert ihre Kritik aus: „der is KRANK und der geht WEG“. Diese Art der Formulierung betont das Gewicht der Kritik, indem sie Frau B. nach Deppermann (2005 : 95f., Hervorh. i. Orig.) erlaubt, „das temporal-epistemische Fundamentalproblem [...], die *faktische Unverfügbarkeit vergangener Wirklichkeit*“ zu überwinden; sie macht das Vergangene gegenwärtig und hat daher eine sehr intensive, d.h. den Adressaten emotional einbeziehende Wirkung.²⁷⁴ Im sich anschließenden dritten Schritt schwächt Frau B. die so aufgebaute Intensität ihrer Kritik wieder ab, indem sie zunächst die Redewiedergabe mit dem allgemeinen, den Fokus ausweitenden „und da is ne veränderung“ beschließt, um danach die Gesamtsituation – jetzt nicht mehr im intensiv-involvierenden Präsens, sondern im weniger empathischen, distanzierenden Präteritum – wertend zusammenzufassen: „DAS war (-) das=das war ne LEICHT kritische zeit (.)“.

Damit ist Frau B.s Vorgehensweise eine andere als die Herrn D.s in Beispiel 22: Dieser bringt seine Kritik erst nach einer sehr ausführlichen Hinführung und ohne das intensivierende Mittel der direkten Redewiedergabe an. Eine Erklärung für das unterschiedliche Vorgehen von Frau B. und Herrn D. mag sein, dass Herr D. sich durch eine entsprechende Frage seines ärztlichen Gegenübers direkt zu einer wertenden Stellungnahme zum Handeln des Arztes aufgefordert und damit zu einer die Gesichtsbedrohung für seinen Gesprächspartner abmildernden, höflichen Formulierungsweise veranlasst sah, während Frau B. ihre Äußerung gegenüber Arzt B nicht als WERTEN bzw. KRITISIEREN, d.h. nicht als gesichtsbedrohend für den Adressaten, sondern vielmehr als INFORMIEREN aufzufassen scheint.

Betrachtet man die sich an den obigen Gesprächsausschnitt anschließenden Redebeiträge, wird deutlich, dass diese Auffassung nicht von allen Gesprächsteilnehmern geteilt wird bzw. nicht bei allen Beteiligten diese Wirkung hat:

²⁷⁴ Vgl. Deppermann (1997/2005 : 96). Dies bedeutet jedoch nicht zwangsläufig, dass eine Form der indirekten Redewiedergabe weniger intensiv bzw. involvierend ausfallen muss. Siehe dazu und zu einer kritischen Einschätzung der von Deppermann vertretenen Ansicht zur ‚Bewertungsneutralität‘ direkter Redewiedergaben u.a. Günthner (2000b und 2007). Siehe auch die Erläuterungen zu Beispiel 13, Beleg 31.

Beleg 12: (G2, Z. 296-316)

Arzt B: okay,

Frau B.: [ja,]

Herr L.: [ja aber das is halt (.) durch die ÄUSSere situation-]

Arzt B: [ja gu:t (--) ja=ja]=

Frau B.: =ja=nee; ich komm nur dadrauf weil sie sagten eben=ähm (.)
aber jetzt seitdem sie wusste dass sie zu ihnen kommt
konstant zu ihnen kommt (.) und [dann ist das alles in
ordnung]

Arzt B: [gut das ist vielleicht]
auch noch mal gut <<lächelnd> dass sie das erwähnt haben>=

Frau B.: =<<f> ja.>

Arzt B: ich mein das is auch mein=mein anliegen für alle=alle die
patienten die weiter in meiner betreuung bleiben möchten=ich
mein ich bin ja jetzt schwerpunktmäßig in bad soden=das
wissen sie ja=

Frau B.: =ja=ja=

Arzt C: =aber wie gesagt ich biete ja meine sprechstunde an un=und
sie können auch gerne weiter zu mir kommen das is ja auch
gut dass der herr l. sich dann auch so (.) das so besprochen
hat dass wir das dann auch aufrechterhalten können [für die
zukunft;]

In dieser zweiten Phase steht die Reaktion Herrn L.s auf die Äußerung Frau B.s und die sich anschließende Beziehungsarbeit zwischen den Gesprächsteilnehmern im Mittelpunkt. Herr L. setzt bereits in Beleg 11 zu einer Erwiderung auf Frau B.s Äußerung an, als diese noch spricht: „[wir wissen nicht hm=hm (.) ja:-]“. Da Frau B. jedoch weiterredet, steigt Herr L. aus seinem Plan aus; die Äußerung bleibt unvollständig, so dass nur vermutet werden kann, dass er schon hier einen Widerspruch mit ähnlichem Inhalt formulieren wollte, wie er ihn nun zu Beginn von Beleg 12 vorbringt: „ja aber das is halt (.) durch die ÄUSSere situation-“.

Herr L. beginnt seine Äußerung mit der Kombination „ja aber“, die durch die vorangestellte Bestätigungspartikel konfliktmildernde Funktion hat.²⁷⁵ Herr L. lässt hier

²⁷⁵ Siehe Willkop (1988 : 92) zu dieser Partikelverbindung: „Im allgemeinen wird der vom Gesprächspartner eingeführte Sachverhalt als zutreffend affirmiert. In der nachfolgenden Replik werden jedoch Annahmen und beim anderen vermutete Schlußfolgerungen zurückgewiesen.“ Willkop spricht in diesem Zusammenhang von „ja“ als einer Konfliktvermeidungsstrategie. Im vorliegenden Fall ist es allerdings zutreffender, von Konfliktmilderung oder -abschwächung zu sprechen, da der Konflikt im weiteren Gesprächsverlauf nicht vermieden wird, sondern aufgrund der gesichtswahrenden Funktion des einleitenden „ja“ lediglich nicht so direkt bzw. aggressiv ausgetragen wird, wie dies der Fall sein könnte, wenn der widersprochene Partner kein solches Höflichkeitssignal wahrnehme. Vgl. auch Günthner (2000 : 109f.), der Ausdruck wird hier als ein „dissensankündigendes Vorlaufelement“ klassifiziert, das Nichtübereinstimmungen oder Vorwürfe als „dispräferierte Handlungen markiert“.

erkennen, dass er sich zu Unrecht angesprochen bzw. kritisiert fühlt und weist die Verantwortung für die von Frau B. geschilderte Situation von sich, indem er mit der kausal-instrumental verwendeten Lokalpräposition *durch die* „ÄUSSere situation“ als Ursache betont.²⁷⁶ Die Abtönungspartikel *halt* betont den Charakter des Nichtvorhersehbaren bzw. Nichtbeeinflussbaren dieser Situation und signalisiert Herrn L.s Einstellung, die mit dem Satz: „Es hat keinen Sinn, hierüber weiter zu diskutieren“ paraphrasiert werden kann.²⁷⁷

Frau B.s Reaktionen sowohl auf den ersten Versuch des Heimmitarbeiters zu einer Erwiderung als auch auf seine vollständige Äußerung zeigen, dass sie sich nicht darüber bewusst gewesen ist bzw. dass ihr zu spät klar geworden ist, dass ihre Äußerung auch dem Handlungsmuster KRITISIEREN zugeordnet werden kann: Einen Hinweis darauf stellt bereits das zögerlich-wiederholende Sprechen „DAS war (-) das=das war“ sowie die Betonung des abschwächenden Adverbs „LEICHT“ in ihrem zusammenfassenden Satz dar, mit dem sie Herrn L.s ersten Ansatz zu einer Erwiderung in Beleg 11 unterbricht. Ihre folgende an den Arzt gerichtete, anakoluthafte, sich entschuldigende bzw. rechtfertigende Reaktion auf Herrn L.s Einwand ist eingeleitet durch das höflich-widersprechende Oxymoron „=ja=nee;“. Sie zeigt, dass es nicht in Frau B.s Absicht lag, Herrn L. persönlich zu kritisieren oder für die Situation verantwortlich zu machen, sondern dass sie ihn nicht als möglichen Adressaten bedacht hat, so dass ihre Äußerung in Beleg 11 als eine „Mehrfachadressierung mit gemeintem und nicht-bedachtem Adressaten“ (Kühn 1995 : 111)²⁷⁸ einzustufen ist, bei der Arzt B als gemeinter Adressat anzusehen ist. Um die Gesprächssituation zu entschärfen bzw. weitere Konflikte zu vermeiden, steigt Frau B. aus ihrem ursprünglichen Plan aus, kommt in dem sich anschließenden adversativen Satz auf die aktuelle, positive Situation zu sprechen und knüpft so an ihren Ausgangspunkt in Beleg 11 an: Sie betont, dass ihre Schwägerin stabil ist, seit „sie wusste“, dass Arzt B ihr fester Ansprechpartner sein würde. Durch das in Form einer Retraktion ergänzte Adverb *konstant* unterstreicht Frau B. die aus ihrer Sicht fundamentale Bedeutung dieses Behandlungsaspekts für den Zustand der Patientin.

Die Reaktion von Arzt B zeigt, dass er den Konflikt zwischen Frau B. und Herrn L. wahrnimmt: Er beginnt seinen Redebeitrag mit der beschwichtigend wirkenden und oft zur Beendigung eines Themas eingesetzten Partikel *gut*.²⁷⁹ Im weiteren Verlauf seines

²⁷⁶ Vgl. zur kausalen Funktion von lokalen Präpositionen Zifonun et al. (1997 : 2149-2154; hier: 2153).

²⁷⁷ Vgl. den Eintrag zu *halt* im Kapitel „Einige exemplarische Interpretationen abtönender Verwendung von Partikeln“ in der „Systematische[n] Grammatik“ in grammis, dem grammatischen Informationssystem des Instituts für Deutsche Sprache im Internet: http://hypermedia.ids-mannheim.de/pls/public/sysgram.ansicht?v_typ=d&v_id=2841 (zuletzt geprüft am 01.11.2008).

²⁷⁸ Zum Konzept der Mehrfachadressierung siehe ausführlich Kapitel 3.2.2.1.3.

²⁷⁹ Vgl. hierzu Willkop (1988 : 146, 149).

relativ langen, nur durch Rückmeldesignale Frau B.s unterbrochenen Beitrags will er zwischen beiden vermitteln und wieder eine entspannte Atmosphäre herstellen: So spricht er zwar lediglich Frau B. explizit an, aber Herr L. ist implizit mitgemeinter Adressat seiner Äußerung; so können das abtönende „vielleicht“ und die Wahl des relativ zurückgenommenen Verbs *erwähnen*²⁸⁰ im folgenden Satz als einschränkend-abmildernd verstanden werden: „[gut das ist vielleicht] auch noch mal gut <<lächelnd> dass sie das erwähnt haben>=“. Auf diese Weise vollzieht Arzt B gegenüber Frau B. eine Zustimmung, gegenüber Herrn L. signalisiert er gleichzeitig Verständnis für dessen Einwand. Auch auf paraverbaler Ebene, d.h. im lächelnden Aussprechen des Nebensatzes, drückt sich der zweifachadressierte, vermittelnde Charakter der Äußerung aus; es hat die Funktion, ein ‚Wir-Gefühl‘ zwischen den Beteiligten herzustellen.

Anschließend stellt Arzt B einen Bezug zur aktuellen Situation her. Mit dem persönlich formulierten „das is auch mein=mein anliegen“ signalisiert er Frau B., dass er ihr zustimmt.

Der sich anakoluthaft anschließende Satz: „=ich mein ich bin ja jetzt schwerpunktmäßig in bad soden= ((...)) =aber wie gesagt ich biete ja meine sprechstunde an un=und sie können auch gerne weiter zu mir kommen“ kann als Reaktion des Arztes auf eine mögliche in Frau B.s früherer Äußerung: „und der geht WEG“ implizit mitgemeinte Befürchtung in Bezug auf die gegenwärtige Situation gesehen werden: Der Arzt macht die Analogie zwischen der vergangenen und der aktuellen Situation explizit, indem er anspricht, dass er nicht mehr am Klinikstandort Kiedrich – wo die Patientin im Wohnheim ist – tätig ist, sondern in Bad Soden.²⁸¹ Das abschwächende, adverbiale „schwerpunktmäßig“ und der sich anschließende Adversativsatz mit dem positiv-verstärkenden Attribut *gerne* haben dabei beruhigend-entlastende Funktion – sowohl im Hinblick auf Frau B. als auch auf die ebenfalls anwesende und daher mit dem Anredepronomen *Sie* zumindest implizit mitgemeinte Patientin. Zugleich drückt sich in diesem Satz aus, dass der Arzt Frau B.s Anliegen bzw. ihre Befürchtungen ernst nimmt und sie als kritisch-gleichberechtigte Gesprächspartnerin ansieht.

Im abschließenden, zusammenfassenden Satz: „das is ja auch gut dass der herr l. sich dann auch so (.) das so besprochen hat dass wir das dann auch aufrechterhalten können [für die zukunft;]“ wird die simultane Mehr-

²⁸⁰ Die Bedeutung des Verbes *erwähnen* wird im Duden-Universalwörterbuch (2001 : 492) mit „[beiläufig] nennen, kurz von etw. sprechen“ angegeben. Im Vergleich zur ebenfalls an dieser Stelle denkbaren Alternative „ansprechen“, dessen Bedeutung mit „zur Sprache bringen, behandeln“ oder „sich in einer bestimmten Angelegenheit an jmdn. wenden“ (Duden-Universalwörterbuch 2001 : 148) angegeben wird, ist es also deutlich zurückgenommener.

²⁸¹ Für Hintergrundinformationen zu Klinik und Wohnheim vgl. Kapitel 7.1.

fachadressierung an Frau B. und Herrn L. der ärztlichen Äußerung explizit; der Hinweis auf den Einsatz des Heimmitarbeiters hat eindeutig eine nicht nur gesichtswahrende, sondern auch gesichtswiederherstellende bzw. -aufwertende Wirkung.²⁸²

Während Arzt B noch spricht, fällt ihm Frau B. ins Wort und leitet die dritte Phase der Kritik ein, die im Insistieren auf der Kritik besteht:

Beleg 13: (G2, Z. 317-323)

Frau B.: [ja denn das is] wirklich in meinem interesse **des=da**
hatten wir ma en bisschen probleme mit=

Herr L.: =ja: [()]

Arzt A: [okay;]

Frau B.: **JEde veränderung-=**

Herr L.: =hm=hm=

Frau B.: **=is immer wieder problematisch.**

Frau B. begrüßt hier mit der bestätigenden Antwortpartikel und dem durch *denn* eingeleiteten Kausalsatz ausdrücklich die Äußerung des Arztes. Die Tatsache, dass sie Arzt B nicht ausreden lässt, sowie auf lexikalischer Ebene die Verwendung des modalen Satzadverbials *wirklich* und der begründende anakoluthhafte Umstieg im zweiten Teil ihres ersten Redebeitrags: „des=da hatten wir ma en bisschen probleme mit“ bringen die Wichtigkeit zum Ausdruck, die Frau B. ihrer Kritik bzw. ihrem Anliegen beimisst. Arzt B hat offensichtlich mit seiner ‚vergegenwärtigenden‘, d.h. einen Bezug zur aktuellen Situation herstellenden Reaktion den implizit mitgemeinten Kern von Frau B.s Äußerung in Beleg 11 erfasst. Neben INFORMIEREN und KRITISIEREN scheint ein weiteres, ihrer Äußerung implizit zugrunde liegendes Handlungsmuster EINE BEFÜRCHTUNG ÄUSSERN zu sein, wodurch sich ein fließender Übergang zur übergeordneten Strategie „Eigene Befindlichkeiten thematisieren“ ergibt.

Dieser Aspekt tritt im sich anschließenden Satz in den Vordergrund. Das attributive „en bisschen“ schwächt bereits den Handlungsaspekt des KRITISIERENS der Aussage ab, mit gesichtswahrender Wirkung bezüglich Herrn L.s. Der sich anschließende, nur von Herrn L.s zustimmendem Rückmeldesignal unterbrochenen Redebeitrag legt den Fokus durch das in die Zukunft weisende temporale Attribut „immer wieder“ stärker auf Frau B.s Befürchtung einer erneuten, möglichen Verschlechterung des Zustands ihrer Schwägerin durch die gegenwärtige Situation.

Die unpersönliche, allgemein gültige, ohne Gesichtsverlust von allen Gesprächsteilnehmern annehmbare Aussage dient zudem dazu, eine erneute Konfliktsituation – diesmal zwischen Frau B. und Arzt B – zu vermeiden.

²⁸² Vgl. die Ausführungen zur sog. „redressive action“ bei Brown / Levinson (1978/2006 : 69f.).

So leitet diese Äußerung über zur vierten, abschließenden Phase der Sequenz. Diese besteht in einer von den drei beteiligten Teilnehmern gemeinsam konstituierten Konsensherstellung:

Beleg 14: (G2, Z. 324-335)

Arzt B: okay; das heißt sie merken schon dass dieses strukturierende um(.)gebung dass die sehr hilfreich ist [sowohl was die ärztliche betreuung betrifft und auch äh die wohnsituation]
 Frau B.: [dass die ganz wichtig is dass die WICHTig is für ihren gesundheitszustand]
 Herr L.: verlässlichkeit: t==
 Frau B.: =ja.=
 Herr L.: =kontinuität: t==
 Frau B.: =ja.
 Arzt B: okay, (---) gut und sie legen da auch immer wert dass die medikamente genau [weitergegeben werden da ham wir ja auch]

Arzt B leitet mit seiner Reaktion den Abschluss der Sequenz ein und bringt einen Perspektivenwechsel in das Gespräch ein: Die Redeeinleitung: „okay; das heißt“ kündigt seine abschließende, zusammenfassende Darstellung an. Mit der direkten Ansprache Frau B.s: „sie merken schon dass“ lenkt der Arzt die Aufmerksamkeit der Schwägerin auf den positiven Effekt, den die „strukturierende um(.)gebung“ auf den Zustand der Patientin hat. Er bezeichnet die Situation mit dem verstärkenden Adverb *sehr* als *hilfreich* und weist so implizit darauf hin, dass die Patientin seit längerem stabil ist, was bereits zu Beginn des Gesprächs thematisiert wurde.²⁸³ Damit verkehrt Arzt B die Perspektive, die Frau B. in ihrer Kritik eingenommen hatte, ins Positive; die Formulierung erlaubt es ihm, den Sachverhalt so darzustellen, dass Frau B. gar nicht anders kann, als ihm zuzustimmen – was sie auch umgehend tut, ohne abzuwarten, dass der Arzt seinen Beitrag beendet. Während Frau B. ihm schon beipflichtet, präzisiert der Arzt noch die angesprochene Umgebung, indem er mit dem hervorhebenden, zweiteiligen Konjunktiv „sowohl (...) und auch“ neben dem Aspekt der medizinischen Behandlung die Unterbringung der Patientin im Wohnheim als positiv betont. Wie bereits seine vorangegangenen Redebeiträge ist auch diese Äußerung des Arztes mehrfach adressiert: Der zuerst genannte Aspekt, „die ärztliche betreuung“, ist hauptsächlich an Frau B. gerichtet, der zweite Aspekt der „wohnsituation“ richtet sich primär an den Heimmitarbeiter. Arzt B signalisiert so erneut Verständnis für Frau B.s Befürchtung, beruhigt sie gleichzeitig und sendet gesichtsaufwertende

²⁸³ Vgl. G2, Z. 47 und 58f.

Signale an Herrn L. Durch den Perspektivenwechsel wird die résuméhafte Äußerung des Arztes konsensfähig, d.h. sowohl Frau B. als auch Herr L. können der Aussage ohne Gesichtsverlust zustimmen.

Im Anschluss verfestigt sich der vom Arzt initiierte Konsens in der Interaktion zwischen Herrn L. und Frau B.: Der Heimmitarbeiter zählt die beiden Schlüsselbegriffe²⁸⁴ „verlässlichkeit“ und „kontinuität“ auf und zeigt Frau B. so, dass er ihr Anliegen versteht und „weiß, worauf es ankommt“. – Sie pflichtet ihm beide Male ausdrücklich bei; die Tatsache, dass die Redebeiträge der beiden jeweils fugenlos aneinander anschließen, drückt die hohe Übereinstimmung beider aus und deutet auf ihre Absicht hin, den zuvor entstandenen Konflikt zu beenden. Arzt B nimmt daraufhin die Gesprächsführung wieder an sich und leitet – nachdem keiner der anderen während seiner abwartenden Pause nach dem redeeinleitenden „okay“ das Wort ergreift – zum nächsten Thema über.

Ingesamt zeigt dieses Beispiel, wie mit der mehrdimensionalen Kritik bzw. Äußerung einer Befürchtung von Angehörigen von ärztlicher Seite konstruktiv umgegangen werden kann: Obwohl Frau B. nur eine vergangene Situation explizit angesprochen hat, nimmt der Arzt die implizit mitgemeinte Befürchtung bezüglich der gegenwärtigen Situation wahr, greift diese auf und reagiert beruhigend-entlastend.

Grundsätzlich ließe sich an dieser Stelle fragen, ob die Kritik der Schwägerin berechtigt ist bzw. welche Chancen bestehen, eine ähnliche Situation in Zukunft auszuschließen: Der Fakt, dass Ärzte selbst erkranken oder den Arbeitsplatz wechseln, lässt sich von niemandem beeinflussen – der Einwand von Herrn L. erscheint daher durchaus berechtigt. Allerdings lässt sich beeinflussen (und somit auch kritisieren), wie Ärzte und Pflegepersonal bzw. Wohnheimmitarbeiter kommunikativ mit einer solchen Veränderung umgehen.

So kann das *strukturierende* Element der *ärztlichen Betreuung* und der *Wohnsituation* im Wohnheim auch in dieser Hinsicht *hilfreiche* Möglichkeiten bieten, indem beispielsweise bereits bei Bekanntwerden von künftigen Veränderungen die Patienten und ihre Angehörigen aktiv informiert werden, so dass sie weiterhin das Gefühl der Strukturiertheit und Verlässlichkeit empfinden, sich auf die Veränderung einstellen können und sich nicht einer unsicheren, nicht kontrollierbaren und dadurch Stress aufbauenden Situation gegenüber sehen. Die beruhigende und entlastende Wirkung einer solchen, von Ärzten und/oder anderen beteiligten Gesundheitsprofessionellen initiierten, ‚präventiven‘ Kommunikation konnte die Analyse dieses Gesprächsausschnitts belegen.

²⁸⁴ Vgl. hierzu Geideck et al. (Hrsgg.) (2003), Nothdurft (1996).

Beispiel 8

Während sich die Kritik der Angehörigen in den vorgangegangenen Beispielen jeweils auf konkrete Situationen der individuellen Therapie ihres kranken Familienmitglieds bezieht, geht es im vorliegenden Beispiel aus dem Gespräch (G5) zwischen Arzt C und Frau S., Mutter des 25-jährigen Patienten René S., um eine übergeordnete Ebene der Schizophreniebehandlung von Jugendlichen im Allgemeinen und ihrem Sohn im Besonderen.

Das Gespräch findet kurz vor dem Umzug des Patienten vom Elternhaus in ein Wohnheim für psychische Kranke statt, was die Mutter veranlasst, die generell fehlende Ausrichtung dieser Einrichtungen auf psychisch erkrankte Jugendliche zu kritisieren:

Beleg 15: (G5, Z. 113-154)

Frau S.: hm=hm. (.) ja. (-) ja, jedenfalls äh haben wir uns gestern schon das wohnheim angeschaut und zwar ist da die leiterin, frau l. die hat uns gestern empfangen.

Arzt C: hm=hm

Frau S.: und wir sind schon mal in dem haus, äh wir haben praktisch uns einen termin geben lassen, (-) bei der leiterin und haben uns das haus schon angeschaut. und da hat sich der rené (.) ein zimmer aussuchen dürfen (--) äh und was er gerne möchte, das find ich sehr schön. das haus ist auch eine SEHR sehr schöne moderne EINrichtung und vor allen dingen (.) ein (.) mal ein fortschritt für psychisch kranke **denn es gibt ja, sagen wir mal, GRADE hier in der nähe von (.) kelkheim oder bad soden (-) eher so was äh KAUM,=**

Arzt C: =hm=hm=

Frau S.: =außer dass jetzt hier die einrichtung ist die äh (-) vorhanden ist und, äh sagen wir mal, die tagesklinik und äh die ambulante äh=äh hilfe für psychisch kranke. aber das ist hier (-) jetzt in der nähe das nächste WOHNHEIM, was jetzt auch ganz neu gebaut wurde und da sind WIR auch (.) als eltern sehr glücklich und gestern war noch ein weiterer (-) patient dort, also, der dort auch in dem wohnheim platz finden wird;=

Arzt C: =hm=hm=

((Sprung von 18 Sekunden))

Frau S.: ((...)) der ist auch noch nicht so alt. nur, ein junger mensch freut sich ja doch wenn er praktisch schon mal den sprung vom elternhaus schaffen kann, was natürlich sehr schwierig

ist weil er nicht belastbar ist; so was kann NUR vermehrt
über solche äh WOHNheime oder [übergangswohnheime]

Arzt C: [()]

Frau S.: passieren. **die sind bisher VIEL zu wenig für psychisch
kranke da. auch, (-) sagen wir mal, rehas (.) gibt es VIEL
zu wenig für JUGendliche. ich meine, selbst in der
TAGESstätte sind überwiegend (-) ältere; und sind absolut
NICHT die altersgruppe unseres sohnes vorHANDen.=**

Arzt C: =hm=hm=

Frau S.: **=und das find ich, ist eine absolute lücke.**

Frau S. führt zu Beginn des Belegs ihre Antwort auf die kurz zuvor gestellte ärztliche Frage zum Umzug des Patienten in ein Wohnheim²⁸⁵ fort. Ihre optimistische, hohe Erwartungshaltung in Bezug auf die Behandlung ihres Sohnes bzw. den Umgang mit ihm im Heim drückt sich an mehreren Stellen ihrer Äußerung aus: im anaphorisch-wertenden Satz „das find ich sehr schön“, außerdem im sich anschließenden Satz in der Wahl der Adjektive *schön* und *modern*, die in Kombination mit dem wiederholten Adverb *sehr* die positiv-wertende Formulierung „eine sehr sehr schöne moderne einrichtung“ doppelt verstärken. Die durch das attributive „vor allen dingen“ hervorgehobene Bezeichnung des Wohnheims als „fortschritt“ ist zugleich ein Hinweis auf ihre sich anschließende Kritik am Mangel bzw. der fehlenden geographischen Verbreitung solcher Einrichtungen.

Frau S. formuliert diese Kritik in zwei Schritten.²⁸⁶ Im ersten Schritt drückt sie sie – recht vorsichtig – in Form eines mit „denn“ eingeleiteten Kausalsatzes aus: „denn es gibt ja, sagen wir mal, GRADE hier in der nähe von (.) kelkheim oder bad soden (-) eher so was äh KAUM,=“. Mit der Abtönungspartikel *ja* macht Frau S. deutlich, dass sie den angesprochenen Sachverhalt als mit dem Arzt geteiltes Wissen ansieht.²⁸⁷

Die Zurückgenommenheit ihrer Kritik drückt sich zum einen in der für Frau S. typischen floskelhaften Parenthese: „sagen wir mal“ aus: Sie äußert sie immer dann, wenn sie auf der Suche nach einer treffenden Formulierung ist, insgesamt neun Mal während ihres Gesprächs mit Arzt C.²⁸⁸ Im vorliegenden Fall relativiert die Parenthese zudem den Verbindlichkeitsstatus²⁸⁹ der folgenden Aussage bzw. „modalisiert das noch gar nicht geäußerte Rhema im Voraus“ durch ihre Positionierung „zwischen thematischer und rhema-

²⁸⁵ Siehe G5, Z. 88-89: „=hm; was sagt er denn dazu dass es demnächst jetzt anstehen wird mit dem umzug?“

²⁸⁶ Im oben angeführten Transkriptauszug sind die beiden Schritte blau markiert.

²⁸⁷ Vgl. Zifonun et al. (1997 : 1220).

²⁸⁸ Siehe G5, Z. 52, 68, 124, 128, 149, 165, 264, 272 und 459.

²⁸⁹ Der Begriff *Verbindlichkeitsstatus* wird in dieser Arbeit in Anlehnung an Zifonun et al. (1997) gebraucht.

tischer Information“ (Stoltenburg 2007 : 172). Zum anderen grenzen folgende Phänomene in der sich anschließenden weitergeführten Satzkonstruktion ihre Kritik ein bzw. schwächen diese ab: die akzentuiert-einschränkende Lokalangabe: „GRADE hier“, die Wahl der beiden abschwächenden Ausdrücke *eher* und *kaum* und nicht zuletzt die Sprechpausen, die den Formulierungsvorgang verlangsamen. Stoltenburg hält in diesem Zusammenhang fest, dass Parenthesen nicht ausschließlich bei „echte[n] Wortfindungsschwierigkeiten“ eingesetzt werden:

„Es kann z.B. auch sein, dass die Sprecherin oder der Sprecher eine möglicherweise gesichtsbedrohende Äußerung beabsichtigt, dabei aber eine Sanktionierung durch den Interaktionspartner befürchtet.“
(Stoltenburg 2007 : 170).

Im folgenden, mit „außer dass“ eingeleiteten Restriktivsatz schränkt Frau S. ihre Kritik ein, um damit einer möglichen „Sanktionierung“ durch Arzt C zu entgehen: „hier die einrichtung ist die äh (-) vorhanden ist“, denn auch wenn das St. Valentinushaus selbst kein Wohnheim für psychisch kranke Jugendliche ist, scheint Frau S. zu befürchten, dass Arzt C ‚seine‘ Einrichtung als „so was“ ansehen könnte. In dem mittels Umstieg angeschlossenen Relativsatz ergänzt sie zwei Angebote des St. Valentinushauses, die die Einschränkung ihrer bisherigen Kritik (auf inhaltlicher Ebene) verstärken: die „tagesklinik“ und die „ambulante äh=äh hilfe“.

Nach diesem gesichtswiederherstellenden Part nimmt Frau S. allerdings erneut Anlauf zur Kritik: „aber das ist hier (-) jetzt in der nähe das nächste WOHNHEIM, was jetzt auch ganz neu gebaut wurde“. In dem mit „aber“ eingeleiteten Adversativsatz macht sie durch die akzentuierte Betonung des Wortes ‚Wohnheim‘ deutlich, dass sich ihre Kritik auf den Mangel an dieser Form institutioneller Einrichtungen bezieht, nicht an psychiatrischen Krankenhäusern wie dem St. Valentinushaus und deren Angeboten. Der Relativsatz hat dabei präzisierende und die zuvor (wenn auch vorsichtig) geäußerte Kritik unterstreichende Funktion.

Mit der durch „und“ nahtlos angeschlossenen Bewertung der Unterbringung ihres Sohnes im zuvor beschriebenen Wohnheim: „da sind WIR auch (.) als eltern sehr glücklich“ äußert Renés Mutter explizit ihre eigene Befindlichkeit. Sie verweist damit indirekt auf die (nicht nur) emotionalen Belastungen, die für sie und ihren Mann in der Vergangenheit durch die häuslich-familiäre Betreuung ihres kranken Sohnes bzw. durch die in ihren Augen unzureichende professionelle Betreuungssituation psychisch Kranker entstanden sind.

Diese Stelle zeigt sehr deutlich, dass die Einflussnahme auf die Therapie des Patienten auf der einen Seite und deren Auswirkung auf die eigene Befindlichkeit bzw. die Befriedigung eigener Bedürfnisse auf der anderen Seite bei den pflegenden Ange-

hörigen eines psychisch Kranken oft sehr nah beieinander liegen bzw. miteinander verschränkt sind. – In diesem Fall manifestiert sich dies auch in Frau S.s Erzählweise: Die Äußerung zu ihrer eigenen Befindlichkeit fügt sich bruchlos in die umgebende Schilderung bezüglich der Behandlung ihres Sohnes ein; sozusagen im selben Atemzug führt Frau S. mit dem anschließenden „und“ ihren Bericht der Besichtigung des Wohnheims fort, indem sie recht ausführlich von einem künftigen Mitbewohner ihres Sohnes erzählt (G5, Z. 132-138).

Die diesen Part ihres Turns abschließende Feststellung: „der ist auch noch nicht so alt.“ bringt Frau S. wieder auf ihren Kritikpunkt zu sprechen – zunächst mit folgender, als ‚allgemeiner Wahrheit‘ formulierter Aussage: „nur, ein junger mensch freut sich ja doch wenn er praktisch schon mal den sprung vom elternhaus schaffen kann,“. *nur* ist hier in seiner Funktion als fokussierender Konjunktoren eingesetzt:

„Ein auf diese Weise scheinbar ‚moderat‘ und kooperativ eingeführtes Argument wird vergleichsweise stark gewichtet und soll den weiteren Argumentationsgang entscheidend bestimmen. Der Sprecher kann zunächst dem Argumentationspartner entgegenkommen, platziert aber den für ihn relevanten Gesichtspunkt um so nachhaltiger.“
Zifonun et al. (1997 : 2421f.)

Die Kombination aus der Abtönungspartikel *ja* und dem adverbial-verstärkenden *doch* unterstützt dabei den ‚kooperativen‘ bzw. Arzt C ‚entgegenkommenden‘ Charakter der Assertion, indem sie diese als gemeinsames Wissen kennzeichnen. Gleiches gilt für die beiden sich anschließenden Teile des Satzgefüges, den adverbialen Relativsatz und die mit *weil* angeschlossene Begründung: „was natürlich sehr schwierig ist weil er nicht belastbar ist;“. Hier ist es das verstärkende Adverb *natürlich*, mit dem Frau S. ihre Aussage als mit Arzt C geteiltes Wissen markiert. Nach dieser ‚Grundsteinlegung‘ formuliert Frau S. ihre (subjektive) theoretisch-methodische These zur Therapie jugendlicher psychisch Kranker: „so was kann NUR vermehrt über solche äh WOHNheime oder [übergangswohnheime] ((...)) passieren.“²⁹⁰ Die Funktion des vorausgegangenen komplexen Satzgefüges, den sich anschließenden zweiten Teil ihrer Kritik „nachhaltiger“ zu positionieren, wird hier unterstützt von dem betont ausgesprochenen restriktiven *nur*.

Nach diesem Auftakt formuliert Frau S. ihre Kritik nun deutlich offensiver als im „ersten Anlauf“: „die sind bisher VIEL zu wenig für psychisch kranke da. auch, (-) sagen wir mal, rehas (.) gibt es VIEL zu wenig für JUGendliche.“ Zwar

²⁹⁰ Bei dieser und allen folgenden Auslassungen in den Transkriptziten dieses Beispiels handelt es sich jeweils um kurze Hörsignale von Arzt C („hm=hm“), auf deren Darstellung in den einzelnen Analyseschritten zugunsten einer besseren Leserlichkeit der Äußerungen von Frau S. verzichtet wurde.

weist ihre Formulierung die für sie typischen Unsicherheitsmarkierungen Parenthese und Sprechpausen auf; die Wiederholung der betonten, quantifizierenden Bewertung *viel zu wenig* drückt jedoch sehr klar und bestimmt ihre Kritik aus. Im zweiten, mit dem additiven *auch* eingeleiteten Satz präzisiert Frau S., dass es ihr nicht um diese Institutionen im Allgemeinen, sondern speziell um Angebote „für Jugendliche“ geht. In der folgenden, mit dem Matrixsatz: „ich meine“ eingeleiteten Begründung führt Frau S. ihre deutliche Kritikformulierung fort: Sie revidiert (zumindest teilweise) das zuvor formulierte gesichtswahrende bzw. -aufwertende „Herausnehmen des Adressaten aus der Kritik“ (Schwitalla 1987 : 135): „ich meine, selbst in der TAGESstätte sind überwiegend (-) ältere; und sind absolut NICHT die altersgruppe unseres sohnes vorHANDen. ((...)) und das find ich, ist eine absolute lücke.“ Die moderate Formulierung von den *überwiegend älteren* Patienten in der Tagesstätte wird zum einen bereits durch die die kritische Haltung verstärkende Gradpartikel *selbst* ‚überstimmt‘ sowie zum anderen in den beiden folgenden Äußerungsteilen durch die Betonung der Negationspartikel *nicht* im syntaktisch kontaminierten Konjunkt und durch die wiederholende Wortwahl von *absolut* (zunächst als Adverb, dann als Adjektiv).

Direkt im Anschluss an diese Kritik der psychiatrischen Versorgung erkrankter Jugendlicher geht Frau S. noch einen Schritt weiter, indem sie ihre Kritik zu einer grundlegenden Institutionenkritik der maßgeblich an Sozialisation und Erziehung von Jugendlichen beteiligten gesellschaftlichen Instanzen – Schule und Familie („zu HAU:se“, „elternhaus“) – *ausweitet*:²⁹¹

Beleg 16: (G5, Z. 154-183)

Frau S.: es müsste wirklich, GRADE f=viele jugendliche äh=äh probleme schon von der schule aus (-) her äh bringen;=

Arzt C: =hm=hm=

Frau S.: =oder von zu HAU:se, man weiß es nicht. viele jugendliche kommen in der pubertät. den(en) gehts da eher viel schlechter, die können diese puberTÄT alleine irgendWIE, ohne äh psycho-therapeutische oder psychiatrische hilfe NICHT äh in die reihe bekommen. und GRADE für unsere jugendlichen müssen wir drum KÄmpfen, dass äh denen MEHR geholfen wird. weil auch in (.) **es MÜSSTE schon in den schu:len, sagen wir mal, auch SOzialarbeiter vermehrt geben, die den jugendlichen mit rat und tat zur äh seite stehen=**

Arzt C: =hm=hm=

²⁹¹ Zur Bedeutung bzw. den Aufgaben und dem Einfluss von Schule und Familie auf die Persönlichkeitsentwicklung siehe zusammenfassend Hurrelmann (2002).

Frau S.: =weil äh die LEHrer das bei solchen VIELzahl von schülern, (-) weil es sind ja auch, die SCHULen ja auch, werden ja eher ABgebaut, statt e:her belassen; und es gibt heute ganz große viele große klassen und DAher rührt das. der lehrer hat nicht mehr den äh (-) einfluss auf den (.) einzelnen schüler. und die schüler können IHre proBLEme eher nicht Anbringen=

Arzt C: =hm=hm=

Frau S.: =und äh **im elternhaus (.) bleibt auch zu wenig zeit;** äh ja; obwohl sich die eltern zwar bemühen. ich mein, wir haben uns auch immer bemüht, dass wir unseren kindern gute partner (.) sind. also, ich hab ja noch einen zweiten sohn.

Arzt C: ja, ich weiß.=

Frau S.: =gell; der is=

Arzt C: =der ist auch irgendwo, ne, (-) in ner einrichtung?

Während Frau S. die Kritik an der Institution Wohnheim eindeutig als ihre persönliche Meinung durch die beiden Matrixsätze: „ich meine“ und „finde ich“ gekennzeichnet hat, wechselt sie nun erneut zu unpersönlichen Formulierungen: „es müsste“, „man weiß es nicht“ und „viele jugendliche“. Dies erlaubt ihr, die zuvor subjektiv formulierte Kritik an der Sprachoberfläche auf ein mehr sachlich-objektives Niveau von allgemeiner Relevanz zu heben. Allerdings zeigt bereits der Ausstieg in ihrer Formulierung: „viele jugendliche kommen in der pubertät. den(en) gehts da eher viel schlechter,“²⁹² dass Frau S. weit von einer entemotionalisierten, sachlich-generalisierenden Haltung zu diesem Thema entfernt ist, wie sich u.a. in der Wortwahl des ausdrucksstarken, bildhaften Verbes ‚kämpfen‘ in ihrer Forderung: „und GRADE für unsere jugendlichen müssen wir drum KÄmpfen, dass äh denen MEHR geholfen wird“ sehr deutlich zeigt. Der Gebrauch des *wir* drückt Frau S.s Betroffenheit und ihre eigene Involviertheit aus – wobei sich nicht eindeutig festlegen lässt, wen genau sie mit diesem *wir* (noch) anspricht: Aufgrund der „vergleichsweise undeutliche[n] Konturen“ (Weinrich 2005 : 101), die dieses Personalpronomen an dieser Stelle mit dem Indefinitpronomen *man* gemein hat, wäre es denkbar, dass Frau S. es hier exklusiv gebraucht, also z.B. lediglich ihren bereits früher mit angesprochenen Mann wieder einbezieht; jedoch erscheint auch eine inkludierende Verwendung, die ihr Gegenüber, Arzt C, mit einschließt, plausibel.²⁹³ In diesem Fall würde es sich um einen Arzt C gerichteten ‚Solidaritätsaufruf‘ bzw. – mehr noch – ein indirektes UM HILFE BITTEN handeln:

²⁹² Die Pubertät als (eine der) Ursache(n) für Schizophrenie ist häufig Bestandteil subjektiver Theorien von Angehörigen; vgl. Rutow-Turski (2002 : 195).

²⁹³ Die Begriffe ‚inklusiv‘ und ‚exklusiv‘ werden im Sinne von Gallmann (2005 : 271) verwendet.

„By including H thus in his practical reasoning, and assuming reflexivity (H wants S's wants), H is thereby led to see the reasonableness of S's FTA (or so S hopes). In other words, giving reasons is a way of implying [...] 'you can help me', and, assuming cooperation, a way of showing what help is needed [...].“ Brown / Levinson (1978/2006 : 128)

Dieses, mögliche Formen der Unterstützung aufzeigende „reasoning“ führt Frau S. auf der generellen Ebene der Schulorganisation fort, bis sie auf den zweiten problematischen Punkt: „=und äh im elternhaus (.) bleibt auch zu wenig zeit; äh ja; obwohl sich die eltern zwar bemühen.“ zu sprechen kommt. An dieser Stelle bricht Frau S. ihren allgemein formulierten Satz ab und wechselt erneut in den personalen Erzählstil: „ich mein, wir haben uns auch immer bemüht, dass wir unseren kindern gute partner (.) sind. also, ich hab ja noch einen zweiten sohn.“ Diese Äußerung gewinnt vor dem Hintergrund, dass bis zum Ausbruch von Renés Krankheit in Familie S. beide Elternteile vollzeit gearbeitet haben²⁹⁴ und Frau S. ‚erst‘ seit bzw. aufgrund der Erkrankung ihres Sohnes zuhause ist, eine den Rechtfertigungscharakter verstärkende Qualität.

Insgesamt lässt sich dieser Part von Frau S.s Redebeitrag als Teil ihrer subjektiven Theorie über die Ursachen der Schizophrenie ihres Sohnes²⁹⁵ und als (eher mehr als weniger direkte) ‚Suche nach einem Schuldigen‘ für Renés Erkrankung interpretieren, was sich im Konjunkt: „und DAher rührt das“ ausdrückt: Mit der Suche nach einer Erklärung für die Erkrankung geht auch die Frage nach der eigenen Schuld einher – und dies nicht nur mit der Bitte um Hilfe, wie Brown / Levinson es formulieren, sondern auch mit der Bitte um einen ‚Freispruch‘ von möglicher eigener Schuld.²⁹⁶ Wie in Beleg 20 sind auch hier die Grenzen zwischen dem Bestreben, die Therapie des Patienten zu beeinflussen, und der Bewältigung der eigenen (innerlich-emotionalen und äußerlich-organisatorischen) Situation fließend: Nicht nur die fürsorglich-besorgte Mutter spricht mit Arzt C, sondern auch eine von der Krankheit selbst tief betroffene und verunsicherte Frau.

Arzt C nimmt in seiner unmittelbaren Reaktion lediglich auf den letzten Satz: „also, ich hab ja noch einen zweiten sohn.“ des rund 3,5 Minuten dauernden Redebeitrags von Frau S. Bezug: „ja, ich weiß.= ((...)) =der ist auch irgendwo, ne, (-) in ner einrichtung?“. Er geht hier in keiner Weise auf die Kritik der Mutter ein,

²⁹⁴ Vgl. die Angaben zu den einzelnen Fällen in Kapitel 7.2.2.5.

²⁹⁵ Als weitere Ursache sieht Frau S. die Drogen an, die ihr Sohn als 16-Jähriger eingenommen hat. Vgl. G5, Z. 380-384.

²⁹⁶ Vgl. zur Angst der Eltern von Schizophreniepatienten, „in der Erziehung versagt zu haben“ Asani et al. (2007 : 188). Rund ein Fünftel der 32 von Schmid et al. (2007) befragten Angehörigen psychisch Kranker – mehrheitlich Eltern – leidet unter Schuldgefühlen: „Insbesondere die Frage der Krankheitsentstehung ist für viele Angehörige mit Schuldgefühlen behaftet, sie fühlen sich als Mitverursacher der Erkrankung [...].“ Schmid et al. (2007 : 37).

sondern greift lediglich ihre Bemerkung zu ihrem zweiten Sohn auf. Diese Reaktionsweise ist ein Beispiel für eine patientenzentrierte Gesprächsführung (wenn an dieser Stelle auch nicht direkt auf den eigenen Patienten bezogen). Diese Sichtweise von Arzt C kommt an mehreren Stellen des Gesprächs zum Ausdruck: Dem Umzug Renés in das neue Wohnheim und dessen Umgang mit dieser stressinduzierenden und damit den Krankheitszustand möglicherweise negativ beeinflussenden Situation gilt das Hauptaugenmerk bzw. die vordringliche Sorge von Arzt C. Im Laufe des Gesprächs mit Frau S. kommt er zwei Mal darauf zurück: das erste Mal rund sieben Minuten später (G5, Z. 321-333) und erneut weitere knapp vier Minuten später (G5, Z. 413-429).

Im Hinblick auf die oben aufgezeigte indirekte Bitte um Hilfe bzw. den Ausdruck (vergangener) organisatorischer und (noch immer bestehender) emotionaler Not könnte Frau S. diese fragende Reaktion aufgrund ihres Charakters einer Unterstellung und des Vergewisserungssignals „ne,“ im schlimmsten Fall als indirekte Bestätigung oder Verstärkung ihres Schuldgefühls interpretieren, etwa in der Paraphrase: „Bei Ihrem zweiten Sohn haben Sie auch versagt, so dass er psychisch krank geworden ist, nicht wahr?“.

Als alternative Reaktionen wäre zum einen die der tatsächlich realisierten recht nahe kommende, jedoch neutraler formulierte Frage: „Wie geht es Ihrem zweiten Sohn denn?“ denkbar. Zum anderen wäre auch eine angehörigenzentrierte Perspektive möglich, indem Arzt C beispielsweise explizit auf die von Frau S. angesprochene Situation „im elternhaus“ eingeht, um sie zu entlasten. Arzt C könnte Frau S. ggf. auch explizit gegen neue Schuldgefühle in der Zukunft wappnen, indem er ihr beispielsweise den Tipp gibt, nicht allzu große Hoffnungen in das Wohnheim zu setzen, was eine Besserung von Renés Zustand angeht.

Beispiel 9

Im Gespräch zwischen Ehepaar K. und Arzt B stellt sich diese Kritik unter sequenziellem Aspekt als sehr komplex dar: Frau K., die Mutter von Patient Karsten K., veranlasst mit ihrer Frage nach den „medikamenteneinstellungen“²⁹⁷ Arzt B zu einer längeren Antwort, in der er erläutert, dass die neuroleptische Behandlung notwendig sei, da Karsten nicht nur an Zwangsnerven leide, sondern „immer auch wahnhaftes symptome hat; .h die dinge dann auch äh verzerrt wahrnimmt und da muss man schon antipsychotisch auch behandeln“ und dass derzeit eine Umstellung der Neuroleptika versucht werde.²⁹⁸ Darauf reagiert Herr K. wie folgt:

²⁹⁷ Vgl. G4, Z. 255-258.

²⁹⁸ Vgl. G4, Z. 264-278.

Beleg 17: (G4, Z. 274-286)

Herr K.: =und ohne medikamente geht GAR nichts. meinen se, dass man da ma--

Arzt B: =nee also das=davon bin ich also an sich schon überzeugt= also das is ja schon=man muss ja schon sagen es is ne psychotische erkrankung=

Herr K.: =ja=

Arzt B: =und ähm wenn man die medikamente ABsetzt .h dann wirds eher SCHLIMMER.

Herr K.: hm=hm.

Arzt B: dann dann sind halt die sozusagen die=die verkennung der realität die wird dann möglicherweise stärker äh=im zum=zum vorschein kommen.=man muss halt immer kompromisse machen. das muss man sagen.

Herr K. unterbricht die Erläuterungen von Arzt B zunächst mit der äußeren Form eines Aussagesatzes: „=und ohne medikamente geht GAR nichts.“ Auf den ersten (und rein auf die propositionale Ebene ausgerichteten) Blick mag diese Äußerung als Ausdruck der Übereinstimmung mit dem vorangegangenen Turn des Arztes erscheinen. Allerdings fällt bei genauerer Betrachtung (bzw. beim zweiten Hinhören) die Gradpartikel *gar* in ihrer intonatorischen Akzentuierung auf, die eine die Negation verstärkende Funktion hat und die Aussage auf eine extreme Position zuspitzt. Dies lässt bereits vermuten, dass Herr K. den Arzt nicht nur unterbrochen hat, um eine bloße Feststellung oder *gar* seine Zustimmung zur Behandlungssituation seines kranken Sohnes zu äußern. Dieser Eindruck verstärkt sich in der direkt angeschlossenen Frage (bzw. dem Beginn einer Frage) nach der Meinung von Arzt B: „meinen se, dass man da ma--“: Vielmehr scheint es sich bei der Äußerung des Vaters um eine Dissens und / oder Skepsis ausdrückende Mitteilung zu handeln und, darauf aufbauend, den Ansatz zu einem Vorschlag, die Medikamente des Patienten zu reduzieren oder ganz abzusetzen.

Herr K. kommt jedoch nicht dazu, seine Frage zu Ende zu bringen: Arzt B fällt ihm mit der dezidiert widersprechend-ablehnenden Antwortpartikel „nee“ ins Wort. Er unterbricht seine mit „also das“ begonnene erklärende Schlussfolgerung durch die Parenthese: „=davon bin ich also an sich schon überzeugt=“, in der er nach Spranz-Fogasy (1986/2005 : 26-27) eine sog. (persönliche) „Gegeneinschätzung“ der therapeutischen Notwendigkeit der Medikamente liefert und gleichzeitig seine folgende Äußerung im Voraus kommentiert und bewertet.²⁹⁹

²⁹⁹ Zu dieser Funktion von Parenthesen vgl. ausführlich Stoltenburg (2007 : 172).

Anschließend greift er die von Herrn K. begonnene Satzkonstruktion mit dem unpersönlichen *man* auf, indem er von seinem ursprünglich begonnenen Plan „also das is ja schon=“ auf die Formulierung „man muss ja schon sagen es is ne psychotische erkrankung=“ umsteigt.³⁰⁰

An diese thematische Reformulierung³⁰¹ – d.h. die Erkrankung des Sohnes – schließt der Arzt in Form eines Konditionalgefüges den rhematischen Teil der Erläuterung bzw. Begründung für seinen Widerspruch an, die Folgen einer medikamentösen ‚Nichtbehandlung‘ der Erkrankung: „=und ähm wenn man die medikamente ABsetzt .h dann wirlds eher SCHLIMMER.“ Das zusammenfassend-bewertende Adjektiv *schlimmer* wird im Folgenden präzisiert. Die grammatisch-syntaktische Inkongruenz innerhalb der Formulierung: „dann sind halt die sozusagen die=die verkennung der realität“ kann dem Wechsel von einer eventuell ursprünglich geplanten Wiederholung des Terminus *psychotischen Symptome* o.Ä. auf eine alltagssprachliche Formulierung geschuldet sein, die auf eine bessere Verständlichkeit zielt.

Arzt B beendet seinen Turn mit einer „Bekräftigung“ (Spranz-Fogasy 1986/ 2005 : 32) seines Widerspruchs: „=man muss halt immer kompromisse machen. das muss man sagen.“ In dem ersten der beiden Sätze scheint das unpersönliche Pronomen *man* anders semantisch besetzt zu sein als im zweiten – im Unterschied zu dem, was Weingarten (1994 : 129) für die Wissenschaftssprache festhält, ist *man* hier kein semantisch weitgehend leerer Platzhalter für Akteure. Vielmehr scheint es sich im ersten Satz um ein ‚inkludierendes‘ *man* zu handeln, das die Eltern von Patient Karsten mit einbezieht, während es sich in den anderen Fällen jeweils um das typisch objektivierend-unpersönliche bzw. anonymisierende³⁰² *man* der Wissenschaftssprache zu handeln scheint.

Durch die Verwendung des Personalpronomens in dieser wissenschaftssprachlichen Funktion stellt Arzt B den Sachverhalt von Karstens „psychotische[r] erkrankung“ als objektivierbare, allgemein anerkannte und ‚wahre‘ Tatsache dar – nicht als eine Frage seiner bloß subjektiven Einschätzung. Damit verleiht er seinem Widerspruch größeres inhaltliches Gewicht.

Im Hinblick auf die Imagearbeit in diesem Turn lässt sich festhalten, dass Arzt B zwar einerseits durch die drei weiter oben dargestellten sprachlichen Ausdrucksmittel – subjektive Bewertung, distanziert-objektive Feststellung; Gebrauch alltagssprachlicher Begriffe – an der sprachlichen Oberfläche (zunächst) auf die durch die Frage Herrn K.s

³⁰⁰ Siehe die ausführlicheren Erläuterungen zu Konstruktionen mit *man muss* in Beispiel 6.

³⁰¹ Vgl. die oben zitierte Antwort von Arzt B auf die ‚Initialfrage‘ der Mutter nach der Medikamenteneinstellung.

³⁰² Hahn (1983 : 113f.)

vorgegebene Ebene begibt.³⁰³ Dies und der einschränkende attributive Ausdruck *an sich* in seiner Gegeneinschätzung können als Bemühen um eine Abmilderung seines inhaltlichen Widerspruchs gewertet werden.

Andererseits untermauert er am Ende seines Turns mit dem Einsatz des wissenschaftssprachlich gebrauchten, unpersönlichen Pronomens *man* seine Position als Experte. Die anakoluthhafte Konstruktion des gesamten Redebeitrags von Arzt B kann in diesem Zusammenhang als Ausdruck der Überraschung – und eventuell sogar des (professionellen) Unverständnisses – über die Frage bzw. den mutmaßlichen Vorschlag des Vaters zur Medikamentenabsetzung gewertet werden, d.h. als eine durch und durch von professionellem psychiatrischen Denken bestimmte Haltung.

Diese Positionierung von Arzt B als professionell ausgebildeter Psychiatrie-Experte scheint (zumindest) bei Frau K. zunächst das Bedürfnis einer Art ‚Gegenpositionierung‘ als lebensweltlich erfahrene Psychiatrie-Expertin auszulösen, wie sich in ihrer Reaktion auf den Redebeitrag des Arztes zeigt:

Beleg 18: (G4, Z. 287-301)

Frau K.: es is halt SO:=äh irgendwo, er war ja bisher immer von kindheit auf immer normal entwickelt. er hat sich immer normal weiterentwickelt und es ha=es is auch ne=ne gewisse intelLigenz DAGewesen.=inwieweit das jetzt mittlerweile verkÜMMERT is, kann ich net sagen;=also sein verhalten hat sich schon total verändert=

Arzt B: =hm=hm=

Frau K.: =äh es ist net mehr unser () gekannt hat .hh ähm aber ich sag nur (.) **da kann man halt medikamentös auch wie gesagt äh hat das EINfluss oder=oder kann man?=-**

Arzt B: =ja gut ich denke das is halt dass es net noch <<lächelnd> schlimmer wird> sozusagen;=das heißt also schon dass diese psychotischen symptome dass die nicht so im vordergund stehen.=und ich denk das würd ich auch SAGen. s sind ja eher (.) ähm ja verhaltensprobleme die er hat. ((...))

Abgesehen von der Positionierung als Expertin für die erfahrungsgeleitete Einschätzung des Zustands ihres Sohnes³⁰⁴ zeigt die Reaktion Frau K.s, dass sie den Widerspruch des Arztes auf die Äußerung ihres Mannes bzw. die Bewältigung dieses

³⁰³ Herr K. hatte ja mit der Formulierung „meinen se“ ausdrücklich nach der persönlichen Einschätzung des Arztes gefragt.

³⁰⁴ In der Formulierung: „es is auch ne=ne gewisse intelLigenz DAGewesen.=inwieweit das jetzt mittlerweile verkÜMMERT is, kann ich net sagen;“ bringt Frau K. zum Ausdruck, dass sie nicht für sich in Anspruch nimmt, als Kognitionswissenschaftlerin o.Ä. zu gelten, sondern ihr Wissen aus der Beobachtung bzw. ihrer Erfahrung als Angehörige schöpft, über eine sog. *epistemische Autorität* verfügt; vgl. Stresing (2008 : 99).

Widerspruchs nicht uneingeschränkt ratifiziert. Dies kündigt sich im vorliegenden Beleg in den formelhaften Ausdrücken: „es is halt SO:=“ und „aber ich sag nur“ sowie der anakoluthhaften, aber expliziten Frage: „da kann man halt medikamentös auch wie gesagt äh hat das EINfluss oder=oder kann man?“.

Allerdings bleibt diese (zumindest teilweise) Ratifikationsverweigerung zunächst auf diese Formulierungen mit eher andeutendem Charakter beschränkt. Arzt B bringt das Gespräch auf die von Frau K. angesprochenen Verhaltensstörungen des Sohnes³⁰⁵ und erhält in der Folge zustimmende Reaktionen besonders vom Vater, was auf eine Ratifikation seiner ablehnenden Haltung zur Medikamentenreduktion hindeuten könnte.

Insgesamt ist für die bisher in den Belegen dieses Beispiels betrachteten Redebeiträge von Arzt B festzuhalten, dass der Arzt ausschließlich Grund und Folgen seiner Haltung auf einem allgemeinen, oberflächlichen Niveau als Argumente anführt; jedoch nicht die (biochemische) Wirkweise der – von Vater und Mutter offenbar skeptisch beurteilten – eingesetzten Psychopharmaka bzw. deren Zusammenspiel erläutert.

18 Minuten später im Gespräch (bzw. 476 Zeilen weiter im Transkript) sind die Medikamente als Therapiebestandteil bzw. die Änderung der Medikation erneut Gegenstand der Diskussion.³⁰⁶ Wieder ist es Frau K., die das Thema – dieses Mal in Form einer „active resistance“ (Stivers 2006 : 288) – anspricht; ihr Mann schaltet sich dann unterstützend ein bzw. übernimmt die Argumentationsführung³⁰⁷ gegenüber dem Arzt:

Beleg 19: (G4, Z. 787-808)

Frau K.: [und da hab ich natür]lich mein problem ja immer mit den medikamenten. **ich WEISS er braucht se aber so versÜche; das is für mich immer so ne horrorvorstellung.=**

Arzt B: =hm=hm, na gut also wir würden sicherlich keine medikament äh ihm geben die jetzt nich=nich äh=äh erprobt und gebräuchlich sind. also wenn würde es [nur=würden wir natürlich nur]

Frau K.: [das is mir AUCH klar]

³⁰⁵ Ob Frau K. und Arzt B hier allerdings auf dasselbe Phänomen rekurren oder ob hier eine Art „Wissenstransformation“ in Anlehnung an Liebert (2002) vorliegt, würde eine eigene, ausführliche Untersuchung erfordern und kann daher an dieser Stelle nicht geklärt werden. Vgl. auch Mabeck / Olesen (1997).

³⁰⁶ Im Anschluss an die – von Elternseite aus kritikreiche – Diskussion um Krankenhausaufenthalte als geeignetes Therapiemittel für Karsten. Siehe die ausführliche Besprechung dieses Transkriptabschnitts in Beispiel 6.

³⁰⁷ Der Begriff der Argumentation bzw. des *Argumentierens* wird in der vorliegenden Arbeit in Anlehnung an Stresing (2008 : 101) gebraucht:

„Unter Argumentation bzw. argumentativen Verfahren sollen hier nicht theoretisch gefasste Konzepte aus Logik oder verstanden werden. Es geht vielmehr um alltagssprachliche Argumentationen, die in ihrer Erscheinungsform stark von rhetorischen Argumentationsmustern abweichen können, da sie den streng formallogischen Anforderungen nicht genügen und daher oft unvollständig wirken [...]“

Vgl. auch Mans (2001) und Spranz-Fogasy (2003).

Arzt B: medikamente äh=äh verwenden die halt=also würden=würden
keine experImente mit ihm machen. das is=wobei man natürlich
nie weiß was n medikament ob=ob man ne verbesserung damit
erzielen kann.=

Herr K.: =ja das is mehrfach schon versucht worden. das hat auch NIE
was gebracht. [= (also);]

Arzt B: [okay:.]

Frau K.: [so isses;]=ja. ich hab==

Herr K.: =was der alles schon gekriegt hat und dann wieder abgesetzt;
also.=

Frau K.: =hm=hm=

Herr K.: =()

Arzt B: okay:. noch eine frage, wie kommen sie denn selber klar?
(...)

In diesem Transkriptabschnitt zeigt sich, dass sich die zumindest in Ansätzen erkennbare Verweigerung einer Ratifikation des ärztlichen Festhaltens an der medikamentösen Behandlung Karstens bzw. der mutmaßliche Vorschlag des Vaters zu Beginn von Beleg 17 im Verlauf des Gesprächs zur Kritik ausdehnt. Die beiden Ehepartner konstituieren diese Kritik interaktiv; beide ratifizieren den oben besprochenen Widerspruch des Arztes nicht in vollem Umfang.

Die Formulierung Frau K.s zu Beginn des Belegs: „[und da hab ich natür]lich mein problem ja immer mit den medikamenten.“ lässt darauf schließen, dass sie ihre skeptisch-ablehnende Position gegenüber den Medikamenten als von allen Gesprächsbeteiligten geteilten, gemeinsamen Wissensbestand ansieht; dies drückt sich in der Verwendung der adverbialen Ausdrücke „natürlich“ und „ja immer“ aus. Durch die Konstruktion in der ersten Person Singular macht Frau K. ebenfalls deutlich, dass sie die medikamentöse Behandlung ihres Sohnes auch für sich selbst als belastend ansieht: Ihre Einflussnahme auf die Therapie ist verschränkt mit eigenen, emotionalen Vorbehalten bzw. Belastungen, wie im sich anschließenden Satz, der das angesprochene „problem“ konkretisiert, explizit zum Ausdruck kommt: Im ersten Schritt ratifiziert Frau K. die Psychopharmakotherapie ihres Sohnes auf kognitiver Ebene: „ich WEISS er braucht se“; im zweiten Schritt schränkt sie ihre Zustimmung durch den Adversativsatz auf emotionaler Ebene ein: „aber so verSüche; das is für mich immer so ne horrorvorstellung.“

Die als Beruhigung intendierte Reaktion von Arzt B auf diese Äußerung schlägt offensichtlich fehl bzw. geht an den Bedürfnissen der Mutter vorbei, was in ihrem eingeschobenen Kommentar: „das ist mir AUCH klar“ deutlich wird. Der Arzt scheint die mütterlichen Bedenken bzw. den von ihr verwendeten Ausdruck der Medikamen-

ten-„verSUche“ auf einer anderen, grundlegenden Ebene zu interpretieren als dies von Frau K. gemeint war.

Seine gesamte Äußerung lässt neben dem Versuch der Beruhigung bzw. emotionalen Entlastung ein weiteres Handlungsziel erkennen, nämlich das der juristischen Absicherung. Die Konzessivkonstruktion: „wobei man natürlich nie weiß was n medikament ob=ob man ne verbesserung damit erzielen kann.“ kann als Realisierung der ärztlichen Maxime: „Mache keine Versprechen (von denen du nicht weißt, ob du sie halten kannst)!“ angesehen werden.

Die Aufgabe der ursprünglichen geplanten syntaktischen Konstruktion zugunsten der Formulierungsweise mit dem positiver besetzten Wort „verbesserung“ (im Gegensatz zu einer möglichen Komplettierung des Ursprungsplans: „was ein Medikament bewirkt / auslöst / anrichtet“) ruft allerdings ebenfalls nicht die vermutlich intendierte elterliche Zustimmung hervor.

Im Gegenteil: Der Begriff ist für Herrn K. das Stichwort, um Arzt B zu unterbrechen. Er lehnt hier ganz explizit die Ratifikation der Haltung des Arztes ab und kritisiert die medikamentöse Behandlung seines Sohnes: „=ja das is mehrfach schon versucht worden. das hat auch NIE was gebracht.“ Diese Äußerung kann als Begründung bzw. den Beweggrund für die in Beleg 17 gestellte Frage nach dem Absetzen der Medikamente angesehen werden. Im Unterschied zu seiner Frau stellt Herr K. die Berechtigung bzw. Angemessenheit der Pharmakotherapie des Sohnes auf sachlich-funktionaler, ‚patientenorientierter‘ Ebene in Frage. Die Kritik ist dabei argumentativ analog zur Kritik des im Gespräch unmittelbar zuvor thematisierten bzw. kritisierten Therapiebaustein ‚Krankenhausaufenthalt‘ begründet:³⁰⁸ Mehrere, verschiedene therapeutische ‚Einheiten‘ konnten keine (zumindest keine von ihm und seiner Frau beobachtbare) Zustandsbesserung bewirken. Wie ernst es Herrn K. mit seiner Kritik ist, drückt sich nicht zuletzt in dem konklusiven *also* am Ende seines Redebeitrags aus, das nach Willkop (1988 : 137) als Korrekturanweisung an Arzt B zu sehen ist, d.h. als Aufforderung, die Konsequenzen aus dem Gesagten zu ziehen und Herrn K.s Meinung zu übernehmen.

Anders als der Umgang von Arzt B mit der zuvor vorgebrachten Kritik der Eltern an den Klinikaufhalten des Patienten es vermuten ließe, ist seine Reaktion ein Beispiel ärztlich-paternalistischer Gesprächsführung *par excellence*: Er geht in keiner Weise auf die Kritik Herrn K.s ein, leitet mit einer der Orientierungsfragen vielmehr einen abrupten Themenwechsel ein: „okay:. noch eine frage, wie kommen sie denn selber

³⁰⁸ Vgl. Beispiel 6.

klar?³⁰⁹ Dies ist umso verwunderlicher, als gerade die unmittelbar vorangehenden Äußerungen des Vaters eher professionell argumentierenden, nicht mit eigenen Belastungen verschränkten Charakter haben und dem Arzt damit ein (zumindest oberflächliches) Eingehen bzw. Reagieren ‚leichter‘ machen als die emotionale Argumentationsweise der Mutter, auf die Arzt B – wenn auch nicht gerade erfolgreich – eingegangen war.

Anlässlich dieser Belege lässt sich an dieser Stelle des Gesprächs bzw. Transkripts fragen, ob Arzt B den Eltern von Patient Karsten K. ausreichende, sachliche Informationen (nicht nur im vorliegenden Gespräch, sondern auch zuvor) bietet: Auch wenn es sich nicht um ein Erstgespräch zwischen den Beteiligten handelt und Karsten schon seit über zehn Jahren an Schizophrenie leidet, scheinen die Eltern kein genaues Wissen darüber zu haben, wie die Medikamente im Körper wirken, was genau Neuroleptika sind und wie sie einer „psychotische[n] Erkrankung“ entgegenwirken.

Eine vorstellbare, partnerschaftlich-kritische Reaktion des Arztes auf die Kritik des Ehepaares wäre z.B. das (vereinfachende, auf den Wissensstand der Eltern eingehendes) Erklären der biochemischen Wirkungsweise der Medikamente. Auch ein Eingehen auf den vom Vater genannten Aspekt, dass die bisherigen Versuche der medikamentösen Einstellung des Patienten nichts gebracht hätten, wäre denkbar und wünschenswert (als Antwort auf die implizit in der Kritik anklingende Frage: Woran liegt das?). Auch eine Erläuterung der Unterscheidung zwischen Behandlungsmitteln und -methoden für Karstens Zwangsstörungen auf der einen Seite und seine Wahnvorstellungen auf der anderen Seite könnte der Arzt deutlicher hervorheben, da die Eltern, v.a. die Mutter, diese beiden Krankheitsbilder nicht klar voneinander zu unterscheiden scheinen. So wäre die explizite Information darüber denkbar, dass es nicht **ein** Medikament für alles gibt, sondern **unterschiedliche** Wirkstoffe für die unterschiedlichen Erkrankungsbestandteile nötig sind.

Beispiel 10

Die zur Behandlung eingesetzten Medikamente,³¹⁰ ihre Wirkungsweise und ihre Nebenwirkungen sind – wie die vorangegangene Analyse gezeigt hat – in den Katamnesegesprächen Gegenstand der Redebeiträge der Angehörigen und Anlass zu Kritik.

Im Gespräch mit Frau P. stellt Arzt D die Orientierungsfrage, ob der Zustand ihres Mannes, Patient Rüdiger P., wesentlich anders als vor dem Klinikaufenthalt sei. In diesem Zusammenhang kritisiert Frau P., dass die Medikation, die Rüdiger seit seiner

³⁰⁹ Deutlicher Unterschied zu den ärztlichen Vorgehensweisen, die Stivers (2006) beschreibt: keine Ratifikation der Behandlung durch die Angehörigen ‚um jeden Preis‘.

³¹⁰ Besonders die Neuroleptika, vgl. Kapitel 4.2.5.

Entlassung bekommt, nicht so effektiv gegen seine Ängste und Wahnvorstellungen wirkt wie die Medikamente, die er während der stationären Behandlung erhalten hat:

Beleg 20: (G8, Z. 78-98)

Frau P.: mh=mh. (-) durch die medikamente (-) also die medikamente die er HIER bekommen hat, diese ganz STARKen, wo er diese nebenwirkungen hatte=-

Arzt D: =ja?=-

Frau P.: =DIE (-) DA hat er anders reagiert. DA war er ruhig, da war er (.) auch äh- (--) der hat=die gedanken sind verdrängt worden. ja, da ist er KAUM mehr auf dieses thema gekommen=

Arzt D: =hm=hm=

Frau P.: =aber jetzt durch die NEUen medikamente, verspür ich überhaupt keine veränderung mehr;=

Arzt D: =hm=hm=

Frau P.: =das ist genau so wie vorher.

Arzt D: gut, ähm wir hatten ja (2.1) auch gesagt dass die medikation, die hier statio:n=äh: (die er) stationär bekommen hat, dass es sozusagen (-) ähm jetzt nicht so (.) optimal ist für (.) für draußen; und dass wir natürlich jetzt (-) versuchen werden ihn anders medikamentös einzustellen, auf n medikament, was längerfristig=äh was er längerfristig nehmen muss (.) was längerfristig aber weniger (-) nebenwirkungen äh macht (.) als das was er hier in der klinik jetzt bekommen hat.=

Zu Beginn des Belegs führt Frau P. in einem ersten Schritt zu ihrer eigentlichen Kritik hin, indem sie zunächst die positiven antipsychotischen Effekte der stationären Medikation beschreibt³¹¹ – eingeleitet mit der kausal verwendeten Präpositionalkonstruktion „durch die medikamente“ und der mit *also* angebotenen Präzisierung bzw. Verdeutlichung, dass es um die in der Klinik („HIER“) verabreichte Medikation geht. Ihre Darstellung ist jedoch bereits in diesem Schritt nicht einseitig positiv; Frau P. macht deutlich, dass es durchaus negative Aspekte der stationären Medikation gab, etwa in dem eingeschobenen Relativsatz: „wo er diese nebenwirkungen hatte=-“ und in der akzentuierten Verwendung des konzessiven Adverbs „KAUM“. Damit erfüllt dieser Teil ihres Redebeitrags eine die folgende eigentliche Kritik vorbereitende Funktion: Zum einen kann sie so den Höflichkeitsmodus ihrer Aussage modulieren und den Arzt so auf der Beziehungsebene auf die folgende Kritik vorbereiten (sie vermeidet so, ihn sozusagen „in falscher Sicherheit zu wiegen“); zum anderen erlaubt ihr die syntak-

³¹¹ Einsatz einer Höflichkeitsstrategie zur Wahrung des Gesichts des Arztes; vgl. Harris (2003).

tische Anordnung ihrer Äußerung, auch auf inhaltlicher Ebene ihren ‚Angriffspunkt‘ hervorzuheben oder/und zu projizieren.

In einem zweiten Schritt leitet Frau P. mit dem adversativen „aber jetzt“ ihre Kritik an der Ineffizienz der aktuellen, ambulanten Medikation ein, die „überhaupt keine Veränderung mehr“ bewirkt. Nicht nur auf lexikalischer Ebene – durch das die Negationspartikel *keine* verstärkende Adverb *überhaupt* – wirkt die Kritik sehr massiv: Die zu ihrer vorangegangenen Formulierung parallele Konstruktion mit dem kausal verwendeten *durch* und die Betonung des Adjektivs „NEUen“, das gleichsam als Gegenpart zum ebenfalls betonten „HIER“ in der Beschreibung der stationären Medikation steht, verstärkt die Kritik auf grammatisch-formaler Ebene. Schließlich trägt auch die Wahl der persönlich-empathischen Ausdrucksweise („verspür ich“) auf emotionaler Ebene zum Eindruck großer Entschiedenheit und Ernsthaftigkeit der Kritik bei: Die Wahl dieses Verbs, das gewöhnlich der Darstellung einer sinnlichen Wahrnehmung dient und innere bzw. psychische Vorgänge beschreibt, drückt die große Empathie³¹² Frau P.s gegenüber ihrem Mann sowie darüber hinaus ihr starkes (Mit-)Betroffensein und ihre Belastung durch das Miterleben seiner Krankheit aus.

Die Reaktion von Arzt D lässt den Schluss zu, dass er von der Entschiedenheit und Intensität der Kritik überrascht ist, mehr noch: weit davon entfernt ist, sie überhaupt zu akzeptieren oder Verständnis zu signalisieren. Dies zeigt sich in der Kombination aus reedeinleitender und Verzögerungspartikel „gut, ähm“ zu Beginn seines Turns sowie dem zögernden, von mehreren, längeren Pausen geprägten Sprechen. Er nimmt eine die medikamentöse Umstellung rechtfertigende bzw. verteidigende Haltung ein.

Zunächst kennzeichnet er mit der Formulierung: „wir hatten ja (2.1) auch gesagt dass“ die folgende Argumentation erstens durch das inkludierend wirkende *wir* als von Frau P. und ihm gemeinsam getroffene Entscheidung sowie zweitens durch die Partikelkombination *ja auch* als von beiden Gesprächsteilnehmern geteilten Wissensbestand, womit Frau P.s Kritik a priori als unangemessen qualifiziert wird.³¹³

Arzt D rechtfertigt die Medikamentenumstellung über mehrere Turns hinweg mit zwei Argumenten. Das erste ist das im obigen Beleg dokumentierte Argument der

³¹² Anregende Ausführungen zu einem umfassenden Konzept von Empathie bietet Hermanns (2007a). Er weist hier z.B. auch darauf hin, dass die – besonders in der ethnomethodologischen Gesprächsanalyse vernachlässigten, da als nicht intersubjektiv nachvollziehbar ‚verpönten‘ – inneren Vorgänge beim (sprachlichen) Handeln nicht nur psychologischer Natur sind, sondern eine tatsächliche, vom ‚empathischen‘ Menschen (mit) zu spürende neurobiologische Verankerung haben (und zwar in den sog. *Spiegelneuronen*; vgl. Hermanns 2007a): Ich kann also – grob vereinfachend gesagt – nicht nur die Effekte einer Handlung meines Gegenübers von außen beobachten, sondern auch die Intentionen seiner Handlung innerlich ‚spüren‘.

³¹³ Selbst wenn Arzt D das *wir* in diesem Fall nicht inkludierend meinte, sondern in seiner wissenschaftssprachlichen Funktion als nicht eindeutig referenzfixierendes Pronomen verwendete, bliebe die Kritik abweisende Wirkung der Formulierung (wenn auch in etwas abgeschwächter Form) aufgrund der Kennzeichnung des geäußerten Sachverhalts als gemeinsamer Wissensbestand bestehen.

„Situationsangemessenheit“ der Medikation: „dass die medikation, die hier stationär bekommen hat, dass es sozusagen (-) ähm jetzt nicht so (.) optimal ist für (.) für draußen“. Dieses Argument wird im mit „und“ angeschlossenen *dass*-Satz begründet,³¹⁴ der durch *natürlich* und *versuchen* die Kritik abweisende Haltung des Arztes unterstreicht. Inhaltlich gliedert Arzt D seine Begründung mit einer der (biomedizinischen) Expertenperspektive entsprechenden Priorisierung der einzelnen Elemente: Der aus ärztlicher Sicht (in Bezug auf die Compliance des Patienten) vordringliche und bedeutsamere Aspekt der Dauer der Medikamenteneinnahme („n medikament, was längerfristig=äh was er längerfristig nehmen muss“) wird zuerst genannt, erst danach führt Arzt D den Aspekt der Nebenwirkungen an („was längerfristig aber weniger (-) nebenwirkungen äh macht“), der aus Frau P.s Perspektive der relevantere / interessantere sein dürfte, zumal sie diesen Punkt in der Hinführung zu ihrer Kritik bereits selbst angesprochen hat.³¹⁵

Frau P. unterbricht die Ausführung von Arzt D mit einer Frage zu einem der aktuellen Medikamente³¹⁶ und bringt ihren Gesprächspartner damit (ob beabsichtigt oder unbewusst) erneut dazu, eine rechtfertigende Position einzunehmen:

Beleg 21: (G8, Z. 99-107)

Frau P.: =hm=hm. wie sieht denn das überhaupt aus mit den Tavor?

(-) weil er da jetzt doch drei stück am tag nimmt; ist das noch okay, vertretbar? oder,

Arzt D: ja, das mit dem tavor, das ist natürlich sagen wir mal äh (.) auch ne sache, die man jetzt über längere zeit nicht tolerieren (-) würde. aber das ist ja jetzt (-) in dem zustand, wie er sich jetzt befindet (.) wo man überlegt ob man nicht ähm (ihn) noch mal aufnimmt, ist das, denke ich, schon vertretbar; gell? (2.8) ((...))

In diesem Beitrag des Arztes kommt – entgegen dem Eindruck, den er in seinem vorhergehenden Redebeitrag vermittelt – zum Ausdruck, dass die Kritik von Frau P. wohl doch nicht ganz unangemessen erscheint. Dies drückt sich in der Verwendung der additiven Partikel *auch* aus: „das ist natürlich sagen wir mal äh (.) auch ne sache, die man jetzt über längere zeit nicht tolerieren (-) würde.“. Arzt D räumt hier ein, dass es noch andere Aspekte gibt, die nicht akzeptabel sind –

³¹⁴ Zur kausalen Bedeutung von *dass*-Konstruktionen in Gesprächen siehe Gohl (2006).

³¹⁵ Zur Verwendung des Begriffs *längerfristig* siehe auch die Erläuterungen zu Beispiel 11, Beleg 27.

³¹⁶ Für Erläuterungen zu diesem Medikament siehe Kapitel A5.3 im Anhang.

z.B. den von Frau P. kritisierten Umstand, dass die derzeitige Medikation nicht zu einer Besserung des Zustands ihres Mannes beiträgt, wie oben beschrieben wurde.

Das formelhafte Sprechen, die Unterbrechungen, die überwiegend unpersönlichen bzw. indirekten Konstruktionen machen das Unbehagen deutlich, mit dem der Arzt hier diese Konzession an seine Gesprächspartnerin macht. Zudem folgt direkt in einem Adversativsatz die Verteidigung der hohen Dosierung des Tranquilizer, die (bezeichnenderweise) mit einer persönlich formulierten, auf Zustimmung ausgelegte Feststellung endet: „aber das ist ja jetzt (--) [...] ist das, denke ich, schon vertretbar; gell?“

Nachdem eine Reaktion von Frau P. ausbleibt (siehe die Pause von 2,8 Sekunden in Beleg 21), formuliert Arzt D direkt im Anschluss und ergänzend zum oben Besprochenen das zweite Argument seiner Rechtfertigungshandlung:

Beleg 22: (G8, Z. 107-122)

Arzt D: [...] aber noch zu dem anderen medikament was er in der klinik hatte- so=so GANZ zufrieden (.) waren wir ja AUCH mit dem zustand nicht; und sie ja an und für sich AUCH nicht. da war er zwar (-) RUhig, aber dann hatten sie auch schon geklagt (.) er ist affektIV äh (.) für sie nicht mehr zu erREIchen und äh=

Frau P.: =er war halt äh ziemlich (.) DOWN sag ich mal, also ziemlich ruhIG. äh wie gesagt also der gesichtsausdruck war halt immer der gleiche- da war überhaupt keine REgung drin; **aber er hat in DER zeit als er die genommen hat** (.) das war ja ned lang=

Arzt D: =hm=hm=

Frau P.: =glaub ich ne woche oder was, (-) [war er WIRklich]

Arzt D: [ja, vierzehn tage ja.]

Frau P.: **es kam KAUM (.) dieses thema auf;=**

Arzt D: =hm=hm=

Obwohl Frau P. in der Hinführung zu ihrer Kritik deutlich gemacht hatte, dass sie die vorige, stationäre Medikation bzw. die damit verbundenen Nebenwirkungen nicht ungebrochen positiv bewertet (und daher nicht unbedingt eine Rückkehr zu dieser Variante anstrebt), greift Arzt D genau diesen Aspekt für seine Rechtfertigung auf. Er positioniert sich hier wie bereits zuvor als Experte und grenzt sich (noch) deutlich(er) von Frau P. ab, indem er klar zwischen dem institutionellen Expertenteam (exkludierendes *wir*) auf der einen Seite und Frau P. als nicht der Institution angehörenden Person („*sie*“) unterscheidet. Auch der Einsatz der fachsprachlichen Ausdrucksweise mit dem Terminus *affektiv* in der Redewiedergabe: „aber dann hatten sie auch schon

geklagt (.) er ist affekTIV äh (.) für sie nicht mehr zu erREIchen und äh=“ trägt zur Distanzierung zwischen beiden Gesprächspartnern bei. Gleichzeitig strebt Arzt D hiermit – zumindest an der sprachlichen Oberfläche – wie schon im Zuge seines ersten Argumentationsschritts eine (zumindest teilweise) Abgabe der Verantwortung für die getroffene Entscheidung zur Medikationsumstellung an.

Frau P. unterbricht den Arzt und stimmt ihm bzw. seinem Argument zunächst zu, indem sie die fachsprachliche Wendung in ihren eigenen (alltagssprachlichen) Worten reformuliert („=er war halt äh ziemlich (.) DOWN sag ich mal, also ziemlich ruhIG.“) und präzisiert („äh wie gesagt also der gesichtsausdruck war halt immer der gleiche- da war überhaupt keine REgung drin;“).³¹⁷ Im Anschluss erneuert bzw. untermauert sie allerdings ihre in Beleg 20 vorgebrachte Kritik, indem sie auf der guten antipsychotischen Wirkung der stationär verabreichten Medikation insistiert – und zwar fast wortgleich („KAUM (.) dieses thema“).

Zudem scheint sich Frau P. gegen die für sie offenbar in der ärztlichen Formulierung: „aber dann hatten sie auch schon geklagt“ mitschwingende Andeutung zu wehren, die Medikation sei auch aufgrund ihrer *Klagen*, d.h. ihr zuliebe und in ihrem Interesse geändert worden: Indem sie die Dauer der ursprünglichen Medikation „das war ja ned lang= ((...)) =glaub ich ne woche oder was,“ als relativ kurz bezeichnet, schwächt sie indirekt gleichzeitig ihren (durch ihre Unzufriedenheit hervorgerufenen) Einfluss auf die Entscheidung zur Änderung der Pharmakotherapie ab.³¹⁸

Im weiteren Verlauf des Gesprächs thematisiert Frau P. die Angstzustände ihres Mannes und die Belastung, die diese für sie selbst darstellen,³¹⁹ sowie seine Antriebslosigkeit.³²⁰ In diesem Zusammenhang kommt Arzt D erneut auf die Medikation zu sprechen und greift damit die Kritik Frau P.s schließlich doch noch in konstruktiver Weise auf:

Beleg 23: (G8, Z. 311-332)

Arzt D: [...] wir wü=würden auch, denk ich, noch mal überlegen, ob wir ihn (nicht)=ob wir ihn noch mal stationär aufnehmen und dass (--) und **dass man ihn (-) praktisch auch mit der medikam- (-) mit der medikation die er dann zuhause kriegen soll auch hier entlässt=entlässt;** ja, er war schon relativ lange in

³¹⁷ Im Hinblick auf den Aspekt der gegenseitigen Wissensvermittlung fällt hier auf, dass Frau P. – anders als Arzt D – zur Verständnissicherung jeweils eine paraphrasierende Erläuterung ergänzt.

³¹⁸ Für diese Interpretation spricht, dass ihr Arzt D sozusagen im entgegengesetzten Bestreben ins Wort fällt und die Dauer der stationären Medikation mit vierzehn Tagen (also dem doppelt so langen Zeitraum) angibt.

³¹⁹ Vgl. G8, Z. 166-189.

³²⁰ Vgl. G8, Z. 269-303.

der klinik (.) und hat auch selbst auf entlas=entlassung gedrängt und äh insofern haben wir ihn ja dann entlassen.

Frau P.: **nur wa=was ich überhaupt nicht verstehe** (.) er war ja zuerst in schönbrunn, sechs wochen.=

Arzt D: =hm=hm=

Frau P.: =er kam nach hause als ganz normaler mensch wieder.=

Arzt D: =hm=hm=

Frau P.: =die gedanken waren komplett weg, die ängste waren komplett weg. er hat sich in der KLInik eingeSETZT. er hat also UNS eher heimgeschickt, weil er das und das vorhatte oder das und das machen musste. egal obs jetzt küchendienst war oder sonst irgendwas. er kam nach hause und war GANZ normal. (-) und dann hat es nach zwei tagen wieder angefangen.

Arzt D: na=ja, wir hatten ja schon mal==

Frau P.: **=und HIER war=ist überhaupt keine besserung gewesen als er heimgekommen ist.** [...]

Arzt D scheint hier zunächst um eine Frau P. entlastende Aussage bemüht zu sein; es lässt sich zumindest der Versuch eines Lösungsvorschlags für das von Frau P. formulierte Problem bzw. des Problems, das der Arzt wahrgenommen hat – die stationäre Umstellung des Patienten auf eine ‚ambulante‘ Medikation –, erkennen. Allerdings formuliert er sein Angebot einer Wiederaufnahme des Patienten in die Klinik und der Medikamentenumstellung recht zurückgenommen – sowohl auf inhaltlicher Ebene (durch die Formulierungen: „denke ich“ und „überlegen“) als auch auf formal-grammatischer Ebene (durch die Verwendung des restriktiven Konjunktivs). Dadurch schränkt er die Geltung seiner Aussage ein:

„Es bleibt beim restriktiven Konjunktiv in der Schwebe, ob eine Prädikation nun gilt (Affirmation: >ja<) oder nicht gilt (Negation: >nicht<).“ Weinrich (2005 : 248)

Dies passt zum Bild des allgemeinen ärztlichen Gestus, Versprechen oder andere zukunftsbezogene Assertionen zu vermeiden. Diese eher indirekt wahrzunehmende vorsichtig-zurückgenommene Haltung von Arzt D verstärkt sich in seiner direkt angeschlossenen Äußerung und schlägt um in die schon in den oben aufgeführten Belegen zu beobachtende Haltung der Rechtfertigung und (teilweisen) Abgabe der Verantwortung: „ja, er war schon relativ lange in der klinik (.) und hat auch selbst auf entlas=entlassung gedrängt und äh insofern haben wir ihn ja dann entlassen.“ Während Arzt D in seinen Formulierungen zuvor Frau P. in gewisser Weise mitverantwortlich für die Änderung der Medikation ihres Mannes gemacht hatte, erweckt er hier den Eindruck, dass er dem Patienten selbst einen Teil der Verantwortung an der derzeitigen Situation, d.h. dem verschlechterten Zustand, gibt. Nach

Holly (1979 : 64) erhält die Äußerung damit den Charakter einer Rechtfertigung, die „die negative Bewertung der eigenen Handlung“ bestreitet, indem sie die „Unschuld des Opfers“ leugnet. Die Verwendung des inhaltlich sehr starken Verbs *auf etwas drängen* – im Gegensatz zu Verben wie *um etwas bitten* – lässt die Entlassung aus dem Krankenhaus und alle daraus resultierenden Folgen als ärztlich unverschuldete Konsequenz des Patientenwillens erscheinen. Damit kommt der Äußerung gleichzeitig der Charakter einer juristischen Absicherung zu.

Frau P.s Antwort macht deutlich, dass die Aussage von Arzt D sie nicht zufrieden stellt bzw. ihr nicht hilft. Mit der einleitenden Formulierung: „nur was ich überhaupt nicht verstehe“ bzw. dem eröffnenden *nur* in Kombination mit dem verstärkend wirkenden *überhaupt* verleiht sie den folgenden Ausführungen ähnlich wie Frau S. in ihrem Gespräch mit Arzt C (G5)³²¹ nachhaltiges Gewicht.

Gleichzeitig zeigt diese Formulierung, dass es sich bereits in den vorangegangenen Belegen um mehr als ein rein patienten- bzw. therapieorientiertes KRITISIEREN der Medikation ihres Mannes handelt, sondern dass die Thematisierung seines schlechteren Zustands vielmehr auch Ausdruck ihrer eigenen Sorgen und Ängste ist. Der vorliegende Redebeitrag kann daher auch als ein indirektes, als Aussage formuliertes INFORMATIONEN ERFRAGEN bzw. UM HILFE BITTEN aufgefasst werden – worauf Arzt D offenbar bisher in einer dispräferierten und für Frau P. nicht hilfreichen Weise reagiert hat: Neben der bloßen Tatsache, dass sie das Thema ein drittes Mal anspricht,³²² markiert auch die in diesem Redebeitrag zu beobachtende größere Detailliertheit in Form mehrerer Beispiele für den vergleichsweise guten Zustand Rüdigers während seines Aufenthalts in der anderen Klinik die hohe Relevanz, die die Klärung dieses Punktes für Frau P. hat.

Die Angehörige macht hier in ihrer einleitenden Formulierung deutlich, dass sie auf der Suche nach einer Erklärung für die Geschehnisse bzw. die Entwicklung des Zustands ihres Mannes ist, um so eine Strategie zum Umgang mit und zur Bewältigung der Erkrankung entwickeln zu können. Der Arzt erkennt dies jedoch nicht – zumindest nicht in den oben aufgeführten Belegen,³²³ was sich in seinen abweisenden, die eigenen Entscheidungen rechtfertigenden und verantwortungsdelegierenden Reaktionen spiegelt. Erst in den Sequenzen, die auf den obigen Beleg folgen,³²⁴ gibt Arzt D diese

³²¹ Vgl. die Erläuterungen zu Beispiel 8, Beleg 15.

³²² Dieses Vorgehen wurde für die Arzt-Patienten-Kommunikation bereits in einer US-amerikanischen Studie aufgezeigt: „In 25 interviews in which physicians missed opportunities, half of the patients brought up the same issue a second or third time.“ Levinson et al. (2000 : 1025).

³²³ Im weiteren Verlauf des Gesprächs gibt Frau P. ihre Versuche auf, auf diese Weise Erklärungen und damit Ansätze für eine Bewältigungsstrategie von Arzt D zu erhalten. Sie setzt auf direkter formulierte (und so eher Erfolg versprechende) sprachliche Handlungen, siehe z.B. G8, Z. 390f.: „ja, sie können mir auch ned sagen wie ich mit ihm umgehen soll,“ und die Erläuterungen zu Beispiel 21.

³²⁴ Frau P. redet weiter und führt die Situation während des Klinikaufenthalts in Schönbrunn weiter aus; Arzt D unterstützt sie hierbei, indem er sie zur Schilderung weiterer Details auffordert.

Haltung auf und zeigt sich kooperativer. Das zeigt sich beispielsweise in folgendem Redebeitrag, mit dem er die Beendigungsphase des Gesprächs einleitet:

Beleg 24: (G8, Z. 437-443)

Arzt D: [hm=hm; ja=ja.] gut, aber ich denk, das kann man dann auch noch mal besprechen, wie es in den nächsten zeit, **=vielleicht wär das auch ne überlegung, wenn sie mal mir ihrer schwester ne Woche WEGfahren=oder wissen se dass sie sich so selbst=dass wir ihn dann vielleicht noch mal AUFnehmen in der zeit; oder äh in der tagesklinik. und dass wir einfach äh noch mal versuchen ihn effizienter medikamentös einzustellen.**

Es lässt sich an dieser Stelle nicht endgültig klären, ob und in welchem Maße es sich hierbei um ernst gemeinte inhaltliche Hilfsangebote³²⁵ des Arztes für Frau P. oder den mehr höflichkeitsbedingten Versuch handelt, das Gespräch mit einer ‚versöhnlichen‘ Geste zu beenden, was in der für eine autoritative Gesprächsführung charakteristischen Einleitung: „[hm=hm; ja=ja.] gut, aber ich denk, das kann man dann auch noch mal besprechen,“ anklingt.

Insgesamt lässt sich an diesem Beispiel zeigen, dass der im Bereich Allgemeinmedizin und Chirurgie in den USA von Levinson et al. (2000 : 1022) festgestellte problematische ärztliche Umgang mit sog. „emotional clues“, d.h. „clues that [are] associated with emotion, or where patients implicitly [seek] support from physicians“, in der Kommunikation zwischen Arzt und Patient auch für den ärztlichen Umgang mit solchen Hinweisen in Gesprächen mit Angehörigen zutrifft.

Im Unterschied zu den Ergebnissen der US-amerikanischen Studie lässt sich allerdings zumindest für das vorliegende Gespräch nicht bestätigen, dass der (versteckte, nur indirekt geäußerte) emotionale Aspekt den Arzt daran hindert, den Hinweis der Angehörigen aufzugreifen: Die Belege zeigen, dass Arzt D die sich in den Formulierungen Frau P.s (besonders in Beleg 23) bietenden Möglichkeiten, auf einer rein kognitiven bzw. biomedizinischen Ebene kooperativ auf sie einzugehen, nicht wahrnimmt, sondern sich vielmehr selbst auf eine emotional argumentierende Ebene begibt: Er reagiert damit lediglich auf die an der Sprachoberfläche transportierte Handlung des KRITISIERENS, gegen die er sich wehrt.

³²⁵ Inwieweit der Rat, wegzufahren, auf psychologischer und praktischer Ebene eine tatsächliche Hilfestellung für den Umgang mit einem chronischen kranken Ehemann darstellt, sei dahingestellt. In jedem Fall ist in dem Vorschlag jedoch eine positiv zu wertende Möglichkeit einer kurzfristigen Entlastung Frau P.s zu sehen.

8.1.3 Wie Angehörige Vorschläge zur Therapie des Patienten machen

Beispiel 11

Der Aspekt der medikamentösen Therapie von Schizophrenie ist für die Angehörigen nicht nur Anlass zu Kritik, sondern auch zu Vorschlägen für Therapiealternativen oder -änderungen.

So ist bereits zu Beginn des Gesprächs (G5) zwischen Arzt C und Frau S. zu beobachten, dass die Mutter von Patient René S. dieses Thema von sich aus anspricht. Auf die offen formulierte Aufforderung des Arztes: „=frau s. ja, ich wollt mich einfach mal informiern wie so der stand is so bei ihrem sohn (.) momentan.“ (G5, Z. 3-4) antwortet sie mit einem Bericht über die aktuelle Medikation ihres Sohnes und fügt folgende kritische Wertung hinzu:

Beleg 25: (G5, Z. 7-12)

Frau S.: [((...) äh (.) natürlich is es so dass er äh unter den medikamenten-]

Arzt C: [((Papierblättern ist zu hören))]

Frau S.: äh (.) doch äh schon probleme hat=das heißt dass er nicht so belastbar is;

Arzt C: hm=hm

Mit der fachsprachlich wirkenden Präpositionalphrase „unter den medikamenten-“ gibt Frau S. die Medikamente als Ursache für die geringe Belastbarkeit ihres Sohnes an und kennzeichnet diesen Umstand durch die prädikative Ergänzung „natürlich“ als mit Arzt C geteiltes Wissen.

Direkt im Anschluss an die in Beleg 25 zitierten Äußerungen stellt Frau S. den für sie deutlich ersichtlichen Zusammenhang zwischen der (Depot-)Medikation Renés und seiner geringen Belastbarkeit ausführlich dar.³²⁶ Diese Darstellung bzw. Kritik an der Medikation bzw. an den Konsequenzen und Nebenwirkungen der Medikamente kann als ein Vorbereiten ihres Vorschlags zur Änderung der Medikation betrachtet werden – an späterer Stelle kommt die Mutter erneut auf den Aspekt der geringen Belastbarkeit des Patienten zu sprechen, dieses Mal pointierter:

Beleg 26: (G5, Z. 293-313)

Frau S.: [...] aber wie gesagt, diese(s), dass er nicht belastbar ist, dass er NICH mal in eine REHA kann, das ist für mich also SCHON (--) unbefriedigend. **und da wir ja nun auch versucht**

³²⁶ Vgl. G5, Z. 28-54; sie veranschaulicht ihre Theorie anhand der Beispielerzählung, wie ihr Sohn mit der Belastung durch die Beschäftigung in der Tagesstätte zurechtkommt.

haben, ich meine, (-) wir könnten noch äh versuchen (-) mit MedikAMEnten. dass wir äh DAS versuchen.

Arzt C: ja:. da hatt ich ihnen ja schon gesagt; (das is so) man kann noch einiges ausprobieren. wir hatten ja vor dieses=ich glaub der letzte stand war dieses abilify noch mal zu ergänzen; vielleicht; (--)) dass man ihm da so ne kleine dosis dazu gibt, dass er vielleicht DAVon profitiert was so antriebsleistungen- (.) ja, reha ist aber noch ein fernziel.=

Frau S.: =hm=hm.=

Arzt C: =also, meines erachtens, ne? er war ja da (in) dieser, (--)) war das schönbrunn? ne?

Frau S.: ja; ja.=

Arzt C: =wo er da zwei=drei monate war? da ham die:=da hat er auch nicht SO viel mitgemacht und (.) na ja.

Frau S.: ja, klar. [aber er hat DANN-]

Arzt C: [die zeit wirds weisen.]

Frau S. führt hier mit dem Satzgefüge: „dass er nicht belastbar ist, dass er NICH mal in eine REHA kann, das ist für mich also SCHON (--)) unbefriedigend.“ in knapp begründender Form zu ihrem Vorschlag hin. Gleichzeitig kommt dieser Äußerung die Funktion einer ‚vorausgeschickten‘ Legitimation bzw. Validierung ihres Vorschlags zu, die sich aus der zuspitzenden Ausdrucksweise ergibt: Während Frau S. René's Zustand im vorigen Beleg noch als „nicht so belastbar“ bezeichnet hatte, steigert (bzw. dramatisiert) sie diese Einschätzung nun durch das Weglassen des graduierend-relativierenden Adverbs *so*³²⁷ zu einer gänzlich mangelnden Belastbarkeit. Dies äußert sich in ihrer Sicht im zweiten, konkretisierenden *dass*-Satz in der Tatsache, dass René „NICH mal“ Rehabilitationsmaßnahmen wahrnehmen kann. Diese Formulierung mit der Kombination aus Negations- und Abtönungspartikel spitzt die Beschreibung von René's Zustand weiter zu, indem sie gleichzeitig den Therapiebaustein der Rehabilitation – zumindest auf formaler Ebene, d.h. an der sprachlichen Oberfläche – als nicht sehr ‚hochwertig‘ bzw. bedeutend einstuft; vielmehr drückt sich hier eine Wertung der „REHA“ als eine Art ‚Minimal-Therapiebestandteil‘ aus, den der Patient aufgrund seiner geringen Belastbarkeit durch die Medikamente nicht wahrnehmen kann.

Im mit anaphorischem „das“ angeschlossenen Satz: „das ist für mich also SCHON (--)) unbefriedigend.“ wird eine Überlagerung der möglichen Bedürfnisse

³²⁷ Für eine ausführliche Besprechung der Kategorisierung und Funktionen von *so* siehe Ehlich (1987/2007).

bzw. Belastungen des Patienten durch Frau S.s eigene Belastungen als Motivation für ihre Einflussnahme auf die Therapie deutlich: Frau S. beschreibt die Situation ihres Sohnes (bzw. die mit dieser Situation verbundenen Konsequenzen) aus ihrer eigenen Perspektive und für sich selbst – wenn auch durch die Abtönungspartikel „SCHON“ abgeschwächt und nach einigem Zögern – mit dem emotionalen, recht stark wertenden Partizipialadjektiv *unbefriedigend*. In dieser Formulierung drückt sich die eigentliche Begründung für ihren Vorschlag, nämlich ihre eigene Belastung durch die derzeitige Situation, und die Überleitung zu diesem aus.

Einen weiteren Aspekt zur Legitimation und Begründung ihres Vorschlags beginnt Frau S. im beigeordneten Satz: „und da wir ja nun auch versucht haben, ich meine, (-)“, bricht diesen jedoch ab, so dass unklar bleibt, worin dieser angesprochene Versuch besteht – zumindest aus der außenstehenden, beobachtenden Perspektive der Analyse.³²⁸

Den Vorschlag „an sich“ formuliert Frau S. wie folgt: „wir könnten noch äh versuchen (-) mit MedikaMENTen. dass wir äh DAS versuchen.“ Das Beibehalten der Formulierung in der ersten Person Plural zeigt die starke (emotionale) Involviertheit von Frau S. und ihre Selbstwahrnehmung als Kotherapeutin. Gleichzeitig ist sich Frau S. des mit ihrer Kritik bzw. hier ihrem Vorschlag auf der Beziehungsebene einhergehenden gesichtsbedrohenden Aktes gegenüber Arzt C bewusst; dies äußert sich – wie in den vorangegangenen Beispielen aus diesem Gespräch – in ihrem durchgängig anakoluthhaften, zögernden Sprechen. Dieser Eindruck eines um die Wiederherstellung des Gesichts von Arzt C bemühten Gesprächsverhaltens wird verstärkt durch die Formulierung „könnten ((...)) versuchen“: Durch das Modalverb im Konjunktiv wirkt die Äußerung der Mutter Renés zurückgenommen, nicht als explizite, direkte Forderung. Insgesamt ist der Vorschlag stark elliptisch; Frau S. spricht die gewünschte Änderung der Medikation nicht aus, diese wird allein aus dem Kontext der Äußerung und der stark anaphorischen Ausdrucksweise der Mutter deutlich.

Arzt C reagiert auf den Vorschlag der Mutter, indem er auf beide von ihr angesprochenen Aspekte eingeht: zum einen das Umstellen von Renés Medikamenten und zum anderen das Thema Rehabilitation. Zunächst greift er den unmittelbar vor seinem Turn thematisierten Aspekt der Medikation auf und reagiert auf den ersten Blick (bzw. aus der Perspektive von Frau S. auf das erste Hören) recht ausführlich und in partnerschaftlich-kritischer Weise: „ja: . da hatt ich ihnen ja schon gesagt; (das is

³²⁸ Möglicherweise hat Arzt C eine klare Vorstellung davon, auf welche, durch „ja“ und eventuell inkludierend gebrauchtes „wir“ als gemeinsames Wissen gekennzeichnete, Maßnahme(n) Frau S. hier referiert; dies würde erklären, warum er die Mutter an dieser Stelle nicht unterbricht, um nachzuhaken, was sie meint.

so) man kann noch einiges ausprobieren. wir hatten ja vor dieses=ich glaub der letzte stand war dieses abilify noch mal zu ergänzen; vielleicht; (--) dass man ihm da so ne kleine dosis dazu gibt, dass er vielleicht Davon profitiert was so antriebsleistungen-“. Diese Äußerung signalisiert eine grundsätzliche Offenheit des Arztes gegenüber Frau S.s Vorschlag.

Auf den zweiten Blick ins Transkript handelt es sich hierbei allerdings nicht um eine Zustimmung oder gar verbindliche Zusage, den Vorschlag auch tatsächlich umzusetzen. Dies drückt sich in der sprachlichen Vagheit bzw. Potenzialität der gewählten Formulierungen aus, vor allem in folgenden fünf Abtönungselementen: erstens in der Verwendung des Modalverbs *können*; zweitens in der Wahl des Präteritums in der Aussage: „wir hatten ja vor“, womit letztlich offen bleibt, ob dieses Vorhaben noch aktuell ist; drittens in der Parenthese: „ich glaub der letzte stand war“, die aufgrund des *verbum sentiendi* der gesamten folgenden Assertion den Status der tatsachengebundenen Verbindlichkeit nimmt;³²⁹ viertens in der (wiederholt geäußerten) abschwächenden Partikel *vielleicht*; fünftens in der durch das Verb *dazugeben* und das Adjektiv *klein* inhaltlich eingegrenzten Aussage: „so ne kleine dosis dazu gibt“, die den Umfang einer möglichen Umsetzung des Vorschlags deutlich einschränkt.

Indirekt teilt Arzt C Frau S. hier mit, dass eine vollständige *Änderung* der Medikation für ihn nicht in Frage kommt, sondern lediglich (minimale) *Anpassungen*. Dies und die unkommentierte bzw. nicht erläuterte Verwendung des fachsprachlichen Terminus *Antriebsleistungen* im Gegensatz zu den von Frau S. gewählten Begriffen der Wortfamilie um *Belastbarkeit* schränken die partnerschaftliche Orientierung in der Äußerung von Arzt C sowohl auf sprachlicher als auch inhaltlicher Ebene ein; sie schwächen die Kraft der Assertion ab, geben ihr einen vorsichtigeren Charakter und ermöglichen so ein leichteres Zurücknehmen.

Diese vorsichtig-zurückgenommene Haltung des Arztes einerseits und seine autoritativ-paternalistische Art der Gesprächsführung andererseits werden in der Fortführung seines Redebeitrags noch deutlicher bzw. explizit, als er auf den zweiten, von Frau S. thematisierten Aspekt zu sprechen kommt: „(.) ja, reha ist aber noch ein fernziel.“. Der Abbruch der vorausgegangenen Konstruktion und die intermediäre Pause kündigen den Wechsel zum Thema Rehabilitation an sowie gleichzeitig die Absage an die implizit in der Äußerung der Mutter anklingende Hoffnung bzw. den Wider-

³²⁹ Dies kann auf der Beziehungsebene im Hinblick auf die eigene Positionierung des Arztes als kompetenter und engagierter Ansprechpartner, der ‚weiß, was er tut‘ bzw. ‚über seine Patienten Bescheid weiß‘, durchaus problematisch sein und damit das Vertrauensverhältnis zwischen ihm und seinem Gesprächspartner belasten. Gerade im Gespräch mit Angehörigen oder rechtlichen Betreuern von psychisch kranken Patienten könnte sich dies negativ u.a. auf die Compliance bzw. Bereitschaft zur Unterstützung von Therapiemaßnahmen auswirken (zur Begründung siehe Kapitel 4.2) – also den eigenen Interessen des Arztes entgegenstehen. Da dies jedoch im vorliegenden Gespräch nicht der Fall ist, mag an dieser Stelle der einfache Hinweis auf diesen ‚kommunikativen Stolperstein‘ genügen. Vgl. auch Goodyear-Smith / Buetow (2001 : 3).

spruch zum zweiten Teil ihres Vorschlags,³³⁰ der in der adversativen Konjunktion *aber* zum Ausdruck kommt: Arzt C äußert sich hiermit ablehnend in Bezug auf das aktuelle In-Betracht-ziehen von rehabilitativen Maßnahmen für René. Er stützt dies im Anschluss mit dem begründenden Verweis auf eine Erfahrung in der Vergangenheit: „((...)) er war ja da (in) dieser, (--) war das schönbrunn? ne? ((...)) da hat er auch nicht SO viel mitgemacht und (.) na ja.“

Allerdings handelt es sich nicht um eine prinzipielle Absage an diesen Therapiebaustein; vielmehr betreibt Arzt C eine Art ‚Erwartungsmanagement‘ gegenüber der Mutter: Mit dem temporalen Adverbkonnektor *noch* und der Verwendung des indefiniten Artikels *ein* in der Bezeichnung „ein fernziel“ räumt er die grundsätzlich bestehende Möglichkeit rehabilitativer Maßnahmen ein. Auch der sich anschließende Satz, mit dem Arzt C dieses Thema bzw. diese Gesprächssequenz abschließt: „die zeit wirds weisen.“ dient diesem Zweck.

Insgesamt drückt sich in der Formulierung des Arztes eine relativ hohe Wertschätzung des therapeutischen Elements der Rehabilitation aus. Gleichzeitig macht jedoch der Gebrauch des indefiniten Artikels (im Gegensatz zum ebenfalls in dieser Position denkbaren definiten Artikels *das*) in Verbindung mit der Bezeichnung *Ziel* deutlich, dass Arzt C diesen Bestandteil der Therapie zwar als eine erstrebenswerte, aber eben nur als eine von mehreren *Optionen* ansieht – es handelt sich bei der Reaktion des Arztes also um eine Art ‚kontrafaktische Argumentation‘ oder, grammatikalisch ausgedrückt, eine dem Potentialis verwandte Ausdrucksweise.

Später im Gespräch geht Frau S. ein drittes Mal auf die Medikation ein, indem sie ihren Vorschlag nun voll ausformuliert; sie insistiert auf der Änderung der Medikation ihres Sohnes:

Beleg 27: (G5, Z. 428-457)

Arzt C: =ja und; was sich dann WEIteres entwickelt, ne? ganz kleine schritte, ne?

Frau S.: **vielleicht kann man ja, wenn er sich dann (.) dort eingelebt hat (-) mal äh DOCH die medikamentierung ändern.** wenn man dann merkt, =

Arzt C: =ja=

Frau S.: =dass er äh=äh doch äh, ja, noch weiterhin nicht so belastbar ist, denn es kann ja auch sein dass wenn er äh auf sich NOCH (.) selber gestellt is; dass er dann DOCH wieder bestimmte impULse bekommt (.) vielleicht; aber ob das SO

³³⁰ Vgl. Spranz-Fogasy (1986/2005).

- ist, weiß man nicht. **das müsste man vielleicht abwarten, und dann DAraufhin mal=äh entscheiden; (-) was machen wir dann;=**
- Arzt C: =hm=hm
- Frau S.: **vielleicht nach einem monat. (-) wo er im=äh wohnheim ist.=**
- Arzt C: =ja ob das schon nach einem Monat gelingen kann weiß ich nicht; ne, (.) aber das=klar, das=das mittelfristige ziel, das wäre [(schon dass)]
- Frau S.: [(oder mittelfristig)=]
- Arzt C: =dass er mal wieder vielleicht proBIERT ne art werkstatt (-) ne, erstmal in einem reduzierten Umfang;
- Frau S.: gut, ich meinte jetzt eher kurzfristiger die medikamentIERung. aber mittelfristiger=äh-
- Arzt C: ja gut, da da haben wir (--) vieles ausprobiert <<lachend> im lauf der jahre.> jetzt, (-) weiß ich nicht. natürlich werden wir es auch wieder probieren, aber (.) klar; (.) symptomfrei wird er nicht mehr, ne? haben sie sich DAMit ABgefunden oder ist es noch immer sehr schwer. glauben sie er wird noch mal (.) SO wie er früher war, vor der erkrankung?

Betrachtet man das Transkript genauer, verwundert das Insistieren der Mutter auf der Änderung von Renés Medikation in Verbindung mit einer Steigerung seiner Belastbarkeit nicht: Bereits am Ende von Beleg 26 kündigt sich in ihrem Widerspruch: „ja, klar. aber er hat DANN-“ zur ärztlichen Darstellung von Renés Verhalten in der Reha-Klinik Schönbrunn an, dass weder das eine noch das andere Thema für Frau S. abgeschlossen ist.

Gegenüber ihrer bisherigen, in den bereits besprochenen Belegen und Beispielen zu beobachtenden, deutlich ihre eigene Mitbetroffenheit ausdrückenden Ausdrucksweise scheint Frau S. zumindest zu Beginn des Belegs eine andere, eher Erfolg versprechende Strategie auszuprobieren, um ihren Vorschlag zu platzieren: Arzt C nimmt in seinen Äußerungen eine mehr ‚abwartende‘, passive Haltung ein, wie sie sich auch in seiner thematisch offenen, die vorangegangene Sequenz abschließende Frage: „=ja und; was sich dann WEIteres entwickelt, ne? ganz kleine schritte, ne?“ zu Beginn des Belegs äußert. Diese distanziert-professionelle Perspektive scheint Frau S. in ihrer Reaktion zu übernehmen (bzw. übernehmen zu wollen), indem sie ihren Vorschlag mit der abschwächenden Modalpartikel *vielleicht* und der unverbindlich-unpersönlichen Formulierung: „kann man ja“ einleitet. Auch fällt in ihrer Äußerung der – falsch gebildete und daher nur vermeintliche – medizinische Terminus „medikamentierung“ auf. Die folgende Einschränkung im mit *wenn* eingeleiteten Konditionalgefüge sowie die anschließende Angabe einer Begründung für diese Einschränkung

und der konkludierende, anaphorische Satz: „das müsste man vielleicht abwarten,“ passen ebenfalls zu einer Distanz und Zurückgenommenheit signalisierenden Ausdrucksweise. Alle diese Elemente ihrer Äußerung können als Versuch der Mutter gewertet werden, zumindest an der sprachlichen Oberfläche ins fachsprachliche Register zu wechseln bzw. die gleiche Haltung zu präsentieren wie ihr Gesprächspartner – mit dem Ziel, ihren Vorschlag erneut, aber diesmal erfolgreich ‚an den Arzt zu bringen‘, wie dies allgemein im Hinblick auf die „Oberflächlichkeit ritueller Muster“ bereits festgestellt wurde:

„An der Oberflächlichkeit ritueller Muster, die auch Malinowski hervorgehoben hat [...], wird deutlich, daß es bei der Imagearbeit für den einzelnen nicht in erster Linie um den Ausdruck tiefempfundener Gefühle und spontaner Empfindungen geht, sondern um die Harmonisierung von ‚sozialer Identität‘, [...]. Es geht also vor allem um ‚Präsentation‘, um den ‚Eindruck‘, den man in einer Kommunikationssituation macht.“
Holly (1979 : 44; Hervorh. im Orig.)

Allerdings ‚bröckelt‘ diese Haltung von Frau S. bereits auf inhaltlicher Ebene in der Parenthese: „aber ob das so ist, weiß man nicht.“. Im Wechsel vom unpersönlichen *man* zur Formulierung in der ersten Person Plural im anakoluthaft angeschlossenen: „was machen wir dann;“ bricht die Fassade der scheinbar unbeteiligten Gesprächspartnerin auch auf sprachlich-formaler Ebene weiter auf. Der Mutter gelingt es nicht länger, ihre starke persönliche Involviertheit zu verbergen; im anschließenden: „vielleicht nach einem monat“ kommt ihr ‚Tatendrang‘ wieder vollends zum Vorschein: Sie gibt an dieser Stelle gänzlich ihre Strategie der distanziert abwartenden, (pseudo-)professionellen Haltung auf.

Arzt C übernimmt das Rederecht, indem er Frau S. mit der einschränkend-widersprechenden Aussage: „=ja ob das schon nach einem Monat gelingen kann weiß ich nicht; ne“ unterbricht und damit prompt den zuvor neuerlich manifestierten mütterlichen Tatendrang als unangemessen sanktioniert. Seine anschließende, von abtönenden und Vagheit ausdrückenden Elementen („mal wieder“, „vielleicht“, „probiert“, „erstmal in einem reduzierten umfang“) geprägte Äußerung dient wie seine Äußerungen in Beleg 26 dem Erwartungsmanagement gegenüber Frau S.: Arzt C will die Hoffnungen der Mutter bzw. auch deren Anforderungen an ihren Sohn bzw. seine Therapie senken.

Der weitere Verlauf dieser Sequenz ist durch ein offensichtliches Aneinandervorbeireden der beiden Gesprächspartner gekennzeichnet, da sie die Begriffe *kurzfristig* und *mittelfristig* unterschiedlich interpretieren. Frau S. legt den beiden Ausdrücken offenbar die ihnen alltagssprachlich inhärente Vagheit oder eine individuelle Definition zugrun-

de.³³¹ Arzt C hingegen gibt den Begriffen offenbar den medizinisch-fachsprachlich allgemein üblichen (wenn auch nicht exakt definierten) Skopus: *kurzfristig* wird hier oft zur Bezeichnung für Zeitspannen bis zu drei Monaten verwendet, als *mittelfristig* werden in der Regel Zeiträume von über drei Monaten bis zu einem Jahr bezeichnet und *langfristig* dient der Kennzeichnung von Spannen, deren Dauer über ein Jahr hinausgeht.³³²

In Bezug auf den Vorschlag der Mutter wiegelt Arzt C diesen ab bzw. äußert sich zögernd bis ablehnend, was eine gegenwärtige – bzw. nach medizinischem Verständnis *kurzfristige* – Umstellung der Medikamente angeht: „ja gut, da da haben wir (--) vieles ausprobiert <<lachend> im lauf der jahre.> jetzt, (-) weiß ich nicht.“. Das lachende Sprechen dient hierbei nach Schwitalla (2001a : 336) dem „Schutz des eigenen Face“: Zum einen erlaubt es dem Arzt, die Peinlichkeit der (vor dem Hintergrund von Renés aktuellem Zustand) nicht so „erfolgreich“ wie ursprünglich eventuell geplant ausgefallenen Pharmakotherapie der letzten Jahre einzugestehen, ohne sich jedoch dafür entschuldigen zu müssen. Zum anderen „wird damit aber wohl auch für eine problemreduzierende Sicht der Dinge geworben“ (Schwitalla 2001a : 336).

Analog zur sprachlichen Vagheit seiner bisherigen Äußerungen macht Arzt C auch im vorliegenden Beleg keine konkrete Aussage darüber, wann was *probiert* wird. Entgegen dem ersten Anschein des Satzes: „natürlich werden wir es auch wieder probieren,“ geht er nach wie vor nicht wirklich auf den mütterlichen Vorschlag ein – in diesem Fall müsste er erklären, warum (aus seiner Sicht) keine konkrete Aussage in Form eines zeitlichen Maßnahmenplans möglich ist. Mit dem adversativen: „aber (.) klar; (.)“ leitet er zu der – bereits im *natürlich* angelegten – Einschränkung seiner vorausgegangenen Ankündigung über: „symptomfrei wird er nicht mehr, ne?“. Hier wird das Bestreben des Arztes, die therapeutischen „Zielvorstellungen“ der Mutter auf ein aus medizinischer Sicht realistisches Maß zu reduzieren, explizit. Durch die Linksversetzung, d.h. die Nennung des „springenden Punktes“ *symptomfrei* direkt nach der intermediären Pause und somit in sehr exponierter Stellung, wirkt die Äußerung – gerade im Zusammenspiel mit den bisherigen, vorsichtig-zurückgenommenen Formulierungen – recht drastisch und „schonungslos“. Was im ersten Moment als paternalistisch-emotionslose Form ärztlicher Gesprächsführung erscheinen mag, kann

³³¹ Hier könnte das berufliche Fachwissen von Frau S. eine Rolle spielen: Da sie vor der Erkrankung ihres Sohnes im Finanzwesen (Bilanzbuchhaltung) tätig war, könnte es sein, dass sie sich an den dort üblichen Definitionen für sog. kurz- und langfristige Bilanzpositionen (Verbindlichkeiten, Rücklagen o.Ä.) orientiert.

³³² In der Psychiatrie machen sich die behandelnden Ärzte der mündlichen Information eines der an der Studie beteiligten Psychiater zufolge die (alltags-)sprachliche Vagheit des Begriffs *langfristig* häufig in ihrer euphemistischen, eher Konsens versprechenden Wirkung zu Nutze, indem sie dieses Wort anstelle des eindeutigeren, aber auch belastend und/oder entmutigend wirkenden *lebenslanglich* gegenüber Patienten und deren Angehörigen einsetzen, insbesondere bei Fragen zur Dauer der medikamentösen Therapie (z.B. „Wie lange muss ich die Tabletten denn noch einnehmen?“). Vgl. auch Beispiel 10, Beleg 20.

allerdings auch eine Art „letzter Ausweg“ für den Arzt sein, sicherzustellen, dass seiner Gesprächspartnerin das (biomedizinische) Ausmaß der Erkrankung des Patienten bewusst ist – um den Preis ihrer „intakten Beziehung“.

Arzt C scheint sich der gesichtsbedrohenden Wirkung seiner Äußerung auf Frau S. bewusst zu sein,³³³ denn er stellt ihr zum Abschluss seines Turns folgende, ihr Face wiederherstellende Frage: „haben sie sich DAmit ABgefunden oder ist es noch immer sehr schwer. glauben sie er wird noch mal (.) SO wie er früher war, vor der erkrankung?“. Der Arzt signalisiert Frau S. hier durch die Wahl des Verbs *sich abfinden* und mit dem in quantitativ-zeitlicher und qualitativer Hinsicht gleichsam doppelt verstärkten: „noch immer sehr schwer“, dass er sich ihrer emotionalen Betroffenheit bewusst ist und sie versteht. – In Bezug auf den Beziehungsaspekt verhält sich Arzt C hier eindeutig partnerschaftlich-kritisch gegenüber Frau S.; indem er sich mit ihren Bedürfnissen als Angehörige auseinandersetzt und diese thematisiert: In seiner Frage formuliert er indirekt gleichzeitig die Hypothese, dass die Mutter daran festhält, dass ihr Sohn wieder ‚ganz gesund‘ wird.

Aus dem Kontext der im Gespräch bzw. Transkript vorangegangenen Sequenzen und aus der folgenden Antwort auf die Frage wird deutlich, dass er damit „den Finger in die Wunde“ der Mutter legt.³³⁴

Beleg 28: (G5, Z. 458-484)

Frau S.: ja äh, das, damit hab ich mich schon abgefunden. wo ich mich nicht abfinden würde, wenn er sagen wir mal äh (-) ja:, GAR nicht mehr=äh bis in eine REha kommen würde=

Arzt C: =okay;=

Frau S.: =also das- das wäre für mich schon (-) dann ziemlich krass, äh weil äh wenn man ihn FRÜher kennt, er ja wirklich mal äh sehr viel bewältigt hat=

Arzt C: =hm=

Frau S.: =und auch wirklich ein leistungsstarker schüler mal war.=

Arzt C: =hm=hm=

Frau S.: =und wenn man an ihn anforderungen gestellt hat, sie auch pünktlich, zuverlässig und in guter qualität gemeistert hat.

Arzt C: hm, das ist ja auch keine intelligenzsache, ne, so ne psychose.

³³³ An dieser Stelle könnte eine audiovisuelle Aufzeichnung des Gesprächs mehr Hinweise für die Interpretation liefern als dies bei der reinen Audioaufzeichnung und deren Transkription der Fall ist; so ließe sich beispielsweise feststellen, ob eventuell eine gestische und/oder mimische Regung/Bewegung von Frau S. den Arzt zu seiner folgenden Äußerung veranlasst.

³³⁴ Vgl. beispielsweise G5, Z. 332-355: Die Frage, die Arzt C stellt, ist hier eigentlich schon beantwortet: Frau S. erklärt, dass sie „immer noch hoffNUNG“ hat (G5, Z. 356), dass es ihrem Sohn wieder besser gehen wird.

Frau S.: genau.

Arzt C: es gibt sehr viele inte=SEHR intelligente leute. nur das=das funktionsniveau, wie wir das immer nennen, ist ja ein GANZ unterschiedliches. wir haben hier leute, die arbeiten. stehen voll im Beruf, ne,=

Frau S.: =toll.=

Arzt C: =schlecht ist es nur, wenn es einen sehr früh erwischt, sag ich mal so. bevor die überhaupt ne ausbildung fertig haben. ja?=
=

Frau S.: =hm=hm=

Arzt C: und das is halt bei, bei männlichen patienten oft so der fall.=

Die Redeübernahme mit den einleitenden Verzögerungselementen: „ja äh, das,“ deutet darauf hin, dass die Mutter von der Härte/Deutlichkeit der ärztlichen Äußerung zumindest kurzzeitig irritiert zu sein scheint. In der Verwendung der abtönenden Partikel *schon* kündigt sich allerdings bereits an, dass sie durchaus an ihrer ursprünglichen ‚Zielorientierung‘ in Bezug auf die Therapie ihres Sohnes festhält: Obwohl Arzt C Rehabilitationsmaßnahmen bereits bei ihrem zweiten Versuch, diesen Therapiebaustein für ihren Sohn vorzuschlagen, explizit als *Fernziel* und damit als (derzeit) nicht diskussionswürdig eingestuft hat, bringt sie das Gespräch erneut auf dieses Thema. In ihrer Antwort greift Frau S. diese ablehnende Meinung des Arztes indirekt in ihrer (hinaus-)zögernden, abgeschwächten Ausdrucksweise: „wenn er sagen wir mal äh (-) ja:, GAR nicht mehr=äh“ auf.

Nach der eher vorsichtig ‚tastend‘ formulierten Wiederaufnahme des Themas begründet Frau S. in dem mit „äh weil“ eingeleiteten Kausalsatz ihre Haltung durch den wiederholten Gebrauch des intensivierenden *wirklich* nachdrücklich und über in einer Art doppelten Klimax mit dem früheren, ‚gesunden‘ Verhalten ihres Sohnes: Die kausale Nebensatzkonstruktion ist an sich schon dreiteilig: a) „weil ((...)) er ja wirklich mal äh sehr viel bewältigt hat“, b) „und auch wirklich ein leistungsstarker schüler mal war.“ und c) „und wenn man an ihn anforderungen gestellt hat, sie auch pünktlich, zuverlässig und in guter qualität gemeistert hat.“ Dieser dritte Teil setzt sich wiederum aus drei argumentativen Elementen zusammen. Während der erste Teilsatz des Satzgefüges recht allgemein gehalten ist, legt Frau S. den Fokus in der Folge auf die kognitiven Fähigkeiten Renés („leistungsstarker schüler“, „in guter qualität“).

Arzt C greift diesen Aspekt in seiner zusammenfassenden Reformulierung: „hm, das ist ja auch keine intelligenzsache, ne, so ne psychose.“ auf. Er erweist sich damit erneut als Zuhörer, der seine Gesprächspartnerin ernst nimmt und auf

ihre in ihrer Äußerung mitschwingenden Befürchtungen in Bezug auf eine mögliche Fehleinschätzung der Fähigkeiten ihres Sohnes (und damit eines zumindest teilweisen Versagens in ihren elterlichen Aufgaben). Frau S.s zustimmende Reaktion kann als Bestätigung der entlastenden Wirkung der ärztlichen Assertion interpretiert werden.

Arzt C wechselt bereits direkt mit der Redeübernahme von der persönlich-individualisierten Formulierungsweise im vorigen Beleg zu einer unpersönlich-generalisierenden Ausdrucksform. Dadurch signalisiert er Frau S. zwar, dass der Zustand ihres Sohnes kein Einzelfall ist und verstärkt so die gesichtswahrende und entlastende Wirkung seiner Aussage. Jedoch wird der einschränkende Charakter der Äußerung – eingeleitet mit der Projektorkonstruktion:³³⁵ „=schlecht ist es nur,“ – und der so hergestellte Bezug zu den individuellen Heilungschancen Renés und damit seine Aussicht auf Rehabilitation zwar nicht ganz verdeckt, aber doch deutlich abgeschwächt, so dass er lediglich indirekt ‚mitschwingt‘, aber nicht explizit ist. – Während der Arzt also zuvor in der Formulierung: „symptomfrei wird er nicht mehr, ne?“ den (Sach-)Informationsgehalt seiner Äußerung zu Lasten des Beziehungsaspekts betont hatte, kehrt sich dieses Verhältnis hier genau um: „=schlecht ist es nur, wenn es einen sehr früh erwischt, sag ich mal so. bevor die überhaupt ne ausbildung fertig haben. ja? ((...)) und das is halt bei, bei männlichen patienten oft so der fall.=“. Die generalisierende Ausdrucksweise in dieser komplexen Konstruktion lässt einen unbeteiligten Beobachter hier keinen Bezug zu Patient René S. erkennen. Dieser ergibt sich allein aus dem personen- und situationsbezogenen Wissen, das die beiden Gesprächspartner teilen: René ist (vermutlich) bereits im Alter von 16 Jahren erkrankt und ist ein sog. Studienabbrecher;³³⁶ damit fällt er in die von Arzt C genannte Kategorie von „männlichen patienten“, die „sehr früh“ erkranken, „bevor die überhaupt ne ausbildung fertig haben“ und dadurch – so die naheliegende, aber vom Arzt nicht ausgesprochene Konsequenz – geringe Aussichten auf eine Rehabilitation haben.

Es scheint, als wolle Arzt C mit der generalisierenden Formulierungsweise hier bewusst eine erneute Auseinandersetzung über das Thema ‚Reha‘ mit Frau S. vermeiden – was ihm auch gelingt. Für diese Interpretation des ärztlichen Sprachhandelns spricht in gewisser Weise auch die Tatsache, dass er im Anschluss an die oben zitierte Äußerung erwähnt, dass Frauen generell später an Schizophrenie erkranken³³⁷ und darauf hin die Beendigungsphase des Gesprächs einleitet.

³³⁵ Vgl. Günthner (2008).

³³⁶ Vgl. Kapitel 7.2.2.5 für detailliertere Angaben zu biographischen Informationen.

³³⁷ Vgl. G5, Z. 486-487.

In der das Gespräch beendenden Sequenz kommt Arzt C auf den mütterlichen Vorschlag zur Medikamentenumstellung bei René S. zurück, indem er seine ablehnende Haltung gegenüber einer gegenwärtigen Änderung begründet:

Beleg 29: (G5, Z. 490-507)

Arzt C: ((...)) <<f> na=ja, (-) gu:t.> am freitag kommt er wieder?

Frau S.: ja.=

Arzt C: =is er wieder dran?=
 Frau S.: =genau.=

Arzt C: =mit der spritze. (-) tja; das werden wir auch erstmal so
 BEIbehalten müssen (.) bei ihm.=

Frau S.: =hm=hm=
 Arzt C: =weil bei ihm kann man ja nicht immer davon ausgehen; denk
 ich nach wie vor nicht, dass er ne medikation (.) regelmäßig
 einnehmen wird. ne? ((3.0) Im Hintergrund sind
 Türgeräusche, sich nähernde Schritte, Papierrascheln, sich
 entfernende Schritte und erneut Türgeräusche zu hören.))
 okay, gu:t. ich denk, das wars dann, bis freitag, frau s.

Frau S.: ja, gut, dann, vielen dank, doktor c und äh (.) schönen tag.

Arzt C: tschüss.
 Frau S.: tschüss.

Im Anschluss an die üblicherweise in Arzt-Patienten-Gesprächen als abschließende, d.h. gesprächsbeendend gestellte Frage nach dem nächsten Termin³³⁸ resümiert Arzt C die Diskussion zur Medikation des Patienten, eingeleitet mit der redegliedernden Partikel „tja;“³³⁹: „das werden wir auch erstmal so BEIbehalten müssen“. Im mit koordinierendem, sog. epistemischem *weil* angeschlossenen Satz begründet der Arzt seine, den Vorschlag von Frau S. ablehnende, Entscheidung.³⁴⁰ Die vage Zeitangabe: „erstmal“ und die persönlich formulierte negative Bewertung: „denk ich nach wie vor nicht,“ können als Ausdruck für eine paternalistische therapeutische Haltung und gleichzeitig einer autoritativen Gesprächsführung gedeutet werden. In Kombination mit den außersprachlichen Beeinträchtigungen der Gesprächssituation (offenbar kommt jemand herein und unterbricht auf diese Weise das Gespräch) führt die Äußerung des Arztes zur Beendigung des Gesprächs.

³³⁸ Vgl. Harris (2003 : 44).

³³⁹ Vgl. Schwitalla (2003 : 87).

³⁴⁰ Zur Diskussion um Syntax und Bedeutung von gesprochen sprachlich verwendetem *weil* mit Verbzweitstellung im Unterschied zu dessen Verwendung mit Nebensatzstellung vgl. zusammenfassend Schwitalla (2003 : 144ff.).

Damit zeigt das Gespräch zwischen Arzt C und Frau S., speziell der Umgang beider miteinander in Bezug auf den Therapievorschlagn der Mutter, dass folgende Feststellung zu einem Charakteristikum von Arzt-Patienten-Gesprächen auch hier gilt:

“Even if the doctor has the best ethical intent with respect to a patient, the course of action might not be straightforward, and consultations can produce several outcomes – some positive, some negative. Accordingly, patients and doctors do not always check for and reach agreement, or concordance [...], on the problem, the desired outcome(s), and the management plan and actions needed to realise that outcome.”

Goodyear-Smith (2001 : 456)

Ein möglicher Grund für die im Zitat von Goodyear-Smith angesprochenen unterschiedlichen Therapieziele liegt zum einen darin, dass Arzt C nicht in dem Sinne mit Patient René ‚mitleidet‘ wie dies bei dessen Mutter der Fall ist; sie nimmt aufgrund ihrer emotionalen Involviertheit ‚von Natur aus‘ eine mehr ‚aktionsgetriebene‘ Haltung als der Arzt ein.

Hinzu kommt eine offensichtlich entgegengesetzte Betrachtungsweise der Erkrankung bei Arzt und Mutter,³⁴¹ was in Beleg 26 anklingt: Frau S. konzeptualisiert Schizophrenie als *Belastung*, also als ein von außen auf ihren Sohn einwirkendes ‚Etwas‘.³⁴² Damit geht das Verständnis einher, dass René seiner Krankheit ausgeliefert, nahezu handlungsunfähig und somit schutzbedürftig ist – dies wiederum führt dazu, dass sich die Mutter selbst verstärkt unter den Druck zur ‚elterlichen Fürsorge‘ setzt und so ein ständiges Handlungsbedürfnis generiert. Frau S. expliziert diese Sichtweise bzw. diesen ‚pflegerischen Teufelskreis‘ selbst an einer Stelle im Gespräch.³⁴³

Demgegenüber steht die Konzeptualisierung von Arzt C, die sich in der oben besprochenen Bezeichnung „antriebsleistungen“ widerspiegelt: Dem *Leistungs*-Konzept liegt das Verständnis zugrunde, dass der Patient seine Erkrankung selbst steuern kann, er ist ‚Herr seiner Lage‘. Neben der professionellen Distanz und Neutralität der ärztlichen Haltung und der Notwendigkeit zur ‚Ressourceneinteilung‘ (die ‚Kraft‘ muss für die Versorgung nicht nur eines, sondern mehrerer Patienten reichen) trägt diese Sichtweise auf Schizophrenie dazu bei, dass sich der Handlungsdruck für den Arzt verringert.

Mit der Frage der Konzeptualisierung der Erkrankung eng verbunden ist die Sicht des Ursache-Wirkung-Zusammenhangs in Bezug auf die geringe Belastbarkeit des Patienten. Die unterschiedliche Konzeption von Schizophrenie wirft die Frage auf, ob Mutter und Arzt dieselbe Auffassung zur Frage: „Was bedingt was?“ haben – und auf

³⁴¹ Vgl. für grundlegende Informationen über Konzeptualisierung und Verständnis von Gesundheit und (psychischer) Krankheit Kapitel 4.1 sowie weiterführend zu den Unterschieden zwischen professionellen und subjektiven Theorien zu Krankheit Lachmund / Stollberg (1995) und Watt (2005).

³⁴² Vgl. Cassell (1976), der diese metaphorische Konzeptualisierung bereits im Titel seines Aufsatzes: „Disease as an ‚It‘“ pointiert formuliert.

³⁴³ Vgl. Beispiel 20, Beleg 46.

dieser Basis überhaupt zu übereinstimmenden Therapiemitteln und -zielen für den Patienten kommen können. In der Reaktion der Mutter auf den Vorschlag des Arztes, dass René zunächst eine Werkstatt besuchen solle, kommt indirekt zum Ausdruck, dass die beiden Gesprächspartner den Zusammenhang von *movens* und *movendum* unterschiedlich sehen: Die Antwort von Frau S. macht deutlich, dass sie zweifelt, ob ihr Sohn eine Werkstatt besuchen kann, wenn er nicht vorher andere Medikamente bekommt³⁴⁴ – sie sieht den Ursache-Wirkung-Zusammenhang also genau andersherum wie der Arzt.

Die in diesem Beispiel untersuchten Transkriptbelege haben gezeigt, dass beide Gesprächspartner ihre jeweilige Position zwar auf unterschiedliche Weise darzulegen und dem anderen nahezubringen versuchen, aber ‚nicht wirklich‘ aufeinander eingehen, indem sie beispielsweise explizit nach den Gründen für die abweichende bis konträre Haltung ihres Gegenübers fragen. Das Ergebnis dieser Gesprächsführung ist, dass der Vorschlag der Mutter ‚verfliegt‘.

Zusätzlich zu den oben angeführten Gründen für die zurückhaltende bis ablehnende Reaktion des Arztes auf den Vorschlag von Frau S. ist ein weiterer zu nennen, der nicht in den Äußerungen deutlich wird, sondern institutionell verankert, d.h. auf der sog. Makroebene medizinischer Kommunikation angelegt ist: Das auf §§ 1896-1908 BGB (Bürgerliches Gesetzbuch) basierende Betreuungsrecht schreibt u.a. vor, dass grundsätzlich jede Therapieveränderung das Einverständnis des Patienten erfordert, abgesehen von Ausnahmefällen wie „akute Behandlungsindikationen sowie schwere Gefahrensituationen, jedoch nicht die normale psychiatrische Behandlung im Akutbereich“ (Brill / Marschner 2005 : 150). Das Nichteingehen auf Frau S.s Vorschlag dient also (auch) der juristischen Absicherung des Arztes.

Beispiel 12

Im Gespräch zwischen Frau Ü. und Arzt C thematisiert die Schwester von Patient Jochen Ü. den psychosozialen Aspekt der Therapie, indem sie auf das von ihr als problematisch angesehene Alleinsein ihres Bruders abhebt. Arzt C initiiert mit seiner halb offenen bzw. lenkenden Frage ihren Vorschlag:

Beleg 30: (G6, Z. 309-363)

Arzt C: (-) ja:- (-) gu:t, (-) haben sie irgendwelche fragen
vielleicht noch (.) zur zukunft ihres bruders wie die
weitere planung ist (.) geplant;

³⁴⁴ Vgl. G5, Z. 430-440.

Frau Ü.: ich denke es wird erstmal so weiterlaufen ne, **also so hab ich halt ähm: ich denke halt dass es vielleicht (-)** oder sage ma was ich so FRÜher gedacht hatte das war dass man (.) halt weil er ja sehr oft Alleine halt auch ist und dann am anfang auch nicht klar kommt und MANche tage auch jetzt nicht klar kommt (da hab ich auch früher gedacht dass) () in bad () gibt es ja son haus wo () menschen halt zusammen sind (VOLL) integriert () (in der stadt halt) so hab ich das am anfang auch gedacht gehabt weil=-

Arzt C: =ja (gucken se mal jetzt)

Frau Ü.: =(ja aber ()) aber das is auch n phänomen halt ähm (.) er unterhält sich ja auch sehr viel und gerne und ähm man kann ja mit ihm unheimlich v=viel=(sich) sehr gut unterhalten; **manchmal (hab ich) auch den eindruck dass er ja auch nicht immer nur mit KRANKen patienten zuSAMMen sein möchte** (weil einfach dann) nicht immer viel gesprächsbereitschaft vorhanden is=

Arzt C: =hm=hm;=

Frau Ü.: =ich find das is so: (-) <<f>(einerseits und die andere seite)> (.) ja; ja;

Arzt C: meinen sie er hätte das bedÜRfnis? nach mehr kontakt;

Frau Ü.: (ich finds gar nicht ma so:,) ich denke: (-) zu gesunden menschen ja. (-) ja; [()]

Arzt C: [ja ich kann mich erinnern] er war ja mal ne zeit lang sogar hier in dieser (-- ja; ((...)) er kam ja auch regelmäßig zu einer psychologin von uns ne=ne zeit lang;

Frau Ü.: =ja=ja;=

Arzt C: =und die versuchte ihn da noch n bisschen zu fördern ja vielleicht (damit er) auch die ängste h auch hh anders abbauen kann als nur mit medikamenten=das seh ich (hier seitenlang was da so an behandlung) war; (-) das war (.) wann? letztes jahr;

Frau Ü.: richtig. (und die dame is weggegangen.)

Arzt C: (die dame is weg=ja;)

Frau Ü.: und dann ist das schlecht wieder angelaufen (-) weil einfach ähm er dann zwar die erste zeit wieder angerufen hatte aber dann ist das ja schwer äh: gerade (für) einen kranken menschen dann immer wieder anzurufen (und dann niemand DA) kann man, bin ich auf der liste? () (ich find das-) (.) (ich würd das) begrüßen; muss ich sagen; () das wäre noch

n (auffangkorb) um halt äh (.) da etwas auffangen zu können;
 ();
 Arzt C: (-- gu:t; (.) das ist was was man vielleicht ambuLANT (.)
 auch mal probieren kann;=
 Frau Ü.: =hm=hm;=
 Arzt C: =ja, (genau;) wenn=wenn es ihm ein beDÜRfnis is;=
 Frau Ü.: =ja=ja;
 Arzt C: !NUR! DANN (.) macht es sinn.
 Frau Ü.: ja=ja; das is klar (-) das stimmt. ((...))

Die Reaktion Frau Ü.s auf die ärztliche Einstiegsfrage drückt ihr Streben nach Aufrechterhaltung einer höflichen, ihrem Gesprächspartner gegenüber respektvollen Atmosphäre aus – auf formaler und inhaltlicher Ebene: Sie beginnt ihren Turn mit dem bestätigenden, der derzeitigen Therapie ihres Bruders Jochen grundsätzlich zustimmenden Satz: „ich denke es wird erstmal so weiterlaufen ne,“. Ihre an diese Aussage anschließende Ausdrucksweise ist stark anakoluthhaft: Drei aufeinander folgende Ausstiege bzw. Neuansätze zeigen, dass Frau Ü. richtiggehend um die passende Formulierung ‚ringt‘: „also so hab ich halt ähm:“, „ich denke halt dass es vielleicht (-)“ und: „oder sage ma was ich so FRÜher gedacht hatte“. Sie tut sich offensichtlich schwer damit, die ihr vom Arzt gegebene Möglichkeit wahrzunehmen, eine Frage zu stellen bzw. einen Vorschlag zur weiteren Therapie ihres Bruders zu äußern. Besonders das letzte der drei o.g. Vorlauf- bzw. redееinleitenden Elemente kann als Realisierung einer FTA-Vermeidungsstrategie interpretiert werden: Frau Ü. kennzeichnet damit die folgende, zu ihrem eigentlichen Vorschlag hinführende Darstellung als eine frühere Meinung und betont dies durch die beiden reformulierenden, die Schilderung jeweils unterbrechenden Parenthesen: „da hab ich auch früher gedacht dass“ und „so hab ich das am anfang auch gedacht gehabt“. Damit erreicht Frau Ü. zweierlei: Zum einen minimiert sie auf diese Weise das Risiko eines Widerspruchs von Seiten des Arztes, indem sie ihre eigene Fachkompetenz herabstuft, was in der Präsupposition: „Das war ja damals, als ich noch keine Ahnung hatte.“ deutlich wird. Zum anderen hält sie sich so die Möglichkeit offen, im Fall eines Widerspruchs ohne Gesichtsverlust die Position des Arztes als eigene, aktuelle Meinung übernehmen zu können.

Aus ihrer Darstellung lässt sich ableiten, dass Frau Ü. sich *früher* dafür eingesetzt hat, dass Patient Jochen Ü. in einer betreuten Wohngemeinschaft oder einer ähnlichen gemeindepsychiatrischen Einrichtung untergebracht wird und nicht allein in seiner Wohnung bleibt. – Bei aller Zurückgenommenheit und ‚Rückbezüglichkeit‘ macht Jochen Ü.s Schwester in ihrem Redebeitrag allerdings auch die Relevanz bzw. Aktualität des Hinweises auf ihren (vermutlich) in der Vergangenheit geäußerten Vorschlag

zur Verbesserung der auch heute noch andauernden Situation ihres kranken Bruders deutlich: „und MANche tage auch jetzt nich klar kommt“.

Auf die ihren Beitrag unterbrechende Äußerung von Arzt C: „(gucken sie mal jetzt)“ hin kommt sie auf ein zweites *Phänomen* der aktuellen Verfassung Jochens zu sprechen: Neben seinen Schwierigkeiten bzw. seinem *Nicht-klar-kommen* mit dem Alleinsein führt sie seine Kommunikationsfreudigkeit und -fähigkeit an und leitet damit in einem zweiten Schritt zu ihrem eigentlichen Vorschlag über. Diesen formuliert sie indirekt, in Form einer persönlichen Einschätzung: „manchmal (hab ich) auch den eindruck dass er ja auch nich immer nur mit KRANKen patienten zuSAMMen sein möchte“. In dem unmittelbar angeschlossenen Kausalsatz: „(weil einfach dann) nicht immer viel gesprächsbereitschaft vorhanden is=“ führt Frau Ü. ein ‚psychiatrisch anerkanntes‘ Symptom verschiedener psychischer Erkrankungen an, argumentiert also auf einer ‚professionellen‘ Ebene.

Die Reaktion des Arztes zeigt, dass ihre Strategie – zweiteilige Hinführung, zurückgenommene, indirekte Formulierungen und ‚fachliches‘ Argument – aufgeht. In seiner Frage: „meinen sie er hätte das beDÜRFnis? nach mehr kontakt;“ fordert er explizit die ‚kotherapeutische‘ Meinung der Schwester seines Patienten ein und formuliert gleichzeitig den propositionalen Kern des Vorschlags. Frau Ü. reagiert daraufhin vorsichtig-zustimmend: „(ich finds gar nich ma so:,) ich denke: (-) zu gesunden menschen ja. (-) ja;“. Nachdem die Schwester von Jochen Ü. ihren Vorschlag zuvor eher aus der Patientenperspektive begründet hat (Probleme mit dem Alleinsein, Jochens Kommunikationsfreudigkeit vs. fehlende *Gesprächsbereitschaft* anderer Patienten), klingt hier in dem Gebrauch des *verbum sentiendi* (*finden*) in der durch einen Ausstieg abgebrochenen Einleitung ihre eigene Perspektive bzw. ihre eigenen Befindlichkeiten als Angehörige als Beweggrund für den Therapieversuch an.

Die folgenden Äußerungen des Arztes, in denen er auf eine bereits ein Jahr zuvor erfolgte Psychotherapie eingeht, setzen für Frau Ü. offenbar das Signal einer grundsätzlichen Aufgeschlossenheit von Arzt C gegenüber diesem Therapiebaustein und gegenüber ihrem Vorschlag. Sie scheint diese oder eine ähnliche Reaktion erwartet (oder erhofft) zu haben, worauf erstens ihre im Gegensatz zu ihren vorigen Äußerungen sehr bestimmt wirkende Bestätigung der ärztlichen Darstellung: „richtig.“ hindeutet. Zweitens spricht für diese These, dass sie direkt im Anschluss zu einer Kritik der *schlechten* Organisation dieser Therapiemaßnahme von Seiten der Klinik übergeht: „(und die dame is weggegangen.) ((...))) und dann ist das schlecht wieder angelaufen (-) weil einfach ähm er dann zwar die erste zeit wieder angerufen hatte aber dann ist das ja schwer äh: gerade (für) einen kranken men-

schen dann immer wieder anzurufen (und dann niemand DA) kann man, bin ich auf der liste?“. Dieser Teil von Frau Ü.s Redebeitrag zeigt eine für das aufgezeichnete Gespräch (G6) vergleichsweise ungewöhnlich deutliche bzw. direkte Ausdrucksweise. Allerdings argumentiert sie vollständig aus der Patientenperspektive und mit verallgemeinernden, unpersönlichen Formulierungen, so dass der gesichtsbedrohende Charakter (der sich auch nicht gegen Arzt C persönlich richtet) dieser Äußerungseinheit etwas reduziert wird. Im Anschluss an diese Kritik kommt Frau Ü. wieder auf die gegenwärtige Situation zu sprechen, indem sie mit einer positiven Bewertung ihre Antwort auf die ärztliche Frage nach ihrer Meinung zu Jochens Bedürfnis nach mehr sozialen Kontakten reformuliert: „(ich find das-) (.) (ich würd das) begrüßen; muss ich sagen; () das wäre noch n (auffangkorb) um halt äh (.) da etwas auffangen zu können;“. In der Formulierung *noch ein Auffangkorb* klingt in der Partikel *noch* indirekt Frau Ü.s eigenes Bedürfnis nach psychosozialer Entlastung an. Die hier zugrunde liegende Präsupposition kann beispielsweise mit: „Dann hat er außer mir noch andere Anlaufstellen“ oder, etwas zugespitzter: „Dann bleibt nicht alles an mir hängen“ paraphrasiert werden.

Die Reaktion des Arztes: „(-- gu:t; (.) das ist was was man vielleicht ambuLANT (.) auch mal probieren kann;=-“ zeigt zunächst, dass er die von Frau Ü. geäußerte Kritik an der Organisation der letzten Psychotherapie offenbar nicht als Bedrohung für sein eigenes Image auffasst (oder, falls doch, als nicht weiter erwähnenswert erachtet). Er geht primär auf Frau Ü.s ‚gegenwartsbezogene‘ Äußerungseinheit, d.h. auf den Vorschlag nach mehr sozialem Kontakt für den Patienten ein. Die unpersönliche Modalverb-Konstruktion mit *können* und dem ‚vorsichtigen‘ *probieren* drückt in Verbindung mit dem abschwächenden Satzadverbial *vielleicht* und der Partikelkombination *auch mal* den geringen Verbindlichkeitsgrad aus, den der Vorschlag für Arzt C besitzt. Der anschließende Konditionalsatz: „=ja, (genau;) wenn=wenn es ihm ein beDÜRFnis is;=-“ hat zudem einschränkende Funktion, die durch den Nachtrag: „!NUR! DANN (.) macht es sinn.“ noch verstärkt wird.

Die Reaktion von Frau Ü.: „ja=ja; das is klar (-) das stimmt. (-- also meistens wird ja dann hinterher gesagt mir gehts ja GU:T dann- (.) JA eben; ich mein wenn: s einem schlecht geht <<f> dann: wird wieder angeleiert.>=-“ bestätigt indirekt die Ergebnisse einer Studie zu solchen psychosozialen Therapiemaßnahmen:

“Poor social relations have been associated with an increased frequency of readmissions [...], while the presence of social resources, particularly outside the family of origin, predicts good prognosis [...].”
Schomerus et al. (2007 : 617)

Sowohl in Bezug auf eine patienten- als auch angehörigorientiert ausgerichtete Therapieplanung bleibt zu fragen, ob Arzt C den Patienten auf diesen Vorschlag ansprechen wird. Dies müsste er im Sinne einer ‚echten‘ partnerschaftlich-kritischen Haltung tun.³⁴⁵ Eine Möglichkeit für Frau Ü., die ‚Ernsthaftigkeit‘ des ärztlichen Vorhabens zu prüfen bzw. die Umsetzung ihres Vorschlags nachhaltig sicherzustellen, besteht darin, nach dem nächsten Katamnesetermin von Arzt und Patient zunächst ihren Bruder zu fragen, ob er von Arzt C auf eine entsprechende Therapiemaßnahme angesprochen wurde. Gegebenenfalls könnte sie darauf hin die Initiative ergreifen und Arzt C erneut auf ihren Vorschlag ansprechen.

8.1.4 Fazit

Im Folgenden werden die zentralen Ergebnisse aus den zwölf Analysen der einzelnen Beispiele für die sprachliche Umsetzung des handlungsstrategischen Ziels „Die Therapie des Patienten beeinflussen“ zusammenfassend dargestellt. Der Struktur der Präsentation liegen folgende vier Kriterien zugrunde: Zunächst werden für jedes Handlungsmuster die Sequenzmuster rekonstruiert, die die Angehörigen in den aufgezeichneten Gesprächen realisieren. Im Anschluss daran werden die verschiedenen eingesetzten Formulierungsverfahren und – sofern die Daten dies ermöglichen – konkrete sprachliche Formeln bzw. komplexere Äußerungseinheiten mit Signalcharakter angegeben, die in einem den hier vorgestellten Beispielen entsprechenden Kontext als ‚Erkennungszeichen‘ für die einzelnen Handlungen dienen können.³⁴⁶ Drittens werden die inhaltlichen Themen und Aspekte der Therapie des Patienten vorgestellt, die die Angehörigen in den einzelnen Handlungen bearbeiten. Abschließend werden die Zwecke bzw. Anlässe erläutert, aus denen die Angehörigen die einzelnen Handlungen einsetzen.

8.1.4.1 Rekonstruktionen des Handlungsmusters WIDERSPRECHEN

Die fünf ausgewählten Beispiele präsentieren drei Varianten von **Sequenzmustern**. Die erste besteht in einer zweigliedrigen Umsetzung des Handlungsmusters: Zuerst wird der Widerspruch ‚an sich‘ geäußert, im zweiten Schritt folgt ein korrigierendes, d.h. den Sachverhalt in der widersprochenen Bezugsäußerung korrekt darstellendes Ele-

³⁴⁵ Dem Transkript ist leider kein Hinweis hierauf zu entnehmen, da das Ende des Gesprächs unhörbar im Flur gesprochen wird.

³⁴⁶ Diese Hinweise sind jedoch mit der gebotenen Vorsicht zu genießen, die sich im Zusammenhang mit der Anwendung bzw. Übertragung von konkreten sprachlichen Äußerungen in einem spezifischen (Situations-)Kontext in einen anderen individuellen Kontext ergibt. Konkret bedeutet dies, dass die genannten Formulierungen nicht mehr als die Funktion eines ‚Hinweisglöckchens‘ (und nicht etwa einer ‚Alarmsirene‘) in anderen Gespräch zwischen Ärzten und Angehörigen erfüllen können.

ment. Dieser berichtigende Teil kann dabei von einem der beiden Gesprächspartner allein geäußert (Beispiel 1) oder von beiden gemeinsam konstruiert (Beispiel 2) werden. Im Anschluss an diesen zweiten Teil folgt in beiden Fällen eine Konsensherstellung, sozusagen das ‚Versöhnen‘ von falscher und korrekter Aussage (Beispiele 1 und 2).

Die zweite Variante ist ebenfalls zweigliedrig: Der erste Teil besteht in diesem Fall in einer Zustimmung zum Sachverhalt. Hieran schließt sich der zweite Teil an, der einer Relativierung oder Abmilderung einzelner Elemente der Bezugsäußerung dient (Beispiele 4 und 5).

Die dritte rekonstruierte Form schließlich besteht im Unterschied zu den ersten beiden Varianten nur aus einem Schritt: Der mittels einer Verschiebung des inhaltlichen Fokus indirekt geäußerte Widerspruch impliziert eine Korrektur des in der Bezugsäußerung geäußerten Sachverhalts (Beispiel 3).

Eingesetzte **Signalformeln** für WIDERSPRÜCHE:

- *Nee, nee ...*
- *Ja, gut, aber ...*
- *Ja, aber es ist damals auch gesagt worden ...*
- *Da wüsst ich nicht, nee...*

In den fünf analysierten Widerspruchshandlungen werden folgende vier **Themen** angesprochen: die Zahl der Klinikaufenthalte des Patienten (Beispiel 1), der Beginn des Krankheitsausbruchs (Beispiel 2), das Verhalten der Patientin im Fall eines Rezidivs (Beispiel 3) sowie die Medikation des Patienten (Beispiele 4 und 5).

Den **Anlass** für Angehörige, zu widersprechen, bilden in erster Linie vom Arzt aus ihrer Sicht nicht korrekt dargestellte Sachverhalte. Auch, wenn es um die Überprüfung von Patientenaussagen geht – eines der institutionalisierten Ziele von Fremdkatamnesegesprächen³⁴⁷ – kommen Widersprüche in den vorgestellten Beispielen zum Einsatz. Beispiel 4 zeigt, dass Angehörige auch scheinbare ‚Nichtigkeiten‘ zum Anlass für Widersprüche nehmen. Dies weist auf ihre Unsicherheiten hin, die wiederum dazu führen, dass die Angehörigen auf diese Weise versuchen, der komplexen Erkrankung ihres Familienmitglieds bzw. den nicht minder komplexen Konsequenzen, die die Erkrankung für den eigenen Alltag nach sich zieht, durch ‚Klarheit im Detail‘ Herr zu werden.

³⁴⁷ Vgl. Kapitel 5.1.2.

8.1.4.2 Rekonstruktionen des Handlungsmusters KRITISIEREN

Im Vergleich zu den rekonstruierten Formen des Musters WIDERSPRECHEN sind die **Sequenzmuster**, die den Angehörigen in den fünf analysierten Beispielen von Kritik zugrunde liegen, wesentlich komplexer und variationsreicher, so dass eine zusammenfassende Systematisierung wie die oben vorgenommene als unangemessen vereinfachend erscheint. Daher werden die sequenziellen Muster für jedes Beispiel einzeln dargestellt:

1. **Beispiel 6:** Hierbei handelt es sich um eine dreigliedrige KRITIK, die von Ehepaar K. interaktiv (in abwechselnden Redebeiträgen) konstruiert wird.
 - (1) Hinführen zur Kritik durch das Äußern von Skepsis
 - (2) Äußern der eigentlichen Kritik durch das Begründen der in Schritt (1) geäußerten Skepsis
 - (3) Verstärken der Kritik in zwei Schritten:
 - a) durch Reformulieren der in Schritt (1) geäußerten Skepsis
 - b) durch Einbringen eines zusätzlichen Arguments
2. **Beispiel 7:** Hier liegt ein komplexes, mehrere zusammenhängende Gesprächssequenzen umfassendes Schema vor. Dieses lässt sich in vier Phasen gliedern, die sich teilweise wiederum aus mehreren Sequenzmustern zusammensetzen.

Phase 1: Initiale Handlung der Angehörigen

 - (1) Hinführen zur Kritik in mehreren Schritten
 - (2) Äußern der eigentlichen Kritik in zwei Schritten:
 - a) durch Darstellen des konkreten Falls
 - b) durch Verallgemeinern (Abmildern)

Phase 2: Modifizierung durch die Angehörige aufgrund der Adressatenreaktion

 - (3) Abmildern der Kritik durch Verschieben des Fokus bzw. Themas

Phase 3: Erneutes Aufgreifen durch die Angehörige nach Vermittlungsversuch

 - (4) Insistieren auf der Kritik in drei Schritten:
 - a) durch Begründen der Darstellung des Falls (Phase 1, Schritt 2a)
 - b) durch Reformulieren der Darstellung des Falls (Phase 1, Schritt 2a)
 - c) durch verallgemeinerndes Werten

Phase 4: Konsensherstellung (interaktiver Prozess von allen beteiligten Gesprächsteilnehmern)
3. **Beispiel 8:** Die komplexe fünfgliedrige Kritik wird in einer Gesprächssequenz umgesetzt, allerdings an einigen Stellen durch andere, ‚eingeschobene‘ Handlungen unterbrochen.
 - (1) Hinführen zur Kritik durch Hinweisen auf Missstand
 - (2) Äußern der eigentlichen Kritik (erster Teil) durch das Begründen von (1)
 - (3) Abmildern der Kritik (erster Teil) durch Einschränken
 - (4) Hinführen zur Kritik (zweiter Teil) in mehreren Schritten

- (5) Äußern der eigentlichen Kritik (zweiter Teil) in zwei Schritten:
 a) durch Verstärken des konkreten Falls
 b) durch Verallgemeinern
4. **Beispiel 9:** Die beiden Ehepartner Herr und Frau K. konstruieren gemeinsam in ihren Redebeiträgen die sich über mehrere Gesprächssequenzen hinweg spannende, viergliedrige Kritik.
- (1) Indirektes Äußern der eigentlichen Kritik in zwei Schritten:
 a) durch Äußern von Dissens / Skepsis
 b) durch Vorschlagen einer Alternative
- (2) Verweigern der Ratifikation für Gegenargument des Gesprächspartners (d.h. des Arztes) durch indirektes Äußern von Skepsis (in Form einer Frage)
- (3) Insistieren auf der Kritik durch Äußern von Skepsis bzw. Ablehnung
- (4) Insistieren auf der eigentlichen Kritik in zwei Schritten:
 a) durch Begründen der anfangs geäußerten Skepsis (Schritt 1a)
 b) durch indirektes Auffordern des Gesprächspartners (Arzt) zu einer Korrektivhandlung³⁴⁸
5. **Beispiel 10:** Hier liegt eine zweigliedrige Rekonstruktion des Handlungsmusters vor.
- (1) Hinführen zur Kritik durch Beschreiben einer als positiver erlebten Situation
 (2) Äußern der eigentlichen Kritik

Unabhängig von ihrer jeweiligen individuellen Komplexität lässt sich folgende grundsätzliche Struktur der einzelnen rekonstruierten Formen des Handlungsmusters KRITISIEREN festhalten, die in der Regel aus drei Phasen bestehen:

- (1) Hinführen zur Kritik
- (2) Äußern der eigentlichen Kritik
- (3) Insistieren auf der Kritik

Im Hinblick auf die eingesetzten **Formulierungsverfahren** für KRITIK ist die Adressatenfrage von zentraler Bedeutung: Wenn sich die Kritik auf Handlungen des Gegenübers (des Arztes) bezieht, werden meist objektivierende, unpersönliche Formulierungen eingesetzt. Vgl. hierzu die Beispiele 6 und 9, in denen an der sprachlichen Oberfläche nicht der Arzt für seine therapeutische Maßnahme (Klinikaufenthalte, Medikamente) kritisiert wird, sondern die Maßnahme selbst. Die häufig auftretenden Anacoluthkonstruktionen drücken aus, dass die Angehörigen die Gesprächssituation jeweils selbst als unangenehm empfinden.

³⁴⁸ Zu dieser Bezeichnung siehe Günthner (2000 : 3). Die indirekt eingeforderte Korrektivhandlung besteht in diesem Fall im Unterlassen einer weiteren bzw. repetitiven Handlung.

Insgesamt drückt der Einsatz unpersönlicher Formulierungen die Zurückgenommenheit der Angehörigen aus, dient ihrer Distanzierung und dem Abschwächen der gesichtsbedrohenden Wirkung gegenüber dem Gesprächspartner bzw. der kritisierten Person.

Auf Basis dieser Beobachtung lässt sich folgende Hypothese formulieren, die an einem größeren Korpus zu überprüfen wäre: Durch die verallgemeinernden und begründenden Formulierungsverfahren sowie die an mehreren Stellen zu beobachtende ‚Entemotionalisierung‘ der Argumentation verleihen die Angehörigen ihren Äußerungen fachsprachliche Züge, um sich dem Stil der Ärzte anzupassen und ihrer Kritik dadurch gleichsam höhere ‚Erfolgschancen‘ zu verleihen. Vgl. hierzu besonders G4: Die Kommunikation zwischen Herrn und Frau K. ist geprägt von massiven, direkt formulierten gegenseitigen Vorwürfen; gegenüber dem Arzt jedoch verwenden beide Ehepartner ausschließlich unpersönliche, verallgemeinernde Formulierungen.

Eingesetzte **Signalformeln** für KRITIK:

- *zwar ... aber*
- *Ich weiß nicht, ob es gut war ...*
- *Nur, was ich nicht verstehe ...*
- *Ich spüre überhaupt keine Veränderung.*
- *... und das, find ich, ist eine absolute Lücke.*
- *Meinen Sie, dass man da ...*
- *Ich weiß er braucht sie [die Medikamente], aber das is für mich immer so ne Horrorvorstellung ...*
- *Was der alles schon gekriegt hat und dann wieder abgesetzt ...*

Auf folgende drei inhaltliche **Themenkomplexe** beziehen sich die Angehörigen in ihren KRITISIERENDEN Handlungen: erstens verschiedene Bestandteile der Therapie des Patienten: zum einen die stationäre Behandlung (Beispiel 6), zum anderen die Medikation (Beispiele 9 und 10). Den zweiten Themenkomplex bilden allgemeine, organisatorische Umstände der institutionellen psychiatrischen Versorgung: zum einen personelle Unklarheiten bei der ärztlichen Betreuung (Beispiel 7), zum anderen die allgemein als unzulänglich empfundene Situation der Jugendversorgung (Beispiel 8).

In den untersuchten Beispielen lassen sich folgende **Gründe bzw. Zwecke** ausmachen, die Angehörige dazu bringen, die aufgeführten Aspekte im Zusammenhang mit der Therapie ihres kranken Familienmitglieds zu kritisieren:

Die Kritik kann sich auf Therapieabschnitte bzw. -bestandteile richten, an denen der Gesprächspartner – d.h. der derzeit behandelnde Arzt des Patienten – direkt in vollem Umfang beteiligt (Beispiele 9 und 10), teilweise beteiligt (Beispiele 6 und 8) oder gar nicht beteiligt ist (Beispiel 7).

Ärztliche Äußerungen zu therapeutischen Maßnahmen für den Patienten scheinen – anders als Diagnose-Mitteilungen – von den Angehörigen offenbar als VORSCHLÄGE interpretiert zu werden, die jeweils eine Form der Zustimmung oder Ablehnung (mit oder ohne Gegenvorschlag) erfordern (besonders deutlich in den Beispielen 9 und 10). Damit bestätigt die Analyse die Beobachtungen von Stivers (2006 : 282, 288, 291) und bietet einen Ansatz für die Erklärung des vergleichsweise häufigen Einsatzes kritisierender Handlungen, obwohl diese wie gezeigt weder bei den Angehörigen selbst noch bei den Ärzten ‚ganz oben auf der Beliebtheitsskala stehen‘.

Auch die Unterschiede im Verständnis dessen, was *Therapie* eigentlich bedeutet bzw. welches die Ziele von Therapie und Nachsorge sind, bieten den Angehörigen Anlass zur Kritik: Wenn die Angehörigen keinen ‚Erfolg‘ der therapeutischen Maßnahmen feststellen können, kritisieren sie diese (Beispiele 6 und 9). Dies hängt damit zusammen, dass Ärzte und Angehörige *Erfolg* in Bezug auf die Therapie unterschiedlich definieren. Dabei spielen die beiden Aspekte *Helpen* und *Heilen* eine bedeutende Rolle.

Schließlich gibt auch paternalistisches, d.h. nicht erklärendes, Verhalten von Gesundheitsprofessionellen, das keine Notwendigkeit für eine Art ‚Erwartungsmanagement‘ sieht, Anlass zu Kritik (Beispiel 7).

8.1.4.3 Rekonstruktionen des Handlungsmusters VORSCHLAGEN

In den beiden ausgewählten Beispielen lassen sich folgende **Sequenzmuster** von VORSCHLÄGEN rekonstruieren:

1. **Beispiel 11:** Die Angehörige äußert ihren dreigliedrigen VORSCHLAG über mehrere Gesprächssequenzen hinweg.
 - (1) Hinführen zum Vorschlag durch das Äußern von Kritik (in zwei Anläufen)
 - (2) Äußern des eigentlichen Vorschlags
 - (3) Insistieren auf Vorschlag
2. **Beispiel 12:** In diesem Beispiel liegt ein zweigliedriger Vorschlag vor.
 - (1) Hinführen zum Vorschlag in zwei Schritten:
 - a) durch Äußern von grundsätzlicher Zustimmung zur aktuellen Therapie
 - b) durch Schildern der eigenen früheren Meinung
 - (2) Äußern des eigentlichen Vorschlags

In beiden Beispielen finden sich folgende **Formulierungsverfahren** in den VORSCHLAGShandlungen: Zum einen setzen die Angehörigen *verba sentienda* ein; zum

anderen sind ihre Äußerungen stark elliptisch formuliert, worin sich die persönliche Zurückhaltung der Angehörigen und ihr Respekt vor dem Expertentum der Ärzte ausdrückt.

Eingesetzte **Signalformeln** für VORSCHLÄGE:

- *Ich würde das begrüßen ...*
- *Manchmal habe ich den Eindruck, er möchte ...*
- *Wir könnten noch versuchen, ...*
- *Vielleicht kann man ja mal ...*
- *Das müsste man vielleicht mal abwarten und dann daraufhin entscheiden ...*

Gegenstand der beiden Vorschläge in den Beispielen sind folgende zwei **Themen**: die Medikation des Patienten (Beispiel 11) und die psychosozialen Elemente der Behandlung (Beispiel 12).

Der **Zweck** der Vorschläge in Bezug auf die Patientenperspektive besteht zum einen in der Erhöhung der Belastbarkeit des Patienten (Beispiel 11) und zum anderen in der Erweiterung des sozialen Netzes des Patienten (Beispiel 12). In beiden untersuchten Beispielen lassen sich darüber hinaus als Motivation für das Einbringen der Vorschläge die eigenen Belastungen der Angehörigen durch die alltäglichen Kontaktsituationen mit dem Patienten ausmachen. Mit ihren Vorschlägen verfolgen die beiden Angehörigen daher auch das Ziel, selbst entlastet zu werden.

8.1.4.4 Zusammenschau

Zusammenfassend ist Folgendes zu den Handlungsmustern, die der Beeinflussung der Therapie dienen, bzw. ihrer Umsetzung in den untersuchten Beispielen festzuhalten:

Die Analysen der in den vorangegangenen Kapiteln vorgestellten verschiedenen Versuche der Angehörigen, Einfluss auf die Therapie des Patienten zu nehmen, sei es in Form von WIDERSPRÜCHEN, KRITIK oder VORSCHLÄGEN, zeigen, dass diese Handlungen bis auf drei Ausnahmen immer zwei perspektivische Ausrichtungen umfassen:

In der auf den Patienten gerichteten Perspektive der Angehörigen zielen die Handlungen auf eine Verbesserung (und nicht die ‚nur‘ stabile Beibehaltung) des Zustands des erkrankten Familienmitglieds. Gleichzeitig sind die Äußerungen der Angehörigen als Anzeichen für ihre eigene Hilflosigkeit und ihre Sorgen zu sehen: Die Übergänge zum handlungsstrategischen Ziel „Eigene Befindlichkeiten thematisieren“ sind fließend: Lediglich in drei der zwölf Beispiele konnte die Untersuchung keine Verschränkungen

der patientenorientierten Perspektive mit der Eigenperspektive der Angehörigen in den Handlungen nachweisen.

Für die Wahl der besprochenen Themen legt diese Beobachtung die Hypothese nahe, dass Angehörige nur diejenigen Bestandteile der Therapie ihres kranken Familienmitglieds ansprechen, die für sie selbst bzw. für ihre eigene Bewältigung der Situation in irgendeiner Form relevant sind.³⁴⁹ Dies zeigen in gewisser Weise auch die Ergebnisse der empirischen Studie von Günther (1990):

„Der Bereich der Therapie nahm einen sehr breiten Raum während der Gespräche ein. [...] Dabei zeigten die Äußerungen von Wut und Ärger über Hilflosigkeit und Ohnmacht bis zu Ängstlichkeit ein sehr breites Spektrum an Gefühlen.“ Günther (1990 : 44)

Besonders die Psychopharmakotherapie nimmt in den analysierten Beispielen mit dem handlungsstrategischen Ziel der Therapiebeeinflussung den größten Raum ein: In fünf der hier analysierten zwölf Beispiele machen die Angehörigen die Medikation des Patienten zum Thema ihrer jeweiligen Handlung.

Die Reaktionen der ärztlichen Gesprächspartner auf die verschiedenen Versuche der Angehörigen, die Therapie zu beeinflussen, umfassen ein breites Spektrum. Dabei fällt allerdings auf, dass die meisten Aussagen zu (künftigen) Veränderungen der Therapie des Patienten sprachlich vage, oft auch ausweichend formuliert sind. Teilweise geben die Ärzte auch (in unterschiedlicher Form und in unterschiedlichem Maße) für bisherige therapeutische Maßnahmen die Verantwortung ab. Dies bedingt in vielen Fällen ein Insistieren auf Seiten der Angehörigen und trägt so zur Komplexität der einzelnen rekonstruierten Sequenzmuster der Handlungen bei.

Dieses ärztliche Verhalten bzw. die in den untersuchten Beispielen eingesetzten Formulierungsverfahren sind zu einem großen Teil darin begründet, dass auch die Ärzte nicht ausschließlich auf die medizinische Behandlung, also in gewisser Weise patientenorientiert, argumentieren, sondern in einem gewissem Maße ebenso wie die Angehörigen eigene Bedürfnisse mit in ihre sprachlichen Handlungen einbringen. Die Analysen deuten darauf hin, dass eines der wichtigsten, wenn nicht das zentrale dieser ärztlichen Bedürfnisse die juristische Absicherung ist (Beispiele 9, 10 und 11).

³⁴⁹ Zur Überprüfung der Hypothese wären Interviews mit den behandelnden Ärzten oder den Patienten denkbar, in denen diese darstellen, welche Aspekte der Therapie aus ihrer Sicht bzw. aus der Patientenperspektive in der jeweiligen Situation zu kritisieren oder welche Vorschläge es einzubringen gelte.

8.2 Die eigenen Befindlichkeiten thematisieren

„Meiner Seele unendliche See
Ebbet langsam in sanfter Flut.“

- Georg Heym *Spitzköpfig kommt er ...* aus: *Umbra vitae*, S. 19 -

Nachdem im vorangegangenen Kapitel Beispiele für die drei zentralen sprachlichen Handlungen besprochen wurden, die Angehörige zur Beeinflussung der Therapie ihres erkrankten Familienmitglieds einsetzen, stehen in den folgenden Beispielen Handlungen im Mittelpunkt, mit denen Angehörige ihre eigenen Befindlichkeiten im Gespräch mit dem behandelnden Arzt positionieren.

8.2.1 Wie Angehörige nach Informationen fragen

Handlungsstrategisch nimmt das ERFRAGEN VON INFORMATIONEN streng genommen eine ‚Zwischenposition‘ zwischen dem Beeinflussen der Therapie des Patienten und dem Thematisieren eigener Befindlichkeiten der Angehörigen ein. Die erfragten Informationen sind zwar in der Regel auf den Patienten bzw. dessen Therapie ausgerichtet, gleichzeitig aber immer auch Ausdruck der eigenen Bedürfnisse der Angehörigen. Hier kommt das Bedürfnis der Angehörigen zum Ausdruck, Wissenslücken zu schließen, um die therapeutischen Maßnahmen ihres Familienmitglieds verstehen zu können. Neben Fragen nach Medikamenten³⁵⁰ können auch organisatorische und psychosoziale Themen Gegenstand der Fragen von Angehörigen sein.³⁵¹

Beispiel 13

Im Gespräch zwischen Arzt B und Frau B., Patientin Anna B. und Herrn L. (G2) thematisiert Frau B. die Frage nach einer eventuellen Altersgrenze für die Unterbringung ihrer schizophrenen Schwägerin im Wohnheim:

Beleg 31: (G2, Z. 452-482)

Frau B.: ((...)) es wird höchstens noch ma en problem werden=oder da hatte se schon ma drüber gesprochen WAS is wenn ich älter werde;=

Arzt B: =hm hm=

Frau B.: =ja, wie lange kann se im haus josef BLEIBen (.) bevor se eben dann (.) in en seniorenheim müsste oder wie sieht des bei ihnen aus;

Herr L.: sie kann erst ma bei uns bleiben [()]

³⁵⁰ Vgl. G8, Z. 99-101.

³⁵¹ Vgl. G7, Z. 187-201.

- Arzt B: [()]
- Herr L.: das is wie inner normalen familie AUCH ne, wenn sie wirklich
ner pflege bedürfte müsste man kucken
[was man macht
- Frau B.: [nee=nee ich red jetz net vom () nit dass man sagt also
spätestens ab fünfundsechzig=
- Herr L.: =nee=nee das=
- Frau B.: dann=
- Arzt B: [gibt keine altersgrenze]
- Herr L.: [gibt keine altersbegrenzung]
- Frau B.: [das ist doch wunderbar ne, anna?]
- Patientin B.: hm=hm (.) schö:n
- Frau B.: !JA!
- Herr L.: das ham wir von vornherein so gewollt dass also nich die
bewohner da in=unter druck geraten dass sie sich vielleicht
äh anpassen ne?=
Frau B.: =das wär noch ma=da ham wir nämlich mal drüber gesprochen
was ist WENN (.) ja, aber du siehst anna;
- Patientin B.: ja (das schaff ich ja auch noch gut-)
- Herr L.: die tagesstätte (.) ja (.) so lange es IHNen FREUde macht
ne? und so lange es auch GUT für sie ist denke ich ne? (-)
dann wärs schon=

Nachdem Frau B. im ersten Teil ihres Redebeitrags, der dem obigen Beleg vorausgeht, berichtet, dass ihre kranke Schwägerin zwar zu Beginn des Aufenthalts im Wohnheim eine eigene Wohnung vorgezogen hätte, dies jedoch seit einigen Jahren nicht mehr der Fall sei, führt sie den neuen Aspekt des Themas ‚Unterbringung im Wohnheim‘ mit der unpersönlichen, durch es eingeleiteten Extrapositionskonstruktion:³⁵² „es wird höchstens noch ma en problem werden=“ ein. Damit „lenkt die Sprecherin mit der evaluierenden Rahmung die Aufmerksamkeit des Gegenübers auf den angekündigten und erst im Folgeteil artikulierten Sachverhalt“ (Günthner 2008 : 104f.). Im Anschluss steigt Frau B. auf die Formulierung: „oder da hatte se schon ma drüber gesprochen WAS is wenn ich älter werde;=“ um. Damit geht ein Wechsel von einer generalisierenden auf eine persönlich-involvierende, die Position der Patientin einnehmende Perspektive einher. Die Formulierung als direkte Redewiedergabe ist allerdings nicht zwangsläufig ein tatsächliches, wörtliches Zitat, das genau so und nicht anders von der Patientin geäußert wurde: Vielmehr handelt es sich hier um ein treffendes Beispiel dafür, dass die in der traditionellen Grammatik und Textlinguistik praktizierte „starre, dichotomische Ein-

³⁵² Vgl. Günthner (2008 : 103).

teilung in direkte und indirekte Rede [...] der [...] Vielfalt an Wiedergabeformen nicht gerecht wird.“ (Günthner 2007 : 88); es handelt sich um eine „Rekonstruktion der Gedankenwelt“ der Patientin, die „durch die direkte Redewiedergabe hindurch die Einschätzung“ der Schwägerin erkennen lässt.³⁵³ Sie dient der Aufmerksamkeitssteuerung und gleichzeitig der Relevanzmarkierung, d.h. sie liefert die Begründung für das Einbringen des Themas. In der anschließenden Äußerung konkretisiert Frau B. die zuvor nur indirekt ausgedrückte Frage nach der ‚maximalen Dauer‘ eines Wohnheimaufenthalts, die sie und ihre Schwägerin beschäftigt.

In dem einschränkenden, sprachlich vagen „erst ma“ zu Beginn der Antwort von Heimmitarbeiter Herr L. kündigt sich die Fokusverlagerung an, die sich im Konditional- bzw. Temporalsatz „wenn sie wirklich ner pflege bedürfte müsste man kucken“ manifestiert: Während die Besorgnis von Frau B. und der Patientin rein ‚quantitativ‘ (nämlich auf das Alter bzw. die Anzahl der Jahre, die Anna B. noch im Wohnheim verbringen kann, bezogen) ist, liegt die Problematik bzw. das entscheidende Kriterium für den Aufenthalt im Wohnheim für den Heimmitarbeiter eher im ‚qualitativen‘ Aspekt der Pflegebedürftigkeit der Patientin.

Die Reaktion von Frau B.: „nee=nee ich red jetzt net vom ()“ lässt darauf schließen, dass sie diese Verschiebung des Fokus zwar offenbar wahrnimmt, dass dieser Aspekt jedoch für sie (zumindest in der momentanen Situation) nicht von Bedeutung ist.

Arzt B und Herr L. gehen daraufhin nicht weiter auf die ‚Pflegefall‘-Problematik ein, sondern greifen lediglich den Altersaspekt auf, auf dem Frau B. in ihrer Äußerung insistiert, und erreichen so eine unmittelbare, (allerdings nur) momentane Entlastung der Angehörigen, was deren positive Reaktion: „das ist doch wunderbar ne, anna?“ und die betont artikulierte Antwortpartikel „!JA!“ belegen.

Herr L. reagiert mit der Erläuterung: „das ham wir von vornherein so gewollt dass also nich die bewohner da in=unter druck geraten dass sie sich vielleicht äh anpassen ne?“. Hier stellt sich die Frage, welche Funktion diese Reaktion des Heimmitarbeiters hat; in Bezug auf die Sorge Frau B.s erscheint nicht klar, worin die inhaltliche Relevanz bzw. der Bezug der Aussage Herrn L.s liegt: Frau B. hebt wie oben gezeigt ausschließlich auf das Alter der Patientin bzw. ihr Älterwerden und die sich daraus eventuell ergebenden Konsequenzen ab – was meint Herr L. daher mit „anpassen“? Eine mögliche Erklärung ist, dass Herr L. zwar Frau B. anspricht, jedoch mit seiner Aussage primär die während des Gesprächs ebenfalls anwe-

³⁵³ Siehe Günthner (2007 : 89).

sende Patientin adressiert (wenngleich dies an der sprachlichen Oberfläche nicht ersichtlich ist) und auf ihren ‚Schutz‘ bzw. ihre Entlastung abzielt, d.h. dass er Anna B. nicht beunruhigen oder unter Stress setzen und so möglicherweise eine Verschlechterung ihres Zustands verursachen möchte. Die Äußerung erscheint so zunächst unterstützend-entlastend.

Aufgrund der inhaltlichen Fokusverschiebung in der Äußerung kann es allerdings durchaus als gerechtfertigt gelten, dass dies nur eine Teilfunktion ist und dass die Äußerung ebenso dazu dient, eine mögliche Auseinandersetzung mit Frau B. zu vermeiden – was auch tatsächlich gelingt, wie die Reaktion der Betreuerin und Schwägerin Anna B.s zeigt: „((...)) da ham wir nämlich mal drüber gesprochen was ist WENN (.) ja, aber du siehst anna;“.

Hier kommt in der persönlich-involvierenden Formulierung in der ersten Person Plural zum Ausdruck, dass Frau B. nicht nur quasi als ‚Anwältin‘ ihrer kranken Schwägerin eine Sorge der Patientin thematisiert hat. Vielmehr ist die Frage der Unterbringung Annas auch für sie selbst von Bedeutung sowie mit Belastungen und Sorgen verbunden. Im weiteren Verlauf des Gesprächs wird ihre persönliche Betroffenheit und Erleichterung erneut deutlich: „[also für uns] is es der idealfall. wir wissen der anna gehts gut, UNS geht es dabei gut;“ (G2, Z. 519-520).

Diese beiden Äußerungen lassen die Deutung zu, dass Frau B. sich nicht der möglichen Problematik bewusst ist, die sich im vorliegenden Transkriptausschnitt ankündigt: Zwar wurde der von ihr ins Gespräch eingebrachte Aspekt ihrer oben zitierten, elliptisch formulierten Frage „was ist WENN“ auf positive Weise beantwortet, jedoch bringt Herr L. einen weiteren Aspekt zur Sprache, der weder im hier untersuchten Beleg noch im weiteren Verlauf des Gesprächs geklärt wird. Somit wird letztlich die zugrunde liegende Frage: „Was passiert, wenn die Patientin aus dem Wohnheim ausziehen muss?“ nicht beantwortet und das Gespräch erbringt keine Lösung für Frau B.s Grundproblem.

Im Sinne einer partnerschaftlich-kritischen, die Sorgen des Gegenübers tatsächlich ernst nehmenden Gesprächsführung müsste einer der beiden institutionellen Vertreter idealerweise an der Stelle des Einwands von Frau B. („nee=nee ((...))“), spätestens jedoch nach ihrer erleichterten Äußerung: „ja, aber du siehst anna;“ darauf hinweisen, dass das Eintreten einer Pflegebedürftigkeit für Anna B. gegebenenfalls die ‚Ausweisung‘ aus dem Wohnheim bedeuten kann und somit die gleiche (negative) Konsequenz hätte wie das Leben der Patientin „inner normalen familie AUCH“, eine Situation, mit der Herr L. zuvor das Leben im Wohnheim verglichen hat, wenn er auch diesen Aspekt der Analogie so nicht direkt ausgesprochen hat.

Zur Gesprächsführung von Arzt und Heimitarbeiter in Bezug auf die Schwägerin der Patientin lässt sich somit zusammenfassend Folgendes festhalten: Beide formulieren ihre Redebeiträge an der sprachlichen Oberfläche, d.h. auf der formalen Ebene, kooperativ und entlastend – allerdings nicht auf der inhaltlichen Ebene, wenngleich dies nicht auf den ersten Blick bzw. beim ersten Hören offensichtlich sein mag. Damit liegt bei beiden ein konsensorientiertes Gesprächsverhalten vor, für das gilt, was Nagel (2001) für Arzt-Patienten-Gespräche festgestellt hat:

„Eine hohe generelle Zufriedenheit mit der Beratung sollte nicht darüber hinwegtäuschen, daß im Detail erhebliches Konfliktpotential vorliegen kann.“
Nagel (2001 : 428)

Die Zwickmühle für Arzt B und Herrn L. besteht darin, dass Schwägerin und Patientin beide anwesend sind. Die Analyse von Beleg 13 zeigt, dass ein ernst nehmendes, partnerschaftliches Handeln gegenüber der einen gleichzeitig eine Belastung für die andere bedeuten und Stress provozieren kann. Der gewählte Weg, mit diesem Dilemma umzugehen, kann als Ausdruck der als prioritär empfundenen Verantwortung bzw. Verpflichtung gegenüber der Patientin gedeutet werden. Gleichzeitig sind die Reaktionen von Herrn L. und Arzt B ein Beispiel dafür, dass auch Gespräche nur mit Angehörigen – ohne die Anwesenheit des Patienten – sinnvoll sind, um den Bedürfnissen aller von der Erkrankung und ihrer Therapie Betroffenen gerecht werden zu können.

8.2.2 Wie Angehörige ihre erkrankungsbezogenen Belastungen äußern

Die Analysen in Kapitel 8.1 haben gezeigt, dass sich die verschiedenen Formen von Belastung bei den Angehörigen von Schizophreniepatienten indirekt in der Kritik an der Therapie ihres kranken Familienmitglieds oder in Vorschlägen zu derselben ausdrücken können. In den untersuchten Gesprächen finden sich aber auch Beispiele für explizite Äußerungen von Belastungen, die im Folgenden näher betrachtet werden.

Beispiel 14

Die medikamentöse Therapie gibt Angehörigen nicht nur Anlass zu Kritik, sondern wird auch explizit als Grund für emotionale Belastung angegeben. So kommt Frau K. gegen Ende des Gesprächs mit Arzt B (erneut) auf die Psychopharmaka, die ihr Sohn Karsten einnimmt, zu sprechen:

Beleg 32: (G4, Z. 1094-1117)

Frau K.: und auch so diese untersuchungen laufen auch immer
ständig;=diese kontrollen;=blutuntersuchung und das
[alles=is alles bei ihm noch im normbereich; ja;=**ich mein
diese medikamente**]

- Arzt B: [das wird regelmäßig=das findet regelmäßig statt. (.)
das=das is okay;=ja. das=das machen wir]
- Frau K.: **sind ja keine einfachen aspirintabletten die er da
nimmt;=ich mein die ham ja schon auch aufn ganzen körper
einfluss und äh=**
- Arzt B: =das machen wir; ja; das wird regelmäßig kontrolliert.=
- Frau K.: =das is alles noch im grünen bereich;=
- Arzt B: =das is alles okay; ja. ja.
- Frau K.: hm=hm, **da mach ich mir halt auch immer so meine
gedanken;=meine sorgen.=**
- Arzt B: =ja gut, ich denke das is sicher auch berechtigt; man muss
sich auch sorgen machen wenn jemand medikamente sein leben
lang einnehmen muss;=aber man muss halt immer äh abwägen
was=was spricht dafür was spricht dagegen.=und ich denk halt
ohne medikamente is es sicherlich nich möglich <<dim> ihn
vernünftig zu behandeln.> <<f> gut.=vielleicht noch ma ne
abschluss=noch ne frage an sie als betreuer;=ich muss noch
nen BRIEF jetzt schreiben an den HAUSarzt und da wollt ich
nur fragen obs=ob ihnen das recht is ob se da; da ham se
nichts dagegen;

In ihrer Frage zu Beginn des Belegs stellt Frau K. die zunächst rein sachlich erscheinende, zweiteilige Frage nach therapiebezogenen Informationen, d.h. nach der Durchführung von regelmäßigen Blutuntersuchungen ihres Sohnes zum einen und deren Ergebnissen zum anderen. Jedoch kündigt bereits die Art der Fragestellung an, dass es ihr wohl nicht nur bzw. nicht primär um das Erfragen kognitiver Inhalte geht: Das schnelle und verschleifende Reden, das Nichtabwarten bzw. Übergehen einer Antwort von Arzt B sowie die lenkende und wertende Formulierung: „alles bei ihm noch im normbereich“ (statt einer offenen Frage wie: „Wie sind seine Werte?“) mit dem temporal-einschränkenden Adverbkonnektor *noch* können als Ausdruck für Frau K.s Unsicherheit und Angst in Bezug auf die pharmakologische Behandlung ihres Sohnes bzw. als Auftakt zu einer explizit evaluativen Äußerung gedeutet werden.

Diese Interpretation bestätigt sich im nächsten, mit „ich mein“ eingeleiteten Satz, in dem Frau K. ihr eigentliches Thema präsentiert. Sie bewertet hier die Medikamente, indem sie sie mit Hilfe des Vergleichs: „ja keine einfachen aspirintabletten“ kategorisiert, wobei sie den Aspekt der *Einfachheit* bzw. vielmehr die Negation derselben in der nachgeschobenen Konstruktion präzisiert: Die die Aussage verstärkend wirkende Adverb-Partikel-Kombination: „ja schon auch“ betont, dass das Wirkungs- (und vor allem das Nebenwirkungs-)Spektrum von Psychopharmaka nach Frau K.s Verständnis deutlich breiter ist als beispielsweise bei Aspirin, nämlich „aufn ganzen kör-

per einfluss“ ausübe, während die Wirkung von Aspirin auf einzelne, schmerzende Körperstellen beschränkt sei.

Damit zeigt dieses Beispiel deutlich, dass der Übergang vom Erfragen von Informationen zum Äußern von Belastungen fließend ist – sowohl auf der formalen Ebene der sprachlichen Oberfläche als auch inhaltlich: Das Erfragen von therapie- und damit primär patientenbezogenen Informationen dient hier als Aufhänger für das Einbringen eigener Belastungen.

Das direkte An- bzw. Aussprechen dieser emotionalen Belastung geschieht in Form einer zweistufigen Klimax: Frau K. reformuliert den neutralen Begriff „gedanken“ mit dem eindeutig emotional negativ besetzten, verstärkenden Ausdruck „sorgen“. Arzt B fühlt sich durch diese Äußerung offenbar indirekt zu einer – entlastenden – Reaktion aufgefordert, denn er unterbricht Frau K. und äußert sich zunächst zustimmend. In seiner Formulierung fallen zwei Aspekte auf: erstens die Verwendung des Modalwortes und sog. Hypotheseindicators *sicher*, der nach Imo (2007 : 264) die Funktion hat, „die Äußerung zu verstärken und hervorzuheben, ohne aber deren propositionalen Gehalt als mit Sicherheit zutreffend zu markieren“. Zweitens wählt Arzt B nach der Einleitung durch den persönlich-involvierenden Matrixsatz „ich denke“ die verallgemeinernden Formulierungen mit *das ist* und *man muss*, anstatt Frau K. direkt anzusprechen.

Diese Ausdrucksweise macht den folgenden, mit *aber* eingeleiteten Adversativsatz bzw. seine propositionale Aussage erwartbar: „aber man muss halt immer abwägen was=was spricht dafür was spricht dagegen“. Die auch hier gewählte unpersönlich-verallgemeinernde Formulierung dient auf der Beziehungsebene dazu, den gesichtsbedrohenden Akt, den die Relativierung der mütterlichen „sorgen“ gegenüber Frau K. darstellt, abzumildern. In der anschließend präsentierten Schlussfolgerung, also dem Ergebnis des von ihm selbst erwähnten *Abwägens*: „=und ich denk halt ohne medikamente is es sicherlich nich möglich <<dim> ihn vernünftig zu behandeln.>“ positioniert sich Arzt B allerdings durch die Formulierung mit dem Matrixsatz „ich denk halt“ als professioneller Experte gegenüber der Mutter und signalisiert so indirekt seinen Anspruch auf die in Hierarchie und (Fach-)Wissen begründete ‚Lizenz zum Bewerten‘ der Medikamente bzw. der pharmakologischen Therapie. Auch die Tatsache, dass Arzt B seine Meinung weder begründet noch für die Mutter nachvollziehbar herleitet, z.B. indem er das erwähnte *Abwägen* ‚vorführt‘ und Pro- und Kontrapunkte zu den Medikamenten auflistet, konterkarieren die gesichtsschonende Wirkung seiner vorhergehenden Ausdrucksweise erheblich.

Vollends in eine Frau K. gegenüber autoritative und ihr Gesicht verletzende Gesprächsführung geht der Arzt in seinem nächsten Satz über: Mit der lauter gesprochenen, zusammenfassenden Gliederungspartikel *gut* leitet er zur (zwar auf der lexika-

lischen Ebene zurückgenommenen, jedoch ein pragmatisches Signal setzenden) *Abschlussfrage* an Herrn K. „als betreuer“ über. Der Arzt wechselt hier also nicht nur Thema und Adressaten, sondern verfestigt und vertieft auch auf der Beziehungsebene durch seine Ausdrucksweise den ‚Graben‘ zwischen sich und Frau K.³⁵⁴

Insgesamt zeigt dieses Beispiel, dass auch nach jahrelanger Erkrankung und Therapie eines Familienmitglieds nicht zwangsläufig alle Fragen und Wissensdefizite der im weitesten Sinne pflegenden Angehörigen in Bezug auf die zur Behandlung eingesetzten Psychopharmaka geklärt sind. Die Äußerung Frau K.s bestätigt, dass dieser Mangel an sachlichem Wissen zu emotionalen Belastungen bei den Angehörigen führen kann, kurz gesagt: Unwissen und Ungewissheit bewirken Ablehnung und Angst. Rehbein (1994) formuliert dieses Phänomen in Bezug auf ein Arzt-Patienten-Gespräch wie folgt:

“The dissent created by fear, which itself creates more fear, is by no means diminished by the (repetitive) semi-professional verbalization of the therapy proposals and the explanations of them. [...] The right answer for her [i.e. the patient] would enable her to form a conception of coping with the illness [...]” Rehbein (1994a : 103)

Nicht nur in Bezug auf die Zustimmung zur Therapie des Patienten und deren Unterstützung durch die Angehörigen, sondern auch im Hinblick auf deren eigene Belastungen und den Umgang mit der Erkrankung erscheint es daher lohnenswert, näher auf die Bedenken der Angehörigen einzugehen.

Im konkreten Fall könnte zumindest ein weiterer Teil der „right answer“ für Frau K. in der ergänzenden Erläuterung der biomedizinischen Wirkweise der Psychopharmaka ihres Sohnes bestehen. Zwar hat die Analyse der Äußerungen von Frau K. im obigen Beleg gezeigt, dass ihr selbst das Platzieren des affektiven Aspekts bzw. ihrer emotionalen Belastung wichtiger ist als das Erfragen sachbezogener Informationen. Jedoch ist nicht auszuschließen, dass der Beweggrund für diese Fokussierung primär ‚beziehungstechnischer‘ Natur ist, genauer: das eigene Positionieren als ‚Expertin aus Erfahrung‘³⁵⁵ gegenüber Arzt B und ihrem Mann; sie vermeidet vermutlich mehr oder weniger bewusst, explizit nach der Wirkweise der Medikamente zu fragen, um sich keine fachliche Blöße geben zu müssen. Zum einen hat sie in einer der vorangehenden Sequenzen des Gesprächs bereits eine diesbezügliche ‚Disqualifizierung‘ durch den Arzt erfahren (vgl. Beispiel 9) und zum anderen ist ihr Sohn schließlich seit mehr als zehn Jahren in Behandlung. Arzt B könnte somit voraussetzen, dass sie über dieses Wissen

³⁵⁴ An früherer Stelle im Gespräch schildert Frau K., dass sie sich zurückgesetzt fühlt, wenn die für ihren Sohn zuständige Heimmitarbeiterin bei Telefongesprächen nur ihrem Mann als rechtllichem Betreuer Auskunft geben will. Vgl. G4, Z. 969-972.

³⁵⁵ Vgl. auch Beispiel 9.

verfügt – was jedoch weder bei ihr noch bei ihrem Mann der Fall zu sein scheint, wie auch in Beispiel 9 deutlich wurde.

Mit ihrem ‚Aspirin-Vergleich‘ liefert sie dem Arzt allerdings eine gute (und gleichzeitig elegant verpackte) Vorlage, um – auf eine für alle Beteiligten gesichtswahrende Weise – Unterschiede und Gemeinsamkeiten in der Wirkweise der Medikamente zu veranschaulichen.³⁵⁶ So könnte er Frau K.s pharmakologisches Wissen oder/und ihre Vorstellung in Bezug auf diesen therapeutischen Aspekt erweitern, präzisieren oder auch korrigieren und sie gleichzeitig nachhaltig emotional entlasten, indem er ihr die Angst vor dem Unbekannten nimmt.

Beispiel 15

Im gemeinsamen Gespräch mit seiner kranken Frau und Arzt B gibt Karl R. auf Nachfrage des Arztes an, dass er die Krankenhausaufenthalte seiner Frau in der Vergangenheit als eine organisatorische Belastung empfunden hat:

Beleg 33: (G3, Z. 271-303)

Arzt B: was würden se sagen wie kommen sie denn SELber klar=sind se irgendwie (.) beeinträchtigt durch die krankheit ist es für sie ne starke belastung=was würden se selber sagen=wie kommen sie damit zurecht dass ihre frau krank is=ich mein im moment is se ja relativ stabil durch die tagesstätte-

(9.0)

Patientin R.: hm [er is selber manchmal]

Arzt B: [()]

Patientin R.: er is selber manchmal bisschen aufgere:gt.

Herr R.: ()

Arzt B: ja, würden sie sagen es gibt aufregungen die mit der krankheit zusammenhängen=etwas [was sie belastet auch;]

Patientin R.: [(s gibt so aufregungen)]

Herr R.: (-) (äh na=ja) is halt die mehrbelastung ()
ins krankenhaus noch fahrn und so (.) aber so gehts ja=

Arzt B: =sie meinen wenn sie in der klinik;=

Herr R.: =ja=ja=

Arzt B: =und jetzt im moment? is denn jetzt so dass momentan durch die krankheit ne belastung für sie da is oder eher nich;

³⁵⁶ Es fragt sich, ob die landläufige, unter medizinischen Laien verbreitete Vorstellung vom ‚einfachen‘ Medikament auf Acetylsalicylsäure zutrifft; vgl. den Fernseh-Werbespot von Bayer für Aspirin (Ausstrahlung im Februar 2008). Dieser spielt mit genau dieser laienmedizinischen Konzeption des Wirkungsbereichs von Acetylsalicylsäure: In einem Gespräch zwischen zwei Freundinnen nach dem Sport empfiehlt eine der beiden Frauen der anderen, die über Schmerzen im Bein klagt: „Nimm doch ne Aspirin“, worauf diese erwidert: „Ich hab keine Kopfschmerzen, mir tun die Beine weh!“.

Herr R.: jetzt net ne;
 Arzt B: jetzt nich. (.) gut also ich hab fast sogar den eindruck ähm
 dass es für sie auch (.) eher ne entLASTung da is seitdem
 ihre frau in die tagesstätte geht;=
 Herr R.: ()
 Arzt B: dass sie vielleicht doch [n bisschen weniger verantwortung
 haben]
 Patientin R.: [ja des stimmt des stimmt]
 Arzt B: dass sie wissen sie is in guten HÄNDen=
 Herr R.: =ja=
 Arzt B: =ähm sie hat ihren geregelten ablauf und dass es für sie
 vielleicht doch ne belastung war als ihre frau die ganze
 zeit zuhause war.
 Herr R.: [ei ja klar. ()]

Bereits bei einem ersten Hören der Audioaufnahme zu diesem Beleg bzw. bei einem ersten Überfliegen des Transkripts fällt auf, dass die Redeanteile von Arzt B und Patientin Sandra R. deutlich größer sind als die von Karl R., obwohl dieser mehrere Male explizit von Arzt B angesprochen wird und es um Themen geht, die ihn direkt betreffen – ein Charakteristikum des gesamten Transkripts G3; Herr R. ist generell sehr zurückhaltend und wortkarg.³⁵⁷

Zu Beginn des Belegs richtet Arzt B sich in Anlehnung an die in Kapitel 7.1.2.2 vorgestellte Orientierungsfrage Nr. 5 mit folgender Frage an Herrn R.: „was würden se sagen wie kommen sie denn SELber klar“. Diese initiale offene Frage hält die „Gestaltungsmöglichkeit der Antwort weitgehend [...] offen“ (Lalouschek 2005 : 64). Vermutlich in dem Bestreben, Herrn R. „einen qualitativen und inhaltlichen Orientierungsrahmen für eine eigenständig gestaltete“ Antwort (Lalouschek 2005 : 66) zu geben, schließt Arzt B hier direkt drei weitere Fragesätze an, die die Eingangsfrage präzisieren und dadurch stärker auf das Themengebiet lenken, das den Arzt in diesem Moment interessiert.

Den Abschluss dieses Redebeitrags bildet eine mit „ich mein“ eingeleitete, den derzeitigen Zustand der Patientin aus der eigenen, ärztlichen Perspektive zusammenfassende Assertion: „im moment is se ja relativ stabil durch die tagesstätte-“. Falls Arzt B diese letzte Turnkonstruktionseinheit als indirekte Frage gemeint und damit eine Aufforderung Herrn R.s zu einer Art Bericht beabsichtigt hat,³⁵⁸ macht der Fortgang des Gesprächs deutlich, dass diese Intention von Herrn R. nicht eingelöst wird bzw. die ärztliche Sprachhandlung nicht den gewünschten Effekt hat:

³⁵⁷ Zudem spricht er sehr leise, weshalb seine Äußerungen leider oft unverständlich sind (im Transkript mit „()“ gekennzeichnet).

³⁵⁸ Vgl. Spranz-Fogasy (2005 : 44f.) zum Typus der indirekten Frage.

Nach neun (!) Sekunden Stille, in denen Arzt B dem Ehemann von Sandra R. Raum für eine Reaktion lässt,³⁵⁹ antwortet die Patientin für ihren Mann: „er is selber manchmal bisschen aufgeregter.“

Die daran anschließende, wiederum an Herrn R. adressierte, nachhakende Entscheidungsfrage von Arzt B beantwortet der Ehemann mit nur zögernder Zustimmung: Nach einer längeren Pause und der Verzögerungspartikel *äh* beginnt er seine Äußerung mit „(na=ja)“. Diese responsiv gebrauchte Partikel schränkt die Relevanz der Vorgängeraussage(n) von Arzt und Patientin, also die Bedeutung der krankheitsbedingten „aufregungen“ für ihn, Karl R., ein. Die Kombination mit der Abtönungspartikel „halt“ und dem auf die gegenwärtige Situation bezogenen Adversativsatz „aber so gehts ja=“ verleiht Herrn R.s Äußerung gleichzeitig einen beschwichtigenden Charakter.³⁶⁰ Diese Entschärfung der Aussage seiner Frau auf der funktional-pragmatischen Ebene lässt sich auch auf der qualitativ-inhaltlichen Ebene beobachten: Herr R. expliziert mit: „ins krankenhaus noch fahrn und so (.).“ ein (und nur ein!) Beispiel aus dem Bereich der sachlich-organisatorischen Belastungen, die ganz allgemein durch die Erkrankung einer Person für die Familienmitglieder entstehen; lediglich das sprachlich vage „und so“ sowie die anschließende Interimpause deuten darauf hin, dass es in der Vergangenheit eventuell noch mehr Faktoren gab, die für den Ehemann der Patientin Belastungen (gegebenenfalls auch anderer Natur) darstellten.

Obwohl Herr R. in dem oben erwähnten Adversativsatz bereits die gegenwärtige Situation anspricht und so eventuell zu verstehen geben möchte, dass er dieses Thema damit als abgeschlossen betrachtet, fordert Arzt B ihn mit einer Entscheidungsfrage von Neuem zu einer Stellungnahme zur Situation „jetz im moment“ auf, die Herr R. knapp mit: „jetzt net ne;“ beantwortet.

Aber auch mit dieser Reaktion scheint sich Arzt B nicht zufrieden zu geben. Nach der aktiv zuhörenden Reformulierung der Antwort („jetz nich“) bietet er Herrn R. eine ausführliche Schilderung seines eigenen Eindrucks von der derzeitigen Situation (d.h. der nicht vorhandenen Belastung) zur Ratifikation an. Dabei kommt der Arzt erneut auf den stabilisierend wirkenden Therapiebaustein Tagesstätte zu sprechen, den er bereits zu Beginn von Beleg 33 eingeführt hat. Dies lässt auf den Zweck schließen, den er an jener Stelle verfolgt hat: Eventuell wollte Arzt B Herrn R. bereits zu diesem Zeitpunkt indirekt die Möglichkeit geben, die – immerhin sehr persönliche und, im Hinblick auf die Imageebene, in Anwesenheit der Patientin nicht ganz einfach bzw. gegebenenfalls ehrlich zu beantwortende – Frage nach belastenden Auswirkungen der Krankheit zu

³⁵⁹ Die übliche Fuge, die Zeit vom Ende der Äußerung eines Sprechers bis zum Beginn der Äußerung des Gesprächspartners bei einem Sprecherwechsel, ist bei Face-to-Face-Gesprächen (zumindest zwischen deutschen Sprechern) wesentlich kürzer, wie die Aufnahmen bestätigen.

³⁶⁰ Zu diesen Funktionen von responsiv gebrauchtem *naja* siehe ausführlich Willkop (1988 : 183ff.).

verneinen, ohne dabei als gleichgültig zu erscheinen. Für diese Interpretation der ärztlichen Sprachhandlung spricht auch der Einsatz des qualifizierenden Adjektivs „starke“ in der Frage: „ist es für sie ne starke belastung=“, dessen Gebrauch streng genommen keine bejahende Antwort zulässt, wenn gleichzeitig bei der anwesenden Patientin kein destabilisierender Druck aufgebaut bzw. Stress ausgelöst werden soll, was nicht im Sinne des behandelnden Arztes wäre.

Ein ähnliches Ziel auf der Ebene der Beziehung zu Herrn R. scheint Arzt B mit der seinen Turn abschließenden, zusammenfassenden Assertion: „=ähm sie hat ihren geregelten ablauf und dass es für sie vielleicht doch ne belastung war als ihre frau die ganze zeit zuhause war.“ zu verfolgen. Die abschwächend wirkende Modalpartikel *vielleicht* einerseits und das verstärkend-quantifizierende Adjektiv *ganze* in „die ganze zeit“ andererseits haben die Funktion, Herrn R. ein mögliches Zugeben größerer Belastungen als der von ihm genannten ohne Gesichtverlust zu erleichtern. – Die, wenn nicht pikiert, so doch zumindest (aufgrund der offenbar als Banalität empfundenen ärztlichen Aussage) überrascht wirkende Reaktion Herrn R.s: „[ei ja klar. ()]“ lässt diesen Versuch ärztlicher *positive politeness* allerdings als gescheitert erscheinen.

Insgesamt lässt die Analyse des vorliegenden Transkriptbelegs die Deutung zu, dass Arzt B ein aufmerksamer Beobachter seiner Patientin und deren Mannes ist und/oder aufgrund seiner Berufserfahrung eine gute Menschenkenntnis entwickelt hat und die (auf die verschiedenen Stadien der Therapie bzw. Katamnese bezogene) Situationen der beiden gut einschätzen kann.

Dennoch erhält er von Herrn R. nur wenige Antworten bzw. Rückmeldungen: Im vorliegenden Beleg ist hauptsächlich er selbst derjenige, der die (teilweise auch nur möglichen oder vermuteten) Aussagen Herrn R.s re- und/oder ausformuliert. Schwitalla (2002 : 268) hält zu diesem Phänomen fest, dass „es zu Stockungen und Reformulierungen“ kommen kann, wenn der Gesprächspartner beispielsweise „nur ein RS [i.e. Rückmelde-signal] produziert, wo der Sprecher eine inhaltliche Stellungnahme erwartet [...] oder wenn der Hörer nicht die RSe produziert, die der Sprecher erwartet.“

Aus psychologischer Perspektive ist der nächstliegende Grund für die Zurückhaltung Herrn R.s, dass er möglicherweise ein schüchterner und zurückhaltender Mensch ist. Linguistisch betrachtet, ist die einfachste Erklärung hierfür, dass Arzt und Ehemann ‚nicht die gleiche Sprache sprechen‘, d.h. dass die Verständigung zwischen beiden nicht optimal funktioniert und die kommunikativen Absichten des Arztes, besonders auf der Beziehungsebene, für Herrn R. nicht erkennbar werden. Abgesehen von diesem allgemein-linguistischen Erklärungsversuch sind zwei weitere, gesprächsanalytisch verankerte Gründe für das Gesprächsverhalten Herrn R.s denkbar:

Erstens ist die Situation des im Rahmen der Studie durchgeführten Gesprächs in zweierlei Hinsicht (nicht nur) für den Ehemann der Patientin ungewohnt: Zum einen bringt die Aufzeichnung des Gesprächs auf der formalen, äußerlichen Ebene der Gesprächssituation ein gewisses Ablenkungs- bzw. Verunsicherungspotenzial mit sich.³⁶¹ Zum anderen könnte auf inhaltlicher Ebene eine Rolle spielen, dass Herr R. erstmals von Arzt B direkt auf seine eigenen Befindlichkeiten angesprochen wird. Bei den bisherigen Katamnesegesprächen war er zwar meistens anwesend,³⁶² jedoch standen jeweils seine kranke Frau und deren Befinden im Mittelpunkt des Interesses, nie er selbst, so dass er mit der ihm nun entgegengebrachten Aufmerksamkeit und dem damit verbundenen Rollenwechsel vom ‚teilnehmenden Beobachter‘ zum aktiv geforderten Gesprächspartner nicht so gut zurechtkommt.

Zweitens hat die Anwesenheit der Patientin während des Gesprächs Einfluss auf das Was und Wie der Äußerungen ihres Mannes: Die Analyse des Belegs lässt darauf schließen, dass Herr R. zumindest in der Vergangenheit nicht unbedingt alles ‚im Griff hatte‘, dass er jedoch vor seiner Frau nicht darüber sprechen möchte, um diese nicht zu beunruhigen.

Beispiel 16

Im Gespräch zwischen Herrn U. und Arzt C thematisiert der Ehemann von Patientin Natalja U. als Antwort auf die ärztliche Frage: „haben sie fragen zu dem krankheitsbild oder=oder?“ (G9, Z. 187) zunächst seine Hoffnung auf die Erkenntnis der Ursachen von Schizophrenie in der medizinisch-psychiatrischen Forschung, nicht nur auf neue Maßnahmen zur Behandlung ihrer Symptome.³⁶³ Anschließend kommt er auf die finanzielle Belastung bzw. die Angst vor einer solchen Be- und/oder Überlastung, die durch die teuren Depotinjektionen für seine Frau entsteht, zu sprechen:

Beleg 34: (G9, Z. 199-227)

Herr U.: =ich mach mir nur gedanke;=die=die taBLEtten sind ja
furchtbar teuer; ne; also die=äh: diese spritzen.
[ob da die krankenkasse irgendwann mal-]

Arzt C: [diese=diese neuen medikamente sind h allgemein sehr=recht
teuer aber na=gut; (-) wenn [se helfen.]

Herr U.: [hm=hm;hm=hm] ja=ja ja=ja; so:
hel=ja=ja ja=ja=

Arzt C: =und dann (.) scheuen wir auch nicht sage ich ma <<lächelnd>
davor zurück was teueres> zu verschreiben.=

³⁶¹ Siehe hierzu auch die Erläuterungen in den Kapiteln 3.2.4.1, 7.1.2.3 und 7.3.2.2.

³⁶² Vgl. die tabellarische Übersicht in Kapitel A4.4 im Anhang.

³⁶³ Vgl. G9, Z. 180-189.

- Herr U.: =ja=ja ja=ja; **und die krankenkasse wird=wirds auch bezahlen wahrscheinlich hoffentlich; ((lacht kurz)) über n längeren zeitraum.=**
- Arzt C: =.hh davon gehe ich aus; (-) okay; (2.0) gu:t; (--) ham se= haben sie (noch ne) FRAge?
- Herr U.: ja:- an und für sich hab ich dann (2.3) nichts mehr=ich mein sie muss halt des (-) des nehme=aber ich=ich wie gesagt ich hab halt hoffnungen äh (-) dass sie ähm (-) dass sie arbeit findet dass sie n bisschen=aber sie=sie tu=tut sich ja auch immer auch wenn sie=wo sie SCHUle gemacht hat; jetzt hat sie ja englisch gemacht; .hh (-) äh sie tut sich immer=**sie findet einfach net das gespräch mit andere leuten irgendwie; ne; es ist alles auf MICH fixIERT** (-) ((...)) sie findet also ganz schlecht kontakt;=
- Arzt C: =hm=
- Herr U.: =ne; so=so mit zu=zu anderen. (.) ne;

Das rückbezügliche „nur“ im redegliedernden Überleitungssatz: „=ich mach mir nur gedanke;“ zu Beginn des Belegs hat eine ähnliche Funktion wie ein adversatives *aber*, indem es zum einen Herrn U.s zuvor geäußerte Hoffnungen einschränkt und zum anderen auf den Themenwechsel, d.h. das Ausführen dieser Einschränkung hindeutet, die Herr U. im Anschluss (nach dem Umstieg auf eine andere Satzkonstruktion) äußert.

Die Wahl der wertneutralen, wenig expressiven Bezeichnung „gedanke“ scheint im Widerspruch zu dem im Folgenden verstärkend eingesetzten, deutlich expressiven Adverb in der prädikativen Ergänzung „furchtbar teuer“ zu stehen. Allerdings deuten der Anakoluth, das schnelle Sprechen, das Rückversicherungssignal *ne?* und die anschließende selbstinitiierte (ebenfalls anakoluthhaft-stockend vorgebrachte) Korrektur des Begriffs „taBLEtten“ mit „also die=äh: diese spritzen“ darauf hin, dass Herr U. diese Formulierung vermutlich unabsichtlich ‚herausgerutscht‘ ist.

Arzt C nutzt den Tonhöhenabfall des Wortes „spritzen.“ zur Redeübernahme, so dass es zu einem gleichzeitigen Sprechen beider Gesprächsteilnehmer kommt, das den Ehemann der Patientin schließlich seine Frage: „ob da die krankenkasse irgendwann mal-“ aufgeben lässt, um dem Arzt das Rederecht zu überlassen. Das zuvor Gesagte lässt vermuten, dass der propositionale Gehalt von Herrn U.s Frage etwa wie folgt lauten könnte, hätte er die begonnene Fragesatzkonstruktion zu Ende geführt: „ablehnt, weiterhin die Kosten zu übernehmen bzw. zu erstatten“. Arzt C geht lediglich auf den vor seiner Redeübernahme von Herrn U. thematisierten ‚quantitativen‘ Kostenaspekt ein und lässt den ‚organisatorischen‘ Aspekt der Frage seines Gegenübers unbeantwortet; eventuell, weil er diesen aufgrund des gleichzeitigen

Sprechens und der Unvollendetheit der Frage nicht wahrgenommen hat. Er stimmt Herrn U.s Meinung zur Höhe der Kosten für die Medikamente zu, allerdings in dreifach abschwächender Form. Zunächst ist seine Formulierung: „allgemein sehr=recht teuer“ weitaus weniger expressiv als Herrn U.s Ausdrucksweise; zudem relativiert der Arzt aufgrund seines größeren Hintergrundwissens und seiner breiteren ‚Vergleichsbasis‘ den Preis von Patientin Natalja U.s Medikament, indem er sich auf das allgemeine Preisniveau dieser Medikamentenkategorie („diese neuen medikamente“) bezieht, und drittens ändert er das zunächst gewählte Adverb *sehr* in das deutlich schwächere *recht*.

Anschließend leitet Arzt C mit dem adversativen: „aber na=gut; (-)“ zum Konditionalgefüge: „[wenn se helfen.] ((...)) scheuen wir auch nicht sage ich ma <<lächelnd> davor zurück was teureres> zu verschreiben.“ über. In Anlehnung an die Erläuterungen zu *na* sowie *gut* in Verbindung mit *aber* von Willkop (1988) wertet der Arzt den Kostenaspekt auf diese Weise als „nicht relevant im argumentativen Kontext“ (Willkop 1988 : 156). Mit dieser Prioritätenverschiebung – von den Kosten hin zur Wirkung der Medikamente – geht eine Bagatellisierung der von Herrn U. geäußerten Sorge einher. Der Arzt verhält sich hier nicht partnerschaftlich, empathisch oder auch nur mitfühlend; er orientiert sich in keiner Weise an der Lebenswelt seines Gegenübers oder nimmt Bezug auf diese, sondern argumentiert, bildlich gesprochen, mit angelegten biomedizinischen bzw. pharmakologischen Scheuklappen. Dies drückt sich auch in dem exkludierend gebrauchten *wir* aus, mit dem er eine klare Grenze zwischen sich selbst als Vertreter des professionell-medizinischen Personals und Herrn U. als medizinischem Laien zieht.

Insgesamt weist die ärztliche Äußerung so (zumindest indirekt) den Charakter einer RECHTFERTIGUNG auf. Bereits die Bezeichnung der Medikamente mit dem qualifizierenden Adjektiv *neu* bewertet die verordnete Therapie indirekt als derzeit bestmögliche Behandlung. Auch in der Wahl des Verbs *zurückscheuen* in verneinter Form klingt das Bestreben des Arztes an, die eigene Position zu festigen und die getroffene Wahl der Medikation zu untermauern. Dies lässt darauf schließen, dass Arzt C Herrn U.s Äußerung nicht als das MITTEILEN EINER BELASTUNG und eventuell als indirektes UM HILFE BITTEN verstanden hat, sondern vielmehr als KRITIK AN DER THERAPIE.

Auch Herr U. scheint die ärztliche Reaktion als RECHTFERTIGUNG zu interpretieren und daraus wiederum zu schließen, dass sein eigener Redebeitrag offenbar vom Arzt als gesichtsbedrohender Akt aufgefasst wurde. Sein gesamtes *back-channel behaviour* – die umfangreichen positiven Rückmeldesignale und seine sich daran anschließende, Arzt C ins Wort fallende und von einem kurzen Lachen begleitete Antwort

– legt nahe, dass ihm dieses (in seiner Reaktion offensichtlich werdende) Missverständnis peinlich ist.³⁶⁴ Dennoch insistiert er mit seiner Antwort auf dem vom Arzt übergangenen Aspekt. Dieses komplettierende Reformulieren trotz peinlicher Berührtheit und die Steigerung des wertneutralen Adverbs „wahrscheinlich“ zum emotional stärkeren „hoffentlich“ machen sowohl auf der Ebene des Gesprächsverhaltens als auch auf der lexikalisch-semantischen Ebene die Wichtigkeit deutlich, die die Frage der Finanzierung der Medikamente für den Ehemann der Patientin hat und lassen auf den hohen inneren Druck – anders ausgedrückt: die große Belastung – schließen, der für ihn mit dieser Frage verbunden ist.

Arzt C atmet daraufhin hörbar ein, was als Zeichen von Ungeduld gedeutet werden kann, und auch der anschließende, kurz angebundene, anaphorische Satz: „davon gehe ich aus;“ drückt in Kombination mit den beiden nachfolgenden zusammenfassend-abschließenden Gesprächspartikeln: „(-) okay; (2.0) gu:t; (--“ in ihrem leicht fallendem Tonhöhenverlauf bereits aus, dass er das Thema als beendet ansieht. Die Interimpausen räumen seinem Gegenüber zwar formal die Möglichkeit ein, Einspruch zu erheben bzw. das Thema erneut aufzugreifen; dies bleibt jedoch aus, so dass der Arzt mit der offenen Frage: „ham se= haben sie (noch ne) FRAGE?“ nun endgültig einen Themenwechsel initiiert und die nächste Gesprächssequenz einleitet.

Die leicht gedehnte Antwortpartikel „ja: -“ zu Beginn von Herrn U.s Reaktion, die abtönende Wendung „an und für sich“ und die längere ungefüllte Interimpause zeugen von der ‚Verfertigung der Gedanken beim Sprechen‘ im Kleist’schen Sinne.³⁶⁵ Die Negation mit „nichts mehr“ zeigt, dass Herr U. die Absicht des Arztes, das Thema ‚Finanzierung (bzw. Kosten) der Medikamente‘ abzuschließen, wahrnimmt, macht aber gleichzeitig erwartbar, dass der Ehemann von Natalja U. diesen Aspekt zumindest indirekt doch noch einmal aufgreift. In dem Satz: „ich mein sie muss halt des (-) des nehme=“ signalisiert Herr U. zunächst, dass seine Äußerungen der vorangegangenen Sequenz nicht als Kritik oder persönlicher Angriff gegenüber Arzt C gemeint waren: In der Formulierung mit *müssen* und *halt* schwingt mit, dass Herr U. sich über die therapeutische Notwendigkeit der Medikamente („des“) für seine kranke Frau im Klaren ist und sich auch – zumindest grundsätzlich und notgedrungenenermaßen – mit den finanziellen Konsequenzen abfindet bzw. sich in die Situation fügt. Auf der Beziehungsebene dient dieser Teil seines Turns somit dazu, einen versöhnlichen, d.h. Konsens herstellenden, Abschluss des Themas zu finden.

³⁶⁴ Vgl. ausführlicher Schwitalla (2002 : 268) zur Funktion von Rückmeldesignalen sowie Jefferson (1984) zum Lachen in Gesprächen über Probleme.

³⁶⁵ Mit einem direkt formulierten, klaren *nein* würde Herr U. das Rederecht unmittelbar an Arzt C zurückgeben und sich somit selbst die dargebotene Möglichkeit nehmen, einen weiteren, für ihn relevanten Aspekt anzusprechen. Seine Ausdrucksweise lässt darauf schließen, dass er überlegt, welches Thema er ansprechen möchte.

Daraus ist allerdings nicht zu schließen, dass sich Herrn U.s Einstellung zur Kosten- bzw. Finanzierungsproblematik nun geändert habe: Abgefunden hat er sich mit der Situation offenbar nicht. Dies wird im sich anschließenden Adversativsatz: „=aber ich=ich wie gesagt ich hab halt hoffnungen äh (-) dass sie ähm (-) dass sie arbeit findet“ deutlich, der sich ebenfalls auf den Aspekt der Medikamentenfinanzierung rückbeziehen lässt. Herr U. formuliert hier zwar selbst eine Coping-Strategie in Form einer Alternativlösung für den Fall, dass die Krankenkasse die Kosten für die Medikamente nicht länger übernehmen sollte: Wenn Natalja eine Arbeitsstelle fände, würde dies zumindest eine teilweise Entspannung der finanziellen Situation im Hause U. bedeuten und somit den Ehemann entlasten und beruhigen.

Gleichzeitig impliziert das Thema Arbeit jedoch neben dem finanziellen Aspekt eine weitere, soziale Komponente. Der Satz ist daher nicht nur rückbezüglich zu verstehen, sondern er bildet gleichzeitig und vordringlich den Auslöser für die nachfolgende Schilderung dieser zweiten Folge der Erkrankung: Die Patientin hat Schwierigkeiten, soziale Kontakte zu knüpfen. Die für ihren Mann daraus entstehende Konsequenz bringt dieser in der Assertion: „es ist alles auf MICH fixiert“ auf den Punkt. Hierfür benötigt Herr U. mehrere Anläufe: Während die Formulierung in Bezug auf die *furchtbar teuren* Medikamente zu Beginn von Beleg 34 quasi aus ihm herausgebrochen ist, tut er sich nun sehr schwer, die passenden Worte zu finden. Seine Äußerung ist von einer stark anakoluthhaften Ausdrucksweise mit mehreren Ausstiegen, Retraktionen und Umstiegen sowie einer Parenthese geprägt.

Obwohl Herr U. den ‚kumulativen Schlusspunkt‘ dieser Turnkonstruktionseinheit nicht evaluativ, sondern mit unpersönlich-objektivierendem es formuliert und damit zugleich das Gesicht der Patientin wahr,³⁶⁶ belegen diese Formulierungsschwierigkeiten nicht nur die für gesprochene Sprache charakteristische Spontaneität und Online-Prozessierung, sondern deuten auch darauf hin, dass die beschriebene Situation den Ehemann der Patientin emotional belastet.

Der Unterschied in der Art und Weise sowie im Grad der Explizitheit gegenüber der zuvor geäußerten Belastung kann darin begründet sein, dass Herr U. sich möglicherweise in einer Art Vorbereitung auf das Gespräch mit Arzt C vorgenommen hat, die Frage der Medikamentenfinanzierung anzusprechen, während ihm der Aspekt der psychosozialen ‚Fixierung‘ seiner Frau erst einfällt, als er das Thema Arbeit anspricht. Für diese These spricht, dass er auf das zu Beginn der Analyse erwähnte erste ärztliche Angebot zum ERFRAGEN VON INFORMATIONEN in der Tat eine *Frage* stellt

³⁶⁶ Dieser Effekt entsteht durch die stilistische Deagentivierung des gewählten Zustandspassivs im Gegensatz zu einer ebenfalls an dieser Stelle denkbaren aktivistischen Formulierung im subjektorientierten Handlungsstil wie: „Sie fixiert sich in allem auf mich.“ Vgl. Weingarten (1994 : 122).

bzw. stellen möchte, während er beim zweiten Angebot den belastenden Umstand nicht in Form einer Frage ‚verpackt‘, sondern als Assertion formuliert. Zudem könnte die erste Reaktion von Arzt C – die bagatellisierende und als irrelevant ablehnende Abwertung der Sorge Herrn U.s sowie die Interpretation von dessen Äußerung als Kritik an der Therapie – dazu geführt haben, dass Herr U. nun in Bezug auf die Wirkung seiner Äußerungen verunsichert und auf eine vorsichtigeren Formulierungsweise bedacht ist, um sein eigenes Gesicht, aber auch das seiner Frau zu wahren und eine zweite ärztliche Reaktion dieser Art zu vermeiden. Hierfür spricht seine sich persönlich sehr zurücknehmende Ausdrucksweise: Mit Ausnahme des oben zitierten Problemkerns formuliert er seine gesamte Äußerung in patientenzentrierter Perspektive in der dritten Person Singular (*sie*), er selbst ‚verschwindet‘ sozusagen hinter seiner kranken Frau und deren Problemen.

Herrn U.s anschließende Ausführung der gestörten Kontaktfähigkeit seiner Frau erstreckt sich über eine weitere Minute bzw. 20 Zeilen und ist damit gemessen an der Gesamtdauer des Gesprächs relativ ausführlich. Dies macht deutlich, wie hoch die aus dieser sog. Minus-Symptomatik der Patientin resultierende psychosoziale Belastung für ihren Mann sein muss. Dennoch zieht dieser auf der Ebene der inhaltlich-argumentativen Logik ein – vor dem Hintergrund seiner Schilderung – überraschendes Fazit seiner Situation:

Beleg 35: (G9, Z. 248-263)

Arzt C: okay; <<f> wie kommen sie damit kla:r?> dass sie ne frau haben auf die sie da doch [in DER hinsicht-]

Herr U.: **[ja gu:t; ich komm] an und für sich klar;** weil se so in der art her ist se nett und ZUverlässig und alles- da=da gibts nix ne; s=sie hat äh (.) ich glaub eher dass es vielleicht KOMMT so n bissl von der naiven art=sie hat ne sehr naive art und=

Arzt C: =hm=

Herr U.: =frägt auch alles was äh=bespricht alles und so; ne; **also (.) da (.) da gibts an und für sich nix zu sagen=ich hab da keine probleme.**

Arzt C: <<pp> okay.> (--) gu:t, (-) ja dann dank ich ihnen dass sie=

Herr U.: =ja: ()=

Arzt C: =heut hergekommen sind .hh und (.) ihre frau sehe ich ja dann vermutlich (.) <<acc> ich glaub letzte woche war sie> da- dann nächste woche;=

Angeregt durch die diesem Beleg unmittelbar vorausgehende Schilderung Herrn U.s und/oder durch die Vorgabe der sog. Orientierungsfragen reagiert Arzt C mit der

offenen Frage nach dem eigenen Umgang des Ehemanns mit der beschriebenen Situation.

Die sprachliche Oberfläche von Herrn U.s Antwort weist die für seine Beiträge in diesem Beispiel typische Struktur auf: Auf eine recht kurze, in der ersten Person Singular formulierte Aussage folgt der Wechsel zu einer patientenzentrierten Formulierungsweise. Dieses Verfahren weist wie oben gezeigt über sich hinaus und auf Herrn U.s Verhalten hin, sich selbst, seine eigenen Bedürfnisse und Sorgen im Zusammenhang mit der Erkrankung seiner Frau zurückzunehmen. Es ergänzt und stützt damit auch die inhaltliche Ebene. In dem Satz: „[ja gu:t; ich komm] an und für sich klar;“, mit dem Herr U. seinen Redebeitrag eröffnet, und auch in der mit konkludierendem *also* eingeleiteten Assertion: „da (.) da gibts an und für sich nix zu sagen=ich hab da keine probleme.“ am Ende des Turns lässt jeweils lediglich die von Herrn U. wiederholt eingesetzte, abtönende bzw. einschränkend wirkende Formel *an und für sich* erkennen, dass er offenbar weniger *klar kommt*, als er zugibt.

Trotz der expliziten Aufforderung durch den Arzt schafft der Ehemann es nicht, seine eigenen emotionalen bzw. psychosozialen Belastungen wie Hilflosigkeit und Einsamkeit auszusprechen, die mit der Anhänglichkeit, anders ausgedrückt: der ausschließlichen sozialen Ausrichtung der Patientin auf seine Person, und seiner damit wiederum verbundenen eigenen sozialen Isolation einhergehen. Arzt C scheint Herrn U. am Ende von Beleg 35 die Möglichkeit einräumen zu wollen, genau dies doch noch zu tun. Seine nur zögernde Redeübernahme: „<pp> okay.> (--) gu:t, (-)“ lässt dies vermuten. Der Arzt hakt hier zwar nicht explizit nach, aber sein leises, von längeren Pausen geprägtes Sprechen lässt einen abwartenden, partnerorientierten Gestus erkennen. Erst als (nach angemessener Wartezeit) keine Reaktion von Herrn U. kommt, leitet er mit: „ja dann dank ich ihnen“ die Beendigungsphase des Gesprächs ein. Herr U. schlägt somit sozusagen ein zweites Mal das (hier zugegebenermaßen nur indirekt kommunizierte) ärztliche Angebot zum ÄUSSERN EIGENER BELASTUNGEN aus. Nach dem bisher Festgestellten darf es allerdings als durchaus fraglich angesehen werden, ob ein erneutes explizites Auffordern durch Arzt C – beispielsweise mit der Frage nach einer Konkretisierung der sprachlich vagen Wendung *an und für sich* – dazu führen würde, dass Herr U. das Vorhandensein der oben genannten psychosozialen Belastungen bejahen würde: Der Ehemann von Patientin Natalja U. billigt sich das Recht auf diese Empfindungen offenbar nicht zu – jedenfalls nicht das Recht, über sie zu sprechen.

Woran liegt das? Zwei sozialpsychologisch verankerte Gründe beschreiben Schmid et al. (2005) in ihrer Studie zu Verhaltensweisen und Belastungen von Angehörigen psychisch Kranker: ein starkes Verantwortungsgefühl gegenüber den Patienten und ein mangelndes Vermögen der Abgrenzung von ihnen. Ihren Ausdruck auf sprachlicher Ebene finden diese beiden Faktoren in den oben herausgearbeiteten Formulierungsschwierigkeiten und Charakteristika von Herrn U.s Ausdrucksweise, besonders in der Tatsache, dass er stets darauf bedacht ist, ein möglichst positives Bild seiner kranken Frau zu zeichnen und (trotz ihrer Abwesenheit) ihr Gesicht verletzende Formulierungen zu vermeiden oder abzumildern.

Ein weiterer Grund für Herrn U.s Zurückgenommenheit in Bezug auf das eigene Von-der-Krankheit-Mitbetroffensein könnte die abweisende Reaktion des Arztes im Zusammenhang mit den Medikamentenkosten und deren Finanzierung in Beleg 34 sein. Auch wenn dieser Redebeitrag von Arzt C der einzige im gesamten Gespräch ist, der eine solch hochgradig paternalistische Gesprächshaltung (mit gleichzeitigem Zurechtweisungscharakter) aufweist, so hat die Analyse doch gezeigt, dass seine ‚Signalwirkung‘ und das Gesprächsverhalten Herrn U.s beeinflussende Funktion nicht zu unterschätzen sind:

„Haben SprecherInnen im Verlauf der Interaktion eine deontische Position bezogen (z.B. durch Bewertungen, Normsetzungen), dann kann davon ausgegangen werden, dass sie sie weiterhin vertreten, solange sie sie nicht revidieren bzw. mit ihr unverträgliche Gesprächsbeiträge produzieren. Dies nenne ich die ‚Sprecherkonsistenzannahme‘.“
Deppermann (2006a : 254)

So lässt sich aus linguistischer Sicht feststellen, dass die ärztliche Reaktion bei Herrn U. eine Sprecherkonsistenzannahme über Arzt C hervorruft, die ihn in Verbindung mit seinem oben genannten sozialpsychologischen Verhalten dazu bringt, die ärztliche Frage in Beleg 35 streng genommen, d.h. rein formal-inhaltlich betrachtet, gar nicht zu beantworten: Herr U. schildert nicht seinen (vom Arzt erfragten) eigenen Umgang mit der Situation, sondern beschreibt die Eigenschaften bzw. Probleme seiner kranken Frau. Die abweisende Reaktion von Arzt C trägt so indirekt dazu bei, den Ehemann in seiner, wenn nicht selbstverleugnend, so doch mindestens ‚selbstkasteiend‘ zu nennenden Haltung zu bestärken:

„Die Einsamkeit der Angehörigen wird nicht selten noch verstärkt durch das Gefühl, von professionellen Helfern nicht als Mitbetroffene wahrgenommen, in der eigenen Meinung nicht ernst genommen und in die Behandlung nicht miteinbezogen zu werden [...]. 68,8% der in unserer Studie befragten Angehörigen empfinden dies als belastend, da doch gerade sie es sind, die den Erkrankten nach seiner stationären Behandlung daheim weiterbetreuen müssen und therapeutische Entscheidungen mittragen müssen.“ Schmid et al. (2005 : 275)

Zusammenfassend lässt sich im Hinblick auf die in diesem Beispiel interessierenden ÄUSSERUNGEN EIGENER BELASTUNGEN Herrn U.s Folgendes festhalten: Arzt C bietet dem Ehemann der Patientin bei der Klärung der Frage zur Finanzierung der Medikamente („Für wie lange bezahlt die Krankenkasse die Medikamente?“) keine Hilfe, die einzige entlastende bzw. problemlösende Idee („arbeit“) äußert Herr U. selbst.³⁶⁷ Der Grund für diese in Bezug auf das Gesprächsverhalten von Arzt C untypische ‚Härte‘ und seine fast schon herablassende Formulierungsweise der Verteidigung seiner pharmakotherapeutischen Entscheidung ist allerdings wohl nicht primär auf der Mikroebene des individuellen Gesprächs mit Herrn U. zu suchen. Wahrscheinlicher ist eine Verortung auf der Makroebene des deutschen Gesundheitssystems bzw. dessen zeitgeschichtlicher Dimension: Aufgrund der in den Jahren ab 2002 umgesetzten sog. Gesundheitsreform und den damit verbundenen, zum Teil massiven (vor allem finanziellen) Einschränkungen sind Ärzte beispielsweise angehalten, bei mehreren Alternativen möglichst das billigere Medikament zu verschreiben. Aus biomedizinischer, pharmakotherapeutischer Sicht läuft diese Bestimmung dem Bestreben zuwider (oder kann zumindest in bestimmten Fällen verhindern), Patienten die bestmögliche Behandlung zukommen zu lassen bzw. alle therapeutisch zur Verfügung stehenden Optionen auszuschöpfen. – Es scheint daher wahrscheinlich, dass Herr U. mit seiner Äußerung einen sensiblen Punkt bei Arzt C getroffen hat und quasi nur als ‚Stichwortgeber‘ für den Arzt dient, der seinem Unmut über diesen allgemeinen verwaltungstechnischen Aspekt Luft macht.³⁶⁸

Eine stärker auf die Mikroebene des untersuchten Gesprächs und partnerschaftlich ausgerichtete, Herrn U.s „gedanke“ ernst nehmende Reaktion des Arztes würde sich auf gesprächsorganisatorischer Ebene dadurch auszeichnen, dass der Ehemann der Patientin zunächst seinen eigenen Redebeitrag beenden kann und das Rederecht von sich aus an Arzt C übergibt.³⁶⁹ Auf inhaltlicher Ebene wäre das Eingehen auf die Äußerung denkbar, z.B. mit einer Präzisierungsfrage wie: „Gibt es einen konkreten Anlass, aus dem Sie sich Gedanken darüber machen?“ und Anschlussfragen wie: „Und welche Gedanken sind das, die Sie sich machen? Bereitet Ihnen das auch Sorgen?“. Dies würde Herrn U. entlasten und es ihm erleichtern, im weiteren Gesprächsverlauf offener

³⁶⁷ Die ‚schlimmste anzunehmende‘ Belastung für Herrn U. wäre es vermutlich, wenn Arzt C hierauf wieder mit einer Absage reagierte, z.B. mit einem Hinweis darauf, dass die Patientin psychisch und/oder physisch nicht in der Lage sei, wieder zu arbeiten.

³⁶⁸ Allerdings wird dieser Aspekt für Krankenhäuser und die ihnen angegliederten Institutsambulanzen erst ab dem Jahr 2011 relevant. Zum Zeitpunkt des Gesprächs gibt es also keine akuten ‚Beschränkungsaufgaben‘ für Arzt C, so dass ein Grund für seine Reaktion in der Parteinahme für seine niedergelassenen Kollegen bestehen könnte. Siehe auch Venohr (2006) zu einem möglichen Einfluss der Arbeits(un)zufriedenheit des Arztes auf sein Gesprächsverhalten.

³⁶⁹ Zwar muss überlappendes, unterbrechendes Sprechen nicht zwangsläufig ein FTA-einleitendes Verhalten sein (vgl. die Analyse zu Frau K.s Äußerung: „=ich würd ihm halt einfach mehr so das zuhause GÖNNen.“ in Beispiel 19, Beleg 43); hier jedoch handelt es sich eindeutig um diese Funktion.

(bzw. überhaupt) über seine eigenen Belastungen zu sprechen und auf die ärztlichen Angebote zum Austausch darüber einzugehen. Im Endergebnis könnte Arzt C unter Umständen somit eine stärker ich-orientierte und damit ‚gesündere‘ Haltung des Ehemanns der Patientin fördern.

Beispiel 17

In ihrem Gespräch mit Arzt C berichtet Frau G., dass ihr Sohn Frank extrem viel raucht³⁷⁰ und seit ca. einem Jahr „öfters“ (zweimal auch in ihrem Beisein) Bewusstseinsausfälle hat, die sich der Mutter zufolge in der Weise äußern, „dass (er) uf einma:l (.) WEGgetreten ist; dass er nichts mehr mitbekommt dass er alles fallen lässt ((...)) er kriegts einfach net mehr mit=er verdreht die AUGen und dann hab ich an ihn gerüttelt dann ist er erst so nach son paar sekunden ((...)) also er wusst GAR NICHTS mehr.“ (G19, Z. 86-91). Diese Kombination aus exzessivem Rauchen und Bewusstseinsaussetzern, sog. Absenzen, bereitet der Mutter Sorgen:

Beleg 36: (G10, Z. 108-128)

Frau G.: =ne; (-) u:nd er hat halt gesagt es is=m sch=äh=äh es wär=also net das erste mal wos passiert is und **ich hab halt dann immer so meine bedenken wenn er dann abends noch ma auch bei SICH raucht im zimmer** obwohl er da ins bad eigentlich geht;=

Arzt C: =hm=hm;=

Frau G.: =dass er im zimmer=da is immer so in meinem: hintergedanken wenn er jetzt ja: mal im bett rauchen sollte oder so und es fällt ihm halt die zigarette aus der hand oder er äh=äh=öh er kuckt irgendwas **un=un=und (-) die zigarette fällt ihm ausm=aus der hand und es fängt alles an zu brennen; ne,**

Arzt C: das ist natürlich ne:: gefähdung DA, ne?=
 Frau G.: =ja=ja;=

Arzt C: =.hh gut äh: was das jetzt ist kann ich=kann ich jetzt so (.) auf die schnelle auch nicht sagen; ne,=

Frau G.: =hm=hm hm=hm;=

Arzt C: =ob das so kleine anfälle sind obwohl das (.) <<all> passt eigentlich nicht.> ihr sohn=ihr sohn nimmt ja auch so ne medikation ein momentan die so ne alte medikation ist aber er ist ja sehr (.) sehr SCHWER da zu beeinflussen von irgendwas was er gewohnt ist (-) a=abzuweichen;=

³⁷⁰ Vgl. G10, Z. 11-14.

Zu Beginn des Belegs wiederholt Frau G. mit der einleitenden quantifizierend-evidenziellen *es*-Extrapolation:³⁷¹ „es is=m sch=äh=äh es wär=also net das erste mal“ ihren Hinweis darauf, dass ihr Sohn laut eigener Aussage schon mehrere solcher Ausfallerscheinungen hatte. Die Mitteilung dieses Sachverhalts bildet den Anstoß für das ÄUSSERN EINER psychosozialen BELASTUNG, auf die sie im mit *und* angeschlossenen Temporalsatzgefüge hinführt. Der Gebrauch der abtönenden Partikel *halt* lässt dabei die wertende Aussage, dass Frau G. „dann immer so ((ihre)) bedenken“ hat, „als natürliche Konsequenz“ (Engel 2004 : 131) der öfter auftretenden Absenzen ihres Sohnes erscheinen – *halt* hat so gleichzeitig eine argumentationsfördernde und die mütterliche Besorgnis legitimierende Funktion. Die folgende Parenthese in Form des Konzessivsatzes: „obwohl er da ins bad eigentlich geht;“ schwächt zunächst die Bedeutung der geschilderten *Bedenken* und damit die Dringlichkeit von Gegenmaßnahmen wieder ab: Die satzadverbielle Funktion der Partikel *eigentlich* kennzeichnet das Rauchen im Bad als übliches Verhalten ihres Sohnes.³⁷²

Diese Unterbrechung bringt Frau G. allerdings weder inhaltlich noch auf sprachlicher Ebene zur Aufgabe des angesprochenen Themas oder zur Rücknahme von dessen subjektiv belastender Dimension. Zunächst drückt die Mutter in der neuerlichen Parenthese: „da is immer so in meinem hintergedanken“ ihre nach wie vor präsenste Beunruhigung aus. Dabei verwendet sie den Ausdruck *hintergedanken* hier offensichtlich nicht in seiner vom Duden-Universalwörterbuch (⁴2001 : 780) wie folgt beschriebenen Bedeutung: „*unausgesprochene, versteckte Absicht, die einer Äußerung, Handlung zugrunde liegt*“. Das zuvor Gesagte lässt vielmehr darauf schließen, dass die Formulierung eine Verschränkung des Ausdrucks *in jemandes Gedanken präsent sein* mit der phraseologischen Wendung *etwas im Hinterkopf haben* ist, und daher eher wie letztere in der Bedeutung: „eine bestimmte Ahnung haben, ohne genau zu wissen, was es ist. Hierbei ist der Hinterkopf im Sinne von [...] Unterbewußtsein gemeint.“ (Röhrich 1995 : 720) zu interpretieren ist. Gegenüber der ebenfalls denkbaren Wahl des ‚korrekten‘ bzw. ‚reinen‘ Phraseologismus drückt die spontan gebildete Ausdrucksweise in Form einer Zustandsbeschreibung stärker die Ohnmacht und Hilflosigkeit Frau G.s aus, die diese hinsichtlich der von ihr geschilderten Situation empfindet.³⁷³

Im Anschluss an die Parenthese nimmt die Mutter des Patienten in einer Retraktion ihren temporalen *wenn*-Satz wieder auf. Die beiden Szenarios für das wiederholt ausgesprochene Fallenlassen der Zigarette (Im-Bett-Rauchen und Fernsehschauen)

³⁷¹ Vgl. ausführlich zu solchen Konstruktionen Günthner (2008 : 102f.).

³⁷² Vgl. Oppenrieder / Thurmair (1989 : 27). Die relativierende Bedeutung der Partikel belegt auch eine Substitutionsprobe, z.B. mit der Paraphrase: „wenn man es recht bedenkt“.

³⁷³ Dies könnte u.a. auf die unterschiedliche Wirkung der Verben *sein* und *haben* zurückzuführen sein: Während Letzteres einen mehr ‚aktivistischen‘, handelnden Charakter hat, drückt *sein* eher das eigene Unbeteiligtsein an einem gegebenen Zustand aus.

haben argumentationsstützende Funktion und führen auf die eigentlich für Frau G. belastende Konsequenz der Bewusstseinsausfälle hin, die sie zum Abschluss ihres Redebeitrags mit *und* anschließt: „es fängt alles an zu brennen; ne,“. Die syntaktische Konstruktion mit *es* bewirkt, dass das zentrale Verb *brennen* an **der** exponierten Stelle schlechthin steht, nämlich an der die inhaltliche Bedeutung am stärksten betonenden Schlussposition – so dass nicht nur dieser letzte Teilsatz, sondern Frau G.s gesamter Turn sozusagen in der sie psychosozial belastenden Möglichkeit eines Hausbrandes kulminiert.

Dieser Argumentationsaufbau bleibt nicht ohne (positive) Folgen: Arzt C greift die Sorge der Mutter zunächst zustimmend-bestätigend auf, was sich in dem bestärkenden „natürlich“ und der Bezeichnung der beschriebenen Situation als „gefährdung“ ausdrückt.

Die weiteren ärztlichen Ausführungen in dieser Sequenz sind allerdings nicht als unmittelbar hilfreich oder entlastend für Frau G. anzusehen, da sie keine (zeitnahe) Lösung des Problems präsentieren. In der Äußerung: „=hh. gut äh: was das jetzt ist kann ich=kann ich jetzt so (.) auf die schnelle auch nicht sagen; ne,=“ spricht Arzt C seine eigene Unwissenheit aus. Das damit zumindest auf der Imageebene einhergehende Einschränken oder gar Infragestellen der eigenen professionellen Autorität bereitet dem Arzt Schwierigkeiten.

Die eindeutige Dispräferiertheit³⁷⁴ äußert sich in den Vorlaufelementen: „=hh. gut äh:“, der hinauszögernden syntaktischen Thema-Rhema-Konstruktion mit Voranstellung des Relativsatzes: „was das jetzt ist“, der stockenden Wiederholung: „kann ich=kann ich“ und der folgenden Interimpause. Die temporale Adverbialangabe: „auf die schnelle“ hat gesichtswahrende bzw. -wiederherstellende Funktion, indem sie die Gültigkeit der Aussage zeitlich eingrenzt.

Frau G.s positives Rückmeldesignal: „=hm=hm hm=hm;=“ lässt allerdings den Schluss zu, dass die ärztliche Offenheit von der Gesprächspartnerin nicht primär als Beleg mangelnder fachlich-diagnostischer Kompetenz aufgefasst wird, sondern dass

³⁷⁴ In der vorliegenden Arbeit orientiert sich das Verständnis von (linguistischer) Präferenz an Bousfield (2007). Entsprechend werden Präferiertheit und Dispräferiertheit im Hinblick auf den zweiten Teil von sog. *adjacency pairs* anders als beim ethnomethodologischen Ansatz der Konversationsanalyse nicht als strikt formale Kategorien betrachtet, sondern haben neben dem strukturellen Aspekt auch eine pragmatische oder funktionale psychosoziale Ebene:

“When we consider the possible combination of preference organization with conduciveness in questions [...], as well as the effect which context and other factors have on the talk exchange in which (dis)preferred pairs are produced, then it would seem that there may be in operation two closely linked but nevertheless discrete aspects of preference. These are what I here term as 1st order, or *structural* preference (following the CA specialists' terminology and understanding), and a 2nd order, or, for want of a better phrase, *psychosocial* aspect of preference (which indicates a broadly pragmatic understanding of the phenomenon in that it embraces the non-CA-specialist usage of preference). Quite often the two are virtually indistinguishable.” Bousfield (2007 : 8-9)

sie ihre Wirkung eher auf der Beziehungsebene entfaltet und den Eindruck einer partnerschaftlichen, angehörigorientierten Gesprächshaltung vermittelt.

Der direkt angeschlossene indirekte Fragesatz: „=ob das so kleine anfälle sind“ und der konzessive Nebensatz: „obwohl das (.) <<all> passt eigentlich nicht.>“ zeigen allerdings, dass diese Haltung nicht von langer Dauer ist. Arzt C wechselt hier zum sog. „wissensgeleiteten Konzept“ ärztlicher Gesprächsführung (Spranz-Fogasy 2005 : 35; Hervorh. i. Orig.). Dieses besteht im Wesentlichen darin, dass er die Information der Mutter in Gedanken mit seinem Wissensbestand, anders ausgedrückt dem ‚Symptomkatalog‘ schizophrener Erkrankungen, abgleicht. Der Konzessivsatz lässt darauf schließen, dass die Angaben Frau G.s sich offenbar nicht in diesen professionellen Wissensbestand bzw. das Krankheitsbild von Arzt C einpassen lassen.

Im Unterschied zu der von Spranz-Fogasy (2005 : 35) beschriebenen üblichen Vorgehensweise bei dieser krankheitsorientierten Gesprächsführung folgen auf diesen Abgleich nicht die „gezielte[n] Fragen nach zusätzlichen Angaben (Symptome, Zeitpunkte des Auftretens etc.)“, die im vorliegenden Fall aufgrund der offenbar bestehenden Unvereinbarkeit der beschriebenen Symptome in gewisser Weise theoretisch erst recht zu erwarten wären. Arzt C führt hingegen mit dem Satzgefüge: „ihr sohn=ihr sohn nimmt ja auch so ne medikation ein momentan die so ne alte medikation ist aber er ist ja sehr (.) sehr SCHWER da zu beeinflussen von irgendwas was er gewohnt ist (-) a=abzuweichen;“ zu einem neuen Thema hin. Zwar stellt er an der sprachlichen Oberfläche durch die Partikelkombination „ja auch“ indirekt einen Kausalzusammenhang³⁷⁵ zwischen den Bewusstseinsausfällen des Patienten und seiner Medikation her.³⁷⁶ Diese sind jedoch in den folgenden Ausführungen des Arztes zunächst kein Thema mehr; stattdessen kommt er auf ein anderes Symptom (Zittern) zu sprechen, das mit der ‚veralteten‘ Medikation nicht zu behandeln sei.³⁷⁷ Damit wechselt Arzt C auf ‚gesichertes fachliches Terrain‘ und kann so einen (in seinen Augen weiteren) Imageverlust verhindern, den er zu befürchten scheint, falls er sich weiter auf die Absenzen einlässt.

Die Äußerung dient somit dazu, seine Autorität als Experte zu behaupten bzw. (aus seiner Sicht) wieder einzunehmen. Dieses Wiederherstellen und Aufwerten der eigenen Position und Kompetenz geht einher mit einer Verschiebung des Fokus, die sich auf der grammatikalischen Ebene in einem Wechsel des Subjekts ausdrückt: Während

³⁷⁵ Vgl. Zifonun et al. (1997 : 1226) zur abtönenden Funktion von *auch*, d.h. der Interpretation des Sachverhalts „nicht als einfache Addition [...], sondern als einen Begründungskontext“, der auf die Frage: „Wie kommt das?“ antwortet.

³⁷⁶ Die Frage, ob diese Verknüpfung bzw. Erklärung eines *neurologischen* Phänomens mit einem *antipsychotisch* wirkenden Medikament aus biomedizinischer Sicht berechtigt und sinnvoll ist, kann im Rahmen der vorliegenden linguistischen Arbeit nicht diskutiert werden.

³⁷⁷ Vgl. G10, Z. 130-146 und die Analyse zu Beispiel 5, die auf einzelne Passagen dieses Transkriptabschnitts eingeht.

Arzt C im vorangegangenen Teil seines Redebeitrags Formulierungen in der ersten Person Singular und unpersönlich-verallgemeinernde Ausdrücke verwendet, steht nun der Patient („ihr sohn“, „er“) im Mittelpunkt. Der Arzt lenkt das Gespräch von der eigenen therapeutischen Verantwortung (und der mit ihr verbundenen ‚Angriffsfläche‘) auf die Uneinsichtigkeit bzw. mangelnde Kooperativität und geringe Compliance des Patienten um. – Die für die Mutter psychosozial belastenden und offensichtlich aus medizinischer Sicht nicht eindeutig einzuordnenden und damit besondere Aufmerksamkeit verdienenden Bewusstseinsausfälle scheinen an dieser Stelle vollkommen aus dem ärztlichen Blickfeld verschwunden.

Im Verlauf des Gesprächs kommt Arzt C allerdings von sich aus auf das Problem dieser Absenzen des Patienten zurück:

Beleg 37: (G10, Z. 307-315)

Arzt C: ((...)) dann wer=werd ich am diensttag mal mit ihm reden ob er sich noch ma umstellen lässt=

Frau G.: =hm=hm.

Arzt C: =und .hh diese=diese dinge mit den ab=mit diesen ZUständen wo er nicht ganz bei sich ist=

Frau G.: =hm=hm?=-

Arzt C: =da müssen wir sehen ob wir da so ne untersuchung machen=

Frau G.: =hm=hm;=-

Arzt C: =ob das weiterführt. .hh

Die Äußerung von Arzt C zeigt, dass er die Erläuterungen der Mutter zu Franks Bewusstseinsausfällen nicht vergessen hat. Allerdings macht die Reihenfolge in seinem ‚Therapieplan‘ deutlich, dass seine Priorität auf der Umstellung der von ihm in Beleg 36 thematisierten ‚alten Medikation‘ liegt. Erst an zweiter Stelle steht für ihn die diagnostische Klärung der Absenzen, die durch den Matrixsatz: „=da müssen wir sehen ob“ wiederum als nicht sehr dringend bewertet wird. Zwar stellt er der Mutter im weiteren Verlauf des Gesprächs in Aussicht, „so ne elektroenzephalographie“ (G10, Z. 319) und gegebenenfalls auch eine Computertomographie (vgl. G10, Z. 330) zu machen. Allerdings lässt seine Ausdrucksweise erkennen, dass diesem Punkt nach wie vor kein besonders hoher Stellenwert auf seiner Agenda zukommt, was er auch in dem die Vorschlagssequenz beschließenden Satz: „=das kann man machen. (-) a:ber (--) ich denke mal wenn das so: SELten ist ((...)) wie sie sagen dass das nur einmal im jahr is=-“ (G10, Z. 345-348) ausspricht. Frau G. sieht sich durch diese Äußerung veranlasst, Arzt C zu unterbrechen und erneut ihre Sorge anzusprechen:

Beleg 38: (G10, Z. 349-379)

- Frau G.: =hm=hm; also äh=also ich habs jetzt ZWEImal festgestellt
[bei ihm;]
- Arzt C: [ja=ja klar;]
- Frau G.: er sagte ja: er hätts schon öfters gehabt (.) u:nd äh=äh=
- Arzt C: =gut dann=-
- Frau G.: =im=im im=im kellerbereich hat er noch n zimmer wo er sein
computer und alles stehen gehabt und dann spielt er ja ab
und zu u:nd da äh=ich hab da also auch scho:n äh=äh (dinge)
gesehen und **DA is halt meine gefahr wie gesagt wenn (.) so
was pa:ssi:ert und der lässt se falle und is da momentan
nich mehr bei sich was ja auch eventuell lÄ:nger anhalten
könnte;**
- Arzt C: =hm=hm. (-) ja,
- Frau G.: **(2.1) ä=äh das sind halt dann so überlegungen wo es=wo dann
halt äh=äh wo man sich dann halt wieder drüber geDANKen
macht ne, was könnte da eventuell noch sein? (.) .hhh jetzt
muss ich aber noch mal ganz kurz ähm drau:f zukommen und
zwar wenn da ne umstellung wenn er <<stotternd> des=ab was>
ja eventuell ne verbesserung sein KÖ:NNte, .hhh ähm (-)**
- Arzt C: hm=hm?
- Frau G.: äh muss er da auch jetzt in ne KLInik oder geht das:: so
ganz autoMATisch;
- Arzt C: beides ist möglich; wir können ihn ja erstmal so=also das
eeg können wir hier machen;=
- Frau G.: =hm=hm;=
- Arzt C: =und auch das äh=zum ct müssen wir sowieso schicken; haben
wir ja nicht hier=-
- Frau G.: =hm=hm,=
- Arzt C: =.hhh und=äh:: (.) ja: das andere so ne umstellung sag ich
ma (.) der medikation könnten wir TÜRlich auch ambulant
machen=

Frau G. unterbricht den Arzt mit der konnektiven Partikel „also äh=also“ und leitet so die Korrektur der ärztlichen Aussage ein, denn „[d]ie praktische Gültigkeit einer Darstellung ist gesprächslokal in Frage gestellt und muss her- beziehungsweise wieder hergestellt werden.“ Die Mutter sieht sich „veranlasst, ihre Position zu erläutern und zu begründen, um das entstandene Darstellungsdefizit zu klären“ (Spranz-Fogaszky 2003 : 31): Sie erinnert den Arzt an ihre bereits früher im Gespräch geäußerte Information, dass sie selbst die Absenzen ihres Sohnes bereits „ZWEImal festgestellt“ habe und dass ihr Sohn darüber hinaus berichtete, „er hätts schon öfters gehabt“.

Mit dem Hinweis auf das Zimmer ihres Sohnes im *Kellerbereich* des Hauses erweitert Frau G. die in Beleg 36 erwähnten zwei Szenarios für potenziell gefährliche Situationen um ein weiteres. Damit erhält ihre Äußerung zusätzlich zu der von Spranz-Fogasy (2003) beschriebenen Funktion, die Gültigkeit ihrer vorangegangenen Aussage wiederherzustellen, einen intensivierenden Charakter. Dieser zeigt sich noch deutlicher im anschließenden Satz: „DA is halt meine gefahr wie gesagt wenn (.) so was pa:ssi:ert und der lässt se falle und is da momentan nich mehr bei sich was ja auch eventuell lÄ:nger anhalten könnte;“. Die gültigkeitswiederherstellende und gleichzeitig argumentationsstärkende Funktion der Äußerung drückt sich erstens in der Formel „wie gesagt“ aus; zweitens im Gebrauch des stark expressiven Wortes *Gefahr*. Frau G. greift damit die Wortwahl von Arzt C in Beleg 36 auf („das ist natürlich ne:: gefährdung DA, ne?“) und erinnert ihn so daran, dass er selbst die Absenzen als bedeutend eingestuft hat; sie fordert den Arzt damit sozusagen dazu auf, seine Sprecherkonsistenz zu wahren. Drittens eröffnet die relativisch angeschlossene Angabe: „was ja auch eventuell lÄ:nger anhalten könnte;“ einen weiteren, bisher nicht thematisierten Aspekt, der die ärztliche Nonchalance indirekt als nicht angebracht sanktioniert.

In der metakommunikativ zusammenfassenden Anakoluth-Konstruktion: „ä=äh das sind halt dann so überlegungen wo es=wo dann halt äh=äh wo man sich dann halt wieder drüber geDANKen macht ne, was könnte da eventuell noch sein?“ bringt die Mutter erneut ihre Belastung zum Ausdruck, wobei sie mit der Verwendung der wertneutralen Begriffe *Überlegungen* und *Gedanken* dem Arzt eher die Möglichkeit zum Ausweichen eröffnet als dies mit dem eindeutig negativen Ausdruck *Sorgen* oder der Ergänzung der verwendeten Begriffe um ein entsprechendes Adjektiv (*belastende Überlegungen* o.Ä.) der Fall wäre. Ähnliches gilt für *eventuell*: Ohne diese abschwächende Modalpartikel hätte die Frage (trotz Konjunktivs) einen höheren Grad an Verbindlichkeit und würde ihr Gegenüber deutlicher zur Beantwortung auffordern – gerade einen Vertreter der medizinischen Wissenschaft, in der faktenorientiertes Denken vorherrscht und weniger Eventualitäten zählen.

Nach einer Interimpause wechselt Frau G. mit der redeorganisierenden Formel: „.hhh jetzt muss ich aber noch mal ganz kurz ähm drau:f zukommen“ das Thema und kommt auf die von Arzt C ins Gespräch eingebrachte, von ihm angestrebte Umstellung der Medikation ihres Sohnes zu sprechen. Die als Relativsatz formulierte Parenthese: „((...)) was ja eventuell ne verbesserung sein KÖ:NNte, .hhh ähm (-)“ hat evaluativen Charakter. Sie signalisiert grundsätzliche Zustimmung zur ärztlichen Therapieplanung und hat so gleichzeitig die Funktion, das Gesicht des Arztes

nach der vorausgegangenen Widerspruchs- bzw. Korrekturhandlung wiederherzustellen.

Ihre anschließende Frage nach den Modalitäten der Medikamentenumstellung sieht zunächst aus wie ein einfaches ERFRAGEN VON organisatorischen INFORMATIONS zur Therapie ihres Sohnes. Im Einsatz des Modalverbs *müssen* und der Bezeichnung „ganz autoMAtisch“ drückt sich allerdings eine evaluierende Funktion aus, die über die einer bloßen Sachfrage hinausgeht: Die negative Konnotation von *müssen* steht im Gegensatz zum positiv wertenden *automatisch*. So transportiert die Formulierung Frau G.s Präferenz einer ambulanten Medikationsumstellung gegenüber der stationären Variante. Gleichzeitig deutet die Wahl des Ausdrucks *automatisch* – in dessen Lesart: „von selbst erfolgend“ (Duden-Universalwörterbuch ⁴2001 : 222; Hervorh. i. Orig.) – indirekt auf eine weitere Belastung (bzw. ein Belastungspotenzial) hin: Ein Klinikaufenthalt des Patienten würde für die Mutter offenbar einen organisatorischen Mehraufwand bedeuten, der sich gerade nicht *von selbst* erledigt.

Arzt C scheint diese illokutive Ebene der Äußerung Frau G.s wahrzunehmen, da er seinen Turn mit dem entlastenden: „beides ist möglich; wir können ihn ja erstmal so=“ beginnt. Bevor er seine Antwort auf die von Frau G. gestellte Frage zur Medikamentenumstellung zu Ende führt, antizipiert und beantwortet er in einer Parenthese zunächst die von der Mutter (noch?) nicht ausgesprochene Frage nach den zuvor thematisierten Untersuchungen aufgrund von Franks Absenzen. Dabei fällt auf, dass er Frau G. die negative (ihre Befürchtung in Sachen „organisatorische Mehrbelastung“ bestätigende) Proposition: „zum ct müssen wir sowieso schicken; haben wir ja nicht hier=-“ sozusagen ‚unterjubelt‘, indem er diese mit dem koordinierenden: „=und auch das“ einleitet, das auf der inhaltlichen Ebene eine Fortführung des positiven, entlastenden Aussagegehalts erwarten lässt. Abschließend greift er das vor dieser Parenthese begonnene Thema der Medikationsumstellung wieder auf: „könnten wir TÜrlich auch ambulant machen“. Die Struktur des ärztlichen Redebeitrags im Hinblick auf die Präferenzorganisation stellt sich somit wie folgt dar: 1. Einstieg mit präferierter Information, 2. Unterbrechung mit dispräferierter Information, 3. Abschluss mit präferierter Information. Die Äußerung des Arztes ist somit eindeutig auf Konsensherstellung ausgerichtet. Die Reaktion der Mutter zeigt, dass er erfolgreich ist: Sie hakt nicht nach, welche Faktoren bei der endgültigen Entscheidung eine Rolle spielen. Die im Konjunktiv II des Modalverbs *können* ‚verpackte‘ geringe (bzw. Un-)Verbindlichkeit der ärztlichen Aussage bleibt von der Mutter unbeachtet.

Das Beispiel – besonders Beleg 38 – macht deutlich, dass die Symptome einer Erkrankung nicht nur für den Patienten selbst eine körperliche und psychische Beeinträchtigung darstellen, sondern auch für seine Angehörigen eine unmittelbare massive psychosoziale Belastung sein können. Indirekt zielt das ÄUSSERN DIESER BELASTUNG auf die Behandlung, genauer die Abmilderung oder gänzliche Beseitigung der Symptome, d.h. auf ein Beeinflussen der Therapie des Patienten.

Dabei spielt es – zumindest im Fall von Angehörigen, die medizinische Laien sind – für den Grad der Belastung offenbar keine oder kaum eine Rolle, ob diese Symptome auf die bekannte und bisher behandelte Erkrankung zurückzuführen sind oder ob sie andere Ursachen haben. Den größeren Ausschlag für das subjektive Empfinden der ‚Belastungsschwere‘ scheinen eher die Auswirkungen der Symptome auf das eigene (alltägliche) Leben des Angehörigen zu geben.³⁷⁸

Im Sinne einer angehörigenzentrierten Gesprächsführung hat dies für den ärztlichen Gesprächspartner auf mehreren Ebenen Konsequenzen: Erstens sollte er die anamnestischen Informationen des Angehörigen – aus medizinischer Sicht der eigentliche Kern von Fremdkatamnesegesprächen – ernst nehmen, indem er sie analog zur üblichen Vorgehensweise in Anamnesegesprächen mit Patienten ‚abklopft‘. Zweitens hat die Analyse gezeigt, dass auch wenn spontan keine Diagnose möglich ist und/oder der Angehörige diese nicht von selbst einfordert, es durchaus entlastend für den Angehörigen sein kann, das eigene ‚Nicht-Wissen‘ zu kommunizieren. Diese Wirkung wird allerdings nur in Verbindung mit dem dritten Aspekt erzielt, der darin besteht, klar auf den nur momentanen und vorläufigen Charakter des Nicht-Wissens hinzuweisen, wie Arzt C dies z.B. in Beleg 36 mit: „auf die schnelle“ macht. Die Informationen sind viertens nicht nur bei der weiteren Therapieplanung zu berücksichtigen, d.h. dass die eigene, ärztlich vorgesehene Agenda gegebenenfalls anzupassen ist. Auch sollten fünftens die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen zur Ursachenklärung und Behandlung der Symptome in einer dem subjektiven Belastungsgrad des Angehörigen entsprechenden Verbindlichkeit kommuniziert werden. Eng verknüpft mit diesem Aspekt ist die sechste Forderung, die vom Angehörigen direkt oder indirekt geäußerten (vor allem psychosozialen) **Belastungen** und ihre – aus medizinischer Sicht nicht immer unbedingt begründbare oder gerechtfertigte – Tragweite zu respektieren, aber auch mithilfe geeigneter Formulierungsverfahren zu dessen **Entlastung** beizutragen.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass jeder Hinweis auf entlastend gemeinte diagnostische und/oder therapeutische Maßnahmen immer auch das Risiko einer gegenteiligen

³⁷⁸ Dies wird darin deutlich, dass es für Frau G. offenbar nicht von zentraler Bedeutung ist, ob es sich bei den Absenzen ihres Sohnes um ein Phänomen seiner Schizophrenie handelt oder ob diese anders (neurologisch) begründet sind: Sie gibt sich mit der ärztlichen Äußerung in Beleg 36 zufrieden; Arzt C gesteht hier ein, dass er (zumindest vorläufig) keine Erklärung für diese Bewusstseinsausfälle hat.

Wirkung, d.h. ein neues Belastungspotenzial, birgt, wie die Analyse von Beleg 38 gezeigt hat. – Dies passiert vor allem bei einer primär auf den Patienten zentrierten Perspektive, wie sie Arzt C im vorliegenden Beispiel innehat.

Unter dem Gesichtspunkt der Angehörigenorientierung wäre es zudem angezeigt, in einem Fall von großem psychosozialen Belastungsempfinden wie dem vorliegenden dem Angehörigen Wege aufzuzeigen, wie er unabhängig vom ‚professionellen Therapieplan‘ mit der Belastung umgehen bzw. Entlastung finden kann. So könnte Arzt C Frau G. beispielsweise einen solchen Weg aufzeigen, indem er ihre Vorstellung vom Gehirn als Behälter aufgreift und ihr verdeutlicht, dass sie selbst diejenige ist, die steuern kann, was in diesen Behälter hineinkommt und was nicht, sie also ihren *Hintergedanken* nicht ausgeliefert ist.³⁷⁹

Als zentrales Versäumnis im Hinblick auf die Entlastung der Angehörigen erscheint im vorliegenden Beispiel vor allem, dass Arzt C keinen Vorschlag macht (oder mit Frau G. gemeinsam zu erarbeiten versucht), der eine Lösung für die Zeit bietet, bis die Bewusstseinsausfälle des Patienten erfolgreich behandelt und nicht mehr vorhanden sein werden, so dass keine Brandgefahr mehr besteht: Das Ankündigen (der Möglichkeit) von EEG und CT allein bringt noch keine Besserung der Symptome mit sich, denn die beiden Maßnahmen sind diagnostischer und nicht therapeutischer Natur. Eventuell verfolgt Arzt C (unter anderem) aber genau dieses Ziel, wenn er an der Umstellung von Franks Medikation festhält: Durch die neuen Medikamente reduziert sich vielleicht sein Zigarettenkonsum, was wiederum indirekt die Brandgefahr verringern würde. Wenn dem so wäre, müsste Arzt C Frau G. allerdings explizit darüber informieren, um zu ihrer Entlastung beizutragen. – Der im Beispiel aufgezeigte unachtsame (oder zumindest so erscheinende) Umgang des Arztes mit der Sorge der Mutter und die Aussicht auf ein Anhalten des derzeitigen, aus ihrer Sicht gefahrvollen Zustands ihres Sohnes könnten im schlimmsten Fall bewirken, dass sich ihre derzeit ‚nur‘ psychosozial greifende Belastung zu einer regelrechten Existenzangst auswächst.

³⁷⁹ Unter dem Aspekt der psychosozialen Entlastung für Frau G. ist es dabei unerheblich, ob die Behältermetapher aus neurobiologischer Sicht heute noch zutreffend ist oder eher durch die Netzmetapher ersetzt werden müsste. Wichtig ist in diesem Zusammenhang lediglich die Veränderung ihrer Sichtweise auf ihre Gehirn- bzw. Geistestätigkeit. Eine Möglichkeit hierzu bieten die verschiedenen Ausdrucksweisen, die „Denken als Weg“ konzeptualisieren oder Geistestätigkeit als „eine physische Begegnung“ fassen; nachzulesen im „Kleine[n] Bildfeld-Wörterbuch des Denkens“ bei Liebert (2001 : 175).

Beispiel 18

Bei ihrem Termin mit Arzt C spricht die Mutter von Patient Frank G. neben ihrer im vorangegangenen Beispiel thematisierten, aus den Bewusstseinsausfällen ihres Sohnes entstehenden Besorgnis einen weiteren psychosozialen Belastungsfaktor an. Im Anschluss an eine ausführliche Beschreibung ihrer täglichen Tätigkeiten zur Versorgung ihres Sohnes und ihrer „demenzkrank(e(n))“ Mutter, die an den Wochenenden ebenfalls im Haus ist,³⁸⁰ fasst Frau G. die daraus resultierende Belastung wie folgt zusammen:

Beleg 39: (G10, Z. 222-236)

Frau G.: ((...)) .hhh (-) es: **ich bin montags ich sag immer montags bin ich froh wenn ER arbeite geht und wenn ich montags mittags meine mutter äh=äh=äh wieder äh an mein BRUder weitergebe kann; (-) da bin ich also auch so: (-) ja (.) REIF was der frank also sagt du mü=müsstest auch mal bei n doktor c. gehen; [(.) wisse der (.) wälzt des immer so ab]**

Arzt C: [((lächelt)) (---) ja=ja;]

Frau G.: also wie ges=äh=äh das kommt halt immer ab und zu schon e ma noch raus dass er sagt äh: (-)

Arzt C: also ich würde ihn GERne <<all> aber das muss ich mit ihm besprechen=>

Frau G.: =hm=hm;=

Arzt C: =auch noch mal UMstellen weil er nimmt medikamente .hh die zwar WIRKsam sind aber das sind halt ALte medikamente=

Frau G. beginnt am Anfang des Belegs zunächst mit der Formulierung: „ich bin montags“ sehr direkt, ihre Erleichterung zu schildern, die sie allwöchentlich montags mittags kurzzeitig verspürt, wenn Sohn und Mutter „aus dem Haus sind“. Sie gibt diesen Satz jedoch auf und steigt auf die Konstruktion: „ich sag immer montags bin ich froh“ um. Diese wirkt durch das redeeinleitende verbum dicendi zurückgenommener.

Für ihre Erschöpfung als eigentliche Folge aus dieser extremen (nicht nur) organisatorischen Beanspruchung (nicht nur) an den Wochenenden die ‚richtigen‘ Worte zu finden, fällt Frau G. offenbar nicht leicht, wie ihre von Pausen begleitete Konstruktion: „da bin ich also auch so: (-) ja (.) REIF“ zeigt. Der Ausstieg aus dieser Formulierung lässt grammatikalisch offen, wofür die Mutter *reif* ist. Eine formale Besetzung der freien Valenzstelle ist allerdings auch nicht zwingend notwendig, um die Proposition des Satzes zu erfassen: Der situative und sprachliche Kontext der Äußerung

³⁸⁰ Vgl. G10, Z. 194-220.

lassen darauf schließen, dass Frau G. diesen Ausdruck in der Bedeutung: „verrückt sein. Man ist reif für die Irrenanstalt.“ gebraucht, die Küpper (1997/2000 : 659) in seinem „Wörterbuch der deutschen Umgangssprache“ anführt.³⁸¹ Mit dem Ausstieg vermeidet Frau G. sozusagen ‚gerade noch rechtzeitig‘ das direkte Aussprechen eines FTA gegenüber Arzt C bzw. gegenüber der Institution, dessen Vertreter er ist. Die sich anschließende, neu einsetzende Konstruktion: „was der frank also sagt du mü=müsstest auch mal bei n doktor c. gehen;“. scheint diese Interpretation zu bestätigen; in der Form einer direkten Redewiedergabe wählt Frau G. nun eine ‚politisch korrekte‘, wertneutrale Ausdrucksweise. Das von einem Lächeln begleitete positive Rückmeldesignal des Arztes zeigt, dass diese gesichtsschonende Funktion ihrer Formulierung greift. Gleichzeitig verleiht Frau G. ihrer Äußerung auf der inhaltlichen Ebene mehr Gewicht bzw. eine höhere Verbindlichkeit, indem sie ihren Sohn ‚zitiert‘: Nicht (nur) sie, sondern (auch) der Patient selbst schätzt die Situation seiner Mutter als belastend für sie ein.

Die folgenden Äußerungen Frau G.s, in denen sie sich auf ihren Sohn bezieht, bleiben in ihrem inhaltlichen Gehalt unklar, da sie aus ihrem Turn aussteigt, bevor eine vollständige bzw. inhaltlich sinnvoll interpretierbare Konstruktion entsteht. Arzt C greift in seiner Reaktion allerdings den von Frau G. vollzogenen ‚Fokuswechsel‘ von ihrer eigenen Person zu der ihres Sohnes auf, indem er in keiner Weise auf ihre zuvor geschilderte belastende Situation eingeht, sondern in dem mit: „also ich würde ihn GERne“ eingeleiteten Redebeitrag seinen Plan, Franks Medikation umzustellen, anspricht. Die Tatsache, dass der Arzt dieses Thema bereits an früherer Stelle in das Gespräch eingebracht hat,³⁸² und die Ausführungen, mit denen er an den explikativen *weil*-Satz anschließt, zeigen, dass es sich hierbei nicht um einen bloßen Optativ (Wunschsatz) handelt. Vielmehr drückt sich hierin das feste Vorhaben von Arzt C aus, die Medikation des Patienten zu ändern, was aus ärztlich-pharmakologischer Sicht offenbar nicht nur sinnvoll, sondern auf lange Sicht auch notwendig zu sein scheint. Die einleitende, im ersten Moment zurückhaltend anmutende Ausdrucksweise ist nurmehr als Formel zu verstehen.

Abgesehen von diesem nicht gesprächspartnerorientiertem Themenwechsel stellt auch die schneller gesprochene, metakommunikative Parenthese: „<<all> aber das muss ich mit ihm besprechen>“ in der ärztlichen Äußerung einen gesichtsbedrohenden Akt gegenüber Frau G. dar. Arzt C signalisiert der Mutter des Patienten hiermit

³⁸¹ Bereits im „Deutschen Sprichwörter-Lexikon“ von Wander (Hrsg.) (1867ff./2004) finden sich mehrere Belege für diese semantische Verwendung des Wortes *reif*; siehe die Einträge zu den Lemmata „Irrenhaus“ und „reif (Adj.)“. Häufig weisen die Redewendungen Regionalismen auf: Je nachdem, in welcher nächstgelegenen Stadt sich eine psychiatrische Einrichtung (meist mit einer geschlossenen Abteilung) befindet, ist man „reif für Stadt xy“. Frau G.s Formulierung zeugt davon, dass solche Ausdrücke noch heute vor allem in Alltagsgesprächen durchaus verbreitet sind, auch in der ‚überregionalen‘, offener despektierlichen Variante: „reif für die Klappse/Klappsmühle“.

³⁸² Vgl. auch die Ausführungen zu Beispiel 4 (Beleg 4) und Beispiel 17 (Beleg 36).

indirekt, dass sie bzw. ihre Meinung keine Relevanz für die Therapieplanung hat, sondern dass dies ausschließlich eine Angelegenheit zwischen Arzt und Patient ist. Der Hinweis erfüllt somit die Funktion der juristischen Absicherung von Arzt C. Mit Blick auf die Beziehungsebene zwischen den beiden Gesprächspartnern ist die Formulierungsweise jedoch ‚grob fahrlässig‘ zu nennen: Gerade vor dem Hintergrund, dass der Patient sich nicht leicht auf Veränderungen einlässt, ist es verständlich, dass die Umstellung der Medikation für den Arzt ein heikles Thema bzw. schwieriges Vorhaben ist. Es erscheint daher nahe liegend, dass er das Gespräch mit der Mutter des Patienten (auch) dazu nutzen möchte, sie auf dieses Thema bzw. sein Vorhaben aufmerksam zu machen, um z.B. die Chancen zu erhöhen, dass sie im Falle einer Ablehnung des Vorschlags durch den Patienten gegebenenfalls eine den ärztlichen Vorschlag unterstützende Haltung einnimmt und so den Patienten eventuell in diesem Sinne positiv beeinflussen kann. Dies erklärt, dass Arzt C im Gespräch immer wieder auf Franks Medikation und ihre Umstellung zu sprechen kommt.

Häufigkeit allein ist allerdings kein Erfolgsgarant. Auch ‚der Ton macht die Musik‘, wie die Fortsetzung der Sequenz zeigt, in der die Mutter sich nicht davon überzeugt zeigt, dass sie ihren Sohn tatsächlich entsprechend beeinflussen könnte: Frank sei zwar in Bezug auf seinen Alltag in der Werkstatt für psychisch Kranke „nicht mehr so verschlossen“ (G10, Z. 276), halte sie jedoch nach wie vor aus Fragen zu seiner Therapie heraus. Dies wiederum erschwert für Frau G. die eigene Bewältigung der Erkrankung ihres Sohnes, worauf sie im Anschluss zu sprechen kommt:

Beleg 40: (G10, Z. 279-306)

Frau G.: ((...)) u=und da erzählt er also auch er hat DES gemacht oder hat DES gemacht .h ode:r der eine hat [ihn genervt=] ((...)) =ich nerv ihn natürlich AUCH; (--)<<die Hände in den Schoß fallen lassend> das is:: äh (.)> er MÜSSte halt schon n bissi=das hab ich schon oft gesagt (.) auch so ne gesprächsgruppe was ich ja jetzt (.) **er ZEigt mir ja nichts** (.) ich muss öfters mal hier reinkommen; (.) hab ich jetzt grad jetzt gesehen=hab ich gesagt das is ja (.) also hier für mich ideal dass ich wieder in so ne gruppe geh in so ne gesprächsgruppe;=

Arzt C: =in ne angehörigengruppe;=

Frau G.: =in so ne angehö(.)rigengruppe;=

Arzt C: =okay; ja die haben wir ja hier; (.) ja;

Frau G.: **ja. des=des WUSST ich leider AUCH nicht**, [der frank der geht hier REIN-]

Arzt C: [hhh (.) ()]

- Frau G.: ich äh=ich warte dann meistens weil ich ihn dann von=von äh
 (.) äh vom zug abhol und hier rüber fahr und warte auf ihn
 und fahren dann halt wieder heim (-) obwohl ich sag du
 könntst auch direkt hier mit dem zug hier RÜber fahren und
 könntst wieder zurückfahren;=er hat ja seine karte ne, **.hh**
aber (.) gut okay; (2.3) <<lächelnd> isn fehler von mir;>
- Arzt C: na gut dass dass sie da klammern weil=weil der junge krank
 ist das=das is ja nochma ne besondere situation;=
- Frau G.: =ja,=
- Arzt C: =ne, ((schnieft)) also (.) das ist ja nachvollziehbar;
- Frau G.: hm=hm.

In der Äußerung: „=ich nerv ihn natürlich AUCH; (--)> <<die Hände in den Schoß fallen lassend> das is:: äh (.)>“ drückt sich die Hilf- und Ratlosigkeit Frau G.s in Bezug auf den (therapiebezogenen) Umgang mit ihrem Sohn aus, sowohl auf sprachlicher als auch auf gestischer Ebene. Das zögernde Sprechen, d.h. die recht lange Interimpause und der Ausstieg aus der Konstruktion mit erneuter Pause könnten darauf hinweisen, dass die Mutter hier Arzt C das Rederecht anbietet – beispielsweise mit der Absicht oder in der Hoffnung, dass er eine Anteilnahme signalisierende Anmerkung äußern möge.

Als dies nicht der Fall ist, formuliert sie in einem syntaktischen Neueinstieg mit: „er MÜSSte halt schon n bissi=das hab ich schon oft gesagt (.) auch so ne gesprächsgruppe“ einen psychotherapeutischen Vorschlag zur Behandlung ihres Sohnes. Die parenthetisch gebrauchte Formel: „das hab ich schon oft gesagt“ verstärkt diesen Vorschlag zwar inhaltlich, bringt allerdings gleichzeitig (erneut) Frau G.s Zweifel zum Ausdruck, ob sie ihren Sohn überhaupt in Therapiefragen beeinflussen kann.

Der Abbruch des Relativsatzes: „was ich ja jetzt (.)“ und der Neueinstieg mit: „er ZEigt mir ja nichts“ lassen auf ein hohes Belastungsmaß bzw. ein starkes Gefühl der Ausgeschlossenheit schließen, das Frau G. empfindet. Die belastenden Auswirkungen dieser ‚Kommunikationslosigkeit‘ drücken sich auch in der anschließenden Thematisierung des Angebots einer Angehörigengruppe in der Institutsambulanz aus. Zunächst klingen sie sozusagen *ex negativo* bzw. in einer Art Umkehrschluss an: Die Feststellung: „ich muss öfters mal hier reinkommen;“ und das positiv wertende Prädikativ *ideal* zur Bezeichnung der Angehörigengruppe bringen die in einem ersten Schritt bereits erfolgte und in einem zweiten Schritt von der Mutter erwartete emotionale Erleichterung zum Ausdruck.

Die Reaktion: „=okay; ja die haben wir ja hier; (.) ja;“ des Arztes zeigt, dass ihm die vorhandenen ‚Informationslücken‘ nicht bewusst sind, so dass ihn Frau G.

mit dem Satz: „ja. des=des WUSST ich leider AUCH nicht,“ explizit darauf hinweist. Das negativ wertende *leider* und die betont artikulierte und additiv verwendete Abtönungspartikel *auch* – die sich z.B. mit: „wie so vieles andere“ paraphrasieren ließe – verleihen der Aussage einen (an-)klagenden Charakter, der indirekt wiederum die Belastung der Mutter ausdrückt. In ihrer anschließenden Schilderung des üblichen Ablaufs der Termine in der Institutsambulanz liefert Frau G. eine begründende Erläuterung für ihre Desinformiertheit.

Im anschließenden mit *obwohl* eingeleiteten Satz zeigt sich ihre innere Zerissenheit zwischen dem Gefühl der Verantwortung gegenüber dem kranken Sohn einerseits und dem der Abgrenzung von ihm und seinen Problemen andererseits. Im den Turn beschließenden Satz: „hh aber (.) gut okay; (2.3) <lächelnd> isn fehler von mir;>“ fallen die lange Interimpause und die sich anschließende negative Bewertung des eigenen Verhaltens auf. Wie in Beleg 40 entsteht auch hier der Eindruck, dass Frau G. auf eine Reaktion des Arztes wartet. Erst als diese ausbleibt, insistiert sie mittels einer Reformulierung, um eine Antwort herauszufordern. Dies spricht dafür, dass die Beobachtung von Rehbein (1994) in Bezug auf die sprachliche Umsetzung von Angst – bzw. deren sprachlicher ‚Folgeerscheinungen‘ – in den Äußerungen einer Brustkrebspatientin in ähnlicher Weise auch für das ÄUSSERN VON BELASTUNGEN bei der Mutter von Schizophreniepatient Frank G. gilt:

“[...] her own kind of discourse, which may be termed a plea for positive support discourse, whose total illocution is that of the lament, [...] with which she appeals to the doctor for attention and sympathy [...].”
Rehbein (1994a : 103)

Die Reaktion des Arztes signalisiert an der sprachlichen Oberfläche, präziser: auf der lexikalischen Ebene, *prima facie* Verständnis für das Verhalten der Mutter. Arzt C spricht in der Formulierung: „dass sie da klammern“ das Verantwortungsgefühl Frau G.s gegenüber ihrem kranken Sohn an. Das Verständnis für dieses mütterliche *Klammern* kommt bereits in der Bezeichnung des Patienten als *Junge* zum Ausdruck, bevor es in dem mit konklusivem *also* eingeleiteten Abschluss: „das ist ja nachvollziehbar;“ auch explizit ausgesprochen wird.

Ausgehend von der o.g. Beobachtung Rehbeins ist allerdings zu fragen, ob diese thematische Ausrichtung der ärztlichen Reaktion im Kontext der vorliegenden Situation und im Sinne einer ‚echten‘ partnerschaftlich-empathischen Gesprächsführung angebracht ist. Vor dem Hintergrund der vorausgegangenen ausführlichen *lamentatio* Frau G.s wäre es entlastender, wenn Arzt C mehr (bzw. überhaupt) auf den Aspekt der Abgrenzung von Frau G. gegenüber ihrem Sohn einginge. Zumindest aber würde eine angehörigenorientierte Gesprächsführung im Anschluss an die in Beleg 40 zitierte Äußerung einen Hinweis darauf erwarten lassen, dass Gefühle von Be- oder auch Überlas-

tung in dieser *besonderen Situation* genau so *nachvollziehbar* (oder *natürlich, verständlich* oder Ähnliches) sind. Auch wäre eine Relativierung des Ausdrucks *Junge* wünschenswert, etwa in einer Formulierung wie: „Schon die Versorgung eines **gesunden** 35-Jährigen würde viele Eltern sehr anstrengen“. So weit die Theorie. – Ein Blick in das Transkript des Gesprächs zeigt allerdings, dass Arzt C sich in der vorliegenden Sequenz auf die Rückversicherungspartikel „ne?“ (G10, Z. 307) beschränkt, um dann nach einer Interimpause mit: „gut. dann wer=werd ich am diensttag mal mit ihm reden“ das Thema zu wechseln.

Das Gespräch erstreckt sich danach noch über weitere sechs Minuten bzw. 148 Transkriptzeilen. Gleichwohl signalisieren die zusammenfassende Gliederungspartikel *gut* und das Ansprechen des nächsten Termins mit dem Patienten den ärztlichen Versuch, das Gespräch bereits an dieser Stelle zu beenden. Indem er die bereits zuvor angesprochene geplante Medikamentenumstellung und die Bewusstseinsausfälle des Patienten aufgreift,³⁸³ gibt er Frau G. allerdings Anlass zu weiteren Anmerkungen und Fragen, die zur Fortsetzung des Gesprächs führen. Die Ausführungen zu Beleg 39 deuten an, warum Arzt C – gerade im Zusammenhang mit der Medikation – das Gespräch nicht abbricht.

Die Analyse der beiden oben aufgeführten Belege hat gezeigt, dass Arzt C in den entsprechenden Gesprächssequenzen keine ausgesprochen angehörigen- (oder auch nur gesprächspartner-)orientierte Haltung einnimmt. Gegen Ende des Gesprächstranskripts finden sich allerdings zwei Stellen, in denen er auf die emotionale Belastung Frau G.s durch die mangelnde Kommunikation mit dem Patienten eingeht.

Zunächst thematisiert er recht unvermittelt von sich aus als Reaktion auf Ausführungen Frau G.s zur Compliance ihres Sohnes die von ihr in Beleg 40 angesprochene Möglichkeit zur Entlastung durch die Angehörigengruppe:

Beleg 41: (G10, Z. 397-408)

Arzt C: <<pp> n=ja gut;> .hhh okay:, (-) dann kommen sie weiter in unsere angehörigengruppe [oder=r gehen erstmals]

Frau G.: [ja das will ich jetzt-]

Arzt C: hin und äh=

Frau G.: <<lächelnd>=ich geh erstmals hin; genau.>=

Arzt C: =wissen=wissen sie den termin?

Frau G.: =ich hab mir=ich hab mir extra <<lächelnd> n zettel mitgenommen->=

Arzt C: =gu::t.

³⁸³ Vgl. dazu die ausführliche Besprechung in Beispiel 17.

Frau G.: <<lachend> wenn ich das vorher gewusst hätte hätt ich das schon eher gemacht;>=

Arzt C: =und ihren sohn sehe ich dann [am dienstag-]

Mit der Nachfrage: „=wissen=wissen sie den termin?“ erweckt Arzt C hier den Eindruck einer gesprächspartnerorientierten, an einer Entlastung der Mutter nachhaltig interessierten Haltung. Die Annahme des Rederechts und der mit ihr eingeleitete Themenwechsel scheinen sich hingegen eher in das Bild der patientenorientierten Gesprächsführung der Belege 39 und 40 einzufügen. Der Arzt übergeht hier die erneut durschscheinende Belastung der Mutter. Möglicherweise hält er das ihre beiden vorausgegangenen Äußerungen begleitende Lachen für ein erstes Anzeichen von Entlastung – zumindest jedoch scheint er es als eine Art Konsensbezeugung und damit als Legitimation zum Wechsel des Themas zu deuten. Eine partnerschaftliche und damit auch zur Selbstkritik bereite Reaktion wäre an dieser Stelle beispielsweise einzugestehen, dass die Information der Angehörigen über Angebote für sie offenbar nicht optimal funktioniert.

Als Arzt C die Beendigungsphase des Gesprächs einleitet, sieht sich Frau G. erneut dazu veranlasst, ihr Gefühl des Ausgeschlossenseins anzusprechen:

Beleg 42: (G10, Z. 435-449)

Arzt C: gut dann dank ich ihnen dass sie heute [<<lächelnd> diesen termin gemacht haben;>]

Frau G.: [ich danke AUch (.) also wie gesagt] ich (.)

Arzt C: wir bleiben in kontakt.=

Frau G.: =ich würde öfters schon e mal oder mal ne gespräch wenns mir danach ist aber der frank sagt halt je::des mal MUss net sein MUss net sein, es reicht doch wenn ich äh=äh mit dem doktor c. äh=äh n gespräch führ;=

Arzt C: =ja::=

Frau G.: =aber da werd dann ich schon e mal dran bleiben wenn mal=

Arzt C: =na sie können auch mal zusammen kommen; ne,=

Frau G.: =ja. (.) gut.

Arzt C: alles klar;

Frau G.: <<lächelnd> VIElen dank herr doktor c.,>

Rein sprachlich betrachtet kann die ärztliche Aussage: „wir bleiben in kontakt.“ als Bezugnahme auf Frau G.s in Beleg 40 geäußerte Sorge bzw. Zusage gedeutet werden. Im Zusammenklang mit seinem unmittelbar zuvor geäußerten Satz lässt sich hierin allerdings auch eine bloße Höflichkeitsfloskel sehen, die einer konsensorientier-

ten Gesprächsbeendigung dient. Auch Frau G. scheint dies so aufzufassen, denn sie unterbricht den Arzt und insistiert auf ihrer als Belastung empfundenen Ausgeschlossenheit, indem sie zunächst ihren Wunsch nach „öfters schon e mal“ stattfindenden Gesprächen mit dem Arzt erneuert und anschließend das sie belastende, ablehnende Verhalten ihres Sohnes in Form einer direkten Redewiedergabe formuliert.

Im folgenden Adversativsatz: „aber da werd dann ich schon e mal dran bleiben“ drückt sich daher nicht unbedingt in erster Linie eine ‚plötzliche Kehrtwende‘ Frau G.s zu einer optimistischen Haltung in Bezug auf ihre künftigen Aussichten auf Einbindung in die Therapie ihres Sohnes aus. Vielmehr dient diese Äußerung auf pragmatischer Ebene dazu, den von Arzt C angestrebten Konsens herzustellen und ihm zu signalisieren, dass sie mit der Beendigung des Gesprächs einverstanden ist. So führt sie auch ihren mit „wenn mal=“ begonnenen und von Arzt C unterbrochenen Satz nicht zu Ende und scheint sich jedenfalls für den Moment mit dessen Vorschlag: „=na sie können auch mal zusammen kommen; ne,=“ zufrieden zu geben – auch wenn dieser nicht zu einer Lösung ihres Problems führt, denn Mutter und Sohn *kommen* ja bereits *zusammen* zu den Katamnesegesprächen bzw. Injektionsverabreichungen, wie sie in Beleg 40 erläutert.

Damit das Bedürfnis Frau G.s nach Einbindung in die Therapie Aussicht auf Erfüllung haben kann, müsste Arzt C den Patienten mindestens darum bitten, ihrer Anwesenheit bei den vierzehntägigen Gesprächen zuzustimmen. Um die Mutter in Zukunft umfassend entlasten und beraten zu können, d.h. vor allem Gespräche auch in Abwesenheit des Patienten mit ihr zu führen, wäre idealerweise sogar die Bitte um Franks Einwilligung in eine (zumindest teilweise) Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht vonnöten.

Beispiel 19

Zu Beginn des Gesprächs mit Ehepaar K. spricht Arzt B die Eltern von Patient Karsten auf den selteneren Kontakt zwischen Patient und Familie an: „denken se denn dass sich das bewährt hat dass sie weniger kontakt haben dass das eher GÜNStig is ode:r?“ (G4, Z. 43-44). Frau K. beschreibt auf diese Frage hin zunächst die derzeitige Situation und begründet den geringeren Kontakt zu ihrem kranken Sohn anhand eines Beispiels (G4, Z. 44-60), bevor sie konkret auf die ärztliche Frage eingeht. Anschließend entwickelt sich eine ausführlichere Schilderung der emotionalen Belastungen, die beide Elternteile empfinden bzw. empfunden haben:

Beleg 43: (G4, Z. 62-108)

Frau K.: äh obs jetzt für ihn GUT is=er spricht nich drüber=

Arzt B: okay,

Frau K.: das-

Herr K.: **also sagen wir ma so: (.) UNS tut s besser. (.)** also äh es
is bei uns [in der familie denke ich ma]

Frau K.: **['hm ja und nein (.) ((lächelt kurz))]**

Herr K.: n bisschen mehr RUhe eingekehrt=also zumindestens äh (.) is
für MICH so stellt sich so dar als wenns mehr ruhe da
wär=früher wo wir wirklich den kontakt mit ihm hatten wo
auch er (oft) am wochenende [daheim war]

Arzt B: [hm=hm]

Herr K.: war ja im grunde genommen immer stress in der familie=das
hat er=der stress hat [immer]

Arzt B: [hm=hm]

Herr K.: gedauert von wenn sonntags abends is er zurück bis MITTwochs
dann hatten wir uns bis freitag wieder beruhigt und dann kam
er am samstag wieder **und (.) das is insgesamt ruhiger
geworden und äh also ich=ICH kann damit besser umgehen
<<dim> bei meiner frau denk ich (.) is es bissl
PROBLEMATischer also sie hängt da bissl bissl mehr (nach
dem ganzen>=**

Frau K.: **=ich würd ihm halt einfach mehr so das zuhause GÖNNen.=**

Arzt B: =hm=hm=

Herr K.: =ja.=

Frau K.: **=und da LEID ich halt noch n bissl drunter. [=für MICH]**

Arzt B: [okay]

Frau K.: weil ich denke er hats halt doch zuhause AUCH [schön]

Arzt B: [hm=hm]

Frau K.: und er geNIESST ja auch und er WEISS es ja auch. **aber dann
denk ich wieder auf der anderen seite er is zweiunddreißig
JAHre; er hat mittlerweile n alter erreicht wo ich einfach
denk <<dim> wenn er verheiratet wär=wär irgendwo: anders>
<<cresc> und dann wär er auch net so oft [zuhause>];**

Arzt B: [hm=hm]

Frau K.: und das sind halt so meine (.) gründe wo ich denk ACH;;
[()]

Arzt B: [ja das heißt sie] können so n stück weit das alles
sozusagen in einen natürlichen (abbindungs)prozess (.)
betrachten [dass sie]

Frau K.: [hm=hm.]

Arzt B: sagen wenn er etwas älter is ähm muss er auch einfach sein
eigenes [leben]

Frau K.: [ja]

Arzt B: (.) leben und da muss der kontakt nich mehr so intensIV sein wobei vielleicht trotzdem es wichtig is wenn (ma=mal) diese beiden aspekte zu betonen denn ich denke ähm an beidem is ja irgendwo was dran. ((...))

Die Frage des Arztes zu Beginn des Belegs lässt zwei Perspektiven³⁸⁴ zu: zum einen die Sicht auf den Patienten, zum anderen die Sicht auf die Angehörigen selbst. Frau K.s Antwort richtet den Blick auf den Patienten: „äh obs jetzt für ihn GUT is=er spricht nich drüber“, d.h. sie spricht hier über die (Fremd-)Perspektive ihres Sohnes. In seinem direkt angeschlossenen Redebeitrag leitet Herr K. mit der Formel: „also sagen wir ma so: (.)“ einen Wechsel der Perspektivierung auf das elterliche Erleben der Situation ein: „UNS tut s besser.“ Diese Äußerung veranlasst die Mutter zu dem Einwurf: „hm ja und nein (.) ((lächelt kurz))“, noch während ihr Mann spricht. Das einschränkend-widersprechende Rückmeldesignal deutet die „Unvereinbarkeit der Perspektiven“ an, die ihr Mann in seiner Aussage einnimmt: ihre von ihrem Mann „unterstellte und die tatsächliche Eigenperspektive“ (Sandig 1996 : 60), denn Frau K. teilt die Einschätzung ihres Mannes nicht. Gleichzeitig dient der von einem Lächeln gefolgte Ausdruck dazu, ihren Dissens möglichst gesichtserhaltend für ihren Mann auszudrücken. Dieser greift den Einwurf im weiteren Verlauf seines Turns zweimal auf, indem er zunächst betont, dass er seine eigene Erfahrung schildert: „also ich=ICH kann damit besser umgehen“, und anschließend explizit auf die abweichende Perspektive seiner Frau hinweist: „<dim> bei meiner frau denk ich (.) is es bissl problematischer also sie hängt da bissl bissl mehr (nach) dem ganzen>“.

Frau K. unterbricht ihren Mann an dieser Stelle und bestätigt unmittelbar seine Aussage, indem sie ihre eigene Perspektive darstellt. In der Formulierung: „das zuhause GÖNNen“ drückt sich ihr starkes elterliches Verantwortungsgefühl aus; im mit *und da* angeschlossenen Satz drückt sie die für sie belastende Folge des selteneren Kontakts bzw. Aufenthalts ihres Sohnes im elterlichen Haus aus: „=und da LEID ich halt noch n bissl drunter. [=für MICH]“. Die Wahl des emotiv-expressiven Verbs *leiden* wird durch die Partikel-Kombination *halt noch n bissl* abgeschwächt. Die präpositionale Angabe „für MICH“ kann als ein Betonen der Eigenperspektive gelesen bzw. gehört werden, aber in der Angabe – in ihrer Lesart: „für mich allein“ – klingt auch das Gefühl der Mutter an, aus dem Leben ihres Sohnes (präziser: aus dessen Therapie) ausgeschlossen zu sein.³⁸⁵ Im direkt angeschlossenen Kausalsatz: „weil ich denke

³⁸⁴ Für eine detaillierte Beschreibung des Konzepts der sprachlichen Perspektivität vgl. Sandig (1996).

³⁸⁵ Vgl. G4, Z. 967ff.: Hier spricht die Mutter dieses Gefühl aus. Die Funktion der Andeutung erschließt sich erst aus der „Vogelperspektive“ des Beobachters über das gesamte Gespräch.

er hats halt doch zuhause AUCH [schön]“ kommt erneut das „getroffene“ Verantwortungsgefühl zum Ausdruck: Zum einen intensiviert das betont artikulierte additive *auch* den Rechtfertigungscharakter dieses Satzes, zum anderen manifestiert sich hier die Angst Frau K.s vor dem Vorwurf, ihre elterlichen Aufgaben, besonders die Fürsorgepflicht, nicht erfüllt zu haben.³⁸⁶ Im weiteren Teil ihres Redebeitrags drücken das einleitende adversative *aber* und das entgegengesetzende *auf der anderen Seite* den Widerstreit zwischen Frau K.s Verantwortungsgefühl und ihrem (rational-kognitiven) Versuch der Abgrenzung aus.

Arzt B reagiert mit: „ja das heißt“ als aktiver Zuhörer und greift in seinem Redebeitrag die Argumente beider Elternteile reformulierend auf. Zunächst geht er dabei auf die unmittelbar vorausgegangene Äußerung der Mutter ein. Dem metaphorischen Ausdruck: „so n stück weit“ kommt indirekt eine die Mutter unterstützende und ihr Gesicht stärkende Funktion zu, indem er ihr mit der zugrunde liegenden Metapher ABGRENZUNG IST EIN WEG eine (konzeptuelle) Möglichkeit aufzeigt, mit der sie emotional belastenden Situation umzugehen, die aus ihrem Verantwortungsgefühl entsteht und wie sie „von dieser Seite“ auf die von ihr selbst beschriebene *andere Seite* der Abgrenzung kommt. Zudem signalisiert die Wahl des qualitativ wertenden Adjektivs *natürlich* in der Präpositionalphrase: „in einen natürlichen (abbindungsprozess)“ sowie die folgende Ausführung, dass dies ein gewöhnlicher Vorgang ist.

Danach nimmt Arzt B mit dem einschränkend-korrigierenden *wobei*-Satz „eine mögliche Schlussfolgerung aus der vorherigen Aussage“ zurück (Günthner 2000a : 325), und zwar dass das ‚Ziel‘ des Abgrenzungsweges ein vollständiger Kontaktabbruch zwischen den Eltern und ihrem kranken Sohn sei.³⁸⁷ Mit den erwähnten „beiden aspekten“ knüpft der Arzt hier zum einen an das in der Vorgängeräußerung der Mutter angesprochene Kontakthalten an, zum anderen an den vom Vater bereits früher im Beleg thematisierten Aspekt der Stressvermeidung. Beide Faktoren erläutert er in der Folge in seinem Redebeitrag.³⁸⁸

Während die Differenzen zwischen Frau und Herrn K. im obigen Beleg noch recht dezent und nur auf das jeweilige Patient-Angehörigen-Verhältnis bezogen sind, das unterschiedlich empfunden wird, treten sie im weiteren Verlauf des Gesprächs immer deutlicher zu Tage, auch auf der Ebene der Ehepartner untereinander. Über fast 20 Minuten ist das Thema des Gesprächs das Verhältnis der Eheleute zueinander, in der

³⁸⁶ Vgl. zu diesem Aspekt auch die Erläuterungen in Beispiel 8, Fußnote 87. Die Probleme, die für Eltern durch die schizophrene Erkrankung eines Kindes speziell in Bezug auf die Loslösung des Patienten vom Elternhaus entstehen bzw. die „Rollenveränderungen [...], die den sozialen Erwartungen für diesen Abschnitt des familialen Lebenszyklus zuwiderlaufen“ (Burkhardt et al. 2007 : 231), erläutern aus medizinspsychologischer Sicht ausführlich z.B. Jungbauer et al. (2004).

³⁸⁷ Dies konterkariert die ABGRENZUNG IST EIN WEG-Metapher.

³⁸⁸ Siehe G4, Z. 108ff. und G4, Z. 135f.

beide über ihre emotionalen Belastungen sprechen. Der Aspekt des eigenen Umgangs der Eltern mit der Erkrankung des Sohnes bzw. die Auswirkungen der Situation auf die eigene Befindlichkeit, die vom Vater bereits in Beleg 43 in das Gespräch eingeführt wurden, wird von Arzt B später mit Orientierungsfrage Nr. 5 direkt angesprochen:³⁸⁹

Beleg 44: (G4, Z. 808-832)

Arzt B: okay:. noch eine frage, wie kommen sie denn selber klar? das heißt gibts für sie etwas was=was sie noch mitteilen möchten;

Frau K.: ja gut äh. ich muss ganz einfach sagen früher ham wir in der familie=mein mann und ich, wir ham besser damit geLEBT und wir konnten uns unterHALten; das hat bei uns n bisschen sich verändert; äh ich (.) spreche nicht mehr viel weil ich merke äh mein mann zeigt net mehr so das interesse; das=das gefÜHL für mich dass ich MEHR drunter leide wie er, (.) dadurch hab ich mich zurückgezogen und dadurch leidet so n bisschen unsere familie. früher ham wir uns immer gesagt äh wir sitzen in einem boot, wir kommen da durch und da müssen wir gemeinsam durch und mittlerweile .h hab ich das gefühl nicht mehr.

Arzt B: okay. sie würden also sagen sie leiden im grunde genommen mehr drunter=

Herr K.: =still.=

Arzt B: =und und äh das is so=so; darum entsteht auch so n [kommunikations(.)problem; (.) dass sie an sich]

Frau K.: [auch die familie hat n bisschen drunter gelitten mittlerweile]

Arzt B: sich wünschen würden dass das alle ähnlich sehen aber dass sie doch eher derjenige sind der drunter leidet und sie vielleicht=ja, vielleicht können sies noch ma sagen wie sies empfinden.

Frau K. beantwortet die Frage mit einer Darstellung des familiären (bzw. elterlichen) Umgangs mit der Krankheit Karstens, wie sie es „früher“ erlebt hat, im Vergleich zur derzeitigen Situation. Dabei geht sie allerdings auf den sprachlich vagen Temporal- ausdruck nicht näher bzw. präzisierend ein. Sie beginnt ihren Redebeitrag mit dem Einstieg: „ja gut äh. ich muss ganz einfach sagen“. Die verzögernd wirkenden redeenleitenden Partikeln können als Anzeichen dafür gesehen werden, dass Frau K. vom relativ plötzlichen Themenwechsel des Arztes überrascht ist;³⁹⁰ die Variation der

³⁸⁹ Zur sequenziellen Einbettung dieses Turns siehe Beispiel 9, Beleg 19.

³⁹⁰ Vgl. die Erläuterungen in Beispiel 9.

Floskel *Ich muss sagen* stützt diese These – sie erlaubt Frau K., ihre Gedanken zu sammeln bzw. die folgende Formulierung vorzubereiten, ohne zu riskieren, das Rederecht wieder zu verlieren. Gleichzeitig deutet sich bereits in diesem zögernden Einstieg der Dissens an, der im weiteren Verlauf ihres Turns deutlich zutage tritt: „früher ham wir in der familie=mein mann und ich, wir ham besser damit geLEBT“. Der Satzbau spricht dafür, dass es Frau K. (zumindest an dieser Stelle) nicht sehr leicht zu fallen scheint, die für ihren Mann gesichtsbedrohende Bewertung der Situation zu formulieren: Sie präzisiert zunächst den sprachlich vagen Ausdruck: „in der familie“, indem sie ihn mit: „mein mann und ich“ reformuliert; die Satzaussage mit dem wertenden Adverb *besser* kommt erst am Ende der Konstruktion. Mit der Formulierung: „das hat bei uns n bisschen sich verändert;“ leitet sie zur Darstellung der heutigen Situation über; auch hier zeigt sich das Bestreben Frau K.s, das Image ihres Manns zu schonen (im abschwächenden *ein bisschen*). Auch die folgenden Formulierungen in der ersten Person Singular kennzeichnen die Darstellung als Frau K.s Eigenperspektive und haben dadurch eine – wenn auch nicht sehr starke – gesichtserhaltende Funktion. Als Grund für ihren (kommunikativen) Rückzug gibt die Mutter „das=das geFÜHL für mich dass ich MEHR drunter leide wie er,“ an. Mit der erneuten Verwendung des stark expressiven Verbs *leiden* und dem Aufgreifen ihrer Formulierung „für MICH“ aus Beleg 43 insistiert sie auf dem für sie belastenden Charakter der häuslichen Situation. Der mit *und* beigeordnete Satz: „dadurch leidet so n bisschen unsere familie.“ dehnt die Tragweite der ‚Kommunikationslosigkeit‘ der Eltern auf das gesamte Familienleben aus; es impliziert, dass sie auch das Verhältnis zum zweiten (psychisch gesunden) Sohn³⁹¹ nicht als ungetrübt bewertet, wenn auch die Art und Weise der Beeinträchtigung offen bleibt.

Anschließend kommt sie erneut auf die Situation *früher* zurück: Die Schifffahrtsmetaphorik, die sich vor allem in der Formulierung *in einem Boot sitzen* ausdrückt, beschreibt den damals von Frau K. erlebten familiären Zusammenhalt. Das Adverb *gemeinsam* intensiviert dies und drückt bereits indirekt ihre heute empfundene Einsamkeit aus, die sie im ihren Turn beschließenden: „mittlerweile .h hab ich das gefühl nicht mehr.“ noch deutlicher formuliert. Insgesamt bringt die Äußerung die Haltung: „Früher war alles besser“ zum Ausdruck.

Arzt B hört seiner Gesprächspartnerin aktiv zu; mit der Redeeinleitung: „sie würden also sagen“ reagiert er mit einer zusammenfassenden Reformulierung ihrer Aussage. Seine Reaktion macht einen mit der Mutter mitfühlenden Eindruck, indem er den gleichen Ausdruck verwendet wie sie (*leiden*): „sie leiden im grunde genommen

³⁹¹ Vgl. Kapitel 7.2.2.4.

mehr drunter“. Bevor er jedoch diese Vergleich-Konstruktion zu Ende führen kann, unterbricht ihn Herr K. mit dem Wort: „=still.=“. Dieser zwar nur kurze Einwurf hat – zumindest aus der ‚Vogelperspektive‘ einer Analysierenden – jedoch relativ große Wirkung. Durch die tief fallende Tonhöhenbewegung erhält er den Charakter einer Selbstverteidigung und/oder eines Vorwurfs gegenüber Frau K., was auch eine mögliche Paraphrase wie: „Ich wusste davon ja nichts“ nahe legt. Arzt B ist hierdurch offenbar kurzzeitig irritiert und aus dem Konzept gebracht, wie die anakoluthafte Fortführung seines Redebeitrags mit: „=und und äh das is so=so;“ zeigt. Auch Frau K. reagiert unmittelbar auf den Einwurf ihres Mannes, gleichzeitig zur Äußerung von Arzt B: Mit dem Reformulieren ihrer Assertion, dass auch die *Familie* unter der Situation leide, betont sie den Aspekt, dass der Konflikt aus ihrer Sicht nicht nur zwischen den Eltern besteht. Dies kann als ein Verweigern der Ratifikation des Vorwurfs ihres Mannes gedeutet werden – die Präsupposition vorausgesetzt, dass Frau K. sich nicht als die einzige mögliche ‚Informationsquelle‘ für ihren Mann fühlt, sondern dass er diese negative Wendung der Situation auch im Gespräch mit anderen Familienmitgliedern hätte bemerken können.

Arzt B wechselt im Anschluss mit dem Adversativsatz: „aber dass sie doch eher derjenige sind der drunter leidet und sie vielleicht=ja, vielleicht können sies noch ma sagen wie sies empfinden.“ den Adressaten und wendet sich nun Herrn K. zu.³⁹²

Anschließend legt zunächst Herr K. seine Einschätzung der Situation dar und erklärt, dass er weniger leide. Seine Frau unterbricht ihn an mehreren Stellen, um seine Darstellung zu kommentieren und ihr eigenes Empfinden der ehelichen Kommunikationssituation zu schildern. Dabei werden die Differenzen des Paares und der unterschiedliche Umgang mit der Erkrankung Karstens sehr deutlich. Herr K. ist der Meinung: „s is so wies ist und (.) wir können nix dran ändern und=-“ (G4, Z. 847f.); Frau K. hingegen stellt fest: „=ja un=und MICH hat das dann so verändert weil ich merk dass mein mann da so ganz (.) cool mit=drübersteht“ (G4, Z. 821f.). In dieser Äußerung Frau K.s deutet sich erneut die bereits in Beleg 44 anklingende Auswirkung der Erkrankung Karstens auf das (zumindest kommunikative) Verhältnis der Ehepartner insgesamt an. Dies wird später in der Formulierung des aktiv zuhörenden Arztes explizit: „hm. das bezieht sich jetzt aber nicht nur auf n

³⁹² Dieser Adressatenwechsel vollzieht sich spätestens bei: „und sie vielleicht“. Genauer lässt sich nicht eindeutig sagen, da aufgrund der zugrunde liegenden Audioaufnahmen keine hierfür notwendigen Daten vorliegen. Um den Wechsel präziser verorten zu können, müssten Aspekte des Blickkontakts und der Gestik berücksichtigt werden, die nur Videoaufzeichnungen liefern könnten. So lässt sich nur aus dem auditiv wahrnehmbaren (sprachlichen) Kontext vermuten, dass zunächst noch Frau K. angesprochen ist, obwohl Arzt B das kataphorische Pronomen *derjenige* in der maskulinen Form und nicht das feminine *diejenige* verwendet.

karsten sondern auch auf ihre beziehung;=" (G4, Z. 859f.; gemeint ist die Beziehung des Ehepaares); die Erkrankung des Sohnes ist: „((...)) der punkt der sozusagen das ganze sozusagen ins rollen bringt.“ (G4, Z. 894f.). Auf diese ärztliche Feststellung hin ergreift Frau K. erneut das Wort und schildert ausführlich, wie sie die Ersthospitalisierung Karstens erlebt hat.³⁹³

Arzt B unterbricht sie und wendet sich an Herrn K. mit der bereits früher gestellten Frage, ob ein Gespräch zwischen den Ehepartnern und ihm nicht nur in Bezug auf Karstens Therapie und Zustand, sondern auch auf die partnerschaftlichen Probleme der K.s „hilfreich und nützlich is oder? [um sich da auszutauschen]“ (G4, Z. 864f.). Herr K. äußert sich hierzu ablehnend. Als Frau K. das Rederecht an sich nimmt, unterbricht Arzt B sie und fordert ihren Mann erneut zur Reaktion auf:

Beleg 45: (G4, Z. 940-961)

Arzt B: =<<lächelnd>ich würds gern=gern noch ma jetzt aus ihr=aus der sicht ihres mannes noch ma; das interessiert mich jetzt noch mal.=äh können sie denn das was ihre frau gesagt hat,=wie würden sie das bewerten;=oder wie=wie sehn sie das?

Herr K.: 'hm. das kann ich (heut noch) gar net so richtig einordnen.
ich bin=hab das gefühl ich bin ständig der BUHmann bei irgendwas;=wenn was passiert und (.) ich wollt mir das eigentlich net mehr so lange anhörn.=das is einfach,=ich bin (immer) schuld;=ich hab FRÜher als der karsten- immer ständig vorgehalten gekriegt,bist kein richtiger vater; du musst dich durchsetzen deinem sohn gegenüber.=ich hab immer gesagt; der is KRANK. da is nix durchzusetzen. das hab ich permanent an de kopp geknallt gekriegt und irgendwann hab ich halt emal aufgehört.=na=ja wenns halt so is dann isses halt so.=

Arzt B: =das heißt sie fühlen sich angegriffen? oder,

Herr K.: von ihr ja.

Arzt B: ja. (.) und is das etwas was SCHLIMMER geworden is oder- (.) is das;

Herr K.: ja- is schlimmer gewordn.

Arzt B: is schlimmer gewordn; ja. okay:.

(-)

Zunächst erscheint die Formulierung von Arzt B gegenüber Frau K. als ein – gerade vor dem Hintergrund der bisher in den Analysen sichtbar gewordenen, überwiegend kooperativen Gesprächshaltung dieses Arztes – ungewöhnlich deutlicher, harter ge-

³⁹³ Vgl. G4, Z. 898-921.

sichtsbedrohender Akt. Dieser Eindruck relativiert sich, wenn man den Kontext der vorausgegangenen, oben referierten Minuten/Zeilen des Gesprächs/Transkripts berücksichtigt, in denen Frau K. den weitaus größten Redeanteil für sich beansprucht hat. In der Äußerung des Arztes ist daher nicht eine bloße Aufwertung Herrn K.s auf Kosten des Face von dessen Frau zu sehen, sondern durchaus auch das Bestreben, seiner offenbar selbst zugewiesenen Rolle eines Moderators oder Mediators zu entsprechen³⁹⁴ und möglichst allen Gesprächsbeteiligten gerecht zu werden, indem er jedem einen gewissen Redeanteil zusichert, um die je eigene Sichtweise und eigenen Argumente zu präsentieren.

Die sich anschließende Situationsbewertung des Vaters fällt konträr zu der seiner Frau aus.³⁹⁵ Er formuliert seine emotionale Belastung auf direkte Weise in dem Satz: „ich bin=hab das gefühl ich bin ständig der BUHmann bei irgendwas;=wenn was passiert“. Die Retraktion von: „ich bin=“ zu: „hab das gefühl ich bin“ übernimmt die Funktion der Distanzierung vom Gesagten und dessen ablehnender Wertung. In der mit *und* beigeordneten Aussage: „ich wollt mir das eigentlich net mehr so lange anhörn.“ stellt das Verb *anhören* einen gewissen Widerspruch zum Vorwurf des *Stillseins* seiner Frau in Beleg 44 dar – oder visiert Herr K. hier nicht seine Ehefrau, sondern jemand anderen an? Oder geht es um einen anderen Zeitpunkt? Die folgenden Ausführungen Herrn K.s lassen Letzteres als wahrscheinlich gelten; aufgrund der Indirektheit und Vagheit seiner Formulierungen ist dies jedoch nicht mit Sicherheit zu sagen. Herr K. erläutert die Gründe für sein, von Frau K. als *cool, drüberstehend* kritisiertes Verhalten: Er führt dies auf das kommunikative Verhalten seiner Ehefrau zum sprachlich vage formulierten, durch einen Ausstieg abgebrochenen Zeitpunkt: „FRÜher als der karsten-“ zurück. Die gewählte Ausdrucksweise in der für die gesprochene Sprache typischen *kriegen*-Form des *bekommen*-Passivs³⁹⁶: „=ich hab ((...)) immer ständig vorgehalten gekriegt,“ und „das hab ich permanent an de kopp geknallt gekriegt“ ermöglicht es Herrn K. aufgrund der Deagentivierung einen direkt formulierten Angriff seiner Frau zu vermeiden. Der vorwurfsvolle Charakter seiner Äußerung ist dennoch durch die intensivierend wirkenden, Temporaladverbien *immer ständig* und *permanent* in Kombination mit den negativ wertenden Verben *jmd. etw. vorhalten* und *jmd. etw. an den Kopf werfen/knallen* auch ohne eine direkte Ansprache seiner Frau eindeutig und deutlich. Die direkte Redewiedergabe: „bist kein

³⁹⁴ Für eine kritische Würdigung des Konzepts der (professionellen, ‚neutralen‘) Mediation siehe Greatbach / Dingwall (1999).

³⁹⁵ Dies bestätigt die Ausführungen von Holly (1982), indem Herr K. hier belegt, dass er sich durch die Bewertung seiner Frau nicht hat „anstecken“ lassen, da „beim bloßen Vorliegen einer Bewertungshandlung noch lange nicht geschehen muß, daß der Hörer eine entsprechende Präferenzdisposition einnimmt.“ (Holly 1982 : 60). Besonders wenn es um Bewertungen von selbst erlebten Situationen geht, können die Meinungen/Einschätzungen der unterschiedlichen Personen voneinander abweichen.

³⁹⁶ Vgl. Zifonun (1997 : 1824ff.).

richtiger vater; du musst dich durchsetzen deinem sohn gegenüber.“ zeigt in erster Linie durch das Beibehalten der Personendeixis der Originaläußerung,³⁹⁷ d.h. im Beibehalten der zweiten Person Singular (*du* und deklinierte Formen), die ablehnende Haltung Herrn K.s zu dem ihm gegenüber erhobenen Vorwurf. Die Formulierung bereitet so seine sich anschließende Erwiderung auf diese *ständigen Vorhaltungen* vor: „ich hab immer gesagt; der is KRANK. da is nix durchzusetzen.“. Der einfache Aussagesatz im Präsens und die anschließende konsekutiv eingesetzte, unpersönliche Infinitivkonstruktion in der direkten Redewiedergabe lassen die Proposition als eine ‚allgemeine Wahrheit‘ erscheinen. Im Unterschied zu einer ebenfalls denkbaren persönlich-involvierenden Formulierung wie: „Ich kann da nichts durchsetzen“ wirkt die Assertion verallgemeinernd-objektivierend und unterstreicht so indirekt Herrn K.s Anspruch auf uneingeschränkte Gültigkeit. Sie dient zudem als Rechtfertigung für die diesmal in der ersten Person Singular formulierte Konsequenz, die der Ehemann und Vater daraus gezogen hat: „und irgendwann hab ich halt emal aufgehört.“ Womit genau Herr K. aufgehört hat, bleibt unklar, denn er steigt aus dieser Konstruktion aus, um mit dem zusammenfassenden, wiederum verallgemeinernden Zirkelschluss: „=na=ja wenns halt so is dann isses halt so.“ fortzufahren. Auch in dieser Aussage ist nicht eindeutig festzustellen, worauf sich das verschliffen artikulierte *es* (in *wenns* und *isses*) bezieht; der Kontext legt nahe, das Pronomen auf Karstens Erkrankung und nicht auf die Kommunikationssituation zwischen den Ehepartnern zu beziehen, wenngleich dies ebenso grammatisch zulässig wäre.

An dieser Stelle unterbricht Arzt B Herrn K. – jedoch nicht, um beispielsweise mit einer Nachfrage die beiden aufgezeigten „offenen Stellen“ im Turn des Vaters zu füllen. Vielmehr zielt der Arzt mit seiner Frage: „=das heißt sie fühlen sich angegriffen? oder,“ auf ein emotional bewertendes Résumé Herrn K.s. Die zunächst geschlossen formulierte Entscheidungsfrage wird durch das nachgeschobene „oder,“ etwas geöffnet. Arzt B bietet hiermit Herrn K. eine Formulierung an, ohne sie ihm in den Mund zu legen (was ohne das öffnende *oder* eher der Fall wäre). Auf der sprachlich-formalen Ebene ist so lediglich eine einfache Antwortpartikel (*ja* oder *nein*) erforderlich. Im Gegensatz zu einer ‚richtig‘ offenen Frage wie: „Wie würden Sie das Gefühl/die Gefühle beschreiben, die diese Situation insgesamt in Ihnen auslöst?“ erleichtert die vom Arzt gewählte, reformulierend-zusammenfassende Art der Fragestellung dem Gesprächspartner eine Zustimmung und damit eine gegenüber Frau K. einen neuerlichen FTA darstellende Äußerung. Die folgende Nachfrage des Arztes hat eine ähnliche Funktion. Beide Fragen führen denn auch nicht zu einer ausführlicheren Schilderung: Herr K. bestätigt zwar, dass das *Sich-angegriffen-Fühlen* „schlimmer“ gewor-

³⁹⁷ Vgl. die Ausführungen zu „der is KRANK und der geht WEG“ in Beispiel 13, Beleg 31.

den sei, führt aber nicht aus, inwiefern sich dies äußert. Arzt B fragt hier auch nicht weiter nach, so dass eine Gesprächspause entsteht.³⁹⁸

Das knappe Antworten und anschließende Schweigen Herrn K.s in Bezug auf seine ‚emotionale Verfassung‘ legt den Schluss nahe, dass seine Strategie zum Bewältigen von Karstens Erkrankung und deren negativen Auswirkungen auf die Beziehung mit seiner Frau offenbar in einem sachlich-distanzierten Umgang besteht. Die emotionale Ebene – (innerliches) Empfinden – scheint weitestgehend ausgeblendet zu sein; objektivierbare Fakten und (äußerliche) Indizien dienen als Halt bzw. Handlungsorientierung. Diese Interpretation legen nicht nur Herrn K.s Gesprächsverhalten und seine Äußerungen im untersuchten Gespräch nahe, sondern auch die Berücksichtigung des beruflichen Umfelds Herrn K.s: Als Kriminalbeamter ist er tagtäglich dazu angehalten, diese Art des Umgangs mit Situationen und Menschen zu praktizieren. Auch seine Funktion als rechtlicher Betreuer Karstens erfordert ein gewisses Maß an distanziert-reflektierter Entscheidungsfähigkeit.³⁹⁹

Allerdings käme es einem Paralogismus gleich, aus der Wahl einer sachlich-distanziert ausgerichteten, Emotionen ausblendenden Bewältigungsstrategie auf die Emotionslosigkeit des Strategen zu schließen. Die Äußerungen Herrn K.s (nicht nur) in Beleg 45 bezeugen, dass er vor allem die kommunikative Dimension der Beziehung mit seiner Frau durchaus als emotional belastend empfindet:⁴⁰⁰ Abgesehen davon, dass er dies auf der inhaltlichen Ebene selbst direkt und indirekt formuliert,⁴⁰¹ kommt seine Anspannung auch auf der Ebene der indexikalischen Zeichen in Form der vielen Verschleifungen bzw. unmittelbaren Anbindungen neuer Äußerungseinheiten an die vorigen zum Ausdruck. – Der Unterschied zu Frau K., so ließe sich aus laienpsychologischer Sicht mutmaßen, besteht bei Herrn K. eben im Nichtzulassen, dem (zumindest versuchten) Ausblenden, der emotionalen Ebene.

Das Beispiel führt deutlich vor Augen, dass verschiedene Angehörige die Erkrankung ihres Familienmitglieds unterschiedlich erleben und unterschiedlich mit Patient und Situation umgehen. Ein und derselbe Anlass bewirkt unterschiedliche Belastungen in unterschiedlichem Maß bei den einzelnen Angehörigen. – Würde man die Schilderungen Herrn und Frau K.s in den Belegen 44 und 45 dieses Beispiels als auf dieselbe Situa-

³⁹⁸ Danach ergreift Frau K. das Wort, um aus ihrer Perspektive die ärztliche ‚Ursprungsfrage‘ nach der Nützlichkeit von eher paartherapeutischen Gesprächen zu beantworten.

³⁹⁹ Siehe dazu auch die Erläuterungen zu Beispiel 24.

⁴⁰⁰ So greift Arzt B später im Gespräch das *Sich-angegriffen-Fühlen* erneut auf und Herr K. geht darauf ein (vgl. G4, Z. 956, 1040-1060).

⁴⁰¹ In diesem Zusammenhang sei auf ein Detail in der direkten Redewiedergabe: „du musst dich durchsetzen deinem sohn gegenüber“ hingewiesen. Unabhängig davon, ob Frau K. diesen Satz tatsächlich so oder mit etwas anderen Worten geäußert hat, klingt in der Wahl des Possessivpronomens bei *dein Sohn* (anstelle des propositional ‚korrekteren‘ *unser Sohn*) Herrn K.s Gefühl des Alleingelassen-Seins und/oder der Verpflichtung zur alleinigen Verantwortungsübernahme an, verbunden mit einem entsprechenden (Gegen-)Vorwurf an Frau K.

tion bezogen interpretieren, würden sie nicht in den Zusammenhang des Gesprächs eingebettet präsentiert? Sicher, die sprachliche Vagheit der temporalen Verortung in den einzelnen Darstellungen lässt hier – zumindest aus der Perspektive der unbeteiligten Analysierenden – keine absolute Festlegung zu.⁴⁰² Aber selbst wenn die geschilderten Zeitpunkte/-räume nicht ganz deckungsgleich sind, unterscheiden sich die Ehepartner in ihrer Haltung doch so grundlegend voneinander, dass eine tages- oder auch nur wochengenaue Datierung der geschilderten Begebenheiten unnötig scheint.

Unterschiedliches Erleben von und Umgehen mit der Erkrankung bleiben nicht ohne belastende Folgen für die Beziehung der Angehörigen untereinander. Ehepaar K. führt dies im vorliegenden Beispiel sehr klar vor. Arzt B reagiert vom Grundsatz her in einer ausgesprochen kooperativen, angehörigenorientierten Weise auf die von Konflikten geprägten Schilderungen der Eltern. Er bietet den beiden Ehepartnern an, „im moment nur sozusagen die unterschiedlichen sichtweisen dar((zu))stellen“ (G4, Z. 991f.). Einerseits zeigt diese Formulierung ganz klar die Grenzen seines Angebots auf; andererseits geht das nicht nur an dieser Stelle geäußerte, sondern mehrmals im Gespräch erneuerte Angebot zu weiteren Gesprächen dieser Art deutlich über die Verantwortung und Pflichten eines behandelnden Arztes gegenüber seinem Patienten hinaus. Allein, sowohl Herr K. als auch seine Frau (in geringerem Maße) zeigen eine ablehnende bzw. zögernde Reaktion gegenüber diesem Angebot.⁴⁰³ Die grundlegende Voraussetzung für solche paartherapeutisch ausgerichteten Gespräche ist allerdings die Bereitschaft des betroffenen Paares, die es gegebenenfalls bei einem Folgetermin erneut zu erfragen gilt. Im Fall einer positiven Entscheidung der beiden Partner wäre eine der zentralen Aufgaben des Arztes bei diesen Gesprächen:

„[...] dem Paar zu helfen, *überkommene Gesprächssackgassen zu vermeiden* und einen sicheren Rahmen zu schaffen, in dem beide beginnen, *wieder offener miteinander zu reden*, um jenseits der alten Schuldzuweisungen sich den anstehenden [...] Fragen gemeinsam zu stellen.“ Stammer / Retzlaff (2005 : 317)

Diese aus der systemischen (Familien- und Paar-)Therapie stammende Beschreibung der Therapeutenaufgaben hat „die Eigensteuerung und Eigenverantwortung des Paares“ zum Ziel (Stammer / Retzlaff 2005 : 321). Im Hinblick auf das individuelle, ‚fallbezogene‘ Wissen zur Familien- und Krankheitsgeschichte und zum jeweils aktuellen Zustand des Patienten, das für eine solche Therapie zwar nicht unbedingt notwendig ist, aber doch hilfreich sein kann, ist Arzt B mit Sicherheit der ideale Therapeut und Ansprechpartner für Ehepaar K. Wie sich solche Gespräche – wenn sie ihre Wirkung als psychotherapeutische Maßnahme entfalten können sollen – allerdings als feste wiederkehrende

⁴⁰² Die einzige zeitlich klar umrissene Situationsbeschreibung, die von beiden Partnern auch gleichermaßen bewertet wird, ist die Zeit der Ersthospitalisierung Karstens (vgl. G4, Z. 841-848).

⁴⁰³ Vgl. G4, Z. 929-936 zur Reaktion von Herrn K. und G4, Z. 963-990 zur Reaktion von Frau K.

Instanzen in den ärztlichen Arbeitsablauf integrieren lassen, erscheint angesichts der institutionellen Rahmenbedingungen der psychiatrischen Institutsambulanz – z.B. der zeitlichen Taktung der Gespräche – zumindest als organisatorische Herausforderung für den Psychiater: Wie in Kapitel 7.2.1 dargelegt, dauert das vorliegende Gespräch zwischen Ehepaar K. und Arzt B mit 43 Minuten mehr als doppelt so lang wie durchschnittliche Arzt-Patienten-Gespräche in der Psychiatrie.

Beispiel 20

Wie Beispiel 8 – vor allem die Erläuterungen zu Beleg 16 – gezeigt hat, stellt die Versorgung ihres an Schizophrenie erkrankten Sohnes im elterlichen Haushalt für Frau S. einen Anlass dar, die THERAPIE ihres Sohnes ZU KRITISIEREN. Später in ihrem Gespräch mit Arzt C beschreibt die Mutter von Patient René S. diese Versorgung und Betreuung ihres bis dato im selben Haushalt wohnenden kranken Sohnes ausführlicher.⁴⁰⁴ Wie in Beispiel 18 aus dem Gespräch zwischen Frau G. und Arzt C bildet diese Beschreibung auch hier den Übergang zur ÄUSSERUNG EIGENER BELASTUNGEN, die Frau S. unmittelbar anschließt:

Beleg 46: (G5, Z. 369-392)

Frau S.: ((...))und ich hab das dann AUCH (-) oft gemacht, **weil (-) es ist dann auch so: äh, wenn ein (.) kind erkrankt und ich als mutter (-) äh man versucht dann immer doch äh VIELleicht auch (.) manchmal zu VIEL zu machen** für das kind=jetzt ist er ja schon kein kind mehr, sondern ein jugendlicher oder eher ein mann aber, **es ist äh für eine mutter so:, man ähm ist dann eigentlich manchmal äh sehr unglücklich darüber dass es so gekommen ist. und man versucht äh selber (.) dann eben auch VIEL zu tun für den jugendlichen oder äh für den jugendlichen erwachsenen=**

Arzt C: =hm=hm=

Frau S.: **=dass es ihm besser geht, weil eben (-) DAS passiert und weil man sich nicht erklären kann, WA!RUM! das überhaupt passiert ist. obwohl er doch behütet WA:R aber eben ICH sage mir heute, das WÄren die DRO:gen, die ich nicht erkannt habe. ((Türklopfgeräusche)) die er als sechzehnjähriger schon genommen hat=**

Arzt C: =hm=hm=

Frau S.: =und=äh (-) das ist schon schlimm.

⁴⁰⁴ Vgl. G5, Z. 364-369.

Arzt C: also, drogen sind ein faktor der da sicher eine rolle
gespielt hat, ne? aber ansonsten ist es sicher ne
kombination aus (-) ANlagen, ne?=-

Frau S.: =ja.=

Arzt C: [=und=und] und (-) stress. .hh ich denk auch-]

Zu Beginn des Belegs erklärt Frau S. ihre zuvor dargestellte, verwöhnende Art, für ihren kranken Sohn zu sorgen, in dem mit *weil* eingeleiteten Satz: „es ist dann auch so: äh, wenn ein (.) kind erkrankt und ich als mutter (-) äh man versucht dann immer doch äh VIELleicht auch (.) manchmal zu VIEL zu machen für das kind=“. Das unpersönlich, verallgemeinernd formulierte, mit *wenn* eingeleitete Konditionalgefüge wird unterbrochen von einer Parenthese in der ersten Person Singular: „und ich als mutter“. Diese Unterbrechung der objektivierenden *man*-Konstruktion durch die persönlich involvierende Parenthese verstärkt auf formaler Ebene den begründend-selbstreflektierenden Charakter, der im zweiten Teil des Konditionalgefüges zu Tage tritt: Das intensivierende *immer* wird zunächst durch die abschwächend wirkenden Ausdrücke *vielleicht* und *manchmal* zurückgenommen, dann jedoch erneuert durch das akzentuiert gesprochene: „zu VIEL“. Dies kann zunächst als Ausdruck von Frau S.s Reflektion über ihr eigenes Verhalten und ihre selbst auferlegte, organisatorische (Über-)Belastung betrachtet werden. Vor dem Hintergrund des zum Zeitpunkt des Gesprächs kurz bevorstehenden Umzugs von Patient René S. aus dem Elternhaus in ein Wohnheim für psychisch Kranke lässt sich die Wahl der Intensitätspartikel *zu* (im Gegensatz zu *sehr* o.Ä.) vor dem Adverb *viel* auch als ‚voraus-eilende‘ Selbstverteidigung und Rechtfertigung der Mutter für ihre diesbezügliche Einflussnahme auf die Therapie ihres Sohnes deuten.⁴⁰⁵ Dieser Eindruck verstärkt sich in der anschließenden selbstinitiierten Korrektur bzw. Präzisierung der Bezeichnung *Kind* für René: „jetzt ist er ja schon kein kind mehr, sondern ein jugendlicher oder eher ein mann“. Gleichzeitig drückt sich in dieser Formulierung Frau S.s Erleben der sog. *intergenerationalen Ambivalenz*⁴⁰⁶ der Beziehung zu ihrem kranken Sohn aus:

„In der Beziehung zwischen psychisch kranken Erwachsenen und ihren Eltern muss dem Umgang mit der Erkrankung und ihren Folgen in spezifischer Weise Rechnung getragen werden, wodurch sich die Voraussetzungen für intergeneracionales Handeln verändern und das Potenzial für Ambivalenzerfahrungen erhöht: [...]“ Burkhardt et al. (2007 : 231)

⁴⁰⁵ Vgl. Beispiel 8.

⁴⁰⁶ Ambivalenz bezeichnet: „die Erfahrung gleichzeitiger, auseinander strebender Gegensätze des Fühlens, Denkens, Handelns, Wollens und der Beziehungsgestaltung, die für die Konstitution individueller und kollektiver Identitäten relevant sind und die zeitweise oder dauernd als unlösbar interpretiert werden“. (Burkhardt et al. 2007 : 230)

In der mütterlichen Formulierung zeigt sich konkret die Erfahrung der „Asymmetrie und Nichtreziprozität des generationalen Austausches“ (Burkhardt et al. 2007 : 231) zwischen René und Frau S.

Ihre folgende Reformulierung dient der Verdeutlichung ihrer Argumentation: Während die Bedeutung der Elternschaft in der ersten Formulierung nur in der Parenthese zum Ausdruck kommt, macht Frau S. den Zusammenhang zwischen Muttersein und Patientenumsorgen hier erstens auf der formalen Ebene deutlicher: Die verallgemeinernde Projektorkonstruktion *es ist so ...* in Kombination mit dem unbestimmten Artikel bei *eine Mutter*: „es ist äh für eine mutter so:“, ist deutlich stärker syntaktisch integriert als die personalisierte Parenthese im „ersten Anlauf“. Zweitens macht Frau S. mit dem anschließenden Satzgefüge: „man ähm ist dann eigentlich manchmal äh sehr unglücklich darüber dass es so gekommen ist“ den logischen Zwischenschritt ihrer Argumentation explizit: Der Matrixsatz liefert mit dem Prädikativum *unglücklich* die Erklärung für das anschließend erneut beschriebene Verhalten des *Zuviel-Tuns*. Die Partikel *eben* trägt hier die verdeutlichende Funktion der Äußerung, wie eine mögliche Paraphrasierung mit „wie gesagt“ zeigt. In Bezug auf den Faktor der elterlichen Ambivalenzerfahrungen kommt im Aussprechen des Unglücklichseins über die Erkrankung ein weiterer Aspekt zum Ausdruck:

„Zweitens sind Generationenbeziehungen psychisch kranker Erwachsener in erhöhtem Maße durch eine Diskrepanz zwischen Normen und Wünschen der Beteiligten an die Beziehung und dem erkrankungsbedingten Handlungsspielraum geprägt.“ Burkhardt et al. (2007 : 231)

Diese Diskrepanz und ihre als Belastung empfundenen Auswirkungen finden ihren Niederschlag in der anakoluthaften Ausdrucksweise der gesamten Äußerung von Frau S. Besonders deutlich wird sie in der komplexen Partikelkombination: „eigentlich manchmal äh sehr unglücklich“ im o.g. Matrixsatz. In dieser Formulierung ist konzentriert fassbar, was der gesamte erste Teil von Frau S.s Redebeitrag ausdrückt – „dass Angehörige mit stark ausgeprägtem emotionalem Engagement gleichzeitig besonders starke Belastungen erleben“ (Jungbauer et al. 2005 : 25): René's Mutter thematisiert diese durch die Erkrankung entstandenen Belastungen oder genauer die Belastungsfolgen als Beweggründe für ihr Verhalten gegenüber ihrem Sohn.

Im weiteren Verlauf ihres Turns kommt sie auf die sie ebenfalls emotional belastende Frage nach den Ursachen der Erkrankung zu sprechen: „weil man sich nicht erklären kann, WA!RUM! das überhaupt passiert ist. obwohl er doch behütet WA:R“. Der konzessive *obwohl*-Satz übernimmt eine selbstverteidigende, rechtfertigende Funktion: Dem Ausschließen eines möglichen Grundes (nämlich dem des Vernachlässigens der elterlichen Pflichten) liegt das Bestreben zugrunde, möglichen Vorwürfen dieser Art durch den Arzt zuvorzukommen. Die Äußerung lässt sich somit

als Ausdruck mütterlicher Versagensängste deuten,⁴⁰⁷ die sich im mit *aber* unmittelbar angeschlossenen Satz noch klarer zeigen: „aber eben ICH sage mir heute, das WAREN die DRO:gen, die ich nicht erkannt habe ((...)) die er als sech-zehnjähriger schon genommen hat“. Die Relativsatz-Parenthese: „die ich nicht erkannt habe“ verleiht dieser Äußerungseinheit neben ihrem explikativen Charakter zusätzlich den eines Selbstvorwurfs – die Mutter berührt hier (zum wiederholten Male im untersuchten Gespräch⁴⁰⁸) die Frage nach der Schuld an der Erkrankung ihres Sohnes.

Arzt C reagiert hierauf mit der konkludierenden Äußerung: „also, drogen sind ein faktor der da sicher eine rolle gespielt hat, ne? aber ansonsten ist es sicher ne kombination aus (-) ANlagen, ne?= ((...)) [=und=und] und (-) stress. .hh ich denk auch-]“. Der Arzt greift den von der Mutter zuletzt genannten Aspekt des Drogenkonsums als Krankheitsursache zustimmend auf. Er geht jedoch (noch) nicht explizit auf den Selbstvorwurf der Mutter („die ich nicht erkannt habe“) ein, sondern führt auf einer rein sach- bzw. faktenbezogenen Ebene die weiteren krankheitsverursachenden *Faktoren* auf. Dadurch hat seine Äußerung nur zum Teil entlastende Wirkung. Allerdings kommt er auch nicht dazu, seinen Redebeitrag wie geplant fortzuführen und zu beenden, denn Frau S. fällt ihm bereits ins Wort, so dass er schließlich abbricht. Der möglicherweise als Beginn einer als entlastende Assertion geplante Matrixsatz: „.hh ich denk auch-“ lässt somit eine syntaktisch und propositional unfertige Gestalt entstehen.

Die Fortführung des Gesprächs bzw. die folgenden Äußerungen von Frau S. machen deutlich, wie groß die mit der Schuldfrage verbundene emotionale Belastung der Mutter ist – und daraus resultierend das Bedürfnis nach einem ‚Freispruch‘ von dieser (vermeintlichen) Schuld bzw. der ‚Suche‘ nach Gründen außerhalb des eigenen Verantwortungsbereichs:

Beleg 47: (G5, Z. 393-418)

Frau S.: [und er hat auch gewissermaßen (--)] mit
freundinnen immer pech gehabt.=

Arzt C: =ja okay; das=

Frau S.: =hat sich auch nicht in seiner äh figur gu=wohl gefühlt.
weil er ist sehr groß, eins sechsundneunzig. und wo er
jugendlich war war er sehr dünn. er hat ja dann auch zwei
hosen getragen (.) zum teil, weil er sich so DÜNN vorkam=

Arzt C: =hm=hm=

⁴⁰⁷ Vgl. die Erläuterungen zu Frau K.s Äußerung, ihr kranker Sohn habe es *auch zuhause schön*, in Beispiel 19.

⁴⁰⁸ Vgl. die Erläuterungen zu Beispiel 8, Beleg 16.

deutlich, denn in ihrer Äußerung schwingt indirekt die Aussage: „Ich habe nichts von seinen Problemen gewusst und konnte ihm daher nicht helfen“ mit. Dies wird in der folgenden, mit beordnendem *und* angeschlossenen Retraction: „seine seele äh war vielleicht dann (.) damit ähm (--)ja:; er hat sein seelenleben nicht richtig ausgelebt;“ noch etwas deutlicher. Frau S. beginnt hier, die Konsequenz aus Renés *Nichtanvertrauen* für seine *Seele* zu erläutern. Obwohl sie aus dieser Konstruktion aus- und auf den Satz: „er hat sein seelenleben nicht richtig ausgelebt;“ umsteigt, lässt sich für die ursprüngliche Konstruktion eine propositional nahe liegende Ergänzung wie: „überfordert“ oder „überlastet“ denken, die das ‚Mitleiden‘ der Mutter ausdrücken würde. Frau S. beschließt ihren Redebeitrag mit der konzentrierten, zusammenfassenden Reformulierung: „ihm ging es nicht gut, und er hat das=er hat sich nicht offenbart.“

Die Wahl des sehr starken, expressiven Verbs *offenbaren* greift Arzt C in seiner Reaktion unmittelbar auf: „das fällt einem, glaub ich auch (-) schwer, <<lächelnd> in dem alter;> ne?=((...)) [gegenüber den eltern] sich da:, (--) wie sie sagen zu offenbaren.“ Der Arzt weist die Mutter mit seiner unpersönlich-verallgemeinernden Ausdrucksweise darauf hin, dass es ein generelles Phänomen ist, dass Jugendliche in der Pubertät *gegenüber den Eltern* nicht sehr mitteilsam sind. Der Äußerungseinheit kommen dabei drei Funktionen zu: Erstens macht die vorige Ausdrucksweise von Arzt C dessen Bemühungen deutlich, die mit der Aussage einhergehende Gesichtsbedrohung (FTA) für Frau S. möglichst gering zu halten: Der Einsatz der Formel *glaub ich*, das lächelnde Aussprechen von *in dem alter* und die sich anschließende Rückversicherungspartikel *ne?* haben hier eine den FTA abmildernde Funktion. Zweitens wertet Arzt C das beschriebene (kommunikativ zurückhaltende) Verhalten Renés durch die verallgemeinernde Formulierungsweise als gewöhnlich und nicht pathologisch. Dem stimmt die Mutter explizit zu: „das stimmt, [ja. (---) leider.]“. Die daraufhin vom Arzt verwendete Formel: „wie sie sagen“ zeigt, dass er sich von der Haltung und negativen Bewertung (durch *leider*) der Mutter distanziert. Hierin könnte so drittens im weitesten Sinne ein ‚In-Schutz-Nehmen‘ des Patienten gesehen werden, das im (indirekten) Abweisen der (in der vorangegangenen mütterlichen Äußerung zumindest ebenso indirekt mitschwingenden) Schuldzuweisung an René verbunden ist.

In der folgenden Turnkonstruktionseinheit beschließt Arzt C dieses von der Mutter angesprochene Thema mit den abschließenden Partikeln: „na=ja, gut.“, bevor er zu einem neuen Thema überleitet: „also, das wichtigste, denk ich, wird sein, wie kommt er da (.) zurecht? unter diesen neuen gegebenheiten dann, dass er da doch ein bisschen mehr machen muss,=((...)) =als zuhause.“

Arzt C beendet sozusagen die von der Mutter unternommene ‚Rückschau‘ und lenkt die Aufmerksamkeit auf Gegenwart und Zukunft – des Patienten, wohlgerichtet – indem er auf das Thema der anstehenden Veränderung durch den Einzug ins Wohnheim zu sprechen kommt. Der einzige thematische Bezug zur Aussage der Mutter wird im *dass*-Satz deutlich und besteht im Aufgreifen der Belastbarkeit Renés bzw. der alltäglichen Anforderungen, die in dem Wohnheim im Unterschied zum Elternhaus an ihn gestellt werden. Der Arzt nimmt hier erneut eine patientenorientierte Haltung ein und macht mit der evaluativen Projektorkonstruktion „das wichtigste (...) wird sein,“ klar, dass sein Interesse in erster Linie René gilt. Er geht nicht weiter auf die von Frau S. angesprochenen Belastungen ein, die die Erkrankung Renés für sie selbst mit sich gebracht hat.

Eine in dieser Hinsicht hilfreiche und entlastende Reaktion des Arztes wäre beispielsweise das offene Ansprechen der o.g. Ambivalenzerfahrungen, die für die Mutter ganz offensichtlich belastende Auswirkungen haben, als „eine normale Reaktion auf veränderte Handlungsanforderungen“ (Burkhardt et al. 2007 : 237):

„In der therapeutischen Arbeit mit [...] schizophrenerkrankten Patienten und ihren Angehörigen scheint es sinnvoll, der Explizierung und Bearbeitung von Generationenambivalenzen Raum zu geben [...]. Dies könnte einen besseren Umgang mit der Erkrankung und einer zufrieden stellenderen Lebensführung von Eltern und Kindern ermöglichen.“
Burkhardt et al. (2007 : 237)

Konkret könnte Arzt C dies im vorliegenden Beispiel umsetzen, indem er lenkende Fragen stellt oder erklärende Äußerungen macht. Dies würde die von der Mutter als belastend erlebten Ambivalenzen transparent machen und ihr eine Erklärung für ihr Verhalten und das ihres Sohnes an die Hand geben. So könnte der Arzt dazu beitragen, dass Frau S. nicht nur in ihrem Alltag Entlastungsmöglichkeiten findet. Darüber hinaus könnten solche Formulierungen die Deutungsmuster der Mutter in Bezug auf die Schizophrenie Renés modifizieren und ihre bisher offenbar empfundene ‚Dringlichkeit‘ bzw. die für sie scheinbare Unabdingbarkeit einer Schuldzuweisung – auf die ihre Äußerungen nicht nur in diesem Beispiel schließen lassen – wenn nicht auflösen, so doch deutlich reduzieren, da das ZUWEISEN VON SCHULD dann nicht mehr die Funktion einer nicht geeigneten und offensichtlich auch nicht erfolgreichen Bewältigungsstrategie übernehmen müsste.

Beispiel 21

In dem kurz nach der Entlassung von Patient Rüdiger P. stattfindenden Gespräch zwischen Arzt D und der Ehefrau des Patienten sind die Veränderungen in dessen Persönlichkeit und Verhalten ein zentrales Thema: seine Ängste, seine häufig auftretende

Traurigkeit und seine zunehmende Zurückgezogenheit. Frau P. schildert diese erkrankungsbedingten Veränderungen, bevor Arzt D sie auf deren Auswirkungen auf ihr eigenes Befinden anspricht:

Beleg 48: (G8, Z. 164-185)

Arzt D: und macht ihnen das angst?

Frau P.: **natürlich. ich hab angst, dass er nicht mehr so wird, wie er mal wa:r.**

Arzt D: und was würde das für sie bedeuten?

Frau P.: **<<weinend> ich weiß es nicht. ich lieb ihn ja. (.) aber ich, ich hab halt, (--) weil ich ihm halt nicht helfen kann. oder ich seh, ich kann ihm nicht helfen. ich versuchs schon ein halbes JAHR. (.) und es geht ned. und ich hab halt wirklich die angst, dass er nicht mehr so wird wie er mal war=dass er (-) GAR nicht mehr von diesen ängsten runterkommt. und .hh und ich versteh nicht warum (.) warum er sich da so reinsteigert.>**

Arzt D: (3.0) also wir hatten ja: (.) ganz am anfang mal drüber gesprochen dass es=sozusagen ne erKRANKung is und äh dass (.) das auch (nur) WAHN ist. und dass man den WAHN ja äh (.) nicht beein=flussen kann; (.) durch rationale überlegungen. und dass wi:r (.) ihm ja auch entsprechende medikamente gegeben haben. und äh:m (.) durch das glianimon natürlich das auch zurückgedrängt wurde und jetzt (.) durch die umstellung äh (-) ((Reißverschlussgeräusch)) der wahn wieder in den vordergrund (.) getreten ist. ((erneut Reißverschlussgeräusch)) ((...))

Arzt D nutzt mit seiner Frage: „und macht ihnen das angst?“ zu Beginn des Belegs eine „strategy used infrequently by physicians“ (Levinson et al. 2000 : 1024) im Bereich der Allgemeinmedizin und Chirurgie. Die zitierte Studie zeigt, dass Ärzte dieser beiden medizinischen Disziplinen Patienten selten direkt auf emotionale Aspekte ansprechen. Bereits in Beispiel 10 konnte aufgezeigt werden, dass sich die Gesprächshaltung von Arzt D im hier untersuchten Angehörigengespräch mit Frau P. in dieser Hinsicht deutlich von derjenigen seiner US-amerikanischen Kollegen abhebt. Der Psychiater erleichtert es der Ehefrau seines Patienten mit seiner direkten Frage, ihre emotionale Belastung anzusprechen.

Die Reaktion Frau P.s fällt ausführlicher aus, als sie nach formal-grammatischen Gesichtspunkten sein müsste: Auf die Entscheidungsfrage würde *natürlich* als Antwort ausreichen. Dass sie sich nicht hierauf beschränkt, drückt ihr großes Bedürfnis aus, sich mitzuteilen bzw. ihre Sorgen auszusprechen und kann somit als Ausdruck des hohen Belastungsgrades gedeutet werden, den Frau P. verspürt. Sie präzisiert ihre *Angst* in dem mit *dass* eingeleiteten Ergänzungssatz: „dass er nicht mehr so wird, wie er mal wa:r“. Sie fokussiert hier die veränderte Persönlichkeit ihres Mannes, was wiederum ihre Angst in Bezug auf die Zukunft der Beziehung zu ihrem Mann ausdrückt.

Die sich anschließende offene Frage des Arztes: „und was würde das für sie bedeuten?“ ermöglicht es Frau P. ausdrücklich, ihre Sorgen darzulegen. Ihre Reaktion ist sowohl auf der paraverbalen als auch auf der verbalen Ebene stark emotional geprägt: Sie weint während ihres gesamten Redebeitrags und spricht durch die hierdurch bedingten Interimpausen stockend – somit drückt sich auch auf der paraverbalen Ebene der inhaltliche Gehalt ihrer Aussage: „ich weiß es nicht“ aus. Die folgenden Konstruktionseinheiten ihres Turns können als Beleg für die hierüber empfundene Verzweiflung gedeutet werden. Die unmittelbar angeschlossene Assertion: „ich lieb ihn ja. (.)“ mutet durch das tief fallend artikulierte, bekräftigende *ja* am Schluss fast schon betuernd an. Der Kontext von Frau P.s vorausgegangenen Äußerungen und die auf das *ja* folgende Interimpause lassen allerdings schon eine Relativierung dieser Aussage erwarten, die Rüdiger P.s Ehefrau in Form eines mit *aber* eingeleiteten Adversativsatzes beginnt: „aber ich, ich hab halt, (--).“ Sie unterbricht diese Konstruktion jedoch zunächst mit der Parenthese: „weil ich ihm halt nicht helfen kann. oder ich seh, ich kann ihm nicht helfen. ich versuchs schon ein halbes JAHR. (.) und es geht ned.“ Hier macht Frau P. nicht nur durch den Gebrauch der verneinten Modalverbkonstruktion *nicht helfen können* ihre Hilflosigkeit gegenüber der Erkrankung ihres Mannes explizit. Die mit *oder* angeschlossene Reformulierung verdeutlicht, dass der mit *weil* eingeleitete erste Teil der Parenthese nicht als bloße Begründung *a priori* bzw. als Postulat aufzufassen ist. Die zweite Formulierung mit dem vorangestellten Matrixsatz und dem *verbum sentiendi*: „ich seh“ gibt dieser „zweiten Äußerung“ (Bührig 1996 : 57) im Vergleich zur ursprünglichen Formulierung, der sog. „Bezugsäußerung“ (Bührig 1996 : 57) einen deutlicher resultativen Charakter: Die Reformulierung kennzeichnet das zuvor Gesagte als das nicht erfolgreiche Ergebnis der Bemühungen Frau P.s, ihren Mann zu unterstützen. In der sich anschließenden, dritten Äußerung sagt die Patientengattin dies wörtlich: „ich versuchs schon ein halbes JAHR. (.) und es geht ned.“ – Insgesamt klingt in der Parenthese gleichzeitig erneut Frau P.s Zukunftsangst in Bezug auf die Beziehung zu ihrem Mann

Rüdiger an, die durch die angesprochene Hilflosigkeit entsteht. Die Frage, die hier indirekt mitschwingt bzw. möglicherweise überhaupt erst zu dieser Parenthese geführt hat, ließe sich mit: „Was nutzt es, dass ich ihn liebe, wenn ich ihm nicht helfen kann?“ verbalisieren.

Nach der Parenthese führt Frau P. den zuvor begonnenen Adversativsatz mit der fast wortgleichen Reformulierung ihres vorherigen Redebeitrags: „und ich hab halt wirklich die angst, dass er nicht mehr so wird wie er mal war=" fort. Im Gegensatz zur Bezugsäußerung verleihen das einleitende *und* und die Partikel-Satzadverbial-Kombination *halt wirklich* der zweiten Äußerung mehr Nachdruck. Zudem lässt sich der Aussage durch diese Elemente eine konsekutive Relation zum vorher Gesagten zuordnen, die sich wiederum als indirekte BITTE UM HILFE bzw. ENT-LASTUNG deuten lässt. Die ohne Atempause direkt angeschlossene Reformulierung: „=dass er (-) GAR nicht mehr von diesen ängsten runterkommt.“ legt mit dem *Runterkommen von den Ängsten* den Fokus auf einen spezifischen Aspekt der zuvor verwendeten sprachlich vagen Ausdrucksweise: „wie er mal war=". Die Verstärkung der Negationspartikel mit betont ausgesprochenem „GAR“ bestätigt das bereits in den vorigen Formulierungen angeklungene Ausmaß von Frau P.s Verzweiflung.

Der ihren Redebeitrag beendende indirekte Fragesatz: „und .hh und ich versteh nicht warum (.) warum er sich da so reinsteigert.“ drückt Frau P.s bereits zuvor implizit mitschwingende BITTE UM INFORMATION und damit auch nach emotionaler Entlastung deutlicher aus.

Insgesamt fällt bei diesem Redebeitrag Frau P.s auf, dass die Ehefrau von Rüdiger P. die ihr gestellte ärztliche Frage zunächst vollständig auf die Beziehung zu ihrem Mann bezieht. Ihre Reaktion bestätigt damit diverse psychiatrische Studien, die erarbeitet haben, dass im Hinblick auf die emotionale Bedeutung der Erkrankung des Lebenspartners „vor allen Dingen die negative Bilanzierung der eigenen Beziehungsgeschichte und der partnerschaftlichen Zukunft eine Rolle [spielt]. Die psychische Erkrankung des Partners wird als Verlust erlebt und löst Trauer aus.“ (Bull et al. 2005 : 479). Frau P. drückt genau diese Aspekte des Krankheits(mit-)erlebens in ihrer Antwort aus.⁴¹⁰

⁴¹⁰ Zum Aspekt der Trauer, die sich in Frau P.s Äußerung in diesem Beleg sehr deutlich auf der paraverbalen Ebene äußert, ist zu sagen, dass es sich dabei im vorliegenden Korpus um den einzigen emotional derart intensiven Fall handelt. Die nächstliegende Erklärung hierfür ist der sehr hohe subjektive Belastungsgrad Frau P.s, der sich auf diese Weise äußert und der aufgrund der akuten psychotischen Phase ihres Mannes eine andere Qualität hat, als dies in stabilen Phasen der Fall ist (vgl. Jungbauer / Angermeyer 2005 : 37, 39f., 47). Eine weitere mögliche Erklärung liegt darin, dass Rüdiger P. im Vergleich zu den anderen in die Studie eingebundenen Patienten mit ca. sechs Monaten seit der Erstdiagnose die kürzeste Krankheitsgeschichte hat, Frau P. somit die ‚jüngste‘ Angehörige ist und daher (noch) nicht über die psychosoziale Erfahrung und Routine im Umgang mit den krankheitsbedingten Veränderungen des Patienten verfügt wie die anderen an der Studie teilnehmenden Angehörigen (was nicht bedeutet, dass diese Angehörigen unbesorgter sind, wie die übrigen Analysen zeigen).

Arzt D wartet relativ lange, bevor er das Rederecht an sich nimmt. Einerseits gibt dies Frau P. Gelegenheit, sich nach ihrem sie hörbar anstrengenden Redebeitrag zu sammeln. Andererseits könnte das Zögern des Arztes auch ein Hinweis darauf sein, dass er nicht mit einer solchen emotionalen Intensität bei Frau P. gerechnet hatte und sich nun etwas überfordert fühlt. Nach drei Sekunden des Schweigens ergreift er schließlich das Wort: „also wir hatten ja: (.) ganz am anfang mal drüber gesprochen dass es=sozusagen ne erKRANKung is“. Arzt D antwortet hiermit auf die für ihn offenbar indirekt in Frau P.s Äußerung anklingende Frage: „Können Sie mir erklären, warum er sich in diese Ängste hineinsteigert?“ Die gewählte Ausdrucksweise dieses Redeeinstiegs hat erinnernden Charakter, der eventuell als Aufzeigen und Aktivieren von kognitiven Ressourcen für Frau P. gedacht ist. Dafür spricht auch die Temporalangabe: „ganz am anfang mal“, die eine mögliche Interpretation der Äußerung als gesichtsbedrohenden Akt (FTA) abmildert. Arzt D signalisiert auf diese Weise Verständnis dafür, dass dieses (bisher anscheinend nur ein Mal bzw. vor einiger Zeit thematisierte) Wissen in der konkreten Belastungssituation im Alltag vergessen werden kann. Er nennt hier zunächst als Erklärung für das von seiner Gesprächspartnerin angesprochene *Reinsteigern* des Patienten in seine *Ängste* die Tatsache, dass es sich dabei um eine „erKRANKung“ handelt. Die unpersönlich-verallgemeinernde Formulierung mit Korrelat-es mag vom Arzt ohne großes Nachdenken, sozusagen aus fachsprachlicher Gewohnheit verwendet werden. Gleichzeitig verleiht sie seiner Äußerung jedoch ein entlastendes Potenzial: Sie signalisiert Frau P. nämlich indirekt, dass das *Reinsteigern* kein absichtsvolles Verhalten ihres Mannes ist (etwa, um sie zu ärgern o.Ä.), sondern um eine ‚gewöhnliche‘, vom Patienten nicht beabsichtigte, Folge der Erkrankung.

Während die Subjunktion *dass* in der Kombination *und dass* im ersten Ergänzungsatz als reines Funktionswort ohne ‚eigene‘ lexikalische Bedeutung⁴¹¹ zu sehen ist, drückt sie in der sich hier anschließenden Assertion: „und dass man den WAHN ja äh (.) nicht beein=flussen kann; (.) durch rationale überlegungen.“ eine konsekutive Relation aus, indem sie die Nichtbeeinflussbarkeit des Wahns als eine Folge der *Erkrankung* darstellt.⁴¹² In der unmittelbar folgenden *und dass*-Konstruktion: „und dass wi:r (.) ihm ja auch entsprechende medikamente gegeben haben.“ stellt Arzt D einen intentionalen Bezug zur vorangegangenen Turnkonstruktions-einheit her, wodurch die Äußerung final-begründenden Charakter erhält.⁴¹³ Dies wird deutlich in einer die finale Bedeutung hervorhebenden Paraphrase mit *um zu*: „Um den

⁴¹¹ Vgl. Eisenberg (1999 : 201).

⁴¹² Zur konsekutiven Lesart von *dass*-Konstruktionen vgl. Gohl (2006a : 273).

⁴¹³ Vgl. Gohl (2006 : 194, 197 sowie 2006a : 193).

Wahn zu beeinflussen, haben wir entsprechende Medikamente gegeben.“ – Die erfolgreiche Wirkung bzw. Folge dieser *Medikamente*, konkret *Glianimon*,⁴¹⁴ stellt Arzt D in der folgenden Präpositionalkonstruktion dar: „und äh:m (.) durch das glianimon natürlich das auch zurückgedrängt wurde“. Das letzte Glied in dieser erklärenden Grund-Folge-Kette präsentiert Arzt D parallel zur vorigen Konstruktion wieder mit der Präposition *durch*:⁴¹⁵ „und jetzt (.) durch die umstellung äh (-) ((Reißverschlussgeräusch)) der wahn wieder in den vordergrund (.) getreten ist. ((erneut Reißverschlussgeräusch)) ((...))“.

Arzt D beendet seinen letzten Redebeitrag des obigen Belegs im Anschluss mit einem thematischen Wechsel. Er bricht das Thema Medikamente ab und geht auf Dinge ein, die Frau P. früher im Gespräch geäußert hat:

Beleg 49: (G8, Z. 185-218)

- Arzt D: ((...)) und die schwierigkeit, das ist eben (-) auf der anderen seite ist er zu anderen freundlich und hat so ne gewisse fassade so dass man denkt, das ist (3.2) n netter [mensch]
- Frau P.: [ja.]
- Arzt D: und äh dass er=wenn er=wenn man dann NÄher mit sich mit ihm be=beschäftigt, (-)
- Frau P.: [mein mann ist ein-]
- Arzt D: [ist er immer noch ein] netter mensch, aber man kommt sozusagen äh (.) an den wahn da dran, ja.=
- Frau P.: =mein mann, der is=is n herzensguter mensch. er ist toTAL LIEB zu=egal, er geht auf menschen ZU. er umarmt auch männer die er=äh kennt und=und ist (.) n HERzensguter mensch. **und, dass er sich da- .h (-) ich=ich versteht einfach ned; ich kanns=ich kanns halt nicht NACHvollziehen dass er DA nicht mehr rauskommt.=**
- Arzt D: =hm=hm;
- Frau P.: **das=äh (-) und ich merk halt auch; durch=durch zureden- es BRINGT nichts.=**
- Arzt D: =hm=hm=
- Frau P.: **=ich kann mir den mund fusselig reden=ich krieg schon kopfschmerzen vor lauter reden. und ich merk es bringt nichts.**

⁴¹⁴ Informationen zu diesem Medikament finden sich in der Liste im Anhang, Kapitel A5.1.1.

⁴¹⁵ Zur Diskussion der hier möglichen kausalen oder instrumentalen Lesart der Präposition *durch* vgl. Gohl (2006a : 276ff.).

Arzt D: also, das problem jetzt das sie haben ist, wie sie mit dem wahn UMGEHEN.

Frau P.: ja. wie ich mit ihm allgemein umgehe wenn er (.) immer mit der=diese befürchtungen; wenn die=wenn die rauskommen und=und äh=.hh

Arzt D: (--) und zwar so dann dass sie auch effektiv mit IHrem LEben; dass sie ihr leben möglichst wenig da beeinträchtigt ist. (--) und GLAUben sie denn, dass sie DEN patienten zu UNS bringen könnten beziehungsweise bewegen können zu uns zu kommen (--) wens ihm erneut (-) noch v=viel schlechter geht, als zurzeit?

Zu Beginn des Belegs greift Arzt D in der Apokoinu-Konstruktion: „und die schwierigkeit, das ist eben (-) auf der anderen seite ist er zu anderen freundlich“ das widersprüchliche Verhalten von Patient Rüdiger P. auf, das dessen Frau an früherer Stelle im Gespräch erwähnt hat.⁴¹⁶ Der Begriff *Fassade* in der sich anschließenden Reformulierung: „und hat so ne gewisse fassade“ bewirkt die im Folgenden gewählte konsekutive Ausdrucksweise: „so dass man denkt, das ist (3.2) n netter [mensch]“. Das in dieser Konstruktion angelegte gesichtsbedrohende Potenzial gegenüber dem Patienten scheint Arzt D während des Sprechens bewusst zu werden. Die Interimpause von 3,2 Sekunden und seine folgende anakoluthafte Ausdrucksweise: „und äh dass er=wenn er=wenn man dann NÄher mit sich mit ihm be=beschäftigt, (-)“ deuten darauf hin, dass er diese Wirkung nicht beabsichtigt hat. Allerdings scheint auch seine Gesprächspartnerin den gesichtsbedrohenden Effekt für ihren Mann wahrzunehmen: Sie unterbricht Arzt D und stellt die positiven Charaktereigenschaften und Verhaltensweisen ihres Mannes dar. Gleichzeitig hebt sie dadurch die Diskrepanz zu dem in Beleg 48 beschriebenen Verhalten Rüdiger P.s hervor. In ihrem anschließenden anakoluthaften Umstieg: „und, dass er sich da- .h (-) ich=ich verstehs einfach ned; ich kanns=ich kanns halt nicht NACHvollziehen dass er DA nicht mehr rauskommt.“ führt sie wiederum erneut auf ihre eigene Belastung hin, indem sie fast wortgleich ihre Bezugsäußerung aus Beleg 48 reformuliert. Auf der propositionalen Ebene betrachtet, scheint Frau P. hier – vor allem durch die Verben *verstehen* und *nachvollziehen* – wieder ein primär kognitives (Wissens-)Defizit auszudrücken. Angesichts der bereits in Beleg 48 erfolgten ärztlichen Erläuterung dieses Verhaltens (Folge einer Erkrankung, die nicht rational, sondern mit Medikamenten zu beeinflussen ist, was die bisherige Therapie gezeigt

⁴¹⁶ Vgl. G8, Z. 186-188. Frau P.s Äußerung zeigt, dass die Beobachtung von Burkhardt et al. (2007 : 231): „Bei Eltern führen viele Verhaltensweisen des psychisch erkrankten Kindes zu der Frage ‚Kann er nicht oder will er nicht?‘ nicht nur für Eltern zutrifft, sondern auch eine von Ehepartnern schizophrener Patienten geteilte Ambivalenzerfahrung ist.

hat), stellt sich die Frage, warum Frau P. scheinbar noch immer *nicht versteht*. Es bieten sich drei mögliche Gründe: Erstens könnte die Erklärung von Arzt D nicht ausreichend gewesen sein. Zweitens ist denkbar, dass Frau P. diese Erklärung aufgrund ihrer starken emotionalen Angespanntheit, die immer wieder im Gespräch zum Ausdruck kommt, noch nicht in ihren Wissensbestand eingefügt hat. Der dritte Grund könnte darin bestehen, dass die ärztliche Erläuterung am eigentlichen Bedürfnis Frau P.s vorbeigeht; mit Bublitz / Kühn (1981) lässt sich dieses Phänomen – die ‚Hörerreaktion‘ des Arztes – wie folgt beschreiben:

„Der Hörer hat zwar das Gemeinte insoweit erkannt, daß er der Äußerung einen Sinn zuordnen kann, diejenige (mit-)gemeinte Äußerung, auf die es dem Sprecher ankommt, hat er dagegen nicht (mit-)verstanden.“
Bublitz / Kühn (1981 : 68)

Im Anschluss konkretisiert die Ehefrau von Patient Rüdiger P. ihre fehlgeschlagenen Versuche, ihrem Mann zu helfen, in einem Beispiel: „und ich merk halt auch; durch=durch zureden- es BRINGT nichts.= ((...)) =ich kann mir den mund fusselig reden=ich krieg schon kopfschmerzen vor lauter reden. und ich merk es bringt nichts.“ Darüber hinaus spricht Frau P. in dieser Reformulierung mit den *Kopfschmerzen*, die sie *vor lauter Reden bekommt*, eine Folge ihrer durch die Erkrankung ihres Mannes bedingten Belastungen an. Dies lässt sich in Erweiterung des Ansatzes von Bublitz / Kühn (1981 : 68) als ein Mittel nachgestellter indirekter Aufmerksamkeitssteuerung interpretieren: Frau P. signalisiert damit, dass sie von ihrem Gegenüber keineswegs nur die Vermittlung kognitiver Wissensinhalte erwartet: Die Äußerung legt den oben genannten dritten Grund als favorisierte Lesart der vorangegangenen Turnkonstruktionseinheit nahe und macht deutlich, dass das ÄUSSERN VON BELASTUNGEN für Frau P. eng verbunden ist mit dem BITTEN UM HILFE.

Die aktiv zuhörende Reaktion des Arztes: „also, das problem jetzt das sie haben ist, wie sie mit dem wahn UMGEHEN.“ zeigt, dass Frau P. mit ihrer Aufmerksamkeitssteuerung erfolgreich war. Arzt D hat den praktischen Aspekt des *Problems* von Frau P. erfasst und bringt diesen, so wie er ihn verstanden hat, auf den Punkt. Aus der analytischen Beobachterperspektive ließe sich diese Äußerung in Anlehnung an Professor Higgins mit den Worten kommentieren: „My God, he’s got it!“ – oder zumindest fast. Denn in der prinzipiell zustimmenden Reformulierung Frau P.s: „ja. wie ich mit ihm allgemein umgehe wenn er (.) immer mit der=diese befürchtungen; wenn die=wenn die rauskommen und=und äh=.hh“ fällt auf, dass Frau P. nicht nur den ihr offenbar nicht vertrauten (oder auch nicht geheuren) Terminus

Wahn mit dem für sie greifbareren, alltagssprachlichen Begriff *Befürchtungen* ersetzt,⁴¹⁷ sondern darüber hinaus das eigentlich problematische ‚Objekt‘ verschiebt, indem sie die Präpositionalphrase rephrasiert: Nicht der Umgang mit dem *Wahn* als solchem bereitet ihr Probleme (jedenfalls stehen diese nicht im Vordergrund), sondern der *allgemeine* Umgang mit ihrem Ehemann, „wenn er (.) immer mit der=diese befürchtungen;“. Damit bestätigt die Aussage Frau P.s das Ergebnis einer Studie von Bull et al. (2005): „Hintergrund der Fragen der Partner ist meist der Wunsch, den Erkrankten besser und effektiver helfen zu können [...]“ (Bull et al. 2005 : 481). Die Ehefrau von Rüdiger P. macht deutlich, dass sie sich Entlastung durch eine praktisch ausgerichtete Hilfestellung wünscht.

Nachdem Frau P. ihren mit: „und=und äh=.hh“ abgebrochenen Redebeitrag auch nach längerer Pause nicht fortsetzt, ergreift Arzt D das Wort und führt quasi den von ihr begonnenen Satz zu Ende: „und zwar so dann dass sie auch effektiv mit IHrem LEben; dass sie ihr leben möglichst wenig da beeinträchtigt ist.“. Er greift hier indirekt die von der Ehefrau des Patienten erwähnte Belastungsfolge *Kopfschmerzen* auf. Nach der sich anschließenden Interimpause leitet Arzt D mit Orientierungsfrage Nr. 4⁴¹⁸ einen Themenwechsel ein. – Diese (aus formal handlungslogischer Sicht unerwartete) Wendung wirft die Frage auf, wie der Arzt seinen Redebeitrag fortgeführt hätte, wenn ihm die Orientierungsfragen nicht vorgelegen hätten.

Eine angehörigenorientierte Gesprächsführung bestünde in einem Fortführen des zuletzt von beiden Gesprächspartnern herausgearbeiteten Themas – die Belastung bzw. das *Problem* Frau P.s, das der Umgang mit ihrem kranken Mann für sie darstellt. Dies könnte beispielsweise in Form einer Darlegung von konkreten Hilfestellungen für den Alltag der Partnerin von Patient Rüdiger P. geschehen.

Auch Frau P. könnte ihr Rederecht im Anschluss an die ärztliche Frage dazu nutzen, den Arzt dazu zu bringen, ihr diese Hilfestellung zu geben. Eine Möglichkeit bestünde darin, anstatt auf die ihr gestellte Frage mit der erwarteten Antwort zu reagieren, wie sie es tut,⁴¹⁹ Arzt D eine Gegenfrage zu stellen. Denkbare Verbalisierungen sind: „Bevor ich Ihre Frage beantworte, würde mich interessieren, was ich denn genau tun kann, um meinem Mann zu helfen?“ oder: „Sie haben da gerade einen für mich wichtigen Punkt angesprochen: Wie kann ich denn meine eigenen Kräfte schonen und trotzdem meinem Mann helfen? Wie könnte das konkret aussehen?“ Durch die einleitende Bezugnahme auf die Frage bzw. die der Frage vorangegangene Äußerung des

⁴¹⁷ *Befürchtungen* ist an dieser Stelle insofern ein problematischer Ausdruck, als er auf einer anderen kategorialen Ebene als der Begriff *Wahn* operiert, was die ‚Realitätsbewertung‘ bzw. das *Für-Wahr-Halten* des mit dem Begriff referierten Sachverhalts betrifft. Für das gegenseitige Verstehen der beiden Gesprächspartner spielt dieser Unterschied keine Rolle; jedoch könnte es unter Umständen für Frau P. entlastend sein und das Verhalten ihres Mannes leichter verständlich machen, wenn Arzt D ihr diesen Unterschied erläutert.

⁴¹⁸ Siehe hierzu Kapitel 7.1.2.2.

⁴¹⁹ Vgl. G8, Z. 219-236.

Arztes würde Frau P. ihm ermöglichen, ohne Gesichtsverlust auf diese Fragen einzugehen.

Acht Minuten später im Gespräch bzw. nach 171 Transkriptzeilen traut Frau P. sich schließlich, diese – vor dem Hintergrund der Gesprächssituation bzw. in Anbetracht der institutionell eingeschliffenen Machtverhältnisse ein gewisses Maß ‚kommunikativen Mutes‘ erfordernde – ‚offensive Taktik‘ anzuwenden:

Beleg 50: (G8, Z. 387-405)

Arzt D: ((...)) so, gibts denn noch FRAGEN oder (.) sachen, die sie mit mir besprechen möchten? was wir vielleicht bis jetzt NICHT besprochen haben?

Frau P.: (-) ja, sie können mir auch ned sagen wie ich mit ihm umgehen soll,

Arzt D: (-) ja, sie gehen am (-) sie können versuchen mit ihm umzugehen indem sie eben auf die sachen nicht EINgehen; dass sie sozusagen=-

Frau P.: =ich mein ich hab halt schon ALLES versucht.=

Arzt D: =hm=hm=

Frau P.: =wenn ich auf ihn eingehe, dann dauert das stunden bis wir ferTIG sind.=

Arzt D: =hm=hm=

Frau P.: =wenn ich aber äh sage äh ich will (da=mir) darüber reden wir jetz ned mehr, das thema ist erLEdigt, dann (-) ist so oder so. [hilft mir und ihm das nicht-]

Arzt D: [das ist halt=das ist halt] sehr schwierig ähm
(--) praktisch für JE:den (-) so ne vorwurfshalle=volle
haltung zu vermeiden. ((...))

Auf die ärztliche Frage formuliert Frau P. ihre Gegenfrage mit einleitendem Matrixsatz: „(-) ja, sie können mir auch ned sagen wie ich mit ihm umgehen soll,“. So fordert sie den Arzt zwar nur indirekt, aber im Vergleich zu ihren Äußerungen in Beleg 48 und 49 doch recht deutlich dazu auf, konkrete Ratschläge zu erteilen. Das Modalverb *sollen* in der mit *wie* eingeleiteten indirekten Frage deutet darauf hin, dass die ‚ideale‘, d.h. Frau P. am besten unterstützende und entlastende Antwort in einer Art

‚Bedienungsanleitung‘ mit konkreten Handlungsanweisungen besteht. Dieses ERFRA-GEN VON INSTRUKTIONEN⁴²⁰ zeigt deutlich den fließenden Übergang zwischen dem ÄUSSERN VON BELASTUNGEN und dem BITTEN UM HILFE.

Die die ärztliche Reaktion einleitende Retraktion von: „(-) ja, sie gehen am (-)“ zu: „sie können versuchen mit ihm umzugehen“ belegt die bereits in Beispiel 10 herausgearbeitete vorsichtig-zurückgenommene Haltung von Arzt D, sobald auch nur die geringste Möglichkeit (bzw. aus seiner Sicht das ‚Risiko‘) eines ‚Haftbar-gemacht-Werdens‘ für den Erfolg von getroffenen Entscheidungen oder, in diesem Fall, Rat-schlägen besteht. Die mit dem Konnektor *indem* angeschlossene Formulierung: „indem sie eben auf die sachen nicht EINgehen;“ führt die instrumentale Lesart auf-grund ihrer verneinenden Form praktisch *ad absurdum*: Anstelle eines Hinweises da-rauf, was Frau P. machen *kann*, sagt Arzt D ihr, was sie unterlassen soll – mit Jaskolka (2000 : 86) kann hier von einer „optionalen Beschreibung“ gesprochen werden: Der Arzt be-schreibt in sprachlich vager Weise „lediglich Handlungsmöglichkeiten, ohne Mittel und Zwecke darzustellen.“

Daher verwundert es nicht, dass er nicht dazu kommt, seinen im Anschluss begon-nenen, vermutlich als präzisierende Erläuterung gedachten Ergänzungssatz: „dass sie sozusagen-“ zu Ende zu führen, weil Frau P. ihn unterbricht. Ihr Hinweis: „=ich mein ich hab halt schon ALLES versucht.“, kann als Auftakt zum folgenden zweiteiligen ÄUSSERN VON ZWEIFELN bzw. ABWEISEN DES von Arzt D (zumindest auf der sprachlichen Oberfläche) formulierten RATSCHLAGS gesehen werden. Im ers-ten Teil formuliert Frau P. die ‚praktisch erprobte‘ Ineffizienz der zur von Arzt D genannten entgegengesetzten Handlungsmöglichkeit: „=wenn ich auf ihn ein-gehe, dann dauert das stunden bis wir ferTIG sind.“. Im zweiten Schritt fin-det das eigentliche Verwerfen der optionalen Beschreibung von Arzt D statt: „=wenn ich aber äh sage äh ich will (da=mir) darüber reden wir jetzt ned mehr, das thema ist erLEdigt, dann (-) ist so oder so. [hilft mir und ihm das nicht-]“. Frau P. schließt die vom Arzt vorgebrachte Handlungsoption explizit aus, indem sie in der mit konsekutivem *dann* eingeleiteten Anakoluth-Konstruktion die nicht zielführende, d.h. nicht hilfreiche, Folge des *Nicht-Eingehens* auf den Wahn ihres Mannes anspricht.

⁴²⁰ Im Unterschied zu Hindelang (1977 : 35) ist diese Art sprachlicher Handlungen als eine spezifische Form des Handlungsmusters JEMANDEN UM RAT FRAGEN anzusehen. Denn obgleich es gewisse Standards für einzelne Aspekte des Umgangs mit Schizophreniepatienten gibt, gilt gerade in diesem Zusammenhang, was Hindelang als eine der Bedingungen für RATFRAGEN angibt:

„Da bei ratfragen das problem meist so komplex ist, daß [...] keine eingeführte standard-lösung existiert, kann die lösung nur aus einer genauen analyse der spezifischen hand-lungssituation von Sp; [i.e. der Ratsuchende] gewonnen werden.“ Hindelang (1977 : 37)

Die ärztliche Reaktion hierauf zeigt, dass ein solches explizites, ‚offensiveres‘ Gesprächsverhalten Frau P.s eher geeignet scheint, die gewünschten Hilfestellungen von Arzt D zu elizitieren als das vorangegangene zurückgenommene. In seinem, Beleg 50 beschließenden, Redeeinstieg: „[das ist halt=das ist halt] sehr schwierig ähm (--) praktisch für JE:den (-) so ne vorwurfshalle=volle haltung zu vermeiden. ((...))“ greift Arzt D die in Frau P.s vorangehender Äußerung implizit anklingenden Schwierigkeiten im Umgang mit dem Patienten auf.

Im Anschluss an diesen ärztlichen Redebeitrag entwickelt sich die Sequenz zu einem für das gesamte Gespräch G8 vergleichsweise konstruktiven Austausch zwischen beiden Gesprächspartnern, in dem Arzt D einige entlastende Aspekte für die Ehefrau von Patient Rüdiger P. aufzeigt. So weist er sie beispielsweise darauf hin, dass: „es ist=es ist einfach wichtig äh, dass=dass sie ihre eigenen grenzen da sehen. dass sie sagen sie können einfach nicht weiter, dass sie äh sich HILFE holen so weit es irgendwie geht“ (G8, Z. 418-421). Dieser zweiteilige Rat an Frau P. entspricht einer angehörigenorientierten Perspektive; er basiert auf der gleichen Idee wie das von Bull et al. (2005) entworfene Unterstützungsprogramm für Angehörige: „dass jemand, der Verantwortung für andere übernimmt, auch verantwortlich mit seinen eigenen Kräften haushalten“ (Bull et al. 2005 : 481) und sich zudem gegebenenfalls für sich selbst *Hilfe holen* muss. Im Folgenden zeigt der Arzt Frau P. darüber hinaus bereits erfolgreich genutzte Ressourcen zur ‚Selbstentlastung‘ (ihre Arbeit als Briefträgerin) auf bzw. macht ihr diese bewusst.⁴²¹ Die Sequenz mündet schließlich in dem bereits in Beispiel 10, Beleg 24 erläuterten Rat zu einem Urlaub.

Insgesamt macht das Beispiel deutlich, dass in akuten Phasen einer Schizophrenieerkrankung für die Angehörigen in erster Linie praktische Ressourcen wichtig sind.⁴²² Auch wenn sie wie Frau P. zunächst BELASTUNGEN ÄUSSERN, die an der sprachlichen Oberfläche eher kognitiv ausgerichtet sind, zeigt die Analyse, dass hier auf der pragmatischen Ebene indirekt die Verschränkung mit den Handlungsmustern UM HILFE BITTEN bzw. UM RAT FRAGEN zum Ausdruck kommt. Besonders die Erläuterungen zu Beleg 49 führen vor Augen, dass das Signalisieren von Verständnis allein keine Hilfe bzw. Quelle für Entlastung ist: Frau P.s subjektiv erlebte Belastung ist offenbar so groß, dass sie die entsprechende Reaktion von Arzt D als nicht ausreichend empfindet. Auch in Beleg 50 kommt klar zum Ausdruck, dass Frau P.s Bedürfnis nicht primär in einer Wissenserweiterung auf kognitiver Ebene besteht und auch nicht in bloßen Verständnisbekundungen von ärztlicher Seite, sondern in konkreten Handlungsanweisun-

⁴²¹ Vgl. G8, Z. 418-425.

⁴²² Die kognitiven Ressourcen sind erst in der Phase eines Residuums des Patienten von größerer Bedeutung, wenn genügend Zeit und Muße für (Selbst-)Reflexion vorhanden ist.

gen für ihren gemeinsamen Alltag mit dem Patienten. Dies zeigt sich darin, dass Frau P. die von Arzt D in Beleg 48 ausgeführten kognitiven Erklärungen quasi ‚ignoriert‘ bzw. dass diese Erläuterungen dazu führen, dass Frau P. immer wieder – in zunehmend expliziter Form – ihre Hinweise auf ihr ‚eigentliches‘, (mit-)gemeintes Anliegen reformuliert.⁴²³

8.2.3 Wie Angehörige Aspekte der Therapie kritisieren, die auf sie selbst Auswirkungen haben

In Kapitel 8.1.2 wurde die Kritik der Angehörigen an verschiedenen Aspekten der Therapie und ihren primär für den Patienten bedeutsamen Konsequenzen untersucht. Aber auch für die Angehörigen selbst hat die Behandlung – wenn auch in geringerem Maße – Auswirkungen, die Anlass zur Kritik geben. Im Folgenden werden die beiden hierfür zentralen Beispiele aus dem Korpus besprochen.

Beispiel 22

Im Gespräch von Herrn D. und Arzt A (G1) bringt dieser das Thema des Kontakts der Angehörigen zum behandelnden Arzt während des Aufenthalts von Herrn Ds. Sohn Robert auf der geschlossenen Station der Klinik zur Sprache:

Beleg 51: (G1, Z. 134-138)

Arzt A: ((...)) wenn sie das alles so revue passieren lassen, wie fühlten SIE sich denn (.) als angehöriger (-) von uns von den ärzten (.) von der einrichtung schlechthin über die krankheit, über die risikofaktoren, über alles, was (.) damit im zusammenhang steht, informiert;

Bevor wir uns der Antwort Herrn D.s zuwenden, scheint es angebracht, die Frage des Arztes etwas genauer zu betrachten. Die mit dem modalen Fragewort *wie* eingeleitete Frage fordert Herrn D. direkt zu einer bewertenden Stellungnahme auf. Sie lässt zum einen aufgrund ihres offenen Charakters und zum anderen aufgrund der vom Arzt verwendeten Abtönungspartikel *denn* eine ausführlichere Antwort erwarten, da diese Partikel die „Kraft [besitzt], vom Hörer eine Begründung für das bestimmte Nichtgewußte als Nichtverstandenes anzufordern“ (Rehbein 1994 : 155).

Die Agensangabe *von uns* und ihre zweifache Reformulierung durch den konkretisierend-ingrenzenden Ausdruck: „von den ärzten“ und das anschließend wieder ausweitende: „von der einrichtung schlechthin“ stellen Herrn D. vor die – auf Beziehungs- bzw. Höflichkeitsebene delikate – Aufgabe, das kommunikative bzw. in-

⁴²³ Vgl. auch die abschließenden Erläuterungen zu Beispiel 10.

formative Verhalten seines Gesprächspartners sowie aller anderen involvierten Beschäftigten der Klinik zu bewerten. Und so stellt sich Herr D. dieser Aufgabe:

Beleg 52: (G1, Z. 139-168)

Herr D.: also ich bin im ergebnis (.) ausreichend und auch (.) über die dauer der behandlung eigentlich sogar sehr gut informiert worden (.) ähm man muss allerdings dazu anmerken dass grad in der ANfangsphase in der man ja selbst ÜBerhaupt nicht weiß <<all> außer dass man den eigenen sohn EINGeliefert hat> äh was denn äh (.) überhaupt abläuft äh <<acc> und was die hintergründe sind=was SEIN könnte=wie es weitergehen könnte=man ist ja völlig verUNsichert;> (.) .hh äh ich hab in dieser zeit äh (.) IMMer versucht das gespräch mit den behandelnden ärzten zu suchen, das war glücklicherweise auch möglich. **es war nicht SO einfach=da musste man dann schon mal n termin irgendwo zwischen (.) äh halb zwölf und halb eins oder so irgendwo anpeilen und auch mal ne halbe stunde zeit mitbringen bis (-) äh der facharzt oder die fachärztin dann wieder FREI war,** aber im prinzip war die bereitschaft da: diese gespräche zu führen (.) äh und das hab ich also SEHR häufig auch von mir aus (.) immer wieder gesucht (.) dieses gespräch (.) äh und das war für mich eigentlich (.) WIChtig weil es mich (-) in meiner entscheidung (.) ihn hier EINzuliefern, ihn HIER zu lassen <<acc> was ja alles über (.) WOchen vollkommen GEgen seinen willen passierte> (.) äh bestärkt hat, denn=äh (.) auf der anderen seite=wenn die informationen (.) NICHT fundiert sind, ist man äh (.) aus meiner sicht als elternteil auch LEIcht äh dabei in mitleid zu verfallen und das ganze wieder abzubrechen=

Arzt A: =hm=hm; hm=hm;=

Herr D.: =weil in den ersten paar wochen ham sie halt (.) !ÜBER!HAUPT KEIne positiven sigNale. (-) DAS (.) muss man aber wissen, das muss (.) UNBEdingt vermittelt werden.

Die Antwort Herrn D.s ist verhältnismäßig lang, wie die Fragestellung des Arztes erwarten ließ. Seine innerhalb der narrativen Darstellung sehr komplex gestaltete Kritik bezieht sich auf die schwere Erreichbarkeit der behandelnden Ärzte am Anfang der gerade für die – rechtlich und moralisch verantwortlichen – Angehörigen kritischen Phase kurz nach der Einlieferung in die Klinik. Sie gliedert sich in fünf Teile: Zunächst erfolgt eine zweischrittige Hinführung zur eigentlichen Kritik. Dieser wiederum folgt unmittelbar eine Abschwächung. Im vierten Teil liefert Herr D. die Begründung für seine

Kritik und abschließend formuliert er eine aus seiner Begründung folgende Aufforderung.

Betrachten wir die einzelnen Teile im Detail: Herr D. beginnt seine Antwort auf die ärztliche Frage mit der konklusiven Partikel *also*. Die anschließende, zusammenfassende zweiteilige Bewertung der Informationen als: „im ergebnis ausreichend“ und: „über die dauer der behandlung eigentlich sogar sehr gut“ weckt Assoziationen zur Notenskala des deutschen Schulsystems, das neben den Zensuren in Ziffernform von 1 bis 6 die Bezeichnungen *sehr gut, gut, befriedigend, ausreichend, mangelhaft* und *ungenügend* umfasst. Damit fällt Herrn D.s Bewertung im ersten Teil Verhalten, um nicht zu sagen gerade noch positiv aus, um im zweiten Teil deutlich heraufgesetzt zu werden, was durch das linksattributive *eigentlich sogar* noch verstärkt wird.

Die sich nach kurzem Zögern (markiert durch eine Pause und die Verzögerungspartikel *äh*) anschließende Formulierung: „man muss allerdings dazu anmerken dass“ stellt den zweiten Schritt der Hinführung zum eigentlichen Kritikpunkt dar. Sie schränkt die vorangegangene positive Aussage durch die Modalpartikel *allerdings* ein. Der distanziert-objektivierende Charakter der Äußerung entsteht zum einen durch die unpersönliche und sprachlich vage Formulierung mit dem Indefinitpronomen *man* in Verbindung mit dem performativen Verb *anmerken*. Herr D. kann so eine an der Sprachoberfläche distanzierte Haltung zum Inhalt des Gesagten einnehmen.⁴²⁴ Auch der Gebrauch des Modalverbs *müssen*, das üblicherweise eine objektive Notwendigkeit ausdrückt, unterstützt diesen Charakter der Äußerung. So kann Herr D. umgehen, als ‚persönlich haftender‘ Kritiker aufzutreten. Weingarten (1994 : 124) hält hierzu in Anlehnung an Panther (1981 : 240) Folgendes fest:

„Bei der Verwendung verdeckter Performative (hedged performatives) befinden sich die performativen Ausdrücke in der Reichweite modaler Operatoren (*An dieser Stelle muß man festhalten ...*). In diesen Formulierungen tritt der Sprecher als Verantwortlicher zurück und stellt die Äußerung als Resultat objektiver Notwendigkeiten dar.“

Herr D. behält die unpersönliche *man*-Konstruktion in seiner anschließenden Schilderung der Anfangsphase der Hospitalisierung bei. Dabei lässt sich allerdings eine Änderung der kommunikativen Funktion des Indefinitpronomens beobachten: Während im übergeordneten Hauptsatz die beziehungsrelevante, Distanziertheit ausdrückende Funktion des Pronomens im Vordergrund steht, kommt hier vorwiegend sein inhaltlich-verallgemeinernder Charakter zum Ausdruck. Herr D. wechselt erst zum Personalpronomen *ich*, als er erläutert, dass er in dieser Situation den Kontakt zum betreuenden Arzt gesucht habe. Damit differenziert er seine Assertion in einen ersten Teil mit mehr allgemein gültigem Charakter und einen zweiten, seinen persönlichen Umgang mit die-

⁴²⁴ Vgl. beispielsweise Brown / Levinson (1978/2006 : 190) und Weinrich (2005 : 101f.).

ser Situation schildernden Part: „ich hab in dieser zeit äh (.) IMMER versucht das gespräch mit den behandelnden ärzten zu suchen, das war glücklicherweise auch möglich.“ Das letzte Wort liefert die Vorlage für die sich anschließende eigentliche Kritik Herrn D.s: Während *glücklicherweise* sozusagen auf der Beziehungsebene ‚vorbauende‘, positiv bewertende Funktion hat, ist schon mit der Wortwahl von *möglich* ausgedrückt, dass lediglich das erwartbare Mindestmaß an Kontakt bzw. Kommunikation gegeben war. Dies wird auch *ex negativo* deutlich – z.B. durch die Abwesenheit von positiv verstärkenden Temporalattributen wie *sehr oft* oder *immer*.

Diese unbefriedigende Situation bringt Herr D. im zweiten Schritt, d.h. in seiner eigentlichen Kritik, explizit zur Sprache – sehr höflich-distanziert durch unpersönliche Formulierungen mit inhaltsleerem *es* und unpersönlichem *man*: „es war nicht so einfach=da musste man schon mal ((...)) und auch mal ne halbe stunde zeit mitbringen ((...))“. Durch die attributiv gebrauchte Abtönungspartikel *mal* werden die verstärkend wirkenden Adverbien *schon* und *auch* abgeschwächt.

Dies wird im dritten Teil der Kritik, dem sich anschließenden, durch *aber* eingeleiteten Adversativsatz, fortgeführt: „aber im prinzip war die bereitschaft da: diese gespräche zu führen“. Das Hervorheben der ‚prinzipiellen Bereitschaft‘ der Ärzte zum Gespräch führt den bereits durch die Formulierung: „wieder FREI war“ in der Kritik selbst begonnenen Gedanken fort, dass die Ärzte aufgrund äußerer Zwänge (ihrer Arbeit) wenig Zeit für Gespräche mit Angehörigen im Allgemeinen und mit Herrn D. im Besonderen haben, also im Grunde schuldlos an der Situation sind. Damit wird die Kritik weiter abgeschwächt und wirkt so sehr zurückgenommen.

Mit dem erneuten Wechsel zur ersten Person Singular im vierten Teil richtet Herr D. den Fokus wieder ganz auf sich bzw. seinen Umgang mit der Situation und führt nun die Begründung für seine Kritik an, und zwar die Wichtigkeit der Information für die Angehörigen, damit diese die Therapie in einer so belastenden, von Unsicherheit geprägten Situation mittragen können und nicht – z.B. aus Mitleid mit dem Patienten – abbrechen. Die Formulierung dieses letztgenannten Aspekts beginnt Herr D. zunächst als eher allgemein gültige Aussage mit *man*, ergänzt jedoch das präpositionale Attribut: „aus meiner sicht“. Der folgende, mit *weil* eingeleitete Kausalsatz zielt auf die Einbindung des Gegenübers durch Formulierung in der direkten Ansprache: „ham sie halt“. Die allgemein gültig formulierte, die Begründung verstärkende Feststellung: „DAS (.) muss man aber wissen,“ leitet über zum fünften Teil, der die Kritik abschließenden (Auf-)Forderung: „das muss (.) UNBEDINGT vermittelt werden.“⁴²⁵ Diese Passivkonstruktion ist zwar durch das starke Modalverb *müssen* und das betont

⁴²⁵ Der Übergang zu den Handlungsmustern VORSCHLAGEN und HILFE ERBITTEN ist hier fließend. Siehe auch Kapitel 8.2.2, Beispiel 15.

artikulierte „UNBEDingt“ sehr nachdrücklich, jedoch bleibt sie aufgrund ihres unpersönlichen Charakters durch das Unterlassen der Agensangabe indirekt und ermöglicht so die folgende Reaktion des Arztes:

Beleg 53: (G1, Z. 169-175)

Arzt A: hm=hm. (.) wie isn des in der familie erlebt worden? der SOHN (.) muss in die geSCHLOSSne abteilung inner psychiatrischen klinik; (.) und DANN wussten sie (.) die ersten paar wochen gar nicht wo es hin geht, ob das wieder WIRD, ob das KLAPPT, äh wie ist=wie ist=wie sind denn SIE, ihre FRAU, die geschWISTER, wie ist man denn in der familie (.) damit zurechtgekommen;

Die eigentliche, insgesamt sehr zurückgenommene und stets mit Bedacht auf die Wahrung einer höflich-respektvollen Beziehungsebene formulierte Kritik Herrn D.s sowie sein abschließender Appell werden vom Arzt nicht aufgegriffen. Dieser geht lediglich auf die den Anlass bzw. die Begründung zur Kritik darstellende Situation ein. Die Frage, wie Familie D. mit dieser Situation zurechtgekommen ist, müsste sich der Arzt nach den Ausführungen des Vaters eigentlich selbst beantworten können. Eine Alternative wäre an dieser Stelle eine Frage danach, welche Informationen für die Angehörigen in der Anfangsphase die von Herrn D. angesprochene Verunsicherung mildern könnten. Eine weitere mögliche Reaktion könnte die Frage sein, wie der zuletzt geäußerte Bedarf einer Vermittlung von Informationen aussehen könnte, um für die Angehörigen hilfreich zu sein.

Beispiel 23

Im Gespräch mit Arzt C äußert sich Frau S. zunächst zufrieden über Erreichbarkeit und Gesprächsbereitschaft von Arzt C als behandelndem Arzt beim ersten Klinikaufenthalt ihres Sohnes (vgl. G5, Z. 217-222), um anschließend die Schwierigkeiten beim zweiten Aufenthalt in der Klinik mit einem anderen zuständigen Arzt zu bemängeln:

Beleg 54: (G5, Z. 236-249)

Frau S.: ((...)) äh, was ich allerdings beim ZWEITen mal äh im jahre äh=äh wo er dann (--) NOCH mal ins krankenhaus gekommen ist; zweitausendVIER (--) **dann wir haben große probleme gehabt** äh=äh da er äh in die geSCHLOSSene ähm ähm abteilung gekommen ist, (-) aufgrund dessen weil er doch ähm (.) ja; (--) auffällig geworden ist (.) **überhaupt ein gespräch äh mit dem stationsarzt zu bekommen.**

Arzt C: hm=hm;

Frau S.: **es war SEHR viel schwieriger, (.) als es im jahre zweitausendzwei war.**

Arzt C: gut, da:=dazu kann ich nicht viel Sagen. die frage ist jetzt wenn sie so jetzt gucken drei jahre, oder länger als drei jahre;=

Frau S. kritisiert den Umstand, dass sie als Angehörige Schwierigkeiten hatte, mit dem Arzt in Kontakt zu kommen, während ihr Sohn in der geschlossenen Abteilung der Klinik war.

Es liegt ihr – „ob nun aufrichtig oder nicht“, so Schwitalla (1987 : 135) – fern, Arzt C persönlich anzugreifen oder zu kritisieren; dies lässt sich an ihrer der oben zitierten Äußerung vorangehenden Bewertung: „sie waren uns ein GUTER gesprächspartner.“ festmachen (G5, Z. 234). Wie in Beispiel 8, Beleg 15 versucht Frau S. hier, ihren Gesprächspartner „aus der kritischen Zielrichtung herauszunehmen“ (Schwitalla 1987 : 135). Die Schwierigkeiten, die durch das Vorbringen der Kritik auf der Beziehungsebene für Frau S. entstehen, manifestieren sich in allen Abschnitten ihrer dreiteiligen Kritik in stockendem Sprechen, d.h. häufigem Gebrauch der Verzögerungspartikel *äh*, vielen intermediären Pausen und einer anakoluthaften Satzkonstruktion. Dies lässt erkennen, wie schwer es Frau S. offensichtlich fällt, die Kritik gegenüber ihrem – von dieser Kritik nicht persönlich betroffenen – Gesprächspartner, Arzt C, zu äußern. Dass sie es dennoch tut und nicht etwa durch einen Abbruch bzw. Ausstieg aus ihrem Plan die Kritik aufgibt, ist ein Indiz dafür, wie wichtig ihr dieses Thema ist.

Der erste Teil des Handlungsmusters besteht in der Hinführung zur eigentlichen Kritik, eingeleitet durch die adversative Modalpartikel *allerdings*, und reicht von: „äh, was ich allerdings“ bis: „zweitausendVIER“. Bereits hier ist die Konstruktion syntaktisch betrachtet eher ungewöhnlich. Anstelle der zu erwartenden Reihenfolge: „im jahre“ – Jahreszahl – Attribut zieht Frau S. den mit *wo* relativisch angeschlossenen Attributsatz: „wo er dann (--) NOCH mal ins krankenhaus gekommen ist;“ vor die Jahreszahl. Dies kann daran liegen, dass ihr die genaue Jahreszahl zunächst nicht präsent ist, so dass sie sozusagen zur Überbrückung den Zeitpunkt inhaltlich umschreibt, bevor (oder während) ihr die konkrete Zahl wieder einfällt.

Auf die zeitliche Bestimmung folgt nach einer Interimpause und dem temporaldeiktischen Adverb *dann*, die den Umstieg auf eine neue Konstruktion markieren, der zweite Teil – die eigentliche, zentrale Kritik in Form des Satzgefüges: „wir haben große probleme gehabt ((...)) überhaupt ein gespräch äh mit dem stationsarzt zu bekommen.“ In der Äußerung von Frau S. ist diese Konstruktion durch eine längere Parenthese zwischen Hauptsatz und erweiterter Infinitivkonstruktion etwas komplexer. Diese Unterbrechung wird eingeleitet von der Verzögerungspartikel

„äh=äh“; am Ende markiert die Pause die Rückkehr zur vor der Parenthese begonnenen – oder, um den Ausdruck Stoltenburgs (2007) zu gebrauchen, „emergenten“ – Satzkonstruktion. Der erste Teil der Unterbrechung besteht aus einem kausalen Nebensatz, der sich bruchlos an den vorangegangenen Hauptsatz des umschließenden Satzgefüges anschließt: „da er äh in die geSCHLOSSene ähm ähm abteilung gekommen ist,“. Der zweite Teil der Parenthese: „(-) aufgrund dessen weil er doch ähm (.) ja; (--) auffällig geworden ist (.)“ stellt eine durch Retraktion von *aufgrund* zu *weil* eingeleitete Begründung dar, die sich auf den ersten Teil der Parenthese bezieht. Frau S. erläutert hier also zunächst in zwei Schritten, wie die angesprochenen *Probleme* zustande gekommen sind, bevor sie sagt, worin diese Schwierigkeiten bestehen. In Verbindung mit der Verzögerungspartikel und den zahlreichen (leeren) Interimpausen zögert Frau S. damit ihren eigentlichen Kritikpunkt hinaus; sie zeigt damit an, dass sie sich „[der] Gefahr bewusst“ ist (Stoltenburg 2007 : 170), eine – wenn auch nicht für ihr Gegenüber direkt – gesichtsbedrohende Aussage zu formulieren und damit eine Sanktionierung durch Arzt C zu riskieren.

In dem sich anschließenden dritten Teil ihrer Kritik insistiert sie zunächst auf ihrem Kritikpunkt: „es war SEHR viel schwieriger,“ und intensiviert ihre Kritik noch, indem sie das verstärkende adverbiale Linksattribut „SEHR viel“ gebraucht und dies durch besondere Betonung des „SEHR“ hervorhebt. Der zweite Teil des Vergleichsatzes: „als es im jahre zweitausendzwei war.“ kann als Versuch Frau S.s interpretiert werden, erneut deutlich zu machen, dass sich die Kritik nicht auf ihren Gesprächspartner bezieht, der ihren Sohn nur während jenes Klinikaufenthalts 2002 betreut hat.

Der Arzt reagiert auf die Kritik von Frau S. mit der redeeinleitenden Partikel *gut* und der ausweichenden bzw. Verantwortung von sich weisenden Aussage: „da:=dazu kann ich nicht viel sAgen.“. Damit zeigt sich die Problematik, die mit der zumindest an der Sprachoberfläche konfliktvermeidenden Taktik von Frau S. einhergeht, nämlich dass „der Angesprochene solidarische Beziehungen zu diesen angegriffenen Personen hegt“ (Schwitalla 1987 : 136). Arzt C zeigt Frau S. zwar, dass er ihre Kritik nicht auf sich bezieht, sich also nicht persönlich angegriffen fühlt, und damit ihre Imagearbeit in dieser Richtung erfolgreich gewesen ist. Jedoch kündigt sich in dieser Aussage bereits an, was im anschließenden Wechsel auf ein neues Thema zur Gewissheit wird: Der Arzt nimmt die Kritik in keiner Weise auf; er setzt sie nicht konstruktiv um.

Denkbar wäre eine ärztliche Reaktion, die beispielsweise (gegebenenfalls erneut⁴²⁶) die besonderen (Kommunikations-)Bedingungen und die ärztliche Schweigepflicht bei der Unterbringung eines Patienten auf einer geschlossenen psychiatrischen Station erläutert. Im Idealfall schlosse sich an diese Erläuterung die Frage an, wie den Bedürfnissen der Mutter aus ihrer Perspektive unter diesen Voraussetzungen Rechnung getragen werden könne, d.h. wie ein Kompromiss zwischen den rechtlichen Einschränkungen und dem Gesprächs- bzw. Informationsbedarf der Mutter aussehen könne, um sie bei der Bewältigung der Situation zu unterstützen. – Damit würde der Arzt Frau S. signalisieren, dass er ihre Kritik ernst nimmt und sie damit als gleichrangige Gesprächspartnerin ansieht. Zugleich wäre dies eine Möglichkeit, die Kritik der Mutter für vergleichbare künftige Situationen anderer Betroffener nutzbar zu machen.

8.2.4 Wie Angehörige Vorschläge machen, die sich auf ihre eigenen Befindlichkeiten beziehen

Die Beispiele 22 und 23 im vorangegangenen Kapitel zeigen, dass gerade in der Anfangszeit einer Ersthospitalisierung und dann besonders für Eltern von jugendlichen Schizophreniepatienten der geringe Kontakt zwischen Angehörigen und behandelnden Ärzten eine Quelle für eigene Belastungen und daher Anlass zur Kritik ist.

Während mehrere Angehörige in den „Statistik-Gesprächen“ dieses Thema auf konstruktive Weise aufgegriffen und verschiedene Ideen zur Verbesserung solcher Situationen geäußert haben, wurde in den aufgezeichneten Katamnesegesprächen selbst lediglich **ein** diesbezüglicher Vorschlag gemacht. Dieser soll im Folgenden als Abschluss des Analyseteils betrachtet werden.

Beispiel 24

Der Kontakt zum behandelnden Arzt während des Klinikaufenthalts von Schizophreniepatient Robert D. ist für seinen Vater, Herrn D., ein wichtiger Aspekt für den eigenen Umgang mit der Erkrankung. Wie in Beispiel 22 ausführlich erläutert, kritisiert er daher während seines Termins mit Arzt A (G1) die Schwierigkeiten, die er diesbezüglich hatte. Später im Gespräch kommt Herr D. auf den von ihm zuvor kritisierten Umstand zurück:

⁴²⁶ Da es sich bei dem vorliegenden Gespräch um ein Folgegespräch handelt, ist es durchaus möglich, dass dies bereits in einem der früheren Gespräche der Fall war. Ausführliche Erläuterungen zur Interpretation bzw. Deutung von solchen Fällen, in denen „zusätzliches Wissen über äußerungsunabhängige Sachverhalte erforderlich ist“ gibt Kindt (2002 : 71).

Beleg 55: (G1, Z. 238-298)

- Arzt A: =okay. ich bin mit meinen fragen am ende=gibts noch irgendwas was sie noch loswerden möchten, was sie noch unbedingt äh (.) mitteilen wollen weils bisher NICHT thematisiert worden is?
- Herr D.: **ja vielleICHT wäre es äh noch ne anregung dass dieses gespräch wo ich gesagt hab dass ich es gesucht habe (.) äh dass man das vielleicht äh=äh GRUNDSätzlich äh einem angehörigen (.) andIEnen sollte** denn es gibt sicherlich auch viele leute die (.) NICHT auf die ärzte zugehen (.) nach dem motto ich hätte gerne informaTIONen sondern dass man vielleicht noch etwas offensiver auf die ANgehörigen eines solchen patienten zugeht.
- Arzt A: hatten sie das gefüh:l (.) dass sie da absichtlich außen vor gehalten werden sollen?
- Herr D.: NEIN. (.) gar nicht. (.) äh das ist die arbeitsbelastung dieser ärzte auf den stationen=-
- Arzt A: =na=ja; (.) es is was anderes noch (-) es is die ärztliche schweigepflicht.
- Herr D.: das auch; (.) sicherlich=-
- Arzt A: =das is n juristisches g=also HEIßes thema ähm (.) normaLERweise sind meine ärzte verpflichtet; (.) die ähm=na=wir nennen das fremdanamnese einzuholen; (.) .h aber ne fremdanamnese ist immer ne einseitige information; wir fragen SIE ob das und das=-
- Herr D.: =ja=
- Arzt A: =in dem moment wo wir von dem patienten was berichten (.) stehen wir mit einem bein IMMer (-) im gefängnis (.) weil wir (.) gefahr laufen die ärztliche schweigepflicht zu VERletzen und beim patienten der zwangsweise da ist <<all> und wir nicht wissen ob der hinterher unterschreibt> (-) weil wir nicht wissen wie die konstellaTION is (.) is das immer kritisch; verstehn sie?
- Herr D.: ja:=-
- Arzt A: =das will ich zur entschuldigung sagen;=
- Herr D.: =nee, das=-
- Arzt A: =aber es IS keine entschuldigung.=
- Herr D.: =ich geb ihnen schon recht; die situation (.) is=is vollkommen richtig beschrieben von ihnen (.) ähm (-) besser wird es wenn der patient dann EINwilligt in diese dinge=das hat (.) mein sohn glücklicherweise relativ schnell getan und

ich hatte dann als er auf die=äh offene station kam auch n
 GANZ hervorragendes verhältnis zu seiner behandelnden ärztin
 äh die auch von SICH aus (.) immer wieder mit MIR den
 kontakt gesucht hat=gespräche zu bestimmten dingen gesucht
 hat die sie interessiert hat (.) und wir ham uns natürlich
 dann auch (.) an DIEser stelle gegenseitig ausgetauscht so
 dass (.) ich auch immer von IHR erfahren hab (.) wie ist der
 stand (.) was kann ICH tun wie kann ich das ganze hier
 unterstützen; **ähm es ist natürlich richtig=das sollte der
 patient (.) erLAUBen klar- (--)** [aber-]

Arzt A: [aber] es ist keine
 entschuldigung.=ich will=ich WILLs auch nich
 entschuldigen=das (.) es geht ja darum wie SIE ihre
 situation erleben und was sie sich wünschen und (.) die
 juristischen dinge nur ma so nebenbei ähm (.) aber für uns
 is es ja wichtig dass wir ne rückmeldung erhalten und kucken
 (.) ob wir an der stelle was verbessern können; ((klatscht
 2x leise in die Hände)) gut; gibts sonst noch was, (.) was
 wir bereden (.) sollten?

Herr D.: nee danke ich denk (.) das ist so: (.) in etwa (.) n rundes
 bild jetzt [(aus meiner sicht)]

Der Einleitung des ärztlichen Redebeitrags zu Beginn des Belegs: „=okay. ich bin mit meinen fragen am ende“ kommt gleichzeitig die Funktion der Einleitung des Gesprächsendes zu. Mit der unmittelbar angeschlossenen Frage: „=gibts noch irgendwas was sie noch loswerden möchten, was sie noch unbedingt äh mitteilen wollen weils bisher nicht thematisiert worden is?“ scheint Arzt A die von Mirisch / Förstl (2001) für Arzt-Patienten-Gespräche in der Psychiatrie formulierte Forderung umzusetzen:

„Von elementarer Bedeutung ist auch die Abschlussphase des Gesprächs. Für den Patienten sollte Zeit bleiben, zur Sprache zu bringen, was im Gesprächsverlauf nicht berücksichtigt wurde, aber für den Patienten wichtig ist. Es muss ausreichend Zeit zur Verfügung stehen, nun Fragen des Patienten zu beantworten.“ Mirisch / Förstl (2001 : 233f.)⁴²⁷

Allerdings machen der Gebrauch des Adverbs *unbedingt* und die einschränkend wirkende Negationspartikelkombination *bisher nicht* deutlich, dass der Arzt auf diese Frage keine Antwort ‚in epischer Breite‘ erwartet. Vielmehr ist seine Äußerung als gesprächsorganisierende Routineformel zu verstehen, vergleichbar der Frage: „Wie geht’s dir?“ in Begrüßungssequenzen.

⁴²⁷ Für eine Erläuterung zu dieser aus linguistisch-gesprächsanalytischer Perspektive durchaus kritisch zu betrachtenden Empfehlung vgl. Kapitel 9.1.2.3.

Herr D. beginnt seinen daran anschließenden Redebeitrag entsprechend zögernd: „ja vielleICHT wäre es äh noch ne anregung“. Die syntaktische Projektorkonstruktion im Konjunktiv II mit linksattributiver Modalpartikel *vielleicht* betont den vorsichtig-zurückgenommenen Charakter der Äußerungseinheit und zögert das handlungssemantische ‚Schlüsselwort‘ *Anregung* so weit wie möglich hinaus. Auch die Wahl dieses Wortes unterstützt den zurückgenommenen Charakter der Äußerungseinheit und dient damit auf zweifache Weise dazu, das Rederecht gegenüber einem Gesprächspartner zu sichern, der eine eher autoritative Gesprächsführung pflegt. Zum einen sind *Anregungen* lediglich Impuls gebender Natur,⁴²⁹ d.h. die Verwendung des Wortes lässt keine (womöglich ausschweifende) Präsentation eines umfassenden Maßnahmenplans erwarten; daher sind in Bezug auf die Gesprächsorganisation keine Sanktionen zu erwarten. Zum anderen ist der üblicherweise mit dem Begriff *Anregung* verknüpfte Verbindlichkeitscharakter im Gegensatz zu dem von Begriffen wie *Vorschlag* oder gar *Empfehlung*, aber auch *Bitte* deutlich schwächer. So mildert Herr D. ‚im Voraus‘ den zu erwartenden Aufforderungscharakter seiner folgenden Äußerung ab und reduziert gleichzeitig das mit einer solchen Handlung einhergehende Konfliktpotenzial auf Imageebene.

In dem sich anschließenden Ergänzungssatz: „dass dieses gespräch wo ich gesagt hab dass ich es gesucht habe“ zeigt sich allerdings, dass der Vater sich von der in der ärztlichen Frage angelegten ‚Fokusbeschränkung‘ nicht beirren lässt und an seinem persönlichen Gesprächsziel festhält: Der mit *wo* relativisch angeschlossene Einschub in der ersten Person Singular: „wo ich gesagt hab dass ich es gesucht habe“ lässt darauf schließen, wie wichtig dem Vater von Patient Robert D. dieser Aspekt der Arzt-Angehörigen-Gespräche in der Klinik ist. Die Formulierung mit dem Funktionsverbgefüge *das Gespräch suchen* bekräftigt erstens indirekt die zuvor im Gespräch von Herrn D. geäußerte und in Beispiel 22 erläuterte Kritik. Dies zeigt die Reformulierung mit der denkbaren, ‚bewertungsneutralen‘ Alternative: „die Gespräche, die ich vorhin angesprochen habe“. Im Unterschied zu dieser Alternativformulierung bildet die gewählte Ausdrucksweise indirekt den Aufhänger für die Begründung des ‚Wiederholens‘ dieses bereits angesprochenen Themas. Diese Begründung wird in den folgenden Turnkonstruktionseinheiten expliziert. In der Retraction: „dass man das vielleicht äh=äh GRUNDSätzlich äh einem angehörigen (.) anDIEnen sollte“ formuliert Herr D. die *Anregung* – auf seine gewohnt zurückhaltende, verallgemeinernde Weise, die eine „konfliktäre Verhandlung“ zu vermeiden sucht.⁴³⁰ In einem zweiten

⁴²⁹ Vgl. Duden-Universalwörterbuch (⁴2001 : 144).

⁴³⁰ Von Schwitalla (1987 : 109) eingeführter Terminus zur Bezeichnung von Streitgesprächen, die „Handlungen, die eine Person in der Zukunft ausführen soll (vom Standpunkt eines Fordernenden)“, zum Gegenstand haben.

Schritt begründet er diese im anschließenden, mit *denn* eingeleiteten Kausalsatz: „es gibt sicherlich auch viele leute die (.) NICHT auf die ärzte zugehen“. Das Modalwort *sicherlich*, das quantifizierende Adjektiv *viele* sowie im Relativsatz das prosodische Akzentuieren der Negationspartikel *nicht* haben eine die Aussage verstärkende Wirkung. Durch die verallgemeinernde Formulierung übernimmt der Vater hier in gewisser Weise die Rolle eines ‚Angehörigen-Fürsprechers‘. Im Kontext seiner in Beispiel 22 erläuterten Kritik verweist diese Aussage allerdings indirekt ebenfalls darauf, dass es auch für Herrn D. selbst eine Erleichterung gewesen wäre (und es vermutlich auch in Zukunft sein könnte), wenn er die Gespräche nicht hätte *suchen* müssen, sondern die Ärzte auf ihn *zugegangen* wären. Im letzten, mit einem Umstieg eingeleiteten Part seines Redebeitrags: „sondern dass man vielleicht noch etwas offensiver auf die ANgehörigen eines solchen patienten zugeht.“ reformuliert er seine *Anregung*, indem er das zuvor verwendete *jemandem etwas andienen* durch das stärkere *etwas offensiver auf jemanden zugehen* präzisiert.

Die Reaktion von Arzt A: „hatten sie das gefüh:l (.) dass sie da absichtlich außen vor gehalten werden sollen?“ erweckt den Eindruck, dass er Herrn D.s indirekten Verweis auf die Schwierigkeiten der institutionellen Gesprächs-/Terminorganisation (und der Kritik daran) erfasst hat und ehrlich an einer ‚Aufarbeitung‘ der Situation interessiert ist. Eine Bejahung der Frage würde einen FTA gegenüber den beteiligten Ärzten bedeuten;⁴³¹ die Antwort Herrn D.s ist denn auch eindeutig um ‚Schadensbegrenzung‘ bemüht: „NEIN. (.) gar nicht. (.) äh das ist die arbeitsbelastung dieser ärzte auf den stationen-“. Der Vater von Patient Robert D. argumentiert hier auf eine, das Gesicht der Ärzte seines Sohnes wahrende Weise. Er nimmt sie sozusagen in Schutz, indem er als Grund für den geringen Arzt-Angehörigen-Kontakt die *Arbeitsbelastung* anführt, d.h. institutionell bedingte, persönlich unverschuldete externe Zwänge.

Arzt A reagiert hierauf in recht unerwarteter Weise: „naja es is was anderes noch es is die ärztliche schweigepflicht.“. Die redееinleitende Partikel *naja* schränkt die Relevanz der Vorgängeraussage Herrn D.s ein. Der syntaktische Aufbau der Äußerung unterstützt diese Funktion der Partikel: Als erstes folgt die prädikative Ergänzung *was anderes*, dann erst die Gradpartikel *noch*,⁴³² mit der sich Arzt A auf das von Herrn D. vorgebrachte Argument der *Arbeitsbelastung* bezieht. Diese syntaktische Struktur ist, wenn man so will, ein ‚Extrembeispiel‘ für die Grice’sche Relevanzmaxime: Der Schwerpunkt der Äußerung liegt auf der inhaltlichen Gewichtung des propositiona-

⁴³¹ Damit bringt Arzt A Herrn D. in Bezug auf Höflichkeit und Imagearbeit in eine ähnlich schwierige Situation wie schon einmal zuvor im untersuchten Gespräch, siehe die Erläuterungen zu Beispiel 22, Beleg 51.

⁴³² Zu den diktumsgradierenden Bedeutungen von *noch* siehe Zifonun et al. (1997 : 884f.).

len Gehalts; der Höflichkeit kommt lediglich eine – im doppelten, d.h. pragmatischen und syntaktischen, Sinn des Wortes – nachgelagerte Stellung zu. In der anschließenden Reformulierung wird das Prädikativum der Bezugsäußerung (*was anderes*) präzisiert. Dies ließe sich als eine Art Klimax-Konstruktion bezeichnen: Der von Arzt A genannte Grund der *ärztlichen Schweigepflicht* ist noch ‚gewichtiger‘ als der von Herrn D. angeführte der *Arbeitsbelastung*. Insgesamt bewirkt die ärztliche Ausdrucksweise einen behrenden Äußerungscharakter, der die zuvor gestellte Frage des Arztes als eine Art ‚Fangfrage‘ erscheinen lässt, die bei Herrn D. eine von der ärztlichen Antwort deutlich abweichende Erwartungshaltung hervorgerufen hat.

Herr D. quittiert die Ausführungen des Arztes mit dem etwas irritiert wirkenden, zustimmenden: „das auch sicherlich-“. Bevor er weiterreden kann, wird er von seinem Gegenüber mit der Assertion: „=das is n juristisches g=also HEIßes thema ähm (.).“ unterbrochen. Arzt A erläutert hiermit seine Vorgängeräußerung. Die mit konsekutivem *also* angeschlossene Reformulierung des Adjektivs *juristisch* durch das metaphorische *heiß* betont die Brisanz des Themas.

Diese führt der Arzt im Anschluss in drei Schritten aus. Die Aussage: „normalerweise sind meine ärzte verpflichtet; (.). die ähm=na=wir nennen das fremdanamnese einzuholen; (.).h aber ne fremdanamnese ist immer ne einseitige information; wir fragen SIE ob das und das-“ stellt den ersten dieser drei Schritte dar. Arzt A legt hier zunächst *Fremdanamnese* als die juristische Grundlage für bzw. *Verpflichtung* zu Arzt-Angehörigen-Gesprächen dar. Anschließend folgt in dem mit *aber* eingeleiteten Adversativsatz eine zweiteilige definitorische Konkretisierung des Terminus *Fremdanamnese*: „ne einseitige information; wir fragen SIE ob das und das-“. Die zuerst sprachlich vage als *einseitig* bezeichnete *Information* wird in der sich syntaktisch nicht integriert angeschlossenen indirekten Fragekonstruktion konkretisiert.

Der zweite Schritt der Explikation erfolgt im Anschluss mit der Präpositionalkonstruktion: „=in dem moment wo wir von dem patienten was berichten stehen wir mit einem bein IMMer (-) im gefängnis (.).“. Die sehr expressive, metaphorische Wendung *mit einem Bein im Gefängnis stehen* und die Interimpausen verleihen der Äußerung größeren Nachdruck. Der sich anschließende Kausalsatz: „weil wir (.). gefahr laufen die ärztliche schweigepflicht zu VERletzen“ verleiht der ärztlichen Äußerung durch die feste Fügung *Gefahr laufen* den Charakter einer Rechtfertigung.

Der dritte Schritt zur Erläuterung der juristischen Brisanz der Arzt-Angehörigen-Kommunikation erfolgt im Anschluss mit dem Satzgefüge: „und beim patienten der zwangsweise da ist ((...)) is das immer kritisch; verstehn sie?“. Arzt A stellt hier den von Herrn D. erlebten und in Beispiel 22 kritisierten ‚Extremfall‘ einer

Zwangseinweisung dar. Die Unterbrechung dieser ‚Kernaussage‘ (an der durch Auslassungspunkte markierten Stelle) ließe aus schriftsprachlicher Sicht eine einleitende Präpositionalkonstruktion (z.B.: *von dem*) erwarten. Die tatsächlich geäußerte Parenthese: „<all> und wir nicht wissen ob der hinterher unterschreibt> (-) weil wir nicht wissen wie die konstellaTION is (.)“ wird hingegen mit beordnendem *und* eingeleitet. Dies verleiht der gesamten Parenthese mehr Gewicht. Das Referenzobjekt des Begriffs *Konstellation* ist grammatisch-sprachlich nicht eindeutig festzulegen; aus dem Kontext der Äußerung ist jedoch zu schließen, dass die familiäre Konstellation (Verhältnis zwischen Patient und Angehörigen) gemeint ist.

Arzt A beschließt seinen Redebeitrag mit dem metakommunikativen Kommentar: „das will ich zur entschuldigung sagen;“. Nach Holly (1979 : 62) gibt Arzt A hiermit zu, dass das ‚restriktive‘ ärztliche Gesprächsverhalten gegenüber den Angehörigen „negativ zu bewerten ist, bestreitet aber die (volle) Verantwortung“, indem er als „eigentlichen Grund“ für das Verhalten der Ärzte die juristische Schweigepflicht, d.h. höhere Normen bzw. Sachverhalte, angibt – mit anderen Worten: dass „die Tat mehr aufgrund von Gegebenheiten geschehen ist, die außerhalb der eigenen Reichweite liegen“ (Holly 1979 : 63). Auf der Beziehungsebene drückt der Begriff *Entschuldigung* eine höhere Verbindlichkeit aus, als dies bei der wertneutralen *Erklärung* der Fall gewesen wäre. Unmittelbar im Anschluss an das Hörsignal des Vaters („nee, das-“) äußert der Arzt den Adversativsatz: „=aber es IS keine entschuldigung.=“. Bei der Deutung dieser Äußerungseinheit ist vor allem die Beziehungsebene zwischen Arzt A und Herrn D. zu berücksichtigen, die – wie gezeigt – auch bei der Wahl der Bezeichnung *Entschuldigung* in der ärztlichen Bezugsäußerung eine zentrale Rolle gespielt haben dürfte. So lässt sich als hauptsächliche Funktion der Äußerung das Bestreben von Arzt A sehen, zu vermeiden, dass Herr D. die Bezugsäußerung nicht als Entschuldigung, sondern als *Ausrede* für die nicht optimale Kommunikationssituation auffasst.

Der Vater reagiert hierauf zunächst mit der Rückmeldung: „=ich geb ihnen schon recht; die situation (.) is=is vollkommen richtig beschrieben von ihnen (.) ähm (-)“. Die konzessiv eingesetzte Abtönungspartikel *schon* (zu paraphrasieren mit *durchaus*) verleiht der Äußerungseinheit die Funktion, Arzt A dessen Aussage zuzugestehen. Üblicherweise schließt sich an ein solches Zugeständnis eine oft mit *aber, trotzdem* o.Ä. eingeleitete entgegengesetzte Aussage an.⁴³² In Herrn D.s Äußerung besteht dieser Teil aus der mit der Verzögerungspartikel *ähm* gefüllten Interimpause: „(.) ähm (-)“. Herr D. unterlässt also an dieser Stelle das Entgegensetzen einer Aussage aus Gründen der Höflichkeit gegenüber Arzt A; schon im Bewerten der ärztlichen Situationsbeschreibung als *vollkommen richtig* ist der gesichtswah-

⁴³² Vgl. von Polenz (1988 : 271).

rende Charakter des väterlichen Redebeitrags zu erkennen. Dieser setzt sich fort in der dritten Turnkonstruktionseinheit, die ebenfalls auf das Vermeiden einer konfliktären Verhandlung zielt: Herr D. lenkt das Thema weg von seiner *Anregung* bzw. verzichtet an dieser Stelle auf ein insistierendes Einfordern der gewünschten Verhaltensänderung. Stattdessen spricht er die als positiver erlebt dargestellten Erfahrungen an, die er nach dem vom Arzt erwähnten *Unterschreiben* gemacht hat: „besser wird es wenn der patient dann EINwilligt in diese dinge=das hat (.) mein sohn glücklicherweise relativ schnell getan“. Im ersten Teil unterstützt die verallgemeinernde Formulierung den entspannenden Charakter der Äußerungseinheit. Lediglich die Wahl des Komparativs *besser* (anstelle des ebenfalls denkbaren Positivs *gut*) hat einschränkenden Charakter. Der ohne Sprechpause direkt angeschlossene zweite Teil in Form einer ‚Personalisierung‘ legt den Fokus auf das, was (zumindest vermeintlich) positiv war, und führt so den beschwichtigenden Gestus fort: Die zuvor im Gespräch kritisierte Situation wird hier aus einem resultativ ausgerichteten Blickwinkel dargestellt, der eine Wendung ins Positive erlaubt. Allerdings kommt dem wertenden Adverb *glücklicherweise* wie dem zuvor verwendeten *besser* eine ‚Kippfunktion‘ zu: Einerseits lässt es die damals vom Vater empfundene Erleichterung durch die *Einwilligung* seines Sohnes erkennen; andererseits erlaubt es indirekt, sozusagen ‚im Umkehrschluss‘ (wie wäre es gewesen, wenn er nicht eingewilligt hätte?), eine Spur der ursprünglichen Kritik anklingen zu lassen. Auch das abmildernde Adverb *relativ* in der sprachlich vage gehaltenen Temporalangabe *relativ schnell* zielt in diese Richtung.

Im Anschluss geht Herr D. über zur Schilderung der als überaus positiv bewerteten Folgesituation, als Robert *auf der offenen Station* war: „und ich hatte dann ((...)) auch n GANZ hervorragendes verhältnis zu seiner behandelnden ärztin äh“. Im Folgenden führt Herr D. zwei Aspekte aus, die dieses (Kommunikations-)Verhältnis aus seiner Sicht als *ganz hervorragend* qualifizieren. Im sich anschließenden *Relativsatz*: „die auch von SICH aus (.) immer wieder mit MIR den kontakt gesucht hat=gespräche zu bestimmten dingen gesucht hat die sie interessiert hat (.)“ greift er die von Arzt A erwähnte *Verpflichtung* der Ärzte zum Erheben einer Fremdanamnese auf. Das *Kontakt-* bzw. *Gesprächssuchen* der Ärztin ist der erste von zwei als positiv erlebt dargestellten Aspekten. Die durch *auch* in sich intensivierte Präpositionalangabe „auch von SICH aus“ und die temporale Adverbkombination „immer wieder“ verstärken die gesichtsaufwertende Wirkung der Aussage gegenüber der Ärztin. Die folgende, mit *und* eingeleitete Assertion: „wir ham uns natürlich dann auch (.) an DIEser stelle gegenseitig ausgetauscht“ leitet zum zweiten Aspekt der Bewertung über, den Herr D. in der Konsekutivkonstruktion: „so dass (.) ich auch immer von IHR erfahren hab (.) wie ist der stand

(.) was kann ICH tun wie kann ich das ganze hier unterstützen;“ präsentiert. Die als direkte Redewiedergabe angeführten Fragen können nicht nur als Aufzählung von Beispielen der in der geschilderten Situation besprochenen Themen interpretiert werden; sie geben gleichzeitig einen Hinweis darauf, was für den Vater damals wichtig – und eine Quelle für Belastungen – war (und vermutlich noch immer ist, gegebenenfalls mit Verschiebungen in der Gewichtung der einzelnen Aspekte). Die inhaltliche Ausrichtung der zweiten und dritten Frage auf die Unterstützung der Therapie des Patienten drückt zudem die Verschränkung der eigenen Bedürfnisse des Vaters mit dem Wunsch, seinem kranken Sohn zu helfen, aus.⁴³³

Auf diesen ‚Erfahrungsbericht‘ folgt die Aussage: „ähm es ist natürlich richtig=das sollte der patient (.) erLAUben klar- (--) [aber-]“. Die Verzögerungspartikel *ähm* kann als Vorbereitung bzw. Übergang zur nun doch geplanten entgegengesetzten Aussage gesehen werden, die Herr D. zu Beginn seines Redebeitrags unterlassen hat. Das Modaladverb *natürlich* drückt nach von Polenz (1988 : 282) „pauschal die Unbestreitbarkeit einer Aussage“ aus. Der Konjunktiv im anschließenden Satz (*sollte erlauben*) bereitet allerdings das folgende *aber* vor. Herr D. kommt zwar nicht dazu, die geplante Konstruktion zu beenden, da Arzt A das Rederecht an sich nimmt. Die bisher realisierte, emergente Struktur der Äußerungseinheit lässt jedoch darauf schließen, dass der Vater hier einen Versuch unternimmt bzw. zu unternehmen geplant hat, auf die Schwierigkeiten hinzuweisen, die sich für Angehörige im Fall eines *Nicht-erlaubens* oder *Nichtunterschreibens* durch den Patienten ergeben. Damit kommt diesem letzten Teil von Herrn D.s Redebeitrag eine seine vorher geäußerte *Anregung* rechtfertigende Funktion zu, indem er in Frage stellt, „ob die Voraussetzungen dafür gegeben sind, daß die Norm auf den vorliegenden Fall angewendet werden darf“ (Holly 1979 : 64), d.h. ob die Schweigepflicht für Angehörige bei Ersthospitalisierungen wie derjenigen seines Sohnes gültig und sinnvoll ist.

Die Redeübernahme von Arzt A bevor Herr D. seinen Turn vollendet hat, ist als Ausdruck einer autoritativen Gesprächsführung zu werten: „[aber] es ist keine entschuldigung.=ich will=ich WILLs auch nicht entschuldigen=das (.)“. Der Arzt geht hier nicht auf den propositionalen Gehalt der letzten Äußerung seines Gegenübers ein. Vielmehr reformuliert er zunächst wörtlich seine eigene Vorgängeräußerung. In Kombination mit dem direkt angeschlossenen Satz legt dieser Äußerungseinstieg die Deutung als Selbstverteidigung nahe, die „eine mögliche Imageverletzung des Opfers durch eine Umdeutung des virtuellen Vergehens verhüten will, zugleich natürlich die ihm selbst

⁴³³ Vgl. hierzu auch Bull et al. (2005) bzw. die Erläuterungen zu Beispiel 21, Beleg 49.

(bzw. dem Täter) drohende Imageeinbuße abzuwenden versucht“ (Holly 1979 : 68).⁴³⁴

Nach dem Ausstieg: „=das (.)“ geht der Arzt über zur Aussage: „es geht ja darum wie SIE ihre situation erleben und was sie sich wünschen“. Hiermit refokussiert er das Ziel des Gesprächs, indem er auf die Perspektive Herrn D.s zu sprechen kommt. Die Aussage erscheint beim ersten Hören angehörigorientierter als sie ist: Abgesehen davon, dass der Arzt Herrn D. zunächst hätte seinen Turn beenden lassen sollen, drückt die Wahl des Verbs *wünschen* einen hohen Grad an Unverbindlichkeit im Hinblick auf den Umgang mit der Äußerung des Vaters aus: So hat *sich etwas wünschen* keinen so starken Aufforderungscharakter wie z.B. *etwas erwarten*. Hätte Arzt A dieses Verb verwendet, würde dies einen viel höheren Grad an Selbstverpflichtung bedeuten. Dieser Eindruck der Unverbindlichkeit oder auch Formelhaftigkeit setzt sich in der Folge des ärztlichen Redebeitrags fort: „und (.) die juristischen dinge nur ma so nebenbei ähm (.)“. Aus handlungssemantischer Sicht stellt sich an dieser Stelle die Frage, ob die zuvor ausgeführten Erläuterungen zum Thema Schweigepflicht als ein Dramatisieren anzusehen sind oder ob hier eine Form des Bagatellisierens vorliegt: Entweder sind die *juristischen Dinge* ein *heißes Thema* und damit einer der Hauptgründe (wenn nicht **der** zentrale Grund) für die Unzufriedenheit schaffende und Unsicherheiten bzw. Belastungen bei den Angehörigen bewirkende (Kommunikations-)Situation zwischen Ärzten und Angehörigen – oder sie sind ein Thema, das nur *nebenbei* eine Rolle spielt. Hier widerspricht Arzt A sich in seinen evaluativen Aussagen, was darauf hindeutet, dass er an dieser Stelle mit seinem Redebeitrag einen Konsens zwischen sich und seinem Gesprächspartner herstellen will, um ein ‚einvernehmliches‘ Ende des Gesprächs einzuleiten. Die folgenden Äußerungseinheiten bestätigen diesen Eindruck: „aber für uns is es ja wichtig dass wir ne rückmeldung erhalten und kucken (.) ob wir an der stelle was verbessern können; ((klatscht 2x leise in die Hände)) gut; gibts sonst noch was, (.) was wir bereden (.) sollten?“. Hier nimmt Arzt A erneut die Perspektive des medizinisch-professionellen Klinikpersonals ein. Das Prädikativum *wichtig* wird in der anschließenden indirekten Frage präzisiert; aber auch hier fällt eine Diskrepanz zwischen der aktuellen Äußerung und den zuvor gemachten Aussagen in Bezug auf die

⁴³⁴ Nach Goffman (1971 : 113f.) sog. „account“, im Unterschied zu „apology“. Siehe hierzu ausführlich Holly (1979 : 68) und Deppermann (2001 : 71). Der Arzt läuft mit dieser Äußerung zudem Gefahr, bei Herrn D. genau das Gegenteil von dem zu bewirken, was er intendiert hat. Rehbein (1972 : 308f.) hält hierzu Folgendes fest:

„Aus einer Entschuldigung kann sich [...], wird sie ‚zu oft‘ angewendet, ein stereotypes Urteil bilden über den Handelnden. Das Ergebnis ist, daß Entschuldigungen dieser Art von vornherein nicht mehr akzeptiert werden, da sie dem Defendenten als intrinsischer Faktor, als ‚Charaktereigenschaft‘ zugerechnet werden. D. h. die Wiederholung von Entschuldigungen mit identischem propositionalen Gehalt wird [...] als Ausreden aufgefaßt. In einer Ausrede ist aber die Weigerung der Akzeptierung des Vorwurfs enthalten und damit die Weigerung einer positiven Stellungnahme zu der eigenen Fehlhandlung.“

ärztliche Schweigepflicht auf: Die Wahl des Modalverbs in *verbessern können* passt nicht zu dem früher beschriebenen Sachverhalt, denn wenn die Schweigepflicht wirklich in dem von Arzt A indizierten Umfang das Reden mit den Angehörigen verbietet, *können* die Ärzte nichts an der Situation verbessern, die Herr D. als belastend erlebt und kritisiert hat. Das parasprachliche Element des In-die-Hände-Klatschens und die anschließende Frage: „gut; gibts sonst noch was, (.) was wir bereden (.) sollten?“ markieren die Äußerung des Arztes endgültig als Routineformel; auf die Frage wird keine Antwort erwartet. Damit signalisiert Arzt A deutlich die Einleitung des Gesprächsendes – auf eine sehr paternalistische Art und Weise. Eine partnerschaftliche Gesprächsführung wäre hier ein explizites Benennen der Gründe für das Beenden des Gesprächs (z.B. nächster anstehender Termin), verbunden mit dem Angebot an den Angehörigen, beim nächsten gemeinsamen Treffen die noch offenen Punkte zu besprechen (und dieses Angebot dann auch entsprechend umzusetzen).

Herrn D.s Reaktion ist die einzige, die aus einer auf Höflichkeit bedachten Haltung heraus möglich ist: „nee danke ich denk (.) das ist so: (.) in etwa (.) n rundes bild jetzt [(aus meiner sicht)]“. Für Herrn D. macht es die Gesprächsführung bzw. -beendigung durch Arzt A somit unmöglich, noch etwas von seinem Anliegen bzw. seinem Vorschlag ‚zu retten‘. Andernfalls könnte er beispielsweise fragen, welche Informationen genau von der Schweigepflicht betroffen sind, denn die beschriebenen guten Erfahrungen im Austausch mit der behandelnden Ärztin (z.B. zum Thema Therapieunterstützung) könnten ja vielleicht bereits in der Phase vor der Einwilligung des Patienten in die Behandlung besprochen werden. Diese Fragen könnten den Aufhänger bilden für das gemeinsame Erarbeiten einer Kompromisslösung bei den nächsten Fremdkatamneseterminen.

Abschließend bleibt die Frage: Was passiert konkret mit Herrn D.s als *Anregung* formulierten Vorschlag? Die das Gespräch beschließende Äußerung des Arztes lässt darauf schließen, dass der Vorschlag wohl nicht umgesetzt werden wird. – Dass dies nicht zwangsläufig so sein muss, d.h. dass die *juristischen Dinge* offenbar nicht ganz so *heiß*, wie vom Arzt dargestellt, sind, zeigt beispielsweise die „Gemeinsame Erklärung der Aktionsgemeinschaft der Angehörigen und des BKH [Bezirkskrankenhauses] Haar zu Umgang, Information und Status von Angehörigen psychisch Kranker“. Diese Leitlinien sehen zum Thema Schweigepflicht folgendes Vorgehen vor:

„1: Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber Angehörigen (Beziehung Arzt-Patient)

Die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber konkret benannten Angehörigen oder anderen benannten Vertrauenspersonen eines Patienten/einer Patientin als Ansprechpartner für den behandelnden Arzt wird

im Rahmen der stationären Aufnahme bzw. so früh wie möglich vom Arzt/Ärztin mit dem Patienten geklärt.

Falls die Schweigepflichtsentbindung nicht direkt im Aufnahmegespräch mit dem Patienten positiv zu klären ist, wird das Thema ‚Entbindung von der Schweigepflicht gegenüber Angehörigen bzw. einer Vertrauensperson‘ immer wieder mit dem Patienten angesprochen und ggf. auf positive Aspekte der aktiven Einbindung von Angehörigen/oder Vertrauenspersonen in den Behandlungsablauf hingewiesen. Die Ärzte sprechen den Patienten aktiv auf einen Krisenpass und/oder eine Patientenverfügung an.

Änderungen hinsichtlich der Schweigepflichtsentbindung werden von den Ärzten an das Pflegepersonal und die Telefonauskunft des BKH Haar zeitnah weitergeleitet.

Die Schweigepflichtsentbindung kann auch Teilaspekte umfassen:

- Information über die stationäre Aufnahme/Entlassung,
- Information über den Zustand des Patienten,
- Information über die Erkrankung des Patienten,
- Austausch über die Behandlungs-/Zielplanung,
- Austausch bzgl. Verlegungs-/Entlassungsplanung.“ Groß (2006 : 19)

8.2.5 Fazit

Nachdem in den vorangegangenen Kapiteln die einzelnen Beispiele für die sprachliche Umsetzung der Handlungsstrategie „Eigene Befindlichkeiten thematisieren“ eingehend analysiert wurden, fassen die folgenden Absätze die Hauptergebnisse der zwölf Analysen zusammen. Die Struktur der Präsentation der von den Angehörigen eingesetzten Handlungen folgt dabei den gleichen vier Kriterien wie die Darstellung der Rekonstruktionen der Handlungsmuster im Hinblick auf das „Beeinflussen der Therapie des Patienten“ in Kapitel 8.1.4.

8.2.5.1 Rekonstruktion des Handlungsmusters INFORMATIONEN ERFRAGEN

Die Angehörige setzt im ausgewählten Beispiel (Beispiel 13) das folgende dreigliedrige **Sequenzmuster** beim Erfragen nach Informationen um:

- (1) Aufmerksamkeit des Gesprächspartners auf die eigentlich gewünschte Information lenken durch evaluative Aussagen
- (2) Erfragen der Information durch direktes Aussprechen
- (3) Refokussieren der Frage durch Präzisieren des interessierenden Aspekts

Als **Formulierungsverfahren** für das ERFRAGEN VON INFORMATIONEN setzt die Angehörige unpersönlich-verallgemeinernde, evaluative Projektorkonstruktionen zur Vorbereitung ihrer konkreten Frage ein.

Die Angehörige erfragt eine Information zum **Thema** der organisatorischen Unterbringung der Patientin im Wohnheim. **Anlass** für das Erfragen dieser Information sind

Befürchtungen von künftigen psychosozialen Belastungen im Zusammenhang mit der Versorgung der Patientin.

8.2.5.2 Rekonstruktionen des Handlungsmusters BELASTUNGEN ÄUSSERN

Wie bei der Darstellung der **Sequenzmuster** zur Rekonstruktion der verschiedenen Varianten von AngehörigenKRITIK an der Therapie des erkrankten Familienmitglieds, verzichtet auch die Präsentation der Sequenzmuster, mit denen Angehörige ihre eigenen BELASTUNGEN durch die Erkrankung ÄUSSERN, auf eine zu komprimierte Systematisierung, um der je individuellen Komplexität der konkreten sprachlichen Handlungen in den acht vorgestellten Beispielen gerecht werden zu können.

1. **Beispiel 14:** Hier äußert eine Angehörige ihre auf der emotionalen Ebene erlebte Belastung in zwei Teilen:
 - (1) Hinführen zur Belastungsäußerung in zwei Schritten:
 - a) durch Erfragen von sachlich-therapiebezogenen Informationen
 - b) durch Bewerten des in a) angesprochenen Therapiebestandteils (Medikamente)
 - (2) Äußern der eigentlichen (emotionalen) Belastung durch direktes Aussprechen
2. **Beispiel 15:** Hier handelt es sich um eine zweigliedrige, sequenziell responsiv eingebettete Äußerung einer psychosozialen (organisatorischen) Belastung:
 - (1) Äußern der eigentlichen (organisatorischen) Belastung durch verallgemeinerndes Assertieren
 - (2) Abmildern der geäußerten Belastung durch Verschieben des zeitlichen Fokus
3. **Beispiel 16:** Die achtgliedrige Belastungsäußerung umfasst finanzielle und psychosoziale Aspekte. Sie wird vom Angehörigen über mehrere Gesprächssequenzen hinweg vollzogen:
 - (1) Hinführen zur Belastungsäußerung durch Einschränken zuvor geäußerter Hoffnungen
 - (2) Äußern der eigentlichen (finanziellen) Belastung durch verallgemeinerndes Assertieren
 - (3) Äußern der mit (2) verbundenen Befürchtung (1. Anlauf) ⇒ aufgrund der Reaktion des Gesprächspartners (Arzt) abgebrochen
 - (4) Insistieren auf der mit (2) verbundenen Befürchtung (2. Anlauf) durch komplettierendes Reformulieren von (3)
 - (5) Abmildern der Belastungsäußerung und Befürchtung in zwei Schritten:
 - a) durch Herstellen von Konsens
 - b) durch Verschieben des Fokus auf die (psychosoziale) Belastung
 - (6) Äußern der eigentlichen (psychosozialen) Belastung durch objektivierendes Assertieren
 - (7) Ausführen der (psychosozialen) Belastung durch Angeben von Beispielen
 - (8) Abmildern der Belastungsäußerung in drei Schritten:
 - a) durch positiv wertendes Schlussfolgern

- b) durch Begründen von 8a)
c) durch intensivierendes Reformulieren von 8a)
4. **Beispiel 17:** Hierbei handelt es sich um die dreigliedrige Äußerung einer psychosozialen Belastung, die sich über mehrere Gesprächssequenzen erstreckt:
- (1) Hinführen zur Belastungsäußerung durch Schildern des Sachverhalts bzw. Angeben von Beispielen
 - (2) Äußern der eigentlichen (psychosozialen) Belastung durch Schildern eines Szenarios in mehreren Schritten
 - (3) Insistieren auf der (psychosozialen) Belastung in zwei Schritten:
 - a) durch intensivierendes Reformulieren von (2)
 - b) durch metakommunikatives Zusammenfassen von 3a)
5. **Beispiel 18:** Das neungliedrige Sequenzmuster lässt sich anhand mehrerer Äußerungen der Angehörigen zu ihrer psychosozial-emotionalen Belastung über mehrere Gesprächssequenzen hinweg rekonstruieren:
- (1) Hinführen zur Belastungsäußerung in zwei Schritten:
 - a) durch Schildern der Folgen aus der psychosozial-organisatorischen Belastung
 - b) durch Verschieben des Fokus
 - (2) Äußern der eigentlichen (psychosozial-emotionalen) Belastung durch Fokussieren eines Aspekts der belastenden Situation
 - (3) (indirektes) Insistieren auf (2) durch schlussfolgerndes Schildern
 - (4) Insistieren auf (2) durch Intensivieren mit ergänzendem Argument
 - (5) Begründen von (4) durch Schildern der Situation
 - (6) metakommunikatives Zusammenfassen durch negatives Bewerten des eigenen Verhaltens
 - (7) (indirektes) Insistieren auf (2) durch intensivierendes Assertieren
 - (8) (indirektes) Insistieren auf (2) durch ergänzendes / präzisierendes Reformulieren
 - (9) Konsens herstellen durch Ankündigen von Eigeninitiative
6. **Beispiel 19:** Hierbei handelt es sich um eine komplexes und über mehrere Gesprächssequenzen Handlung, die von den Eltern des Patienten gemeinsam bzw. abwechselnd vollzogen wird. Bei der Rekonstruktion des **Sequenzmusters** spielen die Perspektivenunterschiede von Mutter (= erste Perspektive) und Vater (= zweite Perspektive) eine große Rolle. Im Beispiel werden die zentralen Phasen der mehrgliedrigen Handlung besprochen; die folgende Darstellung bezieht sich auf diese Gesprächsstellen:
- Phase 1: Responsive Handlung der Angehörigen
- (1) (gemeinsames) Hinführen zur Belastungsäußerung in sieben Schritten:
 - a) durch (auf Patientenperspektive) fokussierendes Antworten
 - b) durch Refokussieren (der Angehörigenperspektive im Allgemeinen)
 - c) durch Einschränken von 1b) aus der ersten Perspektive
 - d) durch Schildern der Situation aus der zweiten Perspektive
 - e) durch wertendes Zusammenfassen der zweiten Perspektive

- f) durch Refokussieren auf die erste Perspektive
- g) durch Präzisieren von f) aus der ersten Perspektive
- (2) Äußern der eigentlichen (psychosozial-emotionalen) Belastung in zwei Schritten aus der ersten Perspektive:
 - a) durch direktes Aussprechen
 - b) durch Begründen von 2a)
- (3) Abmildern der (psychosozial-emotionalen) Belastung durch Anführen von Gegenargumenten aus der ersten Perspektive

Phase 2: Responsiv-erläuternde Handlung der Angehörigen
(Schwerpunkt: erste Perspektive)

- (4) Äußern der eigentlichen (psychosozial-emotionalen) Belastung durch vergleichendes Darstellen der Situationen früher und heute (in mehreren Schritten)
- (5) Kritisieren von (4) aus der zweiten Perspektive
- (6) (responsives) Insistieren auf den Folgen aus (4) durch Reformulieren aus der ersten Perspektive

Phase 3: Responsiv-erläuternde Handlung der Angehörigen
(Schwerpunkt: zweite Perspektive)

- (7) Hinführen zur Belastungsäußerung durch metakommunikatives Bewerten aus der zweiten Perspektive
- (8) Äußern der eigentlichen (psychosozial-emotionalen) Belastung in fünf Schritten (aus der zweiten Perspektive):
 - a) durch direktes Aussprechen
 - b) durch Ankündigen einer Korrektivhandlung / Eigeninitiative
 - c) durch intensivierendes Reformulieren von 8a)
 - d) durch Angeben von Beispielen
 - e) durch (responsives) zusammenfassendes Werten

7. **Beispiel 20:** Das sechsgliedrige Sequenzmuster wird von der Angehörigen sprachlich innerhalb einer Gesprächssequenz umgesetzt:

- (1) Äußern der ersten eigentlichen (sozialen, organisatorischen) Belastung(sfolge) in zwei Schritten:
 - a) durch direktes Aussprechen
 - b) durch Reformulieren von 1a)
- (2) Äußern der zweiten eigentlichen (emotionalen) Belastung durch Angeben von Gründen für (1)
- (3) Erklären von (2) durch Sich-selbst-Vorwürfe-machen
- (4) Zusammenfassen durch Bewerten
- (5) Alternativen zu (3) äußern durch Verschieben des Fokus (in mehreren Schritten)
- (6) (interaktives) Relativieren von (5) durch Zustimmung zur Aussage des Gesprächspartners

8. **Beispiel 21:** Hier handelt es sich um die achthgliedrige Rekonstruktion des Sequenzmusters, das die Angehörige über mehrere Gesprächssequenzen hinweg verfolgt:

- (1) Äußern der eigentlichen (emotionalen) Belastung durch direktes Aussprechen
- (2) Schildern der Gründe für (1) in zwei Schritten:
 - a) durch direktes Aussprechen
 - b) durch Reformulieren von 2a)
- (3) Intensivieren durch Reformulieren der eigentlichen (emotionalen) Belastung
- (4) Insistieren auf der eigentlichen (emotionalen) Belastung in zwei Schritten:
 - a) durch wiederholendes Reformulieren von (3)
 - b) durch konkretisierendes Reformulieren von (2)
- (5) Bitten um Ratschlag durch Bestätigen der zusammenfassenden Assertion des Gegenübers (Arzt)
- (6) Erneuern der Bitte um Ratschlag durch Reformulieren von (5)
- (7) Hinführen zum Verwerfen des Ratschlags durch zusammenfassendes Zweifeln
- (8) Verwerfen des Ratschlags in zwei Schritten:
 - a) durch negativ wertendes Schildern der Folgen von Ratschlag-Alternative 1
 - b) durch negativ wertendes Schildern der Folgen von Ratschlag-Alternative 2
 - b) durch begründendes Zusammenfassen von 8a) und 8b)

Die Angehörigen setzen folgende vier **Formulierungsverfahren** ein, um ihre BELASTUNGEN zu ÄUSSERN: erstens das direkte Aussprechen der Belastung als Assertion, zweites das indirekte Formulieren durch Verwenden von wertneutralen, wenig expressiven Ausdrücken sowie Fragen und schließlich phraseologische Wendungen.

Neben der expliziten Vokabel *Sorgen* oder *unter etwas leiden* lassen sich folgende **Signalformeln** für Belastungsäußerungen in den Beispielen beobachten:

- *Ich mache mir so meine Gedanken. // Ich mache mir nur Gedanken.*
- *Ich habe dann halt immer so meine Bedenken.*
- *Ich verstehe es einfach nicht.*
- *Ich habe halt wirklich die Angst, ...*
- *Ich bin einfach immer schuld.*
- *Das ist schon schlimm.*
- *Man ist manchmal schon sehr unglücklich.*

Folgende fünf übergeordnete, mit der Erkrankung des Patienten verbundene **Themen** wirken sich auf die Angehörigen belastend aus, worüber sie in den ausgewählten Beispielen sprechen:

- Medikation des Patienten (Beispiele 14, 16 und 17)
- Klinikaufenthalt der Patientin (Beispiel 15)
- Unterbringung des Patienten in einem Wohnheim (Beispiel 19)
- (erkrankungsbedingte) Verhaltensweisen des Patienten (Beispiele 17, 18 und 21)
- Ursachen der Erkrankung des Patienten (Beispiel 20)

Diese Zusammenstellung zeigt, dass die (Nach-)Behandlung des Patienten mit ihren beiden Bestandteilen Pharmako- und Soziotherapie in den untersuchten Beispielen das am häufigsten angesprochene belastende Thema ist. Dies lässt den Schluss zu, dass die verschiedenen Aspekte der Therapie auch einen sehr großen, wenn auch nicht zwangsläufig den größten Anteil an den Belastungen im alltäglichen Leben der Angehörigen haben.

Unter Berücksichtigung der Charakteristika der untersuchten Gespräche – vor allem ihres Zeitpunkts in einer späten Phase der Erkrankungsgeschichte des Patienten – verwundert es daher auch nicht, dass Fragen nach den Erkrankungsursachen kaum eine Rolle spielen und diese nur in einem Beispiel als aktuelle Belastung angegeben werden: Die oft belastende Frage nach dem „Warum?“ der Erkrankung ist eher für die erste Zeit nach deren Ausbruch typisch, während mit der Zeit mehr ‚praktisch‘ orientierte Fragen der (Alltags-)Bewältigung in den Fokus rücken.

Die Analyse der Beispiele hat gezeigt, dass für die unterschiedlichen Angehörigen zum einen jeweils individuell verschiedene Aspekte der aufgeführten Themen belastend wirken und dass zum anderen Art und Weise bzw. die konkreten Ausprägungen dieser Belastungen sehr vielfältig sein können, d.h. dass die Belastungen ihren Niederschlag auf verschiedenen Ebenen finden: Einige sind dem sozialen Register zuzuordnen (wie organisatorische und finanzielle Belastungen); andere sind auf der emotionalen Ebene anzusiedeln; eine dritte Gruppe bilden die sog. psychosozial-emotionalen Belastungen. In den acht untersuchten Beispielen lassen sich folgende belastende Ausprägungen der adressierten Themen ausmachen:

Emotionale Belastungen

- durch Unwissenheit über Wirkung der Medikation des Patienten (Beispiel 14)
- durch (erkrankungsbedingte) Veränderungen im Verhalten des Patienten (Beispiele 18 und 21)
- durch selteneren Kontakt zwischen Patient und Familie (Beispiel 19)
- durch geringere bzw. gestörte Kommunikation der Angehörigen untereinander und durch unterschiedliches Situationserleben (Beispiel 19)
- durch Selbstvorwürfe, Frage nach den Ursachen der Erkrankung des Patienten bzw. Schuldgefühle (Beispiel 20)

Psychosozial-emotionale Belastungen

- durch Nebenwirkungen (Rauchen) der Medikation des Patienten (Beispiel 17)
- durch ‚Rundum-Versorgung‘ des Patienten (Beispiele 18 und 20)

Soziale (organisatorische) Belastungen

- durch zusätzlichen Aufwand aufgrund des Krankenhausaufenthalts der Patientin (Beispiel 15)
- durch ‚Rundum-Versorgung‘ des Patienten (Beispiel 18)

Soziale (finanzielle) Belastungen

- durch Medikation der Patientin (Beispiel 16)

Die kategorial systematisierte Zuordnung zeigt, dass die emotionale bzw. psychosozial-emotionale Dimension von Belastungen die am häufigsten geäußerte in den analysierten Beispielen ist. Allerdings läuft diese Art der Darstellung Gefahr, die Verschränkung bzw. das mitunter komplexe Geflecht der einzelnen, von einem Angehörigen empfundenen Belastungen in unangemessener Weise zu vereinfachen und zu verzerren. Sehr häufig gehen in den Äußerungen der Angehörigen Belastungen unterschiedlicher Natur ‚Hand in Hand‘. Zur Illustration der vielen verschiedenen Formen der Verschränkung bzw. der zahlreichen Varianten der Komplexität im Angehörigenverhalten und -empfinden im Zusammenhang mit Belastungen seien im Folgenden einige Beispiele aufgeführt:

In Beispiel 14 äußert eine Angehörige im Zusammenhang mit der Psychopharmakotherapie ihres Sohnes eine emotionale Belastung, die ‚objektiv‘ gesehen eher kognitiv begründet ist. In der Äußerung: „ich hab halt hoffnungen äh (-) dass sie ähm (-) dass sie arbeit findet“ (G9, Z. 215f.) aus Beispiel 16 drückt sich der gleichzeitig auf finanzielle und psychosozial-emotionale Entlastung ausgerichtete Wunsch des Ehepartners einer Patientin aus. Ein weiteres Beispiel für das komplexe Ineinandergreifen verschiedener Belastungen ist das Äußern von Aspekten, die nicht als Belastung wahrgenommen oder genauer: nicht als solche dargestellt werden, die aber – aus der Art und Weise ihrer Schilderung zu schließen – für den betreffenden Angehörigen sehr wohl belastend zu sein scheinen (Beispiel 16). In einigen Fällen ist auch der Zusammenhang von eigentlicher Belastung und Belastungsfolge(n) fließend: So können soziale, organisatorische Belastungen (wie die extrem fürsorgliche Versorgung des Patienten) letztlich auf emotionale Belastungen (wie Schuldgefühle) zurückgeführt werden, stellen streng genommen also eher eine **Belastungsfolge** dar, die sich vermutlich auflöst, sobald die verursachende Belastung gelöst werden kann (Beispiel 20).

Es ließen sich noch weitere Beispiele für solche Verschränkungen der einzelnen vom Angehörigen empfundenen Belastungen aus den Analysen anführen, aber dies soll an dieser Stelle genügen: Es sollte deutlich geworden sein, dass die meisten ÄUSSERUNGEN VON BELASTUNGEN einfacher klingen als sie tatsächlich sind bzw. viel-

schichtiger als sie beim ersten Hören vermuten lassen. Die Beobachtungen unterstreichen das Ergebnis der Studie von Schmid et al. (2005) in Bezug auf die Gewichtung und Kategorisierung der von Angehörigen geäußerten Belastungen:

„Dabei sind weniger die objektiven Belastungen der Angehörigen entscheidend, als vielmehr das subjektive Erleben der Belastungen [...].“
Schmid et al. (2005 : 273)

Dies bedeutet für die in der vorliegenden Untersuchung zugrunde gelegten Arzt-Angehörigen-Gespräche, dass jede partnerschaftlich-ernstnehmende Form der inhaltlichen Bezugnahme des Arztes auf die vom Angehörigen mitgeteilten Belastungen zu berücksichtigen ist. – Wie die Analyse von Beispiel 13 gezeigt hat, ist die Rücksichtnahme auf das *subjektive Erleben* des Angehörigen allein allerdings kein hinreichendes Charakteristikum für eine angehörigorientierte Gesprächshaltung. Diese ist nur dann gegeben, wenn auch die *objektiven Belastungen* angemessen berücksichtigt werden und tatsächlich (oder nur potenziell) vorhandene belastende Faktoren expliziert werden.

Angehörige sehen sich zum Äußern von Belastungen **veranlasst**, wenn der ärztliche Gesprächspartner ihnen die Orientierungsfrage Nr. 5 stellt; dies ist zweimal der Fall (in den Beispielen 15 und 19). In allen anderen Fällen werden die verschiedenen Belastungen auch unabhängig von dieser Frage im Gespräch thematisiert.

Grundsätzlich scheinen Angehörige ihre Belastung anzusprechen, wenn sie einen sehr starken Belastungsgrad verspüren bzw. aus dem daraus resultierenden Bedürfnis, sich schon durch die Möglichkeit des bloßen (Ver-)Äußerns der Belastung in einem ersten Schritt Entlastung zu verschaffen (Beispiele 14, 18, 20 und 21).

In den meisten Fällen sind es konkrete Ereignisse im aktuellen Alltag, die Anlass zu einer Verschärfung der Belastung bzw. des Belastungsempfindens geben (Beispiele 16, 17 und 21). In der Vergangenheit relevante Belastungen werden überwiegend dann erwähnt, wenn sie grundsätzlicher Natur sind (wie die Schuldfrage in Beispiel 20) oder ihre Auswirkungen bis in die Gegenwart reichen (wie die Kommunikationsprobleme zwischen den Angehörigen untereinander in Beispiel 19). Vergangene konkrete, ‚kurzzeitig aktuelle‘ Belastungen (wie die organisatorische Mehrbelastung durch den Klinikaufenthalt der Patientin in Beispiel 15) werden nicht ‚von sich aus‘ thematisiert.

8.2.5.3 Rekonstruktionen des Handlungsmusters KRITISIEREN

Wie die **Sequenzmuster** zu den ÄUSSERUNGEN VON BELASTUNGEN im vorigen Kapitel und zu den KRITISIERENDEN Handlungen in Kapitel 8.1.4.2 werden die von den Angehörigen verwendeten Sequenzmuster in den beiden untersuchten Beispielen einzeln vorgestellt:

1. **Beispiel 22:** Hier handelt es sich um eine fünfgliedrige Kritik, die in einem Redebeitrag in responsiver Position geäußert wird:
 - (1) Hinführen zur Kritik in zwei Schritten:
 - a) durch positiv zusammenfassendes Bewerten der Gesamtsituation
 - b) durch Einschränken von a)
 - (2) Äußern der eigentlichen Kritik durch Schildern der Situation
 - (3) Abmildern der Kritik durch ein Verschieben des Fokus
 - (4) Begründen der Kritik durch Erklären der eigenen Perspektive auf die Situation
 - (5) Verstärken der Kritik durch Auffordern zu einer Korrektivhandlung
2. **Beispiel 23:** Hier liegt eine initiale Handlung der Angehörigen vor, die ihre dreiteilige Kritik äußert:
 - (1) Hinführen zur Kritik durch Einschränken vorheriger positiver Assertionen
 - (2) Äußern der eigentlichen Kritik durch Schildern der Situation
 - (3) Insistieren auf der Kritik durch intensivierendes Reformulieren

In den kritisierenden Äußerungen setzen die beiden Angehörigen vor allem unpersönliche, verallgemeinernd-objektivierende **Formulierungsverfahren** mit *man* oder dem Modalverb *müssen* (Form ‚allgemeiner Wahrheiten‘) ein. Zudem verwenden sie zahlreiche Abtönungspartikel.

Eingesetzte **Signalformeln** für das KRITISIEREN:

- *Also ich bin im Endergebnis eigentlich ...*
- *Man muss allerdings anmerken, dass ... // Was ich allerdings ...*
- *Es war nicht so einfach: ... // Es war viel schwieriger, ...*
- *Glücklicherweise ...*
- *Wir haben große Probleme gehabt.*

Thema und **Anlass** der Kritik in beiden Beispielen ist der seltene bzw. nur schwer zu erhaltende Kontakt zwischen den behandelnden Ärzten und den Familienmitgliedern, hier speziell den Eltern, des Patienten zur Zeit von dessen Ersthospitalisierung auf der geschlossenen Station.

8.2.5.4 Rekonstruktion des Handlungsmusters VORSCHLAGEN

Im gesamten, für die Untersuchung erstellten, Korpus gibt es ein einziges Beispiel für VORSCHLÄGE, die sich auf die Bedürfnisse der Angehörigen beziehen. Der Angehörige, der diesen Vorschlag äußert, vollzieht dabei das folgende sechsgliedrige **Sequenzmuster**, das sich über mehrere Redebeiträge erstreckt:

- (1) Hinführen zum Vorschlag durch Bezugnehmen auf zuvor im Gespräch geäußerte Kritik

- (2) Äußern des eigentlichen Vorschlags durch Auffordern zu einer Korrektivhandlung
- (3) Begründen des Vorschlags durch Hinweisen auf allgemeine Situation
- (4) Intensivieren des Vorschlags durch präzisierendes Reformulieren
- (5) Abmildern des Verbindlichkeitsstatus des Vorschlags durch Schildern des konkreten Falls
- (6) Insistieren auf dem Vorschlag ⇒ aufgrund der Reaktion des Gesprächspartners (Arzt) abgebrochen; nur der Plan ist erkennbar.

In dem analysierten Beispiel kommen in erster Linie sehr zurückgenommene, d.h. unpersönliche und verallgemeinernde **Formulierungsverfahren** zum Einsatz. Die zentrale **Signalformel** zur Markierung des VORSCHLAGs lautet: *Vielleicht wäre es noch eine Anregung.*

Der Vorschlag des Angehörigen greift das **Thema** seines Kontakts zu den behandelnden Ärzten seines erkrankten Sohnes während dessen Ersthospitalisierung auf. Konkret nimmt er als Reaktion auf eine ärztliche Frage nach weiteren, für ihn wichtigen Gesprächsthemen die schwierigen Bedingungen der Kontaktaufnahme als **Anlass** für das Einbringen seines Vorschlags.

8.2.5.5 Zusammenschau

Zusammenfassend lassen sich folgende Beobachtungen zu den im Analyseteil dieses Kapitels besprochenen zwölf handlungsstrategisch auf das „Thematisieren eigener Befindlichkeiten“ ausgerichteten Handlungen bzw. den entsprechenden, rekonstruierten Mustern festhalten:

Wie schon die Handlungen, die sich primär auf das „Beeinflussen der Therapie des Patienten“ richten, haben auch das Erfragen von Informationen, das Äußern von Belastungen, das Anbringen von Kritik und das Äußern eines Vorschlags mit Blick auf die eigenen Befindlichkeiten der Angehörigen als gemeinsamen Ausgangspunkt die Person des Patienten bzw. konkreter in den meisten Fällen dessen Behandlung.

Im Unterschied zu den erstgenannten Handlungen überwiegt hier jedoch die Eigenperspektive auf den eigenen Umgang mit bzw. der eigenen Bewältigung der Erkrankung und ihren Folgen.

Das Handlungsmuster INFORMATIONEN ERFRAGEN hat in diesem Zusammenhang sozusagen eine Scharnierfunktion: Die Äußerungen ‚beginnen‘ häufig bei der Therapie des Patienten und ‚enden‘ bei den Belastungen der Angehörigen. Die Übergänge sind hier fließend (Beispiele 13 und 14).

Betrachtet man die rekonstruierten Sequenzmuster der einzelnen sprachlichen Handlungen, stellt man fest, dass INSISTIEREN nicht nur eine „streitspezifische“ Handlung ist, wie Hundsnurscher (2001) dargelegt hat, sondern auch zu den ‚Standardprozeduren‘ der hier untersuchten Handlungsmuster gehört.

Setzt man diese Beobachtung in Beziehung zur Gesprächsführung in den untersuchten Katamnesegesprächen, so ergibt sich die Schlussfolgerung, dass die Angehörigenorientierung in der ärztlichen Gesprächshaltung durchaus ‚Optimierungspotenzial‘ aufweist. Die Einzelanalysen geben hierzu eine Reihe von Anregungen.

Die Komplexität des überwiegenden Teils der analysierten sprachlichen Bearbeitung der Befindlichkeiten von Angehörigen, besonders der ÄUSSERUNGEN VON BELASTUNGEN, ist jedoch nie ausschließlich der ärztlichen ‚Unaufmerksamkeit‘ gegenüber den Bedürfnissen der Angehörigen geschuldet.

Abgesehen von der oben aufgezeigten inhaltlichen Komplexität des Belastungsempfindens, die ihren Ausdruck fast zwangsläufig auch in den verwendeten Formulierungsverfahren findet, konnte die Anwesenheit des Patienten als (mögliche) Ursache für einige der Kommunikationsprobleme zwischen Arzt und Angehörigen identifiziert werden. So kann die Anwesenheit des Patienten eine freie Aussprache der Angehörigen verhindern (Beispiel 15) oder den Arzt aufgrund seiner institutionell verankerten primären Verantwortung für den Patienten zu einer patientenorientierten Reaktion veranlassen, die für den Angehörigen nicht hilfreich ist (Beispiel 13).

Abschließend eine Anmerkung zu den ÄUSSERUNGEN VON BELASTUNGEN: Sie stellen unter den Angehörigenhandlungen mit dem strategischen Ziel, die eigenen Befindlichkeiten zu thematisieren, die weitaus größte Gruppe der hier vorgestellten Handlungen dar. Damit nehmen Belastungsäußerungen in den ausgewählten Beispielen quantitativ eine ähnliche zentrale Stellung ein wie im gesamten Korpus. Diese Beobachtung legt die Frage nach den Gründen für das ‚Übergewicht‘ dieser Handlungen nahe.

Die formal nächstliegende Erklärung mag in der großen inhaltlichen und formalen Varianz bzw. in den primär auf persönlicher Einschätzung beruhenden Kriterien für Auswahl und Segmentierung der einzelnen Äußerungen liegen. Ein weiterer Grund erscheint allerdings als mindestens ebenso plausibel: Die ‚institutionell verordnete‘ Patientenorientierung im Handeln und Denken der Ärzte wurde bereits an mehreren Stellen der vorliegenden Arbeit thematisiert. Die Analyse zu Beispiel 16 hat darüber hinaus deutlich gemacht, dass diese Ausrichtung auf den Patienten und dessen Wohl auch von den Angehörigen als ‚objektiv gegebene‘ Handlungsorientierung wahrgenommen und akzeptiert wird. – Der Grad der ‚Einordnung‘ in dieses institutionelle Schema

ist je nach Selbstbewusstsein und Rollenverständnis der an den Katamnesegesprächen des Korpus teilnehmenden Angehörigen, wie in den Analysen gezeigt, nicht immer so hoch wie in Beispiel 16. Allerdings scheint es einen gewissen grundlegenden Konsens über die Konzentration ärztlichen sprachlichen und außersprachlichen Handelns auf das Wohl des Patienten zu geben. Angehörige haben hier keinen Vorrang: im Gegenteil! Die mit zwei Beispielen in verschwindend geringer Anzahl vertretenen, auf die eigenen Befindlichkeiten bezogenen KRITISIERENDEN Handlungen (Beispiele 22 und 23) sowie der einsame VORSCHLAG (Beispiel 24) sprechen für sich – und weisen gleichzeitig auf den handlungssemantisch verankerten Grund für die große Anzahl der ÄUSSERUNGEN VON BELASTUNGEN hin:

Während die erstgenannten Handlungen eine sehr direkte und in gewisser Weise ‚fordernde‘ Form sind, eigene Bedürfnisse und Sorgen in ein Gespräch einzubringen, bietet das ÄUSSERN VON BELASTUNGEN wesentlich vielfältigere und ‚elegantere‘ Möglichkeiten, eigene Ansprüche zu platzieren: Die Angehörigen können diese Handlung indirekt durch das Realisieren anderer Sequenzmuster vollziehen, ohne dabei unbedingt vom ärztlichen Gesprächspartner als unangemessen fordernd betrachtet zu werden. Insofern scheint das ÄUSSERN VON BELASTUNGEN von den an der Studie teilnehmenden Angehörigen (wohl eher unbewusst als bewusst) als ein viel versprechendes Mittel angesehen zu werden, um die institutionell vorgegebenen Beschränkungen auf subtile Weise zu unterlaufen. – In Anbetracht der Untersuchungsergebnisse bzw. der ärztlichen Reaktionen auf diese Äußerungen ist aus der Perspektive der Analysierenden allerdings zu ergänzen: leider manchmal auf **zu** subtile Weise.

9 Ergebnisse und Konsequenzen

«Ce qui m'intéresse,
ce n'est pas le bonheur de tous les hommes,
c'est celui de chacun.»
- Boris Vian *L'écume des jours*, S. 48 -

In verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen wurde aus unterschiedlichen Gründen in mehrerlei Hinsicht immer wieder eine gewisse ‚Sprachlosigkeit‘ in der Medizin⁴³⁵ bemängelt. Für die linguistische Forschung ist dazu festzuhalten, dass sie bisher zwar viele Beiträge zur Verbesserung der Gespräche zwischen Ärzten und Patienten, besonders anlässlich Anamnese und Visite, geleistet hat. Was jedoch die Kommunikation zwischen Ärzten und den Angehörigen von Patienten angeht, so hat sich die sprachwissenschaftliche Forschung selbst ebenfalls bis dato (bis auf sehr wenige Ausnahmen⁴³⁶) recht sprachlos gezeigt. Daher erscheint es angebracht, zunächst einmal die – die vorliegende Untersuchung überhaupt erst ermöglichende – Tatsache hervorzuheben, dass Ärzte, Patienten und auch Angehörige miteinander reden, zumindest in der Psychiatrie.

Diese Feststellung allein kann und soll jedoch natürlich kein Qualitätskriterium für diese Gespräche darstellen. Die vorliegende Arbeit hat sich daher zum Ziel gesetzt, anhand einer linguistisch-gesprächsanalytischen Betrachtung aufzuzeigen, wie Ärzte und Angehörige von Schizophreniepatienten miteinander reden – am Beispiel ausgewählter sprachlicher Handlungen der Angehörigen bzw. der Rekonstruktion der diesen Handlungen zugrunde liegenden Mustern in Fremdkatamnesegesprächen.

Die folgenden Abschnitte stellen zunächst die Ergebnisse der Untersuchung dar (Kapitel 9.1). Eine Liste von sieben Maximen für die psychiatrische Gesprächspraxis zwischen Ärzten und Angehörigen von Schizophreniepatienten legt die praktischen, d.h. anwendungsorientierten, Konsequenzen der Analyseergebnisse in kondensierter Form dar (Kapitel 9.2).

9.1 Ergebnisse: Wie Ärzte und Angehörige miteinander reden

„Ohne Einzelheiten konnte es kein vollständiges Bild geben.“
- Ian McEwan *Abbitte*, S. 325 -

Im Folgenden werden die zentralen Beobachtungen zu den einzelnen, im empirisch-analytischen Teil der Arbeit betrachteten Sprachhandlungen der an der Studie beteiligten Angehörigen und Ärzte (Kapitel 9.1.1) präsentiert. In einem zweiten Schritt werden

⁴³⁵ Anlehnung an den Titel „Ärztliche Sprachlosigkeit in der Arzt-Patienten-Kommunikation“ von Wodak (1997)

⁴³⁶ Vgl. Kapitel 6.5.

die Erkenntnisse zu den in den aufgezeichneten Gesprächen ‚behandelten Behandlungsthemen‘ zusammenfassend vorgestellt (Kapitel 9.1.2). Drittens werden auf Basis der Beobachtungen in den Einzelfallanalysen zentrale Charakteristika der Gesprächsführung in den untersuchten Fremdkatamnesegesprächen dargestellt (Kapitel 9.1.3).

9.1.1 Die sprachlichen Handlungen von Angehörigen und Ärzten

Im Zentrum der Untersuchung stehen die zentralen sprachlichen Handlungen, die Angehörige in Katamanesegesprächen mit dem behandelnden Arzt ‚ihres‘ Patienten einsetzen. Der folgende Abschnitt fasst die zentralen Beobachtungen der Einzelfallanalysen zusammen, deren Ergebnisse in den Kapiteln 8.1.4 und 8.2.5 detailliert dargestellt sind.

Da sich sprachliche Handlungen immer in der Interaktion mit dem Gesprächspartner konstituieren und vollständig erfassen lassen, werden im Anschluss auch die Ergebnisse der Analyse der ärztlichen Reaktionen und Folgehandlungen im Zusammenhang mit den ausgewählten Angehörigenhandlungen skizziert.

9.1.1.1 Die sprachlichen Handlungen der Angehörigen

In der vorliegenden Arbeit wurde eine Auswahl sprachlicher Handlungen untersucht, deren zugrunde liegende Muster aus den Äußerungen der Angehörigen von Schizophreniepatienten in Fremdkatamnesegesprächen rekonstruiert wurden. Die Auswahl der analysierten Handlungsmuster orientierte sich an Wesen und Funktion dieser Gespräche für den medizinischen Therapieprozess. Ausschlaggebend war dabei die Perspektive der Angehörigen. Zu den untersuchten Handlungen der Angehörigen im Einzelnen sind folgende generelle Beobachtungen festzuhalten:

Wenn Angehörige Aussagen des behandelnden Arztes oder des Patienten **widersprechen**, so handelt es zumeist um relativ klar umgrenzte, meist nicht sehr komplexe Handlungen. Zum einen dienen den Angehörige Widersprüche in den untersuchten Transkripten dazu, die Therapie ihres kranken Familienmitglieds zu beeinflussen; als Sequenzmuster lassen sich Widersprüche jedoch auch als Bestandteil komplexerer Äußerungen eigener Befindlichkeiten der Angehörigen rekonstruieren.

Die Analysen haben gezeigt, dass Angehörige im Rahmen beider in der vorliegenden Arbeit interessierenden Handlungsstrategien **Kritik üben**. In den meisten Fällen besteht der Handlungszweck von kritisierenden Äußerungen darin, die Therapie des erkrankten Familienmitglieds zu beeinflussen; die eigenen Befindlichkeiten der Angehörigen geben seltener Anlass zu Kritik (bzw. genauer gesagt: zum Äußern von Kritik).

Auch in **vorschlagenden Handlungen** der Angehörigen steht der Patient und dessen Behandlung im Mittelpunkt: Auffällig ist, dass sich im gesamten Korpus nur **ein** Vorschlag (Beispiel 24) findet, der direkt und explizit die eigenen Bedürfnisse der Angehörigen anspricht; die beiden weiteren untersuchten Vorschläge (Beispiele 11 und 12) zielen zwar implizit auch auf eine Entlastung für die Angehörigen selbst, das primäre, ‚offizielle‘ Thema sind jedoch Bestandteile der Therapie des Patienten.

In den zehn aufgezeichneten Gesprächen findet sich ein Beispiel für das **Erfragen von Informationen** im Zusammenhang mit den eigenen Befindlichkeiten der Angehörigen. Als sprachliches Sequenzmuster lässt es sich als Bestandteil mehrerer Handlungsmuster rekonstruieren und wird auch zur Beeinflussung der Therapie eingesetzt.

Die von den Angehörigen im Hinblick auf ihre eigenen Bedürfnisse am weitaus häufigsten eingesetzte Handlung ist das Äußern von Belastungen. Neben den unterschiedlichen Formen von Kritik ist es das variantenreichste Handlungsmuster im Korpus; was unter anderem auch damit zusammenhängt, dass die jeweils thematisierten Belastungen unterschiedlicher Natur – z.B. emotional, psychosozial oder finanziell – sind.

Die Analysen der Handlungen, mit denen die Angehörigen die Therapie ihres kranken Familienmitglieds zu beeinflussen versuchen, (Kapitel 8.1) zeigen, dass alle Aspekte der Behandlung (Pharmako-, Psycho- und Soziotherapie) sowohl Gegenstand als auch Anlass dieser Handlungen sind. Darüber hinaus wird die Wahl einer je spezifischen sprachlichen Bearbeitungsform für die einzelnen Themen bestimmt von den eigenen Bedürfnissen der Angehörigen.

Aber nicht nur implizit oder indirekt sprechen die Familienmitglieder ihre eigenen Befindlichkeiten gegenüber den Ärzten an, sie verfolgen dieses zweite strategische Ziel auch mehr oder weniger offen bzw. direkt in den untersuchten Gesprächen (Kapitel 8.2). Grundsätzlich haben die Analysen gezeigt, dass die Handlungen, die Angehörige zur Therapiebeeinflussung einsetzen, sozusagen eine Entsprechung auf der Seite der Handlungen haben, mit denen sie ihre eigenen Bedürfnisse und Sorgen zur Sprache bringen.

9.1.1.2 Die sprachlichen Handlungen der Ärzte

Die Ärzte reagieren in unterschiedlicher Weise auf die genannten sprachlichen Handlungen der Angehörigen. Grundsätzlich lassen sich die Reaktionen im Hinblick auf die eingenommene bzw. jeweils zugrunde liegende Perspektive in zwei Gruppen einteilen. In Analogie zu Analysen von Arzt-Patienten-Gesprächen, die eine patientenorientierte Gesprächshaltung der Ärzte von einer krankheitszentrierten unterscheiden,⁴³⁷ konnte

⁴³⁷ Vgl. beispielsweise Drew (2001), Spranz-Fogasy (2005) oder Koerfer et al. (2008).

die vorliegende Untersuchung auch für Arzt-Angehörigen-Gesprächen zwei Ausrichtungen der sprachlichen Handlungen von Ärzten feststellen:

Die erste Gruppe besteht aus ‚nicht angehörigorientierten‘ Handlungen, die für die Angehörigen negative Auswirkungen haben: Im Hinblick auf den Erfolg der Therapie bzw. die Gründe für den – zumindest aus Angehörigenperspektive – nicht befriedigenden Zustand der Patienten kann es vorkommen, dass Ärzte ihre **Verantwortung** für die durchgeführten therapeutischen Maßnahmen (zumindest teilweise) **abzugeben versuchen** (Beispiele 10 und 17). Damit gehen zugleich **Rechtfertigungshandlungen** einher (Beispiele 7 und 10). Auch das **Entschuldigen von Versäumnissen** (Beispiel 24) sowie das **Zurückweisen von Kritik** (Beispiel 10) **Verneinen der Relevanz** der von den Angehörigen angesprochenen Themen (Beispiele 10 und 16) gehören in die Gruppe nicht partnerschaftlicher bzw. nicht angehörigorientierter Handlungen. Das **Verschweigen** bzw. **Übergehen von Aspekten**, die aus institutioneller Sicht problematisch sind, (Beispiel 13) und sprachlich **vage Ankündigungen** zur Therapiemodifikation, die Äußerungen einen niedrigen Verbindlichkeitsgrad verleihen (Beispiele 11 und 12), ergänzen diese Gruppe ärztlicher Sprachhandlungen. Berücksichtigt man die Ergebnisse verschiedener linguistischer Untersuchungen zur Arzt-Angehörigen-Kommunikation,⁴³⁸ können diese Handlungen als geregelte bzw. habitualisierte, mit den Worten von Bliesener (1993 : 55) „nicht auf Wahl, sondern auf Gewohnheit“ beruhende, durch die sog. „Berufssozialisation“ geprägte, Verfahren in der gesundheitsprofessionellen Kommunikation betrachtet werden.

Die zweite Gruppe ärztlicher Sprachhandlungen besteht in Äußerungen, die positive, entlastende und/oder gesichtswahrende bzw. -aufwertende Auswirkungen für die Angehörigen haben. Hierzu zählen **Vorschläge** (Beispiel 10, Beleg 24), **Erklärungen** (Beispiele 11 und 20), **Angebote von Gesprächen** über Themen, die aus Angehörigenperspektive wichtig sind (Beispiele 12 und 19) sowie das **Antizipieren** und **Bearbeiten möglicher Befürchtungen** der Angehörigen (Beispiel 7).

Die Bedingungen, unter denen man von einer tatsächlichen Angehörigorientierung dieser ärztlichen Handlungen sprechen kann, werden ausführlicher in Kapitel 9.1.3 zur Gesprächsführung erläutert.

Im Gesamtkorpus ließen sich mit Sicherheit noch andere Handlungen ausmachen, die Angehörige einsetzen, um die Therapie ihres kranken Familienmitglieds zu beeinflussen oder ihre eigenen Befindlichkeiten und Bedürfnisse ‚an den Arzt‘ zu bringen. Gleiches gilt für die Initialhandlungen und Reaktionen der Ärzte.

⁴³⁸ Vgl. beispielsweise Lalouschek (1995/2002).

9.1.2 Die „behandelten“ Themen

Die oben vorgestellten, in den untersuchten Beispielen eingesetzten sprachlichen Handlungen der Angehörigen sind auf sieben inhaltliche Themen ausgerichtet, die im Folgenden detaillierter beschrieben werden. Die Reihenfolge der Abschnitte spiegelt dabei die Häufigkeit wider, in der die einzelnen Themen in den untersuchten Beispielen aus dem Korpus vorkommen.

9.1.2.1 Medikation (Pharmakotherapie) des Patienten

Die medikamentöse Behandlung des Patienten wird von Angehörigen in den Beispielen 4, 5, 9, 10, 11, 14, 16 und 17 angesprochen. In den einzelnen Gesprächen stehen unterschiedliche Aspekte dieses vielschichtigen Themas im Fokus der Angehörigen: die Ineffektivität der Medikamente, ihre Wirkungsweise, ihre Nebenwirkungen, die Dauer der Einnahme und die Kosten.

Die Medikation gibt den Angehörigen Anlass zu vielfältigen sprachlichen Handlungen, sie reichen von Kritik an diesem Therapiebaustein über Widersprüche (Korrekturen von Patientenaussagen) bis hin zu Vorschlägen zur Therapie des Patienten. Darüber hinaus nutzen die Angehörigen die Pharmakotherapie ihres kranken Familienmitglieds, um eigene Belastungen (auf emotionaler, psychosozialer und finanzieller Ebene) in das Gespräch mit dem Arzt einzubringen. Die Beispiele 9 und 14 aus G4 zeigen, dass die Kritik der Angehörigen an diesem therapeutischen Element eng zusammenhängt mit bzw. Ausdruck ist von ihren eigenen Ängsten.

9.1.2.2 Psychosoziale Faktoren bzw. Dimension der Erkrankung und ihrer Therapie

Die psychosoziale Dimension der schizophrenen Erkrankung und ihrer Behandlung ist Thema in den Beispielen 3, 7, 8, 12, 13, 19 und 21. Ähnlich der Pharmakotherapie spielen in den einzelnen Gesprächen bzw. Transkripten unterschiedliche Aspekte dieses heterogenen Themas die jeweils zentrale Rolle. Im Einzelnen handelt es sich um folgende vier Faktoren: erstens das Verhalten des Patienten, zum einen dessen durch die Krankheit bedingten Veränderungen, auch und vor allem im Fall eines Rezidivs, und zum anderen die Belastbarkeit des Patienten, z.B. im Hinblick auf die berufliche Arbeit (so in G7, indirekt auch in Beispiel 11). Den zweiten psychosozialen Aspekt stellen die Sozialkontakte des Patienten dar. Seine Lebens- bzw. Wohnsituation (im Wohnheim oder elterlichen Haushalt) sind der dritte Faktor, den die Angehörigen zur Sprache bringen. Das Verhalten der Angehörigen untereinander schließlich wird als vierter Aspekt in den Gesprächen thematisiert.

Der zuletzt genannte Aspekt kommt nur in einem Gespräch (G4, u.a. Beispiel 19) ausführlicher zur Sprache; der Grund hierfür liegt in erster Linie darin, dass dies das einzige Gespräch ist, an dem zwei Angehörige teilnehmen und Darstellungen des einen so direkt vom anderen revidiert und korrigiert werden. So macht dieses Gespräch gleichzeitig deutlich, dass es nicht **den** prototypischen Angehörigen gibt.

Die psychosozialen Faktoren der Erkrankung und ihrer Therapie veranlassen die Angehörigen zu Widersprüchen, Kritik und Vorschlägen zu organisatorischen Fragen, z.B. im Zusammenhang mit der Heimunterbringung und ärztlichen Betreuung der Patienten oder mit der allgemeinen Versorgungssituation besonders von jugendlichen und jungen erwachsenen Patienten. Zudem geben sie Anlass zum Erfragen von Informationen und zu Äußerungen von eigenen Belastungen der Angehörigen. Die Thematik ist somit in zweierlei Hinsicht für die Angehörigen von Bedeutung, sowohl in Bezug auf die Therapie des Patienten (siehe Beispiel 12) als auch für die Angehörigen selbst (siehe Beispiel 18).

9.1.2.3 Klinikaufenthalte des Patienten

Die stationäre Behandlung von Schizophrenie ist in den Beispielen 1, 6 und 15 sowie ‚mittelbar‘ auch in den Beispielen 22, 23 und 24 Thema. Die angesprochenen Aspekte sind die Ineffektivität eines Krankenhausaufenthaltes, die Auswirkungen auf den Patienten (z.B. Stress) und seine Angehörigen (z.B. organisatorische Mehrbelastung) sowie die Anzahl der bisherigen Klinikaufenthalte.

Die Angehörigen formulieren das Thema in Form von Widersprüchen und Kritik an diesem Therapiebaustein, bezogen auf dessen (subjektiv wahrgenommenen bzw. gerade nicht wahrgenommenen) Nutzen für den Patienten. Außerdem machen die Äußerungen der Angehörigen deutlich, dass besonders die (organisatorischen) Umstände der Hospitalisierung ihres erkrankten Familienmitglieds auch auf ihre eigenen Befindlichkeiten Auswirkungen haben.

9.1.2.4 Kontakt zwischen Ärzten und Angehörigen

Der Kontakt zwischen Ärzten und Angehörigen wird in den Beispielen 22, 23 und 24 thematisiert, kommt aber auch in den Gesprächen G4 und G10 zur Sprache. Im Vordergrund stehen dabei folgende Aspekte: die Seltenheit der Kontakte und die schlechte Erreichbarkeit der behandelnden Ärzte in der Anfangsphase des Klinikaufenthaltes des Patienten. Dies gibt den Angehörigen Anlass zu Kritik und einem Vorschlag an den (organisatorischen) Umständen der Hospitalisierung.

Insgesamt wird das Thema im untersuchten Korpus nicht so häufig angesprochen, wie angesichts der Ergebnisse mehrerer medizinischer empirischer Studien zu vermuten wäre, deren übereinstimmende Aussage in die Richtung geht, dass die Kommunikation mit den Angehörigen im Argen liegt.⁴³⁹

9.1.2.5 Teilnahme an einer Angehörigengruppe

Lediglich in Beispiel 18 spricht die Mutter des Patienten die Teilnahme an einer Angehörigengruppe an. Sie geht dabei auf den Aspekt der Möglichkeit zum Austausch und damit verbunden der eigenen Entlastung ein und nutzt das Thema zum Äußern eigener Belastungen durch das Patientenverhalten und die eigene Lebenssituation.

Die psycho- bzw. verhaltenstherapeutisch fundierte Hilfestellung durch eine *Gesprächsgruppe* wird von den Angehörigen in den Transkripten G4, G6 und G10 auch in Bezug auf den jeweiligen Patienten thematisiert.

Insgesamt gehen die Angehörigen auf das Thema häufiger in den ‚Statistik-Gesprächen‘ ein als in den Arzt-Angehörigen-Gesprächen, meistens von sich aus, in einzelnen Fällen lediglich auf Nachfrage.

9.1.2.6 Beginn der Erkrankung

Der subjektiv wahrgenommene Beginn der Erkrankung wird in Beispiel 2 aus Transkript G9 angesprochen. In der konkreten Gesprächssituation gibt das Thema Anlass zu einem Widerspruch; der Ehemann der Patientin korrigiert deren Angabe. Darüber hinaus thematisieren die Angehörigen nur in G4 und G6 den Aspekt des Zeitpunktes der sog. Erstmanifestation der Krankheit.

9.1.2.7 Ursachen der Erkrankung

Einzig die Angehörige in G5 spricht die Gründe und auslösende Momente für die schizophrene Erkrankung ihres Sohnes an; in Beispiel 20 nimmt sie das Thema zum Anlass, eigene Belastungen im Zusammenhang mit der Krankheit zu äußern.

In nahezu allen Beispielen aus Transkript G5 ist zu erkennen, dass ‚Tatendrang‘ von Angehörigen in Bezug auf die Beeinflussung der Therapie des Patienten eng verknüpft ist mit Gefühlen, an der Erkrankung schuld zu sein, und der damit verbundenen emotionalen und psychosozialen Belastung.

⁴³⁹ Vgl. hierzu ausführlicher Kapitel 6.1.

9.1.2.8 Abschließende Bemerkungen zu den Themen

Zusammenfassend lässt sich zu den Themen, die in den Beispielen besprochen werden, Folgendes festhalten: Die dem Patienten verschriebenen Medikamente und die verschiedenen mit ihnen verbundenen Aspekte und Auswirkungen spielen eine vielschichtige, zentrale Rolle für die Angehörigen. Zusammen mit den beschriebenen, vielfältigen psychosozialen Faktoren sind sie das am häufigsten und intensivsten besprochene Thema. Damit nehmen die verschiedenen Bausteine der Therapie des Patienten „einen sehr breiten Raum während der Gespräche“ ein (Günther 1990 : 44). Diese Beobachtung bestätigt die Ergebnisse mehrerer psychiatrischer empirischer Studien, deren Erkenntnisinteresse in der Frage nach den für die Angehörigen schizophrener und anderer psychisch Kranker zentralen Themen liegt.

Im Gegenzug werden der Kontakt zwischen Angehörigen und Ärzten sowie die Teilnahme an Angehörigengruppen nicht sehr häufig angesprochen. Gleiches gilt für den Zeitpunkt und die Ursachen der Erkrankung des Familienmitglieds. Auch die Diagnosestellung stellt nur ein untergeordnetes Thema dar – in den Beispielen wie im Gesamtkorpus.⁴⁴⁰

So wie die individuellen sprachlichen Handlungen sich nicht immer eindeutig nur einem einzigen Handlungsmuster zuordnen lassen, sind auch die inhaltlichen Themen nicht immer strikt voneinander zu trennen, sondern oft miteinander verschränkt.

Insgesamt stellen die besprochenen Themen und die sprachlichen Handlungen der Angehörigen in den untersuchten Katamnesegesprächen typische Merkmale von Folgegesprächen in einer späten Phase der medizinisch-psychiatrischen Behandlung bzw. Nachsorge dar.

Dies wird besonders deutlich, vergleicht man Gespräch G8 mit den übrigen neun Gesprächen des Korpus: Der Patient ist im Vergleich zu den anderen in die Studie einbezogenen Patienten am kürzesten erkrankt und hat bisher die wenigsten Klinikaufenthalte. Das Gespräch zwischen seiner Ehepartnerin und dem Arzt ist somit zwar kein Erstgespräch, findet jedoch im Unterschied zu den übrigen Gesprächen in einer frühen (Nach-)Behandlungsphase statt. Dies könnte eine Erklärung dafür sein, dass es sich in mehrerlei Hinsicht von den übrigen Gesprächen des Korpus abhebt: Die Frau ist die einzige der elf beteiligten Angehörigen, die ihren ärztlichen Gesprächspartner um kon-

⁴⁴⁰ Die Erstellung und Mitteilung der Diagnose an die Angehörigen sowie die damit einhergehenden negativen und belastenden Faktoren werden lediglich *en passant* in G4 und G6 angesprochen. Eine Ausnahme bildet Gespräch G8: Hier ist die Diagnosemitteilung zwar von ärztlicher Seite aus kein zentraler Gesprächsgegenstand, für seine Gesprächspartnerin jedoch scheint die Diagnose ihres kranken Mannes bzw. die Unkenntnis derselben ein nicht unwesentlicher Grund für ihre Sorgen und Unsicherheiten zu sein. – Genau diese Tatsache macht das Gespräch zu einem *in vivo*-Beleg für die Erläuterungen in den Kapiteln 4.1 und 4.2.2.

krete Handlungs- und Verhaltensanweisungen bittet und der die Diagnose ihres Mannes nicht bekannt ist. Zudem ist sie diejenige, die – zumindest im Gespräch mit dem Arzt – am offensten ihre Emotionen zeigt.

Die Äußerungen der Angehörigen in den Beispielen 22 bis 24 bestätigen sozusagen rückblickend diese Unterschiede zwischen Zweit- und Folgegesprächen in der frühen (Nach-)Behandlungsphase und späteren katamnestischen Folgegesprächen.

9.1.3 Zur Gesprächsführung

Die im vorangegangenen Kapitel zusammengefassten Ergebnisse der Analysen zeigen, dass die an der Studie beteiligten Familienmitglieder von Schizophreniepatienten die Fremdkatamnesetermine mit dem behandelnden Arzt als Gelegenheit nutzen, ihrer Rolle als Kotherapeuten gerecht werden zu können: Sie versuchen auf vielfältige Weise, auf die verschiedenen Elemente der Therapie Einfluss zu nehmen, platzieren Fragen und Äußerungen zu eigenen Belastungen und Bedürfnissen.

Aus einem gesprächsanalytischen Blickwinkel ist für den Erfolg oder das Scheitern dieser sprachlichen Handlungen die Gesprächsführung ein entscheidender Faktor. Verschiedene linguistische Untersuchungen zur Arzt-Patienten-Kommunikation haben gezeigt, dass die Gesprächsführung im institutionellen medizinischen Rahmen in der Regel beim Experten, d.h. im konkreten Fall beim behandelnden Arzt, liegt.⁴⁴¹ Die analysierten Beispiele des vorliegenden Korpus konnten dies auch für die Arzt-Angehörigen-Kommunikation bestätigen. In einigen Gesprächen (z.B. G3) gibt es vereinzelte Sequenzen, in denen die Angehörigen die Gesprächsführung übernehmen und beispielsweise die besprochenen Themen bestimmen. Überwiegend liegt die Steuerung des Gesprächs jedoch beim Arzt.

Daher ist das Gesprächsverhalten der an der Studie beteiligten Ärzte von zentraler Bedeutung für die Möglichkeiten der Angehörigen, ihre, in der psychiatrischen Forschung seit Längerem geforderte, Kotherapeutenrolle wahrzunehmen und darüber hinaus Wege zum eigenen Umgang mit der Erkrankung zu finden – d.h. eigene Aspekte einzubringen, die aus Angehörigensicht zum einen für die Behandlung des Patienten relevant sind und die zum anderen eigene Fragen beantworten, Ängste auffangen und eigene Bedürfnisse befriedigen.

9.1.3.1 Grundlegendes: Autoritativ-einseitiger Stil und partnerschaftlicher Stil

Die Analyse der Beispiele hat gezeigt, dass der Stil der Gesprächsführung eine wichtige Rolle spielt: Ein einseitig-autoritärer, paternalistischer oder auch krankheitszentrier-

⁴⁴¹ Vgl. Kapitel 3.2.3.3.

ter Stil steht dem genannten aus Angehörigenperspektive zentralen Gesprächsziel entgegen (Beispiele 10, 11 und 24). Eine partnerschaftlich-kritische Gesprächsführung hingegen kann sehr viel zur Entlastung der Angehörigen beitragen (Beispiele 7 und 12).

Die Untersuchung der Gespräche bestätigt die bisherigen Ergebnisse gesprächsanalytischer Forschung, dass die Voraussetzungen für eine solche partnerschaftliche, vertrauensvolle Atmosphäre bereits mit der Begrüßungssequenz geschaffen werden können. Indem die Ärzte beispielsweise zu Beginn auf die Aufnahme bzw. die sprachwissenschaftliche Untersuchung hinweisen, signalisieren sie, dass sie sich der ungewohnten Gesprächssituation bewusst sind und die dadurch möglicherweise bedingte Verunsicherung der Angehörigen ernst nehmen.

Allerdings ist ein positiver Start keine Garantie dafür, dass die partnerschaftliche Atmosphäre durch das gesamte Gespräch hindurch aufrechterhalten wird – und andersherum. So weist der Arzt zu Beginn von Gespräch G8 auf den Grund für die Aufnahme hin und trägt damit zur Entspannung der für alle Beteiligten ungewöhnlichen Situation bei. Während des Gesprächs nimmt er allerdings ein Telefongespräch an und unterbricht damit eine Erzählung seiner Gesprächspartnerin.⁴⁴² Im Unterschied dazu gehen die Ärzte zu Beginn der Gespräche G7 und G9 jeweils nicht auf die Aufnahmesituation ein, ignorieren später jedoch das mehrmalige Klingeln ihres Telefons und setzen damit die Prioritäten zugunsten der Konzentration auf ihre Gesprächspartner.⁴⁴³

Die analysierten Beispiele zeigen, dass Ärzte sich nicht pauschal zu ‚paternalistischen Haudegen‘ einerseits und ‚partnerschaftlichen Profis‘ andererseits gruppieren lassen. Vielmehr zeigen die Analysen, dass die an der Studie beteiligten Ärzte in ein und demselben Gespräch über die verschiedenen Sequenzen hinweg ganz unterschiedliche Haltungen einnehmen: Eindeutig autoritative Verhaltensweisen (Beispiel 9, Beleg 19) wechseln sich mit partnerschaftlichen Reaktionen (Beispiel 4 und Beispiel 6, Beleg 10 sowie Beispiel 11) ab.

Darüber hinaus gibt es Fälle, in denen das ärztliche Handeln an einer bestimmten Gesprächsstelle zwar als autoritär gewertet werden kann; zu einem späteren Zeitpunkt im Gespräch stellt sich jedoch heraus, dass es durchaus einen partnerschaftlich orientierten Grund für die Äußerung bzw. die Art und Weise ihres Ausdrucks gab (Beispiel 11, Beleg 27). Ebenso lässt sich der umgekehrte Fall beobachten (Beispiele 11 und 24).

⁴⁴² Vgl. G8, Z. 350-353.

⁴⁴³ Vgl. G7, Z. 140-144 und G9, Hinweis im Transkriptkopf. Damit soll nicht gesagt sein, dass das Verhalten von Arzt D eindeutig zu verurteilen wäre. Hier müssen die komplexen institutionellen Bedingungen der Gesprächssituation mit berücksichtigt werden. Genau so wenig ist das bloße Nichtbeachten der Störung durch die Ärzte C und E als eindeutig positiv einzustufen. Ein metakommunikativer Kommentar (wie: „Das kann warten, lassen Sie sich durch das Klingeln nicht stören.“) oder ein Stummschalten des Telefons vor Gesprächsbeginn wären aus gesprächsanalytischer Sicht für das Gegenüber weniger irritierende bzw. verunsichernde Handlungsalternativen.

Dabei kann sich der Bogen zwischen den beiden einander ergänzenden Äußerungen oder Äußerungseinheiten über mehrere Äußerungen innerhalb einer Sequenz spannen, aber auch ganze Sequenzen umfassen.

In Anlehnung an die Auffassung neuerer Ansätze in der Gesprächsanalyse kann dies als Beleg dafür gedeutet werden, dass (soziale) Identität mit den Worten von Locher (2008 : 511) „as in flux and not as fixed“ zu charakterisieren ist. Dennoch wirft das teilweise ‚sprunghaft‘ wechselnde Gesprächsverhalten der Ärzte die Frage nach möglichen Gründen auf. Lassen sich Regelmäßigkeiten erkennen, wann die Ärzte welche Haltung einnehmen? Weitere Untersuchungen zu diesem Thema erscheinen für eine Verbesserung der Gespräche nicht nur zwischen Ärzten und Angehörigen fruchtbringend.

Insgesamt haben die Analysen gezeigt, dass das ärztliche Gesprächsverhalten oft nicht auf einer ‚gesprächsimmanenten‘ Basis als angehörigenorientiert oder nicht bewertet werden kann: Häufig haben die Anmerkungen, Bitten, Fragen und Vorschläge der Angehörigen eine ‚längerfristige‘ Ausrichtung, so dass ein ‚echtes‘ partnerschaftliches Aufgreifen der geäußerten Aspekte erst im ärztlichen Verhalten **nach** dem für die Analyse aufgezeichneten Gespräch sichtbar wird, indem der Arzt beispielsweise den Patienten auch tatsächlich auf die vom Angehörigen thematisierten Punkte anspricht (Beispiele 5 und 12), die vorgeschlagenen therapeutischen Maßnahmen umsetzt (Beispiel 11) oder auch in Zukunft Angehörigen immer wieder die Möglichkeit zum gegenseitigen Austausch anbietet (Beispiel 19). Auf diese Weise kann sich ein Arzt im Nachhinein als angehörigenorientiert erweisen, obgleich er mit seinen Äußerungen im Gespräch ein einseitig-autoritatives Verhalten zeigte, das dem Angehörigen signalisierte: „Ich bin lediglich dem Patienten und dessen Wohlbefinden verpflichtet“. Dies wäre z.B. der Fall, wenn die Ärzte die Handhabung der ärztlichen Schweigepflicht überdenken und Vorkehrungen zu ihrer Lockerung treffen (Beispiel 24), mit dem Angehörigen beim nächsten gemeinsamen Termin Lösungen zur Finanzierung der Medikamente erarbeiten (Beispiel 16) oder den Angehörigen tatsächlich an den Folgeterminen die Möglichkeit zum Austausch über Probleme in der Familie und/oder Partnerschaft geben (Beispiel 19). Eine Zwischenstellung nehmen ärztliche Handlungen ein, die zwar auf den ersten Blick (bzw. beim ersten Hören) einseitig-autoritativ wirken, jedoch aus durchaus angehörigenorientierten Beweggründen geäußert sein können – d.h. Handlungen, deren mitgemeintes Ziel durch die konkrete sprachlich ungeschickte Umsetzung verfehlt wird (Beispiel 11).

Vor diesem Hintergrund erscheint die dichotomische Gegenüberstellung von einseitig-autoritativem Stil ärztlicher Gesprächsführung und partnerschaftlichem Stil im Kontext von Arzt-Angehörigen-Gesprächen im Allgemeinen und Fremdkatamnesegesprächen im Besonderen nicht angebracht. Die Ergebnisse der Analysen sprechen vielmehr da-

für, dass es sich um graduelle Kategorien handelt, die im ‚Gesprächspartner-Vieleck‘ der Fremdkatamnese wie auf einer Skala zwischen den verschiedenen Einheiten pendeln. Die Entscheidung, auf welcher Höhe dieser Skala einzelne sprachliche Handlungen der Ärzte zu verorten ist, lässt sich nur treffen, wenn die Folgehandlungen, beispielsweise die Realisierung von Vorschlägen zu therapeutischen Maßnahmen, als Bewertungskriterium einbezogen werden:

„In sehr vielen Fällen ist also das, was man letztlich bezweckt, nicht durch ein einziges Gespräch [...] erreichbar, sondern nur durch eine Folge von dialogischen Gesprächen [...].

Der Abschluss, der durch ein Gesprächs- bzw. Textende gegeben ist, ist also auf die ganze Interaktion gesehen relativ. [...] erst die Reihe ist das, was in der Eigenperspektive der sprachlich Handelnden als Ganzes zählt. Erst die Reihe ist handlungspraktisch die grundlegende Perspektive.“

Wichter (2005 : 120)

9.1.3.2 Gesprächsführung im Detail (I): Reden über Dritte

Wie die Analysen der Beispiele zeigen, weisen die zehn untersuchten Gespräche die typischen, in Kapitel 3.2.3.3 umrissenen Strukturen von Frage-Antwort-Dialogen im medizinisch-institutionellen Bereich auf und sind in dieser Hinsicht Arzt-Patienten-Gesprächen vergleichbar.

Ein grundsätzlicher Unterschied zu Gesprächen zwischen Arzt und Patient besteht (nicht nur) bei den untersuchten Fremdkatamneseterminen von Ärzten und Angehörigen in der Tatsache, dass das Sprechen über Dritte einen großen Anteil einnimmt, wobei diese Person, d.h. in erster Linie der Patient, an- oder abwesend sein kann.⁴⁴⁴

Die Auswirkungen auf das Gesprächsverhalten der Beteiligten machen sich zum einen auf der Ebene der Imagearbeit bemerkbar, was sich in den analysierten Transkriptausschnitten auf verschiedene Weise ausdrückt. So kommt es beispielsweise in G2 durch die Anwesenheit der Patientin zu ‚imagewahrenden Verstrickungen‘ (Beispiel 13); der Angehörige der ebenfalls anwesenden Patientin in G3 wiederum sagt während des gesamten aufgezeichneten Gesprächs kaum etwas (Beispiel 15). Zum Teil nehmen Angehörige ihr krankes Familienmitglied sogar in dessen Abwesenheit gegenüber dem Arzt in Schutz (Beispiele 16 und 21), sie übernehmen in diesem Fall die Funktion eines ‚Anwalts des Patienten‘, der dessen (vermutete) Position gegenüber dem Arzt stärken will.

Dieser letztgenannte Aspekt deutet bereits darauf hin, dass sich das Reden über Dritte zum anderen auch die Wahl der angesprochenen Themen betrifft: So können mögliche Bedürfnisse des Patienten bzw. für diesen wichtige Themen von den eigenen Vorstellungen und Bedürfnissen der Angehörigen (Beispiel 11) überlagert werden.

⁴⁴⁴ Grundsätzlich betrifft dieses Charakteristikum allerdings nicht nur das Sprechen über Patienten, sondern auch über andere an-/abwesende Angehörige, wie Beispiel 19 zeigt.

9.1.3.3 Gesprächsführung im Detail (II): Gesprächsorganisation

Im Abschnitt zum Stil der ärztlichen Gesprächsführung (Kapitel 9.1.3.1) wurde die Bedeutung der Gesprächsorganisation bereits im Zusammenhang mit der Gestaltung der Eröffnungs- oder Begrüßungssequenz angesprochen. Nicht nur in der linguistisch-gesprächsanalytischen Forschung wird dem Gegenpart zur Begrüßung, der Phase der Gesprächsbeendigung, ebenso viel Bedeutung beigemessen. Auch psychiatrische Handbücher und Aufsätze weisen hierauf hin. Wie kommt es dann, dass auch diese Phase der Gespräche im vorliegenden Korpus aus angehörigorientierter Perspektive nicht immer zufrieden stellend verlaufen (Beispiel 24)? Zur Klärung dieser Frage lohnt sich ein zweiter Blick auf die Formulierung in einem dieser psychiatrischen Aufsätze, der in Beispiel 24 zitiert wurde:

„Von elementarer Bedeutung ist auch die Abschlussphase des Gesprächs. Für den Patienten sollte Zeit bleiben, zur Sprache zu bringen, was im Gesprächsverlauf nicht berücksichtigt wurde, aber für den Patienten wichtig ist. Es muss ausreichend Zeit zur Verfügung stehen, nun Fragen des Patienten zu beantworten.“ Mirisch / Förstl (2001 : 233f.)

Versetzen wir uns in die Rolle eines Psychiaters, der diese Empfehlung in Fremdkatamnesegesprächen mit den Angehörigen seiner Patienten umsetzen möchte, stellen uns die gewählten Formulierungen vor einige praktische Probleme: Da die Autoren keine direkte ANWEISUNG ERTEILEN wollen, sondern lediglich eine EMPFEHLUNG AUSSPRECHEN, ignorieren wir an dieser Stelle den Konjunktiv (*sollte Zeit bleiben*), der streng genommen die Frage für den Praktiker nach sich zieht: Soll ich – oder soll ich nicht – Zeit für die im Folgenden genannten Punkte einplanen? Im Zweifel ist dies immer einzuplanen, dann kann nichts schief gehen. Wirklich nicht? Das sprachlich vage Adjektiv *ausreichend* sagt nichts darüber aus, wie viel Zeit hierfür konkret zu veranschlagen ist. Zugegebenermaßen ist hier ein allgemein gültiger Richtwert in Form einer bestimmten Minutenzahl nicht sinnvoll, da die angemessene Zeitspanne für eine solche Gesprächssequenz je nach ‚Taktung‘ des ärztlichen Sprechstundentages, der individuellen Gesprächssituation und auch hinsichtlich des Themas, das für den Angehörigen *wichtig ist*, variiert. Ein Hinweis auf diese bei der Zeitplanung zu berücksichtigenden Kriterien erscheint für die praktische Umsetzung der Empfehlung allerdings hilfreich. Zudem sollte sich der Arzt darauf einstellen, dass zum einen nicht nur Themen, die zuvor im Gespräch *nicht berücksichtigt wurden*, sondern auch Unklarheiten o.Ä. bereits besprochener Themen Gegenstand solcher ‚Nachschub‘-Sequenzen sein können. Darüber hinaus will der Angehörige gegebenenfalls nicht nur *Fragen zur Sprache bringen*, sondern möchte – wie Beispiel 24 belegt – einen Vorschlag machen, Kritik üben oder eine andere sprachliche Handlung anbringen, die nicht nur eine verbale Reaktion, sondern auch eine Verhaltensänderung bzw. eine Folgehandlung des Arztes in

der Zukunft erfordert. Der daraus gegebenenfalls entstehende Diskussionsbedarf auf Seiten des Arztes benötigt ebenfalls Zeit und Handlungsbereitschaft, die in einer **Ab-schlussphase** per definitionem nicht vorgesehen sind. Damit ist das Hauptproblem der Empfehlung von Mirisch / Förstl (2001) angesprochen: Möchte der Psychiater eine wirklich partnerorientierte Gesprächshaltung einnehmen, reicht es nicht, dem Angehörigen zu ermöglichen, die genannten Aspekte in der gewünschten Weise in das Gespräch einzubringen. Der Arzt selbst muss in ebenso angemessener Weise darauf reagieren oder zumindest die Möglichkeit haben, mit dem Angehörigen zu vereinbaren, wie das weitere Vorgehen aussieht. Dies entspricht allerdings in keiner Weise den Zielen, die in der Gesprächsbeendigung verfolgt werden. In dieser Phase ist allenfalls das Vertagen einer endgültigen Klärung, Umsetzung, Entscheidung etc. der angesprochenen Punkte auszuhandeln bzw. ein Termin hierfür festzulegen.

Selbst wenn also ein Psychiater diese Empfehlung in der Praxis umsetzen wollte, würde er hier daher an die Grenzen des Machbaren stoßen. Zwar hat die Analyse der Beispiele gezeigt, dass es nicht nur möglich, sondern die Regel ist, dass sowohl Angehörige als auch Ärzte im Verlauf ihrer gemeinsamen Gespräche mit ihren Äußerungen nicht immer nur genau eine Handlung durchführen – jedoch stellt das gleichzeitige Realisieren zweier Handlungsmuster mit einander entgegengesetzten Zwecken eine schwer bis gar nicht zu erfüllende Aufgabe dar.

Soll es sich bei der zitierten Empfehlung nicht nur um eine programmatische Erklärung, sondern um eine anwendungsorientierte Hilfestellung handeln, ist sie dahingehend anzupassen, dass die beschriebene Phase zum einen in sequenzieller Hinsicht **vor** der Beendigungsphase des Gesprächs einzuplanen ist und zum anderen aus handlungssemantischer Perspektive nicht nur Fragen des Angehörigen von Bedeutung sind, sondern dass dieser seine *wichtigen* Anliegen – wie in den übrigen Phasen des Gesprächs auch – in vielerlei Gestalt äußern kann, was jedes einzelne der 24 Beispiele der vorliegenden Untersuchung belegt.

9.1.3.4 Gesprächsführung im Detail (III): Sprachliche Feinheiten – mehr als die Verwendung von Fachsprache

In den Analysen ist deutlich geworden, dass für den oben definierten ‚Erfolg‘ von Gesprächen zwischen Angehörigen und Ärzten neben der Ebene der Gesprächsorganisation auch die semantisch-funktionale Ebene der Redebeiträge eine wichtige Rolle spielt. Daher bedeutet eine angehörigenorientierte Gesprächsführung immer auch den reflektierten Umgang mit sprachlichen Formulierungen.

Eine „allgemeine und satbsam bekannte“ Verhaltensanweisung für Ärzte (Lalouschek / Menz 2002 : 62) besteht darin, Fachsprache und besonders Termini zu vermeiden, um

sich in Patientengesprächen ihrem Gegenüber verständlich zu machen. Dies ist, wie Lalouschek / Menz (2002 : 62) betonen, grundsätzlich „sinnvoll und richtig“ und auch für die Arzt-Angehörigen-Kommunikation eine berechnete Forderung. Allerdings weisen die Autoren zu Recht darauf hin, dass diese Forderung bzw. Anweisung nicht immer den Kern der Kommunikationsprobleme zwischen medizinischen, in unserem Fall: psychiatrischen, Experten und Laien erfasst bzw. an der Komplexität der Probleme vorbeigeht. Die Analysen der hier ausgewählten Beispiele bestätigen dies, wie aus den bisher dargelegten Ergebnissen hervorgeht. Die fünf beteiligten Ärzte verwenden in den untersuchten Gesprächen kaum psychiatrische Fachbegriffe (Beispiel 9, Beleg 17) und wenn doch, erklären sie diese in den meisten Fällen (Beispiel 24: *Fremdanamnese*).

Die Problematik auf semantischer Ebene liegt vielmehr in der Gefahr der sog. *ethnomechanischen Illusion*:⁴⁴⁵ Die in den Äußerung verwendeten (vermeintlich) alltagssprachlichen Begriffe, die von den Gesprächspartnern stillschweigend als Bestandteile des gemeinsamen Wissensbestands angesehen werden, können Ausdruck unterschiedlicher Konzeptualisierungen der besprochenen Sachverhalte, Verhaltensweisen oder Ereignisse im Zusammenhang mit der Erkrankung sowie ihrer Behandlung und Bewältigung sein. Die Untersuchung hat das Ergebnis von bereits in anderen Zusammenhängen durchgeführten Analysen bestätigt, dass Ärzten und Angehörigen diese Unterschiede nicht immer bewusst sind (Beispiel 11, Beleg 27: *kurz-, lang- und mittelfristig*) – und auch nicht immer von existenzieller Bedeutung für die Verständigung (Beispiel 10: *affektiv*) sind.⁴⁴⁶ In einigen Fällen allerdings doch. So könnte beispielsweise der Arzt im Gespräch G5 (Beispiel 11) die Unterschiede, die sich aus dem Konzept der *Belastbarkeit* eines Patienten im Gegensatz zum Konzept der *Antriebsleistungen* zu einer Entlastungsressource für die Mutter des Patienten machen, indem er die unterschiedlichen Formulierungen explizit aufgreift.⁴⁴⁷ Das Elizitieren und Klären konzeptueller Unterschiede, die sich in gewählten Formulierungen andeuten, kann zudem nicht nur eine Entlastung der Angehörigen bewirken, sondern auch auf direkterem Wege dazu führen, dass der Arzt im Angehörigen eine Stütze beim Durchführen bestimmter Therapiemaßnahmen findet (Beispiel 10: *Wahn vs. Befürchtungen*).

Daher empfiehlt es sich für Ärzte, stets ein waches Ohr für die Formulierungen nicht nur ihrer Patienten zu haben, sondern auch für diejenigen von deren Angehöri-

⁴⁴⁵ Vgl. ausführlicher zu diesem Begriff Kapitel 2.3.1.

⁴⁴⁶ Nur selten verwenden Angehörige im vorliegenden Korpus selbst bestimmte Termini der psychiatrischen Fachsprache. Teilweise kommt es zur Bildung sog. Pseudotermini wie in Beispiel 11: *Medikamentierung* oder in G10, Z. 34: „PSYchoma:tisch“. Dies bereitet jedoch offenbar keine Verständigungsprobleme.

⁴⁴⁷ Vor allem im Bereich der Metaphernforschung haben zahlreiche linguistische und psychologische bzw. psychotherapeutische Untersuchungen zu diesem Thema, besonders zum Einsatz von sog. therapeutischen Metaphern, detaillierte und hilfreiche Ergebnisse geliefert. Zur Einstiegslektüre sei auf Schachtner (1999), Buchholz (2002) und Liebert (2003) verwiesen.

gen. Aber auch in der umgekehrten Richtung sollte dieser Weg beschriftet werden: Um eine nicht nur oberflächliche Angehörigenorientierung in den Gesprächen sicherzustellen, können und müssen auch die Angehörigen genau hinhören, was ihr Gegenüber sagt, um kritische Punkte, an die sie selbst nicht gedacht haben, zu erkennen und gegebenenfalls nachhaken zu können (Beispiel 13).

Dies zeigt, dass das Achten auf sprachliche Feinheiten nicht nur bloße semantische Spielerei ist, sondern von beiden Seiten als Ressource für Therapiegestaltung und Bewältigungsstrategien genutzt werden kann.

9.1.3.5 Gesprächsführung im Detail (IV): Berücksichtigung von Emotionen

Die Analysen der Beispiele 19 und 21 zeigen, dass die an der Studie beteiligten fünf Psychiater mit den Äußerungen von Emotionen der Angehörigen anders umzugehen scheinen als dies Studien für das Verhalten von Onkologen oder Chirurgen aufgezeigt haben. Die Psychiater ‚haben keine Angst davor‘, Emotionen anzusprechen. Im Gegenteil: In Beispiel 10 beispielsweise geht der Arzt fast ausschließlich auf die emotionale Ebene der Argumente seiner Gesprächspartnerin ein; die sich ihm bietenden Möglichkeiten zum ‚Ausweichen‘ auf die biomedizinisch-sachliche Ebene nutzt er nicht.

Vereinfachend ließe sich das Ergebnis der Analysen in folgender Feststellung zusammenfassen: Psychiatrische Fremdkatamnesegespräche zeichnen sich im Umgang mit Emotionen durch ein den Gesprächen in anderen medizinischen Disziplinen entgegengesetztes Phänomen aus. So zeigen die Analysen, dass auch emotionale Argumente der Angehörigen Anzeichen für (kognitive) Wissensbedürfnisse sein können (Beispiel 14).

Das bloße Ansprechen von Emotionen durch den Arzt ist allerdings nicht gleichzusetzen mit einem gelungenen, angehörigenorientierten Umgang mit Emotionen. Die grundlegende Problematik liegt hierbei zum einen in der Perspektivendivergenz von Ärzten und Angehörigen und zum anderen in ihrer persönlichen Beziehung zum Patienten: Während der Arzt immer alle Patienten im Blick hat, die er von seinem Standpunkt des emotional (relativ) unbeteiligten, professionellen Helfers betreut, steht für die Angehörigen einzig ihr erkranktes Familienmitglied, mit dem sie meist persönlich-emotional eng verbunden sind, im Mittelpunkt des Interesses. Diese unterschiedliche Sichtweise bzw. emotionale Eingebundenheit von Ärzten und Angehörigen lässt sich mit dem Zitat des französischen Schriftstellers Boris Vian veranschaulichen, das Kapitel 9 vorangestellt ist: Während die Ärzte eher am „bonheur de tous les hommes“, d.h. dem *Glück aller Menschen* bzw. im konkreten Fall: aller Patienten, interessiert sind, ist für die Angehörigen eines erkrankten Menschen das *Glück dieser einen Person*, d.h. „le bonheur

de chacun“, also jedes einzelnen, das zu erstrebende Ziel. Eine Änderung oder zumindest Erweiterung des ärztlichen Blickwinkels um diese Angehörigenperspektive könnte ein Weg sein, um Gespräche zwischen Ärzten und Angehörigen auch auf der emotionalen Ebene verständnisvoller zu gestalten.

Die praktische Umsetzung dieser Möglichkeit ist allerdings im Hinblick auf die institutionell gegebenen Rahmenbedingungen von Arzt-Angehörigen-Gesprächen – d.h. die Fokussierung des Arztes auf die Versorgung des Patienten – nicht unbedingt einfach: Die Analysen der Äußerungen zu den eigenen Befindlichkeiten der Angehörigen im der Arbeit zugrunde liegenden Korpus zeigen, dass diese institutionellen Vorgaben von den Angehörigen als objektiv gegeben und nicht veränderbar wahrgenommen und akzeptiert werden: Der seltene Kontakt zwischen Angehörigen und behandelndem Arzt wird kaum angesprochen. Dass die Tatsache dieses geringen bzw. fehlenden Kontakts geschweige denn Austausch mit dem Arzt nicht unbedingt der Idealzustand für die Angehörigen ist, schlägt sich darin nieder, dass sie ihre Bedürfnisse und Sorgen durchaus zur Sprache bringen, auch wenn dies vorwiegend implizit geschieht. Gründe für die Zurückhaltung der Angehörigen liegen zum einen in der Umsetzung von Höflichkeitsstrategien gegenüber den Ärzten und zum anderen in der Tatsache, dass es sich bei den Angehörigen der Studie sozusagen um ‚Langzeit-Angehörige‘ handelt, die im Laufe der Zeit andere Wege und Möglichkeiten als das Gespräch mit dem behandelnden Arzt gefunden haben dürften, ihre Bedürfnisse zu befriedigen.⁴⁴⁸ Grundsätzlich lässt sich zu der Frage nach der Berücksichtigung von Emotionen im medizinisch institutionellen Rahmen mit Callahan (1973) festhalten:

“How are human beings to achieve happiness? That is the final and fundamental question. Obviously illness, whether mental or physical, makes happiness less possible in most cases. [...] What is so odd about that, if it is indeed true that human desires are infinite? Whatever the answer to the question of human happiness, there is no particular reason to believe that medicine can do anything more than make a modest, finite contribution.”
Callahan (1973 : 81; Hervorh. von R.M.)

9.2 Konsequenzen: Wie Ärzte und Angehörige miteinander reden könn(t)en

Wenn auch die Medizin nach der Meinung Callahans (1973) nur einen begrenzten Beitrag zum Glück des Einzelnen leisten kann, wie im Zitat am Ende des vorigen Kapitels zum Ausdruck kommt, so gilt es doch im Sinne ‚echter‘ Patienten- und Angehörigenorientierung, alle die sich in diesem begrenzten Rahmen bietenden Möglichkeiten auszuschöpfen.

⁴⁴⁸ Diese Annahme müsste in Interviews mit den Beteiligten überprüft werden.

Die Erläuterungen zum Wesen psychischer Erkrankungen und zum Kommunikationsnetz um Gesundheit und Krankheit in den Kapiteln 4.1 und 5 haben deutlich gemacht, dass auch und gerade das Gespräch zwischen Arzt, Patient und Angehörigen der Teil von Behandlung und Nachsorge ist, der sich wie kein zweiter dazu eignet, das mit der Erkrankung verbundene Leiden und die Belastungen für alle (Mit-)Betroffenen erträglich zu machen.

Im Sinne der Metapher vom Tropfen auf den heißen Stein, der diesen vor dem Zerspringen bewahren kann, präsentieren die folgenden Abschnitte daher praxisorientierte Vorschläge zur Optimierung (nicht nur) von (Katamnese-)Gesprächen zwischen Ärzten und Angehörigen in psychiatrischer Klinik und Institutsambulanz.

9.2.1 Für eine neue Definition des Fremdkatamnesegesprächs

In Kapitel 5.1.2 wurden folgende drei Handlungszwecke des Fremdkatamnesegesprächs zwischen Psychiater und Angehörigen festgestellt, die in einem interaktiven Prozess von den Gesprächspartnern erarbeitet werden: erstens das *Gewinnen von Informationen über den Zustand des Patienten*, zweitens das *Vorbereiten weiterer Maßnahmen zur (Nach-)Behandlung des Patienten* (besonders im Hinblick auf die *Rückfallprophylaxe*) sowie drittens das *Berücksichtigen der eigenen Befindlichkeiten der Angehörigen*.

Während die beiden erstgenannten Handlungszwecke in der Regel sowohl vom Arzt als auch vom Angehörigen aus ihrer jeweiligen Perspektive verfolgt werden, interessieren sich die behandelnden Ärzte nur in sehr reduziertem Maße für die Befindlichkeiten der Angehörigen, ihre Belastungen und Bedürfnisse, wie die zwölf Einzelfallanalysen des Korpus gezeigt haben: Der Patient und sein Wohlbefinden stehen im Zentrum ärztlichen Denkens und Handelns.

Aus gesprächsanalytischer und (sprach-)handlungslogischer Sicht erscheint es notwendig, darauf hinzuweisen, dass bereits das erste o.g. Handlungsziel der Informationsgewinnung im Hinblick auf den Patienten (bzw. dessen Zustand) nur durch die von Spranz-Fogasy (1987 : 295) für Arzt-Patienten-Gespräche beschriebene *interaktiv gestaltete Umwandlung* des Patienten- bzw. Angehörigenwissens *in gemeinsames*, d.h. von Patient/Angehörigem und Arzt geteiltes, *Wissen* gelingen kann. Dies impliziert, dass es in den Gesprächen nicht um eine unidirektional ausgerichtete Informationsgewinnung geht – anders ausgedrückt: dass es sowohl für den Arzt als auch für den Angehörigen nicht nur um das *Erhalten* von Informationen gehen kann, sondern um das *Austauschen* von Informationen zwischen den am Gespräch Beteiligten.

Um dies zu erreichen, ist auf ärztlicher Seite in Fremdkatamnesegesprächen mit Familienangehörigen des Patienten eine nicht ausschließlich krankheits- und patientenorientierte Gesprächsführung erforderlich, sondern grundsätzlich eine auch angehörigorientierte Gesprächshaltung: Es gilt, die Angehörigen zunächst auf der gesprächsorganisatorischen Ebene als gleichberechtigte und -wertige Gesprächspartner sowie darüber hinaus in ihrer Rolle als (laienpsychiatrische) Kotherapeuten wahr- und ernst zu nehmen. Dazu gehört die Berücksichtigung des perspektivischen Unterschieds zwischen der professionellen und der ‚laienhelferischen‘, angehörigenspezifischen Sicht auf den Patienten, dessen Therapie und die sich aus der Erkrankung für die Angehörigen und das familiäre (Zusammen-)Leben ergebenden Konsequenzen in Form von Belastungen und Bedürfnissen. Hieraus ergibt sich die Konkretisierung des eingangs genannten dritten Handlungszwecks fremdkatamnestischer Gespräche: Die *Berücksichtigung der eigenen Befindlichkeiten der Angehörigen* bedeutet in erster Linie ein gemeinsames *Entwickeln von individuellen Bewältigungsstrategien* für die Angehörigen. Das Finden der *Balance zwischen Verantwortung und Abgrenzung* gegenüber dem Patienten ist dabei eine, wenn nicht **die** zentrale (Teil-)Aufgabe, über die Angehörige ein gewisses Maß an Wohlbefinden oder zumindest Gelassenheit auch in schwierigen Situationen erreichen können.

Diese gesprächsanalytisch verankerte Forderung nach einer Erweiterung bzw. Refokussierung und Konkretisierung der Handlungszwecke fremdkatamnestischer Gespräche scheint zunächst im Widerspruch zur organisatorisch-institutionellen Ausrichtung ärztlichen Handelns und der rechtlich fundierten Schweigepflicht von Ärzten zu stehen, die der direkten praktischen Umsetzung einer ‚umfassenden‘ Angehörigorientierung in den Fremdkatamnesegesprächen zuwiderlaufen.

Die empirischen Analysen der vorliegenden Arbeit haben allerdings zum einen gezeigt, dass gerade für die Angehörigen von psychisch, hier konkret: schizophren, erkrankten Menschen der Austausch mit den professionell Betreuenden ‚ihres‘ Patienten wichtig ist, um nicht nur selbst mit den Folgen der Erkrankung zurechtzukommen, sondern auch, um die therapeutischen Maßnahmen für den Patienten zu unterstützen. Zum anderen belegen die in den Einzelfallanalysen jeweils aufgezeigten ärztlichen Handlungs- bzw. Äußerungsalternativen, dass selbst im bestehenden eingeschränkten bzw. institutionell definierten (Handlungs-)Rahmen eine größere Angehörigorientierung seitens der Ärzte in den Gesprächen möglich ist. So lässt sich die vorläufige Bestimmung des Fremdkatamnesegesprächs aus Kapitel 5.1.2 auf Basis der Ergebnisse aus den empirischen Analysen der Transkriptausschnitte zu folgender Definition erweitern und konkretisieren, um nicht nur die Handlungsorientierung des Arztes widerzuspiegeln, sondern auch die Belange der Angehörigen angemessen zu berücksichtigen:

Fremdkatamnesegespräche zwischen Angehörigen und behandelnden Ärzten in der die Nachsorge betreuenden Klinik bzw. Institutsambulanz sind von einer *zweifach ausgerichteten Handlungsorientierung* geprägt: Einerseits dienen sie sowohl aus Arzt-als auch aus Angehörigenperspektive (mit je eigener Ausformung) dazu, *Informationen zum Zustand des Patienten auszutauschen* und *weitere Maßnahmen zur (Nach-)Behandlung des Patienten vorzubereiten*. Dies geschieht in Form eines interaktiven, von Arzt und Angehörigem gemeinsam erarbeiteten Rekonstruierens der Krankengeschichte und des aktuellen Zustands des Patienten. Andererseits dienen die Gespräche dazu, den (pflegenden) Angehörigen in die Lage zu versetzen, selbst mit den Folgen der Erkrankung zurechtzukommen. Dies geschieht in Form eines gemeinsamen, interaktiven *Entwickelns von individuellen Bewältigungsstrategien* für den Angehörigen.

Ausgehend von dieser Neudefinition des psychiatrischen Fremdkatamnesegesprächs präsentiert der folgende Abschnitt linguistisch basierte Empfehlungen zur Organisation von Arzt-Angehörigen-Gesprächen, damit diese der Rolle von (pflegenden) Angehörigen (nicht nur) im Zusammenhang mit einer schizophrenen Erkrankung gerecht werden und dazu beitragen, dass die Bedürfnisse der Angehörigen in angemessener Weise von den Ärzten berücksichtigt werden.

9.2.2 Für eine praktische Umsetzung der Analyseergebnisse: Empfehlungen für Arzt-Angehörigen-Gespräche

Üblicherweise geben gesprächsanalytische Untersuchungen zur Arzt-Patienten-Kommunikation Hinweise bzw. Alternativen zum ärztlichen Gesprächsverhalten (sind also in der eigenen Herangehensweise ‚arztorientiert‘ und nicht – wie inhaltlich oft gefordert bzw. empfohlen – patientenorientiert). So finden sich in zahlreichen Analysen Hinweise auf Alternativformulierungen zu ärztlichen Äußerungen, nicht jedoch zu Äußerungen von Patienten.

Die vorliegende Arbeit möchte einen Beitrag zur Schließung dieser Lücke in der wissenschaftlichen Herangehensweise leisten, indem sie sieben sowohl ‚arztorientierte‘ als auch ‚angehörigenorientierte‘ Maximen für gelungene Arzt-Angehörigen-Gespräche gibt. – Allerdings kann es dabei nicht darum gehen, ein allgemein gültiges Rezept zu formulieren: Nur auf individueller, d.h. personen- und situationsbezogener, Ebene sind wirklich zielgerichtete, hilfreiche Detailvorschläge möglich. Daher sind die folgenden Hinweise notwendigerweise nicht so individuell zugeschnitten wie sie es aus linguistischer Sicht sein müssten. Die Orientierung an diesen Vorschlägen kann dennoch eine Hilfe für gelungen(er)e Gespräche bieten.

Die Hinweise verstehen sich keineswegs als *Passe partout*-Anweisungen (im wörtlichen Sinne), wie sie in manchen Kommunikationstrainings gegeben werden:

„In Lehrbüchern, Ratgebern und Kommunikationstrainings werden zusätzlich zu Illustrationsbeispielen rezeptartig Gesprächsregeln formuliert, die von den Leserinnen oder Trainingsteilnehmerinnen auch als praktische Empfehlungen erwartet werden. Solche Rezepte basieren häufig auf Normvorstellungen darüber, wie Kommunikationsverhalten sein soll, also z.B. ‚in ganzen Sätzen sprechen‘ oder ‚nicht unterbrechen‘. Oft beziehen sie sich auf Hypothesen über die Wirkungsweise bestimmter sprachlicher Elemente. Diese Hypothesen basieren auf Erfahrungswerten, alltagsweltlicher Plausibilität und auf (populär)wissenschaftlichen Theorien, ihre tatsächliche Wirkungsweise in authentischen Gesprächen ist empirisch aber nicht überprüft [...].“
Lalouschek / Menz (2002 : 63).

Folgende Vorschläge basieren im Unterschied zu diesen von Lalouschek und Menz beschriebenen ‚Lehrbuch-Rezepten‘ auf der Erkenntnis der vorliegenden Analysen. Dennoch ist eine empirische Überprüfung der Maximen notwendig. Dies wäre beispielsweise in zwei Schritten zu organisieren: Erstens wären die Hinweise den an der Studie beteiligten Angehörigen und Ärzten zur Prüfung vorzulegen. Der Schwerpunkt bei dieser Prüfung könnten die folgenden Fragen sein: Sind diese Vorschläge für Sie hilfreich? Gehen die einzelnen Maximen auf das ein, was Sie empfunden haben? Im zweiten Schritt wären die Hinweise anderen, noch unerfahrenen Angehörigen und Ärzten zu geben und von diesen ebenfalls testen und bewerten zu lassen.

Nach diesen einleitenden Erläuterungen werden nun die konkreten Maximen im Einzelnen präsentiert. Dabei werden zunächst die für die Angehörigen relevanten Fragen aufgeführt und im Anschluss die vom Arzt zu berücksichtigenden Aspekte dargestellt.

1) Voraussetzungen für das Gespräch schaffen

Konkret lässt sich diese Maxime als Bearbeitung der folgenden Frage fassen: Welche rechtlichen und/oder organisatorischen Dinge muss ich erledigen, um ein Gespräch führen zu können? Hierbei handelt es sich um eine übergeordnete Frage, die vor jedem Gespräch zu stellen bzw. zu klären ist. Auf beiden Seiten, d.h. auf Seiten des Angehörigen wie des Arztes, gehören hierzu mehrere Schritte.

Um sicherzugehen, dass ein Termin mit dem behandelnden Arzt des Patienten stattfindet, wenn dies aus Angehörigenperspektive gewünscht bzw. für notwendig erachtet wird, ist die erste Aufgabe des Angehörigen, dem Arzt den Bedarf für ein Gespräch ‚unter vier Augen‘ explizit mitzuteilen. Als zweiter Schritt steht die Klärung der Maßnahmen an, die nötig sind, um einen Termin für ein solches Gespräch zu erhalten.

Auch hier gilt das Prinzip der Explizitheit, d.h. direkte Formulierungen und das Einfordern einer ebenso direkten und konkreten Antwort beispielsweise in Form einer Handlungsanweisung – ggf. auch eines Termins – sind zielführender als zurückgenommenes Abwarten.

Unabhängig von der Ansprache durch den Angehörigen könnte der Arzt seinerseits in einem ersten Schritt, sobald es der Zustand des Patienten erlaubt, diesen auf die Möglichkeit der (partiellen) Befreiung von der Schweigepflicht ansprechen und ihn bitten, ihr zuzustimmen, um die Kommunikation mit dem oder den Angehörigen zu erleichtern. Ein weiterer Schritt könnte für den Arzt darin bestehen, von sich aus den Angehörigen ein gemeinsames Gespräch anzubieten bzw. dafür zu sorgen, dass den Angehörigen jeweils zu Beginn einer veränderten Situation (Einlieferung in die oder Entlassung aus der Klinik; Umstellung der Medikation etc.) ein solches Angebot vom Pflegepersonal gemacht wird.

Dieser Maxime kommt besonders im Fall einer akuten Erkrankungs- bzw. Rezidivphase des Patienten eine nicht zu unterschätzende Bedeutung zu: Dringend notwendige Maßnahmen zur Versorgung des Patienten lassen auf gesundheitsprofessioneller Seite (verständlicherweise) wenig Zeit für die Angehörigen. Die Analysen der Beispiele 22 bis 24 legen nahe, dass gerade in einer solchen Situation Folgendes gilt: Die Begegnung von Pflegepersonal bzw. Arzt und Angehörigen, und sei sie noch so kurz, kann entlastend bzw. beruhigend auf die Angehörigen wirken, wenn sie mit dem (als verbindlich gekennzeichneten) Hinweis an die Angehörigen verbunden ist, dass es für sie eine Möglichkeit zum Stellen von Fragen und das Austauschen von Informationen geben wird, sobald der Zustand des Patienten dies erlaubt. Natürlich kann sich diese beruhigende Wirkung nur dann voll entfalten (insbesondere bei einem erneuten Rückfall), wenn ein solcher Hinweis auch tatsächlich verbindlich ist, d.h. der Ankündigung wirklich die Einladung zu einem entsprechenden Gespräch folgt. Eine Möglichkeit zur Integration solch verbindlicher Gesprächsangebote in den Klinikalltag könnte die Terminvereinbarung zum Zeitpunkt des Erledigens der üblichen Einlieferungs-/Aufnahmeformalia mit den Angehörigen sein.

2) Prioritäten prüfen

Der zweite Hinweis spricht die Frage nach dem Zweck des Gesprächs zwischen Arzt und Angehörigen an. Wie bei der ersten Maxime handelt es sich auch hier um die Bearbeitung einer übergeordneten Frage: Sie ist vor jedem Gespräch und jeweils zu Beginn zu stellen und zu klären – zunächst von jedem der Gesprächsteilnehmer für sich und zu Gesprächsbeginn in Form einer gemeinsamen Verständigung bzw. Einigung auf einen gemeinsamen Standpunkt.

In der Praxis könnte dies für die Vorbereitung des Gesprächs konkret beispielsweise wie folgt umgesetzt werden: Die Angehörigen notieren ihre Fragen etc. auf einem Zettel als eine Art ‚Fahrplan‘ für das Gespräch. Dies dient dazu, dass man nicht „die Hälfte vergisst“, wenn man „beim Doktor drin ist“, wie eine Angehörige dies im Gespräch zu den soziodemographischen Fakten ausdrückt.

Für den behandelnden Arzt könnte die Vorbereitung z.B. darin bestehen, dass er unmittelbar vor dem Termin die Patientenakte durchsieht und sich so einen Überblick über den neuesten Stand verschafft. In einem zweiten Schritt könnte er sich auf dieser Basis einerseits gegebenenfalls Fragen an den Angehörigen notieren, andererseits aber auch Informationen, die für diesen von Belang sein könnten.

Grundsätzlich ist bei dieser Maxime sowohl von den Angehörigen als auch von den Ärzten zu berücksichtigen, dass sich die ärztlichen Prioritäten *qua Amt und institutioneller Ordnung* zunächst auf das Wohlbefinden der Patienten richten, nicht auf das der Angehörigen der Patienten. Aus ärztlicher Perspektive ist damit der primäre und grundlegende Zweck der Gespräche mit den Angehörigen definiert als ‚Mittel zum (eigentlichen) Zweck‘ der Patientenheilung/-pflege: Der Kontakt zu den Angehörigen ist eine Möglichkeit, dieses Ziel der umfassenden Patientenversorgung zu erreichen; das Berücksichtigen der Befindlichkeiten der Angehörigen bzw. das Eingehen auf diese und damit das Bemühen um ihr Wohlbefinden erscheinen eher als ‚Nebenprodukt‘ von derart ausgerichteten Arzt-Angehörigen-Gesprächen.

Aus der Perspektive der Angehörigen – sowie aus gesprächspartnerorientierter, ‚gesprächslogischer‘ Sicht – sollte allerdings gerade das Wohlbefinden der Angehörigen bzw. ihre Fragen, Ängste, Sorgen bei den Gesprächen an erster Stelle stehen, wenn Ärzte und Angehörige miteinander reden. Aus diesen unterschiedlichen Gesprächs- und Handlungszwecken lässt sich schließen, dass die behandelnden Ärzte nicht unbedingt in jedem Fall die richtigen Ansprechpartner für die Angehörigen im gegebenen institutionellen Rahmen sind – und dies auch nicht zwangsläufig sein müssen, sofern den Angehörigen Alternativen zur Verfügung stehen, wie die nächste Maxime zeigt.⁴⁴⁹

3) Delegieren

Diese Maxime ergibt sich aus der zweiten und besteht darin, den jeweils anderen Gesprächssuchenden auf andere Anlaufstellen zu verweisen, sobald klar wird, dass die Gesprächs- bzw. Handlungszwecke der Gesprächsteilnehmer so unterschiedlich sind, dass sich kein ‚gemeinsamer Nenner‘ finden lässt.

⁴⁴⁹ Vgl. hierzu auch das Konzept des „Angehörigenberaters“ von Richter (1997) oder die Erzählungen zu therapeutischen Erfahrungen mit Angehörigen von Krebspatienten von Schnurre (1991).

So ist es Aufgabe des Angehörigen, Arzt und/oder Pflegepersonal nach alternativen, auf seine Bedürfnisse abgestimmten Informationsmöglichkeiten zu fragen, wenn sich herausstellt, dass die zweite Maxime im Gespräch mit dem Arzt nicht umzusetzen ist, oder wenn ein solches Gespräch mit dem Arzt gar nicht erst zustande gekommen ist, wenn also sozusagen die Anfangshürden bereits das Erreichen der ersten Maxime verhindert haben.

Auf Seiten des behandelnden Arztes sollte der Fokus auf den Patienten nicht dazu führen, dass die von der Erkrankung mit betroffenen Familienangehörigen im ‚blinden Fleck‘ verschwinden. Seine Aufgabe im Sinne einer angehörigenorientierten Haltung ist es, den Angehörigen ‚Hilfe zur Selbsthilfe‘ zu geben bzw. auf andere Stellen, die diese Hilfe leisten (z.B. eine Angehörigengruppe), zu verweisen.

4) Klarheit schaffen

Dieses Prinzip lässt sich sowohl für die Angehörigen als auch für den behandelnden Arzt in der folgenden Aufforderung verdeutlichen: „Fordere explizit die Informationen ein, die für dich wichtig sind.“ Mit Blick auf den Angehörigen ist hiermit neben dem in Maxime 2 erläuterten ‚Fragenfahrplan‘ auch das Nachfragen bzw. Einfordern von Erklärungen zu unverständlichen und/oder ungenauen Begriffen und Formulierungsweisen des ärztlichen Gegenübers gemeint. Angehörige dürfen und müssen sich trauen, Informationen oder Informationsmöglichkeiten einzufordern, wenn sie mit der Krankheit ihres Familienmitglieds umgehen lernen wollen. Der Arzt könnte z.B. Erläuterungen zu den verschiedenen Erkrankungsbestandteilen (beispielsweise zur Unterscheidung von *Neurosen* und *Psychosen* oder zur Wirkungsweise der Medikamente) geben.

Genauso muss aber auch der Arzt den Angehörigen nach Aspekten des Familienlebens und Vorkommnissen in der Vergangenheit (nicht nur) des Patienten fragen können, um die für die Diagnose und Behandlung bzw. Nachsorge notwendigen Informationen zu erhalten. Klarheit zu schaffen ist daher für alle Beteiligten auch verbunden mit dem Prinzip, dass das einzige Tabu in Arzt-Angehörigen-Gesprächen das Aufrechterhalten von Tabus ist (so weit dies nicht den rechtlichen Rahmen der Schweigepflicht überschreitet).

Die Berücksichtigung dieses Prinzips der Tabulosigkeit ist zugleich Folge und Voraussetzung einer vertrauensvollen, partnerschaftlichen Gesprächsatmosphäre. Eng mit diesem Prinzip verknüpft ist ein weiterer Aspekt des Klarheitschaffens, der sich in folgendem Imperativ festhalten lässt: „Hab keine Angst – weder vor Fakten, noch vor Emotionen!“ Alles Unbekannte macht Angst; dies gilt auch und gerade für Krankheiten, wie Susan Sontag in *Illness as Metaphor* (1978) und *Aids and Its Metaphors* (1988) anschaulich darlegt. So lange eine Erkrankung nicht erklärt ist – und, was noch schwerer

wiegt, als unheilbar gilt –, haben wir Angst vor ihr und so lange löst sie teilweise große Hysterien aus.⁴⁵⁰ Beispiel 14 des hier untersuchten Korpus zeigt, dass auch die Behandlung solcher ‚mysteriöser‘ Krankheiten eine Quelle für Angst und Sorgen darstellt. Besonders in der Psychiatrie, die auch in unserer heutigen Gesellschaft mit vielen Vorurteilen behaftet ist und von der viele Menschen aus psychiatrisch-wissenschaftlicher Perspektive veraltete (oder durch Film und Fernsehen verzerrte) Vorstellungen haben, erscheint es daher wichtig, auch und vor allem die Angehörigen von psychisch Kranken mit Wissen zu ‚wappnen‘, d.h. die Erkrankung und ihre (Nach-)Behandlung, besonders die Wirkweisen der Medikamente, zu erklären, will man zur Entlastung der Angehörigen beitragen.

So mündet die konkrete Umsetzung dieser vierten Maxime in einer – zumindest phasenweisen – Verkehrung der Rollenverteilung im Frage-Antwort-Spiel zwischen Arzt und Angehörigen: Nicht mehr der Arzt ist der ‚hauptamtliche‘ Fragensteller, sondern der Angehörige.

5) Sich auf den anderen einlassen

Haben die Gesprächspartner erst einmal Klarheit über ihre jeweiligen Ziele geschaffen und haben sie sich darauf verständigt, welche Informationen sie voneinander benötigen, sind sie auf dem Weg zu einer partnerschaftlichen Gesprächsführung und -organisation schon sehr weit vorangekommen. Bereits in den Erläuterungen zur vierten Maxime deutet sich an, dass das letzte Stück dieses Weges nur mit gegenseitigem Respekt zurückzulegen ist – indem man sich an der Ortskenntnis, Trittfestigkeit und Geschwindigkeit des anderen orientiert, um im sprachlichen Bild zu bleiben.

Konkret bedeutet dies für den Angehörigen beispielsweise, zu respektieren, dass auch dem Arzt bestimmte Fakten zur Erkrankung und ihrer Behandlung oder eventuellen Verknüpfungen zu anderen Krankheiten nicht jederzeit präsent sind. In diesem Fall bedeutet das Sich-auf-den-anderen-einlassen Geduld zu haben, bis der Arzt die Frage klären kann – wenn dies auch aufgrund des emotionalen Eingebundenseins oft nicht leicht ist.

Im Gegenzug ist der Arzt angehalten, eigenes ‚Nicht-Wissen‘ zu kommunizieren, auch wenn der Angehörige nicht von selbst eine Diagnose einfordert; wichtig für die Vertrauensbildung und die Entlastung des Angehörigen ist dabei der klare und explizite Hinweis auf den momentanen bzw. vorläufigen Charakter des Nicht-Wissens sowie das verbindliche und erklärende Ankündigen von Maßnahmen, die zur Klärung des Sachverhalts beitragen sollen. Ganz allgemein gilt, dass diagnostische und therapeutische Maßnahmen zur Ursachenklärung und Behandlung von Symptomen in einer

⁴⁵⁰ Man denke an die Medienberichterstattung zum Ebola-Virus, zu SARS oder zur sog. Vogelgrippe.

dem subjektiven Belastungsgrad des Angehörigen entsprechenden Verbindlichkeit zu kommunizieren sind. Die vom Angehörigen direkt oder indirekt geäußerten (vor allem psychosozialen) Belastungen und ihre ‚gefühlte‘ Tragweite sind zwar aus medizinischer Sicht nicht immer unbedingt begründbar oder erscheinen nicht immer gerechtfertigt; dennoch hat der Arzt diese subjektive Dimension der Belastungsskala seines Gegenübers im Sinne einer angehörigorientierten, partnerschaftlichen Gesprächsführung zu respektieren. Die Analyse von Beispiel 11 hat gezeigt, dass der Arzt darüber hinaus ausgehend von den Formulierungen des Angehörigen mithilfe expliziter (Re-)Formulierungsverfahren zur Entlastung seines Gegenübers beitragen kann, indem er den Angehörigen auf die Unterschiede zwischen seiner eigenen professionellen und dessen subjektiver Krankheitskonzeption aufmerksam macht, ohne dabei jedoch das laientheoretische Modell als medizinisch unzutreffend abzuwerten. Sich auf den anderen einzulassen heißt für den Arzt nämlich auch, die ana- bzw. katamnestischen Informationen des Angehörigen ernst zu nehmen, indem er sie beispielsweise analog zur üblichen Vorgehensweise in Anamnesegesprächen mit Patienten ‚abklopft‘.

6) Beziehungsspezifische Aspekte berücksichtigen

Eng verknüpft mit den Aspekten der Tabulosigkeit und Emotionalität, die in der vierten Maxime angesprochen wurden, sowie eine Konsequenz des Sich-auf-den-anderen-einlassens ist das Berücksichtigen der Beziehung zwischen Angehörigem und Patient, aber auch zwischen den Angehörigen untereinander. Die Maxime zielt auf das Wechselspiel von Verantwortung(sgefühl) und Abgrenzung(sbedürfnis) der Angehörigen gegenüber dem Patienten.

Für den Angehörigen besteht die Empfehlung darin, keine Scheu zu haben, die eigenen Gefühle – auch und gerade die als ‚unangemessen‘ empfundenen negativen Emotionen – gegenüber dem Patienten auszusprechen.

Der Arzt kann den Angehörigen entlasten, indem er ausdrücklich die sog. Ambivalenzen vergegenwärtigt, die üblicherweise mit der schizophrenen Erkrankung eines Familienmitglieds – sei es der Partner, Schwester oder Bruder, ein Elternteil oder das eigene Kind – einhergehen. Die so ermöglichte Erkenntnis: „Ich bin nicht allein mit meinem Gefühlschaos“ kann dem Angehörigen helfen, Selbstvertrauen zu fassen sowie den Mut, eventuell vom Arzt empfohlene Angebote zur Angehörigenberatung oder -selbsthilfe wahrzunehmen.

7) Ergebnisse nachhalten

Die besten Ideen verlaufen im Sande, wenn sie nicht nachgehalten werden. Die siebte Maxime will daher Möglichkeiten aufzeigen, die im Gespräch zwischen Arzt und Angehörigem erarbeiteten Ideen und/oder Vorschläge für die (Nach-)Behandlung des Patienten fruchtbar zu machen.

Um ein in Kommunikationstrainings immer wieder bemühtes Motto aufzugreifen, lautet die Grundidee dieser Maxime nicht: „**Nach** dem Gespräch ist vor dem Gespräch“, sondern vielmehr: „**Während** des Gesprächs ist vor dem Gespräch“. Die erste sich hieraus ergebende Maßnahme gilt gleichermaßen für alle Gesprächsteilnehmer: Während des Termins, am besten in einer speziell hierfür ‚reservierten‘ Gesprächsphase, sind die konkreten Ideen und Vorschläge schriftlich festzuhalten und ihre Umsetzung bzw. Ergebnisse in den anschließenden Terminen gegenseitig zu überprüfen.

Dies bedeutet für den Angehörigen, zu prüfen, ob der Arzt den Vorschlag umgesetzt hat. Er kann dies tun, indem er (ggf. indirekt) den Patienten darauf anspricht, den Arzt anruft oder einen Folgetermin mit ihm vereinbart. Um sowohl die beschlossene Idee als auch die Überprüfung ihrer Umsetzung im Alltag nicht aus den Augen zu verlieren, hilft es, die vereinbarten Zeiträume für die Maßnahmen im Kalender einzutragen und nach deren Ablauf einen Termin mit dem Arzt zu vereinbaren, um Zwischenstände, Ergebnisse und die nächsten Schritte zu besprechen.

Für den Arzt bedeutet das Nachhalten solcher gemeinsam mit dem Angehörigen besprochenen und ggf. beschlossenen therapeutischen Maßnahmen beispielsweise, dass er die Vorschläge des Angehörigen im nächsten Termin mit dem Patienten anspricht. Zudem erscheint es sinnvoll, verbindliche Zeiträume für bestimmte Vorhaben festzulegen, einzuhalten und anschließend das Ergebnis zu prüfen.

10 Ausblick

„Die Tiefen unseres Geistes kennen wir nicht. –
 Nach Innen geht der geheimnisvolle Weg.
 In uns oder nirgends ist die Ewigkeit mit ihren Welten,
 die Vergangenheit und Zukunft.“
 - Novalis *Blüthenstaub*, S. 233 -

Die vorliegende Untersuchung hat aus gesprächsanalytischer Perspektive einen Aspekt der psychischen Erkrankung Schizophrenie bzw. genauer einen Aspekt des Umgangs der von ihr (mit-)betroffenen Menschen mit dieser Krankheit beleuchtet – einer Erkrankung mit noch immer nicht vollständig geklärter Ursache, die erkennen lässt, dass wir „die Tiefen unseres Geistes“ auch über 200 Jahre nach Novalis' Niederschrift der *Blüthenstaub*-Fragmente noch nicht kennen.

Häfner (2007 : 175) plädiert aufgrund mehrjähriger empirisch-klinischer Studien dafür, die Diagnose *Schizophrenie* „durch ein vierdimensionales Konstrukt mit überwiegend spezifischer Therapieindikation je Dimension“, d.h. Depression, Psychose, negative und positive Verhaltenssymptome, zu ersetzen, um „uns von der Fiktion nicht existierender Krankheitseinheiten [zu] befreien und eine besser fokussierte Therapie [zu] ermöglichen“ (Häfner 2007 : 179). Im Hinblick auf die gesellschaftliche Stigmatisierung von als schizophren diagnostizierten Patienten und deren Familienangehörigen ist dieser Vorschlag Häfners begrüßenswert. Auch einzelne therapeutische Aspekte könnten so verbessert werden, obgleich Häfner (2007 : 179) feststellt, dass Psychiater „auch heute schon kaum noch Diagnosen“ behandeln, da die „therapeutischen Instrumente annähernd syndromselektiv wirken“, also bereits heute die oben angesprochenen einzelnen Dimensionen durch jeweils bestimmte therapeutische Maßnahmen behandelt werden, kurz: Es gibt nicht **das** Heilmittel gegen **die** Schizophrenie, sondern verschiedene therapeutische Mittel, die jeweils auf die einzelnen Bestandteile wirken, die im Zusammenspiel zur Diagnose Schizophrenie führen.

Häfners Vorschlag kann gleichzeitig zur Lösung der alltäglichen Belastungen, Sorgen und Bedürfnisse, die mit dieser Erkrankung besonders für die (pflegenden) Angehörigen der Patienten einhergehen, fruchtbar gemacht werden: Wenn die von Häfner so bezeichnete „Diagnosekonstruktion“ sich mehr der vielfältigen bzw. mehrdimensionalen therapeutischen Realität angleicht und nicht länger das Bild einer in sich relativ geschlossenen Krankheitseinheit aufrechterhält, können die Angehörigen leichter positive Aspekte oder Fortschritte bei der Behandlung des Patienten feststellen, so dass sie nicht länger den Eindruck haben, dass sich gar nichts verändert oder dass alles ‚nichts bringt‘. – Die Einzelfallanalysen (v.a. die Beispiele 6 und 11) haben deutlich gezeigt, dass in der katamnestic Praxis, wie sie sich im hier untersuchten Korpus präsentiert, offenbar eine Dichotomie zwischen ärztlich-professionellen Handlungsorientie-

rungen auf der einen Seite und denjenigen der persönlich (mit-)betroffenen Patientenangehörigen auf der anderen Seite besteht, die sich im jeweils an die Therapie(ziele) angelegten Maßstab zeigt und in der Formel ‚Helfen vs. Heilen‘ auf den Punkt gebracht werden kann. Dieser Gegensatz könnte durch die (sprachliche) Vermittlung des mehrdimensionalen Syndrom-Charakters der schizophrenen Erkrankung an die Angehörigen aufgelöst oder zumindest weitestgehend abgeschwächt werden.

An der grundlegenden Divergenz der Situation von Ärzten und Angehörigen sowie den hieraus resultierenden unterschiedlichen emotionalen, sozialen und psychosozialen Belastungen wird das Dimensionen-Modell Häfners allerdings nichts ändern: Während Ärzte tagtäglich viele Patienten (und ggf. auch deren Angehörige) versorgen müssen, haben Angehörige ‚nur‘ ihr krankes Familienmitglied vor Augen, sie kümmern sich mit vollem körperlichen, emotionalen und oft finanziellen Einsatz um diesen einen Menschen. Vor diesem Hintergrund sind besonders die Gesundheitsprofessionellen gefordert, stets ein wachsames Auge und Ohr für die ‚andere Seite‘ zu haben und Bewältigungsstrategien bzw. Möglichkeiten zur Entlastung im Umgang mit der Erkrankung eines zumeist sehr nahe stehenden Menschen aufzuzeigen.

Dabei ist es gar nicht immer von Nöten, die gesamte „Ewigkeit mit ihren Welten“ zum Besseren zu wenden: Wie im vorangegangenen Kapitel zu den Ergebnissen und Konsequenzen der vorliegenden Untersuchung deutlich wurde, können bereits viele Maßnahmen auf der sog. ‚Mikroebene‘ individueller sprachlicher Handlungen und Gesprächsführungstechniken zu einer Verbesserung der Situation der Angehörigen bzw. zu ihrer psychosozialen und emotionalen Entspannung beitragen.

Im Hinblick auf die Möglichkeiten, die Angehörigenbetreuung auch auf der Makroebene, d.h. auf der (organisatorischen) institutionell-strukturellen Ebene der psychiatrischen Klinik bzw. der psychiatrischen Institutsambulanz, zu verbessern, haben besonders die im Rahmen der Studie geführten Gespräche mit den Angehörigen zu den soziodemographischen Fakten gezeigt, dass auch hier bereits Potenzial vorhanden ist, das nur besser genutzt werden müsste.

Ein Beispiel mag dies illustrieren: So wussten die Angehörigen nichts von der in der Institutsambulanz des St. Valentinushauses regelmäßig angebotenen Angehörigengruppe. Das heißt, bestehende Angebote zur Unterstützung der Angehörigen sind effektiver zu kommunizieren bzw. die Information der Angehörigen über diese Angebote ist zu verbessern. In den untersuchten Gesprächstranskripten finden sich beispielsweise keine Realisierungen des Handlungsmusters ÜBER ANGEHÖRIGENAN- GEBOTE INFORMIEREN durch die Ärzte; diese Möglichkeit der Information kann jeder einzelne Arzt auf einfache Weise ändern. Zudem wäre das Anlegen einer Kartei denk-

bar, in der schizophrene und andere Patienten, für deren Angehörige ein solches Angebot besteht, verzeichnet sind. Auf dieser Grundlage könnte ein sog. ‚Angehörigenverteiler‘ erstellt werden, an den regelmäßig Informationsrundschriften versendet werden. Ein solch standardisierter Prozess ist mit nur geringem Mehraufwand verbunden, wenn das Ausfüllen der Kartei(karten) in die Formalitäten integriert wird, die bei der Aufnahme des Patienten in die Klinik – bzw. mit Blick auf die Katamnese – bei seiner Entlassung zu erledigen sind.

Erinnern wir uns zum Abschluss an die in Kapitel 7.1.1 zitierte Zielsetzung des therapeutischen Ansatzes des St. Valentinushauses:

„Ziel ist die Wiedereingliederung der Patienten und Patientinnen in das vertraute familiäre und berufliche Umfeld. Dies erfolgt unter Einbeziehung der Angehörigen und in Kooperation mit niedergelassenen Ärzten und regionalen Einrichtungen.“

(<http://www.scivias-caritas.de/klinik-st-valentinushaus.html>)

Unter Berücksichtigung der in Kapitel 4.2 beschriebenen bisherigen medizinischen Erkenntnisse zu den Ursachen von Schizophrenie und der Ergebnisse der gesprächsanalytischen Beobachtungen in den Kapiteln 8.1 und 8.2 stellt sich bei der erneuten Lektüre dieses Zitats die Frage, inwieweit eine Behandlung oder gar die Wiedereingliederung des (nicht nur schizophrenen) Patienten ohne die Einbeziehung seines familiären Umfelds, sofern dieses vorhanden ist, überhaupt möglich sind.

Die Ergebnisse der auf der Mikroebene angesiedelten Gesprächsanalysen und ihre aufgezeigten Konsequenzen lassen ein Überdenken und ‚ergebnisoffenes‘ Prüfen der institutionellen Rahmenbedingungen der psychiatrischen und psychotherapeutischen Patienten- und Angehörigenversorgung bzw. -betreuung sinnvoll und notwendig erscheinen. Als konkrete Beispiele lassen sich hier die drei folgenden Ansatzpunkte nennen, wenngleich deren Umsetzung teilweise juristisch auf den ersten Blick durchaus nicht ganz unkritisch zu sehen ist und die wohl durchdacht werden müsste:

1. Einführung zweifach ausgerichteter Betreuungs- und Informationsangebote für die Angehörigen, erstens im Hinblick auf ihre Rolle als von der Erkrankung in mehrerlei Hinsicht Mitbetroffene und zweitens im Hinblick auf ihre Rolle als Kotherapeuten des Patienten, verbunden mit der Einführung standardisierter Prozesse zur Information der Angehörigen über diese Angebote
2. (partielle) Entbindung der behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber den Angehörigen
3. integrierte Patientenversorgung und Angehörigenbetreuung, d.h. Betreuung aller Betroffenen ‚aus/in einer Hand‘, um eine stets aktuelle, dem jeweiligen Zustand des Patienten angemessene und aufeinander abgestimmte Betreuung zu gewährleisten

Voraussetzung für diese und weitere Maßnahmen ähnlicher Art ist die Wahrnehmung und Verinnerlichung der ‚laienhelferischen‘ Familienangehörigen in ihrer Rolle als Ko-therapeuten des Patienten und damit als (gleichwertige) Partner der gesundheitsprofessionellen Betreuer.

Mit der vorliegenden Arbeit verbindet sich so die Hoffnung, nicht nur im Rahmen der linguistischen Forschung einen Anstoß zu geben, dem eingangs zitierten ‚Wegweiser‘ Novalis‘ zu folgen und, wenn nicht die Welt der „Vergangenheit“, so doch die „Zukunft“ der psychiatrischen Angehörigenbetreuung zu verbessern.

Literaturverzeichnis

- Ágel, Vilmos / Hennig, Mathilde (Hrsgg.) (2007)** *Zugänge zur Grammatik der gesprochenen Sprache*. Tübingen: Niemeyer. (Reihe Germanistische Linguistik; 269).
- Aldridge-Morris, R. (1993)** *Professional scepticism towards multiple personality disorder*. In: *The British Journal of Psychiatry*, Jg. 162, S. 569–570.
- American Psychiatric Association (2000)** *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders (DSM)*. 4th Edition (Text Revision). Online vorhanden unter <http://www.behavenet.com/capsules/disorders/dsm4TRclassification.htm>, zuletzt geprüft am 24.11.2008.
- Antaki, Charles / Billig, Michael / Edwards, Derek / Potter, Jonathan (2003)** *Discourse analysis means doing analysis. A critique of six analytic shortcomings*. In: *Discourse Analysis Online*, Jg. 1, H. 1, [33 S.; keine Paginierung]. Online vorhanden unter <http://www.shu.ac.uk/daol/articles/v1/n1/a1/antaki2002002-paper.html>, zuletzt geprüft am 31.12.2007.
- Anti-Stigma-Arbeitsgruppe der LMU ([o.J.])** *Ursachen der Schizophrenie*. Im Zusammenhang mit BASTA, der Bayerischen Anti-Stigma-Aktion. Online vorhanden unter http://www.kompetenznetz-schizophrenie.de/rdkns/Dateien/MF_Aetiologie.pdf, zuletzt geprüft am 24.11.2008.
- Antos, Gerd (1999/2002)** *Mythen, Metaphern, Modelle. Konzeptualisierung von Kommunikation aus dem Blickwinkel der Angewandten Diskursforschung*. In: Gisela Brünner, Reinhard Fiehler, Walther Kindt (Hrsgg.) *Angewandte Diskursforschung. Band 1: Grundlagen und Beispielanalysen*. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, 2002. S. 93–117. Online vorhanden unter <http://www.verlag-gespraechsforschung.de/2002/diskursforschung/1-093-117.pdf>, zuletzt geprüft am 28.11.2007. [Erstveröffentlichung: Opladen: Westdeutscher Verlag, 1999].
- Antos, Gerd / Ventola, Eija (Hrsgg.) (2008)** *Handbook of Interpersonal Communication*. Berlin, New York: Mouton de Gruyter. (Handbooks of Applied Linguistics; 2).
- Asani, F. / Eissmann, I. / Henkel, R. (2007)** *Angehörigenarbeit bei schizophrenen Erkrankungen als pflegerische Aufgabe*. In: *Psychiatrische Pflege*, Jg. 13, S. 188–189. Online vorhanden unter doi:10.1055/s-2007-963244, zuletzt geprüft am 22.08.2007.
- Auer, Peter (1999)** *Sprachliche Interaktion. Eine Einführung anhand von 22 Klassikern*. Tübingen: Niemeyer. (Konzepte der Sprach- und Literaturwissenschaft; 60).
- Baecker, Dirk (2007)** *Zur Krankenbehandlung im Krankenhaus*. In: Irmhild Saake, Werner Vogd (Hrsgg.) *Moderne Mythen der Medizin. Studien zur organisierten Krankenbehandlung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 39–62.
- Bartsch, Elmar (2001)** *Was heißt eigentlich „Kommunikation“? Vorschläge zu einer differenzierten Verwendung dieses Begriffs*. In: Dieter-W. Allhoff, Henner Barthel, Elmar Bartsch, et al. (Hrsgg.) *Schlüsselkompetenz mündliche Kommunikation*. München [u.a.]: E. Reinhardt. (Sprache und Sprechen; 37). S. 31–48.
- Bateson, Gregory / Jackson, Don D. / Haley, Jay / Weakland, John H. (1956)** *Toward a Theory of Schizophrenia*. In: *Behavioral Science*, Jg. 1, S. 251–264.
- Bausinger, Hermann (1984)** *Dialekte, Sprachbarrieren, Sondersprachen. Deutsch für Deutsche*. Überarb. Neuausg. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Becker-Mrotzek, Michael (1999)** *Diskursforschung und Kommunikation*. 2., verb. u. erw. Aufl. Heidelberg: Groos. (Studienbibliographien Sprachwissenschaft; 4).

- Becker-Mrotzek, Michael (1992)** *Diskursforschung und Kommunikation in Institutionen*. Heidelberg: Groos. (Studienbibliographien Sprachwissenschaft; 4).
- Becker-Mrotzek, Michael / Brünner, Gisela (Hrsgg.) (1994/2004)** *Analyse und Vermittlung von Gesprächskompetenz*. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung. Online vorhanden unter <http://www.verlag-gespraechsforschung.de/2004/becker1.htm>, zuletzt geprüft am 29.11.2007. [Erstveröffentlichung: Frankfurt am Main [u.a.]: Lang, 1994].
- Bender, Christiane (2002)** *Beobachtung*. In: Günter Endruweit, Gisela Trommsdorff (Hrsgg.) *Wörterbuch der Soziologie*. 2., neu bearb. u. erw. Aufl. Stuttgart: Lucius & Lucius. (Uni-Taschenbücher; 2232). S. 47–50.
- Benner, D.G. / Joscelyne, B. (1984)** *Multiple personality as a borderline disorder*. In: *The Journal of nervous and mental disease*, Jg. 172, H. 2, S. 98–104.
- Berger, Peter L. / Luckmann, Thomas (1966/2004)** *Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Eine Theorie der Wissenssoziologie*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag, 2004. [Erstveröffentlichung unter dem Titel: *The Social Construction of Reality*. Garden City, New York: Doubleday, 1966].
- Biere, Bernd-Ulrich (2008)** *Sprachwissenschaft als verstehende Wissenschaft*. In: Heidrun Kämper, Ludwig M. Eichinger (Hrsgg.) *Sprache – Kognition – Kultur. Sprache zwischen mentaler Struktur und kultureller Prägung*. Berlin, New York: de Gruyter. (Jahrbuch des Instituts für Deutsche Sprache; 2007). S. 262–276.
- Biere, Bernd-Ulrich (2007)** *Linguistische Hermeneutik und hermeneutische Linguistik*. In: Fritz Hermanns, Werner Holly (Hrsgg.) *Linguistische Hermeneutik. Theorie und Praxis des Verstehens und Interpretierens*. Tübingen: Niemeyer. (Reihe Germanistische Linguistik; 272). S. 7–21.
- Biere, Bernd-Ulrich (1994)** *Verstehen und Beschreiben von Dialogen*. In: Gerd Fritz, Franz Hundsnurscher (Hrsgg.) *Handbuch der Dialoganalyse*. Tübingen: Niemeyer. S. 155–175.
- Bleuler, Eugen (1911)** *Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien*. Leipzig, Wien: Deuticke. (Handbuch der Psychiatrie – Spezieller Teil; Abt. 4; Hälfte 1).
- Bliesener, Thomas (1993)** *Beratung als ärztliche Aufgabe – Irrwege und Auswege. Mit einem Beispiel aus der ärztlichen Aidsberatung*. In: Petra Löning, Jochen Rehbein (Hrsgg.) *Arzt-Patienten-Kommunikation. Analysen zu interdisziplinären Problemen des medizinischen Diskurses*. Berlin, New York: de Gruyter. S. 45–65.
- Blumer, Herbert (1969/1973)** *Der methodologische Standort des Symbolischen Interaktionismus*. In: Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen (Hrsg.) *Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit*. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt. S. 80-146. [Erstveröffentlichung unter dem Titel: *Symbolic Interactionism: Perspective and Method*. Berkeley: University of California Press. Berkeley: University of California Press, 1969].
- Blumer, Herbert (1938)** *Social Psychology*. In: Emerson P. Schmidt (Hrsg.) *Man and Society*. New York: Prentice Hall. S. 144–198.
- Bohnsack, Ralf (2004)** *Gruppendiskussion*. In: Uwe Flick, Ernst von Kardoff, Ines Steinke (Hrsgg.) *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. 3. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt. (rowohlt's enzyklopädie; 55628). S. 369–383.
- Boorse, Christopher (1977)** *Health as a theoretical concept*. In: *Philosophy of Science*, Jg. 44, H. 4, S. 542–573. Online vorhanden unter DOI: 10.1086/288768, zuletzt geprüft am 31.01.2008.

- Boorse, Christopher (1976)** *What a theory of mental health should be*. In: Journal for the Theory of Social Behaviour, Jg. 6, H. 1, S. 61–84. Online vorhanden unter doi:10.1111/j.1468-5914.1976.tb00359.x, zuletzt geprüft am 19.01.2008.
- Boorse, Christopher (1975)** *On the distinction between disease and illness*. In: Philosophy and Public Affairs, Jg. 5, H. 1, S. 49–68. Online vorhanden unter <http://links.jstor.org/sici?sici=0048-3915%28197523%295%3A1%3C49%3AOTDBDA%3E2.0.CO%3B2-4>, zuletzt geprüft am 30.01.2008.
- Bousfield, Derek (2007)** *Impoliteness, preference organization and conducivity*. In: Multilingua – Journal of Cross-Cultural and Interlanguage Communication, Jg. 26, H. 1, S. 1–33. Online vorhanden unter doi:10.1515/MULTI.2007.001, zuletzt geprüft am 04.12.2007.
- Brill, Karl E. / Marschner, Rolf (2005)** *Psychisch Kranke im Recht. Ein Wegweiser*. 4., veränd. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Brinker, Klaus / Sager, Sven F. (2001)** *Linguistische Gesprächsanalyse. Eine Einführung*. 3., durchges. u. erw. Aufl. Berlin: Erich Schmidt. (Grundlagen der Germanistik; 30).
- Brown, Penelope / Levinson, Stephen C. (1978/2006)** *Politeness. Some Universals in Language Usage*. Reissue with corrections, new introduction and new bibliography. Cambridge [u.a.]: Cambridge University Press. (Studies in Interactional Sociolinguistics; 4). [Erstveröffentlichung: Cambridge [u.a.]: Cambridge University Press, 1978].
- Brünner, Gisela / Fiehler, Reinhard / Kindt, Walther (Hrsgg.) (1999/2002)** *Angewandte Diskursforschung*. 2 Bände. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung. Online vorhanden unter www.verlag-gespraechsforschung.de. zuletzt geprüft am 29.11.2007. [Erstveröffentlichung: Opladen: Westdeutscher Verlag, 1999].
- Brünner, Gisela / Gülich, Elisabeth (2002)** *Verfahren in der Veranschaulichung in der Experten-Laien-Kommunikation*. In: Dies. (Hrsgg.) *Krankheit verstehen. Interdisziplinäre Beiträge zur Sprache in Krankheitsdarstellungen*. Bielefeld: Aisthesis. (Bielefelder Schriften zu Linguistik und Literaturwissenschaft; 18). S. 17–94.
- Brünner, Gisela / Gülich, Elisabeth (Hrsgg.) (2002)** *Krankheit verstehen. Interdisziplinäre Beiträge zur Sprache in Krankheitsdarstellungen*. Bielefeld: Aisthesis. (Bielefelder Schriften zu Linguistik und Literaturwissenschaft; 18).
- Bublitz, Wolfram / Kühn, Peter (1981)** *Aufmerksamkeitssteuerung. Zur Verständnissicherung des Gemeinten und des Mitgemeinten*. In: Zeitschrift für Germanistische Linguistik, Jg. 9, S. 55–76.
- Bucher, Hans-Jürgen (1994)** *Frage-Antwort-Dialoge*. In: Gerd Fritz, Franz Hundsnurscher (Hrsgg.) *Handbuch der Dialoganalyse*. Tübingen: Niemeyer. S. 239–258.
- Buchholz, Martin B. (2002)** *Metaphern im therapeutischen Kontakt. Qualitative Ergebnisse einer triadischen Studie*. In: Gisela Brünner, Elisabeth Gülich (Hrsgg.) *Krankheit verstehen. Interdisziplinäre Beiträge zur Sprache in Krankheitsdarstellungen*. Bielefeld: Aisthesis. (Bielefelder Schriften zu Linguistik und Literaturwissenschaft; 18). S. 263–300.
- Bührig, Kristin (1996)** *Reformulierende Handlungen. Zur Analyse sprachlicher Adaptierungsprozesse in institutioneller Kommunikation*. Tübingen: Narr. (Kommunikation und Institution; 23). [Zugl.: Hamburg, Univ., Diss., 1994]
- Bührig, Kristin / Durlanik, Latif / Meyer, Bernd (2000)** *Arzt-Patienten-Kommunikation im Krankenhaus. Konstitutive Handlungseinheiten, institutionelle Handlungslinien*. Hamburg: Universität Hamburg. (Arbeiten zur Mehrsprachigkeit – Folge B; 2/2000).
- Bührig, Kristin / Matras, Yaron (1999)** *Einleitung*. In: Dies. (Hrsgg.) *Sprachtheorie und sprachliches Handeln. Festschrift für Jochen Rehbein zum 60. Geburtstag*. Tübingen: Stauffenburg. (Stauffenburg-Festschriften). S. vii–xii.

- Buijssen, Huub (1993/1996)** *Die Beratung von pflegenden Angehörigen*. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union, 1996. [Erstveröffentlichung unter dem Titel: *Hulpverlening aan zorgende familieleden*. Amsterdam: Boom, 1993].
- Bull, N. / Wittmund, B. / Wilms, H. U. / Guhne, U. / Angermeyer, M. C. (2005)** *Ein Unterstützungsprogramm für Lebenspartner von Menschen mit depressiven oder schizophrenen Störungen*. In: *Gesundheitswesen*, Jg. 67, H. 7, S. 478–484. Online vorhanden unter doi:10.1055/s-2005-858517, zuletzt geprüft am 12.08.2007.
- Bundesärztekammer (2007)** *(Muster-)Weiterbildungsordnung*. Stand September 2007. Online vorhanden unter http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/MWBO_28092007-1.pdf, zuletzt geprüft am 24.11.2008.
- Bundesministerium der Justiz (1976/2008)** *Abgabenordnung (AO)*. Fassung der Bekanntmachung vom 1. Oktober 2002 (BGBl. I S. 3866; 2003 I S. 61), zuletzt geändert durch Artikel 7a des Gesetzes vom 13. August 2008 (BGBl. I S. 1690). Online vorhanden unter http://bundesrecht.juris.de/ao_1977/, zuletzt geprüft am 12.11.2008. [Ausfertigungsdatum: 16.03.1976].
- Bundesministerium der Justiz (1896/2008)** *Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)*. Fassung der Bekanntmachung vom 2. Januar 2002 (BGBl. I S. 42, 2909; 2003 I S. 738), zuletzt geändert durch Artikel 6 des Gesetzes vom 12. August 2008 (BGBl. I S. 1666). Online vorhanden unter <http://bundesrecht.juris.de/bgb/>, zuletzt geprüft am 12.11.2008. [Ausfertigungsdatum: 18.08.1896].
- Bundesministerium der Justiz (1871/2008)** *Strafgesetzbuch (StGB)*. Fassung der Bekanntmachung vom 13. November 1998 (BGBl. I S. 3322), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 13. August 2008 (BGBl. I S. 1690). Online vorhanden unter <http://bundesrecht.juris.de/stgb/>, zuletzt geprüft am 12.11.2008. [Ausfertigungsdatum: 15.05.1871].
- Burkhardt, Amelie / Rudorf, Stefanie / Brand, Carolin / Rockstroh, Brigitte / Studer, Karl / Lettke, Frank / Lüscher, Kurt (2007)** *Ambivalenzen in der Beziehung von Eltern zu einem schizophreniekranken oder substanzabhängigen erwachsenen Kind. Vergleich mit der Beziehung zu gesunden Geschwistern und gewöhnlichen Generationenbeziehungen*. In: *Psychiatrische Praxis*, Jg. 34, H. 5, S. 230–238. Online vorhanden unter doi:10.1055/s-2006-940064, zuletzt geprüft am 16.09.2007.
- Büschges-Abel, Winfried (2000)** *Systemische Beratung in Familien mit behinderten oder erkrankten Angehörigen. Ein lösungsorientierter Ansatz für Heilpädagogik und klinische Soziale Arbeit*. Neuwied: Luchterhand.
- Callahan, Daniel (1973)** *The WHO definition of 'health'*. In: *The Hastings Center Studies*, Jg. 1, H. 3, S. 77–87. Online vorhanden unter <http://links.jstor.org/sici?sici=0093-3252%281973%291%3A3%3C77%3ATWDO%27%3E2.0.CO%3B2-S>, zuletzt geprüft am 01.02.2008.
- Camus, Albert (1947/1994)** *La peste*. Paris: Gallimard, 1994. (folio; 42). [Erstveröffentlichung: Paris, 1947].
- Carius, Dirk / Steinberg, Holger / Bauer, Manfred / Angermeyer, Matthias C. (2007)** *Psychiatrisches Krankenhaus, Klinik, Zentrum für Psychiatrie, Psychatrium. Trends und Wandlungen in den Bezeichnungen psychiatrischer Kliniken in Deutschland im 20. Jahrhundert*. In: *Psychiatrische Praxis*, Jg. 34, H. 2, S. 87–92. Online vorhanden unter doi:10.1055/s-2005-915392, zuletzt geprüft am 18.09.2007.
- Cassell, Eric J. (1976)** *Disease as an "it". Concepts of disease revealed by patients' presentation of symptoms*. In: *Social Science & Medicine*, Jg. 10, 3–4, S. 143–146. Online vorhanden unter doi:10.1016/0037-7856(76)90040-8, zuletzt geprüft am 28.11.2007.

- Culpeper, Jonathan (2008)** *Reflections on Impoliteness, Relational Work and Power*. In: Derek Bousfield, Miriam A. Locher (Hrsgg.) *Impoliteness in Language. Studies on Its Interplay with Power in Theory and Practice*. Berlin, New York: Mouton de Gruyter. (Language, Power and Social Process; 21). S. 17–44.
- Dell, P.F. (2006)** *A new model of dissociative identity disorder*. In: The Psychiatric Clinics of North America, Jg. 29, H. 1, S. 1-26, vii. Online vorhanden unter doi:10.1016/j.psc.2005.10.013, zuletzt geprüft am 17.10.2007.
- Deppermann, Arnulf (2006)** *Construction Grammar – Eine Grammatik für die Interaktion?* In: Arnulf Deppermann, Reinhard Fiehler, Thomas Spranz-Fogasy (Hrsgg.) *Grammatik und Interaktion. Untersuchungen zum Zusammenhang von grammatischen Strukturen und Gesprächsprozessen*. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung. S. 43–65. Online vorhanden unter <http://www.verlag-gespraechsforschung.de/2006/deppermann-download.htm>, zuletzt geprüft am 27.08.2007.
- Deppermann, Arnulf (2006a)** *Deontische Infinitivkonstruktionen. Syntax, Semantik, Pragmatik und interaktionale Verwendung*. In: Susanne Günthner, Wolfgang Imo (Hrsgg.) *Konstruktionen in der Interaktion*. Berlin, New York: de Gruyter. (Linguistik – Impulse & Tendenzen; 20). S. 240–262.
- Deppermann, Arnulf (2005)** *Glaubwürdigkeit im Konflikt. Rhetorische Techniken in Streitgesprächen – Prozessanalysen von Schlichtungsgesprächen*. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung. Online vorhanden unter <http://www.verlag-gespraechsforschung.de/2005/deppermann-download.htm>, zuletzt geprüft am 18.02.2008. [Erstveröffentlichung: Freiburg (Breisgau), Univ., Diss., 1996; Frankfurt am Main [u.a.]: Lang, 1997. (Europäische Hochschulschriften: Reihe 21, Linguistik; 184)].
- Deppermann, Arnulf (2001)** *Gespräche analysieren. Eine Einführung*. 2. durchges. Aufl. Opladen: Leske + Budrich. (Qualitative Sozialforschung; 3).
- Deppermann, Arnulf (1997/2005)** *Glaubwürdigkeit im Konflikt. Rhetorische Techniken in Streitgesprächen – Prozessanalysen von Schlichtungsgesprächen*. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung. [Erstveröffentlichung: Frankfurt am Main [u.a.]: Lang, 1997; zugl.: Freiburg (Breisgau), Univ., Diss., 1996].
- Deppermann, Arnulf / Schütte, Wilfried (2008)** *Data and transcription*. In: Gerd Antos, Eija Ventola (Hrsgg.) *Handbook of Interpersonal Communication*. Berlin, New York: Mouton de Gruyter. (Handbooks of Applied Linguistics; 2). S. 179–213.
- Derrida, Jacques (1967)** *L'écriture et la différence*. Paris: Editions du Seuil.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hrsg.) (2006)** *Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. Band 1: Systematisches Verzeichnis. WHO-Ausgabe. Version 2006, Stand Oktober 2005*. 10. Revision. Köln: Eigenverlag. Online vorhanden unter <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icd-10-gm/version2009/regelwerk/x2vbp2006.zip>. zuletzt geprüft am 12.11.2008.
- Deveugele, Myriam / Derese, Anselm / van Brink-Muinen, Atie den / Bensing, Jozien / De Maeseneer, Jan (2002)** *Consultation length in general practice. Cross sectional study in six European countries*. In: British Medical Journal, Jg. 325, S. 472–477. Online vorhanden unter doi:10.1136/bmj.325.7362.472, zuletzt geprüft am 25.01.2008.
- Drew, Paul (2001)** *Spotlight on the patient*. In: Text + Talk – An Interdisciplinary Journal of Language, Discourse & Communication Studies, Jg. 21, 1-2, S. 261–268.
- Dudenredaktion (Hrsg.) (2001)** *Duden – Deutsches Universalwörterbuch*. 4., neu bearb. und erw. Aufl. Mannheim [u.a.]: Dudenverlag.

- Dürscheid, Christa (2005)** *Medien, Kommunikationsformen, kommunikative Gattungen*. In: Linguistik Online, Jg. 22, H. 1, S. [ohne Paginierung]. Online vorhanden unter http://www.linguistik-online.de/22_05/duerscheid.pdf, zuletzt geprüft am 25.01.2008.
- Ehlich, Konrad (1989/2007)** *Einige Fragen zur Terminologiebildung und -verwendung in der Diskursanalyse. Sprache und sprachliches Handeln. Band 3: Diskurs – Narration – Text – Schrift*. Berlin, New York: de Gruyter, 2007. S. 17–23. [Erstveröffentlichung: In: Pätzold, Margita / Lindemann, Petra (Hrsgg.) (1989): *Kommunikationstagung 1989. Internationale Arbeitstagung in Wulkow, 18.-20. April 1989*. Berlin: Akad. der Wiss. der DDR, Zentralinst. für Sprachwiss. (Linguist. Studien, Reihe A: Arbeitsberichte; 199). S. 12–18].
- Ehlich, Konrad (1987/2007)** *so – Überlegungen zum Verhältnis sprachlicher Formen und sprachlichen Handelns, allgemein und an einem widerspenstigen Beispiel. Sprache und sprachliches Handeln. Band 2: Prozeduren des sprachlichen Handelns*. Berlin, New York: de Gruyter. S. 141–167. [Erstveröffentlichung: In: Inger Rosengren (Hrsg.) (1987): *Sprache und Pragmatik. Lunder Symposium 1986*. Stockholm: Almqvist & Wiksell. (Lunder germanist. Forschungen; 55). S. 279–298].
- Ehlich, Konrad (2006)** *Sprachliches Handeln - Interaktion und sprachliche Strukturen*. In: Arnulf Deppermann, Reinhard Fiehler, Thomas Spranz-Fogasy (Hrsgg.) *Grammatik und Interaktion. Untersuchungen zum Zusammenhang von grammatischen Strukturen und Gesprächsprozessen*. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung. S. 11–20. Online vorhanden unter <http://www.verlag-gespraechsforschung.de/2006/pdf/grammatik.pdf>, zuletzt geprüft am 27.08.2007.
- Ehlich, Konrad (1986/1991)** *Funktional-pragmatische Kommunikationsanalyse. Ziele und Verfahren*. In: Dieter Flader (Hrsg.) *Verbale Interaktion. Studien zur Empirie und Methodologie der Pragmatik*. Stuttgart: Metzler, 1991. S. 127–143. [Erstveröffentlichung: In: Wolfdietrich Hartung (Hsg.) (1986) *Untersuchungen zur Kommunikation – Ergebnisse und Perspektiven. Internationale Arbeitstagung in Bad Stuer Dezember 1985*. Berlin: Akad. der Wiss. der DDR, Zentralinst. für Sprachwiss. (Linguist. Studien, Reihe A: Arbeitsberichte; 149). S. 15–40].
- Ehlich, Konrad / Rehbein, Jochen (1979/1994)** *Institutionsanalyse. Prolegomena zur Untersuchung von Kommunikation in Institutionen*. In: Gisela Brünner, Gabriele Graefen (Hrsgg.) *Texte und Diskurse. Methoden und Forschungsergebnisse der Funktionalen Pragmatik*. Opladen: Westdeutscher Verlag, 1994. S. 287–327. [Erstveröffentlichung: Düsseldorf: Seminar für Allgemeine Sprachwissenschaft, 1979 (mimeo)].
- Ehlich, Konrad / Rehbein, Jochen (1979)** *Sprachliche Handlungsmuster*. In: Hans-Georg Soeffner (Hrsgg.) *Interpretative Verfahren in den Sozial- und Textwissenschaften*. Stuttgart: Metzler. S. 242–274.
- Eirmbter, Willy H. / Hahn, Alois / Jacob, Rüdiger (1993)** *AIDS und die gesellschaftlichen Folgen*. Frankfurt am Main [u.a.]: Campus (Campus-Forschung; 704).
- Eisenberg, Peter (2007)** *Sollen Grammatiken die gesprochene Sprache beschreiben? Sprachmodalität und Sprachstandard*. In: Vilmos Ágel, Mathilde Hennig (Hrsgg.) *Zugänge zur Grammatik der gesprochenen Sprache*. Tübingen: Niemeyer. (Reihe Germanistische Linguistik; 269). S. 275–295.
- Eisenberg, Peter (1999)** *Grundriss der deutschen Grammatik. Band 2: Der Satz*. Stuttgart: Metzler.
- Engel, Ulrich (2004)** *Deutsche Grammatik*. Neubearb. München: Iudicum.
- Esser, Hartmut (2000)** *Soziologie. Spezielle Grundlagen. Band 5: Institutionen*. Frankfurt am Main, New York: Campus.

- Fiehler, Reinhard (2007)** *Thesen zur Struktur einer Grammatik der gesprochenen Sprache*. In: Vilmos Ágel, Mathilde Hennig (Hrsgg.) *Zugänge zur Grammatik der gesprochenen Sprache*. Tübingen: Niemeyer. (Reihe Germanistische Linguistik; 269). S. 297–314.
- Fiehler, Reinhard (2006)** *Was gehört in eine Grammatik gesprochener Sprache? Erfahrungen beim Schreiben eines Kapitels der neuen DUDEN-Grammatik*. In: Arnulf Deppermann, Reinhard Fiehler, Thomas Spranz-Fogasy (Hrsgg.) *Grammatik und Interaktion. Untersuchungen zum Zusammenhang von grammatischen Strukturen und Gesprächsprozessen*. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung. S. 21–39. Online vorhanden unter <http://www.verlag-gespraechsforschung.de/2006/deppermann-download.htm>, zuletzt geprüft am 27.08.2007.
- Fiehler, Reinhard (2005)** *Gesprochene Sprache*. In: Kathrin Razum, Peter Eisenberg (Hrsgg.) *Duden – Die Grammatik*. 7., völlig neu erarb. u. erw. Aufl. Mannheim: Dudenverlag. (Der Duden in zwölf Bänden; 4). S. 1175–1256.
- Fiehler, Reinhard (2001)** 134. *Emotionalität im Gespräch*. In: K. Brinker, G. Antos, W. Heine-mann, S.F. Sager (Hrsgg.) *Text- und Gesprächslinguistik. / Linguistics of Text and Conversation. Ein Handbuch zeitgenössischer Forschung*. 2. Halbband. Berlin, New York: de Gruyter (Handbücher zur Sprach- und Kommunikationswissenschaft; 16.2). S. 1425–1438.
- Fiehler, Reinhard (1990)** *Kommunikation, Information und Sprache. Alltagsweltliche und wissenschaftliche Konzeptualisierungen und der Kampf um die Begriffe*. In: Rüdiger Weingarten (Hrsg.) *Information ohne Kommunikation? Die Loslösung der Sprache vom Sprecher*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag. (Fischer-Taschenbücher: Fischer-Sachbuch; 4185). S. 99-128.
- Finzen, Asmus (2004)** *Schizophrenie. Die Krankheit verstehen*. 7., korr. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Fix, Ulla / Adamzik, Kirsten / Antos, Gerd / Klemm, Michael (Hrsgg.) (2002)** *Brauchen wir einen neuen Textbegriff? Antworten auf eine Preisfrage*. Frankfurt am Main [u.a.]: Lang. (Forum Angewandte Linguistik; 40).
- Flick, Uwe (2004)** *Design und Prozess qualitativer Forschung*. In: Uwe Flick, Ernst von Kardoff, Ines Steinke (Hrsgg.) *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. 3. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt. (rowohlts enzyklopädie; 55628). S. 252–264.
- Flick, Uwe (2002)** *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt. (rowohlts enzyklopädie; 55654).
- Flick, Uwe (Hrsg.) (1998)** *Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit*. Weinheim [u.a.]: Juventa.
- Flick, Uwe (1991)** *Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Überblick und Einleitung*. In: Ders. (Hrsg.) *Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Subjektive Theorien und soziale Repräsentationen*. Heidelberg: Asanger. S. 9-27.
- Foucault, Michel (1972/2006)** *Histoire de la folie à l'âge classique*. 2., veränd. Aufl. Paris : Gallimard, 2006. (tel; 9). [Erstveröffentlichung: Paris: Gallimard, 1972].
- Foucault, Michel (1961)** *Préface*. In: Ders. *Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris: Librairie Plon, 1961. (Civilisations d'hier et d'aujourd'hui).
- Foudrain, J. (1961/1969)** *Schizophrenie und Familie. Überblick über die Literatur zur Ätiologie der Schizophrenie aus den Jahren 1956–1960*. In: Gregory Bateson, Don D. Jackson, Jay Haley [u.a.] (1984) *Schizophrenie und Familie. Beiträge zu einer neuen Theorie*. Frankfurt am Main: Suhrkamp. (Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft; 485). S. 305–342. [Erstveröffentlichung: In: Acta psychotherapeutica, Jg. 9, 1961, S. 82–110].

- Fritz, Gerd (1994)** *Grundlagen der Dialogorganisation*. In: Ders., Franz Hundsnurscher (Hrsgg.) *Handbuch der Dialoganalyse*. Tübingen: Niemeyer. S. 177–201.
- Fritz, Gerd / Hundsnurscher, Franz (Hrsgg.) (1994)** *Handbuch der Dialoganalyse*. Tübingen: Niemeyer.
- Funck, Astrid (2005)** *Die Sprachingenieure. Es geht nicht nur darum, was man sagt. Man muss auch wissen, wie*. In: brand eins, Jg. 7, H. 6, S. 80–83.
- Gadamer, Hans-Georg (2002)** *Behandlung und Gespräch*. In: Richard Rorty (Hrsg.) *Über die Verborgenheit der Gesundheit. Aufsätze und Vorträge*. Frankfurt am Main: Suhrkamp. (Bibliothek Suhrkamp; 1135). S. 159–175. [Erstveröffentlichung: unveröffentlicht; Vortrag bei Tagung über den Neurologen u. Psychiater A. Prinz Auersperg im Sept. 1989, Oettingen].
- Gadamer, Hans-Georg (1991/2002)** *Über die Verborgenheit der Gesundheit*. In: Ders. *Über die Verborgenheit der Gesundheit. Aufsätze und Vorträge*. Hrsg. von Richard Rorty. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 2002. S. 133–148. [Erstveröffentlichung: In: *Erfahrungskunde – Acta medica empirica: Zeitschrift für die ärztliche Praxis*, 1991, Jg. 40, H. 11, S. 804–808].
- Gadamer, Hans-Georg (1989/2002)** *Hermeneutik und Psychiatrie*. In: Ders. *Über die Verborgenheit der Gesundheit. Aufsätze und Vorträge*. Hrsg. von Richard Rorty. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 2002. S. 201–213. [Übersetzung eines unveröffentlichten (engl.) Vortrags für den psychiatrischen Kongress in San Francisco, 1989].
- Gaisser, Andrea / Stamatidis-Smidt, Hilke (2004)** *Die Bedeutung von Information für Krebspatienten und Erfahrungen aus der Arbeit des Krebsinformationsdienstes in Heidelberg*. In: *Der Onkologe*, Jg. 10, H. 12, S. 1339–1350. Online vorhanden unter doi:10.1007/s00761-004-0805-1, zuletzt geprüft am 12.08.2005.
- Gallmann, Peter (2005)** *Das Wort*. In: Kathrin Razum, Peter Eisenberg (Hrsgg.) *Duden – Die Grammatik*. 7., völlig neu erarb. u. erw. Aufl. Mannheim: Dudenverlag. (Der Duden in zwölf Bänden; 4). S. 129–394.
- Garfinkel, Harold (1967)** *Studies in Ethnomethodology*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.
- Gautier, Theophile (1856/1888)** *Avatar*. Paris: Marpon & Flammarion, 1888. (Auteurs célèbres). [Erstveröffentlichung: In: *Le moniteur universel*, 1856].
- Geideck, Susan / Liebert, Wolf-Andreas (Hrsgg.) (2003)** *Sinnformeln. Linguistische und soziologische Analysen von Leitbildern, Metaphern und anderen kollektiven Orientierungsmustern*. Berlin, New York: de Gruyter. (Linguistik – Impulse & Tendenzen; 2).
- Gemoll, Wilhelm (1965/1997)** *Griechisch-deutsches Schul- und Handwörterbuch*. Durchgesehen und erweitert von Karl Vretska. 9. Aufl. (Nachdruck). München: Oldenbourg. [Erstveröffentlichung der 9. Aufl.: Wien: Hölder-Pichler-Tempsky, 1965].
- Glaus-Hartmann, Marlis (2001)** *Stigma*. In: Silvia Käppeli (Hrsg.) *Pflegekonzepte: Phänomene im Erleben von Krankheit und Umfeld. Teil 3: Angehörige, Ungewißheit, Verwirrung, Kommunikation, Bewältigung, Schuld, Stigma, Macht, Aggression, Compliance, Humor*. Bern [u.a.]: Hans Huber. (Hans Huber Programmbereich Pflege). S. 163–181.
- Gloning, Thomas (1994)** *Praktische Semantik und Linguistische Kommunikationsanalyse*. In: Gerd Fritz, Franz Hundsnurscher (Hrsgg.) *Handbuch der Dialoganalyse*. Tübingen: Niemeyer. S. 113–130.
- Gloning, Thomas (1994a)** *Dialoganalyse und Semantik*. In: Gerd Fritz, Franz Hundsnurscher (Hrsgg.) *Handbuch der Dialoganalyse*. Tübingen: Niemeyer. S. 259–279.

- Glück, Helmut (2004)** *Metzler-Lexikon Sprache*. 2., überarb. Aufl. Ausg. auf CD-ROM. Berlin: Directmedia Publ. (Digitale Bibliothek; 34). [Erstveröffentlichung: Stuttgart: Metzler, 2004].
- Goethe, Johann Wolfgang (1812/1948ff.)** *Aus meinem Leben. Dichtung und Wahrheit*. In: Ders. *Goethes Werke. Hamburger Ausgabe in 14 Bänden. Textkritisch durchgesehen und mit Anmerkungen versehen von Erich Trunz*. Band 9. Ausg. auf CD-ROM. Berlin: Directmedia Publ. (Digitale Bibliothek; 125). [Erstveröffentlichung: Hamburg: Christian Wegener, 1948ff.].
- Goffman, Erving (1971)** *Relations in Public. Microstudies of the Public Order*. Harmondsworth [u.a.]: Penguin Books.
- Goffman, Erving (1961/1990)** *Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Reprint. New York: Anchor Books. [Erstveröffentlichung: New York: Anchor Books, 1961].
- Goffman, Erving (1955)** *On Face-Work. An Analysis of Ritual Elements in Social Interaction*. In: *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes*, Jg. 18, S. 213–231.
- Goettle, Gabriele (2004)** *Experten*. Frankfurt am Main: Eichborn. (Die andere Bibliothek; 236).
- Gohl, Christine (2007)** *Bedeutungskonstitution im Gespräch. Zur Interpretation und Repräsentation konnektiver Einheiten*. In: Vilmos Ágel, Mathilde Hennig (Hrsgg.) *Zugänge zur Grammatik der gesprochenen Sprache*. Tübingen: Niemeyer. (Reihe Germanistische Linguistik; 269). S. 35–71.
- Gohl, Christine (2006)** *Dass-Konstruktionen als Praktiken des Begründens*. In: Susanne Günthner, Wolfgang Imo (Hrsgg.) *Konstruktionen in der Interaktion*. Berlin, New York: de Gruyter. (Linguistik – Impulse & Tendenzen; 20). S. 181–204.
- Gohl, Christine (2006a)** *Begründen im Gespräch. Eine Untersuchung sprachlicher Praktiken zur Realisierung von Begründungen im gesprochenen Deutsch*. Tübingen: Niemeyer. (Reihe Germanistische Linguistik; 267).
- Goodyear-Smith, Felicity / Buetow, Stephen (2001)** *Power issues in the doctor-patient relationship*. In: *Health Care Analysis*, Jg. 9, H. 4, S. 449–462. Online vorhanden unter doi:10.1023/A:1013812802937, zuletzt geprüft am 26.09.2007.
- Greatbatch, David / Dingwall, Robert (1999)** *Professional neutralism in family mediation*. In: Srikant Sarangi, Celia Roberts (Hrsgg.) *Talk, Work and Institutional Order. Discourse in Medical, Mediation and Management Settings*. Berlin, New York: Mouton de Gruyter. (Language, Power and Social Process; 1). S. 271–292.
- Groeben, Norbert / Scheele, Burkhardt (1982)** *Einige Sprachregelungsvorschläge für die Erforschung subjektiver Theorien*. In: H.-D. Dann, W. Humpert, F. Krause, K.C. Tennstädt (Hrsgg.) *Analyse und Modifikation subjektiver Theorien von Lehrern. Ergebnisse und Perspektiven eines Kolloquiums*. Konstanz: Verlag, S. 13–39.
- Groeben, Norbert / Scheele, Burkhardt (1977)** *Argumente für eine Psychologie des reflexiven Subjekts. Paradigmawechsel vom behavioralen zum epistemologischen Menschenbild*. Darmstadt: Steinkopff.
- Groß, Kristian (2006)** *Wie lässt sich der Status von Angehörigen in Kliniken verbessern. Bericht über ein Münchner Modell*. In: *Psychosoziale Umschau*, H. 2/2006, S. 17–19. Online vorhanden unter http://psychiatrie.de/data/pdf/7e/03/00/psu_02_2006_17.pdf, zuletzt geprüft am 20.09.2008.
- Grube, Michael / Dorn, Anne (2007)** *Elternschaft bei psychisch Kranken*. In: *Psychiatrische Praxis*, Jg. 34, H. 2, S. 66–71. Online vorhanden unter doi:10.1055/s-2005-915394, zuletzt geprüft am 16.09.2007.

- Gstettner, Andreas (2001)** *Die Götter in Weiß und ihr „Fall“: Kritische Diskursanalyse zur Kommunikation zwischen Arzt und Patient anhand von Erstgesprächen an einer onkologischen Ambulanz. Eine empirische Untersuchung.* Graz, Univ., Diplomarbeit.
- Günther, Stefan (1990)** *Gespräche mit Angehörigen psychiatrischer Patienten. Eine Darstellung der Situation von Angehörigen, deren Erfahrungen mit und Erwartungen an die Psychiatrie.* Dissertation. Erlangen-Nürnberg: Friedrich-Alexander-Universität, Medizinische Fakultät.
- Günthner, Susanne (2008)** *Projektorkonstruktionen im Gespräch: Pseudoclefts, die Sache ist-Konstruktionen und Extrapositionen mit es.* In: Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion, Jg. 9, S. 86–114. Online vorhanden unter <http://www.gespraechsforschung-ozs.de/heft2008/ga-guenthner.pdf>, zuletzt geprüft am 19.03.2008.
- Günthner, Susanne (2007)** *Ansätze zur Erforschung der „kommunikativen Praxis“: Redewiedergabe in der Alltagskommunikation.* In: Vilmos Ágel, Mathilde Hennig (Hrsgg.) *Zugänge zur Grammatik der gesprochenen Sprache.* Tübingen: Niemeyer. (Reihe Germanistische Linguistik; 269). S. 73–98.
- Günthner, Susanne (2006)** *Grammatische Analysen der kommunikativen Praxis – ‚Dichte Konstruktionen‘ in der Interaktion.* In: Arnulf Deppermann, Reinhard Fiehler, Thomas Spranz-Fogasy (Hrsgg.) *Grammatik und Interaktion. Untersuchungen zum Zusammenhang von grammatischen Strukturen und Gesprächsprozessen.* Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung. S. 95–121. Online vorhanden unter <http://www.verlag-gespraechsforschung.de/2006/pdf/grammatik.pdf>, zuletzt geprüft am 27.08.2007.
- Günthner, Susanne (2000)** *Vorwurfsaktivitäten in der Alltagsinteraktion. Grammatische, prosodische, rhetorisch-stilistische und interaktive Verfahren bei der Konstitution kommunikativer Muster und Gattungen.* Tübingen: Niemeyer. (Reihe Germanistische Linguistik; 221). [Zugl.: Konstanz, Univ., Habil.-Schr., 1998].
- Günthner, Susanne (2000a)** *‚wobei (.) es hat alles immer zwei seiten.‘. Zur Verwendung von wobei im gesprochenen Deutsch.* In: Deutsche Sprache, Jg. 28, H. 4, S. 313–341. Online vorhanden unter <http://www.ub.uni-konstanz.de/kops/volltexte/2000/513/>, zuletzt geprüft am 03.01.2008.
- Günthner, Susanne (2000b)** *Zwischen direkter und indirekter Rede. Formen der Redewiedergabe in Alltagsgesprächen.* In: Zeitschrift für Germanistische Linguistik, Jg. 28, S. 1–22.
- Gutwinski, Stefan / Müller, Peter / Koller, Manfred (2007)** *Rehospitalisierungsfreie Intervalle bei schizophrenen Patienten unter oralen Atypika versus herkömmlichen Depotneuroleptika.* In: Psychiatrische Praxis, Jg. 34, H. 6, S. 289–291. Online vorhanden unter doi:10.1055/s-2006-951858, zuletzt geprüft am 22.08.2007.
- Habscheid, Stephan (2000)** *Das Mikro-Makro-Problem in der Gesprächsforschung.* In: Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion, Jg. 1, S. 125–148. Online vorhanden unter <http://www.gespraechsforschung-ozs.de/heft2000/ga-habscheid.pdf>, zuletzt geprüft am 12.12.2007.
- Haferlach, Torsten (1994)** *Das Arzt-Patient-Gespräch. Ärztliches Sprechen in Anamnese, Visite und Patientenaufklärung.* München [u.a.]: Zuckschwerdt.
- Häfner, Heinz (2007)** *Ist die Diagnose Schizophrenie noch sinnvoll?* In: Psychiatrische Praxis, Jg. 34, H. 4, S. 175–180. Online vorhanden unter DOI: 10.1055/s-2006-952032, zuletzt geprüft am 16.09.2007.
- Häfner, Heinz (2005)** *Das Rätsel Schizophrenie. Eine Krankheit wird entschlüsselt.* 3., vollst. überarb. Aufl. München: Beck.

- Hagemann, Jörg / Rolf, Eckard (2001)** 81. *Die Bedeutung der Sprechakttheorie für die Gesprächsforschung*. In: Klaus Brinker, Gerd Antos, Wolfgang Heinemann, Sven F. Sager (Hrsgg.) *Text- und Gesprächslinguistik. / Linguistics of Text and Conversation. Ein Handbuch zeitgenössischer Forschung*. 2. Halbband. Berlin, New York: de Gruyter. (Handbücher zur Sprach- und Kommunikationswissenschaft; 16.2). S. 885–896.
- Hahn, A. (1983)** *Fachkommunikation. Entwicklung, linguistische Konzepte, betriebliche Beispiele*. Berlin, New York: de Gruyter.
- Hall, Judith A. / Roter, Debra L. (2002)** *Do patients talk differently to male and female physicians? A meta-analytic review*. In: *Patient Education and Counseling*, Jg. 48, H. 3, S. 217–224. Online vorhanden unter doi:10.1016/S0738-3991(02)00174-X, zuletzt geprüft am 14.02.2008.
- Hall, Karin / Scheiner, Barbara (1998)** *Übungsgrammatik Deutsch als Fremdsprache für Fortgeschrittene*. 2. Aufl. Ismaning: Verlag für Deutsch.
- Hambrecht, Martin (2001)** *Wahrnehmung der frühen Psychose. Untersuchungen zur Eigen- und Fremdanamnese der beginnenden Schizophrenie*. Darmstadt: Steinkopff. (Monographien aus dem Gesamtgebiete der Psychiatrie; 103).
- Harris, Sandra (2003)** *Politeness and power. Making and responding to 'requests' in institutional settings*. In: *Text + Talk - An Interdisciplinary Journal of Language, Discourse & Communication Studies*, Jg. 23, H. 1, S. 27–52. Online vorhanden unter doi: 10.1515/text.2003.003, zuletzt geprüft am 23.03.2008.
- Hartog, Jennifer (1996)** *Das genetische Beratungsgespräch. Institutionalisierte Kommunikation zwischen Experten und Nicht-Experten*. Tübingen: Narr. (Kommunikation und Institution; 24). [Zugl.: Hamburg, Univ., Diss., 1995].
- Hartog, Jennifer (1993)** *Laienvorstellungen im genetischen Beratungsgespräch*. In: Petra Löning, Jochen Rehbein (Hrsgg.) *Arzt-Patienten-Kommunikation. Analysen zu interdisziplinären Problemen des medizinischen Diskurses*. Berlin, New York: de Gruyter. S. 115–133.
- Hausendorf, Heiko (2001)** 91. *Gesprächsanalyse im deutschsprachigen Raum*. In: Klaus Brinker, Gerd Antos, Wolfgang Heinemann, Sven F. Sager (Hrsgg.) *Text- und Gesprächslinguistik. / Linguistics of Text and Conversation. Ein Handbuch zeitgenössischer Forschung*. 2. Halbband. Berlin, New York: de Gruyter. (Handbücher zur Sprach- und Kommunikationswissenschaft; 16.2). S. 971–979.
- Henne, Helmut / Rehbock, Helmut (2001)** *Einführung in die Gesprächsanalyse*. 4., durchges. u. bibliogr. erg. Aufl. Berlin, New York: de Gruyter. (de Gruyter Studienbuch).
- Hessische Staatskanzlei (Hrsg.) (1952/1997)** *Gesetz über die Entziehung der Freiheit geisteskranker, geistesschwacher, rauschgift- oder alkoholsüchtiger Personen (Hessisches Freiheitsentzugsgesetz)*. Fassung vom 15.05.1952, zuletzt geändert durch Gesetz vom 15. Juli 1997 (GVBl. I S. 217): § 2. Online vorhanden unter http://www.hessenrecht.hessen.de/gesetze/35_gesundheitswesen/352-1-feg/feg.html, zuletzt geprüft am 24.11.2008.
- Herder, Johann Gottfried (1778/1978)** *Übers Erkennen und Empfinden in der menschlichen Seele*. In: *Sturm und Drang. Weltanschauliche und ästhetische Schriften*. Band 1. Hrsg. von Peter Müller. Berlin, Weimar: Aufbau, 1978. S. 339–431. [Entstanden 1774 als Antwort auf eine Preisfrage der Berliner Akademie der Wissenschaften. Überarb. Fassung 1775. Erstdruck: Riga: Hartknoch, 1778].
- Heringer, Hans Jürgen (1984)** *Textverständlichkeit. Leitsätze und Leitfragen*. In: *Zeitschrift für Literaturwissenschaft und Linguistik (LiLi)*, Jg. 55, S. 57–70.

- Heringer, Hans Jürgen (1979)** *Verständlichkeit. Ein genuiner Forschungsbereich der Linguistik?* In: Zeitschrift für Germanistische Linguistik (ZGL), Jg. 7, S. 255–278.
- Heringer, Hans Jürgen (1974)** *Praktische Semantik*. Stuttgart: Klett.
- Hermanns, Fritz (2007)** *Diskurshermeneutik*. In: Ingo Warnke (Hrsg.) *Diskurslinguistik nach Foucault. Theorie und Gegenstände*. Berlin, New York: de Gruyter. (Linguistik – Impulse & Tendenzen; 25). S. 187–210.
- Hermanns, Fritz (2007a)** *Empathie. Zu einem Grundbegriff der Hermeneutik*. In: Fritz Hermanns, Werner Holly (Hrsgg.) *Linguistische Hermeneutik. Theorie und Praxis des Verstehens und Interpretierens*. Tübingen: Niemeyer. (Reihe Germanistische Linguistik; 272). S. 127–171.
- Heym, Georg (1912)** *Umbra vitae. Nachgelassene Gedichte*. Hrsg. von David Baumgardt, Golo Gangi, W.S. Ghuttmann, Jacob van Hoddiss, Robert Jentzsch. Leipzig: Ernst Rowohlt.
- Hill, Paul B. / Kopp, Johannes (2002)** *Familiensoziologie. Grundlagen und theoretische Perspektiven*. 2., überarb. u. erw. Aufl. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag. (Studien-skripten zur Soziologie).
- Hillmann, Karl-Heinz (Hrsg.) (1994)** *Wörterbuch der Soziologie*. 4., überarb. und erg. Aufl. Stuttgart: Kröner. (Kröners Taschenausgabe; 410).
- Hindelang, Götz (1977)** *Jemanden um Rat fragen*. In: Zeitschrift für Germanistische Linguistik, Jg. 5, S. 34–44.
- Holly, Werner (2001)** 131. *Beziehungsmanagement und Imagearbeit*. In: Klaus Brinker, Gerd Antos, Wolfgang Heinemann, Sven F. Sager (Hrsgg.) *Text- und Gesprächslinguistik / Linguistics of Text and Conversation. Ein Handbuch zeitgenössischer Forschung*. 2. Halbband. Berlin, New York: de Gruyter. (Handbücher zur Sprach- und Kommunikationswissenschaft; 16.2). S. 1382–1393.
- Holly, Werner (1982)** *Sind Bewertungen ansteckend? Bemerkungen zu Sagers Aufsatz (in diesem Heft)*. In: Zeitschrift für Germanistische Linguistik, Jg. 10, S. 58–62.
- Holly, Werner (1979)** *Imagearbeit in Gesprächen. Zur linguistischen Beschreibung des Beziehungsaspekts*. Tübingen: Niemeyer. (Reihe Germanistische Linguistik; 18). [Zugl.: Heidelberg: Univ., Diss., 1976/77].
- Holly, Werner / Kühn, Peter / Püschel, Ulrich (1984)** *Für einen „sinnvollen“ Handlungsbegriff in der linguistischen Pragmatik*. In: Zeitschrift für Germanistische Linguistik (ZGL), Jg. 12, S. 275–312.
- Hömke, Sabine (2002)** *Kommunikation in Institutionen am Beispiel der Arzt-Patient-Kommunikation im Krankenhaus*. Stuttgart: Ibidem.
- Hopf, Christel (2004)** 5.2 *Qualitative Interviews – ein Überblick*. In: Uwe Flick, Ernst von Kardoff, Ines Steinke (Hrsgg.) *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt. (rowohlts enzyklopädie; 55628). S. 349–360.
- Hundsnurscher, Franz (2001)** 87. *Das Konzept der Dialoggrammatik*. In: Klaus Brinker, Gerd Antos, Wolfgang Heinemann, Sven F. Sager (Hrsgg.) *Text- und Gesprächslinguistik. / Linguistics of Text and Conversation. Ein Handbuch zeitgenössischer Forschung*. 2. Halbband. Berlin, New York: de Gruyter. (Handbücher zur Sprach- und Kommunikationswissenschaft; 16.2). S. 945–952.
- Hundsnurscher, Franz (1994)** *Dialog-Typologie*. In: Gerd Fritz, ders. (Hrsgg.) *Handbuch der Dialoganalyse*. Tübingen: Niemeyer. S. 203–238.

- Hurrelmann, Klaus (2002)** *Sozialisation*. In: Günter Endruweit, Gisela Trommsdorff (Hrsgg.) *Wörterbuch der Soziologie*. 2., neu bearb. u. erw. Aufl. Stuttgart: Lucius & Lucius. (Uni-Taschenbücher; 2232). S. 500–509.
- Hurrelmann, Klaus / Leppin, Anja (2001)** *Moderne Gesundheitskommunikation – eine Einführung*. In: Klaus Hurrelmann, Anja Leppin (Hrsgg.) *Moderne Gesundheitskommunikation. Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health*. Bern, Göttingen, Toronto: Hans Huber. (Programmbereich Gesundheit). S. 9-21.
- Imo, Wolfgang (2007)** *Construction Grammar und Gesprochene-Sprache-Forschung. Konstruktionen mit zehn matrixsatzfähigen Verben im gesprochenen Deutsch*. Tübingen: Niemeyer. (Reihe Germanistische Linguistik; 275).
- Imo, Wolfgang (2007a)** *Der Zwang zur Kategorienbildung: Probleme der Anwendung der Construction Grammar bei der Analyse gesprochener Sprache*. In: Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion, Jg. 8, S. 22–45. Online vorhanden unter <http://www.gespraechsforschung-ozs.de/heft2007/ga-imo.pdf>, zuletzt geprüft am 27.08.2007.
- Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) (2005)** *Gegenstandskatalog für den schriftlichen Teil des Ersten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung (ÄAppO 2002 IMPP-GK 1). Teilkatalog „Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie“*. Stand Februar 2005. Online vorhanden unter <http://www.impp.de/pdf/gk08n.pdf>, zuletzt geprüft am 24.11.2008.
- Jacob, Rüdiger (1995)** *Krankheitsbilder und Deutungsmuster. Wissen über Krankheit und dessen Bedeutung für die Praxis*. Opladen: Westdeutscher Verlag. (Studien zur Sozialwissenschaft; 154). [Zugl.: Trier, Univ., Diss., 1993/94].
- Jacob, Rüdiger / Michels, Harald / Richarz, Martin [u.a.] (2001)** *Krankheitsbilder als soziale Konstruktionen: Laienkonzepte von Krankheit*. In: Rüdiger Jacob, Harald Michels (Hrsgg.) *Regionaler Gesundheitssurvey für die Stadt Trier und den Landkreis Trier-Saarburg*. Trier. S. 11–23.
- Jähnel, Mathias / Rehm, Stefan / Pausch, Silke / Bartmann, Ulrich / Pratsch, Peter / Spörl, Karolin (2007)** *Untersuchungen zur Lebensqualität im heimangebundenen betreuten Wohnen für chronisch psychisch Kranke*. In: Psychiatrische Praxis, Jg. 34, H. Supplement 1, S. S136-S137. Online vorhanden unter doi:10.1055/s-2006-940215, zuletzt geprüft am 22.08.2007.
- Jaskolka, Silke (2000)** *Mündliche Instruktionen*. In: Zeitschrift für Angewandte Linguistik, Jg. 32, S. 77–104.
- Jefferson, Gail (1984)** *On the organization of laughter in talk about troubles*. In: J. Maxwell Atkinson, John Heritage (Hrsgg.) *Structures of Social Action. Studies in Conversational Analysis*. Cambridge [u.a.]: Cambridge University Press. (Studies in Emotion and Social Interaction). S. 346–369.
- Jensen, Stefan (1994)** *Im Kerngehäuse*. In: Gebhard Rusch, Siegfried J. Schmidt (Hrsgg.) *Konstruktivismus und Sozialtheorie*. Frankfurt am Main: Suhrkamp. (Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft; 1099). S. 47-108.
- Jones, Rodney H. (2001)** *Beyond the Screen. A Participatory Study of Computer Mediated Communication Among Hong Kong Youth. A Paper Presented at the Annual Meeting of the American Anthropological Association, Nov. 28-Dec. 2, 2001*. Veranstaltung vom 28.11. bis 02.12.2001. Berlin [u.a.]. Online vorhanden unter <http://personal.cityu.edu.hk/%7Eenrodney/Research/ICQPaper.doc>, zuletzt geprüft am 12.11.2008.

- Jungbauer, Johannes / Angermeyer, Matthias C. (2005)** *Subjektive Belastungslagen von Eltern und Partnern schizophrener Patienten*. In: Johannes Jungbauer, Jeannette Bischof (Hrsgg.) „*Unser Leben ist jetzt anders.*“ *Belastungen und Belastungsfolgen bei Angehörigen schizophrener Patienten*. Bonn: Psychiatrie-Verlag. (Forschung für die Praxis – Hochschulschriften). S. 35–49.
- Jungbauer, Johannes / Bischof, Jeannette / Angermeyer, Matthias C. (2005)** *Belastungen von Angehörigen psychisch Kranker. Entwicklungslinien, Konzepte und Ergebnisse der Forschung*. In: Johannes Jungbauer, Jeannette Bischof (Hrsgg.) „*Unser Leben ist jetzt anders.*“ *Belastungen und Belastungsfolgen bei Angehörigen schizophrener Patienten*. Bonn: Psychiatrie-Verlag. (Forschung für die Praxis – Hochschulschriften). S. 19–34.
- Jungbauer, Johannes / Wittmund, Bettina / Dietrich, Sandra / Angermeyer, Matthias C. (2004)** *The disregarded caregivers. Subjective burdens in spouses of schizophrenia patients*. In: Schizophrenia Bulletin, Jg. 30, H. 3, S. 665–675. Online vorhanden unter <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/cgi/reprint/30/3/665>, zuletzt geprüft am 15.06.2008.
- Kafka, Franz (1912/1950)** *Betrachtungen*. In: Ders. *Gesammelte Werke. Band 5*. Hrsg. von Max Brod. 9 Bände. Ausg. auf CD-ROM. Berlin: Directmedia Publ. (Digitale Bibliothek; 125). [Erstdruck der Sammlung: Leipzig: Rowohlt, 1913. Grundlage der CD-ROM-Ausg.: Frankfurt am Main: Fischer, 1950ff. S. 35.]
- Kallmeyer, Werner (Hrsg.) (1996)** *Gesprächsrhetorik. Rhetorische Verfahren im Gesprächsprozess*. Tübingen: Narr. (Studien zur deutschen Sprache; 4).
- Kameyama, Shinichi (1999)** *Wiederholen*. In: Kristin Bührig, Yaron Matras (Hrsgg.) *Sprachtheorie und sprachliches Handeln. Festschrift für Jochen Rehbein zum 60. Geburtstag*. Tübingen: Stauffenburg. (Stauffenburg-Festschriften). S. 187–202.
- Kant, Immanuel (1793/1977)** *Über den Gemeinspruch: Das mag in der Theorie richtig sein, taugt aber nicht für die Praxis*. In: Ders. *Werke in zwölf Bänden*. Hrsg. von Wilhelm Weischedel. Band 11. Frankfurt am Main: Suhrkamp. [Erstdruck in: Berlinische Monatsschrift, September 1793, S. 201-284].
- Keller, Rudi (1994)** *Sprachwandel. Von der unsichtbaren Hand in der Sprache*. 2. überarb. u. erw. Aufl. Tübingen: Francke. (Uni-Taschenbücher; 1567). [Erstveröffentlichung: Tübingen: Francke, 1990].
- Kempf, Dorothee (2007)** *Untersuchung der Gesprächszeit mit Patienten und Angehörigen unter Zugrundelegung der Arbeitszeitverteilung von Krankenhausärzten. Dissertation*. Freiburg im Breisgau: Online vorhanden unter <http://www.freidok.uni-freiburg.de/volltexte/3574/pdf/Endversion.pdf>, zuletzt geprüft am 12.12.2007.
- Kendell, Robert E. (2001)** *The distinction between physical and mental illnesses*. In: British Journal of Psychiatry, Jg. 178, S. 490–493.
- Kindt, Walther (2002)** *Interpretationsmethodik*. In: Gisela Brünner, Reinhard Fiehler, Walther Kindt (Hrsgg.) *Angewandte Diskursforschung. Band 1: Grundlagen und Beispielanalysen*. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung. S. 69–92. Online vorhanden unter www.verlag-gespraechsforschung.de, zuletzt geprüft am 22.07.2002.
- Kissling, Werner / Pitschel-Walz, Gabriele (2003)** *Mit Schizophrenie leben. Informationen für Patienten und Angehörige*. Stuttgart: Schattauer. (Alliance Psychoedukations-Programm).
- Klemm, Michael (2002)** *Wie hältst Du's mit dem Textbegriff? Pragmatische Antworten auf eine Gretchenfrage der (Text-)Linguistik*. In: Ulla Fix, Kirsten Adamzik, Gerd Antos, Michael Klemm (Hrsgg.) *Brauchen wir einen neuen Textbegriff? Antworten auf eine Preisfrage*. Frankfurt am Main [u.a.]: Lang. (Forum Angewandte Linguistik; 40). S. 143–161.

- Koerfer, Armin / Albus, Christian / Obliers, Rainer / Thomas, Walter / Köhle, Karl (2008)** *Kommunikationsmuster der medizinischen Entscheidungsfindung*. In: Susanne Niemeier, Hajo Diekmannshenke (Hrsgg.) *Profession & Kommunikation*. Frankfurt am Main [u.a.]: Lang. (Forum Angewandte Linguistik; 49). S. 121–156.
- Kotthoff, Helga (2007)** *Ironieentwicklung unter interaktionslinguistischer Perspektive*. (Interaction and Linguistic Structures; 45). Online vorhanden unter <http://www.uni-potsdam.de/u/inlist/issues/45/index.htm>, zuletzt geprüft am 10.10.2007.
- Kotthoff, Helga (1993)** *Kommunikative Stile, Asymmetrie und „Doing Gender“*. Fallstudien zur Inszenierung von Expert(inn)entum im Gespräch. In: Feministische Studien, Jg. 2, H. 11, S. 79–95.
- Kühn, Peter (1995)** *Mehrfachadressierung. Untersuchungen zur adressatenspezifischen Polyvalenz sprachlichen Handelns*. Tübingen: Niemeyer. (Reihe Germanistische Linguistik; 154).
- Küpper, Heinz (1997/2000)** *Wörterbuch der deutschen Umgangssprache*. 1. Aufl., 6. Nachdr. Ausg. auf CD-ROM. Berlin: Directmedia Publ. (Digitale Bibliothek; 36) [Erstveröffentlichung: Stuttgart, München, Düsseldorf, Leipzig: Klett, 1997].
- Kusenbach, Margarethe (2005)** *Across the Atlantic: Current Issues and Debates in US Ethnography*. In: Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research, Jg. 6, H. 3, [keine Paginierung; 29 Seiten]. Online vorhanden unter <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/18/40>, zuletzt geprüft am 08.10.2008.
- Labov, William (1972)** *Sociolinguistic Patterns*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press. (Conduct and Communication Series; 4).
- Lachmund, Jens / Stollberg, Gunnar (1995)** *Patientenwelten. Krankheit und Medizin vom späten 18. bis zum frühen 20. Jahrhundert im Spiegel von Autobiographien*. Opladen: Leske + Budrich.
- Lalouschek, Johanna (2005)** *Medizinische Konzepte und ärztliche Gesprächsführung. Am Beispiel der psychosomatischen Anamnese*. In: Mechthild Neises, Susanne Ditz, Thomas Spranz-Fogasy (Hrsgg.) *Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Interaktion*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. S. 48–72.
- Lalouschek, Johanna (2002)** *Frage-Antwort-Sequenzen im ärztlichen Gespräch*. In: Gisela Brünner, Reinhard Fiehler, Walther Kindt (Hrsgg.) *Angewandte Diskursforschung. Band 1: Grundlagen und Beispielanalysen*. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung. S. 155–173. Online vorhanden unter <http://www.verlag-gespraechsforschung.de/2002/diskursforschung/1-155-173.pdf>, zuletzt geprüft am 24.11.2008.
- Lalouschek, Johanna (2001)** *Die sprachwissenschaftliche Analyse der Patienten-Interviews. Berichtteil des Forschungsprojekts „Unterschiede in der Anamnese bei akutem Brustschmerz zwischen koronarer und nicht-koronarer Ursache bei weiblichen und männlichen Patienten“*. Wien.
- Lalouschek, Johanna (1995/2002)** *Ärztliche Gesprächsausbildung. Eine diskursanalytische Studie zu Formen des ärztlichen Gesprächs*. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, 2002. Online vorhanden unter www.verlag-gespraechsforschung.de/lalouschek.htm, zuletzt geprüft am 30.10.2005. [Erstveröffentlichung: Opladen: Westdeutscher Verlag, 1995].

- Lalouschek, Johanna (1993)** „Irgendwie hat man ja doch bißl Angst.“ *Zur Bewältigung von Emotion im Arzt-Patient-Gespräch.* In: Petra Löning, Jochen Rehbein (Hrsgg.) *Arzt-Patienten-Kommunikation. Analysen zu interdisziplinären Problemen des medizinischen Diskurses.* Berlin, New York: de Gruyter. S.177–190.
- Lalouschek, Johanna / Menz, Florian (2002)** *Empirische Datenerhebung und Authentizität von Gesprächen.* In: Gisela Brünner, Reinhard Fiehler, Walther Kindt (Hrsgg.) *Angewandte Diskursforschung. Band 1: Grundlagen und Beispielanalysen.* Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung. S. 46–68. Online vorhanden unter <http://www.verlag-gespraechsforschung.de/diskursforschung/1-046-068.pdf>, zuletzt geprüft am 24.10.2007.
- Lauer, J. / Black, D. W. / Keen, P. (1993)** *Multiple personality disorder and borderline personality disorder. Distinct entities or variations on a common theme?* In: *Annals of Clinical Psychiatry*, Jg. 5, H. 2, S. 129–134.
- Leeuwen, Theo van (2001)** *What is Authenticity?* In: *Discourse Studies*, Jg. 3, H. 4, S. 392–397. Online vorhanden unter doi:10.1177/1461445601003004003, zuletzt geprüft am 24.11.2008.
- Lenk, Hans (1978)** *Handlung als Interpretationskonstrukt. Entwurf einer konstituenten- und beschreibungstheoretischen Handlungsphilosophie.* In: Hans Lenk (Hrsg.) *Handlungstheorien interdisziplinär. Band II. Handlungserklärungen und philosophische Handlungsinterpretationen. Erster Halbband.* München: Fink. (Kritische Informationen; 63). S. 279–350.
- Leong Ping, Alvin (2005)** *Talking themes: the thematic structure of talk.* In: *Discourse Studies*, Jg. 7, H. 6, S. 701–732. Online vorhanden unter doi:10.1177/1461445605055423, zuletzt geprüft am 18.04.2007.
- Levinson, Wendy / Gorawara-Bhat, Rita / Lamb, Jennifer (2000)** *A study of patient clues and physician responses in primary care and surgical settings.* In: *Journal of the American Medical Association*, Jg. 284, H. 8, S. 1021–1027. Online vorhanden unter <http://jama.ama-assn.org/cgi/reprint/284/8/1021>, zuletzt geprüft am 26.09.2007.
- Lichtenberg, Georg Christoph (1772f./1967)** *Sudelbuch C.* In: *Schriften und Briefe.* Band 1. Hrsg. von Wolfgang Promies. Ausg. auf CD-ROM. Berlin: Directmedia Publ. (Digitale Bibliothek; 125). [Erste Gesamtausgabe: *Aphorismen.* Hrsg. von A. Leitzmann. Berlin 1902–1908; Grundlage der CD-ROM-Ausg.: München: Hanser, 1967. S. 159–221].
- Liebert, Wolf-Andreas (2007)** *Mit Bildern Wissenschaft vermitteln. Zum Handlungscharakter visueller Texte.* In: Wolf-Andreas Liebert, Thomas Metten (Hrsgg.) *Mit Bildern lügen.* Köln: Halem. S. 175–191.
- Liebert, Wolf-Andreas (2005)** *Präsentationsrhetorik.* In: Gert Ueding (Hrsg.) *Historisches Wörterbuch der Rhetorik. Band 7: Pos – Rhet.* Tübingen: Niemeyer. S. 29–32.
- Liebert, Wolf-Andreas (2002)** *Wissenstransformationen. Handlungssemantische Analysen von Wissenschafts- und Vermittlungstexten.* Berlin, New York: de Gruyter. (Studia Linguistica Germanica; 63).
- Liebert, Wolf-Andreas (2001)** *Gehirn und Geistestätigkeit im Spiegel von Laienmodellen. Ein linguistischer Streifzug durch Alltag, Populärwissenschaft und HipHop-Kultur.* In: Andrea Lehr, Matthias Kammerer, Klaus-Peter Konerding, Angelika Storrer, Caja Thimm, Werner Wolski (Hrsgg.) *Sprache im Alltag. Beiträge zu neuen Perspektiven in der Linguistik. Herbert Ernst Wiegand zum 65. Geburtstag gewidmet.* Berlin, New York: de Gruyter. S. 173–185.
- Liebert, Wolf-Andreas / Metten, Thomas (Hrsgg.) (2007)** *Mit Bildern lügen.* Köln: Halem.

- Liedtke, Frank (1996)** *Eine historische Bemerkung des Bundeskanzlers und ihre konversationellen Folgen*. In: Karin Böke, Matthias Jung, Martin Wengeler (Hrsgg.) *Öffentlicher Sprachgebrauch. Praktische, theoretische und historische Perspektiven*. Georg Stötzel zum 65. Geburtstag gewidmet. Opladen: Westdeutscher Verlag. S. 174–179.
- Locher, Miriam A. (2008)** *Relational Work, Politeness, and Identity Construction*. In: Gerd Antos, Eija Ventola (Hrsgg.) *Handbook of Interpersonal Communication*. Berlin, New York: Mouton de Gruyter. (Handbooks of Applied Linguistics; 2). S. 509–540.
- Locke, John (1690/1998)** *Ein Versuch über den menschlichen Verstand*. Ausg. auf CD-ROM. Berlin: Directmedia Publ., 1998. (Digitale Bibliothek; 2). [Erstdruck unter dem Titel *An essay concerning human understanding*. London 1690. Grundlage für die CD-ROM-Ausg.: Übersetzung durch Julius Heinrich von Kirchmann von 1872/73].
- Löning, Petra (2001)** 146. *Gespräche in der Medizin*. In: Klaus Brinker, Gerd Antos, Wolfgang Heinemann, Sven F. Sager (Hrsgg.) *Text- und Gesprächslinguistik. / Linguistics of Text and Conversation. Ein Handbuch zeitgenössischer Forschung*. 2. Halbband. Berlin, New York: de Gruyter. (Handbücher zur Sprach- und Kommunikationswissenschaft; 16.2). S. 1576–1588.
- Lüders, Christian (2004)** *Beobachten im Feld und Ethnographie*. In: Uwe Flick, Ernst von Kardoff, Ines Steinke (Hrsgg.) *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. 3. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt. (rowohlts enzyklopädie; 55628). S. 384–401.
- Lugton, Jean (1987/1995)** *Kommunikation mit Sterbenden und ihren Angehörigen*. Berlin, Wiesbaden: Ullstein, 1995. [Erstveröffentlichung unter dem Titel: *Communicating with Dying People and Their Relatives*. London: Times Mirror International, 1987].
- Mabeck, Carl Erik / Olesen, Finn (1997)** *Metaphorically Transmitted Diseases. How Do Patients Embody Medical Explanations?* In: *Family Practice*, Jg. 14, H. 4, S. 271–278.
- Mann, Thomas (1912/1997)** *Der Tod in Venedig*. In: Ders. *Die Erzählungen*. Einmalige Sonderausg. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag. S. 436–516. [Erstveröffentlichung: In: *Neue Rundschau*, 23, 1912, H. 10/11].
- Mans, Dieter (2001)** *Argumentation im Kontext*. In: Gerhard Preyer, Maria Ulkan, Alexander Ulfig (Hrsgg.) *Intention – Bedeutung – Kommunikation. Kognitive und handlungstheoretische Grundlagen der Sprachtheorie*. Frankfurt am Main: Humanities Online. S. 376–407. Online vorhanden unter https://ssl.humanities-online.de/download/Preyer_IBK_ccl.pdf, zuletzt geprüft am 20.02.2008.
- Maturana, Humberto R. (1970)** *Biology of Cognition*. Urbana, IL: University of Illinois. (Biological Computer Laboratory Research Report; 9.0). Online vorhanden unter <http://www.enolagaia.com/M70-80BoC.html>, zuletzt geprüft am 20.09.2008. [Später erneut veröffentlicht in: Humberto R. Maturana, Francisco J. Varela (1980) *Autopoiesis and Cognition. The Realization of the Living*. Dordrecht [u.a.] : Reidel. S. 5–58.]
- Mayring, Philipp (2007)** *Generalisierung in qualitativer Forschung*. In: *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, Jg. 8, H. 3, [keine Paginierung]. Online vorhanden unter <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/3-07/07-3-26-d.htm>, zuletzt geprüft am 01.10.2007.
- Mayring, Philipp (2004)** *Qualitative Inhaltsanalyse*. In: Uwe Flick, Ernst von Kardoff, Ines Steinke (Hrsgg.) *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. 3. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt. (rowohlts enzyklopädie; 55628). S. 468–474.
- McEwan, Ian (2002)** *Abbitte*. Zürich: Diogenes. [Erstveröffentlichung: London: Jonathan Cape, 2001].

- Menz, Florian (1993)** *Medizinische Ausbildung im Krankenhaus am Beispiel der Lehranamnese. Die institutionalisierte Verhinderung von Kommunikation.* In: Petra Löning, Jochen Rehbein (Hrsgg.) *Arzt-Patienten-Kommunikation. Analysen zu interdisziplinären Problemen des medizinischen Diskurses.* Berlin, New York: de Gruyter. S. 251–264.
- Menz, Florian / Lalouschek, Johanna (2005)** *Geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Beschreibung von akutem Thoraxschmerz.* In: Mechthild Neises, Susanne Ditz, Thomas Spranz-Fogasy (Hrsgg.) *Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Interaktion.* Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. S. 174–185.
- Menz, Florian / Lalouschek, Johanna / Reisigl, Martin / Sator, Marlene (o. J.)** *The Representation of Pain and Illness Narratives: Questions of Orality, Gender, and Transformation. A Discourse Analytical and Medical Semiotic Study. Project Description (Narrative Text).* Online vorhanden unter <http://www.univie.ac.at/linguistics/personal/florian/Schmerzprojekt/downloads/Menz.pdf>, zuletzt geprüft am 20.09.2008.
- Mirisch, Stefan / Förstl, Hans (2001)** *Psychiatrie.* In: Monika Dorfmueller (Hrsg.) *Die ärztliche Sprechstunde. Arzt, Patient und Angehörige im Gespräch.* Landsberg/Lech: ecomed. S. 224–237.
- Moscovici, Serge (1973)** *Foreword.* In: Claudine Herzlich (Hrsg.) *Health and Illness. A Social Psychological Analysis.* London: Academic Press.
- Moscovici, Serge (1961)** *La psychanalyse son image et son public. Étude sur la représentation sociale de la psychanalyse.* Paris: Presses universitaires de France. (Bibliothèque de psychanalyse et de psychologie clinique).
- Möller-Leimkühler, A. M. / Buchner, E. (2004)** *Belastungen und Bewältigungsstile von Angehörigen schizophrener und depressiver Patienten. Vorläufige Ergebnisse der Münchener Angehörigenverlaufsstudie.* In: Hans-Jürgen Möller, Norbert Müller (Hrsgg.) *Schizophrenie. Langzeitverlauf und Langzeittherapie.* Wien, New York: Springer. S. 181–196.
- Müller, Ursula (1990)** *Schizophrenie. Interaktionsprozesse und emotionales Klima in der Familie.* Frankfurt am Main [u.a.]: Lang. (Europäische Hochschulschriften, Reihe VI: Psychologie; 308). [Zugl.: München, Univ., Diss., 1990].
- Nagel, Nikolaus (2001)** *Nur zufriedene Patienten? Eine kommunikationswissenschaftliche Untersuchung zur Arzt-Patient-Kommunikation am Beispiel der umweltmedizinischen Beratung.* Aachen: Shaker. (Essener Studien zur Semiotik und Kommunikationsforschung; 2). [Erstveröffentlichung: Essen, Univ.-GH, Diss., 2000].
- Nauck, Bernhard (2001)** *Der Wert von Kindern für ihre Eltern. „Value of Children“ als spezielle Handlungstheorie des generativen Verhaltens und von Generationenbeziehungen im interkulturellen Vergleich.* In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Jg. 53, H. 3, S. 407–435.
- Nave-Herz, Rosemarie (2002)** *Familiensoziologie.* In: Günter Endruweit, Gisela Trommsdorff (Hrsgg.) *Wörterbuch der Soziologie.* 2., neu bearb. u. erw. Aufl. Stuttgart: Lucius & Lucius. (Uni-Taschenbücher; 2232). S. 148–152.
- Neises, Mechthild (2005)** *Männer reden – Frauen reden. Gender-Aspekte der Gesprächsführung.* In: Mechthild Neises, Susanne Ditz, Thomas Spranz-Fogasy (Hrsgg.) *Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Interaktion.* Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. S. 161–173.
- Neises, Mechthild / Ditz, Susanne / Spranz-Fogasy, Thomas (Hrsgg.) (2005)** *Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Interaktion.* Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

- Niemeier, Susanne / Diekmannshenke, Hajo (Hrsgg.) (2008)** *Profession & Kommunikation*. Frankfurt am Main [u.a.]: Lang. (Forum Angewandte Linguistik; 49).
- Nohlen, Dieter (Hrsg.) (1998/2004)** *Lexikon der Politik. Begriffe, Theorien, Methoden, Fakten*. 7 Bände. Lizenzausg. Berlin: Directmedia Publ. (Digitale Bibliothek; 79). [Erstveröffentlichung: München: C. H. Beck, 1992–1998].
- Nothdurft, Werner (1996)** *Schlüsselwörter. Zur rhetorischen Herstellung der Wirklichkeit*. In: Werner Kallmeyer (Hrsg.) *Gesprächsrhetorik. Rhetorische Verfahren im Gesprächsprozeß*. Tübingen: Narr. (Studien zur deutschen Sprache; 4). S. 351–418.
- Novalis (1802/1999)** *Heinrich von Ofterdingen*. In: Hans-Joachim Mähl, Richard Samuel (Hrsgg.) *Werke, Tagebücher und Briefe*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft. [Erstveröffentlichung: Berlin: Reimer, 1802].
- Novalis (1798/1999)** *Blüthenstaub*. Fragmente No. 16 und 44. In: Ders. *Werke, Tagebücher und Briefe*. Hrsg. von Hans-Joachim Mähl, Richard Samuel. Band 2. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 1999. [Erstveröffentlichung: In: Athenäum, Jg. 1, H. 1, 1798, S. 70–106].
- Oevermann, U. / Allert, T. / Konau, E. / Krambeck, J. (1979)** *Die Methodologie einer „objektiven Hermeneutik“ und ihre allgemeine forschungslogische Bedeutung in den Sozialwissenschaften*. In: Hans-Georg Soeffner (Hrsg.) *Interpretative Verfahren in den Sozial- und Textwissenschaften*. Stuttgart: Metzler. S. 352–433.
- Oppenrieder, Wilhelm / Thurmair, Maria (1989)** *Kategorie und Funktion einer Partikel. Oder: Was ist eigentlich ‚eigentlich‘ EIGENTLICH? Eine Replik auf M. Kohrt*. In: Deutsche Sprache, Jg. 17, H. 1, S. 26–39.
- Panther, K.-U. (1981)** *Einige typische indirekte sprachliche Handlungen im wissenschaftlichen Diskurs*. In: Theo Bungarten (Hrsg.) *Wissenschaftssprache. Beiträge zur Methodologie, theoretischen Fundierung und Deskription*. München: Fink. S. 231–260.
- Parsons, Talcott (1951/1965)** *The Social System*. Nachdruck. New York [u.a.]: Free Press, 1965. [Erstveröffentlichung: New York, London: Free Press, 1951]
- Paulus, Dietrich (2007)** *Krankheitsbilder. Der erweiterte Blick des Arztes*. In: Wolf-Andreas Liebert, Thomas Metten (Hrsgg.) *Mit Bildern lügen*. Köln: Halem. S. 192–216.
- Piper, A. J. (1996)** *The multiple personality debate*. In: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Jg. 35, H. 3, S. 260–261.
- Pitschel-Walz, Gabriele (1997)** *Die Einbeziehung der Angehörigen in die Behandlung schizophrener Patienten und ihr Einfluß auf den Krankheitsverlauf*. Frankfurt am Main [u.a.]: Lang. (Europäische Hochschulschriften; Reihe 6 – Psychologie; 581).
- Polenz, Peter von (1988)** *Deutsche Satzsemantik. Grundbegriffe des Zwischen-den-Zeilen-Lesens*. 2., durchges. Aufl. Berlin, New York: de Gruyter. (Sammlung Göschen; 2226).
- Pope, H. G. J. / Barry, S. / Bodkin, A. / Hudson, J. I. (2006)** *Tracking scientific interest in the dissociative disorders. A study of scientific publication output 1984-2003*. In: Psychotherapy and Psychosomatics, Jg. 75, H. 1, S. 19–24. Online vorhanden unter doi:10.1159/000089223, zuletzt geprüft am 01.09.2007.
- Potter, Jonathan / Wetherell, Margeret (1995)** *Soziale Repräsentation, Diskursanalyse und Rassismus*. In: Uwe Flick (Hrsg.) *Psychologie des Sozialen. Repräsentationen in Wissen und Sprache*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt. (rowohlts enzyklopädie; 536). S. 177–200.

- Preyer, Gerhard / Ulkan, Maria / Ulfing, Alexander (Hrsgg.) (1997/2001)** *Intention – Bedeutung – Kommunikation. Kognitive und handlungstheoretische Grundlagen der Sprachtheorie*. Frankfurt am Main: Humanities Online, 2001. Online vorhanden unter https://ssl.humanities-online.de/download/Preyer_IBK_ccl.pdf. zuletzt geprüft am 20.02.2008. [Erstveröffentlichung: Opladen: Westdeutscher Verlag, 1997].
- Pschyrembel (2002)** *Klinisches Wörterbuch*. Bearbeitet von der Wörterbuch-Redaktion des Verlags. 259., neu bearb. Aufl. Berlin, New York: de Gruyter.
- Psychiatrie-Enquête (1975)** *Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Zur psychiatrischen und psychotherapeutischen/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung*. Drucksache 7/4200. Deutscher Bundestag, 7. Wahlperiode. [September 1975]. Online vorhanden unter <http://media.dgppn.de/mediadb/media/dgppn/pdf/enquete/enquete1975.pdf>, zuletzt geprüft am 23.11.2008.
- Rave-Schwank, Marta (2002)** *Was ich von den Angehörigen gelernt habe. Zur Überwindung der Kluft zwischen Angehörigen und Professionellen*. In: Psychiatrische Praxis, Jg. 29, S. 116–118.
- Redder, Angelika (2006)** *Nicht-sententiale Äußerungsformen zur Realisierung konstellativen Schilderns*. In: Arnulf Deppermann, Reinhard Fiehler, Thomas Spranz-Fogasy (Hrsgg.) *Grammatik und Interaktion. Untersuchungen zum Zusammenhang von grammatischen Strukturen und Gesprächsprozessen*. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung. S. 123–146. Online vorhanden unter <http://www.verlag-gespraechsforschung.de/2006/deppermann-download.htm>, zuletzt geprüft am 27.08.2007.
- Redder, Angelika (1994)** *Eine alltägliche klinische Anamnese*. In: Angelika Redder, Ingrid Wiese (Hrsgg.) *Medizinische Kommunikation. Diskurspraxis, Diskursethik, Diskursanalyse*. Opladen: Westdeutscher Verlag. S. 171–198.
- Reershemius, Gertrud (1999)** *Fragen: Zu den Funktionen des Hörers im narrativen Diskurs*. In: Kristin Bührig, Yaron Matras (Hrsgg.) *Sprachtheorie und sprachliches Handeln. Festschrift für Jochen Rehbein zum 60. Geburtstag*. Tübingen: Stauffenburg. (Stauffenburg-Festschriften). S. 203–211.
- Rehbein, Jochen (2001)** 86. *Das Konzept der Diskursanalyse*. In: Klaus Brinker, Gerd Antos, Wolfgang Heinemann, Sven F. Sager (Hrsgg.) *Text- und Gesprächslinguistik. / Linguistics of Text and Conversation. Ein Handbuch zeitgenössischer Forschung*. 2. Halbband. Berlin, New York: de Gruyter. (Handbücher zur Sprach- und Kommunikationswissenschaft; 16.2). S. 927–945.
- Rehbein, Jochen (1994)** *Zum Klassifizieren ärztlicher Fragen*. In: Angelika Redder, Ingrid Wiese (Hrsgg.) *Medizinische Kommunikation. Diskurspraxis, Diskursethik, Diskursanalyse*. Opladen: Westdeutscher Verlag. S. 147–170.
- Rehbein, Jochen (1994a)** *Rejective Proposals. Semi-professional speech and clients' varieties in intercultural doctor-patient communication*. In: *Multilingua – Journal of Cross-Cultural and Interlanguage Communication*, Jg. 13, 1/2, S. 83–130.
- Rehbein, Jochen (1979)** *Handlungstheorien*. In: *Studium Linguistik*, Jg. 7, S. 1–25.
- Rehbein, Jochen (1972)** *Entschuldigungen und Rechtfertigungen. Zur Sequenzierung sprachlicher Handlungen*. In: Dieter Wunderlich (Hrsg.) *Linguistische Pragmatik*. Frankfurt am Main: Athenäum. (Schwerpunkte Linguistik und Kommunikationswissenschaft; 12). S. 288–317.
- Rehbein, Jochen / Löning, Petra (1995)** *Sprachliche Verständigungsprozesse in der Arzt-Patienten-Kommunikation. Linguistische Untersuchung von Gesprächen in der Facharzt-Praxis*. Hamburg: Universität Hamburg. (Arbeiten zur Mehrsprachigkeit; 54).

- Richter, Thomas (1997)** *Leben mit einem psychisch Kranken. Formen des Umgangs und der Bewältigung*. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie; Hogrefe. (Reihe Psychosoziale Medizin; 4).
- Röhrich, Lutz (1995)** *Lexikon der sprichwörtlichen Redensarten. Band 2: Easy – Holzweg*. 3. Aufl. Freiburg [u.a.]: Herder.
- Rolf, Eckard (1994)** *Dialoge in Institutionen*. In: Gerd Fritz, Franz Hundsnurscher (Hrsgg.) *Handbuch der Dialoganalyse*. Tübingen: Niemeyer. S. 321–355.
- Rost-Roth, Martina (2006)** *Nachfragen. Formen und Funktionen äußerungsbezogener Interrogationen*. Berlin, New York: de Gruyter. (Linguistik – Impulse & Tendenzen; 22).
- Roter, Debra (2004)** *Patient-centered communication. More than a string of words*. In: *British Medical Journal*, Jg. 328, H. 4, S. 303–304. Online vorhanden unter doi:10.1136/bmj.328.7453.E303, zuletzt geprüft am 02.09.2005.
- Roy, Arundhati (1999)** *Der Gott der kleinen Dinge*. München: Goldmann. (btb Taschenbücher; 72468)
- Rudge, T. / Morse, K. (2004)** *Did anything change? Caregivers and schizophrenia after medication changes*. In: *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, Jg. 11, H. 1, S. 3–11. Online vorhanden unter doi:10.1111/j.1365-2850.2004.00641.x, zuletzt geprüft am 13.12.2007.
- Rutow-Turski, Uschi (2002)** *Die Not der Angehörigen von psychisch Kranken. Ein Rückblick nach 10 Jahren Angehörigenarbeit aus der Sicht von Pflegepersonal an der Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychiatrie in Tübingen*. In: *Psychiatrische Pflege*, Jg. 8, S. 194–197.
- Sacks, Harvey / Schegloff, Emanuel A. / Jefferson, Gail (1974)** *A simplest systematics for the organisation of turn-taking for conversation*. In: *Language*, Jg. 50, H. 4, S. 696–735.
- Saks, Elyn R. (1994)** *Does multiple personality disorder exist? The beliefs, the data, and the law*. In: *International Journal of Law and Psychiatry*, Jg. 17, H. 1, S. 43–78. Online vorhanden unter doi:10.1016/0160-2527(94)90037-X, zuletzt geprüft am 20.09.2008.
- Sandig, Barbara (1996)** *Sprachliche Perspektivierung und perspektivierende Stile*. In: *Zeitschrift für Literaturwissenschaft und Linguistik*, Jg. 26, H. 102, S. 36–63.
- Schachtner, Christine (1999)** *Ärztliche Praxis. Die gestaltende Kraft der Metapher*. Frankfurt am Main: Suhrkamp (Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft, 1398).
- Schank, Gerd (1979)** *Zum Problem der Natürlichkeit von Gesprächen*. In: Jürgen Dittmann (Hrsg.) *Arbeiten zur Konversationsanalyse*. Tübingen: Niemeyer, S. 73–93.
- Schank, Gerd / Schoenthal, Gisela (1983)** *Gesprochene Sprache. Eine Einführung in Forschungsansätze und Analysemethoden*. 2., durchges. Aufl. Tübingen: Niemeyer. [Erstveröffentlichung: Tübingen: Niemeyer, 1976].
- Schegloff, Emanuel A. (2007)** *Sequence Organization in Interaction*. Cambridge, Mass. [u.a.]: Cambridge University Press. (A primer in conversation analysis; 1).
- Schegloff, Emanuel A. (2005)** *On Complainability*. In: *Social Problems*, Jg. 52, H. 4, S. 449–476. Online vorhanden unter <http://www.sscnet.ucla.edu/soc/faculty/schegloff/pubs/index.php?key=7626-66502320>, zuletzt geprüft am 10.11.2006.
- Schegloff, Emanuel A. / Sacks, Harvey (1973)** *Opening up closings*. In: *Semiotica*, Jg. 8, H. 4, S. 289–327.

- Schmid, Rita / Cording, Clemens / Spießl, Hermann (2007)** *Bedeutung emotionaler Belastungen für die Angehörigenarbeit. Hintergründe und praktische Konsequenzen.* In: psychoneuro, Jg. 33, H. 1+2, S. 34–42. Online vorhanden unter doi:10.1055/s-2007-973739, zuletzt geprüft am 06.09.2007.
- Schmid, Rita / Spießl, Hermann / Cording, Clemens (2005)** *Zwischen Verantwortung und Abgrenzung: Emotionale Belastungen von Angehörigen psychisch Kranker.* In: Psychiatrische Praxis, Jg. 32, H. 6, S. 272–280. Online vorhanden unter doi:10.1055/s-2004-828312, zuletzt geprüft am 07.09.2007.
- Schmid, Rita / Spießl, Hermann / Vukovich, A. / Cording, Clemens (2003)** *Belastungen von Angehörigen und ihre Erwartungen an psychiatrische Institutionen. Literaturübersicht und eigene Ergebnisse.* In: Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie, Jg. 71, S. 118–128. Online vorhanden unter doi:10.1055/s-2003-37754, zuletzt geprüft am 06.09.2007.
- Schmidt, Siegfried J. (Hrsg.) (1987)** *Der Diskurs des radikalen Konstruktivismus.* Frankfurt am Main: Suhrkamp. (Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft; 636).
- Schnettler, Bernt / Raab, Jürgen (2008)** *Interpretative Visual Analysis. Developments, State of the Art and Pending Problems.* In: Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research, Jg. 9, H. 3, S. [ohne Paginierung]. Online vorhanden unter <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1149/2556>, zuletzt geprüft am 30.09.2008.
- Schnurre, Marina (1991)** *Sprich mit mir, damit ich mich fühle. Wie Krebskranke und Angehörige eine neue Beziehung finden können.* Freiburg im Breisgau: Herder. (frauenforum).
- Schomerus, Georg / Heider, Dirk / Angermeyer, Matthias C. / Bebbington, Paul E. / Azorin, Jean-Michel / Brugha, Traolach / Toumi, Mondher (2007)** *Residential area and social contacts in schizophrenia. Results from the European Schizophrenia Cohort (EuroSC).* In: Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, Jg. 42, H. 8, S. 617–622. Online vorhanden unter doi:10.1007/s00127-007-0220-1, zuletzt geprüft am 01.12.2007.
- Schramme, Thomas (2007)** *A qualified defence of a naturalist theory of health.* In: Medicine, Health Care and Philosophy, Jg. 10, S. 11–17. Online vorhanden unter doi:10.1007/s11019-006-9020-8, zuletzt geprüft am 26.01.2008.
- Schramme, Thomas (2000)** *Patienten und Personen. Zum Begriff der psychischen Krankheit.* Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag. (Geist und Psyche; 14692).
- Schu, Josef (2001)** 97. *Formen der Elizitation und das Problem der Natürlichkeit von Gesprächen.* In: Klaus Brinker, Gerd Antos, Wolfgang Heinemann, Sven F. Sager (Hrsgg.) *Text- und Gesprächslinguistik / Linguistics of Text and Conversation. Ein Handbuch zeitgenössischer Forschung. 2. Halbband.* Berlin, New York: de Gruyter. (Handbücher zur Sprach- und Kommunikationswissenschaft; 16.2). S. 1013–1021.
- Schwitalla, Johannes (2003)** *Gesprochenes Deutsch. Eine Einführung. 2., überarb. Aufl.* Berlin: Erich Schmidt. (Grundlagen der Germanistik; 33).
- Schwitalla, Johannes (2002)** *Kleine Wörter. Partikeln im Gespräch.* In: Jürgen Dittmann, Claudia Schmidt (Hrsgg.) *Über Wörter. Grundkurs Linguistik.* Freiburg im Breisgau: Rombach. (Rombach Grundkurs; 5). S. 259–282.
- Schwitalla, Johannes (2001)** 82. *Gesprochene-Sprache-Forschung und ihre Entwicklung zu einer Gesprächsanalyse.* In: Klaus Brinker, Gerd Antos, Wolfgang Heinemann, Sven F. Sager (Hrsgg.) *Text- und Gesprächslinguistik. / Linguistics of Text and Conversation. Ein Handbuch zeitgenössischer Forschung. 2. Halbband.* Berlin, New York: de Gruyter. (Handbücher zur Sprach- und Kommunikationswissenschaft; 16.2). S. 896–903.

- Schwitalla, Johannes (2001a)** *Lächelndes Sprechen und Lachen als Kontextualisierungsverfahren*. In: Kirsten Adamzik, Helen Christen (Hrsgg.) *Sprachkontakt, Sprachvergleich, Sprachvariation. Festschrift für Gottfried Kolde zum 65. Geburtstag*. Tübingen: Niemeyer. S. 325–344.
- Schwitalla, Johannes (1994)** *Gesprochene Sprache – dialogisch gesehen*. In: Gerd Fritz, Franz Hundsnurscher (Hrsgg.) *Handbuch der Dialoganalyse*. Tübingen: Niemeyer. S. 17–36.
- Schwitalla, Johannes (1987)** *Sprachliche Mittel der Konfliktreduzierung in Streitgesprächen*. In: Gerd Schank, Johannes Schwitalla (Hrsgg.) *Konflikte in Gesprächen*. Tübingen: Narr. (Tübinger Beiträge zur Linguistik; 296). S. 99–174.
- Selting, Margret / Couper-Kuhlen, Elizabeth (2000)** *Argumente für die Entwicklung einer ‚interaktionalen Linguistik‘*. In: *Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion*, Jg. 1, S. 76–95. Online vorhanden unter www.gespraechsforschung-ozs.de, zuletzt geprüft am 21.05.2002.
- Selting, Margret / Couper-Kuhlen, Elizabeth (Hrsgg.) (1996)** *Prosody in Conversation. Interactional Studies*. Cambridge [u.a.]: Cambridge University Press.
- Selting, Margret / Auer, Peter / Barden, Birgit / Bergmann, Jörg R. / Couper-Kuhlen, Elizabeth / Günthner, Susanne / Meier, Christoph / Quasthoff, Uta M. / Schlobinski, Peter / Uhmann, Susanne (1998)** *Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem (GAT)*. In: *Linguistische Berichte*, Jg. 173, S. 91–122.
- Solon ([o.J.]/1980)** *Menschenlos und Götterwirken*. In: *Griechische Lyrik in einem Band*. Aus dem Griech. übertragen u. hrsg. von Dietrich Ebener. 2. Aufl. Berlin, Weimar: Aufbau, 1980. S. 68-70. (Bibliothek der Antike). [Entstanden im 7./6. Jh.v.Chr.].
- Sontag, Susan (1988/2001)** *Aids and its Metaphors*. In: Dies. *Illness and Metaphor and Aids and its Metaphors*. New York: Picador, 2001. S. 89–183. [Erstveröffentlichung: New York: Farrar, Straus and Giroux, 1988].
- Sontag, Susan (1978/2001)** *Illness as Metaphor*. In: Dies. *Illness and Metaphor and Aids and its Metaphors*. New York: Picador, 2001. S. 1–88. [Erstveröffentlichung: In: *The New York Review of Books*, Jg. 24, H. 21/22; Jg. 25, H. 1/2, 1978].
- Speer, Susan A. (2005)** *Gender Talk. Feminism, Discourse and Conversation Analysis*. London [u.a.]: Routledge. (Women and Psychology). Online vorhanden unter <http://www.loc.gov/catdir/enhancements/fy0661/2005008320-d.html>, zuletzt geprüft am 08.09.2007.
- Spranz-Fogasy, Thomas (2007)** *Miteinander reden. Ärzte und Patienten im Gespräch. Vortrag am 26. April 2007 im Rahmen des Mannheimer Stadtjubiläums*. In: *Sprachreport*, Jg. 23, H. 4, S. 2–9.
- Spranz-Fogasy, Thomas (2005)** *Kommunikatives Handeln in ärztlichen Gesprächen. Gesprächseröffnung und Beschwerdenexploration*. In: Mechthild Neises, Susanne Ditz, Thomas Spranz-Fogasy (Hrsgg.) *Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Interaktion*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. S. 17–47.
- Spranz-Fogasy, Thomas (2003)** *Alles Argumentieren, oder was? Zur Konstitution von Argumentation in Gesprächen*. In: Arnulf Deppermann, Martin Hartung (Hrsgg.) *Argumentieren in Gesprächen. Gesprächsanalytische Studien*. Tübingen: Stauffenburg. (Stauffenburg Linguistik; 28). S. 27–39.

- Spranz-Fogasy, Thomas (1997/2002)** *Interaktionsprofile. Die Herausbildung individueller Handlungstypik in Gesprächen*. 2. Aufl. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung. Online vorhanden unter www.verlag-gespraechsforschung.de, zuletzt geprüft am 21.07.2005. [Erstveröffentlichung: Opladen: Westdeutscher Verlag, 1997 (zugl.: Mannheim, Univ., Habil.-Schr., 1996)].
- Spranz-Fogasy, Thomas (1987)** *Alternativen der Gesprächseröffnung im ärztlichen Gespräch*. In: Zeitschrift für Germanistische Linguistik (ZGL), Jg. 15, S. 293–302.
- Spranz-Fogasy, Thomas (1986/2005)** *Widersprechen. Zu Form und Funktion eines Aktivitätstyps in Schlichtungsgesprächen. Eine gesprächsanalytische Untersuchung*. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung. Online vorhanden unter www.verlag-gespraechsforschung.de, zuletzt geprüft am 24.11.2008. [Erstveröffentlichung: Tübingen: Narr, 1986].
- Stammer, Heike / Retzlaff, Rüdiger (2005)** *Gespräche mit Paaren und Familien. Systemisches Arbeiten in der Gynäkologie*. In: Mechthild Neises, Susanne Ditz, Thomas Spranz-Fogasy (Hrsgg.) *Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Interaktion*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. S. 309–324.
- Stenschke, Oliver (2002)** «Einmal Text – Diskurs und zurück!». *Welches Interesse hat die diskursanalytische Forschung daran, Ordnung ins Dickicht der Textdefinition(en) zu bringen?* In: Ulla Fix, Kirsten Adamzik, Gerd Antos, Michael Klemm (Hrsgg.) *Brauchen wir einen neuen Textbegriff? Antworten auf eine Preisfrage*. Frankfurt am Main [u.a.]: Lang. (Forum Angewandte Linguistik; 40). S. 113–120.
- Stevenson, Robert Louis (1886/1907)** *The Strange Case of Dr. Jekyll and Mr. Hyde*. In: Ders. *The Works*. Volume 1. Hrsg. von Edmund Gosse. London: Cassell and Comp. [u.a.]. (Pentland Edition). [Erstveröffentlichung: London: Longmans, Green, and Co.].
- Stivers, Tanya (2006)** *Treatment Decisions. Negotiations Between Doctors and Parents in Acute Care Encounters*. In: John Heritage, Douglas W. Maynard (Hrsgg.) *Communication in Medical Care. Interaction Between Primary Care Physicians and Patients*. Cambridge: Cambridge University Press. (Studies in Interactional Sociolinguistics; 20). S. 279–312.
- Stivers, Tanya / Heritage, John (2001)** *Breaking the sequential mold. Answering 'more than the question' during comprehensive history taking*. In: *Text + Talk – An Interdisciplinary Journal of Language, Discourse & Communication Studies*, Jg. 21, 1-2, S. 151–185.
- Stollberg, Gunnar (2001)** *Medizinsoziologie. Einsichten. Themen der Soziologie – Soziologische Themen*. Bielefeld: Transcript.
- Stoltenburg, Benjamin (2007)** *Wenn Sätze in die Auszeit gehen ...* In: Vilmos Ágel, Mathilde Hennig (Hrsgg.) *Zugänge zur Grammatik der gesprochenen Sprache*. Tübingen: Niemeyer. (Reihe Germanistische Linguistik; 269). S. 137–176.
- Stresing, Anne-Maria (2008)** *Die Bearbeitung des Krankheitsverständnisses im psychotherapeutischen Gespräch mit einem somatoformen Patienten*. In: Susanne Niemeier, Hajo Diekmannshenke (Hrsgg.) *Profession & Kommunikation*. Frankfurt am Main [u.a.]: Lang. (Forum Angewandte Linguistik; 49). S. 97–120.
- Sweeny, K.G. / Edwards, Karen / Stead, Jonathan / Halpin, David (2001)** *A comparison of professionals' and patients' understanding of asthma: evidence of emerging dualities*. In: *Medical Humanities*, Jg. 27, H. 1, S. 20-25. Online vorhanden unter <http://mh.bmj.com/cgi/content/full/27/1/20>, zuletzt geprüft am 24.11.2008.
- Teubert, Wolfgang (2006)** *Korpuslinguistik, Hermeneutik und die soziale Konstruktion der Wirklichkeit*. In: *Linguistik Online*, Jg. 28, H. 3, S. 41-60. Online vorhanden unter http://www.linguistik-online.de/28_06/teubert.pdf, zuletzt geprüft am 10.11.2006.

- Thimm, Caja (2001)** 104. *Methodische Probleme des Fremdverstehens*. In: Klaus Brinker, Gerd Antos, Wolfgang Heinemann, Sven F. Sager (Hrsgg.) *Text- und Gesprächslinguistik / Linguistics of Text and Conversation. Ein Handbuch zeitgenössischer Forschung. 2. Halbband*. Berlin, New York: de Gruyter. (Handbücher zur Sprach- und Kommunikationswissenschaft; 16.2). S. 1093-1100.
- Tolstaja, Tatjana (2000/2003)** Kys. Berlin: Rowohlt.
- Venohr, Beatrice (2006)** *Die Sicht des Anderen. Perspektivenübernahme in der Arzt-Patient-Kommunikation als beispielhafte Experten-Laien-Kommunikation*. Dissertation. Jena: Friedrich-Schiller-Universität, Fakultät für Sozial- und Verhaltenswissenschaften. Online vorhanden unter urn:nbn:de:gbv:27-20060809-142919-9, zuletzt geprüft am 07.02.2008.
- Verres, Rolf (1986)** *Krebs und Angst. Subjektive Theorien von Laien über Entstehung, Vorsorge, Früherkennung, Behandlung und die psychosozialen Folgen von Krebserkrankungen*. Berlin, New York, Heidelberg: Springer.
- Vian, Boris (1946/1992)** *L'écume des jours*. Paris: U.G.E., 1946. (Collection 10/18; 115). [Erstveröffentlichung: Paris, 1946].
- Vié, Jacques / Baruk, Henri (1986/2001)** *Geschichte der Psychiatrie*. In: Jean-Charles Sournia, Jacques Poulet, Marcel Martiny (Hrsgg.) *Illustrierte Geschichte der Medizin. [Deutsche Bearbeitung unter der fachlichen Beratung des Instituts für Theorie und Geschichte der Medizin an der Universität Münster, herausgegeben von Prof. Dr. med. Richard Toellner]*. 6 Bände. Ausg. auf CD-ROM. Berlin: Directmedia Publ. (Digitale Bibliothek; 53). S. 1945–1986. [Erstveröffentlichung: Salzburg: Andreas & Andreas, 1986]
- Walther, Sabine (1997)** *Im Mittelpunkt der Patient? Übergabegespräche im Krankenhaus*. Stuttgart, New York: Thieme.
- Walther, Therese (1999/2004)** *Die „Insulin-Koma-Behandlung“. Erfindung und Einführung des ersten modernen psychiatrischen Schockverfahrens*. 2., vollst. überarb. u. aktual. Aufl. Berlin: Antipsychiatrieverlag, 2004. (Edition Libera). [Erstveröffentlichung als Diplomarbeit: Berlin, Freie Univ., 1999].
- Wander, Karl Friedrich Wilhelm (Hrsg.) (1867ff./2004)** *Deutsches Sprichwörter-Lexikon. Ein Hausschatz für das deutsche Volk*. 5 Bände. Ausg. auf CD-ROM. Berlin: Directmedia Publ. (Digitale Bibliothek; 62). [Erstveröffentlichung: Leipzig: F.A. Brockhaus, 1867–1880. Band 2: 1870; Band 3: 1873].
- Warnke, Ingo (2007)** *Diskurslinguistik nach Foucault – Dimensionen einer Sprachwissenschaft jenseits textueller Grenzen*. In: Ingo Warnke (Hrsg.) *Diskurslinguistik nach Foucault. Theorie und Gegenstände*. Berlin, New York: de Gruyter. (Linguistik – Impulse & Tendenzen; 25). S. 3–24.
- Watt, Ian (2005)** *Professional theories and institutional interaction. Commentary*. In: *Communication & Medicine*, Jg. 2, H. 2, S. 193–194. Online vorhanden unter doi: 10.1515/come.2005.2.2.193, zuletzt geprüft am 14.01.2008.
- Watzlawick, Paul (1976/1991)** *Wie wirklich ist die Wirklichkeit? Wahn, Täuschung, Verstehen*. 15. Aufl. (Neuausg. 1978). München [u.a.]: Piper. (Serie Piper; 174). [Erstveröffentlichung: München: Piper, 1976].
- Watzlawick, Paul / Beavin, Janet H. / Jackson, Don D. (1967/1974)** *Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien*. 4., unveränd. Aufl. Bern [u.a.]: Hans Huber.
- Weingarten, Rüdiger (1994)** *Zur Stilistik der Wissenschaftssprache. Objektivitäts- und Handlungsstil*. In: Gisela Brünner, Gabriele Graefen (Hrsgg.) *Texte und Diskurse. Methoden und Forschungsergebnisse der Funktionalen Pragmatik*. Opladen: Westdeutscher Verlag. S. 115–135.

- Weinrich, Harald (2005)** *Textgrammatik der deutschen Sprache*. 3., revidierte Aufl. Hildesheim, Zürich, New York: Olms.
- Wenninger, Gerd (Hrsg.) (2001)** *Lexikon der Psychologie. Band 4: Reg bis Why*. Heidelberg, Berlin: Spektrum Akademischer Verlag.
- Wenninger, Gerd (Hrsg.) (2000)** *Lexikon der Psychologie. Band 1: A bis E*. Heidelberg, Berlin: Spektrum Akademischer Verlag.
- Wetschanow, Karin (2005)** *Die diskursive Aushandlung und Inszenierung von Authentizität in den Medien*. In: Wiener Linguistische Gazette, Jg. 72, S. 1–16.
- Wichter, Sigurd (2005)** *Reihen. Folgen aus Gesprächen und Textkommunikaten. Zur Modellierung der gesellschaftlichen Kommunikation (Teil 2)*. In: Muttersprache, Jg. 115, H. 4, S. 83–122.
- Wichter, Sigurd (1999)** *Experten- und Laiensemantik*. In: Jürg Niederhauser, Kirsten Adamzik (Hrsgg.) *Wissenschaftssprache und Umgangssprache im Kontakt*. Frankfurt am Main, Berlin, Bern [u.a.]: Lang. (Germanistische Arbeiten zu Sprache und Kulturgeschichte; 38). S. 81–101.
- Wichter, Sigurd (1995)** *Vertikalität von Wissen. Zur vergleichenden Untersuchung von Wissens- und insbesondere Wortschatzstrukturen bei Experten und Laien*. In: Zeitschrift für Germanistische Linguistik (ZGL), Jg. 23, S. 284–313.
- Wiese, Ingrid (2000)** 62. *Textsorten des Bereichs Medizin und Gesundheit*. In: Klaus Brinker, Gerd Antos, Wolfgang Heinemann, Sven F. Sager (Hrsgg.) *Text- und Gesprächslinguistik. / Linguistics of Text and Conversation. Ein internationales Handbuch zeitgenössischer Forschung*. 1. Halbband. Berlin, New York: de Gruyter. (Handbücher zur Sprach- und Kommunikationswissenschaft; 16.1). S. 710–718.
- Willkop, Eva Maria (1988)** *Gliederungspartikel im Dialog*. München: Iudicium. (Studien Deutsch; 5).
- Winkler, Marianna (2001)** *Compliance/Non-compliance*. In: Silvia Käppeli (Hrsg.) *Pflegekonzepte: Phänomene im Erleben von Krankheit und Umfeld. Teil 3: Angehörige, Unge-
wissenheit, Verwirrung, Kommunikation, Bewältigung, Schuld, Stigma, Macht, Aggression, Compliance, Humor*. Bern [u.a.]: Hans Huber. (Hans Huber Programmbereich Pflege). S. 245–269.
- Wodak, Ruth (1997)** *Ärztliche Sprachlosigkeit in der Arzt-Patienten-Kommunikation*. In: wiener klinische wochenschrift, Jg. 19, S. 781–791.
- Wolff, Stephan (2004)** *Wege ins Feld und ihre Varianten*. In: Uwe Flick, Ernst von Kardoff, Ines Steinke (Hrsgg.) *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. 3. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt. (rowohlt's enzyklopädie; 55628). S. 334–349.
- Wolff, Stephan (2004a)** *Dokumenten- und Aktenanalyse*. In: Uwe Flick, Ernst von Kardoff, Ines Steinke (Hrsgg.) *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. 3. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt. (rowohlt's enzyklopädie; 55628). S. 502–513.
- Wolter, Clarissa (2006)** *Die Übermittlung von unerwarteten Todesnachrichten. Eine kommunikationswissenschaftliche Untersuchung des Informationsdialoges zwischen Ärzten und Angehörigen bei plötzlichen Todesfällen sowie zwischen Ärzten und Patienten bei infausten Prognosen*. Münster [u.a.]: Waxmann. (Internationale Hochschulschriften; 479). [Zugl.: Frankfurt am Main, Univ., Diss.].
- Zifonun, Gisela / Hoffmann, Ludger / Strecker, Bruno / Hoberg, U. (1997)** *Grammatik der deutschen Sprache*. In 3 Bänden. Berlin, New York: de Gruyter. (Schriften des Instituts für Deutsche Sprache; 7).

Zubin, Joseph / Spring, Bonnie (1977) *Vulnerability – a new view of schizophrenia*. In: Journal of Abnormal Psychology, Jg. 86, H. 2, S. 103–126.

Anhang

A1 Verwendete Transkriptionszeichen

In den Transkripten werden basierend auf dem von Selting et al. (1998) entwickelten Transkriptionssystem GAT („Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem“) folgende Zeichen verwendet:

fetter blauer Text	im Analyseteil: Kern der jeweils untersuchten sprachlichen Handlung
(...)	im Anhang: Verweis auf im Text behandelte Transkriptstellen
[]	Ausgelassene Elemente des Originaltextes
[]	Überlappungen und Simultansprechen
=	schneller, unmittelbarer Anschluss neuer Turns oder Einheiten
(.)	Mikropause
(-), (--), (---)	kurze, mittlere, längere Pausen (bis ca. 1 Sek.)
(2.85)	gemessene Pause in Sekunden
und=äh	Verschleifungen innerhalb von Einheiten
:, ::, :::	Dehnung, Längung, je nach Dauer
äh, öh etc.	Verzögerungssignale
so(h)o	Lachpartikel beim Reden
hm, ja, nein, nee	einsilbige Rezeptionssignale
hm=hm, ja=a	zweisilbige Rezeptionssignale
'hm'hm	zweisilbiges Rezeptionssignal mit Glottalverschluss, verneinend
akZENT	Primär- bzw. Hauptakzent
ak!ZENT!	extra starker Akzent
?	hoch steigende Tonhöhenbewegung am Einheitenende
,	mittel steigende Tonhöhenbewegung am Einheitenende
-	gleichbleibende Tonhöhenbewegung am Einheitenende
;	mittel fallende Tonhöhenbewegung am Einheitenende
.	tief fallende Tonhöhenbewegung am Einheitenende
((lacht))	para- und außersprachliche Handlungen u. Ereignisse
<<lächelnd> >	para- und außersprachliche Handlungen u. Ereignisse mit Reichweite
()	unverständliche Passage
(solche)	vermuteter Wortlaut
al(s)o	vermuteter Laut oder Silbe
(solche/welche)	mögliche Alternativen
<<f> >	forte, laut
<<p> >	piano, leise
<<all> >	allegro, schnell
<<len> >	lento, langsam
<<cresc> >	crescendo, lauter werdend
<<dim> >	diminuendo, leiser werdend
<<acc> >	accelerando, schneller werdend
<<rall> >	rallentando, langsamer werdend
.h, .hh, .hhh	Einatmen, je nach Dauer
h, hh, hhh	Ausatmen, je nach Dauer

A2 Gesprächstranskripte

A2.1 Transkript G1: Angehöriger Herr D.

Aufnahme Nr. 1 vom 28.04.2006, Beginn: 13 Uhr, Dauer: 16 Min. 4 Sek.

Gesprächsteilnehmer:

- Arzt A (Psychiater)
- Herr D. (48 Jahre, Ingenieur), Vater von Schizophreniepatient Norbert D. (19 Jahre, Berufsschüler)

Ort: Arztzimmer, St. Valentinushaus, Kiedrich

Aufnehmender: Arzt A **Transkribentin:** Ruth Müller

Situation: katamnestisches Arzt-Angehörigen-Gespräch, ca. ein halbes Jahr nach Entlassung des Patienten aus der Klinik

Sitzposition der Gesprächsteilnehmer: an einem runden Tisch

Allgemeines zu den Katamnesegesprächen: Rhythmus der Gespräche: alle vier Wochen, übliche Konstellation: Arzt – Patient – Angehöriger

Sonstige Bemerkungen: Keine.

- 1 Arzt A: jetzt müsste es eigentlich gehen; (--) SO (-) herr d.
 2 erstmal (.) äh herzlichen dank, dass sie sich bereiterklärt
 3 haben (.) äh zu kommen und mir (.) mit mir gemeinsam
 4 zwei=drei fragen zu besprechen. das gespräch (.) das wir
 5 beide jetzt führen; wird aufgezeichnet, damit sind sie
 6 einverstanden.
- 7 Herr D.: .hh schönen guten tag herr professor, selbstverständlich.
- 8 Arzt A: wunderbar; dann dank ich ihnen (---) .h sie sind ja: hh ein
 9 (.) beTROFFner im sinne (.) davon dass einer ihrer
 10 angehörigen nämlich ihr SOHN; bei uns (-) zum ersten mal in
 11 der psychiatrischen klinik war.
- 12 Herr D.: zum ersten mal in der klinik war er nicht, er war vorher
 13 schon (.) auf der klinik EICHberg, aber das war (.) wenig
 14 zielführend äh und er war auch nur relativ kurz da.=
- 15 Arzt A: =hm=hm; jetzt is er (.) ne weile schon entlassen, ist
 16 wieder zuhause, er geht in der schule (.) äh seinen
 17 verpflichtungen nach; was würden sie denn MEInen wie es
 18 ihrem SOHN unserem patienten HEUte (-) aus ihrer sicht
 19 geht;
- 20 Herr D.: (-) es geht ihm sehr gut=ähm (.) er hat während des
 21 klinikaufenthaltes zwar mit seiner situation große
 22 probleme gehabt; hat aber im laufe der behandlung seine

23 krankheit erkannt; er weiß also selbst äh, wieso er in der
24 klinik war, (.) er sieht die riesen fortschritte die er
25 gemacht hat er ist ja jetzt wirklich in einer sehr=sehr
26 GÜten situation er ist klassenbester in verschiedenen
27 fächern er ist also .h vollintegriert in dem ganzen
28 freundeskreis nach wie vor äh (.) äh anerkannt, also er hat
29 KEIne persönlichen nachteile erlitten=eher hat er (.) ähm
30 (-) fortschritte erzielt, er ist äh sehr zufrieden mit der
31 situation, er ist auch ehrgeizig, MÖCHte auch dass es so
32 also voranGEHT, also ich würde das als ausgesprochen
33 POSitiv äh bezeichnen=der äh junge ist (.) hoch MOTivie:rt
34 und er weiß auch genau in welcher situation er sich
35 befindet.

36 Arzt A: hm=hm. .hh wenn sie n vergLEICH anstellen (.) mit DER
37 konstellation die damals zur stationären aufnahme geführt
38 hat; (.) also die GANze psychopathologie, was er erlebt
39 hat- wie er sich verändert hatte (.) und wenn sies mit
40 heute vergleichen; wie würden sie den unterschied
41 beschreiben;

42 Herr D.: also der unterschied ist graVIERend; der norbert wa:r äh in
43 dem zeitpunkt als er hier eingeliefert wurde im grunde
44 genommen nicht mehr durch ansprache zu erreichen. er hatte
45 sich äh völlig abgekapselt=seine (.) äh EIgenen äh aktionen
46 beschränkten sich auf ganz wenige tätigkeiten die oftmals
47 auch äh andere menschen (.) MASSIV äh=ähm beeinträchtigt
48 haben und gestört haben was i=ihm aber Überhaupt (.) egal
49 war an der=in dieser zeit=er hatte also (.) äh einen
50 sehr=sehr großen realitätsverlust (-) ähm (--> <<len> sein
51 ähm (-) EIgenes äh (.) ausdrucksvermögen beschränkte sich
52 auf wenige (.) kurze staccato-artig wiederholte (.)
53 aussagen>=also das war ne situatio:n (.) die von mir
54 persönlich schon seh:r (.) schwer wiegend eingeschätzt
55 wurde und (.) all das <<sehr deutlich und akzentuiert> ist
56 nicht mehr da>=der ist VOLLkommen (-) norMAL (.) wie man
57 eigentlich sich einen jungen menschen in dem alter
58 vorstellt (-) ähm es hat vielleicht sogar (.) INSGesamt
59 verbesserungen bei ihm gegeben (.) äh über nen längeren
60 zeitraum hinweg gesehen, so in richtung mathematisches
61 räumliches verständnis=äh (.) da würd ich ma sagen ähm (.)
62 ist noch zusätzlich eine verbesserung gekommen die viel=die

63 also nicht jetzt mi=direkt jetzt mit dieser situation (.)
64 in der er EINGeliefert wurde, (.) zusammenhängt.
65 Arzt A: hm=hm; würden sie so weit gehen (.) äh zu sagen dass er
66 HEUte wieder dieselbe=die gleiche person ist auch von
67 seiner perSÖNlichkeit die er früher als alles noch im
68 grünen bereich war=als alles noch in ordnung schien war,
69 Herr D.: .h ja das kann man genau so sagen.=
70 Arzt A: =das würden sie so sagen; (.) worauf führen sie das zurück?
71 Herr D.: ich führe das darauf zurück dass eine fehlfunktion ähm (.)
72 krankhafter art halt in seinem gehirn diese reizströme äh
73 dass diese (.) ähm durch die medikamentÖse behandlung äh
74 wieder in einen normalen zustand gebracht worden sind und
75 er dadurch auch wieder (.) äh genau der gleiche mensch is
76 der er war; es is einfach eine (.) krankhafte STÖrung
77 gewesen die er hatte.
78 Arzt A: glauben sie, dass ihr sohn des auch so verstanden hat;
79 Herr D.: ja.; ich bin mir sicher=also er (.) kann mittlerweile
80 SELBST auch durchaus humorvoll über äh:: diese episoden
81 [erzählen, was er so angestellt hat als er diese]
82 Arzt A: [(tatsächlich? was erzählt er da,)]
83 Herr D.: krankheit hatte und äh (.) er geht da sehr offen mit um;
84 und er weiß also auch geNAU beispielsweise dass er das
85 medikament BRAUcht um nicht wieder (.) die hohe gefahr
86 eines rückfalles zu haben=also er hat (.) denk ich schon
87 genau verstanden äh: wo er ist.
88 Arzt A: hm (.) nun hat er ja die welt anders erlebt als sie war;
89 (.) als er gekommen [is (.)]
90 Herr D.: [hm=hm]
91 Arzt A: ähm (.) ham=ham sie viel MÜhe gehabt damals ihn (.) in die
92 klinik zu bringen?
93 Herr D.: ja; (.) das war nicht einfach; (.) äh er selbst äh war ja
94 schon volljährig; er hat äh sich selbst äh für gesund
95 gehalten, alle !AND!EREN menschen waren verrückt für ihn
96 (.)äh und äh (.) er war nicht bereit sich behandeln zu
97 lassen, das war die episode, die ich am anfang erwähnte, da
98 war er freiwillig in einer anderen klinik (.) äh dort wurde
99 er aus disziplinarischen gründen wieder entlassen, was aus
100 meiner HEUtigen sicht (.) äh sicherlich nicht richtig war
101 an der behandlung, äh hier wurde er äh
102 pf=zwangseingeliefert, das is dieser (.) äh geschichte
103 gewesen also äh mit der äh (-) amtsärztlichen (-)

104 ÄRZTlichen untersuchung erstmal, dann (der)
105 amtsRICHTerlichen verfügung, dass ich also dann äh (.) ähm
106 (-) die beFUGnis beKOMMen hab über seinen aufenthaltort
107 und so weiter [bestimmte dinge,]
108 Arzt A: [(betreuung eingerichtet)]
109 Herr D.: betreuung halt=äh: (--) beSTIMMen zu können und auf dieser
110 basis ham wir ihn dann hier eingeliefert und er musste auch
111 zunächst in eine geschlossene station weil man davon
112 ausgehn konnte dass er nicht HIERbleiben würde;
113 Arzt A: =hm=hm, okay. wenn jetzt (-) <<all> was wir alle NICHT
114 hoffen;> (.) aber WENN es zum rezidiv <<all> also zum
115 erneuten schu:b> kommen würde; (.) glauben sie, dass sie es
116 ERSTENS rechtzeitig merken würden (.) dass irgendwas nicht
117 in ordnung ist und ZWEItens (.) ähm glauben sie: (.) dass
118 sie (.) ihn wieder vorstellen könnten?
119 Herr D.: .h also ich HOFFE dass ichs rechtzeitig erkennen würd=ich
120 kann denk ich mittlerweile auch mit den symptomen schon
121 umgehen und würde wahrscheinlich einige symptome schon sehr
122 ernst nehmen wenn die auftreten sollten, (.) ähm (-) ich
123 denke auch wenn das äh eine sich STEIgernde phase wäre,
124 würde wahrscheinlich noch bei ihm eine bereitschaft zur
125 behandlung bestehen- wenn er natürlich st=schlagartig in
126 einer situaTION wäre in der er WAR, dann is er nicht mehr
127 ansprechbar; das wäre dann wieder das GLEIche, dann müsste
128 ma eigentlich im grund genommen die gleiche
129 betreuungs=äh=äh=äh methode nochma anwenden.
130 Arzt A: =hm=hm; okay. äh hh wenn sie jetzt, das ist ja alles
131 insgesamt n halbes jahr ungefähr; ne, zurück (.) schätz ich
132 ma,=
133 Herr D.: =hm ja=a, im herbst ist er entlassen worden,=
134 Arzt A: =genau. **wenn sie das alles so revue passieren lassen, wie**
135 **fühlten SIE sich denn (.) als angehöriger (-) von uns von**
136 **den ärzten (.) von der einrichtung schlechthin über die**
137 **krankheit, über die risikofaktoren, über alles, was (.)**
138 **damit im zusammenhang steht, informiert;**
139 **Herr D.: also ich bin im ergebnis (.) ausreichend und auch (.) über**
140 **die dauer der behandlung eigentlich sogar sehr gut**
141 **informiert worden (.) ähm man muss allerdings dazu anmerken**
142 **dass grad in der ANfangsphase in der man ja selbst**
143 **ÜBerhaupt nicht weiß <<all> außer dass man den eigenen sohn**
144 **EINgeliefert hat> äh was denn äh (.) überhaupt abläuft äh**

145 <<acc> und was die hintergründe sind=was SEIN könnte=wie es
146 weitergehen könnte=man ist ja völlig verUNsichert;> (.) .hh
147 äh ich hab in dieser zeit äh (.) IMMer versucht das
148 gespräch mit den behandelnden ärzten zu suchen, das war
149 glücklicherweise auch möglich. es war nicht SO einfach=da
150 musste man dann schon mal n termin irgendwo zwischen (.) äh
151 halb zwölf und halb eins oder so irgendwo anpeilen und auch
152 mal ne halbe stunde zeit mitbringen bis (-) äh der facharzt
153 oder die fachärztin dann wieder FREI war, aber im prinzip
154 war die bereitschaft da: diese gespräche zu führen (.) äh
155 und das hab ich also SEHR häufig auch von mir aus (.) immer
156 wieder gesucht (.) dieses gespräch (.) äh und das war für
157 mich eigentlich (.) WIchtig weil es mich (-) in meiner
158 entscheidung (.) ihn hier EINzuliefern, ihn HIER zu lassen
159 <<acc> was ja alles über (.) WOchen vollkommen GEgen seinen
160 willen passierte> (.) äh bestärkt hat, denn=äh (.) auf der
161 anderen seite=wenn die informationen (.) NICHT fundiert
162 sind, ist man äh (.) aus meiner sicht als elternteil auch
163 LEIcht äh dabei in mitleid zu verfallen und das ganze
164 wieder abubrechen=

165 Arzt A: =hm=hm; hm=hm;=

166 Herr D.: =weil in den ersten paar wochen ham sie halt (.)
167 !ÜBER!HAUPT KEIne positiven signAle. (-) DAS (.) muss man
168 aber wissen, das muss (.) UNBEDingt vermittelt werden.

169 Arzt A: hm=hm. (.) wie isn des in der familie erlebt worden? der
170 SOHN (.) muss in die geSCHLOSSne abteilung inner
171 psychiatrischen klinik; (.) und DANN wussten sie (.) die
172 ersten paar wochen gar nich wo es hin geht, ob das wieder
173 WIRD, ob das KLAPPT, äh wie ist=wie ist=wie sind denn SIE,
174 ihre FRAU, die geschWISter, wie ist man denn in der familie
175 (.) damit zurechtgekommen;

176 Herr D.: also wir warn erstma sehr froh (.) dass er überhaupt in der
177 richtigen behandlung WA:R, das=darüber warn wir uns im
178 klaren, so weit konnten wir seinen zustand schon
179 einordnen,=es hätte überhaupt nichts äh gebracht es wäre
180 nur schlimmer geworden wenn er diese behandlung jetzt NICHT
181 bekommen hätte, also von daher warn wir schon sicher dass
182 das richtige passiert (.) ähm (.) ich hab IMMER versucht in
183 gesprächen zuhause=jetzt mit seinem bruder äh=äh POSitiv zu
184 denken und also zu sagen dass äh (.) ich hab mal wieder mit
185 der ärztin gesprochen, es hat n kleinen vorteil

186 geGEben=also es kann natürlich dauern aber wir werden (.)
187 wohl irgendwoHIN kommen, das WIRD wieder mit ihm, und äh
188 (-) auch sein bruder wa:r sehr positiv der ja äh (--) klar
189 gesagt hat das is n anständiger kerl so wie der sich
190 zuletzt benommen hat, das is ja völlig krankhaft
191 gewesen=also das wird schon wieder=
192 Arzt A: =das war nicht mehr ihr sohn;
193 Herr D.: ja=ja [das war ein veränderter mensch-]
194 Arzt A: [das was zum schluss war, dass war n anderer mensch;]
195 Herr D.: das war n veränderter mensch; (.) und insofern WAR also (.)
196 eine geWISse positive grundeinstellung gegeben dass (.) er
197 DURch die ärztliche behandlung denn (.) <<all> des hätten
198 WIR nicht HINKriegen können> dann doch wieder in diese (--)
199 spur wie er eigentlich is (.) wieder hineingeleitet wird.
200 selbstverständlich sind die einzelnen menschen
201 unterschiedlich, der eine kann mit so ner belastung besser
202 umgehen, der andere der muss dann schon ma (.) n paar
203 tränen verdrücken, das bleibt in so ner situation nicht
204 aus.
205 Arzt A: das war bei ihnen auch so;
206 Herr D.: das war bei uns auch so; insbesondere meine frau hatte (-)
207 GROße schwierigkeiten [mit der situation.]
208 Arzt A: [(hat die sich) (-)] hat die sich
209 vorwürfe gemacht?
210 Herr D.: .h hhh we:niger aber sie war psychisch sehr angespannt sie
211 war äh gerade äh EIN jahr selbst aus ner sehr=sehr
212 schweren=
213 Arzt A: =hm;=
214 Herr D.: =äh=äh erkrankung so heRAUSgekommen mit ner großen
215 unsicherheit äh ob sie denn überhaupt äh (.) äh das
216 überle:bt un=und wie das ausgeht=das war ne krebserkrankung
217 halt=äh=
218 Arzt A: =hm=hm;=
219 Herr D.: =und äh das ist alles gut gegangen aber das=diese
220 UNSicherheit diese=s mentale ANgeschlagensein, das war
221 natürlich noch gegeben und insofern war das jetzt (.)gleich
222 der nä(h)chst(h)e tiefschlag.
223 Arzt A: und wie kommt ihre frau JETZT klar nachdem se das so sieht?
224 Herr D.: sie freut sich mit ihm über jede gute note die er schreibt
225 und (.) äh:=äh (.) also das verhältnis ist ausgesprochen
226 gut, äh (.) auch der sohn umgekehrt sehr=sehr offen zu

227 allen anderen (von=)aus seiner familie weiß SELBST dass wir
228 (.) genau das richtige getan haben=also das is völlig
229 intakt dieses verhältnis=-
230 Arzt A: =okay; und SIE, wie kommen sie klar?
231 Herr D.: ich komm gut klar ich freu mich dass wir das so gut
232 hingekriegt ham ich werd das halt=das seh ich auch noch als
233 ne aufgabe von mir=weiterhin begleiten denn=äh (.) ich
234 möchte ihm halt auch noch so die STütze geben (.) im moMENT
235 muss ich ihm eigentlich nur sagen was du machst machst du
236 richtig und machs weiter so .hh aber das möcht ich ihm dann
237 auch sagen und ihn dabei auch unterstützen
238 **Arzt A: =okay. ich bin mit meinen fragen am ende=gibts noch**
239 **irgendwas was sie noch loswerden möchten, was sie noch**
240 **unbedingt äh (.) mitteilen wollen weils bisher NICHT**
241 **thematisiert worden is?**
242 Herr D.: ja vielleICHT wäre es äh noch ne anregung dass dieses
243 gespräch wo ich gesagt hab dass ich es gesucht habe (.) äh
244 dass man das vielleicht äh=äh GRUNDSätzlich äh einem
245 angehörigen (.) andIEnen sollte denn es gibt sicherlich
246 auch viele leute die (.) NICHT auf die ärzte zugehen (.)
247 nach dem motto ich hätte gerne informaTIONen sondern dass
248 man vielleicht noch etwas offensiver auf die ANgehörigen
249 eines solchen patienten zugeht.
250 Arzt A: hatten sie das gefüh:l (.) dass sie da absichtlich außen
251 vor gehalten werden sollen?
252 Herr D.: NEIN. (.) gar nicht. (.) äh das ist die arbeitsbelastung
253 dieser ärzte auf den stationen=-
254 Arzt A: =na=ja; (.) es is was anderes noch (-) es is die ärztliche
255 schweigepflicht.
256 Herr D.: das auch; (.) sicherlich=-
257 Arzt A: =das is n juristisches g=also HEIßes thema ähm (.)
258 norMALERweise sind meine ärzte verpflichtet; (.) die
259 ähm=na=wir nennen das fremdanamnese einzuholen; (.) .h aber
260 ne fremdanamnese ist immer ne einseitige information; wir
261 fragen SIE ob das und das=-
262 Herr D.: =ja=
263 Arzt A: =in dem moment wo wir von dem patienten was berichten (.)
264 stehen wir mit einem bein IMMER (-) im gefängnis (.) weil
265 wir (.) gefahr laufen die ärztliche schweigepflicht zu
266 VERletzen und beim patienten der zwangsweise da ist <<all>
267 und wir nicht wissen ob der hinterher unterschreibt> (-)

268 weil wir nicht wissen wie die konstellaTION is (.) is das
269 immer kritisch; verstehn sie?

270 Herr D.: ja:--=

271 Arzt A: =das will ich zur entschuldigung sagen;=

272 Herr D.: =nee, das--=

273 Arzt A: =aber es IS keine entschuldigung.=

274 Herr D.: =ich geb ihnen schon recht; die situation (.) is=is
275 vollkommen richtig beschrieben von ihnen (.) ähm (-) besser
276 wird es wenn der patient dann EINwilligt in diese dinge=das
277 hat (.) mein sohn glücklicherweise relativ schnell getan
278 und ich hatte dann als er auf die=äh offene station kam
279 auch n GANZ hervorragendes verhältnis zu seiner
280 behandelnden ärztin äh die auch von SICH aus (.) immer
281 wieder mit MIR den kontakt gesucht hat=gespräche zu
282 bestimmten dingen gesucht hat die sie interessiert hat (.)
283 und wir ham uns natürlich dann auch (.) an DIEser stelle
284 gegenseitig ausgetauscht sodass (.) ich auch immer von IHR
285 erfahren hab (.) wie ist der stand (.) was kann ICH tun wie
286 kann ich das ganze hier unterstützen; ähm es ist natürlich
287 richtig=das sollte der patient (.) erLAUBen klar- (--)
288 [aber-]

289 Arzt A: [aber] es ist keine entschuldigung.=ich will=ich WILls auch
290 nich entschuldigen=das (.) es geht ja darum wie SIE ihre
291 situation erleben und was sie sich wünschen und (.) die
292 juristischen dinge nur ma so nebenbei ähm (.) aber für uns
293 is es ja wichtig dass wir ne rückmeldung erhalten und
294 kucken (.) ob wir an der stelle was verbessern können;
295 ((klatscht 2x leise in die Hände)) gut; gibts sonst noch
296 was, (.) was wir bereden (.) sollten?

297 Herr D.: nee danke ich denk (.) das ist so: (.) in etwa (.) n rundes
298 bild jetzt [(aus meiner sicht)]

299 Arzt A: [(wars anstrengend für sie?)]

300 Herr D.: ach [nö gar nich]

301 Arzt A: [((lacht leise))] sind ja keine anderen fragen als die
302 die wir sonst besprechen=-

303 Herr D.: =eben; da ham wir alles schon oft drüber gesprochen.=

304 Arzt A: =ja; und wir sehen (nachher nach nem) neuen terMIN glaube
305 ich irgendwann (.) äh is ausgemacht=

306 Herr D.: =im juni wollten wir n termin machen;=

307 Arzt A: =ja; (.) und dann machen sie ihn nächste woche wenn frau f.
308 wieder da is, <<f> dann DANK ich ihnen> ganz herzlich für

309 das gespräch und ähm (-) ja (.) dann hoffen wir ma dass es
310 weiterhin so gut vorangeht ich bin ja sehr zufrieden bin
311 auch wirklich (-) ham wir gut hingekriegt. (-) vielen dank.
312 Herr D.: ja; (-) vielen dank.
313 ((Rest unverständlich, da im „off“, d.h. im Flur gesprochen))

A2.2 Transkript G2: Patientin B. und Angehörige Frau B.

Aufnahme Nr. 2 vom 24.06.2006, Beginn: 16 Uhr, Dauer: 21 Min. 18 Sek.

Gesprächsteilnehmer:

- Arzt B (Psychiater)
- Patientin Anna B. (64 Jahre, Rentnerin)
- Josefine B. (61 Jahre, Rentnerin, früher Buchhalterin), Schwägerin und gesetzliche Betreuerin der Patientin
- Herr L., Mitarbeiter des Heims für betreutes Wohnen, in dem die Patientin wohnt

Ort: Arztzimmer, St. Valentinushaus, Kiedrich

Aufnehmender: Arzt B, **Transkribentin:** Ruth Müller

Situation: katamnestisches Arzt-Patientin-Angehörigen-Gespräch, ca. sechs Jahre nach dem letzten Klinikaufenthalt der Patientin, erste Begegnung von Arzt und Schwägerin

Sitzposition der Gesprächsteilnehmer: an einem runden Tisch

Allgemeines zu den Katamnesegesprächen: Rhythmus der Gespräche: alle vier Wochen, übliche Konstellation: Arzt – Patientin – Heim-Mitarbeiter

Sonstige Bemerkungen: Interessant an diesem Gespräch ist die Bearbeitung der Thematik der Vertrautheit bzw. Kontinuität und Stabilität der Behandlung und Umgebung und ihrer Bedeutung für die Patientin; sie wird an mehreren Stellen von der Schwägerin erwähnt. Auch das „Reden über anwesende Dritte“ und die Konsequenzen daraus verdienen besondere Aufmerksamkeit.

- 1 Patientin B.: so
- 2 Arzt B: so ja nehm se gerade platz
- 3 Patientin B.: (wo soll) ich mich hinsetzen?
- 4 Arzt B: ja setzen sie sich aufn stuhl, das mikrofon läuft schon=sie
- 5 wissen ja um was es geht
- 6 Frau B: [ja ich weiß es]
- 7 Arzt B: [ich] möchte noch kurz was dazu sagen (--)
- 8 Frau B.: sie wissen ich bin die betreuerin von der frau b.=
- 9 Arzt B: =die betreuerin und die schwägerin
- 10 Frau B.: auch
- 11 Arzt B: okay das ist für mich das <<lachend> wichtigere>
- 12 Frau B.: [((lacht))]
- 13 Herr L.: [((lacht))]
- 14 Arzt B: schwägerin und gesetzliche betreuerin
- 15 Herr L.: ja

16 Arzt B: okay (--) ja zunächst vielen dank dass sie gekommen sind
17 (-) primär geht es darum ein gespräch zu machen ähm das
18 wird dann ausgewertet nach ja sprachlichen äh
19 gesichtspunkten; (--) zunächst vielen dank dass sie
20 gekommen sind und ähm sie beide können halt sozusagen dabei
21 sein und ich denk es is vielleicht auch ganz sinnvoll grad
22 wenn sie:=
23 Patientin B.: =hm=
24 Arzt B: =auch dabei sind dass sie wissen was da besprochen wird;
25 Patientin B.: hm [ja]
26 Arzt B.: [das] finde ich immer im sinne einer transparenten
27 behandlung wichtig [dass wenn gespräche mit]
28 Frau B.: [genau so ist es; ja]
29 Arzt B: angehörigen geführt werden, dass die patienten auch dabei
30 sind und herr l. halt auch als (.) ähm zuständiger im haus
31 josef; okay wir fangen dann jetzt an äh wie geht es der
32 patientin heute aus ihrer sicht;
33 Frau B.: sehr gut
34 Arzt B: sehr gut
35 Frau B.: keinerlei probleme
36 Arzt B: das heißt, das war früher auch mal ne stationäre behandlung
37 gewesen?
38 Frau B.: das is richtig aber das is jetzt schon länger her.
39 Patientin B.: nich hier im=im haus äh (war im) valentinshaus (war
40 ich=weiß es nich=ich war einmal da wie das leponex
41 umgestellt wurde)=
42 Arzt B: =da warn sie mal stationär <<f> früher warn auch stationäre
43 behandlungen [aber jetzt geht es]>
44 Patientin B.: [einmal] mit=mit haldol einmal
45 (das war) neunzehnhundertachtzig
46 Frau B.: hm=hm=
47 Arzt B: =okay .h=
48 Frau B.: =aber sie is schon LANGE zeit stabil ohne weitere schübe;
49 (--)
50 Herr L.: hm=hm
51 Frau B.: hm,=
52 Arzt B: =das heißt da is aus ihrer sicht ne ganz lange zeit der der
53 sta[bilität]
54 Frau B.: [ja;] die medikamente wurden ja irgendwann ma
55 [umgestellt]
56 Arzt B: [hm=hm]

- 57 Frau B.: und diese medika=während dieser medikamentenphase hast du
58 noch keinen schub gehabt
- 59 Patientin B.: nee=nee
- 60 Frau B.: <<p> richtig>
- 61 Arzt B.: okay das heißt sie sind an sich damit zufrieden es is ne
62 lange phase der stabilität=
- 63 Frau B.: =ja
- 64 Arzt B.: .h okay, ist der zustand wesentlich anders verglichen mit
65 der situation die zur aufnahme in die klinik geführt hat;
- 66 Frau B.: oh ja (.) oh ja (-- denn das war ja beim tod
67 unserer=meiner schwieger[mutter, das war die mutter von der
68 anna,]
- 69 Patientin B.: [(hm ja) da bin ich hierher
70 gekommen]
- 71 Frau B.: und äh da wars ja ein ganz (.) äh masSiver (.)
72 schizophrener schub; ja da war se ja sogar hier
73 !STA!tio!NÄR! (.) und zwar in der geschlossenen abteilung.
- 74 Patientin B.: nee=nee ich war doch nicht auf der geschlossenen=doch
75 auf der zwölf war ich=dann [bin ich ins haus maria
76 gekommen,]
- 77 Arzt B.: [auf der zwölf (warn sie)]
- 78 Frau B.: ja also da [das war oftmals]
- 79 Arzt B.: [das heißt damals gings ihr] sehr schlecht=
- 80 Frau B.: =ja
- 81 Arzt B.: und da is n deutlicher unterschied
- 82 Frau B.: aber ja (.) aber ja
- 83 Arzt B.: (---) gut vielleicht ähm können sie kurz nochmal schildern
84 was so die haupt äh symptome damals waren ähm <<acc> wenn
85 se das vergleichen heute sagen se gehts gut> damals was
86 warn da die beschwerden die sie damals (.) wahrgenommen
87 haben?
- 88 Frau B.: äh die beschwerden waren ganz einfach dass die anna stimmen
89 gehört hat
- 90 Arzt B.: ja [hm=hm]
- 91 Frau B.: [ja] und die die eben äh an diesem tag=das war
92 weihnachten; wars ganz einfach so dass sie vom äh während
93 des essens aufgestanden is hat en mantel angezogen is
94 rausgerannt zur nachbarin und hat gesagt mein bruder will
95 mich umbringen.=
- 96 Patientin B.: =WEI:ß ich gar nich mehr
- 97 Frau B.: [ja

- 98 Arzt B: [sie wissen das gar nich mehr so genau <<cresc> aber sie
99 ham das noch so in [erinnerung> das heißt]
- 100 Frau B.: [ja=ja das das]
- 101 Arzt B: die symptome die damals aufgetreten sind die sind heute
102 überhaupt nicht mehr vorhanden;
- 103 Frau B: nei::n (.) [nein=nein]
- 104 Patientin B.: [nee=nee]
- 105 Arzt B: okay;
- 106 Frau B.: sie hat also ängste gehabt verfolgungsängste sie hat
107 stimmen gehört=
- 108 Patientin B.: =ABer nich immer ge(ll)
- 109 Frau B.: nein=nein [als du eingeliefert (-) als du eingeliefert
110 worden bist anna (.) das das das]
- 111 Arzt B: [hm=hm das war ja vor der klinik es geht ja um die zeit (.)
112 vor der klinik]
- 113 Patientin B.: [()] weil meine mutti ja ins altersheim
114 gekommen is=
- 115 Arzt B: =hm=hm
- 116 Patientin B.: <<p>()>=
- 117 Frau B.: =aber zu dem zeitpunkt war die mutti noch da; (.) aber es
118 bestand=äh wir hatten einen termin dass <<dim> die mutti
119 ins altersheim kommen sollte und das hat ihr natürlich auch
120 angst gemacht>
- 121 Arzt B: <<p> okay> (--)<<cresc> gut das heißt da is also sehr
122 deutlich> dieser [unterschied <<dim> zwischen damals und
123 heute>]
- 124 Frau B.: [<<p> aber ja] heute hat sie diese
125 probleme überHAUpt nicht mehr. sie ist AUSge>=
- 126 Patientin B.: =(ohne das heim) könnte ich zwar nicht mehr wohnen
127 allein (hier) hätt ich auch <<dim> irgendwie angst,>
- 128 Arzt B: [hm na gut aber das is ja ähm=ähm das heißt <<cresc> unter
129 den jetzigen bedingungen> ist]
- 130 Frau B.: [aber dort wo sie jetzt ist fühlt sie sich zuhause fühlt
131 sie ich wohl]
- 132 Arzt B: ne große stabilität=
- 133 Frau B.: =aber ja
- 134 Arzt B: die wohnheim=die wohnung im (.) haus josef=da (.) fühlen=
- 135 Frau B: =ja
- 136 Arzt B: se sich wohl=
- 137 Frau B.: =ja

- 138 Arzt B: <<f> gut> ähm ist das dieselbe person von früher als
139 als=als alles noch gesund erschien;
- 140 Patientin B.: sie kennt mich ja gar nicht als ich gesund war.
- 141 Frau B.: ja. (.) äh ich hab die anna kennengelernt das war
142 neunzehnhundertachtzig.
- 143 Arzt B: ja?
- 144 Frau B.: und zu DIEser zeit hatte sie ja immer WIEder mal
145 schizophrene schübe;
- 146 Patientin B.: [()]
- 147 Frau B.: [und sie] stand ja auch unter medikaMENTen
148 [ich hab sie nie anders erlebt]
- 149 Patientin B.: [(ich glaub ich hatte zu wenig medikamente)] wollt ich
150 mal absetzen ()
- 151 Arzt B: das heißt sie kennen sie gar nicht zu der zeit als sie
152 noch=
- 153 Frau B.: =nein nein
- 154 Arzt B: äh gesund war
- 155 Frau B.: ich kenn nur die erzählungen meines mannes.
- 156 Arzt B: hm=hm,
- 157 Frau B.: (.) ja, der ja nun mit ihr groß geworden=oder im selben=im
158 selben elternhaus groß geworden ist, sie war ein FRÖHliches
159 mädchen ein AUSgeglichenes mädchen (.) ähm allseits beliebt
160 hat freundinnen gehabt hat kontakte gehabt, das ist des was
161 ich von ihrer JUgend weiß und von ihrer kindheit;
- 162 Arzt B: okay und wie würden sie dann die heutige (.) situation (.)
163 bezeichnen wenn se das vergleichen mit diesem früheren (.)
164 zustand? (.) vor der krankheit sozusagen vor dem ausbruch
165 der krankheit [()]
- 166 Frau B.: [ja ich] würde schon sagen dass (s)ich=ich
167 weiß net über die medikamente oder so was=ihr verhalten
168 VERändert hat=wir können gespräche führen aber äh es is
169 sehr schnell erMÜdend und äh konTAKTfähigkeit nach außen
170 (.) äh sozialkontakte die sind also gar net gegeben
- 171 Arzt B: okay also das heißt da würden se schon son unterschied auch
172 [sehn dass es leichter]
- 173 Frau B.: [aber ja (.) aber ja]
- 174 Arzt B: leichter erschöpfbar is leichter müde [is]
- 175 Frau B.: [ja]
- 176 Arzt B: nicht mehr so belastbar wie früher äh dass es ihr schwerer
177 fällt kontakte nach außen äh zu führen=aber dass se an sich
178 so von der symptomatik her recht stabil is
- 179 Frau B.: aber ja

180 Arzt B: okay (--) ja; glauben sie dass sie die patientin zu us=uns
181 bringen können beziehungsweise sie dazu bewegen können zu
182 uns zu kommen wenn es zu einem erneuten schub kommt.=
183 Frau B.: =ja die anna steht heute dazu und erzählt=wi(r) wir
184 telefonieren ja zweimal in der woche und sie sie erzählt
185 [mir]
186 Patientin B.: [einmal] die woche
187 Frau B.: ja ich ruf ein[mal an]
188 Patientin B.: [()]
189 Frau B.: ja und [äh]
190 Arzt B.: [gut da is ()]
191 Frau B: so dass ich immer wieder auch an ihrer stimme höre an ihrem
192 sprechen höre wie es ihr ganz einfach geht und sie SAGT mir
193 ja auch selber äh; ich hab wieder stimmen gehört oder
194 irgend=also das sagt se mir da bin ich ganz sicher und wir
195 äh nehmen dann ja auch sofort kontakt auf wenn ich das
196 gefühl hab oder wenn wenn (--)ja
197 Herr L.: ((räuspert sich))
198 Frau B.: wenn an ihrem verhalten etwas anders is als sonst
199 Herr L.: also auch die betreuungsperson hat da ne [rückmeldung
200 Arzt B.: [okay da is en
201 enger kontakt [da]
202 Frau B.: [ja ja]
203 Arzt B: das heißt sie sind auch sicher wenn wenn sich das wieder
204 verschlechtern sollte aus irgendwelchen gründen=das muss
205 man ja immer auch auch äh auch äh befürchten äh dass die
206 gefahr besteht natürlich gerade wenn so ne lange stabilität
207 besteht is das natürlich eher gering aber trotzdem würden
208 se sagen wenn wenn irgendwie ne verschlechterung eintritt
209 dass sie dann auch einfluss auf sie haben=
210 Frau B.: =aber ja aber ja=
211 Arzt B: =und sie dazu bringen können das is natürlich ganz wichtig
212 auch (.) da sie als betreuerin ja genau für diesen bereich
213 ja auch zuständig sind=
214 Frau B.: =.hhh ja dadurch dass wir ja auch schwägerinnen sind haben
215 wir doch en vertrauens[verhältnis <<lächelnd> anna ne?>]
216 Patientin B.: [ja ja stimmt]
217 mein=mein arzt (sagt zuhause immer ab) seit ich weniger
218 medikamente bekomme dann bekam ich dadrauf en schub ()=
219 Arzt B: =genau das is natürlich immer das risiko wenn ähm (.) .h
220 die medikation verÄndert würde oder wenn=wenn da

263 Arzt B: [okay]

264 Frau B.: sodass also immer ne [kontaktmöglichkeit]

265 Patientin B.: [(hm=hm)]

266 Frau B.: da is=

267 Herr L.: =wir können auch auf fragen antworten wenn SIE probleme hat

268 äh was=wie gehts meiner [schwägerin oder]

269 Frau B.: [<<lächelnd> ja>]

270 Herr L.: wann meldet se sich=

271 Arzt B: =gut ja das is ja schön

272 Herr L.: das is wunderbar

273 Arzt B: gut ich mein das is natürlich genau so wie man sich das

274 wünschen würde bei vielen dass einfach da (.) .h äh sowohl

275 die familie wie auch die betreuung dass das sozusagen in

276 einer hand liegt und dann auch äh ich denk auch das trägt

277 auch zur stabilität bei denk ich auf jeden fall

278 Frau B.: ja

279 Arzt B: und ja (---) gut dann bedank ich mich bei ihnen allen dass

280 sie teilgenommen ha=aber vielleicht ham sie noch ne frage?

281 Patientin B.: ja, wann soll ich denn wieder=machen=der herr hampel

282 macht dann einen termin bei ihnen?=-

283 Arzt B: =der neue termin wird dann wieder ausgemacht äh (.) **und ich**

284 **denke auch für die zukunft bin ich natürlich immer auch als**

285 **ansprechpartner bereit und ich freu mich immer wenn ich**

286 **angehörige oder=äh die betreuer kennen lerne=**

287 **Frau B.: =herr doktor b.; DAS ist ganz wichtig denn es GAB mal ne**

288 **krisensituation als die=äh als die (.) ÄRZte nicht**

289 **feststanden (.) ja, was für die anna !GANZ! wichtig is is**

290 **eine konSTANTE person.**

291 **Arzt B: okay;**

292 **Frau B.: ja; äh (-) und nicht ja der is KRANK und der geht WEG**

293 **[und da is ne veränderung-]**

294 **Herr L.: [wir wissen nicht hm=hm (.) ja:-]**

295 **Frau B.: DAS war (-) das=das war ne LEICHT kritische zeit (.)**

296 **Arzt B: okay,**

297 **Frau B.: [ja,]**

298 **Herr L.: [ja aber das is halt (.) durch die ÄUSSere situation-]**

299 **Arzt B: [ja gu:t (--) ja=ja]=**

300 **Frau B.: =ja=nee; ich komm nur dadrauf weil sie sagten eben=ähm (.)**

301 **aber jetzt seitdem sie wusste dass sie zu ihnen kommt**

302 **konstant zu ihnen kommt (.) und [dann ist das alles in**

303 **ordnung]**

304 Arzt B: [gut das ist vielleicht]
305 auch noch mal gut <<lächelnd> dass sie das erwähnt haben=>
306 Frau B.: =<<f> ja.>
307 Arzt B: ich mein das is auch mein=mein anliegen für alle=alle die
308 patienten die weiter in meiner betreuung bleiben
309 möchten=ich mein ich bin ja jetzt schwerpunktmäßig in bad
310 soden=das wissen sie ja=
311 Frau B.: =ja=ja=
312 Arzt C: =aber wie gesagt ich biete ja meine sprechstunde an un=und
313 sie können auch gerne weiter zu mir kommen das is ja auch
314 gut dass der herr l. sich dann auch so (.) das so
315 besprochen hat dass wir das dann auch aufrechterhalten
316 können [für die zukunft;]
317 Frau B.: [ja denn das is] wirklich in meinem interesse des=da
318 hatten wir ma en bisschen probleme mit=
319 Herr L.: =ja: [()]
320 Arzt A: [okay;]
321 Frau B.: JEde veränderung=-
322 Herr L.: =hm=hm=
323 Frau B.: =is immer wieder problematisch.
324 Arzt B: okay; das heißt sie merken schon dass dieses
325 strukturierende um(.)gebung dass die sehr hilfreich ist
326 [sowohl was die ärztliche betreuung betrifft und auch äh
327 die wohnsituation]
328 Frau B.: [dass die ganz wichtig is dass die WICHTig is für ihren
329 gesundheitszustand]
330 Herr L.: verlässlichkeit=-
331 Frau B.: =ja.=
332 Herr L.: =kontinuität:t=-
333 Frau B.: =ja.
334 Arzt B: okay, (---) gut und sie legen da auch immer wert dass die
335 medikamente genau [weitergegeben werden da ham wir ja auch]
336 Patientin B.: [nee (.) nehm ich=nehme ich schon weiter
337 ein]
338 Arzt B: drüber gesprochen da sprechen wir ja auch immer drüber wir
339 hatten ja mal ne kleine änderung gemacht das akineton
340 bisschen reduziert
341 Patientin B.: nee (aber)s macht nix
342 Arzt B: und ähm (.) aber das hat ja auch ganz gut geklappt
343 Patientin B.: hm=hm

344 Arzt B: <<f> okay dann vielen dank und> [den zweiten termin kann
345 herr l. dann ausmachen]
346 Patientin B.: [(hm=hm) ()]
347 Herr L.: ja
348 Patientin B.: hm=hm
349 Arzt B: gut ich will grad noch mal ich müsst noch mal en paar daten
350 jetzt noch haben=
351 Herr L.: =ja=
352 Frau B.: =ja
353 Arzt B: von Ihnen (---) äh ja na=gut ich kanns noch ma weiterlaufen
354 lassen und zwar (.) ihr name is auch b.?
355 Frau B.: b. ja
356 Arzt B: b.- <<schreibt>> (---)
357 Frau B.: josefine (--) nur mit f
358 Arzt B: mit f,
359 Frau B.: ja (---)
360 Arzt B: und geburtsdatum?
361 Frau B.: zwoter dritter zweiundvierzig
362 Arzt B: (--) beruf?
363 Frau B.: ich war buchhalterin bis ich invalidisiert worden bin jetzt
364 bin ich rentnerin
365 Arzt B: (---) () (---) okay das war an sich=vielleicht grad noch
366 mal IHR letzter klinikaufenthalt wann war der?
367 Patientin B: des is schon länger her (ja) paar jahre her,
368 Herr L.: das war die umstellung damals ne? (auf) leponex,
369 Patientin B.: ach ja herr doktor (köhler) hier in die klinik=
370 Herr L.: =das muss (.) um zweitausend gewesen sein mein ich
371 Frau B.: ja ich glaub das war noch net im haus josef da war se noch
372 im haus maria ne?
373 Patientin B.: (ja is schon ne weile) im haus maria war ich auch ma
374 auf der station () und dann ähm war ich=
375 Frau B.: =denn im haus josef mein ich wars du noch nie
376 Herr L.: [doch einmal]
377 Patientin B.: [doch einmal]=
378 Frau B.: =doch einmal aber net lang ne,
379 Herr L.: nee=nee des war nich=
380 Arzt B: =<<f> also etwa zweitausend,>
381 Herr L.: <<p> ja=ja> (.) etwa ne, so um den dreh (.) plus minus ()
382 kann auch schon neunundneunzig oder achtundneunzig
383 gewesen=nee () wann sind sie ins haus josef gekommen?
384 Patientin B.: ach ich bin schon ziemlich lange da

385 Herr L.: das war auch schon zwotausend glaube ich ne?
386 Patientin B.: hm=hm
387 Arzt B: und wie oft warn sie insgesamt in der klinik? so ungefähr
388 (.) in stationärer behandlung,
389 Patientin B.: () war ich nich oft da=aber aufm eichberg aber da
390 war ich
391 Arzt B: hm=hm?
392 Patientin B.: das is GANZ lange her sehr=
393 Arzt B: =(lange jahre)
394 Patientin B.: dann war ich mal im (timeshaus) (.) hab haloperidol
395 bekommen dann hab ich gearbeitet (-) [dann war ich noch
396 mal]
397 Arzt B: [und dann noch mal]
398 Patientin B.: noch mal da halt die haldolspritze bekommen
399 Arzt B.: hm=hm also dreimal insgesamt
400 Patientin B.: glaub ja, mehr nich nee; (---) ich war (zehn jahre als
401 ich bei hier=bei timeshaus war war zehn jahre zuhaus)
402 Herr L.: man kann auch sagen dass nach jedem klinikaufenthalt
403 seitdem se im betREUTen (-) in der betreuten umgebung is äh
404 jeder klinikaufenthalt hat dazu beigetragen stabiler
405 [()]
406 Arzt B: [(is se stabiler geworden)]
407 Frau B.: [ja]
408 Herr L.: (das) kann man schon sagen (--)
409 Patientin B.: aber ich brauch net in die klinik gell nö?
410 Frau B.: nein (.) anna dir gehts doch gut.
411 Patientin B.: hm=hm.
412 (---)
413 Herr L.: <<p> die angst is natürlich immer da ne, es könnt ja etwas
414 kommen das is bei allen mehr oder [weniger]
415 Frau B.: [das ver]STEH: ich [das
416 is vollkommen]
417 Herr L.: [(ich mein auch)] klinikaufenthalt bedeutet ja auch KRIse
418 bedeutet [ja ()]
419 Arzt B: [hm=hm ja=ja natürlich]
420 Patientin B.: [hm=hm]
421 Arzt B: ja das is halt=
422 Frau B.: =und WIEder andere umgebung
423 Herr L.: ja
424 Frau B.: ja

425 Herr L.: (wenn jetzt auch) in dem moment die hilfe angenommen wird
426 ne, (.) die stationäre betreuung und behandlung (.) so ist
427 doch die=die angst davor ja doch auch da=s is
428 wahrscheinlich weniger d=weniger die angst vorm krankenhaus
429 als vor den ganzen umständen ne? [der leidensdruck]

430 Arzt B: [ja aber ich mein] das is
431 ja letzten endes auch unsere hauptaufgabe hier als
432 institutsambulanz dass wir halt (.) sozusagen in kontakt
433 mit der klinik versuchen möglichst stationäre behandlungen
434 zu verMEIden und das=und das ambulant abzufangen wenn
435 krisen auftreten=wenns (.) vorübergehend problematischer
436 wird dass man dann auch diese möglichkeit hat erst mal in
437 ambulanzen die möglichkeiten auszuschöpfen (-) und (.) wie
438 gesagt der stationäre aufenthalt nur die letzte möglichkeit
439 is um=um äh zu helfen

440 Frau B.: ich mein sie kennen se ja jetzt auch schon en paar [jahre]

441 Arzt B: [ja=ja]

442 Frau B.: und sie sehn doch wie [konstant äh die anna ist und wie
443 wohl sie sich dabei fühlt]

444 Arzt B: [hm=hm ja=ja ich seh das auch (.)
445 klar natürlich ()] ja klar;

446 Frau B.: ganz im anfang als sie äh hierher kam da war immer noch ma
447 die rede davon IRgendwann möcht ich doch noch ma ne eigene
448 wohnung [haben]

449 Arzt B: [hm=hm]

450 Frau B.: aber das ist schon LANGE jahre nicht mehr=

451 Patientin B.: =nee=nee=nee

452 **Frau B.: =dass sie sagt ICH bleib da; es wird höchstens noch ma en
453 problem werden=oder da hatte se schon ma drüber gesprochen
454 WAS is wenn ich älter werde;=**

455 **Arzt B: =hm hm=**

456 **Frau B.: =ja, wie lange kann se im haus josef BLEIben (.) bevor se
457 eben dann (.) in en seniorenheim müsste oder wie sieht des
458 bei ihnen aus;**

459 **Herr L.: sie kann erst ma bei uns bleiben [()]**

460 **Arzt B: [()]**

461 **Herr L.: das is wie inner normalen familie AUCh ne, wenn sie
462 wirklich ner pflege bedürfte müsste man kucken [was man
463 macht**

464 Frau B.: [nee=nee ich
465 red jetzt net vom () nit dass man sagt also spätestens ab
466 fünfundsechzig=
467 Herr L.: =nee=nee das=
468 Frau B.: dann=
469 Arzt B: [gibt keine altersgrenze]
470 Herr L.: [gibt keine altersbegrenzung]
471 Frau B.: [das ist doch wunderbar ne, anna?]
472 Patientin B.: hm=hm (.) schö:n
473 Frau B.: !JA!
474 Herr L.: das ham wir von vornherein so gewollt dass also nich die
475 bewohner da in=unter druck geraten dass sie sich vielleicht
476 äh anpassen ne?=
477 Frau B.: =das wär noch ma=da ham wir nämlich mal drüber gesprochen
478 was ist WENN (.) ja, aber du siehst anna;
479 Patientin B.: ja (das schaff ich ja auch noch gut ...)
480 Herr L.: die tagesstätte (.) ja (.) so lange es IHnen FREUde macht
481 ne? und so lange es auch GUT für sie ist denke ich ne? (-)
482 dann wärs schon=
483 Patientin B.: =() is ja auch in meinem alter
484 Herr L.: hm=m, ja weil das für sie sozusagen ja auch kontakte sind
485 nach [außen]
486 Frau B.: [richtig richtig]
487 Herr L.: ne? die sie ja dadurch haben=
488 Frau B.: =ja=
489 Herr L.: =zu anderen menschen,
490 Frau B.: es wird zeitung gelesen [es wird]
491 Herr L.: [sie kommt] raus aus ihrer
492 gewohnten umgebung weil es is ja oft so die tendenz da sich
493 zurückzuziehen
494 (unverständliches Gleichzeitigreden)
495 Arzt B: ja das is natürlich wichtig die tablettenstärke; das muss
496 man ganz klar sagen. [()]
497 Herr L.: [()] gewisser anreiz da
498 [gewisse motivation]
499 Arzt B: [hm=hm ja=ja]
500 Herr L.: etwas nach außen zu tun=aktiv zu sein=schon [gut]
501 Arzt B: [hm=hm]
502 Herr L.: und sie genießt des irgendwo auch=
503 Frau B.: =ja
504 Herr L.: [sie hat auch ()]

505 Arzt B: [hm=hm ja ich denk die rückzugs]gefahr is natürlich schon
506 gegeben=ich denk wenn man irgendwo inner wohnsituation is
507 wo man zu wenig anregungen hat äh das is natürlich auch
508 ungünstig. andre=andererseits sollte man natürlich auch den
509 stress vermeiden und möglicherweise wäre ne eigene wohnung
510 zu viel stress das kann sein ähm [(.) das ähm]

511 Frau B.: [in jedem=in jedem fall]
512 Patientin B.: [nee=nee]

513 Arzt B: das is zu befürchten deswegen is es wichtig äh dass sie
514 sich nicht UN!NÖT!IG unter druck setzen un=und das wäre so
515 ne=ne belastung die ne überforderung bedeuten wür=könnte
516 mit äh allem was da an konsequenzen äh=äh raus entstehen
517 könnte=von daher is=(e)s also sicher gut diese .h ähm ja
518 geregelte [struktur]

519 **Frau B.: [also für uns] is es der idealfall. wir wissen**
520 **der anna gehts gut, UNS geht es dabei gut;**

521 (-)

522 Herr L.: sie hat auch en relativ geregelten äh wochenab[lauf];
523 Frau B.: [ja]

524 Herr L.: [ne?]
525 Patientin B.: [ja=ja]

526 Herr L.: an gewissen tagen wird gewaschen=
527 Patientin B.: =hm=hm=

528 Herr L.: =ne, sie wissens ja selber wenn [()]
529 Patientin B.: [ja natürlich] gewaschen
530 dann geputzt [zimmer dienstags geputzt]

531 Herr L.: [ja hm=hm]
532 Arzt B: [ja=ja]
533 Herr L.: dienstags (.) genau.
534 Patientin B.: ja=ja.

535 Herr L.: [mittwochs=ne dienstags=mittochs wird gewaschen hat se auch
536 frei hat se auch zeit versorgt sie auch die ganze
537 haus(rechnung)]

538 Arzt B: [()] diese regelmäßigkeit ja die is ganz wichtig]
539 Herr L.: macht sie dann (.) für alle ne, also nich alle=für alle
540 bewohner [sondern]
541 Patientin B.: [nee nee=nee]
542 Herr L.: für die gemeinsame [(rechnung)]
543 Patientin B.: [ja=ja] hm=hm
544 Herr L.: jeder von uns hat=äh jeder von den bewohnern hat en amt
545 Patientin B.: [hm=hm]
546 Frau B.: [hm=hm]

547 Herr L.: und das kriegt sie auch gut geregelt (.) dadurch dass auch
548 feste=diese festen zeiten [() ja ja]
549 Frau B.: [immer wieder diese kontinuierät
550 ja?]
551 Patientin B.: hm=hm
552 Arzt B: [okay]
553 Herr L.: [ja:]
554 Patientin B.: und da hol ich mir dann en termin vom herrn l.,
555 Arzt B: [termin wird ausgemacht ja.]
556 Herr L.: [ja (.) machen wir dann]
557 Arzt B: okay da=da rufst du an die [()]
558 Herr L.: [()]
559 Arzt B: ja=a wiedersehen vielen dank noch ma
560 Frau B.: GERN geschehen
561 Arzt B: wiedersehen
562 Herr L.: tschüss
563 Patientin B.: wiedersehen

A2.3 Transkript G3: Frau und Herr R.

Aufnahme Nr. 3 vom 06.07.2006, Beginn: 17 Uhr, Dauer: 18 Min. 18 Sek.

Gesprächsteilnehmer:

- Arzt B (Psychiater)
- Patientin Sandra R. (51 Jahre, gelernte Verkäuferin, derzeit ohne Beschäftigung)
- Karl R. (51 Jahre, Arbeiter), Ehemann der Patientin

Ort: Arztzimmer, St. Valentinushaus, Kiedrich

Aufnehmender: Arzt B, **Transkribentin:** Ruth Müller

Situation: katamnestisches Arzt-Patientin-Angehörigen-Gespräch in der Klinik, zehn Monate nach dem letzten Klinikaufenthalt der Patientin

Sitzposition der Gesprächsteilnehmer: an einem runden Tisch

Allgemeines zu den Katamnesegesprächen: Rhythmus der Gespräche: alle 4-5 Wochen; übliche Konstellation der Gesprächsteilnehmer: Arzt – Patientin – Ehemann

Sonstige Bemerkungen: Interessant ist das Thema Schwerbeschädigtenausweis, das die Patientin immer wieder zur Sprache bringt. Im Vergleich zu allen anderen an der Studie beteiligten Angehörigen ist Karl R. während des Gesprächs sehr ruhig bzw. zurückhaltend; insgesamt sagt er kaum etwas und er redet sehr sehr leise, sodass er auf den Aufnahmen nicht immer zu verstehen ist.

- 1 Arzt B: so ja; nehmen sie platz, sie sehns schon,
 2 Patientin R.: [((lacht))]
 3 Arzt B: [die technik hat bei uns einzug gehalten,] ähm
 4 trotzdem werden wir das gespräch heute wie en ganz normales
 5 gespräch machen also wie=wir üblicherweise ()=wobei ich
 6 halt äh insbesondere ihrem mann noch en paar fragen stellen
 7 will äh ansonsten werden wir aber alles so besprechen wie
 8 wir das üblicherweise auch=
 9 Patientin B.: =da die blutwerte ((legt ein Dokument auf den Tisch))=
 10 Arzt B: =äh bei den vorstellungen machen; genau. (---)
 11 ((Papierblättern)) <<papierblättern> so das sind die
 12 blutwerte> ((blättert weiter))
 13 Patientin R.: (und so nehm ich ein)
 14 ((Papierrascheln ist zu hören))
 15 Arzt B: und das ist die medikation
 16 Patientin R.: des hab ich mir FOkopiert
 17 Arzt B: ah ja prima=

18 Patientin R.: =in der tagesstätte ((lacht))
19 Arzt B: gut; die blutwerte sind in ordnung; die kann ich ihnen
20 schon zurückgeben=
21 Patientin R.: =ja
22 Arzt B: ((blättert))
23 Patientin R.: ach so geht mirs ja ganz gu:t- ich tu da arbeiten
24 gell; [und koche und putze und alles]=
25 Arzt B: [(())]
26 Patientin R.: =ah der herr doktor b hats auch falsch gemacht wie der
27 heut morgen [herr t]
28 Arzt B: [ah ja hm=hm]
29 Patientin R.: ((lacht)) ()
30 (---)
31 Arzt B: okay ich wollt grad noch ma fragen- der hausarzt das ist
32 der doktor?
33 Patientin R.: t.
34 Arzt B: t.
35 Patientin R.: ja.
36 (--)
37 Arzt B: äh dem würde ich gern auch ma en brief schreiben
38 Patientin R.: [ja]
39 Arzt B: [(damit)] er wirklich zum bescheid weiß [was]
40 Patientin R.: [ja]
41 Arzt B: wir so machen was für medikamente sie kriegen [und]
42 Patientin R.: [ja]
43 Arzt B: der macht ja auch regelmäßig die [blutunter]suchung
44 Patientin R.: [ja=ja]
45 Arzt B: [das das alles in ordnung geht]
46 Patientin R.: [der macht regelmä (.) ich hab mir diesma des große]
47 blutbild machen lassen=
48 Arzt B: =hm=hm=
49 Patientin R.: =und da sagt er es wär ALLES in ordnung. nu:r hat er
50 gesagt die: jetzt weiß ich net=die leberwerte
51 Arzt B: ja?
52 Patientin R.: die äh (-) die wärn aber auch in ordnung
53 Arzt B: sind auch [in ordnung? gut;
54 Patientin R.: [ja er hat mit gerechnet dass s so is gell; (-)
55 wegen der leber ((räuspert sich))
56 Arzt B: ja die sollt man ja auch regelmäßig kontrollieren,
57 Patientin R.: ja=ja
58 Arzt B: <<in den unterlagen lesend> [ich will das grad mal>
59 Patientin R.: [deswegen hab ich mir auch jetzt das große blutbild e
60 mal machen lassen um zu sehen was IS (.) ne;

61 Arzt B: ja das is gut wenn das regelmäßig durch den hausarzt (.)
62 [gemacht wird]
63 Patientin R.: [ja ja]
64 (---)
65 Patientin R.: <<p> doktor t> (--) (wie hieß die straß?) (.) (alb?)=
66 Herr R.: =(albeier [straß])
67 Patientin R.: ([albeier] straße) (.) nummer? (.) () (7.0) er
68 hat mir auch de blutdruck gemesse [und da hat er gesagt des
69 wär]
70 Arzt B: [und war der auch in
71 ordnung?]
72 Patientin R.: auch in ordnung (.) und s blut war in ordnung (-) und
73 so nehm ich immer ein gell;=
74 Arzt B: =so nehm se s immer ein das [is gut]
75 Patientin R.: [ja=a] (--) ich nehm morgens um
76 halb neun ein, dann mittags um ein uhr, abends um sieben
77 uhr, und nachts um zehn uhr, <<all> und die schlaftabletten
78 nehm ich noch en bisschen später<
79 Arzt B: und eine stilnox gut: t (--) gut ham sie denn im moment
80 fragen frau r irgendwas was wir=
81 Patientin R.: ja ich wollte mal fragen ich hab doch jetzt den
82 schwerbeschädigtenausweis=
83 Arzt B: =ja=
84 Patientin R.: =den hab ich auch heut morgen dem doktor t gezeigt=
85 Arzt B: =hm=hm
86 Patientin R.: und da hat der auch gesagt=aber ich ha=ich nutz den
87 gar=ich nutz den gar net (.) ich tu den gar net benutze=
88 Arzt B: =ja gut sie sind ja ()=
89 Patientin R.: = dass äh so und dann sinds ja auch nur die äh gestern
90 war so e besprechung da für alle=und da is auch kaffee
91 getrunken wordn und des und da hab ich am diensttag mit der
92 frau w kuchen gebacke na und des is gestern verzehrt
93 wordn=also gestern mittag dann=
94 Arzt B: =hm hm=
95 Patientin R.: =und äh (.) und da war=und da is auch so geheißē
96 wordn vom schwerbeschädigten[ausweis]
97 Arzt B: [hm=hm hm=hm]
98 Patientin R.: gell? und da hab ich ja die wenige Prozente ich hab
99 fuffzehn=fuffzig prozent
100 Arzt B: okay [gut ()]

101 Patientin R.: [und da sagt die frau wilhelm] und da sagt die frau w
102 aber ja frau r des is doch gu:t=
103 Arzt B: =hm=hm=
104 Patientin R.: =da sind se wenigstens net so krank=
105 Arzt B: =hm=hm=
106 Patientin R.: =und da hat se auch recht, gell?=
107 Arzt B: =das stimmt; ja=ja ich mein es geht ihnen ja auch (.) im
108 grunde genommen besser seitdem se in die tagesstätte gehen
109 das [hat ja]
110 Patientin R.: [ja=ja]
111 Arzt B: ich denk [das hat ja]
112 Patientin R.: [ja=ja]
113 Arzt B: en fortschritt gebracht; gut vielleicht kommen wir jetzt
114 mal zu ihrem mann weil [ihren mann]
115 Patientin R.: [<lachend> ja=ja>]
116 Arzt B: will ich heute ja auch mal befragen (.) und zwar was würden
117 sie sagen wie gehts denn (.) ihrer frau aus ihrer sicht;
118 was würden sie dazu sagen;
119 Herr R.: is besser geworden seit se in der tagesstätte is=
120 Arzt B: =seit se in der tagesstätte is is es besser geworden; woran
121 merken sie das; woran sehen SIE den unterschied;
122 Herr R.: (9.0) <<pp>()>
123 Patientin R.: <<lächelnd> ei ja (.) musste was sa:gen> ((lacht))
124 Herr R.: (--) ja:
125 Arzt B: [is se ausgeglichener]
126 Patientin R.: [()]
127 Arzt B: oder is se aktiver macht se mehr fühlt se sich WOHLer oder,
128 Patientin R.: ja=ja
129 Herr R.: ja fühlt sich wohler ja (.) na=ja gut (is) auch manchma müd
130 wenn se heim kommt abends ne,=
131 Arzt B: =das is schon normal aber sie würden schon sagen s=sie
132 fühlt sich etwas wohler,
133 Herr R.: ja=ja
134 Arzt B: gut. (.) und sie war ja praktisch in der klinik gewesen und
135 [wir ham das]
136 Patientin R.: [am fünfte] august [voriges jahr bin ich entlassen]
137 Arzt B: [ja mit der (--)] ja
138 vor einem jahr war das=
139 Patientin R.: =ja (-) [fünfte august
140 Arzt B: [noch nich ma en jahr (.) knappes jahr
141 sozusagen=
142 Patientin R.: =ja:=

143 Arzt B: =und würden se denn sagen äh wenn sie jetzt verGLEichen den
144 zustand ihrer frau wie er HEUTE is und wie er damals was
145 als sie in die klinik musste=was hat sich da verändert; was
146 ist jetzt heut anders;
147 Herr R.: (3.0)
148 Arzt B: hat sich da irgendwas (.) verändert;
149 Herr R.: (-) ja sie wird immer ruhiger (wenns vorher is ne;)
150 Arzt B: bevor se in die klinik gegangen is=
151 Herr R.: =ja=
152 Arzt B: =da war se sehr ruhig=
153 Herr R.: =ja=
154 Arzt B: =und zurückgezogen=
155 Herr R.: =ja=
156 Arzt B: =und das is heut nich mehr=
157 Herr R.: =macht auch nix mehr so ne;=
158 Patientin R.: =hm=
159 Herr R.: =steht dann rum und so=
160 Patientin R.: =hm=
161 Herr R.: und so;;
162 Patientin R.: so tun mer uns ja gut vertra:gen gell? also=
163 Arzt B: =hm=hm das heißt das is jetzt ganz anders;
164 Herr R.: ja=a
165 Patientin R.: <<p> ja=ja>
166 Arzt B: okay;
167 Patientin R.: aber was ich was ich meine des hab ich heut morgen der
168 herr t net gefra:gt=() SIE (.) ich mein ich tät en
169 bisschen Dicker werdn;
170 Arzt B: (-) das kann sein da müssen se sich regelmäßig [WIEgen]
171 Patientin R.: [((lacht))]
172 Arzt B: denn da muss man son bisschen [drauf achten aufs gewicht]
173 Patientin R.: [ja=ja (-) ja=ja]
174 Arzt B: das is an sich wichtig; würden sie auch sagen dass ihre
175 frau di=zugenommen hat oder,
176 Herr R.: [na ((lacht leise))]
177 Patientin R.: [ja ((lacht leise))]
178 Arzt B: in der regel [merkt mas halt]
179 Patientin R.: [<<lachend> ja=a>] aber herr=äh kucken se ma
180 herr b wie ich als war wie ich HIER war; ich war hie:r
181 siebensiebig und da hatte ich siebendreißig kilo
182 Arzt B: ja (das is aber) zu wenig gewesen=

183 Patientin R.: =und da=äh=äh der karl und mir habe dann
184 neunundsiebzig ham wir uns kennengelernt und da warn wir
185 immer (beizeiten) zusammen [und alles]
186 Arzt B: [=hm=hm]
187 Patientin R.: gell;=
188 Herr R.: =<<pp> ja>=
189 Patientin R.: =du hast noch dein (führerschein) und des und dann is
190 die katja noch geboren wie ich siebensiebzig hier war; und
191 alles=da bin ich auch im JUni nei und bin am erste (.) am
192 Totensonntag des erste mal zuhaus gewese
193 Arzt B: und ham se da im letzten jahr auch zugenommen seit der
194 letzten?
195 Patientin R.: na: [des] geht erst (.) jetz.
196 Herr R.: [(des)]
197 Arzt B: erst jetz in den letzten wochen?=
198 Patientin R.: =ja=ja (.) ja=
199 Arzt B: =tatsächlich. passen die hosen nich mehr oder; [(müssen se
200 neue oder wie)]
201 Patientin R.: [<<lachend>
202 doch>] DIE ho:se is noch von voriges jahr. [die passt noch]
203 Arzt B: [die passt=die
204 passt noch] ja
205 Herr R.: wir sind halt mehr daheim ne; wie sonst und so. ruhn uns
206 halt mehr aus und bei dem warmen kann man ja eh net so
207 raus=
208 Arzt B: =ja=ja das s is richtig [()]
209 Herr R.: [()]
210 Patientin R.: [hm=hm (---)] ja=a (.) und dann is
211 auch noch die mutti da die wolle mer auch net im [stich]
212 Arzt B: [hm=hm]
213 Patientin R.: lasse gell; (.) da gehn mer auch hin da ham wir jetz
214 die ganzen deutschland[spiele]
215 Arzt B: [ah ja]
216 Patientin R.: schon gekuckt; (.) und da hat (se sich) auch aufgeregt
217 [<<lachend> also des war (.) des war>]
218 Arzt B: [da ham se sich aufgeregt; also (.) ich denke (.)] ihr mann
219 hats ja eben beschrieben gefährlich is immer dann wenn se
220 zu ruhig sind wenn se nix unter[NEHmen]
221 Patientin R.: [ja=ja]
222 Arzt B: wenn se nix [Sagen wenn se sich zuRÜCKziehen des is an sich
223 ähm das sind die alarmzeichen (.) das is zurzeit nich so]

224 Patientin R.: [ja=ja (.) ja=ja (.) ja=ja (.) und des is ja
225 jetz viel besser und] wissen se auch was NOCH is?
226 Arzt B: was denn?
227 Patientin R.: am siebte august ham wir silbern hochzeit
228 Arzt B: oh (.) da steht ja ein [fest bevor]
229 Patientin R.: [((lacht leise))]
230 Arzt B: werdn se feiern oder fahrn sie irgendwie weg oder,
231 Herr R.: () fahrn bissi weg [ja;]
232 Arzt B: [okay]
233 Patientin R.: es sagt jeder mer soll wegfahrn; ma soll net feiern=
234 Arzt B: =ja ja=ja=
235 Patientin R.: =weil es is ja so es tut doch eins [fehle gell];
236 Arzt B: [hm=hm]
237 Patientin R.: auch wenn ich rüber bei die mutti geh: (.) und setz
238 mich da inn sessel wo de (o)pa immer gesessen hat denke ich
239 immer jetz müsst die tür aufgehn <<dim> und de opa müsst
240 nochma reinkomme gell>;=
241 Arzt B: =hm=hm
242 Patientin R.: das hat mich halt auch bissche schwer=
243 Arzt B: =<<p> das is klar ja natürlich>=
244 Patientin R.: =ne?
245 Arzt B: <<f> gut vielleicht mach ich noch mal mit meinen fragen
246 weiter; würden se sagen ihre frau is dieselbe person die se
247 früher war bevor sie krank wurden=können se das vergleichen
248 oder is se irgendwie anders geworden oder würden se sagen
249 sie is genau so wie ich se kennen gelernt hab;
250 Herr R.: ja=a;=
251 Patientin R.: =((kichert leise))
252 Arzt B: ((stimmt in Kichern der Patientin mit ein)) können nur sie
253 beantworten die frage.
254 Herr R.: ja doch schon.
255 Arzt B: dass se sich eher NICH verändert hat (.) seitdem se se
256 kennen oder hat sich was verändert;
257 Herr R.: (6.0) an sich net ne;
258 Arzt B: eher nich okay (.) gut, die nächste frage is glauben sie
259 dass sie ihre frau dazu bringen können zu uns in die klinik
260 zu kommen wenn se wieder krank wird;
261 Herr R.: ja.
262 Arzt B: ja. das hat ja bis jetzt immer [geklappt ()]-
263 Patientin R.: [<<lachend> geklappt (.)]
264 ja=ja-

265 Arzt B: das ham wir ja schon oft genug erlebt und ich meine das
266 letzte jahr war ja auch stabil gewesen=
267 Patientin R.: =ja=
268 Arzt B: =von daher (.) aber das hat ja an sich die jahre immer
269 funktioniert=
270 Herr R.: =hm=hm=
271 **Arzt B: was würden se sagen wie kommen sie denn SELber klar=sind se**
272 **irgendwie (.) beeinträchtigt durch die krankheit ist es für**
273 **sie ne starke belastung=was würden se selber sagen=wie**
274 **kommen sie damit zurecht dass ihre frau krank is=ich mein**
275 **im moment is se ja relativ stabil durch die tagesstätte-**
276 **(9.0)**
277 **Patientin R.: hm [er is selber manchmal]**
278 **Arzt B: [()]**
279 **Patientin R.: er is selber manchmal bisschen aufgere:gt.**
280 **Herr R.: ()**
281 **Arzt B: ja, würden sie sagen es gibt aufregungen die mit der**
282 **krankheit zusammenhängen=etwas [was sie belastet auch;]**
283 **Patientin R.: [(s gibt so aufregungen)]**
284 **Herr R.: (-) (äh na=ja) is halt die mehrbelastung () ins**
285 **krankenhaus noch fahrn und so (.) aber so gehts ja=**
286 **Arzt B: =sie meinen wenn sie in der klinik;=**
287 **Herr R.: =ja=ja=**
288 **Arzt B: =und jetzt im moment? is denn jetzt so dass momentan durch**
289 **die krankheit ne belastung für sie da is oder eher nich;**
290 **Herr R.: jetzt net ne;**
291 **Arzt B: jetzt nich. (.) gut also ich hab fast sogar den eindruck ähm**
292 **dass es für sie auch (.) eher ne entLASTung da is seitdem**
293 **ihre frau in die tagesstätte geht;=**
294 **Herr R.: ()**
295 **Arzt B: dass sie vielleicht doch [n bisschen weniger verantwortung**
296 **haben]**
297 **Patientin R.: [ja des stimmt des stimmt]**
298 **Arzt B: dass sie wissen sie is in guten HÄNDen=**
299 **Herr R.: =ja=**
300 **Arzt B: =ähm sie hat ihren geregelten ablauf und dass es für sie**
301 **vielleicht doch ne belastung war als ihre frau die ganze**
302 **zeit zuhause war.**
303 **Herr R.: [ei ja klar. ()]**

304 Patientin R.: [ja=ja (.)] er sagt ja immer wenn=wenns als emal
305 wackelig is gell, oder so des merk ich ja irgendwie dann
306 gell,=
307 Arzt B: =genau ja,
308 Patientin R.: und da sagt er immer=so=nimmt er mich immer in den arm
309 und dann sagt er SANDRA: blei:b doch bei mir [((lacht))]
310 Arzt B: [na gut]
311 Patientin R.: gell?
312 Herr R.: ja=a
313 Arzt B: gut ich mein is ja auch schön dass es jetzt so im=äh sich ja
314 doch ganz gut stabilisiert hat [()]
315 Patientin R.: [ja=ja]
316 Arzt B: gut jetzt=
317 Patientin R.: =und wenn sie n doktor t noch ma schreiben=
318 Arzt B: =ja dem schreib ich.=
319 Patientin R.: =ja=ja
320 Arzt B: dem werd ich so in den nächsten zwei drei Wochen werde
321 [ich dem n brief schreiben]
322 Patientin R.: [und wollen se auch] mal mit der frau w reden?
323 Arzt B: (-) an sich nich [ich mein die kann natürlich]
324 Patientin R.: [an un für sich nich]
325 Arzt B: äh=die kann natürlich wenn se mitkommen will kann die auch
326 ma mitkommen also wenn=wenn die hierher kommen will,=
327 Herr R.: =am zehnte macht er urlaub
328 Patientin R.: =am zehnte=
329 Herr R.: =august=
330 Patientin R.: =is ja=äh=am=
331 Herr R.: =der doktor t=
332 Patientin R.: =am zehnte august=
333 Arzt B: =ja?
334 Patientin R.: macht der herr doktor [t urlaub.]
335 Arzt B: [da geht er in urlaub;]
336 Herr R.: [hm=hm]
337 Arzt B: ich denk bis dahin wird das geschrieben sein=
338 Herr R.: =hm=hm=
339 Arzt B: =bis dahin hat er den brief schon längst bekommen=
340 Patientin R.: =ja=ja.
341 Arzt B: gut jetzt=
342 Patientin R.: =und=
343 Arzt B: =hm?=
344 Patientin R.: =sie=wir haben auch den zehnte august ab=ausgemacht
345 gell?

346 Herr R.: ja=a
347 Patientin R.: für äh sind sie da da? den donnerstag;
348 Arzt B: zehnter august bin ich da ja=ja da können se kommen.
349 Patientin R.: den donnerstag.
350 Arzt B: also ich bin im august bin ich an sich den ganzen august
351 da. [da können se n termin sich geben lassen.]
352 Patientin R.: [hm=hm (.) das is ja gu:t] wir haben
353 hier ab siebte gell, ab siebte august=
354 Herr R.: =ja=
355 Patientin R.: =hat der karl vierzehn tag urlaub.
356 Arzt B: okay und [sie wollen=am zehnten wollen sie kommen]
357 Patientin R.: [<<f> und da geh ich auch net in die tagesst>] ja.
358 Arzt B: gut. ja das können wir gleich noch ausmachen dann sag ich
359 der [frau (x)]
360 Herr R.: [wir haben doch schon n termin.]=
361 Patientin R.: =[wir haben schon n termin.]
362 Arzt B: [sie haben schon n termin,] ja is egal; ich bin den
363 ganzen august da; ich hab im august=hab ich keinen urlaub
364 Herr R.: hm=hm
365 Patientin R.: hm=hm
366 Arzt B: gut jetzt noch ma zum abschluss haben sie noch ne frage an
367 mich;
368 Patientin R.: ja; und wie isn des da wie des gehn muss wenn mer (.)
369 die arzenei äh da prozente oder irgendwie was kriegt
370 für=wegen m schwerbeschädigtenausweis; (.) des weiß ich
371 auch net mehr [() oder hat des mit dem
372 schwerbeschädigten-]
373 Arzt B: [nee das hat mit dem schwerbeschädigten- nee
374 das hat damit] nix zu tun. äh sie bekommen=äh sie müssen ja
375 zuZAhlen zu den [medikamenten; (.) und äh]
376 Patientin R.: [ja (-) ja=ja]
377 Arzt B: sie können bei der krankenkasse beantragen die befreiung
378 von der zuzahlung wenn das n bestimm=bestimmten beTRAG
379 überschreitet=
380 Patientin R.: =hm=hm=
381 Arzt B: aber die höhe des betrags hängt von ihrem einkommen ab=also
382 wenn sie s jahreseinkommen nehmen wir ma an das is
383 vielleicht=
384 Herr R.: =ja=
385 Arzt B: =was weiß ich dreißigtausend euro oder fünfzigtausend euro
386 davon ähm n bestimmter prozentsatz also ein prozent=
387 Patientin R.: =hm=

388 Arzt B: =beziehungsweise ähm bei=bei wenn man chronisch krank ist
389 ein prozent und wenn das überschritten ist dann muss man
390 keine zuzahlung mehr [machen]
391 Patientin R.: [oder] wie auch manche sagen wenn wir
392 jetzt ins theater gehen oder irgendwohin gehen (.) und DANN
393 (.) kriegt man auch da ähm=ähm ermäßigung.=
394 Arzt B: naTÜRLICH natürlich da=da legen se den
395 schwerbeschädigtenausweis vor und da bekommen se ermäßigung
396 das sieht man ja auch eintritt für schwerbeschädigte
397 soundsoviel prozent billiger=
398 Patientin R.: =hm=hm- oder wenn wir=das war auch de äh de der
399 ausWEIS ins AUto legen und da parken mit dem äh=auto oder
400 so [ob der schwerbeschädigte-]
401 Arzt B: [ja das weiß ich jetzt nich]
402 Herr R.: [ja.]
403 Arzt B: das is natürlich nur wenn man gehbehindert is. sie sind ja
404 [nich gehbehindert. das denk ich jetzt nich]
405 Herr R.: [ah=ja ja=ja ()]
406 Patientin R.: [hm=hm (.) hm=hm]
407 Arzt B: dass das geht. okay soll ich ihnen noch medikamente
408 verschreiben?
409 Patientin R.: ja. ((hustet zweimal))
410 Arzt B: gut ((Schubladengeräusch und Papierrascheln))
411 Patientin R.: die leponex die fünfundzwanziger gell?
412 Herr R.: ja
413 ((Geräusche von Papier- und Stiftrascheln))
414 Patientin R.: <<p> und damit kommen wir ja hin gell?>
415 Herr R.: ei ja=a.
416 Arzt B: okay wir könnens ja grad mal von oben bis unten durchkucken
417 was se brauchen (-) also leponex fünfundzwanzig=
418 Patientin R.: =ja (.) willste ma meine brille haben?
419 Herr R.: geht schon.
420 Arzt B: das is ne n drei; n drei schreiben wir da auf-
421 Herr R.: ja die große
422 Arzt B: gut dann? was brauchen se sonst noch? fevarin? (gastrozepin)=
423 Herr R.: fevarin ja.
424 Arzt B: fevarin; fünfzig?
425 Patientin R.: ja.
426 Arzt B: ((schreibt))
427 Patientin R.: mir hat der zettel net mehr gefallen; [<<lachend> und
428 da hab ich ihn fotokopieren lassen>]

429 Arzt B: [ja=ja das is schon gut] fevarin fünfzig auch n drei (.)
430 und sonst noch was anderes?
431 Herr R.: öhm-
432 Patientin R.: (diazepam)=
433 Arzt B: (diazepam)?
434 Patientin R.: zwomal fünfzig.
435 ((Schreibgeräusche, ca. 5 Sekunden lang))
436 Patientin R.: <<p> und was noch? (.) des wars gell,>
437 Herr R.: <<pp> des wars.>
438 Arzt B: zweimal fünfzig.
439 ((Schreibgeräusche und Papierfaltgeräusche, ca. 6 Sekunden lang))
440 Patientin R.: weil da nehm ich ja in der woche [dreizehn]
441 Arzt B: [hm=hm,]
442 Patientin R.: stück ein.=
443 Arzt B: =okay.
444 ((Schreibgeräusche und Papierfaltgeräusche, ca. 9 Sekunden lang))
445 Patientin R.: aber so wenn wir uns da einmal geSTRI:ttten hätten oder
446 () hatten wir noch keinen krach und GAR NIX und ich bin
447 schon so lang krank und alles ne,=
448 Herr R.: =()=
449 Patientin R.: =und des macht der karl mit gell,
450 Arzt B: okay=
451 Patientin R.: =meine eltern habens mitgemacht=was glauben se was der
452 papa sich freue tät wenn der mich noch mal sehe tät
453 ((lacht))=
454 Arzt B: ja=a ich denk is ja gut dass sie stabiler geworden [sind]
455 Patientin R.: [ja=ja.]=
456 Arzt B: =gut, dann sind wir für heute fertig=ich äh wir gehn jetz
457 grad noch ma nebenan zu der dame die die diese untersuchung
458 macht. wir ma=werten das ja aus und die will noch son
459 paar=die muss noch n kur=kurzen fragebogen mit ihren
460 personalien ausfüllen. da bring ich sie grad jetz noch hin
461 und dann sehn wir uns nächstes mal im august=
462 Herr R.: =jo=
463 Patientin R.: =ja=
464 Arzt B: =okay, wiedersehn=
465 Patientin R.: wiederseh:n, [schöne abend noch]
466 Herr R.: [()]
467 Arzt B: wiedersehn; ja danke gleichfalls. (10.0) <<dim, da im
468 „off“, d.h. auf dem Flur, außerhalb des sprechzimmers
469 gesprochen> so dann gehn ma ma hier rein

A2.4 Transkript G4: Frau und Herr K.

Aufnahme Nr. 4 vom 06.07.2006, Beginn: 17.30 Uhr, Dauer: 43 Min. 37 Sek.

Gesprächsteilnehmer:

- Arzt B (Psychiater)
- Frau K. (57 Jahre, gelernte Schneidermeisterin, derzeit Hausfrau), Mutter des Patienten Karsten K. (32 Jahre, kein Schulabschluss, keine Ausbildung, Beschäftigung in einer Werkstätte)
- Herr K. (58 Jahre, Kriminalbeamter), Vater des Patienten und Ehemann der Mutter

Ort: Arztzimmer, St. Valentinushaus, Kiedrich

Aufnehmender: Arzt B, **Transkribentin:** Ruth Müller

Situation: katamnestisches Arzt-Angehörigen-Gespräch in der Klinik, ca. 2-3 Jahre nach dem letzten Klinikaufenthalt des Patienten

Sitzposition der Gesprächsteilnehmer: an einem runden Tisch

Allgemeines zu den Katamnesegesprächen: Rhythmus der Gespräche: nicht regelmäßig, richtet sich nach dem Zustand des Patienten; übliche Konstellation der Gesprächsteilnehmer: Arzt – Patient – Eltern – Heim-Mitarbeiterin

Sonstige Bemerkungen: Dies ist mit Abstand das längste Gespräch des Korpus. Interessantes Thema ist das durch die Krankheit des Sohnes schwieriger gewordene Eheverhältnis und der Umgang der drei Gesprächspartner damit.

- 1 Arzt B: ja; nehm se platz bitte. ((Türschließen)) das gerät läuft
 2 <<lachend> schon>,
 3 Herr K.: =gut=
 4 Arzt B: ja vielen dank dass sie gekommen sind, die (.) dame macht
 5 halt ne untersuchung und da gehts dabei darum gespräche mit
 6 angehörigen auszuwerten=
 7 Frau K.: =hm=hm=
 8 Arzt B: =weil das is ja an sich auch n wichtiger (.) TEIL der
 9 behandlung=wir sind natürlich auch immer froh wenn das aus
 10 (.) verschiedenen (.) <<lächelnd> ecken> sozusagen
 11 unterSUCHT wird und wenn wir dadurch auch=
 12 Frau K.: =hm=hm=
 13 Arzt B: =für uns dann ne rückmeldung bekommen die für uns dann auch
 14 wieder nützlich sind=
 15 Frau K.: =hm=hm=
 16 Arzt B: =so weit die InformaTIO:N. ähm wir können natürlich das
 17 gespräch so nutzen dass sie alles was SIE auch vielleicht

- 18 an FRAGEN stellen wollen oder was=was wir besprechen wollen
19 also das is jetzt völlig offen also sie dürfen sich jetzt
20 durch das mikrofon auch nicht [irritieren lassen;]
21 Herr K.: [nee (das is ja-)]
22 Arzt B: gut dann; (.) wie geht es (.) dem patienten heute aus ihrer
23 sicht.
24 Herr K.: soll ich zuerst was dazu sagen=also es is so (.) wir ham
25 also zurzeit oder in letzter zeit im letzten jahr kann ma
26 sagen nicht mehr son (hohen) kontakt zu ihm (.) ABER ich
27 weiß halt durch gespräche durch telefonate die ich äh
28 SELtener jetzt mit führe dass er offensichtlich nicht so gut
29 drauf is.=
30 Arzt B: =hm=hm das wissen sie=
31 Herr K.: ich sprech also immer mit der frau ulrich äh die informiert
32 mi=wir informiern uns immer gegenseitig was es [NEUES gibt]
33 Arzt B: [hm=hm]
34 Herr K.: und die sagt dass er=er wär momentan in=in net so SEHR in
35 nem guten zustand.=
36 Arzt B: =hm=hm hm=hm=
37 Herr K.: =er hat wohl wieder verstärkt ZWÄNGe und hat auch probleme
38 da unten in eltville [wo er da arbeiten geht]=
39 Arzt B: [()]
40 Herr K.: =() wir selbst oder ich selbst merk es nicht so sehr weil
41 ich wie gesagt eben WENIGer oder fast gar keinen kontakt
42 mehr zu ihm hab;=
43 **Arzt B: =hm=hm; denken se denn dass sich das bewährt hat dass sie**
44 **weniger kontakt haben dass das eher GÜNSTig is ode:r?**
45 Frau K.: =hhh ja er=er hat=aber er ruft auch net mehr an zuHAUSE und
46 auch unsre telefonate=äh ham wir etwas eingestellt weil er
47 nie [da is]
48 Arzt B: [ja (klar)]
49 Frau K.: wenn wir versuchen ihn anzurufen äh sein letzter besuch war
50 ende aPRIL und da war halt auch wieder was ganz
51 GRAVIERendes passiert=hat der oma n schlüssel aus m=aus der
52 tasche rausgeholt [keiner]
53 Arzt B: [hm=hm]
54 Frau K.: hats gemerkt und als (wir) hier ankamen und da hat er
55 einige geräte die er gekauft hat die bei uns standen alle
56 wieder mitgenommen und das hat uns alle wieder SO
57 entTÄUSCHT und er=wir ham auch mit ihm drüber geSPROCHen
58 und er hat äh das auch EINGesehn dass es falsch war

59 und=aber des er weiß auch dass wir jetzt DAdurch diese
60 kontakte einfach mehr und mehr [EIN(stellen) .hh]
61 Arzt B: [=hm=hm]
62 Frau K.: äh obs jetzt für ihn GUT is=er spricht nich drüber=
63 Arzt B: okay,
64 Frau K.: das-
65 Herr K.: also sagen wir ma so: (.) UNS tut s besser. (.) also äh es
66 is bei uns [in der familie denke ich ma]
67 Frau K.: ['hm ja und nein (.) ((lächelt kurz))]
68 Herr K.: n bisschen mehr RÜhe eingekehrt=also zumindestens äh (.) is
69 für MICH so stellt sich so dar als wenns mehr ruhe da
70 wär=früher wo wir wirklich den kontakt mit ihm hatten wo
71 auch er (oft) am wochenende [daheim war]
72 Arzt B: [hm=hm]
73 Herr K.: war ja im grunde genommen immer stress in der familie=das
74 hat er=der stress hat [immer]
75 Arzt B: [hm=hm]
76 Herr K.: gedauert von wenn sonntags abends is er zurück bis
77 MITTwochs dann hatten wir uns bis freitag wieder beruhigt
78 und dann kam er am samstag wieder und (.) das is insgesamt
79 ruhiger geworden und äh also ich=ICH kann damit besser
80 umgehen <<dim> bei meiner frau denk ich (.) is es bissl
81 proBLEMATischer also sie hängt da bissl bissl mehr (nach
82 dem ganzen>=
83 Frau K.: =ich würd ihm halt einfach mehr so das zuhause GÖNNen.=
84 Arzt B: =hm=hm=
85 Herr K.: =ja.=
86 Frau K.: =und da LEID ich halt noch n bissl drunter. [=für MICH]
87 Arzt B: [okay]
88 Frau K.: weil ich denke er hats halt doch zuhause AUCH [schön]
89 Arzt B: [hm=hm]
90 Frau K.: und er geNIESST ja auch und er WEISS es ja auch. aber dann
91 denk ich wieder auf der anderen seite er is zweiunddreißig
92 JAHre; er hat mittlerweile n alter erreicht wo ich einfach
93 denk <<dim> wenn er verheiratet wär=wär irgendwo: anders>
94 <<cresc> und dann wär er auch net so oft [zuhause>;]
95 Arzt B: [hm=hm]
96 Frau K.: und das sind halt so meine (.) gründe wo ich denk ACH;;
97 [()]

98 **Arzt B:** [ja das heißt sie] können so n stück weit das alles
99 sozusagen in einen natürlichen (abbindungs)prozess (.)
100 betrachten dass sie]
101 **Frau K.:** [hm=hm.]
102 **Arzt B:** sagen wenn er etwas älter is ähm muss er auch einfach sein
103 eigenes [leben]
104 **Frau K.:** [ja]
105 **Arzt B:** (.) leben und da muss der kontakt nich mehr so intenSIV
106 sein wobei vielleicht trotzdem es wichtig is wenn (ma=mal)
107 diese beiden aspekte zu betonen denn ich denke ähm an
108 beidem is ja irgendwo was dran.=der eine aspekt halt, (.)
109 dass man sagt wie kann man äh versuchen den stresspegel
110 nicht so hoch;=
111 **Herr K.:** =hm=hm=
112 **Frau K.:** =hm=hm=
113 **Arzt B:** =äh steigen zu lassen.=denn wir wissen ja: dass äh stress
114 natürlich für psychisch kranke nich gut is,=für gesunde
115 <<lächelnd> auch nich> um nich äh=äh irgendwann auch selber
116 krank zu werden [oder]
117 **Frau K.:** [ja]
118 **Arzt B:** beschwerden zu bekommen oder unterm stress zu leiden (und
119 da is das) natürlich n wichtiger [aspekt]
120 **Herr K.:** [(klar)]
121 **Arzt B:** und (.) ich denke schon auch dass stress auch dadurch
122 reduziert werden kann dass die ZEIT in der man hh im
123 kontakt is=dass die nich so GROSS is; sondern dass man (.)
124 sagt okay wir sind im [kontakt abe:r]
125 **Herr K.:** [hm=hm]
126 **Frau K.:** [hm=hm]
127 **Arzt B:** es muss nicht jede woche sein, es reicht wenss zwei drei
128 mal im [jahr is]
129 **Frau K.:** [richtig]
130 **Arzt B:** un=und [()]
131 **Frau K.:** [tut uns BEIden gut]
132 **Arzt B:** die positiven aspekte dabei auch stärker betonen=
133 **Frau K.:** [hm=hm=]
134 **Herr K.:** [hm=hm=]
135 **Arzt B:** =dann is es möglicherweise im sinne von allen=also
136 andererseits natürlich äh is es sicher auch gut n weg zu
137 finden den kontakt in irgendner form aufrecht zu erhalten.

- 138 Frau K.: für mich stand eigentlich äh als wir vor zwei jahren war
139 das;=wo wir in, (.)
- 140 Herr K.: münster warn?=
141 Frau K.: =in MÜNSter warn. [das]
142 Arzt B: [ja?]
- 143 Frau K.: war für mich so einschneidend.=ich hatte ja bis da äh immer
144 noch die hoffnung=.h irgendwie mit dem karsten noch was
145 machen zu KÖNNen und so weiter und so fort UND als wir in
146 münster waren=hatten wir auch n tagesgespräch un=und den
147 ganzen aufenthalt da in der klinik; er alleine mit=zusammen
148 mit der frau u. und so weiter .hh da wurde uns als
149 abschlussgespräch schon gesagt also beim karsten das is
150 noch net (so ne situation.)=da kommt so viele sachen
151 zusammen- da werden wir NIE [irgendwie]
- 152 Arzt B: [hm=hm hm=hm]
- 153 Frau K.: was groß noch erreichen können. und das war dann für mich
154 so das absolute (.) net das AUF[geben]
- 155 Arzt B: [hm=hm]
- 156 Frau K.: A:Ber ich hab dann gedacht ja okay.
- 157 Arzt B: ja man muss ja immer sozusagen versuchen n weg zu finden
158 ähm die behandlungsmöglichkeiten realistisch
159 einzuschätzen.=und es is sicher so dass grad jetzt .h was
160 die psychotherapie betrifft, .h ähm dass man da natürlich
161 immer wieder abwägen muss was ähm (.) tut gut und was (.)
162 baut auch stress auf <<lächelnd> sozusagen.>=ja ne=ne
163 therAPIE äh bedeutet ja letzten endes immer auch n gewissen
164 stress.=
- 165 Frau K.: =hm=hm=
- 166 Arzt B: =.h ähm (.) wenn man damit sozusagen zum ziel kommt kann
167 man sagen OKAY: das muss ich jetzt akzeptieren=n halbes jahr
168 stress oder=oder wie auch immer; den muss ich jetzt
169 durchstehen=aber wenn man den eindruck hat dass dadurch
170 eher die krankheit verSCHLIMMert wird .h ähm und das is
171 ja=das ham die kollegen ja so auch äh ausgedrückt=[dass an]
- 172 Herr K.: [hm=hm]
- 173 Arzt B: sich äh=p'h in der situatio:n diese form der behandlung äh
174 nich gut (wär)=man muss also schon sagen ähm dass dieser
175 behandlungsansatz eher für=für menschen äh geeignet is die
176 nahe am POL der gesundheit sind.=[()]
- 177 Frau K.: [richtig ja richtig]
- 178 Herr K.: [()]

179 Arzt B. deswegen=man kann ja trotzdem psychisch=ne psychische
180 [störung haben;]
181 Frau K.: [ja (.) richtig hm=hm,]
182 Arzt B: man kann auch zwangsstörungen haben ähm dass man sich äh
183 zwanzigmal am tage wäscht oder was auch immer aber man kann
184 möglicherweise trotzdem .h im alltag zurechtkommen.=es gibt
185 so leute [die=die gehn morgens auf die arbeit und kommen
186 abends nach hause]
187 Frau K.: [durch medikamente () hm=hm hm=hm]
188 Arzt B: und tun sich dann erst ma ne stunde [duschen]
189 Frau K.: [richtig]
190 Arzt B: u:nd=und habn ne=ne schwere zwangsstörung=für die is
191 natürlich so ne behandlung unter umständen HILFreich,=
192 Herr K.: =hm=
193 Frau K.: =hm=
194 Arzt B: =auch wenn DIE im=im grunde genommen da: erst mal
195 <<lächelnd> durchs jammertal> gehn müssen um das zu
196 erREIchen. [ähm;]
197 Frau K.: [aber beim] karsten hab ich [so das gefühl-]
198 Arzt B: [aber für ihn wärs]
199 sicherlich=weil=weil er ja in so vielen ANderen dingen
200 schwierigkeiten hat un=und so von MEInem gefühl her ähm is
201 es halt auch immer schwierig ihm was zu verMITteln=also
202 so=so die (.) ähm also er sieht alles aus seiner
203 perspekTIve [sozusagen]
204 Frau K.: [richtig]
205 Herr K.: [hm=hm]
206 Arzt B: und es is schwierig zu sagen gut der andere hat AUCh=äh=äh
207 die frau u. macht sich SORgen wenn=wenn da was weiß ich ähm
208 BRENNbare dinge sind und ähm er siehts immer aus seiner
209 perspekTIve.=
210 Frau K.: =ja.=
211 Arzt B: =das is halt immer n bisschen schwierig un=und das machts
212 natürlich auch (.) äh schwierig da jetzt ähm sich auf die
213 psychotherapeutische maßnahme äh=ähm;=
214 Frau K.: =es hat doch erst geheißen dass würde hier so ne
215 HILfestellung äh so ne perSON;=
216 Arzt B: =das ham wir gemacht. ja=ja=
217 Frau K.: =das ham sie ja?=
218 Arzt B: =das war der herr s. und das war an sich auch ganz GU:T
219 [(.) wir konntn das nur; das war zeitlich]
220 Frau K.: [aber das is jetzt wieder abgeschlossen; ne?]

221 Arzt B: begrenzt. [der herr s.]
222 Frau K.: [ah ja.]
223 Arzt B: is jetzt gar nich mehr im DIENST. [und ähm wir]
224 Frau K.: [ah ja.]
225 Arzt B: können das auch nich immer über lange zeit (machen).=jetzt
226 is es halt so dass=
227 Frau K.: =hat denn das was positives geBRACHT jetz oder konnten se
228 ganz=sagen s hat eigentlich letztendlich ÜBERHAUPT .h
229 keinen erfolg gehabt für den karsten? ich mein für die
230 andern vielLEICHT aber net für n karsten?
231 Arzt B: 'hm also ich denke ähm=äh also ich würds ma so
232 formuliern=das is natürl=ich fands SCHON ne sinnvolle
233 maßNAHme. also ich steh auch nach wie <<lächelnd> vor
234 dahinter> dass wir das so gemacht haben; .h ähm
235 andererseits dass jetz wirklich=dass ma sagen kann es is ne
236 SPÜRbare verbesserung eingetreten; das könnt ich nich
237 sagen.=
238 Frau K.: [=hm=hm.]
239 Herr K.: [=nee.]
240 Arzt B: [das kann ich jetz-]
241 Herr K.: [()]
242 Frau K.: das is ja eigentlich im prinzip=wenn wir das so
243 zurückverfolgen; es is eigentlich bisher noch (.) NIE groß
244 [ne verbesserung eingetreten]
245 Herr K.: [ja. wir ham schon VIEL] versucht aber es hat NIE zum
246 erfolg geführt bisher.=
247 Frau K.: =ja ja. (.) also wenn ich zuRÜCKdenke an seine kindheit an
248 alles (.) das is noch NIE [äh]
249 Arzt B: [hm=hm]
250 Frau K.: irgendwie ne besserung ein[getreten.]
251 Arzt B: [hm ja ja.]
252 Frau K.: es hat sich immer alles so verLAGert verSCHOben; seine
253 ganzen zwänge und was auch [immer ähm;]
254 Arzt B: [ja ja=ja]
255 Frau K.: wie sind denn jetz die medikamenteneinstellungen? ham sie
256 ihn jetz so (.) können sie sagen sie ham ihn momentan
257 optimal EINGeste:llt; oder (.) müssen se IMmer NOCH so n
258 bisschen,=
259 Arzt B: =ja gut; wir behandeln ja neuroLEPtisch; ähm das machen
260 wir; da verändern wir auch immer noch ma was dran ähm aber
261 ich denke auch dass man da natürlich auch so sehr viel nich
262 erreicht=aber er braucht das halt weil er ja eben durchaus

263 auch neben diesen zwängen natürlich immer auch wahnhafte
264 symptome hat; .h die dinge dann auch äh verzerrt wahrnimmt
265 und da muss man schon antipsychotisch auch behandeln. wir
266 hatten ja verschiedene versuche [auch unternommen]=
267 Frau K.: [ja=ja (.) ja=ja]
268 Arzt B: =wir hatten ja dann auch mal dieses medikament äh die
269 (valporin)säure die eher so die stimmungen die anspannungen
270 so n bisschen (decken) soll aber das hat ja nich so sehr
271 viel gebracht; und im moment versuchen wir halt auf der
272 neuroleptischen seite noch mal so n bisschen ne kleine
273 veränderung vorzunehmen.=
274 Herr K.: =und ohne medikamente geht GAR nichts. meinen se, dass man
275 da ma--
276 Arzt B: =nee also das=davon bin ich also an sich schon
277 überzeugt=also das is ja schon=man muss ja schon sagen es
278 is ne psychotische erkrankung=
279 Herr K.: =ja=
280 Arzt B: =und ähm wenn man die medikamente ABsetzt .h dann wirds
281 eher SCHLIMMER.
282 Herr K.: hm=hm.
283 Arzt B: dann dann sind halt die sozusagen die=die verkennung der
284 realität die wird dann möglicherweise stärker äh=im zum=zum
285 vorschein kommen.=man muss halt immer kompromisse machen.
286 das muss man sagen.
287 Frau K.: es is halt SO:=äh irgendwo, er war ja bisher immer von
288 kindheit auf immer normal entwickelt. er hat sich immer
289 normal weiterentwickelt und es ha=es is auch ne=ne gewisse
290 intelLigenz DAGewesen.=inwieweit das jetzt mittlerweile
291 verKÜMMERT is, kann ich net sagen;=also sein verhalten hat
292 sich schon total verändert=
293 Arzt B: =hm=hm=
294 Frau K.: =äh es ist net mehr unser () gekannt hat .hh ähm aber ich
295 sag nur (.) da kann man halt medikamentös auch wie gesagt
296 äh hat das EINfluss oder=oder kann man?=
297 Arzt B: =ja gut ich denke das is halt dass es net noch <<lächelnd>
298 schlimmer wird> sozusagen;=das heißt also schon dass diese
299 psychotischen symptome dass die nicht so im vordergrund
300 stehen.=und ich denk das würd ich auch SAGen. s sind ja
301 eher (.) ähm ja verhaltensprobleme die er hat. die
302 natürlich masSIV sind, aber im grunde genommen steht das im
303 vordergrund. die verhaltensproble:me sozusagen das was er

304 will mit dem in einklang zu bringen was ANDere wollen=also
305 so ähm=
306 Herr K.: =()=
307 Arzt B: =das zusammenleben is halt [schwer]
308 Frau K.: [ja]
309 Arzt B: und ich mein die kollegen im haus maria versuchen ja auch
310 immer=jetzt ham sie ihm einen SCHRANK; weiß nich ob sie s
311 mitbekommen haben,=
312 Herr K.: =ja das war mit mir so abgesprochen.=
313 Arzt B: =das war für ihn natürlich ne=ne erFREULiche sache un=und
314 ich denk auch da is auch dann der=der herr (f. wohl)
315 eingeschaltet worden; der=der brandbeauftragte=das man da
316 auch vom sicherheitsaspekt (auch) her entsprechend
317 macht.=und ich meine mit den FRAGEN das kommt halt immer
318 wieder und es is halt=sind halt schon
319 anpassungsschwierigkeiten=also auch im=im umgang mit=
320 Frau K.: =aber da hat sich nichts geändert bei ihm muss ich
321 feststellen=das is eher noch gravierender geworden=im ALTER
322 jetzt gesehen; ne? also [als kind gings=konnt]
323 Arzt B: [hm=hm ja ja=ja hm]
324 Frau K.: man das selbst (vielleicht) noch n bisschen; da konnt man
325 ihn mehr unter druck setzen.=jetz will man s ja auch
326 eigentlich gar net; ihn unter druck [setzen]
327 Arzt B: [ja das] funktioniert
328 auch <<lachend> immer weniger>=
329 Frau K.: =ja: und äh das hat man ja gemerkt; aber es is halt auch
330 doch äh=sein zweiter satz is immer; ich bin alt genug=ich
331 bin alt genug. auf der einen seite [steht er]
332 Arzt B: [ja=ja]
333 Frau K.: noch wie n kleines kind da. mit seiner meinung oder=äh ja
334 und auf der anderen seite ich bin alt genug=bin alt genug.
335 äh er kriegt=
336 Arzt B: =gut ich denke er muss natürlich sich auch=man muss es
337 vielleicht auch so sehn im grunde (.) äh is es ja auch nich
338 einfach sich in so ner=äh=so ne struktur einzufühlen.=also
339 ich denke wir würden uns vielleicht auch nich wohl fühlen
340 wenn wir im haus maria wohnen würden; in die tagesstätte
341 gehen,=mit schwierigen menschen zusammen äh sind; .h
342 mit=mit vorgesetzten die einen [<<lachend> erziehen wollen
343 sozusagen.>>]
344 Frau K.: [ja=ja ja=ja]

- 345 Arzt B: ähm das sind ja alles dinge und man muss ja sagen äh:m es
346 is immer das problem dass gesundes und krankes sich
347 verMISCHT.=ähm (.) und da is ja auch viel geSUNdes dabei
348 dass man sich dage=dagegen sträubt; dass man unter
349 bestimmten dingen LEIDET; ähm das is ja alles
350 nachvollziehbar.=aber man kann natürlich jetzt nicht die
351 realität so: .h strukturieren ähm=äh dass es für ihn
352 angenehmer wird. [()]
- 353 Herr K.: [()]
- 354 Frau K.: [()]
- 355 Arzt B: quasi können auch net n wochenende so gestalten, ähm
356 [dass er rundum]
- 357 Herr K.: [das geht net]
- 358 Arzt B: zufrieden äh=äh am sonntagabend wieder hierher fährt weil
359 einfach ähm durch die=die struktUR die sich entwickelt
360 [hat]
- 361 Frau K.: [nein]
- 362 Arzt B: so viel konflikte da sind=
- 363 Herr K.: =zu vielfältiger kontrast und das kann man gar net
364 befriedigen dann [() (.) ja (.) ja]
- 365 Arzt B: [ja man muss ganz vorsichtig sein;] man
366 kann auch=also ich denk schon=wenn man schon beim FRAGEN
367 anfängt; also ich erlebs manchmal dass ich sage okay ich
368 hab die frage beantwortet=is fertig; und (.) <<lachend>
369 dass er noch zweimal reinkommt> ähm da muss man auch immer
370 n kompromiss dann schließen;=dass man sagt okay: an sich is
371 es vom therapeutischen jetzt halt .h wichtig zu sagen okay
372 zweimal;=die=die kollegen machen das ja zum teil auch dass
373 se sagen okay wir beantworten die fragen zweimal und ähm
374 dann is es äh damit okay. aber da kann er sich SO ne
375 spannung aufbauen also wie wenn=wie wenn irgendwas ganz
376 SCHLIMmes ihm=ihm versagt würde obwohl er sich
377 normal=sozusagen die norMALen allTÄGlichen=
- 378 Herr K.: =eben.=
- 379 Arzt B: =äh konflikte die jeder andere auch hat=
- 380 Frau K.: =richtig=
- 381 Arzt B: =die=die bekommen hier einfach größere bedeutung und da is
382 halt schon auch ne sehr=sehr st=GROße sensibilität bei ihm
383 da: ,=
- 384 Herr K.: =ja.=
- 385 Frau K.: =ja hm=hm,=

386 Arzt B: =das=das muss man einfach äh=äh me:rken; das is ja nich
387 unbedingt n zeichen von einer SCHWÄche oder dass er jetzt
388 verBLÖdet=oder was; sondern das is ja Eher n zeichen=
389 Herr K.: =ja=
390 Arzt B: =dass=dass da vieles is was ihn beWEGT.=also ich mein er
391 hat ne freunDIN ähm das is natürlich auch alles nich so
392 einfach aber trotzdem ähm is es ja auch im grunde genommen
393 GUT wenn er wenn=wenn so wenn er sozusagen TROTZ der
394 krankheit=trotz der schwierigen beziehungs=äh=struktur
395 irgendwo=-
396 Frau K.: =jemand findet=-
397 Arzt B: =jemand findet. ja:.=
398 Frau K.: =ja die eigentlich- ja mit der er zufrieden ist
399 [im grund genommen.]
400 Arzt B: [genau genau.] die auch mit IHM zufrieden ist.
401 [(die ja auch froh ist dass sie jemand)]
402 Frau K.: [richtig. WIR sind ja net zufrieden mit ihm]
403 [nach seiner sicht gesehen; ne?]
404 Arzt B. [ja=ja klar.]
405 Frau K.: oder all die andern sind net zufrieden;=aber mit dieser äh
406 frau is so wie er se als freundin ja auch sagt äh scheint
407 er gut=-
408 Arzt B: =hm=hm. ham sie se auch schon mal kennen gelernt?=
409 Herr K.: ja=ja sicher. sie saß ja [(eben da oben als wir
410 vorbeigegangen sind)]
411 Frau K.: [()] ich mein es war schon (.)
412 für mich auch wieder so n prozess (.) das zu akzeptiern
413 [aber auch DA bin ich durch]
414 Arzt B: [ja=ja; gut das is natürlich=]wenn das gelingt muss man
415 sagen dass is ja oft (.) äh etwas was (wenn man)=ja doch ne
416 positive entwicklung auch bedeutet.=
417 Frau K.: =richtig.=ich seh s auch so dass es ihm gut tut und s=wenn
418 ja. ich meine wir sehns ja wenn er zuhause is; er beMÜHT
419 sich. das merkt man. er bemüht sich krampfhaft und so die
420 letzte [eins zwei stunde]
421 Herr K.: [gehts nich mehr.]
422 Frau K.: bevors dann wieder nach hause=äh weg geht dann merkt man
423 [dann kommts wieder]
424 Herr K.: [brichts aus; ja.]=
425 Frau K.: =brichts einfach aus und dann eskaliert es auch manchmal
426 wieder. äh weil wir ja selbst auch unter spannung stehen
427 wenn er=

428 Arzt B: =ja:=
429 Frau K.: =DA is=
430 Arzt B: =okay.=
431 Frau K.: =und (.) also; ich denke einfach-
432 Herr K.: ich denk er fühlt sich wohl hier <<all, p> und=um an den
433 anfang zurückzukommen ihrer frage> er fühlt sich wohl und
434 das macht uns auch zufrieden. früher hat er gejammert
435 lamentiert er will heim.=das tut er heut nicht mehr. von
436 daher fällt's MIR und ihr sicherlich auch leichter einfach
437 ja wir fahrn mal mit hin oder er bleibt einfach da wo er
438 is. (.) [das is für mich;]
439 Arzt B: [gut ich denke] wenn man irgendwo nen weg findet
440 um so n bisschen die spannung das spannungsniveau n
441 bisschen nach unten zu schrauben dann is schon viel
442 gewonnen.=
443 Herr K.: =ja klar.=
444 Arzt B: =gut. ist denn der zustand wesentlich anders verglichen mit
445 der situation die zur aufnahme in die klinik geführt hat;
446 (.) also er war ja auch i=in der klinik gewesen das is ja
447 der letzte aufenthalt ich weiß nich wie lange der
448 zurückliegt äh vor eins zwei jahren war das mal.=
449 Frau K.: =richtig ja.=
450 Arzt B: =hat sich da irgendwas verändert? würden se das sagen? oder
451 eher nicht?
452 **Frau K.: ja ich denke damals is er zwar in die klinik gekommen aber**
453 **das hat ihn auch net anders äh wie=obs ihm gut getan hat**
454 **oder nich gut=ich weiß net obs NÖTig wa:r, aber es hat sich**
455 **eigentlich nichts verändert.**
456 **Arzt B: okay. also das heißt es hat keine wesentlichen**
457 **[veränderungen]**
458 **Frau K.: [nein nein.]**
459 **Herr K.: [nein (.)] das war aber immer so bis jetz. er war schon (in**
460 **n paar) kliniken aber [()]**
461 **Frau K.: [die klinik in marburg] war er in der**
462 **klinik schon; aber das hat=-**
463 **Herr K.: =schönbrunn.=**
464 **Frau K.: =ja; das hat für ihn eigentlich nix=-**
465 **Arzt B: =hat nich so viel gebracht.=**
466 **Frau K.: =nein.**
467 Arzt B: gut. wir hattens ja auch n bisschen n stück weit überlegt
468 einfach zu kucken um (.) ja: ich wills mal so formuliern

469 die spannung die sich im haus (.) maria aufgebaut hat und
470 um da mal so n bisschen n ventil zu [haben und]
471 Frau K.: [richtig]
472 **Arzt B:** das war an sich so die hauptüberlegung. aber (.) ähm (-)
473 ich denke das ist auch mein eindruck [dass er danach nicht
474 wesentlich anders war als vorher]
475 **Frau K.:** [aber so n=so n
476 klinikaufenthalt ist jetzt] net unbedingt ja. nee.
477 **Herr K.:** nee also ich hatte das gefühl das bringt ihm nichts=im
478 GEGENteil er is wieder angespannt vorher war er
479 (weiter)=muss er wieder hin hat er wieder stress.=
480 **Frau K.:** =ja.=
481 (-)
482 **Arzt B:** okay:. gut die nächste frage is vielleicht n bisschen
483 schwierig aber würden sie sagen is das dieselbe person von
484 früher als=als sie noch äh als er noch gesund war; das
485 heißt würden sie sagen es gibt so ne phase im früheren
486 leben=in der kindheit oder in der jugendzeit wo se sagen da
487 würden se ihn als gesUND ansehen im vergleich zu heute oder
488 würden se sagen das is eher ähnlich;
489 **Frau K.:** nee. also als kind würd ich ihn=hab ICH ihn immer als
490 gesund eingestuft.
491 **Arzt B:** okay.
492 **Frau K.:** ja. bis=im kindergarten wurde er zwar AUffällig weil er
493 sich immer nur an die erwachsenen geklammert hat und hat
494 von kindern nichts wissen wollen und dann hat man n
495 kindergartenpsychologen eingeschaltet; .h aber ich hab das
496 immer noch als=als normal gesehen.=
497 **Arzt B:** =okay.=
498 **Frau K.:** =wobei meine (.) familie äh die angeheiratete
499 familie=schwiegervater und so; die ham (.) IMMER behAUPtet
500 (.) vom ersten tag an schon als säugling der karsten wächst
501 net normal heran.=
502 **Arzt B:** =hm=hm=
503 **Frau K.:** =aber seine untersuchungen als kleinkind und überall mitm
504 arzt die gespräche und seine entwicklung waren für mich
505 IMMER normal.
506 **Arzt B:** okay. [bis wann war das so etwa?]
507 **Frau K.:** [auffällig wurde es dann] (.) das war dann als er
508 in die schule dann kam; da wurde er spezie=also auffällig
509 auch für die andern; für die mitschüler=

- 510 Arzt B: =hm=hm hm=hm.=
- 511 Frau K.: =und auch für die lehrerin. da mussten wir dann gespräche
512 führen. und vorher hatten wir ja kindergärtnerinnen=gut da
513 hatten wir ja auch schon den kontakt mit
514 kindergartenpsychologen hh aber im grund genommen;=er war
515 mal ähm in mainz in dem neurologischen kinderzentrum=
- 516 Arzt B: =hm=hm,=
- 517 Frau K.: =da hat man ihn auch untersucht; also da hat man nie was äh
518 negatives gesagt=es is alles normal gewesen; auch für die
519 leute dort.
- 520 Arzt B: okay. [gut ; das heißt äh was is heute anders? sie ham
521 gesagt=was is jetzt der unterschied]
- 522 Frau K.: [und heute (.) er is älter geworden. ja es is anders
523 .h gewordn]
- 524 Arzt B: wenn se verleichen so in der phase wo er (.) ja äh gesund
525 war und heute; was is da der unterschied?=
526 Frau K.: =ja; er lebt n andres LEben; er lebt inner andr=andren
527 welt=er versteht uns net; wir verstehn ihn nich. äh=ä er
528 führt einfach n ganz ANDERes leben wie wir.
- 529 Herr K.: wobei er gesunde phasen HAT;=auch heut noch.=(p=p) es kann
530 sein dass der n ganzen tag bei uns is und is total
531 unauffällig und dann is er [eigentlich so wie er früher
532 war.]
- 533 Frau K.: [und er is auch ganz lie::b.] in
534 seiner [art.=ganz ganz lieb.]
- 535 Arzt B: [das heißt es is sozusagen] beides auch da. das
536 heißt [()]
- 537 Frau K.: [ja.]
- 538 Herr K.: [(privat?) das is ganz ganz lieber netter kerl.]=
539 Arzt B: =hm=hm.=
- 540 Herr K.: =und äh=-
541 (.)
- 542 Frau K.: aber diesem=-
543 Arzt B: =die=die is dran aber ()
- 544 Herr K.: wird immer wieder überdeckt von dem kranken teil denk ich
545 mal. ja.=
- 546 Arzt B: =das wechselt sozusagen ab.=
- 547 Herr K.: =ja.=
- 548 Frau K.: =hm=hm.= (-) aber so von kindheit auf die entwicklung ist
549 immer alles GANZ .h altersgerecht verLAUfen und von daher
550 [äh wurde:-]
- 551 Herr K.: [na gut. du musst]

552 Frau K.: das dann auffälliger später in den fortführenden SCHULEN.
553 dann wurden die lehrer nich mehr fertig mit ihm obwohl wir
554 gespräche geführt ham aber die lehrer ham ihn einfach von
555 der schule entlassen .h=äh nach dem motto so jetzt is er
556 erstma weg.

557 Arzt B: hm=hm. [das hat sich dann irgendwo zugespitzt.]

558 Frau K.: [dann hat nie mehr nie mehr jemand nach] ihm
559 gefragt. ja; das war dann halt diese entwicklung.=

560 Arzt B: =das heißt (also) in der schulzeit schon so dieses ähm
561 problematische verhalten [und ()]

562 Frau K.: [das war schon] da; diese
563 [fragestellungen.]

564 Herr K.: [diese fragerei.]=

565 Arzt B: =ah ja.=

566 Frau K.: =und da wollt auch net (.) JEder lehrer [mit ihm-]
567 Herr K.: [NEI:N.]
568 unterricht gestört natürlich weil permanent=fand ja
569 teilweise kein unterricht mehr statt.=ne; man muss
570 natürlich auch sagen das is ja karsten unser erster sohn.
571 (.) äh für uns n bissl schwierig gewesen festzustellen was
572 is überhaupt normal in so ner entwicklung von so nem kind?
573 als der ZWEITE dann kam wussten wir dass der ganz anders
574 ist als der erste und da ham wir gemerkt also der erste war
575 SCHON n bisschen [()].

576 Arzt B: [hm=hm. wie viel] kinder ham sie
577 insgesamt?

578 Frau K.: [zwei.]

579 Herr K.: [zwei.]

580 Arzt B: zwei.=

581 Herr K.: =der is fünf jahr jünger der zweite und der hat sich SCHON
582 anders entwickelt.=beim ersten WUSSTen wirs ja gar net.=

583 Frau K.: =ja.=

584 Herr K.: =hat uns keiner gesagt wie sich n kind entwickeln muss.=

585 Arzt B: =bei dem sind keine [h=auf=verhaltens=oder=oder so]

586 Frau K.: [aber äh=äh der is () auf ne andere
587 art.]=

588 Herr K.: =das gegenteil. (.) von dem=

589 Frau K.: =der is grad das GEGenteil. der is äh=äh sehr aufbrausend
590 mir gegenüber was der karsten nie gemacht hätte.[=und ich]

591 Arzt B: [hm=hm,]

592 Frau K.: denke mir man kann ZEHN kinder haben und sie entwickeln
593 sich ALLE anders. deswegen kann man NIE sagen das erste hat

634 alles so wachsam is; das war vor zweiunddreißig jahren
635 oder=beziehungsweise=-
636 Arzt B: gut aber das hätte man nicht feststellen können. ich denke
637 das wär (.) das is ja [ne krankheit die () sozusagen]
638 Frau K.: [es is ja auch nix festgestellt
639 worden]
640 Arzt B: das PASST sozusagen dazu weil man ja davon ausgeht dass die
641 psychotischen äh krankheiten halt im=im FRÜhen jugendalter
642 oder im=im=
643 Herr K.: =hm=hm=
644 Arzt B: =frühen erwachsenenalter irgendwann auftreten und das halt
645 grad das charakteristische ist dass es ne phase gibt in
646 de:r (.) die menschen sich halt völlig gesund entwickeln
647 und dass dann irgendwann sozusagen diese=diese ja
648 pathologische entwicklung einsetzt. dass das irgendwann
649 anfängt.
650 Frau K.: =wobei ich immer zurück denk an die geburt. es war damals
651 nich so wie heute;=ich lag ganz allein im=im kreissaal und
652 äh ich bekam den drücker in die hand und ich lag in den
653 wehen und da kam bei mir eine wehe und dann war eine dame
654 da die sagte ich seh das köpfchen=ein GANZ dunkles
655 köpfchen.=also er war schon am kommen und dann is die wehe
656 weggegangen weil niemand bei mir war und die wehe is
657 WEGgegangen und (.) ich lass es mir net nehmen; ich sag DER
658 moment WAR vielleicht auch entscheidend. (.) für seine
659 entwicklung. dass da irgendwas schief gelaufen is.=
660 Arzt B: =dass die geburt, dass die nich so:=-
661 Frau K.: =ja.=
662 Arzt B: =hundertprozentig- [könnte sein; das kann man nicht
663 ausschließen]
664 Frau K.: [ich hab das nachher im krankenhaus
665 nach]vollziehen WOLLen aber die ärzte ham immer gesagt
666 nein=nein es is alles okay.=
667 Arzt B: =hm=hm. gut man geht ja heut=-
668 Frau K.: =sie ham mir n auch gar net gegeben nachdem=sie ham ihn
669 weggelegt; sie ham ihn also weggebracht. da ich NICH
670 gestillt hab ham se n mir n=quasi mittags war die geburt
671 und abends ham se n mir erst gegeben zum füttern .hh und
672 ansonsten=ich weiß gar net wo se n hin gebracht haben
673 damals=er is weggebracht worden=
674 Arzt B: =hm=hm=

675 Frau K.: =ich lag so mutterseelenallein in dem krankenhaus äh und=
676 Arzt B: =okay,=
677 Frau K.: =<<f> das sag ICH mir heute noch; [=da kann AUCH> was schief
678 gegangen sein. (.) obs sauerstoffmangel war oder sonst
679 was;]
680 Arzt B: [gut; man geht ja mhm man
681 geht ja heute von dem so genannten äh]
682 vulnerabilitätskonzept aus.=das bedeutet dass=dass menschen
683 die später mal an so einer psychotischen erkrankung
684 erkranken, dass die irgendne beSONdere: ja besondere
685 empfindlichkeit haben die allerdings äh in=in der ersten
686 phase äh KEINen krankHEITS=äh=wert hat. also das is
687 sozusagen ne=ne besondere sensibiliTÄT ähm ja sozusagen
688 vielleicht ne schwachstelle oder ne narbe auf der
689 seele;=wie immer man das bezeichnen mag un=und ähm dass
690 dann irgendwann n punkt kommt dass vielleicht andere
691 stressfaktoren die=die dazukommen die möglicherweise im
692 alltag äh=äh begründet sind=dass dann irgendwann das ganze
693 sozusagen umschlägt und dass dann diese entwicklung
694 beginnt.=das heißt dass es irgendwo ne bereitschaft gibt
695 un=und WAS ähm (das)=das kann verSCHIEDenes sein und es
696 gibt durchaus auch (.) die vorstellung dass also manche
697 sagen auch vielleicht infekTIONen während der
698 schwangerschaft oder was auch IMMER=äh=äh sein mag=also
699 alles dinge die eher geRINGE veränderungen äh bewirken die
700 aber trotzdem SO .h sind dass irgendwann sich darauf diese
701 krankheit dann aufbaut. das is an sich das was man heute so
702 allgemein glaubt.=genau weiß mans aber natürlich n=spielen
703 hirn(.)stoffwechsel äh funktionen spielen dabei natürlich
704 mit ne rolle.=darüber kann mans ja auch äh zum teil
705 beEINflussen. mehr oder weniger äh erfolgreich; natürlich.=
706 Frau K.: =bei vielen hört man ja auch dass es in der pubertät dann
707 quasi irgendwelchen stoffwechsel äh ne veränderung in der
708 person gibt;=ich mein das is ja alles drin=
709 Arzt B: =das kommt=kann passieren. ja=ja; und davor war die
710 entwicklung sozusagen normal. gut; jetzt vielleicht=jetz=
711 Frau K.: =wir hatten ja damals (wie er zehn jahre war) ne ki=äh=ne
712 ärztin=kinderärztin für ihn=
713 Herr K.: =therapie=
714 Frau K.: =drei jahre lang; so ne gesprächstherapie=
715 Arzt B: =ah ja.=

716 Frau K.: =und die sagte auch; entWEder gehts in der entwick=also in
717 der pubertät wirds besser oder es wird schlechter; hat se
718 uns schon gesagt.=und s is dann [schlechter geworden.]
719 Arzt B: [**<p> is schlechter**
720 geworden>]
721 Frau K.: es ist NICHT besser geworden. ja.
722 Arzt B: okay:. jetzt noch ma eine frage zur stationÄRen behandlung
723 (.) äh könnten sie sich vorstellen ihn dazu zu bringen wenn
724 er wieder schlimmer=wenns schlimmer wird dass er dann noch
725 ma in die klinik geht. denken sie dass sie da einfluss
726 drauf haben.
727 Frau K.: **<p> ich denke ja.>=**
728 Herr K.: also I=unser einfluss is geRINGEr geworden muss ich sagen.=
729 Frau K.: =aber ich denke doch; ja.=
730 Arzt B: =aber sie würden schon () sagen dass wenn es ist jetzt
731 notwendig dass er noch ma stationär behandelt wird dass sie
732 schon DA einfluss drauf haben=**im moment is es jetzt nich**
733 **unbedingt in der diskussion.=wir hattens ja beim letzten**
734 **mal=die frau u. hat noch ma gemeint ob wir eventuell noch**
735 **ma ne stationäre behandlung.=also er selber (.) war ja da**
736 **nich so <lächelnd> dafür> und da ham wir gesagt wir**
737 **versuchen noch ma n bisschen ambulant was zu ändern=**
738 **Frau K.: =ja=**
739 Arzt B: = gut; das muss man natürlich auch noch mal überLEgen obs
740 noch ma=
741 Herr K.: =[ja:.]
742 Frau K.: =[ich] denke wenn wir mit ihm n gespräch führn würden und
743 würden ihm des empFEHln und würden sagen karsten das .h is
744 gut für dich und wie gesagt; ich denke er hat sich bisher
745 da in diesem punkt eigentlich immer [von uns äh]
746 Herr K.: [ja er WILLs ja]
747 letztlich [auch.]
748 Frau K.: [ja.]
749 Herr K.: er will ja eigentlich geholfen ham.=sagt er ja.=
750 Arzt B: =okay. das heißt sie würden schon sagen dass sie auf jeden
751 fall einfluss drauf [haben;]
752 Herr K.: [also am] endergebnis könnt man n
753 sicher beeinflussen;=abers is SCHWIEriger [(geworden. s is
754 net mehr ganz so einfach.)]
755 Frau K.: [das is richtig.]
756 was i=was ich eigentlich auch für gut empfinde.=

757 Herr K.: =ja; ich eigentlich auch.=
758 Frau K.: =weil (ich das) positiv seh weil er .h is alt genug er kann
759 ja über sich selbst bestimmen und entscheiden. [()]
760 **Arzt B:** [okay; gut
761 wir könnens ja noch ma] also ich=vielleicht beim nächsten
762 gespräch wenn die frau u. noch ma mitkommt dass wirs noch
763 ma überLEgen (also) wenns in die richtung geht;=
764 **Frau K.:** ja besteht n GRUND zurzeit dass er wieder eventuell in der
765 klinik sollte?
766 **Arzt B:** na=ja gut; sie sagten=sagten am anfang ja schon dass es im
767 moment so der eindruck jetzt nich so besonders gut ihm
768 geht=
769 **Frau K.:** =hm=hm=
770 **Arzt B:** =und ähm also der grund wäre zu überlegen ob wir irgendwann
771 medikamentös mal was andres versuchen aber (.)
772 [ich persönlich bin auch jetzt net]
773 **Frau K.:** [()]
774 **Arzt B:** so also so=so ganz <<lächelnd> überzeugt> bin ich ehrlich
775 gesagt auch net davon, trotzdem muss ma halt immer die=an
776 die möglichkeit denken zu sagen okay=kann ma noch ma durch
777 ne stationäre behandlung vielleicht ne verbesserung
778 erreichen.
779 **Frau K.:** ja [aber es geht net unbedingt]
780 **Arzt B:** [aber wir hatten das ja vorhin schon; deswegen]
781 **Frau K.:** um die stationäre BEHANDlung. es geht mehr oder weniger um
782 ein versuch wieder mit ihm mit nem medikament ihn anders
783 umzustellen und DAFür is natürlich n aufenthalt in der
784 klinik NOTwendig.=ne.=
785 **Arzt B:** =das is richtig; ja. obwohl man kann auch ambulant
786 umstellen [aber wenn man halt-]
787 **Frau K.:** [und da hab ich natür]lich mein problem ja immer
788 mit den medikamenten. ich WEISS er braucht se aber so
789 verSUche; das is für mich immer so ne horrorvorstellung.=
790 **Arzt B:** =hm=hm, na gut also wir würden sicherlich keine medikament
791 äh ihm geben die jetzt nich=nich äh=äh erprobt und
792 gebräuchlich sind. also wenn würde es [nur=würden wir
793 natürlich nur]
794 **Frau K.:** [das is mir AUCH
795 klar]
796 **Arzt B:** medikamente äh=äh verwenden die halt=also würden=würden
797 keine experImente mit ihm machen. das is=wobei man

798 natürlich nie weiß was n medikament ob=ob man ne
799 verbesserung damit erzielen kann.=

800 Herr K.: =ja das is mehrfach schon versucht worden. das hat auch NIE
801 was gebracht. [= (also);]

802 Arzt B: [okay:.]

803 Frau K.: [so isses;]=ja. ich hab==

804 Herr K.: =was der alles schon gekriegt hat und dann wieder
805 abgesetzt; also.=

806 Frau K.: =hm=hm=

807 Herr K.: =()

808 Arzt B: okay:. noch eine frage, wie kommen sie denn selber klar?
809 das heißt gibts für sie etwas was=was sie noch mitteilen
810 möchten;

811 Frau K.: ja gut äh. ich muss ganz einfach sagen früher ham wir in
812 der familie=mein mann und ich, wir ham besser damit geLEBT
813 und wir konnten uns unterHALten; das hat bei uns n bisschen
814 sich verändert; äh ich (.) spreche nicht mehr viel weil ich
815 merke äh mein mann zeigt net mehr so das interesse; das=das
816 gefÜHL für mich dass ich MEHR drunter leide wie er, (.)
817 dadurch hab ich mich zurückgezogen und dadurch leidet so n
818 bisschen unsere familie. früher ham wir uns immer gesagt äh
819 wir sitzen in einem boot, wir kommen da durch und da müssen
820 wir gemeinsam durch und mittlerweile .h hab ich das gefühl
821 nicht mehr.

822 Arzt B: okay. sie würden also sagen sie leiden im grunde genommen
823 mehr drunter=

824 Herr K.: =still.=

825 Arzt B: =und und äh das is so=so; darum entsteht auch so n
826 [kommunikations(.)problem; (.) dass sie an sich]

827 Frau K.: [auch die familie hat n bisschen drunter gelitten
828 mittlerweile]

829 Arzt B: sich wünschen würden dass das alle ähnlich sehen aber dass
830 sie doch eher derjenige sind der drunter leidet und sie
831 vielleicht=ja, vielleicht können sies noch ma sagen wie
832 sies empfinden.

833 Herr K.: also ich leide weniger drunter.=

834 Arzt B: =sie leiden weniger drunter; ja.=

835 Herr K.: =das war aber eigentlich schon immer so dass ich da
836 eigentlich weniger=wobei s relativ is=

837 Frau K.: =das hat PHAsen gehabt.=

838 Herr K.: =das äh=

- 839 Frau K.: =phasen; da hat er drun=mehr [drunter gelitten; war ich
840 wieder besser drauf;]
- 841 Herr K.: [äh in der anfangsphase in der
842 anfangsphase] wars für mich schlimm;=ja.
- 843 Arzt B: okay.
- 844 Frau K.: konntst net drüber sprechen; über die krankheit.=
- 845 Herr K.: als er das erste mal in die klinik musste, das war für mich
846 schon schlimm aber im laufe der zeit denk ich is es bei mir
847 besser geworden.=also ich hab mich damit abgefunden. s is
848 so wies ist und (.) wir können nix dran ändern und=-
- 849 Frau K.: =ja un=und MICH hat das dann so verändert weil ich merk
850 dass mein mann da so ganz (.) cool mit=drübersteht
- 851 Herr K.: [()]
- 852 Arzt B: [()]
- 853 Frau K.: und das tut mir noch mehr weh, und deswegen hab ich mich
854 zurückgezogen=ich sprech mit ihm ÜBERHAUPT nich mehr
855 drüber; was mir GUT tun WÜRde mit ihm drüber zu sprechen=
- 856 Arzt B: =über=über den den karsten;
- 857 Frau K.: =ja. und ich merke dass ich da bei ihm (.) ähm (.) dass es
858 einfach keinen anklang mehr findet bei ihm und das hat das
859 GANze in der familie verändert.=das hat MICH=mein Verhalten
860 ihm gegenüber sehr verändert; er will es net WAHRhaben aber
861 ich sags jetzt hier wieder ganz offen und ehrlich; er wills
862 net wahrhaben aber es is so.
- 863 Arzt B: hm=hm. denken se denn dass so n gespräch in dem
864 zusammenhang hilfreich und nützlich is oder? [um sich da
865 auszutauschen]
- 866 Frau K.: [wir hattn (.) ja
867 unsre]=unsre verhältnis hat sich verändert; und da hatt ich
868 vor zwei jahren ma etwa n=n eheberater aufgesucht; das hat
869 mein mann auch so n bisschen ins lächerliche abgestempelt;
870 er zieht das immer so ins lächerliche was mich=was ich
871 eigentlich probleme hab und (.) ich merk dass ich bei ihm
872 <<dim> net mehr drankomm und das verändert mich auch (.)>
873 <<cresc> aber er wills net [wahrhaben.>]
- 874 Arzt B: [(das is so)] in den letzten=in letzter zeit. ja. was
875 wollen=was können sie [dazu sagen?]
- 876 Herr K.: [gar nix.] ich hab da gar nix dazu zu
877 sagen.=also ich empfinde das nich SO.=ich find die spielt
878 das n bisschen hoch jetzt alles,=also.=
- 879 Frau K.: =ich spiel das nicht hoch.=

880 Herr K.: =ei=ja okay.

881 Frau K.: das is=sehn se des is jetzt das traurige wieder dass ich von
882 meinem mann gesagt krieg ich würd des hochspielen.=er kann
883 NICHT nach[vollziehen dass ich es]

884 Herr K.: [also ich empfind des net so.]

885 Frau K.: anders empfinde.

886 Herr K.: DOCH des kann ich; natürlich.

887 Frau K.: und er sagt=äh ich spiele das hoch und das (.) kränkt mich.

888 Arzt B: hm. das bezieht sich jetzt aber nicht nur auf n karsten
889 sondern auch auf ihre beziehung;=

890 Herr K.: =hm=hm=

891 Frau K.: =ja, aber das is vom karsten; es is ja die beziehung vom
892 [karsten;=ne; das problem karsten (.) ja=ja; das problem
893 karsten, genau.]

894 Arzt B: [das ist der punkt. der punkt der sozusagen das ganze
895 sozusagen ins rollen bringt.] also sie sagen da bin ich=ich
896 leide darunter und ich würd mir da mehr (.) verständnis .h
897 wünschen.

898 Frau K.: ja. zumal wirs ja früher hatten. und ich musste eigentlich
899 früher entSCHEIdungen treffen die mein mann NIE treffen
900 konnte,=als der karsten in riedstadt war und wirklich in
901 ner abTEIlung war wo SCHWERSTkranke leute warn; wo .h die
902 äh de=die ZWANGSjackeda lag und mein mann und mein sohn
903 saß da- einem stuhl und keiner konnte was sagen;=der
904 karsten,=tu=tat mir LEID,=er hat gesagt; hier kann ich
905 net=hier will ich net bleiben und ich hab die ärztin
906 aufgesucht und da hab ich zur frau doktor gesagt ich nehm
907 meinen sohn hier wieder mit RAUS.=mein mann konnte diese
908 entscheidung NICHT treffen. ICH muss bisher immer alle
909 entscheidungen in dieser richtung treffen und äh deswegen
910 trifftts mich jetzt erst recht dass er das jetzt heute alles
911 wieder anders sieht; aber mir sind die erinnerungen DA=A,
912 die ich früher mit dem karsten als kind hatte, als
913 jugendlicher=und die entscheidung immer treffen musste und
914 der karsten kommt=KAM damals auch aus diese(r) abteilung
915 raus;=er is in die OFFene gekommen und da (.) war er auch
916 gut aufgehoben. aber mein mann hätte ihn damals in dieser
917 abteilung geLASSen wo wirklich schwerstkranke warn, (.) und
918 des sind dann so dinge wo ich sage; er konnt es damals nie
919 entscheiden; ich musste die entscheidungen immer treffen

920 und jetzt sieht ers so (.) nach dem motto ach ich hab mich
921 jetzt damit abgefunden.

922 Arzt B: okay:. gut vielleicht kann ich doch noch ma <<lächelnd> die
923 frage stellen> ähm ob so n gespräch nützlich is für sie
924 beide; ob sie sagen es hilft jetzt mal ähm sich
925 auszutauschen oder=ähm dass sie sagen wollen wirs eher
926 <<lächelnd> (unten)> lassen oder man=es is besser wenn mans
927 vielleicht (.) nur auf den karsten bezieht oder wie sehn
928 SIE es?

929 Herr K.: also ich fands bisher immer gut diese gespräche; die ham
930 uns also immer geholfen, denk ich. und wir sollten so was
931 auch fortführn.=

932 Arzt B: und jetzt in bezug auf die beziehung zwischen ihnen und
933 ihrer frau jetzt? [hat das=]

934 Herr K.: [ja gut-]

935 Arzt B: =spielt das ne=ne rolle? was hier passiert?

936 Herr K.: nö:. aus meiner sicht <<lachend> spielt das keine rolle.>
937 ich-

938 Arzt B: =okay.=

939 Frau K.: =also für mich is es so dass ich auf diese=-

940 **Arzt B: =<<lächelnd>ich würds gern=gern noch ma jetzt aus ihr=aus**
941 **der sicht ihres mannes noch ma; das interessiert mich jetz**
942 **noch mal.=äh können sie denn das was ihre frau gesagt**
943 **hat,=wie würden sie das bewerten;=oder wie=wie sehn sie**
944 **das?**

945 **Herr K.: 'hm. das kann ich (heut noch) gar net so richtig einordnen.**
946 **ich bin=hab das gefühl ich bin ständig der BUHmann bei**
947 **irgendwas;=wenn was passiert und (.) ich wollt mir das**
948 **eigentlich net mehr so lange anhörn.=das is einfach,=ich**
949 **bin (immer) schuld;=ich hab FRÜher als der karsten- immer**
950 **ständig vorgehalten gekriegt,bist kein richtiger vater; du**
951 **musst dich durchsetzen deinem sohn gegenüber.=ich hab immer**
952 **gesagt; der is KRANK. da is nix durchzusetzen. das hab ich**
953 **permanent an de kopp geknallt gekriegt und irgendwann hab**
954 **ich halt emal aufgehört.=na=ja wenns halt so is dann isses**
955 **halt so.=**

956 **Arzt B: =das heißt sie fühlen sich angegriffen? oder,**

957 **Herr K.: von ihr ja.**

958 **Arzt B: ja. (.) und is das etwas was SCHLIMMER geworden is oder-**
959 **(.) is das;**

960 **Herr K.: ja- is schlimmer gewordn.**

961 **Arzt B:** is schlimmer gewordn; ja. okay:.
962 (-)
963 Frau K.: also ich seh die gespräche jetzt nicht mehr so (.) für mich
964 nicht mehr so notwendig [(.) ich hab se früher gern=gern]
965 **Arzt B:** [jetzt ()]
966 Frau K.: angenommen.=die gespräche mit (ihm) mitm arzt überhaupt;
967 ich habs=wirklich mir hats auch gut getan aber durch dieses
968 (.) erkalten der ganzen familienangelegenheiten und
969 durch=mein mann hat ja die betreuung von dem karsten, und
970 wenn heute was is; die frau u. ähm verlangt immer mein mann
971 als betreuer oder überhaupt spricht mit=immer nur über mein
972 mann über den karsten .hh u:nd dann hab ich gedacht so
973 jetzt is okay: für mich (.) is das jetzt erledigt.=ich
974 akzeptIER das einfach; ich zieh mich in MEIN leben zurück
975 quasi.=ich blei=ich geh MEINE richtung und er soll
976 jetz=also als betreuer jetz die richtung mitm karsten gehn
977 und ich werde mich aus allem jetzt rausHALten und (.) wie
978 gesagt (.) dadurch ((undefinierbares Geräusch im
979 Hintergrund)) möchte ich eigentlich=oder gar keine
980 gespräche mehr teilhaben.
981 **Arzt B:** hm=hm hm=hm, das heißt sie würden sagen eher
982 [eher nich aber na=ja gut sie sind ja heut gekommen]
983 Frau K.: [ich persönlich nicht mehr (---)] hm=hm.
984 klar ich bin gern gekommen, ja; ich bin gern gekommen weil
985 (.) musst ja auch mal wenn der wunsch DA is sprech ich gern
986 drüber.=
987 **Arzt B:** =hm=hm hm=hm=
988 Frau K.: aber wenn diese gespräche immer so .h äh=ph muss ich sagen
989 ich hab da alles jetz aufge=ich habe einfach alles
990 aufgegeben.
991 **Arzt B:** hm=hm:. okay:. gut ich denke wir können im moment nur
992 sozusagen die unterschiedlichen sichtweisen darstellen und
993 das is an sich das was ich ihnen auch immer wieder anbieten
994 kann; die möglichkeit besteht immer dass sie einfach ihre
995 sicht einbringen und die kann unterschiedlich sein,=da is=
996 **Herr K.:** =is so.=
997 **Arzt B:** =bei ihnen mehr so der aspekt ich fühl mich angegriffen;
998 ich=ich bin unzufrieden.=und sie sehn eher so .h dass sie
999 erfahrungen gemacht haben mit dem karsten und so=so das
1000 verSTÄNDnis äh=äh sich=auf ne andere art gewünscht hätten,
1001 und dass sie irgendwo sehn da is auch n kon[FLIKT=äh da]

1002 Herr K.: [()]
1003 Arzt B: (wie sehr) jetzt vielleicht auch n bisschen auf ner anderen
1004 ebene, ähm trotzdem is es denk ich immer hilfreich wenn man
1005 einfach die verschiedenen sichten darstellt; denn das
1006 is ja immer in der familie hängt=hängt ja alles miteinander
1007 zusammen und äh ich denke man kann zumindestens versuchen
1008 ähm darüber nachzudenken;=
1009 Frau K.: =wobei mein mann und ich haben von anfang an sowieso
1010 zw=unterschiedliche .h äh linien kinder zu erziehen.=
1011 Arzt B: =hm=hm= hm=hm.=
1012 Frau K.: =hab das beim ZWEITen gesehen.=
1013 Arzt B: =okay.=
1014 Frau K.: =hm, er is (.) toTAL (.) also ich sag er lässt alles
1015 durchgehen,=ich bin da akkurat=also mehr geradlinig und bin
1016 konsequenter=
1017 Arzt B: =hm=hm, okay.=
1018 Frau K.: =.h und er is ANDers,=sehr großzügig; das ham wir bei
1019 unserm ZWEITen sohn erlebt;=der durfte mit mir schreien und
1020 schimpfen .h äh er durfte sich alles erlauben und dann
1021 hatten wir;=und er stand daBEI;=wir hatten dann hinterher
1022 das gespräch warum kannst du als vater net auch ma was dazu
1023 sagen;=da sagt er des brauch ich ja net,=des betrifft mich
1024 ja net.=das war ja dein problem mitm sohn; und so weiter
1025 und so fort; und DAS sind so dinge d=wo ich meim mann sage;
1026 dass er einfach äh ja:=er hat ne andere auffassung
1027 kindererzieh=OKAY: das is auch normal aber ähm man kann
1028 sich trotzdem als (.) eltern irgendwo absprechen,;=wo man
1029 dann doch ma sagt; ja du hast recht, hätte n bisschen
1030 konse=konsequenter sein solln.=äh mein mann, bei ihm geht
1031 alles so: (.) nach dem motto nur keine diskussion; lass
1032 alles friedlich verlaufen dann fühl ich mich wohl. (.) und
1033 das kanns net sein.=man findet IMMER diskussionen,=wir warn
1034 zu viert immer in der familie; da entstehn vier meinungen
1035 und (.) da WIRDs auch manchmal LAUT und es wird wieder
1036 LEIse und so weiter aber mein mann muss es halt so sein;=es
1037 darf KEINE diskussion entstehn,=es muss ALLes friedlich
1038 verlaufen;=dann ist die welt in ordnung.
1039 (-)
1040 Arzt B: okay. ich wollt jetzt grad noch ma fragen; fühl se sich
1041 jetzt auch angegriffen? oder [können se das entspannt
1042 anhören;]

1043 Herr K.: [ja: ich fühl mich da
1044 schon n] bisschen angegriffen weil ich denke=
1045 Frau K.: =na=ja das is=-=
1046 Herr K.: =wenns=wenn sie hat <<lachend> da> sie hat dann immer
1047 vorstellungen wie irgendetwas sein soll und is der meinung
1048 andere müssten auch diese vorstellung haben.=die hab ich
1049 aber net. und da rennen wir halt immer aneinander.=ne?
1050 [(ich hoff)]
1051 Arzt B: [hm=hm okay]
1052 gut;=aber vielleicht is aber auch n=n aspekt dass man
1053 sozusagen ne andere sicht=
1054 Herr K.: =ich hab aber k=
1055 Arzt B: =wahrnehmen kann OHNE sich angegriffen zu fühlen.=denn das
1056 machts ja manchma [noch schwieriger ()]
1057 Herr K.: [JA: (.) nur is die frage] wie oft sie
1058 damit behämmert werden; mit dieser sicht..h wenn ich das
1059 einmal die woche geagt kriege is es okay; wenn ich das
1060 zehnmal am tag gesagt krieg krieg ich n problem.
1061 Frau K.: ich mein jetzt is es sowieso erledigt.=unsre beide kinder
1062 sind ausm [haus]
1063 Arzt B: [hm=hm.]
1064 Herr K.: [ja.]
1065 Frau K.: äh dieses thema entsteht in=so geballt net mehr wies früher
1066 war.
1067 Arzt B: okay. das heißt es hat sich [etwas entspannt; sozusagen.]
1068 Herr K.: [<<p> wir können da gut mit=ich
1069 kann da] gut mit leben.=ne;=>
1070 Arzt B: =gut also ich=ich denk ähm wir sollten also hier die
1071 ge<<lachend>spräche die hier stattfinden; da kann über
1072 alles gesprochen werden> und (.) äh=äh deswegen- (.) ja
1073 gut; wir können zum ende kommen;=vielleicht noch eine
1074 frage=vielleicht ham sie noch fragen an mich oder
1075 irgendetwas was jetzt noch nich behandelt wurde oder etwas
1076 was wir noch ergänzen sollten;
1077 Herr K.: ja klar;=hm. (ich frag mich im moment a) wies mit dem
1078 karsten halt weitergehen soll; <<lachend> werdn se mir jetzt
1079 wahrscheinlich auch net sagen können.>=es hängt von ihm
1080 selbst ab.=
1081 Arzt B: =ja gut;=wie gesagt wir sind im moment noch ma dabei (.)
1082 geringe veränderungen an den medikamenten äh=äh vorzunehmen
1083 aber im grunde genommen is das ni=nichts grundlegendes

1123 Arzt B: wir ham das jetz nicht immer so konsequent gemacht aber .h
1124 äh deswegen wollt ich mal (da) sie als betreuer dafür
1125 zuständig sind dann-
1126 Herr K.: nee, hab ich nix dagegen.=
1127 Arzt B: =okay.=
1128 Herr K.: =ich denk wenn sie informiert is das is auch wichtig. wenn
1129 die dauernd mit dem zu tun hat.=
1130 Arzt B: =genau. und wie gesagt; wenn sie fragen haben (die wichtig
1131 sind) die können sie ja jederzeit auch stell=
1132 [(da können se) auch gerne]
1133 Herr K.: [ja=ja; das machen wir ja;] da ham wir kein problem mit.
1134 Arzt B: hierherkommen. okay. dann bedank ich mich.=
1135 Frau K.: =gut.=
1136 Herr K.: =des wars schon.=
1137 Arzt B: =und ich hoffe dass=dass wir auch der wissenschaft gedient
1138 <<lachend> haben.>
1139 Frau K.: ((lacht))
1140 Herr K.: ja ich hoffs auch; das muss doch,=
1141 Arzt B: =und das doch auch ergebnisse sind also wenn die unter=wenn
1142 ich etwas höre und wenn wir uns mal wieder treffen dann
1143 kann ich ihnen ja vielleicht auch berichten obs für uns=
1144 Frau K.: =ja des wär ganz lieb.=
1145 Arzt B: =uns neue erkenntnisse=
1146 Frau K.: =des wär ganz lieb=
1147 Arzt B: =gegeben hat. okay:. ich bedanke mich;=ja. wiedersehn.
1148 Frau K.: [wiedersehn.]
1149 Herr K.: [wiedersehn.]
1150 Frau K.: solln wir noch ma rüber gehen?
1151 Arzt B: ja genau da kann <<dim / sich entfernend> man noch die
1152 statistikfragen>

A2.5 Transkript G5: Angehörige Frau S.

Aufnahme Nr. 5 vom 26.07.2006, Beginn: 10.30 Uhr, Dauer: 23 Min. 27 Sek.

Gesprächsteilnehmer:

- Arzt C (Psychiater)
- Frau S. (51 Jahre, Betriebswirtin; seit der Krankheit Hausfrau), Mutter von Schizophreniepatient René S. (25 Jahre, zzt. ohne Beschäftigung – abgebrochenes Studium der Medieninformatik und Soziologie)

Ort: Arztzimmer, Institutsambulanz des St. Valentinushauses, Bad Soden

Aufnehmender: Arzt C, **Transkribentin:** Ruth Müller

Anmerkung: Eine erste Verschriftung der Audioaufnahme des Gesprächs wurde im Auftrag der Verfasserin von der Dresing & Pehl GmbH (audiotranskription.de) erstellt.

Situation: katamnestisches Arzt-Angehörigen-Gespräch, 18 Monate nach der letzten Entlassung des Patienten aus der Klinik (Januar 2005) und zwei Wochen vor dem geplanten Umzug des Patienten in ein Heim für betreutes Wohnen

Sitzposition der Gesprächsteilnehmer: gegenüber an einem Schreibtisch

Allgemeines zu den Katamnesegesprächen: Rhythmus der Gespräche: alle zwei bis vier Wochen (je nach Bedarf), übliche Konstellationen: Arzt – Patient (v.a. zu Beginn der Therapie); Arzt – Patient – Angehörige (seit einigen Monaten)

Sonstige Bemerkungen: Der Arzt schnupft und räuspert sich durch das gesamte Gespräch hindurch; auf die Verschriftlichung wurde jedoch zugunsten der besseren Lesbarkeit des Transkripts verzichtet.

- 1 Arzt C: gut (.) guten tag=
 2 Frau S.: =ja: guten tag=
 3 Arzt C: =frau s. ja, ich wollt mich einfach mal informiern wie so
 4 der stand is so bei ihrem sohn (.) momentan.
 5 Frau S.: ja äh der rené: äh der bekommt ja vierzehntägig das äh
 6 depot; [(risperdal consta); er hat noch ein medikament da
 7 akineton (.) retard und taxilan und äh (.) natürlich is es
 8 so dass er äh unter den medikamenten-]
 9 Arzt C: [(blättert in der Krankenakte)]
 10 Frau S.: äh (.) doch äh schon probleme hat=das heißt dass er nicht
 11 so belastbar is;
 12 Arzt C: hm=hm
 13 Frau S.: äh dass er auch äh: besonders in der woche (.) in der
 14 ERSten woche zeigt äh dass e:r oft eben so lacht. auch über

- 15 (.) dinge wo man vielleicht (-) NICHT so oft (1) lachen (-)
16 sollte.=
- 17 Arzt C: =ja=
- 18 Frau S.: es sind all=allerdings, es ist nicht so en lachen, was
19 jetzt (--) äh außergewöhnlich wäre. aber er lacht sehr oft.
20 und äh
- 21 Arzt C: haben Sie eine vermutung, womit das zusammenhängt das
22 lachen?
- 23 Frau S.: na=ja vielleicht eher äh (-) mit dem risperdal consta. seit
24 diesem medikament hatte er das äh=äh gewissermaßen äh, ist
25 das bei ihm (.) zuerst aufgetreten. aber OB das genauso
26 ist, das kann ich jetzt nicht sagen.
- 27 Arzt C: hm=hm
- 28 Frau S.: äh was natürlich auch, (-) noch so ist äh, er ist eben
29 WENIG belastbar. äh a:ber in der ZWEITen woche, sag ich
30 mal, (-) WIRD es dann besser.
- 31 Arzt C: in der zweiten woche nach der injektion;
- 32 Frau S.: richtig. [DANN wird es besser.]
- 33 Arzt C: [ja (--) hm=hm.]
- 34 Frau S.: dann ist er äh belastbarer, (.) und dann ist er auch nicht
35 so dass er (--) SO sehr viel (-) äh lacht. und äh (--) ich
36 will mal sagen, es ist sicherlich als angehöriger auch, hh
37 jetzt schwierig DAS jetzt äh SO darzulegen.
- 38 Arzt C: hm=hm; geht er noch in seine tagesstätte?
- 39 Frau S.: ja, er geht täglich in der tagesstätte, die er äh jetzt
40 auch (-) dann DOCH schon länger wahrnehmen kann.
- 41 Arzt C: was heißt [das?]
- 42 Frau S.: [er] geht also: täglich von circa äh elf uhr dreißig
43 jetzt schon äh bis sechzehn uhr (-) in der tagesstätte.
44 allerdings auch erst so (.) in der zweiten woche, eher. in
45 der ersten woche ist es eher so, dass er vielleicht so (-)
46 bis vierzehn uhr schafft. ab zweite woche ist es immer SO,
47 (-) dass er schon (-) belastbarer ist.=
- 48 Arzt C: =ja.=
- 49 Frau S.: =OB das nun vielleicht damit zusammenhängt, dass sich dann
50 die depotspritze noch besser verteILT. dass vielleicht in
51 der anfangsZEIT das DOCH für ihn (-) massiver ist und dass
52 er DAdurch ähm (-) eher, sagen wir mal, äh (-) anders
53 reagiert, als in der zweiten woche. (.) in der zweiten
54 woche normalisiert sich das schon (.) ein bisschen.=
- 55 Arzt C: =hm=hm=

- 56 Frau S.: =e:r (--), gestern zum beispiel, haben wir abends skat
57 gespielt. und was er jetzt besonders äh (---), das hat er
58 in der tagesstätte auch jetzt mitgebracht.=die haben dort
59 auch mal POKer gespielt. und äh der rené LIEST ja leider
60 seit seiner erkrankung, (-) außer dieses buch falun gong,
61 äh kein anderes buch MEHR. er schaut zwar mal in die
62 zeitung=
63 Arzt C: =hm=hm=
64 Frau S.: =äh kurz, aber er=äh (-) hat seitdem NICHT wieder bücher
65 gelesen. was früher ganz anders war, wo er praktisch (-)
66 vor ausbruch der erkrankung hat er SEHR viel gelesen; und
67 sehr gern; hat die literatur sogar in sich REINge=fressen,
68 sagen wir mal in anführungszeichen, und aber (-) JETZT ist
69 es so, dass er DOCH schon fernseh sieht und jetzt hat er,
70 wie gesagt, dies es POKER; das hat er äh ein
71 bisschen=findet er schon seh=recht interessant. und das hab
72 ich nun auch äh über äh den äh weltspiegel hab ich ein
73 pokerbuch bestellt, und da haben wir uns so n bissl die
74 poker(.)regeln angeschaut und seitdem <<lachend> spiel ich
75 mit rené (-) poker.> und äh ich muss sagen es ist sehr
76 lustig äh wir spielen das poker wo jeder praktisch die
77 BLINDS in die mitte legen=das ist so n bisschen das äh ist
78 äh das auftaktgeld was so äh hinein gelegt wird und DANN
79 äh=äh spielen wir so dass=wir haben solche spIELchips,
80 natürlich.=
81 Arzt C: =okay; ja.=
82 Frau S.: =und das ist sehr lustig und jeder kriegt zwei karten und
83 natürlich äh haben wir aufgrund des FERNsehens äh
84 überwiegend gelernt äh wie das hauptsächlich geht. und ich
85 natürlich auch mit und äh (-) ich bin rené eigentlich in
86 der richtung; äh:m na=ja zu allem gaudi beREIT ich (.)
87 <<lachend> bin so->=
88 Arzt C: =hm; was sagt er denn dazu dass es demnächst jetzt anstehen
89 wird mit dem umzug?
90 Frau S.: JA:, er sagt schon, äh=äh es ist schon natürlich äh:m; wird
91 das n umschwung sein für ihn, (.) u:nd er sagt dann aber
92 dass wir sehen uns ja dann DOCH am wochenende=wir haben das
93 schon so gesagt, dass er, (-) dass wir diese
94 vierzehntägigen arztbesuche äh WEIter- also machen,=
95 Arzt C: =hm=hm=

96 Frau S.: da wir auch für seine gesundheit und für seinen aufenthalt
97 verantwortlich sind, das heißt, mein mann als gesetzlicher
98 betreuer.

99 Arzt C: [hm=hm]

100 Frau S.: [(schluckt)] seit dem jahre 2004, seitdem er ja drei mal
101 die medikamente abgesetzt hat, seitdem ist es ja mit ihm
102 auch so SCHWIERIG geworden. dass er diese äh
103 depotmedikamentierung kriegen sollte; da er ja (.) die die
104 medikamente immer abgesetzt hat; seitdem hat er ja diese
105 medikamentierung-

106 Arzt C: das ist ja der grund. ich mein, sonst bräucht er ja keine
107 injektionen.

108 Frau S.: ja. (---) richtig, [richtig.]

109 Arzt C: [wenn er se] regelmä=wenn er se selbst
110 nehmen würde, (-) könnte man DA drauf verzichten. wobei
111 (--) hh diese spritzen HABEN den vorteil, (-) dass es ein
112 bisschen gleichmäßiger (.) im blut ankommt, ne?

113 **Frau S.: hm=hm. (.) ja. (-) ja, jedenfalls äh haben wir uns gestern**
114 **schon das wohnheim angeschaut und zwar ist da die leiterin,**
115 **frau l. die hat uns gestern empfangen.**

116 **Arzt C: hm=hm**

117 **Frau S.: und wir sind schon mal in dem haus, äh wir haben praktisch**
118 **uns einen termin geben lassen, (-) bei der leiterin und**
119 **haben uns das haus schon angeschaut. und da hat sich der**
120 **rené (.) ein zimmer aussuchen dürfen (--) äh und was er**
121 **gerne möchte, das find ich sehr schön. das haus ist auch**
122 **eine SEHR sehr schöne moderne EINrichtung und vor allen**
123 **dingen (.) ein (.) mal ein fortschritt für psychisch kranke**
124 **denn es gibt ja, sagen wir mal, GRADE hier in der nähe von**
125 **(.) kelkheim oder bad soden (-) eher so was äh KAUM,=**

126 **Arzt C: =hm=hm=**

127 **Frau S.: =außer dass jetzt hier die einrichtung ist die äh (-)**
128 **vorhanden ist und, äh sagen wir mal, die tagesklinik und äh**
129 **die ambulante äh=äh hilfe für psychisch kranke. aber das**
130 **ist hier (-) jetzt in der nähe das nächste WOHNHEIM, was**
131 **jetzt auch ganz neu gebaut wurde und da sind WIR auch (.)**
132 **als eltern sehr glücklich und gestern war noch ein weiterer**
133 **(-) patient dort, also, der dort auch in dem wohnheim platz**
134 **finden wird;=**

135 **Arzt C: =hm=hm=**

- 136 Frau S.: =der war also KÖRperlich (.) noch beeinträchtigt; dem gehts
137 NOCH schlechter als unserem rené, also der (-) geht auf
138 krücken=
139 Arzt C: =hm=hm ja;=
140 Frau S.: =und äh der war auch seine mutter mit dabei und (-) aber
141 ähm; wie gesagt, die, (--) der ist auch noch nicht so alt.
142 nur, ein junger mensch freut sich ja doch wenn er praktisch
143 schon mal den sprung vom elternhaus schaffen kann, was
144 natürlich sehr schwierig ist weil er nicht belastbar ist;
145 so was kann NUR vermehrt über solche äh WOHNheime oder
146 [übergangswohnheime]
147 Arzt C: [()]
148 Frau S.: passieren. die sind bisher VIEL zu wenig für psychisch
149 kranke da. auch, (-) sagen wir mal, rehas (.) gibt es VIEL
150 zu wenig für JÜgendliche. ich meine, selbst in der
151 TAGESstätte sind überwiegend (-) ältere; und sind absolut
152 NICHT die altersgruppe unseres sohnes vorHANDen.=
153 Arzt C: =hm=hm=
154 Frau S.: =und das find ich, ist eine absolute lücke. es müsste
155 wirklich, GRADE f=viele jugendliche äh=äh probleme schon
156 von der schule aus (-) her äh bringen;=
157 Arzt C: =hm=hm=
158 Frau S.: =oder von zu HAU:se, man weiß es nicht. viele jugendliche
159 kommen in der pubertät. den(en) gehts da eher viel
160 schlechter, die können diese puberTÄT alleine irgendWIE,
161 ohne äh psycho-therapeutische oder psychiatrische hilfe
162 NICHT äh in die reihe bekommen. und GRADE für unsere
163 jugendlichen müssen wir drum KÄMPfen, dass äh denen MEHR
164 geholfen wird. weil auch in (.) es MÜSSTE schon in den
165 schu:len, sagen wir mal, auch SOzialarbeiter vermehrt
166 geben, die den jugendlichen mit rat und tat zur äh seite
167 stehen=
168 Arzt C: =hm=hm=
169 Frau S.: =weil äh die LEHRer das bei solchen VIELzahl von schülern,
170 (-) weil es sind ja auch, die SCHUlen ja auch, werden ja
171 eher ABgebaut, statt e:her belassen; und es gibt heute ganz
172 große viele große klassen und DAher rührt das. der lehrer
173 hat nicht mehr den äh (-) einfluss auf den (.) einzelnen
174 schüler. und die schüler können IHre proBLEme eher nicht
175 Anbringen=
176 Arzt C: =hm=hm=

- 177 Frau S.: =und äh im elternhaus (.) bleibt auch zu wenig zeit; äh ja;
178 obwohl sich die eltern zwar bemühen. ich mein, wir haben
179 uns auch immer bemüht, dass wir unseren kindern gute
180 partner (.) sind. also, ich hab ja noch einen zweiten sohn.
181 Arzt C: ja, ich weiß.=
- 182 Frau S.: =gell; der is=
183 Arzt C: =der ist auch irgendwo, ne, (-) in ner einrichtung?
184 Frau S.: der is jetzt praktisch, der hat jetzt allerdings ne eigene
185 wohnung schon, (-) unser zweiter sohn. hatte aber auch
186 probleme, die vor allem AUS der schule gewachsen sind weil
187 er IN der schule praktisch, er ist äh: wir sind umgezogen,=
188 Arzt C: =ja; ;=
189 Frau S.: =neu in die klasse gekommen und hatte probleme.
190 Arzt C: ja; beim rené war das aber nicht so, oder?
191 Frau S.: ja.
192 Arzt C: ist so seinen schulweg gegangen, hat dann sogar das studium
193 da, glaub ich bei marburg oder wo war das?
194 Frau S.: ja, [also der]
195 Arzt C: [aufgenommen?]
196 Frau S: rené hat sein AbiTUR äh mit zwei
197 abgeschlossen. er war eigentlich immer ein äh SEHR guter
198 schüler äh und äh er hat dann nach zehnmonatiger
199 bundeswehr, hat er sein erstes studium in friedberg
200 gemacht, ein semester medieninformatik. (.) das war ihm
201 dann ZU mathematisch;=
202 Arzt C: =hm=hm=
203 Frau S.: =weil er eigentlich mehr in die in=informatik und mehr in
204 die äh, praktisch äh, gestaltung gehen wollte. und dann hat
205 er aber sich doch überlegt dass er äh dann das studium
206 ändert; und dann IST er nach BAMberg gegangen, dort in die
207 hochschule äh und hat soziologIE noch mal zwei semester
208 studiert. HAT aber dann mitte zweitausendeins äh so leute
209 kennen gelernt in einer falun dafa gruppe. und er hat dann,
210 ist über diese leute (--) wahrscheinlich kann ich das als
211 sekte bezeichnen, (--) in äh solche, hat so literatur
212 gelesen, das heißt der weg zur vollendung= [das buch]
213 Arzt C: [=hm=hm ja.]
214 Frau S.: falun dafa. u:nd dort, sind also irrationelle vorstellungen
215 wie (---), dass man also ÜBer den normalen menschen hinaus
216 (-) sich entwickeln könnte. und DIEse entwicklung hat er

217 dann wirklich so: aus dem buch heraus gesehen;=er hat das
218 buch (-) ABSolut (.) NUR sehr viel gelesen=
219 Arzt C: =hm=hm=
220 Frau S.: =und das (-) UND diese drogen, die er ab sechzehnjährig
221 genommen haben=
222 Arzt C: =ja.=
223 Frau S.: =waren wahrscheinlich die ursachen dass er (-) DANN das
224 studium abgebrochen hat=nämlich äh im januar
225 zweitausendzwei. und im märz zweitausendzwei ist es dann
226 zum ausbruch seiner erkrankung äh gekommen; also (--) äh
227 psychose.
228 Arzt C: () als er das erste mal in kiedrich war, ne?
229 Frau S.: dann war er zuerst in kiedrich und dann waren SIE damals
230 (-) der stationsarzt und äh seit dem kennen wir uns. und
231 äh=äh sie haben also auch ALLES getan, dass es dem rené GUT
232 ging.=
233 Arzt C: =.hh ja, ja,
234 Frau S.: sie waren uns ein GUTER gesprächs[partner.]
235 Arzt C: [(lächelt)]
236 Frau S.: JA. das muss ich sagen. **äh, was ich allerdings beim ZWEITen**
237 **mal äh im jahre äh=äh wo er dann (--) NOCH mal ins**
238 **krankenhaus gekommen ist; zweitausendVIER (--) dann wir**
239 **haben große probleme gehabt äh=äh da er äh in die**
240 **geSCHLOSSene ähm ähm abteilung gekommen ist, (-) aufgrund**
241 **dessen weil er doch ähm (.) ja; (--) auffällig geworden ist**
242 **(.) überhaupt ein gespräch äh mit dem stationsarzt zu**
243 **bekommen.**
244 **Arzt C: hm=hm**
245 **Frau S.: es war SEHR viel schwieriger, (.) als es im jahre**
246 **zweitausendzwei war.**
247 **Arzt C: gut, da:=dazu kann ich nicht viel Sagen. die frage ist**
248 **jetzt wenn sie so jetzt gucken drei jahre, oder länger als**
249 **drei jahre;=**
250 Frau S.: =viereinhalb jahre. hm=hm
251 Arzt C: zweitausendzwei wars schon? okay. wenn sie jetzt so sich
252 die viereinhalb jahre angucken, haben sie so: ne
253 einschätzung,=
254 Frau S.: =oder viereinviertel, besser.=
255 Arzt C: =was [sich so]
256 Frau S.: [ja::]

257 Arzt C: getan hat, oder würden sie sagen ja eigentlich hat sich
258 nicht viel getan. is es eher schlechter? besser,
259 Frau S.: mh, also ich muss sagen, äh natürlich (-) beim
260 krankheitsausbruch äh (--) WAR es schon insgesamt
261 schlechter=seine psycho:tischen äh, psychotischen ausbrüche
262 Arzt C: hm=hm
263 Frau S.: WAreN (-) eher öfters. er war fast NUR bettlägerig, äh
264 (---) aber WAS jetzt=äh (-) aber er war DAMals, sagen wir
265 mal, NOCH in bestimmten sachen (-) so, (-) er ist ZEITweise
266 noch öfter an den computer. oder er HAT ja dieses buch
267 "falun dafa" gelesen. und JETZT liest er (.) eher KAUM
268 noch, er ist ähm (-) eher kaum noch am computer; zwar am
269 fernseher, a:ber es sind so bestimmte sachen, (.) dass er
270 so nicht belastbar ist. DAS ist für mich (.)
271 unbefriedigend; und dass er äh (-) eigentlich auch so (--)
272 ähm GEISTig, sagen wir mal, eher NICH so (-) vorankommt,
273 ist auch unbefriedigend. äh befriedigender ist, dass er
274 diese psychotischen anfälle nicht mehr hat. und dass er
275 nicht NUR so bettlägerig ist- und dass er praktisch, wie
276 soll ich das jetzt mal sagen? (--) KLARER ist, er ist zum
277 teil KLARer. so vom=vom kopf her, (-) er ist nicht mehr so
278 psychotisch.=
279 Arzt C: =hm=hm=
280 Frau S.: =DAS war er früher eher MEHR.
281 Arzt C: erzählt er ihnen noch was, von seinen symptomen, wenn er
282 was=also was WIR symptome Nennen.
283 Frau S.: also er hat, ich glaube jetzt eher dass das stimmenhören
284 jetzt NICHT mehr so gegenwärtig ist,=
285 Arzt C: =hm=hm?=
286 Frau S.: wie das= früher war. in der anfangszeit hat er sehr oft
287 stimmen gehört; unter dem leponex war es dann allerdings
288 WEniger, a:ber (-) es ist immer wieder RAUSgekommen und die
289 stimmen waren in der anfangszeit auch BÖSartig. während sie
290 in der jetzigen zeit=ähm (-) eher nicht mehr so böseartig
291 sind=
292 Arzt C: =hm=hm=
293 Frau S.: sie sind ja auch wohl WEniger. **aber wie gesagt, diese(s),**
294 **dass er nicht belastbar ist, dass er NICH mal in eine REHA**
295 **kann, das ist für mich also SCHON (--) unbefriedigend. und**
296 **da wir ja nun auch versucht haben, ich meine, (-) wir**

297 könnten noch äh versuchen (-) mit MedikaMENTen. dass wir äh
298 DAS versuchen.

299 Arzt C: ja:. da hatt ich ihnen ja schon gesagt; (das is so) man
300 kann noch einiges ausprobieren. wir hatten ja vor
301 dieses=ich glaub der letzte stand war dieses abilify noch
302 mal zu ergänzen; vielleicht; (--) dass man ihm da so ne
303 kleine dosis dazu gibt, dass er vielleicht DAVon profitiert
304 was so antriebsleistungen- (.) ja, reha ist aber noch ein
305 fernziel.=

306 Frau S.: =hm=hm.=

307 Arzt C: =also, meines erachtens, ne? er war ja da (in) dieser, (--)
308 war das schönbrunn? ne?

309 Frau S.: ja; ja.=

310 Arzt C: =wo er da zwei=drei monate war? da ham die:=da hat er auch
311 nicht SO viel mitgemacht und (.) na ja.

312 Frau S.: ja, klar. [aber er hat DANN-]

313 Arzt C: [die zeit wirds weisen.]

314 Frau S.: wie bitte?

315 Arzt C: <<deutlich artikulierend> die zeit wird es weisen.>
316 [ich denk schon, dass er-]

317 Frau S.: [ja, äh sind sie denn der] meinung äh dass wir wirklich ne
318 chance haben?

319 Arzt C: (.) m:mittel bis langfristig schon. jetz=

320 Frau S.: =ja?=
321 Arzt C: =jetzt gehts erstmal darum, wie kommt er überhaupt zurecht;
322 in diesem neuen ambiente da in dem wohnheim. kennt er da
323 schon jemanden, der noch reinziehen wird? außer dem den er
324 gestern jetzt getroffen hat, oder? [<<pp> könnte sein->]

325 Frau S.: [also, ich glaube]
326 eher nicht,

327 Arzt C: ja?

328 Frau S.: weil äh (-) die personen nicht genannt wurden. aber ich
329 könnte mir schon vorstellen äh dass er jemanden kennt;
330 denen er schon mal hier (.) begegnet ist, im krankenhaus
331 oder- (--) also, äh das weiß ich jetzt nicht.

332 Arzt C: sind da irgendwelche speziellen anforderungen an den
333 aufenthalt geknüpft wenn er dort ist?

334 Frau S.: also ich denke mal dass er eine tagesstruktur (-) NOCH mehr
335 äh kennen lernt. dass er dort seine wäsche äh
336 selbstständig=äh (--) zu waschen lernt. dass er auch äh
337 dort äh dort ähm (--) EIGEN(.)verbraucher sein kann, <<acc>

338 ich weiß jetzt nicht ob das eigenverbraucher heißt>
339 oder=ähm=
340 Arzt C: =hm=hm=
341 Frau S.: =also SCHON erstmal ist ne vollverpflegung anberaumt und
342 dann, dass er aber schon mal später auch (.) sich
343 eigenverpflegen kann. das wäre dann der nächste schritt;
344 (-) um immer selbstständiger zu werden und auch mal
345 vielLEICHT dann mal, (-) fürn halben tag in ner=in eine
346 werkstatt gehen zu können. a:ber (-) inwieweit das=sein
347 wird.
348 Arzt C: was ER dazu sagt=
349 Frau S.: =das was man nich. bisHER äh=äh (-) sagt er NEIN.
350 Arzt C: ja.=
351 Frau S.: =also bisher sagt=er ich denke immer noch dass er das
352 könne, aber (.) er könne das irgendwie nich; sagt er zu
353 mir.
354 Arzt C: hm=hm
355 Frau S.: aber äh, JA:. ich bin trotzdem (.) nicht=äh also, dass ich
356 noch also ich hab immer noch hoffNUNG; (-) da er, wenn wir
357 mit ihm, irgendwelchen skat spielen oder so was. also, er
358 noch ähm im spiel (.) sich als sehr intelligent erweist,
359 (--) äh also, gegenüber UNS und manchmal also auch (--)
360 VIEL gewinnt oder äh also, das wir, dass er eben zeigt,
361 dass er einiges noch KÖ:NNte (-) vom intellekt, a:ber
362 bel=von der belastbar eben her nicht kann.
363 Arzt C: das sehen sie aber auch selbst so; dass er das nicht-
364 Frau S.: ich seh das SCHON selber. JA. und äh (.) bisher hatte er ja
365 auch immer, war er ja in (meiner) obhut. das heißt, (-) er
366 brauchte VIEles nicht zu machen und es WAREn alle seine
367 sachen da, die er brauchte. seine kleidung wurde gewaschen,
368 auch seine äh LIEblingsspeisen waren manchmal DA, oder er
369 hat gesagt, komm, HOL mir das. **und ich hab das dann AUCH**
370 **(-) oft gemacht, weil (-) es ist dann auch so: äh, wenn ein**
371 **(.) kind erkrankt und ich als mutter (-) äh man versucht**
372 **dann immer doch äh VIELleicht auch (.) manchmal zu VIEL zu**
373 **machen für das kind=jetzt ist er ja schon kein kind mehr,**
374 **sondern ein jugendlicher oder eher ein mann aber, es ist äh**
375 **für eine mutter so:, man ähm ist dann eigentlich manchmal**
376 **äh sehr unglücklich darüber dass es so gekommen ist. und**
377 **man versucht äh selber (.) dann eben auch VIEL zu tun für**
378 **den jugendlichen oder äh für den jugendlichen erwachsenen=**

379 Arzt C: =hm=hm=
380 Frau S.: =dass es ihm besser geht, weil eben (-) DAS passiert und
381 weil man sich nicht erklären kann, WA!RUM! das überhaupt
382 passiert ist. obwohl er doch behütet WA:R aber eben ICH
383 sage mir heute, das WAreN die DRO:gen, die ich nicht
384 erkannt habe. ((Klopfen an der Tür)) die er als
385 sechzehnjähriger schon genommen hat=
386 Arzt C: =hm=hm=
387 Frau S.: =und=äh (-) das ist schon schlimm.
388 Arzt C: also, drogen sind ein faktor der da sicher eine rolle
389 gespielt hat, ne? aber ansonsten ist es sicher ne
390 kombination aus (-) ANlagen, ne?=
391 Frau S.: =ja.=
392 Arzt C: [=und=und und (-) stress. .hh ich denk auch-]
393 Frau S.: [und er hat auch gewissermaßen (--)] mit
394 freundinnen immer pech gehabt.=
395 Arzt C: =ja okay; das=
396 Frau S.: =hat sich auch nicht in seiner äh figur gu=wohl gefühlt.
397 weil er ist sehr groß, eins sechsundneunzig. und wo er
398 jugendlich war war er sehr dünn. er hat ja dann auch zwei
399 hosen getragen (.) zum teil, weil er sich so DÜNN vorkam=
400 Arzt C: =hm=hm=
401 Frau S.: =er hat vielleICHT in dem richtigen moment, (-) also wo er
402 in der pubertät war, äh=äh sich nicht anvertraut; UNS nicht
403 anvertraut und hat das=und seine seele äh war vielleicht
404 dann (.) damit ähm (--)=ja:; er hat sein seelenleben nicht
405 richtig ausgelebt;=
406 Arzt C: =hm=hm=
407 Frau S.: =ihm ging es nicht gut, und er hat das=er hat sich nicht
408 offenbart.
409 Arzt C: das fällt einem, glaub ich auch (-) schwer, <<lächelnd> in
410 dem alter;> ne?=
411 Frau S.: =das stimmt, [ja. (---) leider.]
412 Arzt C: [gegenüber den eltern] sich da:, (--)= wie sie
413 sagen zu offenbaren. na=ja, gut. also, das wichtigste, denk
414 ich, wird sein, wie kommt er da (.) zurecht? unter diesen
415 neuen gegebenheiten dann, dass er da doch ein bisschen mehr
416 machen muss,=
417 Frau S.: =ja.=

418 **Arzt C:** =als zuhause. das wird ja verlangt, haben sie gesagt, dass
419 die leute da auch mal (.) ihre wäsche waschen, zum
420 beispiel=-
421 **Frau S.:** =und auch mal kochen.=
422 **Arzt C:** =ich denk, diese tagesstruktur, mit der äh (--) tagesSTätte
423 (.) wird ja erhalten bleiben;=
424 **Frau S.:** =ja.=
425 **Arzt C:** =das werden die ja wahrscheinlich auch verlangen, dass er
426 nicht den ganzen tag (-) zuhause sitzt.
427 **Frau S.:** richtig.=
428 **Arzt C:** =ja und; was sich dann WEIteres entwickelt, ne? ganz kleine
429 schritte, ne?
430 **Frau S.:** vielleicht kann man ja, wenn er sich dann (.) dort
431 eingelebt hat (-) mal äh DOCH die medikamentierung ändern.
432 wenn man dann merkt,=
433 **Arzt C:** =ja=
434 **Frau S.:** =dass er äh=äh doch äh, ja, noch weiterhin nicht so
435 belastbar ist, denn es kann ja auch sein dass wenn er äh
436 auf sich NOCH (.) selber gestellt is; dass er dann DOCH
437 wieder bestimmte impULse bekommt (.) vielleicht; aber ob
438 das SO ist, weiß man nicht. das müsste man vielleicht
439 abwarten, und dann DARAufhin mal=äh entscheiden; (-) was
440 machen wir dann;=
441 **Arzt C:** =hm=hm
442 **Frau S.:** vielleicht nach einem monat. (-) wo er im=äh wohnheim ist.=
443 **Arzt C:** =ja ob das schon nach einem MONat gelingen kann weiß ich
444 nicht; ne, (.) aber das=klar, das=das mittelfristige ziel,
445 das wäre [(schon dass)]
446 **Frau S.:** [(oder mittelfristig)=]
447 **Arzt C:** =dass er mal wieder vielleicht proBIERT ne art werkstatt
448 (-) ne, erstmal in einem reduzierten Umfang;
449 **Frau S.:** gut, ich meinte jetzt eher kurzfristiger die
450 medikamentIERung. aber mittelfristiger=äh-
451 **Arzt C:** ja gut, da da haben wir (--) vieles ausprobiert <<lachend>
452 im lauf der jahre.> jetzt, (-) weiß ich nicht. natürlich
453 werden wir es auch wieder probieren, aber (.) klar; (.)
454 symptomfrei wird er nicht mehr, ne? haben sie sich DAMit
455 ABgefunden oder ist es noch immer sehr schwer. glauben sie
456 er wird noch mal (.) SO wie er früher war, vor der
457 erkrankung?

458 Frau S.: ja äh, das, damit hab ich mich schon abgefunden. wo ich
459 mich nicht abfinden würde, wenn er sagen wir mal äh (-)
460 ja:, GAR nicht mehr=äh bis in eine REha kommen würde=
461 Arzt C: =okay;=
462 Frau S.: =also das- das wäre für mich schon (-) dann ziemlich krass,
463 äh weil äh wenn man ihn FRÜher kennt, er ja wirklich mal äh
464 sehr viel bewältigt hat=
465 Arzt C: =hm=
466 Frau S.: =und auch wirklich ein leistungsstarker schüler mal war.=
467 Arzt C: =hm=hm=
468 Frau S.: =und wenn man an ihn anforderungen gestellt ha, sie auch
469 pünktlich, zuverlässig und in guter qualität gemeistert
470 hat.
471 Arzt C: hm, das ist ja auch keine intelligenzsache, ne, so ne
472 psychose.
473 Frau S.: genau.
474 Arzt C: es gibt sehr viele inte=SEHR intelligente leute. nur
475 das=das funktionsniveau, wie wir das immer nennen, ist ja
476 ein GANZ unterschiedliches. wir haben hier leute, die
477 arbeiten. stehen voll im Beruf, ne,=
478 Frau S.: =toll.=
479 Arzt C: =schlecht ist es nur, wenn es einen sehr früh erwischt, sag
480 ich mal so. bevor die überhaupt ne ausbildung fertig haben.
481 ja?=
482 Frau S.: =hm=hm=
483 Arzt C: und das is halt bei, bei männlichen patienten oft so der
484 fall.=
485 Frau S.: =hm=hm=
486 Arzt C: =die frauen haben da meistens ein bisschen glück, die
487 triffts ein paar Jahre später.=
488 Frau S.: =hm=hm=
489 Arzt C: =und dann haben die meistens ihre berufsausbildung schon
490 hinter sich, ja? <<f> na=ja, (-) gu:t.> am freitag kommt er
491 wieder?
492 Frau S.: ja.=
493 Arzt C: =is er wieder dran?=
494 Frau S.: =genau.=
495 Arzt C: =mit der spritze. (-) tja; das werden wir auch erstmal so
496 BEIbehalten müssen (.) bei ihm.=
497 Frau S.: =hm=hm=

498 Arzt C: =weil bei ihm kann man ja nicht immer davon ausgehen; denk
499 ich nach wie vor nicht, dass er ne medikation (.)
500 regelmäßig einnehmen wird. ne? ((3.0) Im Hintergrund sind
501 Türgeräusche, sich nähernde Schritte, Papierrascheln, sich
502 entfernende Schritte und erneut Türgeräusche zu hören.))
503 okay, gut. ich denk, das wars dann, bis freitag, frau s.
504 Frau S.: ja, gut, dann, vielen dank, doktor c und äh (.) schönen
505 tag.
506 Arzt C: tschüss.
507 Frau S.: tschüss.

A2.6 Transkript G6: Angehörige Frau Ü.

Aufnahme Nr. 6 vom 26.07.2006, Beginn: 12.30 Uhr, Dauer: 18 Min. 51 Sek.

Gesprächsteilnehmer:

- Arzt C (Psychiater)
- Frau Ü. (57 Jahre, gelernte Krankenschwester), Schwester von Schizophreniepatient Jochen Ü. (59 Jahre, 1970 abgebrochenes Studium)

Ort: Arztzimmer, Institutsambulanz des St. Valentinushauses, Bad Soden

Aufnehmender: Arzt C, **Transkribentin:** Ruth Müller

Anmerkung: Eine erste Verschriftung der Audioaufnahme des Gesprächs wurde im Auftrag der Verfasserin von der Dresing & Pehl GmbH (audiotranskription.de) erstellt.

Situation: katamnestisches Arzt-Angehörigen-Gespräch, zwölf Monate nach der letzten Entlassung des Patienten aus der Klinik (Juli 2005)

Sitzposition der Gesprächsteilnehmer: gegenüber an einem Schreibtisch

Allgemeines zu den Katamnesegesprächen: Rhythmus der Gespräche: alle sechs Monate, übliche Konstellation: Arzt – Angehörige

Sonstige Bemerkungen: Frau Ü. ist die einzige Angehörige, die einen medizinischen Ausbildungshintergrund hat. Die Aufnahmequalität bei diesem Gespräch ist sehr schlecht, sodass die unverständlichen bzw. vermuteten Stellen zahlreicher sind als in den anderen Gesprächen des Korpus.

- 1 Arzt C: alles klar (.) ja guten tag frau ü.,
 2 Frau Ü.: guten tag (--)
 3 Arzt C: kurze fragen (-) wir haben uns ja jetzt längere zeit nicht
 4 gesehen (-) (über ein) jahr ne?
 5 Frau Ü.: bestimmt.
 6 Arzt C: bestimmt.
 7 Frau Ü.: ja;=
 8 Arzt C: =wie würden sie momentan so bei ihrem bruder (.) die
 9 situation einschätzen wie hat er sich denn jetzt so (-)
 10 eingerichtet,
 11 Frau Ü.: ich finde auf jeden fall dass er sich WESentlich besser
 12 eingerichtet hat (.) dass es ihm an und für sich sehr GUT
 13 geht im gegensatz zu (ganz am) anfang als er hierher kam
 14 wo also die stresssituation sehr groß gewesen ist--
 15 Arzt C: =hm=hm;=

- 16 Frau Ü.: =und das finde ich so wie er das jetzt gemacht hat und auch
17 eingestellt ist=er war zweimal glaube ich in der klinik
18 hier gewesen (.) (oder dreimal,)
- 19 Arzt C: ja: (.) wobei hier glaub ich noch nicht sondern damals noch
20 in kiedrich;=
- 21 Frau Ü.: =kiedrich genau hier nicht [nein;]
- 22 Arzt C: [nein;]
- 23 Frau Ü.: und äh der letzte klinikaufenthalt äh:m (.) ist er
24 medikamentös GUT eingestellt (.) und ich glaube also damit
25 kommt er ganz gut (.) KLAR weil (.) ich denke (-) hm:
26 irgendwie ist er auch in die situation jetzt reingewachsen
27 halt dass er alleine lebt (.) ohne die mutter (--) und dass
28 ich nicht ständig hinter ihm her bin (.) das ist auch sehr
29 gut ((lacht)) und äh ja ich denke es LÄUft;
- 30 Arzt C: ja (-) und wie eng is momentan der kontakt zu ihrem bruder?
- 31 Frau Ü.: äh: also äh wir sehen uns äh ja: an un für sich äh manchmal
32 in der woche ha:lt, (-) wir telefonieren sehr häufig den
33 kontakt BRAUCH er (-) also er telefoniert mindestens sagen
34 wir mal vier=fünfmal wenn nich sechsmal halt mit mir (-)
35 und ähm: (am) wochenende ist es ja halt meistens auch so:
36 dass er dann lieber zuhause bei sich bleibt und er bekommt
37 dann samstag beSUCH <<während der Arzt in der Krankenakte
38 blättert> von einem (.) mitpatienten (.) und ähm (-) das
39 REIcht ihm dann eigentlich manchmal bin ich DRÜben bei ihm
40 in der wohnung (-)> je nachdem halt wie er das (.) so
41 möchte. also ich frag auch ob er das WILL und wenn er das
42 nicht will dann (-) hab ich mittlerweile es auch gelernt
43 das zu akzeptieren dass ich dann nicht zu erscheinen habe.=
- 44 Arzt C: =hm=hm;=
- 45 Frau Ü.: =und des geht=also meiner meinung nach geht das.=
- 46 Arzt C: =okay;=
- 47 Frau Ü.: =und er geht auch in die tagesstätte (.) bestimmt nicht
48 regelmäßig (.) aber (-) da (hinterfrage) ich dann halt
49 <<lachend> nich mehr> weil ich denke ich bin da auch
50 reingewachsen ja.=
- 51 Arzt C: =hm=hm; (-) okay, (.) weil ich kann mich erinnern am anfang
52 waren sie ja sehr (-) da hinterher (.) dass er so ne (.)
53 strUKTUR wieder einlernt einübt und (-) ja: das ist ab nem
54 gewissen niveau sag ich ma (-) äh (-) gelungen. (.) sind
55 sie denn so zufrieden? wies momentan so läuft bei ihm;

56 Frau Ü.: ich denke schon ja (.) weil äh: e:r muss ja auch erst mal
57 lernen aLLEINE zu leben mh: er wurde ja- (.) mm:=meine
58 mutter (.) war ja STÄNDig da gewesen und mein bruder lebte
59 ja: da mit meiner mutter zusammen (.) und ähm ich denke er
60 muss ja auch erst mal lernen (.) oder auch verstehen dass
61 meine mutter NICHT mehr da ist=
62 Arzt C: =hm.
63 Frau Ü.: (.) aber bis ich dann (-) wir wollten eigentlich am anfang
64 das ein bisschen anders haben mein mann und ich wir dachten
65 wir könnten () (lEIden) aber ähm bis dann mein mann
66 gesagt hat es wird irgendwie wird es kommen und es wird
67 KRachen und es wird (--) wir KÖNnen es nicht ändern (-) und
68 so ist es auch erschienen dann halt; ja,=
69 Arzt C: =hm.
70 Frau Ü.: (-) es ist v=vielleicht ähm sagen wir ma so halt <<f> weil
71 einfach ähm> wir ausm (.) westerwald kommen auch ne ganz
72 andere welt hier; (die menschen sind) anders; und dadran
73 musste er sich ja AUCh erst gewöhnen;=is ja n alter baum
74 den wir da umgepflanzt haben () aber er hätte dort unten
75 nicht alleine leben können (in der) () (---)
76 Arzt C: gu:t; (.) würden sie denn MERken wenns ihm wieder
77 schlechter geht? durch diese ENGen kontakte die sie da
78 haben; (--)
79 [oder woran würden se=würden se das erkennen;]
80 Frau Ü.: [jaa: (---) also (---)] ähm also ich
81 ähm als der erste zusammenbruch kam wo: (.) bin ich ja auch
82 sehr HÄUfig drüben gewesen (.) und dann ist mir schon
83 aufgefallen dass er nicht gut sprechen konnte (-) dass er
84 ähm eine sehr große mundtrockenheit hatte und was mir dann
85 aufgefallen ist (dass er) die flasche nicht mehr
86 (aufdrehen) konnte=war einfach nicht mehr da die flaschen
87 aufzumachen und der hat einfach auch vergessen einfach zu
88 trinken dass hat er einfach abgeschaltet (ende); (--) und
89 ähm das war dann (halt auch ähm dass er in urlaub fahrn
90 wollte) und ähm (.) ich dann auch (in der diakonie) gesagt
91 hab irgendwas stimmt nich; es (.) LÄUFT nich so wie ich mir
92 das so vorstelle und ähm () hat gesagt fahren sie in
93 urlaub; es MUSS laufen egal wie: und ähm: dann hab ich auch
94 gedacht ähm gut ich hab alles geregelt alles gemacht (.) es
95 (-) wenn es läuft dann läuft es und hab ihn dann noch
96 gebeten (geh in die diakonie) () nich sieht weil er auch

- 97 zuhause geblieben ist und da ist er dann ja auch
98 zusammengebrochen und da kam er in die klinik (.) und hatte
99 dann auch ne niereninsuffizienz halt un=und so weiter was
100 so eigentlich dann rundherum abläuft;=
101 Arzt C: =hm=hm;=
102 Frau Ü.: =und das war eigentlich auch der klinikaufenthalt der
103 ziemlich äh (--) ja LANGE gedauert hat;=DAS hab ich schon
104 gemerkt; ich hab es auch FRÜher gemerkt wenn es meinem
105 bruder nicht gut ging <<f> auch aus der FERne> weil ich
106 dann immer so: (.) auch n=<<f> wir haben einen sehr ENGen
107 kontakt;> (-) SEHR engen kontakt und (.) ähm: (-) da hab
108 ich auch immer zu meiner mutte=mutter gesagt es wird zeit
109 dass er in die klinik geht (.) was er dann auch oft (.)
110 abgelehnt hat bis ich dann irgendwann gesagt hab so läuft
111 das (eigentlich) nich; ich glaube dass er jetzt auch nicht
112 mehr so VIEL angst hat äh: in die klinik zu gehen jetzt
113 auch wo es HIER ist so: drei kilometer entFERNt halt (-)
114 weil er auch immer angst hatte dass er nicht nach hause
115 kommen kann (dann); das war seine größte angst (ja:-)
116 Arzt C: ja gut diese ängste bestehen jetzt weniger;=ich hab ihn ja
117 auch letzte woche gesehen (.) da war er nach längerer zeit
118 wieder da; mit der frau v.; ne? (.) so mit der (diakonie)
119 und so wie schätzen sie das ein?
120 Frau Ü.: ich denke das geht ganz gut das is wie so: wenn ich (mir
121 das) so richtig sehe dann: denk ich mir das ist wie so ne
122 kleine familie geworden is und son (kleiner auffangkorb)
123 ja,
124 Arzt C: hm=hm. und was so seine kontakte angeht das sind ja
125 meistens leute (die dann da auch sind) sie sprachen davon
126 dass er ab und zu am wochenende (.) mit einem anderen herrn
127 da zusammen ist (-) den ich glaub ich AUch kenne (-) ja (-)
128 nun (.) gut (.) wie is n das mit der versorgung? macht er
129 das alles selbst=ständig oder [müssen sie da viel
130 unterstützen?]
131 Frau Ü.: [ähm (.) wenn es ihm gut
132 geht. (-)] also wenns ihm GUT geht dann: fährt er auch
133 schon und holt sich dann auch etwas;=
134 Arzt C: =hm=hm;=
135 Frau Ü.: =aber wenn es jetzt so=wenn es so HEISS ist ich mein das
136 kann ich ja AUch verstehen das geht uns ja <<cresc> auch
137 nicht besser; ne,> und er ist ja sehr schwer geworden u=und

178 Frau Ü.: der hatte (bügelfalten) eins a (.) und der hat ja auch
179 WUNderschön geBASTelt, war sehr geDULdig und ähm: war n
180 sehr FEIner mensch (muss ich sagen) und ähm das ist ähm: er
181 hatte sehr viel geDUscht und auch sehr LANge geduscht und
182 wir haben schon darüber gelacht-

183 Arzt C: =so=so so:=

184 Frau Ü.: =JA; weil (.) wir wussten ja nicht; ne,=
185 Arzt C: =so=so zwanghaftes verhalten zum teil jetzt=
186 Frau Ü.: =ich würde sagen ja; (.) ja.
187 Arzt C: ist er denn HEUT noch so? manchmal, in manchen dingen, wo
188 ihnen das auffällt; (.) oder nich mehr so (häufig);=
189 Frau Ü.: =nein;=
190 Arzt C: =hat sich geändert;=
191 Frau Ü.: 'hm'hm. er hat sich ganz geändert. (-) (wie die lampe die:)
192 das war damals so als ob die lampe an=als wenn man n
193 lichtschafter umdreht (-) war einfach (aus) (-) ja;
194 Arzt C: (2.7) wa=war er damals schon in behandlung gekommen? so
195 mitte zwanzig?
196 Frau Ü.: (-) ja: (.) also der zusammenbruch den ich damals miterlebt
197 hab das war fürchterlich gewesen das war gar nicht mehr ER
198 gewesen=-
199 Arzt C: =hm=hm;=
200 Frau Ü.: =ähm (-) das war (--) ganz schlimm (.) und dann kam er in
201 die klinik halt und dann hieß es damals (.) man sollte halt
202 (auf meinen bruder sehr achten)=WAS das damals war ich kann
203 ihnen jetzt (nur) sagen ich weiß es nicht=also (.) ich weiß
204 auch nich wie das kind damals genannt wurd keine ahnung=-
205 Arzt C: =ab wann is denn der begriff einer psy=schizophrenie oder
206 psychose [da (.) bei ihnen haften geblieben,]
207 Frau Ü.: [<<pp> ich weiß es nich > (---)] ähm=
208 Arzt C: =wann ham se das so in etwa realisiert?
209 Frau Ü.: also das kind (.) hat ja VIEle namen [gehabt also das erste
210 mal] depreSSIONen-
211 Arzt C: [ja gut; das is
212 manchmal so. (--) ja=ja,]
213 Frau Ü.: dann hieß es äh schizophreNIE dann hieß es neuROse dann
214 hieß es BOrderline (.) also äh das wurde schon oft äh=äh
215 das war schon- (.) ja. ((lacht))=
216 Arzt C: =sagen wir mal so; also wenn wir jemanden zum ersten mal mit
217 einer psychose haben auch zum zweiten mal (tun wir uns
218 natürlich auch schwer gleich ne so (.) für den weiteren

219 lebensweg auch sehr beeinträchtigende) diagnose zu stellen;
220 ne, (.) obwohl wir das vielleicht schon im hinterkopf
221 haben; dass es so was sein könnte; ((räuspert sich kurz))
222 vermutungen tun den leuten nicht unbedingt einen gefallen;
223 gerade (denen die im berufsleben stehen); ne, (wenn wir
224 dann) () doch würde ich sagen weit=weit reichende
225 diagnose dann stellen. .hh is manchmal so; (-) und manchmal
226 brauchts einfach auch lange bis man da sich (.)
227 zurechtfindet un=und=
228 Frau Ü.: =ja;=
229 Arzt C: =viele schizophrenien sehen erstmal=bringen erst mal nur so
230 depressive symptome=
231 Frau Ü.: =ja;=
232 Arzt C: =hm, und im laufe der jahre .hhh (.) kommen dann andre
233 dazu. [((schnieft))]
234 Frau Ü.: [()]
235 Arzt C: okay;
236 Frau Ü.: also gut=also ich ähm (--) denke mir dass es ne schizOPHREN
237 is=also dass mein bruder schizophren IS und äh (.) äh ich
238 (.) k=komm damit klar=man muss damit (klar kommen) (.) (man
239 muss) auch damit leben halt;
240 Arzt C: ja; (-) sie haben auch ihre=n verständnis davon wa:s=was
241 dies=diese erkrankung in etwa bedeutet und sich damit
242 auseinandergesetzt?
243 Frau Ü.: ich hab mich VIEL damit auseinandergesetzt (.) also (einmal
244 schon) beruflich () (durch die prüfungen) halt () aber
245 damals war das ja auch GANZ anders gewesen als es heute is;
246 wir hatten ja noch die () und ham () und ähm es hat
247 sich ja auch gerade in diesem bereich sehr=sehr=sehr viel
248 getan muss ich ja schon sagen (.) und auch das verständnis
249 der MENschen ist ja schon etwas besser geworden (denke ich)
250 (.) äh:m (-) u:nd ich denke halt dass es auch (-) ähm viel
251 mehr menschen gibt die tatsächlich (auch so krank sind;)
252 <<f> wird ja immer mehr;> (-) denke ich;
253 Arzt C: n=ja: also was die diagnose einer psychose=einer
254 schizophrenen psychose in dem fall angeht; ne, steigt die
255 zahl eigentlich nicht; die is so konstant geblieben über
256 die jahre.=
257 Frau Ü.: =PSYchisch kranke patienten; DIE meinte ich;
258 [also das wollte ich damit sagen.]
259 Arzt C: [ja=ja; andere erkrankungen sieht] man heute häufiger.=

260 Frau Ü.: =ja.
261 Arzt C: das schon.=
262 Frau Ü.: =ähm von daher hab ich natürlich halt so: ja (.)
263 berufsmäßig halt (-) dann (.) hab ich mich ähm (.)
264 REINgekniert halt nach dem tod meiner mutter ist es halt so
265 dass ich auch (.) ja gelernt habe damit umzugehen und da
266 auch einfach auch literatur gelesen hab=
267 Arzt C: =hm=hm;=
268 Frau Ü.: =keine dicken wälzer aber (.) es gibt ja sehr viel
269 fachliteratur die sie ja auch (hier zur verfügung haben)
270 und ähm da war ich auch mal (.) auf eine:m so ner
271 FORTbildung halt und dann war mein mann halt (der mediziner
272 is) ähm wir haben uns sehr viel unterhalten und ähm ja; (.)
273 dann hab ich mir einen so guten () besorgt über () das
274 war wirklich eine hervorragende () (wo) auch diese ÄNGste
275 (.) bildlich dargestellt wurden;=
276 Arzt C: =hm=hm;=
277 Frau Ü.: =sodass man das auch=die menschen besser verstehen kann.
278 konnte und äh (.) ja; und da dacht ich halt auch also das
279 wenn die menschen so:=<<f> auch so erDRÜCKT werden> von den
280 angehörigen (und dass die dann auch ausrasten) ()=
281 Arzt C: =hm=hm;=
282 Frau Ü.: =ja; (-) das war eigentlich=-
283 Arzt C: =ich=ich e=erlebs ja häu=häufig dass es=s ja: (-) MENschen
284 die betroffene mit ner psychose=mit ner psychose in der
285 familie haben (-) alles mögliche in gang setzen wir wollen
286 jetzt helfen wir wollen jetzt äh was (--) ja auch
287 selbstvorwürfe haben (-) warum (.) haben wir nicht früher
288 reagiert hätte man es dadurch irgendwie günstig
289 beeinflussen können oder () (immer) es gibt da kein=kein
290 rezept=
291 Frau Ü.: =es gibt keins, nein.=
292 Arzt C: =denk ich ma; (-) ne, (---) ich hoffe dass sie wissen dass
293 es es ist nun mal n anderer hirnstoffwechsel bei diesen
294 erkrankungen (.) den versuchen wir halt mit diesen
295 medikamenten die er halt bekommt zu beeinflussen das ist
296 momentan so auf nem stabilen niveau (-) das kann sich
297 wieder ändern; (.) sie sind ja immerhin sehr nah dran (-)
298 an=an ihrem bruder sodass sie das eventuell sogar merken
299 würden; es gibt auch viele die haben keine angehörigen (-)
300 da is es schwieRiger=

301 Frau Ü.: =hm=hm;=
302 Arzt C: =.hh jo hhh (.) und das sind auch (.) schwerpunktmäßig
303 patienten die wir eigentlich in der ambulanz hier immer
304 betreuen; () wo s eben keine verwandten gibt; ne, wo wi:r
305 die familie (.) also () zu den leuten gehen, hausbesuche
306 machen; .hhh und wir versuchen dann auch möglichst nen
307 klinikaufenthalt zu ersparen wenn möglich;=
308 Frau Ü.: =auf jeden fall; solange es geht.
309 Arzt C: (-) ja:- (-) gu:t, (-) haben sie irgendwelche fragen
310 vielleicht noch (.) zur zukunft ihres bruders wie die
311 weitere planung ist (.) geplant;
312 Frau Ü.: ich denke es wird erstmal so weiterlaufen ne, also so hab
313 ich halt ähm: ich denke halt dass es vielleicht (-) oder
314 sage ma was ich so FRÜher gedacht hatte das war dass man
315 (.) halt weil er ja sehr oft Alleine halt auch ist und dann
316 am anfang auch nicht klar kommt und MANche tage auch jetzt
317 nich klar kommt (da hab ich auch früher gedacht dass) ()
318 in bad () gibt es ja son haus wo () menschen halt
319 zusammen sind (VOLL) integriert () (in der stadt halt) so
320 hab ich das am anfang auch gedacht gehabt weil=-
321 Arzt C: =ja (gucken se mal jetzt)
322 Frau Ü.: =(ja aber ()) aber das is auch n phänomen halt ähm (.) er
323 unterhält sich ja auch sehr viel und gerne und ähm man kann
324 ja mit ihm unheimlich v=viel=(sich) sehr gut unterhalten;
325 manchmal (hab ich) auch den eindruck dass er ja auch nich
326 immer nur mit KRANKen patienten zuSAMMen sein möchte (weil
327 einfach dann) nicht immer viel gesprächsbereitschaft
328 vorhanden is=
329 Arzt C: =hm=hm;=
330 Frau Ü.: =ich find das is so: (-) <<f>(einerseits und die andere
331 seite)> (.) ja; ja;
332 Arzt C: meinen sie er hätte das beDÜRfnis? nach mehr kontakt;
333 Frau Ü.: (ich finds gar nich ma so:,) ich denke: (-) zu gesunden
334 menschen ja. (-) ja; [()]
335 Arzt C: [ja ich kann mich erinnern] er war ja
336 mal ne zeit lang sogar hier in dieser (--) ja; [wir nennen
337 das-]
338 Frau Ü.: [()?]
339 Arzt C: ((Blättern von Papier ist zu hören)) nö- (.) er kam ja auch
340 regelmäßig zu einer psychologin von uns ne=ne zeit lang;=
341 Frau Ü.: =ja=ja;=

342 Arzt C. =und die versuchte ihn da noch n bisschen zu fördern ja
343 vielleicht (damit er) auch die ängste h auch hh anders
344 abbauen kann als nur mit medikamenten=das seh ich (hier
345 seitenlang was da so an behandlung) war; (-) das war (.)
346 wann? letztes jahr;

347 Frau Ü.: richtig. (und die dame is weggegangen.)

348 Arzt C: (die dame is weg=ja;)

349 Frau Ü.: und dann ist das schlecht wieder angelaufen (-) weil
350 einfach ähm er dann zwar die erste zeit wieder angerufen
351 hatte aber dann ist das ja schwer äh: gerade (für) einen
352 kranken menschen dann immer wieder anzurufen (und dann
353 niemand DA) kann man, bin ich auf der liste? () (ich find
354 das-) (.) (ich würd das) begrüßen; muss ich sagen; () das
355 wäre noch n (auffangkorb) um halt äh (.) da etwas auffangen
356 zu können; ();

357 Arzt C: (--) gu:t; (.) das ist was was man vielleicht ambuLANT (.)
358 auch mal probieren kann;=

359 Frau Ü.: =hm=hm;=

360 Arzt C: =ja, (genau;) wenn=wenn es ihm ein beDÜRfnis is;=

361 Frau Ü.: =ja=ja;

362 Arzt C: !NUR! DANN (.) macht es sinn.

363 Frau Ü.: ja=ja; das is klar (-) das stimmt. (--) also meistens wird
364 ja dann hinterher gesagt mir gehts ja GU:T dann- (.) JA
365 eben; ich mein wenn: s einem schlecht geht <<f> dann: wird
366 wieder angeleiert.>=

367 Arzt C: =klar. (.) gut aber immerhin jetzt (.) ich hab grad noch mal
368 angeschaut seit september glaub ich war er das letzte mal
369 in der klinik; ne? letztes jahr im september; da war er in
370 kiedrich für fünf wochen=

371 Frau Ü.: =ja. (.) das is immer wenn ich nich da bin.=

372 Arzt C: =aha?=
373 Frau Ü.: =<<akzentuiert> immer> wenn ich in urlaub fahre (--) ja.

374 Arzt C: <<Papier blätternd> is n zusammenhang zu erkennen;>

375 Frau Ü.: ich denke schon; (.) also- (--) ja; es kann nicht anders
376 sein. ()

377 Arzt C: <<weiter Papier blätternd> und dann wars genau n jahr
378 vorher. ((lacht kurz))>

379 Frau Ü.: ja. (.) ich war einmal in italien; (-) dies jahr bin ich
380 noch nicht weil (.) <<lächelnd> ja; ich hab die handwerker
381 im haus.>

382 Arzt C: <<lächelnd> okay;>

383 Frau Ü.: ((lacht kurz)) gut.
384 Arzt C: <<lächelnd> also (dürften) sie dieses jahr keinen urlaub
385 mehr machen.>
386 Frau Ü.: <<lächelnd> das muss ich mir noch mal überlegen.> ((lacht
387 kurz))
388 Arzt C: <<lächelnd> nee=nee.> gut. (-) okay, dann dank ich ihnen,
389 Frau Ü.: ja;
390 Arzt C: u::nd- (.) ja; sagen se ihm nen schönen gruß;=
391 Frau Ü.: =mach ich;=
392 Arzt C: =(do=mittwoch) kommt er wieder vorbei: (--) und (-)
393 spätestens die frau v. (.) wird ihn uns wieder bringen.
394 ((Die Aufnahme bricht an dieser Stelle ab.))

A2.7 Transkript G7: Angehöriger Herr W.

Aufnahme Nr. 7 vom 28.08.2006, Beginn: 12.30 Uhr, Dauer: 7 Min. 45 Sek.

Gesprächsteilnehmer:

- Arzt E (Psychiater)
- Herr W. (72 Jahre, gelernter Tischler, Verwaltungsangestellter der Johannes Gutenberg-Universität Mainz – Fachbereich Sport, zzt. Rentner), Vater von Schizophreniepatient Timm W. (28 Jahre, gelernter Bürokaufmann, zzt. arbeitslos)

Ort: Arztzimmer, St. Valentinushaus, Kiedrich

Aufnehmende: Arzt E, **Transkribentin:** Ruth Müller

Anmerkung: Eine erste Verschriftung der Audioaufnahme des Gesprächs wurde im Auftrag der Verfasserin von der Dresing & Pehl GmbH (audiotranskription.de) erstellt.

Situation: katamnestisches Arzt-Angehörigen-Gespräch, 4 Wochen nach der letzten Entlassung des Patienten aus der Klinik (Mai–Juli 2006)

Sitzposition der Gesprächsteilnehmer: gegenüber an einem Schreibtisch

Allgemeines zu den Katamnesegesprächen: Rhythmus der Gespräche: alle zwei bis vier Wochen, übliche Konstellation: Arzt – Patient

- 1 Arzt E: so, (--) äh herr w., ihr sohn war jetzt bei uns stationär
 2 im krankenhaus, längere Zeit. jetzt ist er nach hause
 3 entlassen. wie empfinden sie den zustand von ihrem sohn?
 4 Herr W.: also, viel, viel besser. Und so=ich finde sogar SEHR gut.
 5 aber er ist noch KRANK, ja?=
 6 Arzt E: =JA=
 7 Herr W.: =er muss seine medikamente NEHmen, ja?=
 8 Arzt E: =JA=
 9 Herr W.: =man merkt auch, dass er nicht (---) ganz gesund ist.
 10 Arzt E: was aus ihrer sicht (-) ist denn besser geworden?
 11 Herr W.: ja er hat sich=kann man sagen=der läuft immer von apotheke
 12 zu apotheke und holt sich en medikament; hat sich selbst
 13 hat sich selbst verschreiben lassen.
 14 Arzt E: das heißt dass er jetzt schon einsieht dass er medikamente
 15 nehmen MUSS.
 16 Herr W.: ja, sieht er ein.
 17 Arzt E: ja, hh und was ist, was aus ihrer sicht jetzt besser
 18 geworden da war ihr sohn unruhig und getrieben, ist er
 19 jetzt zuhause äh RUhiger, kann man mit ihm GANZ normal
 20 REden?

62 Arzt E: =hm=hm=
63 Herr W.: =und (-) hat interesse wieder.=
64 Arzt E: =ja sehr= (-) schläft er GUT nach ihrer sicht?
65 Herr W.: er schläft gut.=
66 Arzt E: =sehr=
67 Herr W.: =er geht, geht abends auch schon (-) so neun, halb zehn
68 schlafen.=
69 Arzt E: =hm=hm. und WAS aus ihrer sicht ist noch (-) KRANK? weil
70 sie meinten, der ist noch KRANK (--), trotzdem. was meinen
71 sie jetzt;
72 Herr W.: ja, er ist krank. und zwar (--), er hat kein STEHvermögen.
73 er [hat-]
74 Arzt E: [die] belastbarkeit ist gering?
75 Herr W.: ja. und zwar (.), wegen arbeiten zum beispiel; ja?=
76 Arzt E: =hm=hm=
77 Herr W.: =ich hab=wenn er nen halben tag arbeiten WÜRde, wär gut.
78 aber ganzen tag gleich, das wär nicht gut für ihn. (das
79 hält er=hält er nich aus.)=
80 Arzt E: =ja gut, ich denk, der war ja schon sehr lang krank, bis er
81 sich wieder äh=bis er wieder auf die Beine kommt.=
82 Herr W.: =ja=ja,=
83 Arzt E: =hm=hm=
84 Herr W.: =und wir machen uns immer gedanken immer (.) über seine
85 zukunft. dass er (-) auch wieder ne feste arbeitsstelle
86 bekommt, ne?
87 Arzt E: gut, ich denke, und er hat jetzt perspektive von der
88 sozial=sozialarbeiterin beKOMmen. die hat ja ihm alles
89 aufgeschrieben.
90 Herr W.: ja, ja. er hat ja auch einen schwerbehindertenantrag
91 gestellt.
92 Arzt E: ja, das muss man machen. und dann hat er hier auch ähm (-)
93 so anlaufstelle, wo er=an wo er sich wenden kann=
94 Herr W.: =ja.=
95 Arzt E: =wo er dann vielleicht doch=äh wieder inteGRIERT wird,=
96 Herr W.: =ja=ja.=
97 Arzt E: =dass er langsam wieder irgendwo in nen JOB reinkommt.=
98 Herr W.: =ja aber wichtig ist immer, dass er, ich wiederhol mich;
99 dass er ne arbeitsstelle bekommt.
100 Arzt E: ja, klar=
101 Herr W.: =(das) ist ganz wichtig.=
102 Arzt E: =dass er nen TAgesablauf hat;=

103 Herr W.: =ja.=
104 Arzt E: =(und) ne aufgabe hat.=
105 Herr W.: =ja, aufgabe, sehr wichtig.
106 Arzt E: <<f> SAGEN sie mir bitte> wenn ihn=wenn ihr sohn wieder
107 krank mal wird; WERden sie ihn wieder zu uns bringen?
108 Herr W.: natürlich. hier wars SEHR gut. hier wars SEHR gut und (-)
109 menschlich auch (-) und medizinisch auch einwandfrei.
110 Arzt E: gut, freu ich mich sehr. sagen sie mir bitte, wie kommen
111 sie denn mit der krankheit ihres sohnes überhaupt zurecht?
112 (-) belastet das sie SEHR? als eltern?
113 Herr W.: ja=äh; (.) es belastet uns jetzt NICHT mehr so sehr=
114 Arzt E: =hm=hm=
115 Herr W.: =es hat uns SEHR belastet.
116 Arzt E: wann?
117 Herr W.: wo er so KRANK war.
118 Arzt E: das erste mal, wo er-
119 Herr W.: wo er nicht mehr=wo er noch zuhaus war.
120 Arzt E: hm=hm
121 Herr W.: das war=der lief unruhig umher=UNruhig; und er lief, wie
122 ich schon sagte; der lief zur apotheke hat sich DAS
123 bestellt und DAS bestellt=-
124 Arzt E: =der war hilflos einfach;=
125 Herr W.: =(tee und) beruhigungstee und das, und wir wussten nicht
126 mehr was wir machen sollten.=
127 Arzt E: =äh wissen sie WAS für erkrankung ihr sohn hat?
128 Herr W.: ich nehm an, äh psy=äh=
129 Arzt E: =psychose.=
130 Herr W.: =psychose, ja.
131 Arzt E: hm=hm. sagen sie mir, gibt es in der faMILIE jemand in der
132 verwandtschaft, dass jemand diese erkrankung hat? oder-
133 Herr W.: ich hab eine schwester in köln. aber die hat sich=
134 Arzt E: =von ihrer seite?=
135 Herr W.: =ja=äh aber nein; meine schwester.
136 Arzt E: von ihrer=von ihrer seite?
137 Herr W.: ach, QUATSCH. ich hab mich versprochen, meine tochter.=
138 Arzt E: =aha.=
139 Herr W.: meine tochter.
140 ((Das Telefon klingelt zweimal.))
141 Herr W.: (jetzt bin ich=sekunde sekunde; jetzt hab ich (-) das
142 falsch=mich vertan.
143 Arzt E: ist ned schlimm=ist ned schlimm=ist ned schlimm.

144 ((Das Telefon klingelt erneut.))
145 Herr W.: ich hab ne schwester in köln, ja?
146 Arzt E: ja?
147 Herr W.: die hab ich schon zwanzig jahre nicht mehr gesehen=
148 Arzt E: =hm=hm=
149 Herr W.: =die hat aber- (2.8) kaputt.
150 Arzt E: aha; das heißt, sie hat, sie hat psychische probleme.
151 Herr W.: ja=ja; die hat psychische probleme. die hat sich t=TOT
152 getrunken.
153 Arzt E: a:ch so, gut, das ist natürlich=
154 Herr W.: =und die ist jetzt in einer anstalt; das bein=hat zucker;
155 das bein haben sie ihr ABgenommen, das bein ist abgenommen.
156 und das ist GANZ schlimm. also, die hat sich (.) t:TOT
157 geraucht.
158 Arzt E: ach so, gut. aber sonst psychische probleme hat niemand von
159 der verwandtschaft;=
160 Herr W.: =nein=nein.=
161 Arzt E: =TANte, onkel, cousine, cousins, nichten?=
162 Herr W.: =NEI:N. kein mensch.
163 Arzt E: gut. <<f> gu:t, ich denke> der hat sich wirklich gut
164 gemacht und ich denke er nimmt auch die medikamente; ist
165 auch EINSichtig, was diese sache betrifft. und ich freu
166 mich sehr, dass er auf diesem=äh auf diese ebene schon
167 gekommen ist.=
168 Herr W.: =ja.=
169 Arzt E: =gu:t, ich denke- (--) sonst sind sie mit allen
170 zufrieden;=haben sie noch IRGENDwelche fragen an mich?
171 Herr W.: .hhh ja, ich hab, äh=äh wie ich schon sagte, mit den
172 tabletten, ja? dass=-
173 Arzt E: =dass er müde ist. aber gut, wir sind ja daBEI, dass wir
174 ständig=der hat sehr VIEle medikamente noch=die muss man
175 auch noch reduZIE:REN; das alles was er hat. aber der muss
176 eine bestimmte=erhalten; dosis (er)halten. ich denke dass
177 wir bei ihm mit seroquel daBEI bleiben; ja, dass=alles
178 andere denk ich kommt RAUS. der hat ja auch n paar
179 bedarfsmedikation; und denk ich, da kriegen wir das hin;
180 wir brauchen noch bisschen zeit.=
181 Herr W.: =ja.=
182 Arzt E: =gell?=
183 Herr W.: =ja.=
184 Arzt E: =<<lächelnd> bin ich SEHR zufrieden.>

185 Herr W.: hm=hm; doch=doch.
186 Arzt E: ja.
187 Herr W.: und zwar äh ich will noch mal mit der arbeit anfangen. aber
188 das arbeitsamt mainz, da sind se- (-) die haben mich schon
189 paar mal (--) also (.) gemein irgendwie. und zwar äh die
190 haben bei uns=uns angerufen, die wollten unbedingt ich
191 glaub=ich hab die gesprochen am telefon, die wollten
192 unbedingt jetzt den entlassungsschein haben.=
193 Arzt E: =hm=hm=
194 Herr W.: =das hat=hat nur der doktor s. bekommen, ja?=
195 Arzt E: =hm=hm=
196 Herr W.: =und der hausarzt. und das wollten d=die war frech am
197 telefon zu mir. und da sag ich ja, das GIBTS nicht. (.) ja
198 doch dann müssen sie sich hier an=
199 Arzt E: =an uns wenden.=
200 Herr W.: =anrufen und fertig. nee, die sind ja so ein bissl
201 quertreiber.
202 Arzt E: ja, gut. ich denke, das ist FOLgendes. äh, wenn er, wenn
203 sie ihm ein anbot machen, das abreitsamt. da müssen sie
204 aber uns äh fragen und zwar ich kann hier dann ihm auch,
205 das gibt ja auch reha-maßnahmen wissen se dass man in
206 diesem sinn wiedereingliederung macht.=
207 Herr W.: =ja.=
208 Arzt E: =irgendwie stundenweise. der kann ned [den ganzen tag
209 schaffe]
210 Herr W.: [(das hab ich
211 gemeint)]
212 Arzt E: der muss STUNDENweise zuerstmal anfangen.
213 Herr W.: und vor allen dingen der kann ned nach frankfurt fahren=und
214 sonst wo. das ist, das ist doch=-
215 Arzt E: =nein=nein=nein. SO geht das NICHT. sie können auch ohne
216 uns können sie das ned machen h und (-) wenn das arbeitsamt
217 von uns was will, dann sollen sie sich an uns wenden. das
218 ist überhaupt kein problem.
219 Herr W.: ja. ja=ja. und wie ich schon sagte der hat auch in mainz
220 gearbeitet, in der klinik, in der psychologie n halbes
221 jahr. vor zwei jahren. auch schreib=gut geschrieben; er
222 wurde geMOBBT wegen seiner krankheit.
223 Arzt E: ja, klar. ich glaube das auch. aber gut, ich denke, wir
224 müssen das beste für den BUB machen.
225 Herr W.: ja, äh äh und wir, ich bin dankbar IHNEN-

226 Arzt E: <<lächelnd> hab ich GERN gemacht.>=
227 Herr W.: =und dem krankenhaus hier.
228 Arzt E: <<lächelnd> ja, hab ich gern gemacht, gell?> <<f> okay,
229 vielen dank für das gespräch.>
230 Herr W.: ja.
231 Arzt E: wenn sie irgendwelche fragen haben, sie können sich
232 jederzeit an mich wenden.
233 Herr W.: ich danke ihnen auch--
234 Arzt E: =alles gute ihnen beiden.=
235 Herr W.: =herr doktor=
236 Arzt E: =ja, alles gute ihnen und ihrer frau. und dem sohn sowieso.
237 gell?
238 Herr W.: danke schön.
239 Arzt E: danke dass sie gekommen sind. <<dim> und wenn es irgendwas
240 gibt-> ((Rest unverständlich, da im Flur gesprochen))

A2.8 Transkript G8: Angehörige Frau P.

Aufnahme Nr. 8 vom 28.08.2006, Beginn: 14.15 Uhr, Dauer: 21 Min. 0 Sek.

Gesprächsteilnehmer:

- Arzt D (Psychiater)
- Frau P. (39 Jahre, Briefträgerin), Ehefrau von Schizophreniepatient Rüdiger P. (39 Jahre, Industriekaufmann, zzt. ohne Beschäftigung)

Ort: Arztzimmer, St. Valentinushaus, Kiedrich

Aufnehmender: Arzt D, **Transkribentin:** Ruth Müller

Anmerkung: Eine erste Verschriftung der Audioaufnahme des Gesprächs wurde im Auftrag der Verfasserin von der Dresing & Pehl GmbH (audiotranskription.de) erstellt.

Situation: katamnestisches Arzt-Angehörigen-Gespräch, ca. 10 Tage nach der letzten Entlassung des Patienten aus der Klinik (Anfang Juli – Mitte August 2006)

Sitzposition der Gesprächsteilnehmer: an einem runden Tisch

Allgemeines zu den Katamnesegesprächen: Rhythmus der Gespräche: zum Zeitpunkt der Studie noch keine Aussage möglich, erstes Gespräch dieser Art, übliche Konstellation: zum Zeitpunkt der Studie noch keine Aussage möglich

Sonstige Bemerkungen: Frau P. ist von allen an der Studie teilnehmenden Angehörigen die auf emotionaler Ebene offenste.

- 1 Arzt D: gut, frau p. jetzt sagen sie vielleicht noch mal kurz, wir
 2 haben jetzt, das mikrofon ist ist ja am laufen=dass sie
 3 sozusagen EINverstanden sind, (dass) das gespräch hier
 4 zwischen uns äh aufgenommen wird. (-) sind sie damit
 5 einverstanden?
 6 Frau P.: ja.
 7 Arzt D: okay. wir hatten ja schon drüber gesprochen, e:s geht um
 8 (--) ne Untersuchung (--) psycholinguistischer art. ich
 9 möchte ihnen einfach n paar fragen stellen und sie
 10 versuchen die einfach so gut sies können (.) zu
 11 beantworten; ja; wie GEHTs denn dem patienten so (-) aus
 12 ihrer sicht HEUTE?
 13 Frau P.: heute? er ist heute morgen aufgestanden und es ging
 14 eigentlich SO ganz (-) gut. ich hab also=er hat also so
 15 AUSgesehen (-) und und ähm ich hab gedacht na=ja (2.0) also
 16 wie gesagt heut morgen GINGS aber es hat dann wieder: als
 17 wir gefahren sind angefangen und äh (.) ständig wieder
 18 diese (.) diese ängste. (2.0) und (2.0) hhh.

- 19 Arzt D: also (-) HEUTE, das kann man ja jetzt n bisschen auch
20 WEITER fassen, das muss ja auch nicht sagen=man könnte
21 sagen heute, also nach der er stationÄR (-) in behandlung
22 ist=is ja bei uns einige zeit stationÄR GEWESen. und
23 wie=wenn sie das jetzt (sozusagen) VERGLEICHen; wie ist er
24 NACH der behandlung und wie ist er JETZT?
- 25 Frau P.: (3.0) also es hat sich wieder tag für tag (.) mehr
26 gesteigert. er kam also heim. die ängste hat er erstmal (-)
27 von=vor zu HAUSE gehabt. dass er wieder nach HAUSE kommt,
28 er war sich ned sicher dass er das überhaupt SCHAFFT; und
29 WIE ers überhaupt schafft, obwohl HIER eigentlich immer
30 einen guten GEDank=äh gedanken hatte (.) auch, was er alles
31 machen wollte und so. und zuhause war es so (.) wie GESAGT;
32 der erste tag äh=äh (-), das einzige war nach dem STURZ.
33 als er im krankenhaus war- (-) hat er danach gesagt, na=ja
34 es ist ja eigentlich alles gar nicht so SCHLIMM. und DANN
35 hab ich gedacht, na=ja jetzt hat ers vielleicht begriffen,
36 weil er vielleicht gedacht hat jetzt hat er glück gehabt.
37 mit dem sturz (--), dass es GUT ausgegangen ist. aber es (-
38) ging dann am nächsten tag gleich wieder los. permanent
39 ängste. (.) er hat nur noch gefroren. er FRIERT auch den
40 ganzen tag nur (-) durch die angst. er s=er sagt ähm, zu
41 mir sagt er die ganze zeit ähm mein herz bleibt mir stehen.
42 (.) äh also die=die ängste sind !PER!MANENT da. und er ist
43 auch wirklich so:, (--) jeden tag mehr=kaum mehr
44 ansprechbar. und es hat sich wirklich jetzt ich würde sagen
45 mi=es war schon am anfang schlimm genug wieder zuhause aber
46 es hat sich immer so ein !BISS!CHEN noch .hh sogar noch
47 gesteigert.
- 48 Arzt D: hm=hm=
- 49 Frau P.: =sodass es ha=dass er JETZT auf dem punkt ist dass er auch
50 wirklich (.) teilweise (.) aggressiv wird. oder LAUT wird.
51 er WILL das und das in ordnung bringen;=
- 52 Arzt D: =hm=hm=
- 53 Frau P.: =er MUSS das und das in ordnung bringen. und er kommt wie
54 gesagt=morgen holen sie mich und ich kriegs=krieg=muss
55 (sechs jahre in nen knast). und das JEden tag.
- 56 Arzt D: ist denn der zustand WEsentlich anders jetzt verglichen mit
57 der situation, (-) die zu der aufnahme in der klinik
58 geführt hat- wenn das so (.) vergleichen;
- 59 Frau P.: obs jetz schlimmer geworden ist? oder was ham sie jetz-;=

60 Arzt D: =ja; ob er wesentlich ANDERS ist.

61 Frau P.: kann ich eigentlich nicht sagen (-) dass er anders ist.
62 (--) das war zuhause (.) unwahrscheinlich schwierig und
63 anstrengend und ist jetzt IMMER noch (-) schwierig und
64 anstrengend.=also er hat sich jetzt vom ((seufzt))
65 KÖRperlich hat er sich verändert, das ist KLAR, aber jetzt
66 so=so von=von der art her; nee überhaupt ned.

67 Arzt D: körperlich verändert; [in welcher art?]

68 Frau P.: [dass er halt AB]genommen hat, dass
69 er total schwach ist. dass er (-) keine kraft mehr hat=ich
70 mein er war ja vorher <<lachend> ein kräftiger mann, ja?>=
71 Arzt D: =hm=hm=

72 Frau P.: =und hat auch immer viel und gut ZUGepackt. und DAS ist im
73 moment wie gesagt GAR nichts.

74 Arzt D: hm=hm=

75 Frau P.: =da ist ihm ein spaziergang sogar schon (.) zu=zu zu viel.

76 Arzt D: also, sie würden dann vielleicht sagen ähm dass es (-) gar
77 nicht so ANders ist;

78 **Frau P.: mh=mh. (-) durch die medikamente (-) also die medikamente**
79 **die er HIER bekommen hat, diese ganz STARken, wo er diese**
80 **nebenwirkungen hatte=-**

81 **Arzt D: =ja?=-**

82 **Frau P.: =DIE (-) DA hat er anders reagiert. DA war er ruhig, da war**
83 **er (.) auch äh- (--) der hat=die gedanken sind verdrängt**
84 **worden. ja, da ist er KAUM mehr auf dieses thema gekommen=-**

85 **Arzt D: =hm=hm=**

86 **Frau P.: =aber jetzt durch die NEUen medikamente, verspür ich**
87 **überhaupt keine veränderung mehr;=**

88 **Arzt D: =hm=hm=**

89 **Frau P.: =das ist genau so wie vorher.**

90 **Arzt D: gut, ähm wir hatten ja (2.1) auch gesagt dass die**
91 **medikation, die hier statio:n=äh: (die er) stationär**
92 **bekommen hat, dass es sozusagen (-) ähm jetzt nicht so (.)**
93 **optimal ist für (.) für draußen; und dass wir natürlich**
94 **jetzt (-) versuchen werden ihn anders medikamentös**
95 **einzustellen, auf n medikament, was längerfristig=äh was er**
96 **längerfristig nehmen muss (.) was längerfristig aber**
97 **weniGER (-) nebenwirkungen äh macht (.) als das was er hier**
98 **in der klinik jetzt bekommen hat.=**

99 Frau P.: =hm=hm. wie sieht denn das überhaupt aus mit den TAvor? (-)
100 weil er da jetzt doch drei stück am tag nimmt; ist das noch

101 okay, vertretbar? oder,
102 Arzt D: ja, das mit de:m=mit dem tavor, das ist natürlich sagen wir
103 mal äh (.) auch ne sache, die ma=man jetzt über längere
104 zeit nicht tolerieren (-) würde. aber das ist ja jetzt (--)
105 in dem zustand, wie er sich jetzt befindet (.) wo man
106 überlegt ob man nicht ähm (ihn) noch mal AUFnimmt, ist das,
107 denke ich, schon vertretbar; gell? (2.8) **aber noch zu dem**
108 **anderen medikament was er in der klinik hatte- so=so GANZ**
109 **zufrieden (.) waren wir ja AUCH mit dem zustand nicht; und**
110 **sie ja an und für sich AUCH nicht. da war er zwar (-)**
111 **RUhig, aber dann hatten sie auch schon geklagt (.) er ist**
112 **affektiv äh (.) für sie nicht mehr zu erREichen und äh=**
113 **Frau P.: =er war halt äh ziemlich (.) DOWN sag ich mal, also**
114 **ziemlich ruhIG. äh wie gesagt also der gesichtsausdruck war**
115 **halt immer der gleiche- da war überhaupt keine REGung drin;**
116 **aber er hat in DER zeit als er die genommen hat (.) das war**
117 **ja ned lang=**
118 **Arzt D: =hm=hm=**
119 **Frau P.: =glaub ich ne woche oder was, (-) [war er WIRklich]**
120 **Arzt D: [ja, vierzehn tage ja.]**
121 **Frau P.: es kam KAUM (.) dieses thema auf;=**
122 Arzt D: =hm=hm=
123 Frau P.: =ich=meine mutter war auch mal hier und die hat auch
124 gesagt, (kerl)=der hat mir SO einen GUTen eindruck
125 gemacht=wir ham=wir ham erzählt, er hat (.) uns ZUgehört,
126 er hat uns geFRAGT=
127 Arzt D: =hm=hm=
128 Frau P.: =wie es im urlaub war; er war richtig am (.) am gespräch
129 beteiligt. und er hat nur einmal ganz kurz gesagt äh
130 dass=dass er angst hätte.
131 Arzt D: hm=hm=
132 Frau P.: =aber dann GLEICH wieder verworfen (.) das war- (.) und die
133 waren DREI stunden hier.
134 Arzt D: hm=hm=
135 Frau P.: und das hat mich toTAL gewundert; ich hab gesagt war das
136 wirklich der rüdiger, den ihr da besucht habt; weil das war
137 für mich eigentlich ((lacht kurz)) ich mein gut; zu anderen
138 leuten ist er halt, ich mein, ich hab das heut morgen in
139 der praxis gesehen; da erzählt er, (-) als ob nichts
140 gewesen wär. ganz normal.
141 Arzt D: also, er kann da schon unterscheiden? [sozusagen;]

- 142 Frau P.: [ja=ja. er] ist zu
143 anderen äh (-) zu fremden sag ich mal offen freundlich
144 nett; er lacht äh was ich zuhause in den letzten zehn tagen
145 habe ich kein einziges lachen von ihm gesehen.
- 146 Arzt D: hm=hm; (3.0) ist er denn jetzt ne andere person als früher
147 [(ham sie so den eindruck?)]
- 148 Frau P.: [ja. das auf jeden fall.]
- 149 Arzt D: (2.9) was denn? was ist denn anders?
- 150 Frau P.: ei=ja er ist- .hh erstmal diese ängste=das kenne ich
151 überhaupt nicht von ihm. was heißt, das kenn ich überhaupt
152 nicht von ihm=er hat schon immer ängste oder=oder
153 befürchtungen oder so, ja; aber jetzt diese permanenten
154 ängste und=und (.) das viele WEInen un=und und (.) das=das
155 ruhige halt. (.) das ist normalerweise ein mensch gewesen,
156 äh da hab ich mich kaputtgelacht über den menschen zuhause.
157 der hat mit mir allein da nen spaß gemacht und- (.) das ist
158 !KOM!PLETT WEG. das ist (-) er ist NUR noch (.) äh ich sag
159 immer so in seinem TUNNEL drin. und ned mehr rechts (und)
160 ned mehr links. (.) also auch=der beteiligt sich auch an
161 GeSPRÄchen überhaupt nicht. (.) wir erzählen irgendwas und
162 dann antwortet ER wieder mit=mit seiner sache. (.) es ist
163 also; (.) sicherlich hat er sich verändert.
- 164 **Arzt D: und macht ihnen das angst?**
- 165 **Frau P.: natürlich. ich hab angst, dass er nicht mehr so wird, wie**
166 **er mal wa:r.**
- 167 **Arzt D: und was würde das für sie bedeuten?**
- 168 **Frau P.: <<weinend> ich weiß es nicht. ich lieb ihn ja. (.) aber**
169 **ich, ich hab halt, (--) weil ich ihm halt nicht helfen**
170 **kann. oder ich seh, ich kann ihm nicht helfen. ich versuchs**
171 **schon ein halbes JAHR. (.) und es geht ned. und ich hab**
172 **halt wirklich die angst, dass er nicht mehr so wird wie er**
173 **mal war=dass er (-) GAR nicht mehr von diesen ängsten**
174 **runterkommt. und .hh und ich versteh nicht warum (.) warum**
175 **er sich da so reinsteigert.>**
- 176 **Arzt D: (3.0) also wir hatten ja: (.) ganz am anfang mal drüber**
177 **gesprochen dass es=sozusagen ne erKRANKung is und äh dass**
178 **(.) das auch (nur) WAHN ist. und dass man den WAHN ja äh**
179 **(.) nicht beein=flussen kann; (.) durch rationale**
180 **überlegungen. und dass wi:r (.) ihm ja auch entsprechende**
181 **medikamente gegeben haben. und äh:m (.) durch das glianimon**
182 **natürlich das auch zurückgedrängt wurde und jetzt (.) durch**

183 die umstellung äh (-) ((Reißverschlussgeräusch)) der wahn
184 wieder in den vordergrund (.) getreten ist. ((erneut
185 Reißverschlussgeräusch)) und die schwierigkeit, das ist
186 eben (-) auf der anderen seite ist er zu anderen freundlich
187 und hat so ne gewisse fassade sodass man denkt, das ist
188 (3.2) n netter [mensch]
189 Frau P.: [ja.]
190 Arzt D: und äh dass er=wenn er=wenn man
191 dann NÄher mit sich mit ihm be=beschäftigt, (-)
192 Frau P.: [mein mann ist ein-]
193 Arzt D: [ist er immer noch ein] netter mensch, aber man kommt
194 sozusagen äh (.) an den wahn da dran, ja.=
195 Frau P.: =mein mann, der is=is n herzensguter mensch. er ist toTAL
196 LIEB zu=egal, er geht auf menschen ZU. er umarmt auch
197 männer die er=äh kennt und=und ist (.) n HERzensguter
198 mensch. und, dass er sich da- .h (-) ich=ich verstehs
199 einfach ned; ich kanns=ich kanns halt nicht NACHvollziehen
200 dass er DA nicht mehr rauskommt.=
201 Arzt D: =hm=hm;
202 Frau P.: das=äh (-) und ich merk halt auch; durch=durch zureden- es
203 BRINGT nichts.=
204 Arzt D: =hm=hm=
205 Frau P.: =ich kann mir den mund fusselig reden=ich krieg schon
206 kopfschmerzen vor lauter reden. und ich merk es bringt
207 nichts.
208 Arzt D: also, das problem jetzt das sie haben ist, wie sie mit dem
209 wahn UMGEHEN.
210 Frau P.: ja. wie ich mit ihm allgemein umgehe wenn er (.) immer mit
211 der=diese befürchtungen; wenn die=wenn die rauskommen
212 und=und äh=.hh
213 Arzt D: (--) und zwar so dann dass sie auch effektiv mit IHrem
214 LEBen; dass sie ihr leben möglichst wenig da beeinträchtigt
215 ist. (--) und GLAUBen sie denn, dass sie DEN patienten zu
216 UNS bringen könnten beziehungsweise bewegen können zu uns
217 zu kommen (--) wenns ihm erneut (-) noch v=viel schlechter
218 geht, als zurzeit?
219 Frau P.: er hat gestern (-) zu mir gesagt er (.) er geht wieder in
220 die geschlossene. (-) da ist er sicher. und dann hat er mir
221 gestern gesagt, als ich gesagt hab, rüdiger ich weiß nicht,
222 ob=ob der doktor vielleicht sagt, hier (.) du musst gleich
223 noch mal hier bleiben. sagt er bitte=bitte äh lass mich da

224 ned=äh BLEIben. (.) also er will NICHT, (.) er will auf
225 keinen fall äh in die klinik.

226 Arzt D: also, das wäre dann schwierig;

227 Frau P.: ich mein, er würds mit sicherheit mir zuliebe mit
228 sicherheit TUN, ja; das ist keine FRAGE. und ich denk mir
229 auch, dass er, (.) wenn man äh (.) mit ihm darüber spricht
230 dass er dann vielleicht selber sagt, okay:, ja; ich
231 versuchs noch mal oder so.

232 Arzt D: (4.2) also, das ist sozusagen (.) unsicher;

233 Frau P.: ja:; (-) ich mein, er würds, er würds mit sicherheit wird
234 er es schon machen, ja. wenn man sagen würde, hier, es ist
235 vielleicht besser für dich und wir versuchens noch mal ein
236 paar wochen [oder so.]

237 Arzt D: [hm=hm;] also, die krankheitseinsicht, dass
238 es sich da um=(sozusagen) um so nen WAHN handelt, das ist
239 ja: (2.0) <<Klickgeräusche eines Kugelschreibers sind zu
240 hören> war ja immer ganz unterschiedlich äh=äh das war- so
241 ganz SICHER dass er f=falsch liegt war er ja NIE; ja,> (.)
242 und jetzt ist sozusagen dass e=sie haben ja gesagt dass er
243 (.) da wieder (.) agiert hat und äh (.) das drohende unheil
244 versucht hat abzuwenden. (-) wie kommen sie denn selbst
245 KLAR?

246 Frau P.: ich bin froh, dass ich meine arbeit hab. dass ich abLENKung
247 hab- (.) und hab halt=bin halt im moment <<lächelnd> auch
248 froh, dass ich ned so früh nach hause komm.> (.) weil ich
249 halt wirklich äh (.) ich bin gENERVT, einfach nur genervt.

250 Arzt D: sie sind sozusagen=-

251 Frau P.: =von den gesprächen, von=weil NUR noch (.) es=es unser
252 leben dreht sich nur noch um DAS, um nichts anderes mehr.

253 Arzt D: also, sie sind froh, wenn sie damit nicht konfrontiert
254 sind; [dass sie sozusagen tagsüber woanders-]

255 Frau P.: [weil=weil wie gesagt weil ich nicht weiß] wie ich
256 mit ihm UMgehen soll, was ich ihm noch sagen soll. weil ich
257 halt auch weiß, ich kann ihm=ich kann IHM da nicht helfen.
258 ich (.) ich kann (ihm) in den arsch treten und kann SAgen,
259 hier, ich geh jetzt mir dir in den keller und wir räumen
260 auf (.) das=das bringt nichts.

261 Arzt D: hm=hm; was macht er denn da?

262 Frau P.: im keller?

263 Arzt D: nee. was=-

264 Frau P.: =allgemein zuhause? gar nichts.

265 Arzt D: na wenn sie sagen so=jetzt (.) komm wir gehen mal in den
266 [keller aufräumen]
267 Frau P.: [ei=ja; ja=ja=ja.]
268 Arzt D: ja=ja=ja- und [weiter?]
269 Frau P.: [ja=ja] und kommt nichts. ich hab gesagt äh
270 (.) ja er hat am anfang der woche hat er gesagt äh ich muss
271 bügeln; hat er zu jedem erzählt, ich muss jetzt bügeln; und
272 er hat bis heut noch ned gebügelt.
273 Arzt D: hm=hm=
274 Frau P.: =ich hab gesagt, koch uns doch mal was. (--) das einzige
275 ist, was er gemacht hat, ist mal irgendwas aufgewÄRMT,=
276 Arzt D: =hm=hm=
277 Frau P.: =was wir von den eltern, was DIE vorbeigebracht haben
278 (nachher);=
279 Arzt D: =hm=hm;
280 Frau P.: und wie gesagt, gestern war ein tag, der war
281 unmöglich;=er=äh ist morgens aufgestanden- wir haben
282 zusammen kaffee getrunken, und dann hat er gesagt biste mir
283 böS wenn ich mich wieder hinleg? sag=ich rüdiger (.) pff,
284 das musst DU wissen WIE es dir am besten geht; und dann hat
285 er sich hingelegt und dann war es mittlerweile <<lächelnd>
286 drei uh:r.> dann hab ich was gekocht und dann kam er
287 runter, hat was=bisschen was gegessen, was auch immer
288 WEniger wird. und dann ist er danach gleich wieder ins
289 BETT.
290 Arzt D: hm=hm=
291 Frau P.: =und dann ist er aufgestanden und um acht uhr hat er
292 gesagt, ich nehm jetzt meine (seroquel), da kann ich
293 wenigstens schlafen.
294 Arzt D: hm=hm
295 Frau P.: und konnt aber ned schlafen. ich bin dann um elf ins bett
296 gekommen, da WAR er noch wach.
297 Arzt D: hm=hm
298 Frau P.: (2.9) also er WEISS nicht was=was er TUN soll und geht dann
299 ins bett. (.) obwohl ich ihm immer sag, das ist genau äh
300 das gegenteil weil im bett machst du dir nur noch mehr
301 gedanken.
302 Arzt D: hm=hm
303 Frau P.: lenk dich ab; aber (.) er lenkt sich nicht ab.
304 Arzt D: (2.5) gut, also- (-) wir haben ja schon besprochen dass die
305 behandlung ja auch weiter gehen wird. wir müssen ihn
306 weite:r- das ist (.) ne LÄNGerwierige geschichte und lässt

307 sich sozusagen so LEICHT jetzt abstellen und nich
308 beeinflussen, das=das merken sie ja; und ähm da muss man
309 halt mal sehen;=deswegen hatt ich ja gesagt, ich denk, dass
310 wir dann ende nächster woche, dass er=dass er noch mal
311 hierher kommt. wir wü=würden auch, denk ich, noch mal
312 überlegen, ob wir ihn (nicht)=ob wir ihn noch mal stationär
313 aufnehmen und dass (--) und dass man ihn (-) praktisch auch
314 mit der medikam- (-) mit der medikation die er dann zuhause
315 kriegen soll auch hier entlässt=entlässt; ja, er war schon
316 relativ lange in der klinik (.) und hat auch selbst auf
317 entlas=entlassung gedrängt und äh insofern haben wir ihn ja
318 dann entlassen.

319 Frau P.: nur wa=was ich überhaupt nicht verstehe (.) er war ja
320 zuerst in schönbrunn, sechs wochen.=

321 Arzt D: =hm=hm=

322 Frau P.: =er kam nach hause als ganz normaler mensch wieder.=

323 Arzt D: =hm=hm=

324 Frau P.: =die gedanken waren komplett weg, die ängste waren komplett
325 weg. er hat sich in der KLInik eingeSETZT. er hat also UNS
326 eher heimgeschickt, weil er das und das vorhatte oder das
327 und das machen musste. egal obs jetzt küchendienst war oder
328 sonst irgendwas. er kam nach hause und war GANZ normal. (-)
329 und dann hat es nach zwei tagen wieder angefangen.

330 Arzt D: na=ja, wir hatten ja schon mal=-

331 Frau P.: =und HIER war=ist überhaupt keine besserung gewesen als er
332 heimgekommen ist. ich mein DA=ich hab ihn gefragt, warum
333 ist das eigentlich so gewesen; er hat gesagt er hat
334 verDRÄNGT. (.) weil er=er war eben in der klinik NUR
335 beschäftigt. ich musste ja gucken, wann ich ihn überhaupt
336 besuchen kann, weil er ja nur beschäftigt war. von morgens
337 bis abends hat er NU:R irgendwelche sachen gemacht.
338 [aber das wird wahrscheinlich-]

339 Arzt D: [hm=hm, was hat er denn gemacht?]

340 Frau P.: ei=ja; das war (.) schwimmen kegeln äh malen=

341 Arzt D: =hm=hm=

342 Frau P.: =äh musiktherapie äh küchendienst. was weiß ich. gut, er
343 (hat da) natürlich auch leute gefUNDen. gute (-) kumPELS
344 sag ich mal,=

345 Arzt D: =hm=hm=

346 Frau P.: =zu denen er jetzt auch noch konTAKT hat oder=-

347 Arzt D: =ja;=

348 Frau P.: =letztens mal einer da war, der ihn besuchen wollTE, aber
349 er war ja ned da.=

350 Arzt D: =hm=hm; ((Das Telefon klingelt. Arzt D entschuldigt sich
351 und führt ein kurzes Gespräch am Telefon. Die Unterbrechung
352 dauert ca. 30 Sekunden)) so, entschuldigung. (2.8) so, wo
353 sind wir denn stehen geblieben?

354 Frau P.: <<pp> ich weiß nicht, ich bin eben auch am überlegen.>
355 ((lacht leise))

356 Arzt D: er hatte besuch bekommen von-

357 Frau P.: ach=so, ja. es war halt () da, mit dem er sich SEHR GUT
358 verstanden hat. und äh (-) der halt auch in den knast muss,
359 wegen irgendwelchen=

360 Arzt D: =hm=hm=

361 Frau P.: =autoschiebereien und da=äh=

362 Arzt D: =ja=ja=

363 Frau P.: =hat er sich schon gefreut. na, dann hat er wenigstens
364 jemanden der in den knast mit=mitgeht und so=

365 Arzt D: =hm=hm=

366 Frau P.: =und (.) das war also (.) da wirklich ein fortschritt hab
367 ich geDACHT; (.) aber wie gesagt, nach zuhause (.) wars
368 halt wieder vorbei. [und das is-]

369 Arzt D: [hm=hm]

370 Frau P.: <<f> ich weiß nicht> ob es auch am haus liegt oder=oder an
371 MIR oder- keine ahnung; warum das dann wieder so rückwärts
372 geht.

373 Arzt D: hm=hm; (-) [gut, man]

374 Frau P.: [was=was] IST es denn? ist es jetzt ne=ne
375 dePRESSION? oder=oder was=was ist [(mit ihm)?]

376 Arzt D: [nee, wir=wir] sind schon
377 der meinung dass es ne schizo-affektive psychose ist, gell?
378 das kann er=das GEHT auf jeden fall über ne depression (.)
379 hiNAUS. das ist also [(auch das wahnhaft-)]

380 Frau P.: [das heißt aber auch,] dass die ängste
381 durch diese depression kommen oder?

382 Arzt D: na=ja (sagen wir mal) dass diese depression und (jetzt mal)
383 diese erkrankung (--), dass die ängste ein=einer der
384 ausdrucksformen in dieser erkrankung (sind). und eben auch
385 diese=diese=dieser WAHN, (.) diese vorstellung, dass man
386 ihn abhört und so weiter, dass=das sozusagen (.) das gehört
387 alles dazu, gell? (-) **so, gibts denn noch FRAGEN oder (.)**

388 sachen, die sie mit mir besprechen möchten? was wir
389 vielleicht bis jetzt NICHT besprochen haben?

390 Frau P.: (-) ja, sie können mir auch ned sagen wie ich mit ihm
391 umgehen soll,

392 Arzt D: (-) ja, sie gehen am (-) sie können versuchen mit ihm
393 umzugehen indem sie eben auf die sachen nicht EINgehen;
394 dass sie sozusagen=-

395 Frau P.: =ich mein ich hab halt schon ALLES versucht.=

396 Arzt D: =hm=hm=

397 Frau P.: =wenn ich auf ihn eingehe, dann dauert das stunden bis wir
398 ferTIG sind.=

399 Arzt D: =hm=hm=

400 Frau P.: =wenn ich aber äh sage äh ich will (da=mir) darüber reden
401 wir jetzt ned mehr, das thema ist erLEdigt, dann (-) ist so
402 oder so. [hilft mir und ihm das nicht-]

403 Arzt D: [das ist halt=das ist halt] sehr schwierig ähm
404 (--) praktisch für JE:den (-) so ne vorwurfshalle=volle
405 haltung zu vermeiden. dass man sagt, (-) im grund genommen
406 sagt, mensch, der, stell dich [doch nicht so an-]

407 Frau P.: [<<lächelnd> ja.>]

408 Arzt D: in wahrheit äh=äh (.) kannst doch noch DENken und=und du
409 kannst doch jetzt noch mal irgendwie bügeln können und
410 so=und so weiter.=und das, ich denk das ist sehr schwierig
411 auch für diese patienten, die DAS (-) die nennen das=äh die
412 SPÜren schon natürlich den vorwurf, aber sie könnens
413 trotzdem äh=äh [nicht verhindern.]

414 Frau P.: [ich wills ja auch] ned schlimmer machen.
415 ich wills ja auch ned schlimmer machen als es=als es
416 vielleicht schon ist, ja? dass ich ihn da (vielleicht) noch
417 MEHR reinsteigere oder keine AHnung (.) ich-

418 Arzt D: aber ich denke, es ist=es ist einfach wichtig äh, dass=dass
419 sie ihre eigenen grenzen da sehen. dass sie sagen sie
420 können einfach nicht weiter, dass sie äh sich HILFE holen
421 so weit es irgendwie geht und sie sind jetzt=haben ja ihre
422 arbeit und sind irgendwie ähm (.) dadurch natürlich auch
423 (.) stundenweise zumindestens damit nicht konfrontiert und
424 äh (.) das ist schon mal (.) viel WE:RT. und dass man
425 sozusagen dieses=dieses thema einfach MEIdet; ja,=

426 Frau P.: =hm=hm=

427 Arzt D: =dass man nicht drauf irgendwie eingeht. und dass (man)
428 irgendwas anderes (.) als thema irgendwie vorschlägt und

429 eben vor allen dingen, denk ich, isses sehr wichtig, dass
430 man versucht eben diese vorwurfsvolle haltung, die man fast
431 ZWANGSläufig einnimmt, [die kann man=kann sich gar nicht
432 gegen WEHREN, gell?]

433 Frau P.: [JA, ich kanns gar nicht abwenden.]
434 ich werd dann immer LAUter und erschrick dann [selber vor
435 mir.]

436 **Arzt D:** [hm=hm;
437 ja=ja.] gut, aber ich denk, das kann man dann auch noch mal
438 besprechen, wie es in den nächsten zeit,=vielleicht wär das
439 auch ne überlegung, wenn sie mal mit ihrer schwester ne
440 Woche WEGfahren=oder wissen se dass sie sich so selbst=dass
441 wir ihn dann vielleicht noch mal AUFnehmen in der zeit;
442 oder äh in der tagesklinik. und dass wir einfach äh noch
443 mal versuchen ihn effizienter medikamentös einzustellen.

444 Frau P.: also, jetzt kommt er erstmal wieder mit heim bis nächste
445 woche kommt er dann wieder?

446 Arzt D: würd ich vorschlagen=wir gucken mal=wir erhöhen jetzt die
447 medikamente;=wir gucken mal wies=wies letzten=wie es
448 nächste woche läuft und wenn das nicht besser wird dann
449 denk ich, muss man=

450 Frau P.: =also nächste woche freitag kommen wir dann?=
451 Arzt D: =würd ich vorschlagen.=

452 Frau P.: =achtzehn uhr oder;=

453 Arzt D: =ja, da kann man mal sehen. da bin ich DA und dann können
454 wir das noch mal besprechen. <<f> OKAY?>

455 Frau P.: okay.

456 Arzt D: GUT, dann beDANK ich mich sehr, ja?

457 Frau P.: ja, ich danke auch. ((lacht leise))

A2.9 Transkript G9: Angehöriger Herr U.

Aufnahme Nr. 9 vom 11.09.2006, Beginn: 11.30 Uhr, Dauer: 8 Min. 47 Sek.

Gesprächsteilnehmer:

- Arzt C (Psychiater)
- Herr U. (66 Jahre, Elektrotechniker, zzt. Rentner), Ehemann von Schizophreniepatientin Natalja U. (40 Jahre, Hausfrau und Arbeit als Reinigungskraft in Teilzeit)

Ort: Arztzimmer, Institutsambulanz des St. Valentinushauses, Bad Soden

Aufnehmender: Arzt C, **Transkribentin:** Ruth Müller

Situation: katamnestisches Arzt-Angehörigen-Gespräch, ca. 10 Tage nach der letzten Entlassung der Patientin aus der Klinik (Juli–August 2006)

Sitzposition der Gesprächsteilnehmer: gegenüber an einem Schreibtisch

Allgemeines zu den Katamnesegesprächen: Rhythmus der Gespräche: alle vier Wochen, übliche Konstellation: Arzt – Patientin

Sonstige Bemerkungen: Kürzestes Gespräch des Korpus. Im Hintergrund sind während des Gesprächs immer wieder Geräusche der Bauarbeiten vom benachbarten Gebäudeflügel zu hören. Auch klingelt das Telefon an mehreren Stellen, aber der Arzt ignoriert dies. Diese Geräusche wurden zugunsten der besseren Lesbarkeit des Transkripts nicht transkribiert.

- 1 Arzt C: so: (--) tag: (-) herr u.;
- 2 Herr U.: guten tag doktor c.
- 3 Arzt C: na:, (-) ja ich wollt mich einfach erkundigen so (-) der
- 4 verlauf bei ihrer frau war ja so (.) recht WEchselhaft
- 5 [glaub ich über dieses jahr;]
- 6 Herr U.: [ja- ja- es gibt halt immer] wieder (.) ja hh s=ja sie war
- 7 ja erst hier ne? (.) vor kurzem;
- 8 Arzt C: ja; (.) und=und (-) m=mein interesse wäre es (.)auch mal von
- 9 IHRer seite zu hören wie sie damit zurechtkommen zuhause
- 10 .hhh wie so der stand der dinge ist;
- 11 Herr U.: ja gut also äh zwischen diesen (-) äh krankheite äh komm
- 12 ich also ganz gu:t mit ihr zurecht; ne?=
13 Arzt C: =hm=hm;=
14 Herr U.: =und ich merk natürlich dann wenn sie äh etwas äh dann von
15 der stimme etwas lauter wird da merkt man schon dass sie
16 also irgendwie son bisschen äh-
17 Arzt C: hm=hm,
18 Arzt C: dass was kommt, ne;=

19 Arzt C: =hm.=

20 Herr U.: =aber da dazwischen; da gibts an und für sich keine
21 probleme; ne; und auch jetzt wieder=sie ist also jetz
22 intensiv dabei und sucht sich äh (.) bissle arbeit=so ne
23 halbtagsbeschäftigung wenns geht=

24 Arzt C: =ja;=

25 Herr U.: =oder so teilzeit sagen wir mal (--) u:nd äh: also da (.)
26 gibts an und für sich keine probleme=und das gute ist wenn
27 s=wenn sie also dann äh: (.) ähm=also wenn die krankheit
28 hervortritt;=sie MERkt das also in der zwischenzeit
29 SELbst;=sie weiß also dass sie KRANK ist=

30 Arzt C: =hm=hm=

31 Herr U.: und geht also: öh von sich aus sagt sie schon sie müsse
32 also (.) zu ihne gehe und da mit ihne rede; (.)

33 Arzt C: das war vorher NIE so. [((lächelt))]

34 Herr U.: [das war vorher NIE so. ja;] da hat
35 se des=hat se immer gedacht die andren sind krank; ne; und
36 SIE ist gesund. (-) und das hat sich geändert=

37 Arzt C: =.hhh=

38 Herr U.: =und insofern (-) kommt man also ganz gut da:mit zu[recht
39 ne,]

40 Arzt C: [hm=hm;]

41 ham sie irgendwie gemerkt wie: (.) manchmal die bedingungen
42 sind dass es=s zu so nem ausbruch=oder zum: also sag ich
43 mal zu einem=

44 Herr U.: =j=

45 Arzt C: =vermehrten auftreten dann is von so: [(-) dinge;]

46 Herr U.: [ja: sie macht] sich
47 also: (-) sie sitzt dann da und redet also n bissl weniger
48 u:nd macht sich also (.) äh: macht sich irgendwie geDANKen=

49 Arzt C: =hm=hm=

50 Herr U.: =also ich hab ge=geglaubt äh: dieses mal=bei diesem
51 ausbruch war ja gePLANT und sie war ja auch (in schönbrunn)
52 weg (-) mit dem äh: (-) mit dem äh=Urlaub also mit dem=mit
53 dem nachhausefahrt; und da hab ich=hab ich geglaubt dass es
54 vielleicht damit=weil da macht sie sich gedanken was kann
55 sie noch (-) kaufen.=da wird noch=noch mal telefoNIERT mit
56 der mutter oder=

57 Arzt C: =hm=hm=

58 Herr U.: =mitm BRU:der (---) ich weiß es net; also ich hab s gefühl
59 gehabt das es vielleicht DAMit zusammenhängt irgendwie;

60 ne,=und es ist ja auch=das vorherige mal wars ja auch- (.)
61 da war die MÜtter da; [also- vor nem jahr oder so
62 ungefähr.]
63 Arzt C: [genau; (--) genau.]
64 Herr U.: da war die mutter da; und da hat se wahrscheinlich auch
65 vorher dann telefoNIERT und=und dann KAM die mutter und
66 (--) so=irgendwie wenn=wenn irgendwas außergewöhnliches is;
67 glaub ich (.) dann kommt diese krankheit da;(.)
68 Arzt C: hm=hm=
69 Herr U.: =zum ausbruch; (-) un=und jetzt kam ja noch dazu sie hat
70 die tablette äh=die tablette; die spritze wurde ja
71 reduzie:rt; (-) vielleicht war das noch mit a bissle ein
72 grund=ich weiß net von ZWEIundfünfzig glaub ich auf (.)
73 siebenunddreißig oder,
74 Arzt C: ja:-
75 Herr U.: weiß net ob das so viel ausmacht;
76 Arzt C: eigentlich nicht;
77 Herr U.: ja (.) <<cresc> also ich nehme an dass es das wa:r.>
78 dass=äh=
79 Arzt C: =das (.) ist möglich; ja; aber das alleine wars
80 wahrscheinlich nich.=aber es sch:eint schon so zu sein dass
81 wenn=wenn so (-) anforderungen die nich alltäglich sind;
82 ne?
83 Herr U.: ja; die nicht alltäglich sind. **vielleicht noch nicht mal**
84 **anforderungen aber s=sie beschäftigt sich zu sehr damit** und
85 (.) was halt auch furchtbar ist sie=sie TRÄUmT unheimlich
86 viel (die worte von dem ganze=sie träumt die)=jeden morge
87 erzählt sie was sie da geträumt hat-
88 Arzt C: hm=hm;=
89 Herr U.: =und manchmal schlimme sachen=-
90 Arzt C: =hm=hm;=
91 Herr U.: =(s)o irgendwie verrückte sachen und wo auch dann n bissl
92 (-) wo man sich dann mit beschäftigt noch nachm=nachm nach
93 dem schlaf; ne,
94 Arzt C: hm=hm. wie=wie gehen sie so damit um wenn=wenn s=sie
95 merken=na ja gut JETZ ist die situation [ja dass sie sagen
96 dass]
97 Herr U.: [is dass sie relativ
98 schnell äh]=
99 Arzt C: =sie kommt und hilfe sucht; ja;=

100 Herr U.: =ja das ist ja gut; dann fahrn wir rüber u=un:d dass sie
101 das also selbst merkt; (.) dass also was nicht stimmt; ne?
102 Arzt C: gut. (--) ist das so?=sie erzählt mir dann immer sie=sie
103 zieht sich oft in den KELLer zurück au:ch, stimmt das?
104 Herr U.: **ja gut äh=äh; (.) es ist=was sie halt ma öft=was sie im**
105 **moment sehr viel macht ist RAUche;=**
106 Arzt C: =ja;
107 Herr U.: (.) also rauchen tut sie sehr viel; ne;=
108 Arzt C: =hm=hm;=
109 Herr U.: =also ich weiß nicht was=ich glaub SIEbenvierzig zigarette
110 oder was;=
111 Arzt C: =hm=hm;=
112 Herr U.: =am tag raucht=und das ist sehr VIEL das ist ja auch son
113 bissele (---) aber auch jetzt auch NACHher; net=net
114 unbedingt nur vorher sondern auch nachher; ne;=
115 Arzt C: =mh=hm=
116 Herr U.: =dass sie so viel raucht.=
117 Arzt C: =sagt sie ihnen dann auch was über ihre ideen?
118 Herr U.: das sagt sie ja=ja.
119 Arzt C: [das sagt sie ganz offen;]
120 Herr U.: [das erzählt sie ja=ja.] sie erzählt alles. (.)
121 Arzt C: okay.=
122 Herr U.: =da behält sie nichts für sich;
123 Arzt C: hm=hm; auch die dinge die sie dann äh: immer so zu sehen=
124 Herr U.: ja: wrenns dann=
125 Arzt C: =ja,=
126 Herr U.: =los geht; dass se da irgendwas sieht; ne; dass sie dann in
127 den fliesen wo sich vielleicht n bisschen was bewegt oder so
128 ne;
129 Arzt C: genau;=
130 Herr U.: =sie hat ja HIER im krankenhaus hat sie ihre BRILLE
131 weggeworfen. (-) hat sie ihnen das gesagt?
132 Arzt C: nee [<<lachend>> hat sie nicht.>]
133 Herr U.: [sie hat ja angst gehabt vor] der brille und wirft die
134 brille weg und da sag ich warum gibst du sie MIR nicht;=die
135 brille;=
136 Arzt C: okay,=
137 Herr U.: =oder gibst sie n=d=n (.) der schwESTer;
138 Arzt C: ja; wie gehts ihr denn jetzt? seitdem sie aus der klinik
139 (.) zuhause ist; [das äh-]

140 Herr U.: [es geht] ihr jetzt wieder gut, also sie
141 war weg dann ne; sie ist ja fünf tage später
142 weggefahre=dort obe hat auch alles geklappt; (-) und jetzt
143 gehts ihr auch=also jetzt gehts ihr gu:t.
144 Arzt C: hm=hm; na=gut sie kommt ja jetzt weiterhin alle vierzehn
145 [tage]
146 Herr U.: [richtig.] nächste woche wieder; ja.
147 Arzt C: zu den injektionen=-
148 Herr U.: =ja.
149 Arzt C: mir hat sie auch gesagt sie wollte jetzt irgendwie so auf
150 fünf=vierhundert euro basis irgendwie was vielleicht mal
151 arbeiten=
152 Herr U.: =JA da will sie suchen; das ist auch gut so sie tut sich
153 einfach (-) äh: zu sehr n bisschen- beschäftigt sich zu
154 sehr=ne, sitzt dann da un=un=un=und guckt so n
155 bisschen=beschäftigt sich irgendwie so (.) also mit geDAnke
156 irgendwie sie hat KEIne ablenkung dann;
157 Arzt C: ja; sie war ja aber wahrSCHEINlich schon in ihrer heimat;
158 ne? krank- oder auch schon behandelt worden sagte sie mir;=
159 Herr U.: =nee.
160 Arzt C: (.) nee?
161 Herr U.: nee nee. 'hm'hm.
162 Arzt C: da wussten sie nichts drüber?
163 Herr U.: <<p> da wüsst ich=nee=nee> das war auch=glaub ich nicht
164 so=weil die mutter auch gesagt hat dass sie=
165 Arzt C: =erst seitdem sie dann hier war,=
166 Herr U.: =ja; vielleicht hat SIE geglaubt sie hat schon was von
167 drübe irgendwas vielleicht das ma=aber erst HIER und wann
168 fing denn das an;=ich weiß gar nicht=im oktober kam sie
169 einundneunzig=neunzig=
170 Arzt C: ja,=
171 Herr U.: =ich glaub der erste=das erste geschichte war glaub ich=
172 Arzt C: =sie spricht v=von vierundneunzig.
173 Herr U.: VIERundneunzig oder so irgendwas; also DREI jahre später.=
174 Arzt C: =na=gut; kann sein. ne; vielleicht is=s die erinnerung auch
175 n bisschen anders jetzt so (-) okay (.) das hat sich schon
176 so=ist es immer GLEI:ch? (.) wenn=wenn sie merken äh: da
177 verändert sich was an ih:r; oder ist es auch mal anders;
178 Herr U.: (2.1) <<zögernd> nee, an und für sich nicht;> sie wird halt
179 n bisschen= die stimme wird LAU:ter=-
180 Arzt C: =ja,=

181 Herr U.: =und sie wird n bissl UNruhiger;
182 Arzt C: okay;= [((Schubladengeräusch ist zu hören))]
183 Herr U.: [=so unruhig und die stimme wird lauter (4.8)] das
184 ist also dieses äh anzeichen=
185 Arzt C: =hm=hm,=
186 Herr U.: =was da kommt.=
187 Arzt C: =ja; haben sie fragen zu dem krankheitsbi:ld oder=oder?
188 Herr U.: <<f> ja gut ich hätt> direkt schon halt äh ich hab halt
189 hoffnung dass es mal irgendwas gibt wo man des vielleicht
190 äh wo man die ursache=an die ursache kommt irgendwie; (-)
191 ich hab schon öfters sendungen gesehen-
192 Arzt C: ja,=
193 Herr U.: =und da hat man halt hoffnungen dass (.) man arbeitet dran
194 dass (.) das man irgendwie also net nur die symptome
195 sondern dass man die ursache bekämpfe kann irgendwie also
196 mal irgendwann aber=aber OB das jemals kommt oder (.) das
197 man da vielleicht mal n fortschritt hat;
198 Arzt C: hm=hm;=
199 Herr U.: =ich mach mir nur gedanke;=die=die taBLEtten sind ja
200 furchtbar teuer; ne; also die=äh: diese spritzen.
201 [ob da die krankenkasse irgendwann mal-]
202 Arzt C: [diese=diese neuen medikamente sind h allgemein sehr=recht
203 teuer aber na=gut; (-) wenn [se helfen.]
204 Herr U.: [hm=hm;hm=hm] ja=ja ja=ja; so:
205 hel=ja=ja ja=ja=
206 Arzt C: =und dann (.) scheuen wir auch nicht sage ich ma
207 <<lächelnd> davor zurück was teureres> zu verschreiben.=
208 Herr U.: =ja=ja ja=ja; und die krankenkasse wird=wirds auch bezahlen
209 wahrscheinlich hoffentlich; ((lacht kurz)) über n längeren
210 zeitraum.=
211 Arzt C: =.hh davon gehe ich aus; (-) okay; (2.0) gu:t; (--) ham se=
212 haben sie (noch ne) FRAGE?
213 Herr U.: ja:- an und für sich hab ich dann (2.3) nichts mehr=ich
214 mein sie muss halt des (-) des nehme=aber ich=ich wie
215 gesagt ich hab halt hoffnungen äh (-) dass sie ähm (-) dass
216 sie arbeit findet dass sie n bisschen=aber sie=sie tu=tut
217 sich ja auch immer auch wenn sie=wo sie SCHUle gemacht hat;
218 jetzt hat sie ja englisch gemacht; .hh (-) äh sie tut sich
219 immer=sie findet einfach net das gespräch mit andere leuten
220 irgendwie; ne; es ist alles auf MICH fixIERT (-) und äh
221 auch wenn sie jetzt wieder arbeitet=dann sie tut alles son

222 bissel kritisch dann n bissel (.) beobachten und (.) oder
223 wenn die dann irgendwie mal ne feier haben dann sagt sie
224 jetzt muss ich daHIN und- (.) sie findet also ganz schlecht
225 kontakt;=
226 **Arzt C:** =hm=
227 **Herr U.:** =ne; so=so mit zu=zu anderen. (.) ne;
228 **Arzt C:** =hm=hm;
229 **Herr U.:** (1.8) das ist also n bissel nachteil von ihr dass sie da
230 (--) schlecht kontakt findet; (-) dass sie ablenkungen hat
231 ne; oder vielleicht mal auch andere freunde oder so=sie hat
232 (.) also praktisch=ja gut sie hat mal ne bekannte oder so
233 aber (.) we:nig so dass sie aber (.) wo sie (irgendwoHIN)
234 kann oder=oder=-
235 **Arzt C:** =also sie haben keinen (.) freundeskreis=-
236 **Herr U.:** =WENig=wenig also äh wenig freundeskreis; also ich hab den
237 auch verloren weil ich lang da drüben war in russland;
238 **Arzt C:** hm=hm,=
239 **Herr U.:** =und wenn die das dann natürlich () na=ja einmal war da
240 mal jemand; da wa:r=hat se noch ganz (.) optimistisch die
241 leute eingeladen;=s is schon VIER jahre her oder drei=-
242 **Arzt C:** =hm=
243 **Herr U.:** =ja und dann kamen die- plötzlich sagt sie zu derer frau
244 (-) fängt sie an und sagt was=was willst du hier oder so
245 irgendwie ne;=
246 **Arzt C:** =okay .h=
247 **Herr U.:** =und das ist dann natürlich klar; ne; ((lacht kurz))
248 **Arzt C:** okay; <<f> wie kommen sie damit kla:r?> dass sie ne frau
249 haben auf die sie da doch [in DER hinsicht-]
250 **Herr U.:** [ja gu:t; ich komm] an und für
251 sich klar; weil se so in der art her ist se nett und
252 ZUverlässig und alles- da=da gibts nix ne; s=sie hat äh (.)
253 ich glaub eher dass es vielleicht KOMMT so n bissl von der
254 naiven art=sie hat ne sehr naive art und=-
255 **Arzt C:** =hm=
256 **Herr U.:** =frägt auch alles was äh=bespricht alles und so; ne; also
257 (.) da (.) da gibts an und für sich nix zu sagen=ich hab da
258 keine probleme.
259 **Arzt C:** <<pp> okay.> (--) gu:t, (-) ja dann dank ich ihnen dass sie=
260 **Herr U.:** =ja: ()=

261 **Arzt C:** =heut hergekommen sind .hh und (.) ihre frau sehe ich ja
262 dann vermutlich (.) <<acc> ich glaub letzte woche war sie>
263 da- dann nächste woche;=
264 Herr U.: =ja; mittwoch oder diensttag irgendwie;=
265 Arzt C: =alles klar;=
266 Herr U.: =gut.=
267 Arzt C: =danke ihnen.=
268 Herr U.: =bitte=bitte herr doktor c.

A2.10 Transkript G10: Angehörige Frau G.

Aufnahme Nr. 10 vom 21.09.2006, Beginn: 12.30 Uhr, Dauer: 18 Min. 17 Sek.

Gesprächsteilnehmer:

- Arzt C (Psychiater)
- Frau G. (62 Jahre, gelernte Näherin, lange Zeit Leiterin eines Drogeriemarktes, zzt. Rentnerin), Mutter von Schizophreniepatient Frank G. (35 Jahre, gelernter Werkzeugmechaniker, zzt. Arbeit in der „Frankfurter Werkgemeinschaft“)

Ort: Arztzimmer, Institutsambulanz des St. Valentinushauses, Bad Soden

Aufnehmender: Arzt C, **Transkribentin:** Ruth Müller

Situation: katamnestisches Arzt-Angehörigen-Gespräch, ca. vier Jahre nach der letzten Entlassung des Patienten aus der Klinik (April–August 2002)

Sitzposition der Gesprächsteilnehmer: gegenüber an einem Schreibtisch

Allgemeines zu den Katamnesegesprächen: Rhythmus der Gespräche: alle zwei Wochen, übliche Konstellation: Arzt – Patient

Sonstige Bemerkungen: Beide Gesprächspartner geben sehr sehr oft Rückmelde-signale in Form des zustimmenden „hm=hm“. Zugunsten der besseren Lesbarkeit des Transkripts wurden jedoch nicht alle dieser Signale transkribiert.

- 1 Arzt C: ja (.) guten tag frau g.,
 2 Frau G.: hallo herr doktor c.;
 3 Arzt C: lange her, dass ich sie gesehen hab; ih=ihr sohn kommt ja
 4 jetzt ab und zu doch (-) zur spritze alle zwei wochen=-
 5 Frau G.: =alle zwei wochen kommt er zur spritze (-) und=-
 6 Arzt C: =und mir gehts jetzt darum zu erfahren wie sie jetzt
 7 momentan so zurecht kommen zuhause, m=mit der situation mit
 8 dem=
 9 Frau G.: =ähm (-) ei:gentlich relativ gu:t (-) obwohl ich eben schon
 10 angesprochen hab (.) es gibt ab und zu schon e ma
 11 proble:me, wenn ich irgendwas sag und er geht net drauf
 12 au=ein; das heißt, also einmal (-) äh (-) is es n
 13 dauer=also wirklich n kettenraucher dass er also auch noch
 14 nachts ankommt und mich stört oder wenn er keine zigaretten
 15 mehr hat, dass er also WIrklich nervt und mich weckt (-)
 16 und=
 17 Arzt C: =hm=hm;=
 18 Frau G.: =das sind so situationen=da lässt er auch nicht !LO!CKER;
 19 Arzt C: hm=hm;=
 20 Frau G.: =.hh und äh=und da kriege wir uns schon ab und zu (.) in
 21 die wolle.=

22 Arzt C: =hm=hm,=
23 Frau G.: =ne; und es gibt auch so ma=also; w=wo ich dazu sage muss
24 (.) er (-) n wochenend sagen wir ma so; freitag samstag,
25 dass er zwo drei bierchen trinkt=-
26 Arzt C: =hm=hm,=
27 Frau G.: =.hh u:nd (-) als dabei raucht; (.) ja? wo ich sag,=
28 Arzt C: =war das denn früher auch schon so mit dem rauchen, oder?
29 Frau G.: NEIN.=
30 Arzt C: =nee?=
31 Frau G.: =nein. .hh ähm (-) er hat also angefangen zu rauchen:: wie
32 er das erste mal in der: ä=ähm: (-) ähm (.) in hofheim (.)
33 äh (1.5) in der klinik war. (.) das war also so
34 PSYchoma:tisch;
35 Arzt C: hm=hm,
36 Frau G.: .hh u:nd da hat der eigentlich angefangen zu rauchen, der
37 hat früher NIE geraucht, er hat es KOMmplett abgelehnt ich
38 m=mein ich muss dazu sagen ich BIN raucher; aber [halt-]
39 Arzt C: [hm:,]
40 Frau G.: kein extrEMraucher.=
41 Arzt C: =hm=hm;=
42 Frau G.: =.hh äh: und (-) DA sind halt, wie gesagt, wenn ich dann
43 sag halt stop und u=u=u=und da treten halt differENZen auf;
44 ne; .hh und was er also auch net kann (.) er kann einmal
45 nicht mit GELD umgehen: er verdient ja jetzt nicht VIEL
46 aber ich=-
47 Arzt C: =ja.=
48 Frau G.: FInanZier [ja alles andre-]
49 Arzt C: [ja klar.]
50 Frau G.: und die paar mark DIE er also hat; die werde immer aufn
51 kopp geschlag(en) -=
52 Arzt C: =hm=hm;=
53 Frau G.: =also das heißt (-) äh compUterzeitung für cDs
54 hauptsächlich und und und; .hhh gu:t okay=-
55 Arzt C: =wie isn das mit den KRANKheitssymptomen; (-) ich mein
56 manchmal rauchen die leute die: psychopharmaka nehmen- (.)
57 Frau G.: EXtrem ne?
58 Arzt C: extrem abe:r das hat den grund weil=weil wenn die stark
59 rauchen das (.) bewirkt in der leber (--) dass gewisse
60 eiweiße dann vermehrt (.) oder schneller die=das medikament
61 wieder abbauen=
62 Frau G.: =hm=hm;=

- 63 Arzt C: =und das ist der fall wenn jemand nebenwirkungen hat. (.)
64 könnte sein, hat er welche?
- 65 Frau G.: ähm: (-) was ich jetzt sagen muss was also für meine
66 begriffe verSTärkt aufgetreten ist (-) dieses ZITtern (-)
67 äh=äh also dass er also do=SO da sitzt und dieses extreme
68 zittern=das hat er glaub ich auch mal bei ihne
69 angesprochen=-
- 70 Arzt C: =hm=hm,=
- 71 Frau G.: =und=da äh=äh da sagten sie irgendwas mit noch zusätzlich
72 tabletten;=
- 73 Arzt C: =so gegenmittel (.) ja;=
- 74 Frau G.: =ja. was er ja jetzt wiederum nicht machen will aber des
75 ist wie gesagt äh=äh=äh des ist manchmal so extrem und wie
76 gesagt wenn er am:: wochenend dann was getrunken hat u:nd
77 äh und die zigaretten dazu und dann=dann geht das nur noch
78 so=-
- 79 Arzt C: =hm=hm,=
- 80 Frau G.: =u:nd (--> <<sehr akzentuiert und deutlich artikulierend>
81 was ich halt jetzt noch ansprechen will we:shalb er ja auch
82 n termin jetzt am DIENStag mit ihnen hat> dass er also
83 letztes jahr und jetzt DIEses jahr- letztes jahr wusste ich
84 noch net so genau WIE das ist und dann hat er zu mir gesagt
85 (.) .h es ist also=s hätt er also schon öfters gehabt; (-->
86 ähm dass (er) uf einma:l (.) WEGgetreten ist; dass er
87 nichts mehr mitbekommt dass er alles fallen lässt (-) .hh
88 ähm (--> also WIE ä=äh er kriegts einfach net mehr mit=er
89 verdreht die AUgen und dann hab ich an ihn gerüttelt dann
90 ist er erst so nach son paar sekunden .hhh äh also er wusst
91 GAR NICHTS mehr.=
- 92 Arzt C: =hm=hm;=
- 93 Frau G.: =und da hab ich gesagt äh=ähm (-) musste mal=n termin
94 ausmachen; er hat also auch mit s=er hausärztin gesprochen-
95 =
- 96 Arzt C: =ja,=
- 97 Frau G.: =und da hat sie halt auch gesagt dass er halt erst noch ma
98 mit ihne n termin oder ob da [n:e-]
- 99 Arzt C: [wie] häufig war das?=-
- 100 Frau G.: =BITte?=-
- 101 Arzt C: =wie häufig waren diese zustände?
- 102 Frau G.: also jetzt DIEses jahr hab ichs EINmal beObachteT (-) ähm
103 und zwar wars (-) äh=abends hat der da gesessen im garten

104 (-) und wie gesagt (-) ich kuck und denk uf einmal was is n
105 jetzt los und letztes jahr is=m passiert (.) da hat der (.)
106 alles fallen lassen und war auch weg gewesen,=
107 Arzt C: =hm.=
108 Frau G.: =ne; (-) u:nd er hat halt gesagt es is=m sch=äh=äh es
109 wär=also net das erste mal wos passiert is und ich hab halt
110 dann immer so meine bedenken wenn er dann abends noch ma
111 auch bei SICH raucht im zimmer obwohl er da ins bad
112 eigentlich geht;=
113 Arzt C: =hm=hm;=
114 Frau G.: =dass er im zimmer=da is immer so in meinem: hintergedanken
115 wenn er jetzt ja: mal im bett rauchen sollte oder so und es
116 fällt ihm halt die zigarette aus der hand oder er äh=äh=öh
117 er kuckt irgendwas un=un=und (-) die zigarette fällt ihm
118 ausm=aus der hand und es fängt alles an zu brennen; ne,
119 Arzt C: das ist natürlich ne:: gefährdung DA, ne?=
120 Frau G.: =ja=ja;=
121 Arzt C: =.hh gut äh: was das jetzt ist kann ich=kann ich jetzt so
122 (.) auf die schnelle auch nicht sagen; ne,=
123 Frau G.: =hm=hm hm=hm;=
124 Arzt C: =ob das so kleine anfälle sind obwohl das (.) <<all> passt
125 eigentlich nicht.> ihr sohn=ihr sohn nimmt ja auch so ne
126 medikation ein momentan die so ne alte medikation ist aber
127 er ist ja sehr (.) sehr SCHWER da zu beeinflussen von
128 irgendwas was er gewohnt ist (-) a=abzuweichen;=
129 Frau G.: =abzuweichen; GENAU.=
130 Arzt C: =ich hab ihm ja dieses gegenmittel gegen das zittern=-
131 Frau G.: =äh=hä,=
132 Arzt C: =NAhe gelegt und sie sagen mir er nimmts nicht;=
133 Frau G.: =<<f> nee=nee> äh=äh er hat sie gar nicht erst äh=äh=äh von
134 ihnen sich verschreiben lassen.
135 Arzt C: oder=oder so;; (-) gut aber da werd ich am diensttag mal mit
136 ihm reden ob er sich da noch mal drauf einlassen kann=-
137 Frau G.: =hm=hm. äh=äh dass sie ihn vielleicht erst e ma beobachten
138 denn ich WEI:SS (-) äh=weil ich schon öfters ma ge=gesagt
139 hab ich SPREch ma mitm doktor c.-=
140 Arzt C: =hm=hm,=
141 Frau G.: =das war ja damals schon in der klinik in kiedrich dass er
142 alles son bisschen abgelehnt hat obwohl er ZUGänglicher
143 geworden ist;=
144 Arzt C: =ja gut damals war überhaupt kein krankheitsgefühl bei ihm=

- 145 Frau G.: =ja=ja.=
- 146 Arzt C: =und das hatte er ja nicht und=und (-) inzwischen ist er ja
147 so (.) mehr als <<lachend> ZUverlässig>=-
- 148 Frau G.: =ja.=
- 149 Arzt C: =was die medikamente anbelangt.=
- 150 Frau G.: =ja, A:BER (-) ähm es ist ja auch damals gesagt WO:rde
151 äh=äh es ging ja drum dass er die medikamente nur fünf
152 jahre nehmen soll oder MU:SS (-)
- 153 Arzt C: ja;:=
- 154 Frau G.: =und da versteift er sich also AUCH n bisschen drauf.
- 155 Arzt C: ja; sind die fünf jahre bald abgelaufen; oder, [((lacht))]
- 156 Frau G.: [SO (.) so]
157 in etwa; SO sagt er dann also äh ich muss sie ja nur fünf
158 jahre ne:hmen u:nd äh=ä ja dann wird alles wieder (1.8)
159 gut.=so ungefähr. (.) wiss(e)=se e=er macht aber auch so
160 vie::le äh=äh=ähm .hh wo er sagt so euphorisch wie er äh
161 bei ihne ma war a=a=er macht ein praktikum DA:: er macht
162 DA: was er macht DA:S was und ob er wieder AUto fahren kann
163 (.) und das hät=hätte er also bei ihnen da angesprochen,
- 164 Arzt C: hm=hm, [das kann sein; ja,]
- 165 Frau G.: [das war anfang des] jahres oder [irgend]wann
- 166 Arzt C: [ja=ja,]
- 167 Frau C.: also wie er dann rauskam ha=hät=hätt er mit ihnen
168 gesprochen gehabt;=
- 169 Arzt C: =hm=hm;=
- 170 Frau G.: =WEI:SS ich jetzt net oder ob er sichs nur so
171 zusammengereimt hat (-) auf jeden fall äh (-) da ist leider
172 gar nichts draus geworden aus dene ganzen praktiken wo er
173 machen sollte oder wo die sozialarberin=äh=sozialarbeiterin
174 angesprochen hat=aus=herr g. sie machen ma wieder (.) im
175 werkzeug äh=äh=äh (-) is ja werkzeugmechaniker in diesem
176 bereich .hhh aber er ist so eingefahren auf dere schiene
177 jetzt (-) nur DA; (.) und er kann ja auch wenns ihm nicht
178 gut geht sich hinlege (.) was er bei=m praktikum ja AUCH
179 nicht so machen kann is so MEIne vorstellung halt;=
- 180 Arzt C: =hm=hm; er geht ja jetzt in diese we:rkstatt [schon ziemlich
181 lange]
- 182 Frau G.: [ja=ge- (--)]
183 seit zweitausendZWEI; also das heißt ä::hm (-) augu=nee
184 s=septe= august september [so in etwa (-)]
- 185 Arzt C: [ja:: also drei jahre;]

186 Frau G.: äh geht er ja in diese frankfurter werk=äh=äh
187 werksgemeinschaft.
188 Arzt C: hm=hm, (2.1) ja gut, das heißt nicht dass es der letzte
189 stand sein muss man kann=man kann sicher darauf aufbauend
190 (-) auch mal überlegungen anstrengen ne::; obs=obs da noch
191 weitere (.) möglichkeiten gibt; ihn da mehr zu f=fordern;=
192 Frau G.: =hm=hm;=
193 Arzt C: =ist halt die frage ob er das packt;[.hhh]
194 Frau G.: [hm=hm;] das IS es halt
195 äh ich hab jetzt eben nämlich schon angesprochen .hh äh:
196 (1.6) er ist nun mal uf der schiene und wenn er HEIMkommt
197 mittags (.) oder vielmehr ich bin ja noch so DUMM auf
198 deutsch gesagt herr doktor c. und hol ihn ja noch vom=vom:
199 äh: vom zug ab=
200 Arzt C: =hm=hm;=
201 Frau G.: =und fahr ihn hoch das stück=obwohl er (--) laufen könnte
202 eigentlich ne, er sagt aber dann immer ich bin so MÜ:D und
203 pipapo (.) und das hab ich halt eingeführt s:: (--) das ich
204 ihn noch abhol--=
205 Arzt C: =hm=hm,=
206 Frau G.: =wo ich dann wiederum gesagt (g'kriegt) du lässt dich auch
207 ganz schön ausnutzen weil ich also er macht also daheim
208 also (-) !NICHTS!=
209 Arzt C: =hm=hm;=
210 Frau G.: ne; also ich pu:tz ich wa:sch ich bü:gel des mach ich also
211 auch noch alles für ihn ne;=
212 Arzt C: =er hat auch kein:en bekanntenkreis oder? .hh oder doch,=
213 Frau G.: =.hhh äh:: (--) nee,
214 Arzt C: also (.) werkstatt und dann is er zuhaus.
215 Frau G.: genau.
216 Arzt C: und am wochennde is er zuhaus.=
217 Frau G.: =is er zuhaus und ich hab am wochenend noch meine
218 demenzkranke mutter dabei;=
219 Arzt C: =ah=ja=ja,=
220 Frau G.: =können sie sich das vorstellen [wie das]
221 Arzt C: [hm=hm;]
222 Frau G.: ist dann? .hhh (-) es: ich bin montags ich sag immer
223 montags bin ich froh wenn ER arbeite geht und wenn ich
224 montags mittags meine mutter äh=äh=äh wieder äh an mein
225 BRUder weitergebe kann; (-) da bin ich also auch so: (-) ja
226 (.) REIF was der frank also sagt du mü=müsstest auch mal

227 bei n doktor c. gehen; [(.) wisse der (.) wälzt des immer
228 so ab]

229 Arzt C: [(lächelt)) (---) ja=ja;]

230 Frau G.: also wie ges=äh=äh das kommt halt immer ab und zu schon e
231 ma noch raus dass er sagt äh: (-)

232 Arzt C: also ich würde ihn GERne <<all> aber das muss ich mit ihm
233 besprechen>=

234 Frau G.: =hm=hm;=

235 Arzt C: =auch noch mal UMstellen weil er nimmt medikamente .hh die
236 zwar WIRKsam sind aber das sind halt ALte medikamente=

237 Frau G.: =äh=hm, =

238 Arzt C: =die relativ (.) nebenwirkungs:reich sind=-

239 Frau G.: =äh=hm, =

240 Arzt C: =also das beste wäre natürlich man nimmt n medikament (.)
241 wo man GAR nicht spürt dass man was nimmt- (.)

242 Frau G.: ja:=

243 Arzt C: =und das trotzdem (.) gut anschlägt;

244 Frau G.: =hm=hm.

245 Arzt C: ob er sich drauf einlassen wird können- das: (.) bleibt
246 abzuwarten; ne,

247 Frau G.: =hm=hm.

248 Arzt C: er ist ja sehr schwer da äh zu über=ZEUugen.
249 [ne; ((lacht))]

250 Frau G.: [JA(.) JA eben] mer muss wirklich überzeugungsarbeit
251 LEIsten;=

252 Arzt C: =ja=ja. (.) aber ich=das gibt sicher m:öglichkeiten das zu
253 beeinflussen=-

254 Frau G.: =hm=hm ABER=

255 Arzt C: =hat er ihnen gegenüber noch mal erwähnt was so mit=mit ähm
256 (.) dingen .hhh ((räuspert sich)) die mit der realität
257 vielleicht dann im konflikt sind; das war (.) FRÜher sehr
258 ausgeprägt;=

259 Frau G.: das war sehr=sehr ausgeprägt also=

260 Arzt C: =mit den ganzen stimmen die ihn gewürgt haben; (-) ich kann
261 mich erinnern da erzählte er mir damals noch von seinem
262 .hhh [die sind alle in ihm drin]

263 Frau G.: [Eben (--) die sind in ihm-]

264 Arzt C: und die sprechen alle miteinander=-

265 Frau G.: =genau. nee=also da: is da is nichts mehr.=

266 Arzt C: =das ist anhaltend nicht mehr so in dem vordergrund;

267 Frau G.: da hat=also da hab ich überhaupt nichts mehr gemerkt [ähm:]

268 Arzt C: [gut.]

269 das ist auch das was er mir so gesagt hat (.) dass das

270 nicht mehr is;=

271 Frau G.: =nee nee o=oder er müsstst also gut verheimlichen aber das

272 [glaub ich also NICHT; (-) denn er ist-]

273 Arzt C: [nee=das: (.) kann er nicht. ((lacht))]

274 Frau G.: eigentlich offener geworden;=

275 Arzt C: =ja;=

276 Frau G.: =er ist also nicht mehr so verschlossen <<all> oder das er

277 alles so=>also er sagt mir VIEL oder wenn er äh::m wenn er

278 jetzt mittags heimkommt und wir trinken ne tasse kaffee (.)

279 u=und da erzählt er also auch er hat DES gemacht oder hat

280 DES gemacht .h ode:r der eine hat [ihn genervt=]

281 Arzt C: [((seufzt))]

282 Frau G.: =ich nerv ihn natürlich AUCH; (--)<<die Hände in den Schoß

283 fallen lassend> das is:: äh (.)> er MÜSSte halt schon n

284 bissi=das hab ich schon oft gesagt (.) auch so ne

285 gesprächsgruppe was ich ja jetzt (.) er ZEIGt mir ja nichts

286 (.) ich muss öfters mal hier reinkommen; (.) hab ich jetzt

287 grad jetzt gesehen=hab ich gesagt das is ja (.) also hier

288 für mich ideal dass ich wieder in so ne gruppe geh in so ne

289 gesprächsgruppe;=

290 Arzt C: =in ne angehörigengruppe;=

291 Frau G.: =in so ne angehö(.)rigengruppe;=

292 Arzt C: =okay; ja die haben wir ja hier; (.) ja;

293 Frau G.: ja. des=des WUSST ich leider AUCH nicht, [der frank der

294 geht hier REIN-]

295 Arzt C: [hhh (.) ()]

296 Frau G.: ich äh=ich warte dann meistens weil ich ihn dann von=von äh

297 (.) äh vom zug abhol und hier rüber fahr und warte auf ihn

298 und fahren dann halt wieder heim (-) obwohl ich sag du

299 könntst auch direkt hier mit dem zug hier RÜber fahren und

300 könntst wieder zurückfahren;=er hat ja seine karte ne, .hh

301 aber (.) gut okay; (2.3) <<lächelnd> isn fehler von mir;>

302 Arzt C: na gut dass dass sie da klammern weil=weil der junge krank

303 ist das=das is ja nochma ne besondere situation;=

304 Frau G.: =ja,=

305 Arzt C: =ne, ((schnieft)) also (.) das ist ja nachvollziehbar;

306 Frau G.: hm=hm.

307 Arzt C: ne? (.) gut. dann wer=werd ich am diensttag mal mit ihm

308 reden ob er sich noch ma umstellen lässt=

309 **Frau G.:** =hm=hm.
310 **Arzt C:** =und .hh diese=diese dinge mit den ab=mit diesen ZUständen
311 wo er nicht ganz bei sich ist=
312 **Frau G.:** =hm=hm?=
313 **Arzt C:** =da müssen wir sehen ob wir da so ne untersuchung machen=
314 **Frau G.:** =hm=hm;=
315 **Arzt C:** =ob das weiterführt. .hh
316 **Frau G.:** hm=hm; äh jetzt da=da dazu hab ich hier n=nämlich jetzt
317 noch ne frage ich hab mir nämlich ma das gesundheitsbuch zu
318 rate gezogen;=
319 **Arzt C:** =ja,=
320 **Frau G.:** =u:nd ähm (.) bei extreme raucher,
321 **Arzt C:** ja;=
322 **Frau G.:** =dass da also AUCH nebenwirkunge erscheine könne oder
323 vielleicht auch dass des hirn nicht mehr durchblutet wird
324 oder <lächelnd> so oder wie auch immer ich weiß es ja ni>=
325 **Arzt C:** =das gibts schon aber da=dazu ist er noch zu jung (mein ich
326 mal.)=
327 **Frau G.:** =also da glaube sie nicht;
328 **Arzt C:** nee.
329 **Frau G.:** hm=hm. also müsste da eventuell ne untersuchung? äh=äh=äh-
330 **Arzt C:** wir können so ne elektroenzephalographie machen also so n
331 eeg;=
332 **Frau G.:** =ja,=
333 **Arzt C:** =da würde man sehen obs da irgendwie so anfalls=
334 **Frau G.:** =hm=hm;
335 **Arzt C:** =potenziale gibt.=
336 **Frau G.:** =hm=hm;=
337 **Arzt C:** =(räuspert sich)) (---) sieht man nicht immer (also) sieht
338 man vielLEICHT. das könnte ein hinweis sein.
339 **Frau G.:** =hm=hm.=
340 **Arzt C:** =aber man könnte ihn auch noch mal ich weiß nicht ob er
341 jemals in so ner röhre drin war? [zum ct-]
342 **Frau G.:** [war er noch nicht.]
343 **Arzt C:** (.) könnt man (ihn) ja auch nochma reinschicken.
344 **Frau G.:** hm=hm hm=hm;=
345 **Arzt C:** =das kann man machen. (-) a:ber (-) ich denke mal wenn das
346 so: SELten ist
347 **Frau G.:** =hm=hm.=
348 **Arzt C:** wie sie sagen dass das nur einmal im jahr is=-

349 Frau G.: =hm=hm; also äh=also ich habs jetzt ZWEImal festgestellt
350 [bei ihm;]

351 Arzt C: [ja=ja klar;]

352 Frau G.: er sagte ja: er hätts schon öfters gehabt (.) u:nd äh=äh=
353 Arzt C: =gut dann=-

354 Frau G.: =im=im im=im kellerbereich hat er noch n zimmer wo er sein
355 computer und alles stehen gehabt und dann spielt er ja ab
356 und zu u:nd da äh=ich hab da also auch scho:n äh=äh (dinge)
357 gesehen und DA is halt meine gefahr wie gesagt wenn (.) so
358 was pa:ssi:ert und der lässt se falle und is da momentan
359 nich mehr bei sich was ja auch eventuell lä:nger anhalten
360 könnte;

361 Arzt C: =hm=hm. (-) ja,

362 Frau G.: (2.1) ä=äh das sind halt dann so überlegungen wo es=wo dann
363 halt äh=äh wo man sich dann halt wieder drüber geDANKen
364 macht ne, was könnte da eventuell noch sein? (.) .hhh jetzt
365 muss ich aber noch mal ganz kurz ähm drau:f zukommen und
366 zwar wenn da ne umstellung wenn er <<stotternd> des=ab was>
367 ja eventuell ne verbesserung sein KÖ:NNte, .hhh ähm (-)

368 Arzt C: hm=hm?

369 Frau G.: äh muss er da auch jetzt in ne KLInik oder geht das:: so
370 ganz autoMAtisch;

371 Arzt C: beides ist möglich; wir können ihn ja erstmal so=also das
372 eeg können wir hier machen;=

373 Frau G.: =hm=hm;=

374 Arzt C: =und auch das äh=zum ct müssen wir sowieso schicken; haben
375 wir ja nicht hier=-

376 Frau G.: =hm=hm,=

377 Arzt C: =.hhh und=äh:: (.) ja: das andere so ne umstellung sag ich
378 ma (.) der medikation könnten wir TÜRlich auch ambulant
379 machen=

380 Frau G.: =hm=hm hm=hm;=

381 Arzt C: =ne?

382 Frau G.: hm=hm; und würde er da trotzdem noch gespritzt werden? also
383 tabletten und da=-

384 Arzt C: =das wisse ma no=die spritzen das sind eigentlich nur ne
385 indikation für die leute sag ich mal die sonst nicht
386 zuverlässig äh=

387 Frau G.: =hm=hm;=

388 Arzt C: =medikamente nehmen.=

389 Frau G.: =also des (-) toi=toi=toi also da hat er sich do=was ja bei
390 dene zwei vorherige NICHT der fall war er hat ja jedes mal
391 wenn er aus der klinik kam abgesetzt. (.) und dann beim
392 dritte ma war er ja wirklich so einsichtig und nimmt die
393 tabletten. (.) es IS schon e ma vorgekomme dass er sie mal
394 NICHT nimmt und zwar wenn er was getrunke hat oder wenn er-
395 (--) ja. (3.1) da hat er se halt dann nich genomme
396 weil=we:gen den nebenwirkungen; ne,
397 **Arzt C:** <<pp> n=ja gut;> .hhh okay:, (-) dann kommen sie weiter in
398 unsere angehörigengruppe [oder=r gehen erstmals]
399 **Frau G.:** [ja das will ich jetzt-]
400 **Arzt C:** hin und äh=
401 **Frau G.:** <<lächelnd>=ich geh erstmals hin; genau.>=
402 **Arzt C:** =wissen=wissen sie den termin?
403 **Frau G.:** =ich hab mir=ich hab mir extra <<lachelnd> n zettel
404 mitgenommen->=
405 **Arzt C:** =gu::t.
406 **Frau G.:** <<lachend> wenn ich das vorher gewusst hätte hätt ich das
407 schon eher gemacht;>=
408 **Arzt C:** =und ihren sohn sehe ich dann [am diensttag-]
409 Frau G.: [am diensttag genau.]
410 **Arzt C:** und dann können wir ja weiteres besprechen; [ne, (.) da is]
411 Frau G.: [ja (.) hm=hm;]
412 **Arzt C:** sicher immer noch was zu verbessern und=
413 Frau G.: =hm=hm;
414 **Arzt C:** =und das mit den fünf ja::hren, na=ja (-) das werd ich dann
415 auch noch mal <<lächelnd> mit ihm ausdiskutieren; ne;>=
416 Frau G.: =hm=hm hm=hm; also des äh=wird für immer sein sowieso; ne,
417 dass er diese=
418 **Arzt C:** =das denk ich mal=
419 Frau G.: =dass er=
420 **Arzt C:** =ABER d=die MENGE an medikament- die ist variabel; wens
421 einem gut geht dann kann man das natürlich auf ein minimum
422 reduzieren=
423 Frau G.: =hm=hm hm=hm;=
424 **Arzt C:** =nur da sin ma dann SEHR auf die mitarbeit oder RÜCKmeldung
425 ihres sohnes angewiesen; ne? ob sich da was verändert in
426 irgendner richtung;=
427 Frau G.: =hm=hm hm=hm; denn ich weiß halt nur äh=in=äh im=inner
428 frankfurter werkgemeinschaft da sagt er da sind EINIGE die

429 nehmen garantiert keine tablette mehr oder die raste auch e
430 ma A::US:; ne;
431 Arzt C: ja: (-) gut. (-) das gibt es alles; gut für den einzelfall
432 kann man (.) SCH:WER [so ne prognose abgeben; (-) ne,]
433 Frau G.: [ja kann mans sch (-) hm=hm hm=hm;]
434 hm=hm gu:t;
435 **Arzt C:** gut dann dank ich ihnen dass sie heute [<lächelnd> diesen
436 termin gemacht haben;]
437 **Frau G.:** [ich danke AUch (.)
438 also wie gesagt] ich (.)
439 **Arzt C:** wir bleiben in kontakt.=
440 **Frau G.:** =ich würde öfters schon e mal oder mal ne gespräch wenns
441 mir danach ist aber der frank sagt halt je::des mal MUss
442 net sein MUss net sein, es reicht doch wenn ich äh=äh mit
443 dem doktor c. äh=äh n gespräch führ;=
444 **Arzt C:** =ja:::=
445 **Frau G.:** =aber da werd dann ich schon e mal dran bleiben wenn mal=
446 **Arzt C:** =na sie können auch mal zusammen kommen; ne,=
447 **Frau G.:** =ja. (.) gut.
448 **Arzt C:** alles klar;
449 **Frau G.:** <lächelnd> VIElen dank herr doktor c.,>
450 **Arzt C:** wiedersehen.
451 **Frau G.:** wiedersehen.
452 **Arzt C:** tschüss.

A3 Fragebogen zur Erhebung der persönlichen Daten

Gespräch Nr. ____ vom _____

Gesprächsführender Arzt: _____

1 Angaben zum Angehörigen / zur Angehörigen

Vorname Name: _____

Geburtsdatum: _____

Beruf / Beschäftigung¹: _____

Familienstand: _____

Verhältnis zum Patienten (Vater / Mutter / Bruder o.Ä.): _____

Das wie vielte Gespräch nach dem Klinikaufenthalt ist das? _____

Rhythmus / Intervall der katamnestischen Gespräche: _____

Wer hat bisher an den Gesprächen
teilgenommen? (mehrere Kreuze möglich)

- 1. Arzt – Patient/in – Angehörige/r
- 2. Arzt – Patient/in – Heim-Mitarbeiter
- 3. Arzt – Angehörige/r
- 4. Arzt – Patient/in – _____

Welches ist die übliche Teilnehmerkonstellation
bei den Gesprächen? _____

Ggf.: Ist dies das erste Gespräch zwischen Arzt
und Angehörigem ohne Patient?

- Ja
- Nein, es ist das _____ Gespräch.

Sonstige Anmerkungen zum Gespräch:

¹ Bei Rentnern: bitte auch früherem Beruf angeben

2 Angaben zum Patienten / zur Patientin

Vorname Name: _____

Geburtsdatum: _____

Beruf / Beschäftigung¹: _____

Familienstand: _____

Letzter Klinikaufenthalt von: _____ bis: _____

Der wie vielte Klinikaufenthalt insgesamt war das? _____

Der wie vielte Klinikaufenthalt in dieser Klinik war das? _____

Wo wohnt der Patient/die Patientin zurzeit? Bei den Eltern
 eigener Haushalt
 Betreutes Wohnen
 Sonstige: _____

Sonstige Anmerkungen zum Gespräch:

A4 Soziodemographische Angaben zu den Patienten und ihren Angehörigen

Die im Folgenden aufgeführten Tabellen geben die Angaben zu den persönlichen Daten der an der Untersuchung teilnehmenden Patienten und Angehörigen wieder, die mit dem im vorangegangenen Kapitel abgedruckten Fragebogen erfasst wurden. Sie dienen der thematisch konzentrierten Darstellung dieser Informationen.

A4.1 Verwandtschaftsverhältnis zwischen Angehörigen und Patienten

Gespräch Nr. 1:	Arzt A – Herr D.	Vater des Patienten
Gespräch Nr. 2:	Arzt B – Frau B. u. Patientin B.	Schwägerin der Patientin
Gespräch Nr. 2:	Arzt B – Patientin R. u. Herr R.	Ehemann der Patientin
Gespräch Nr. 2:	Arzt B – Frau und Herr K.	Mutter u. Vater des Patienten
Gespräch Nr. 2:	Arzt C – Frau S.	Mutter des Patienten
Gespräch Nr. 2:	Arzt C – Frau Ü.	Schwester des Patienten
Gespräch Nr. 2:	Arzt E – Herr W.	Vater des Patienten
Gespräch Nr. 2:	Arzt D – Frau P.	Ehefrau des Patienten
Gespräch Nr. 2:	Arzt C – Herr U.	Ehemann der Patientin
Gespräch Nr. 2:	Arzt C – Frau G.	Mutter des Patienten

A4.2 Alter und Beruf von Angehörigen und Patienten

Nr.	Alter Angehörige(r)	Beruf Angehörige(r)	Alter Patient(in)	Beruf Patient(in)
1	*1958 ⇨ 48 J.	Ingenieur	*1987 ⇨ 19 J.	Berufschüler
2	*1945 ⇨ 61 J.	Buchhalterin / zzt. Rentnerin	*1942 ⇨ 64 J.	Rentnerin
3	*1955 ⇨ 51 J.	Arbeiter	*1955 ⇨ 51 J.	Verkäuferin; zzt. ohne Beschäftigung (Werkstätte)
4	Vater: *1948 ⇨ 58 J. Mutter: *1949 ⇨ 57 J.	Kriminalbeamter Schneidermeisterin / zzt. Hausfrau	*1974 ⇨ 32 J.	kein Schulabschluss, kein Ausbildung; zzt. ohne Beschäftigung (Werkstätte)
5	*1955 ⇨ 51 J.	Betriebswirtin / zzt. Hausfrau	*1980 ⇨ 25 J.	Abitur / Studium (abgebrochen); zzt. ohne Beschäftigung
6	*1948 ⇨ 57 J.	Krankenschwester / zzt. Hausfrau	*1946 ⇨ 59 J.	Abitur / Studium (abgebrochen); zzt. ohne Beschäftigung
7	*1934 ⇨ 72 J.	Tischler, Verwal- tungsangestellter / zzt. Rentner	*1978 ⇨ 28 J.	Bürokaufmann; zzt. ohne Beschäftigung
8	*1967 ⇨ 39 J.	Briefträgerin	*1967 ⇨ 39 J.	Industriekaufmann; zzt. ohne Beschäftigung
9	*1940 ⇨ 66 J.	Elektrotechniker / zzt. Rentner	*1965 ⇨ 40 J.	Reinigungskraft (Teilzeit), Hausfrau
10	*1944 ⇨ 62 J.	Näherin, kaufmänn. Angestellte / zzt. Rentnerin	*1970 ⇨ 35 J.	Werkzeugmacher; zzt. ohne Beschäftigung (Werkstätte)

A4.3 Klinikaufenthalte der Patienten und Anzahl der bisherigen Katamnesegespräche

Nr.	Klinikaufenthalte insg.	letzter Klinikaufenthalt zu Ende vor ...	x. Gespräch nach letztem Klinikaufenthalt
1	2	6 Monaten	~ 6.
2	3	6 Jahren	nicht zählbar
3	~ 30 (seit 1977)	11 Monaten	~ 12.
4	~ 10	3 Jahren	3.
5	5	18 Monaten	~ 8.
6	mind. 5	12 Monaten	~ 3.
7	2	4 Wochen	3.
8	3	10 Tagen	1.*
9	4	2 Wochen	1.
10	3	4 Jahren	2.

* Zuvor gab es bereits zwei ausführliche Telefongespräche.

A4.4 Personenkonstellation bei den aufgezeichneten Katamnesegesprächen

Nr.	Konstellation beim aufgezeichneten Gespräch	1. Mal ohne Pat.	Übliche Konstellation(en)
1	Arzt – Angehöriger	nein	Arzt – Angehöriger – Patient
2	Arzt – Angehöriger – Patientin – Heimmitarbeiter	–	Arzt – Angehöriger – Patientin – Heimmitarbeiter
3	Arzt – Angehöriger – Patientin	–	Arzt – Angehöriger – Patientin
4	Arzt – Angehöriger – Angehörige	ja	Arzt – Patient – Heimmitarbeiter
5	Arzt – Angehörige	nein	Arzt – Patient – Angehörige Arzt – Patient (zu Beginn der Therapie)
6	Arzt – Angehörige	nein	Arzt – Angehörige
7	Arzt – Angehöriger	ja	Arzt – Patient
8	Arzt – Angehörige (1. Gespräch dieser Art überhaupt)	ja	Arzt – Patient – Angehörige
9	Arzt – Angehöriger	ja	Arzt – Patient Arzt – Patient – Angehörige
10	Arzt – Angehörige	ja	Arzt – Patient

A4.5 Dauer der aufgezeichneten Gespräche und Sitzposition der Teilnehmer

Nr.	Dauer des Gesprächs (Minuten'Sekunden'')	Sitzposition der Gesprächsteilnehmer
1	16'04''	an einem runden Tisch
2	21'18''	an einem runden Tisch
3	18'18''	an einem runden Tisch
4	43'37''	an einem runden Tisch
5	23'27''	gegenüber an einem Schreibtisch
6	18'51''	gegenüber an einem Schreibtisch
7	07'45''	gegenüber an einem Schreibtisch
8	21'00''	an einem runden Tisch
9	08'47''	gegenüber an einem Schreibtisch
10	18'17''	gegenüber an einem Schreibtisch

A5 Medikamente zur Schizophreniebehandlung

Die folgende Liste von Psychopharmaka umfasst die in den der Untersuchung zugrunde liegenden Gesprächen erwähnten Medikamente bzw. Wirkstoffe. Damit gibt die Liste nicht das vollständige Inventar der derzeit bekannten bzw. verfügbaren Arzneistoffe wieder, sondern stellt eine Auswahl der Medikamente dar, die am häufigsten zur Behandlung der Schizophrenie verwendet werden.¹

Dem Handelsnamen des Medikaments werden jeweils der in ihm enthaltene arzneiliche Wirkstoff und dessen chemische Stoffgruppe zugeordnet. Die Wirkung der Arzneistoffe ist mit einem ausgefüllten Quadrat (■) aufgeführt, die Nebenwirkungen sind durch ein unausgefülltes Quadrat (□) gekennzeichnet. Die Beschreibungen von Wirkungen und (unerwünschten) Nebenwirkungen sind dazu gedacht, medizinischen Laien einen ersten Eindruck der Wirkungsweise von Psychopharmaka zu vermitteln. Sie sind daher aus medizinischer Sicht notwendigerweise nicht umfassend, besonders die biomolekularen und neurochemischen Wirkungsweisen sind nicht oder nur andeutungsweise beschrieben.

A5.1 Neuroleptika

Die beiden folgenden Tabellen geben die antipsychotisch wirkenden Medikamente an, die in den der Analyse zugrunde liegenden Gesprächen genannt wurden. Kapitel 4.2.5 in Teil A der vorliegenden Arbeit enthält eine Erläuterung der beiden Gruppen von Neuroleptika.

A5.1.1 Typische Neuroleptika

Medikament	Arznei-/Wirkstoff	Stoffgruppe	Wirkung und Nebenwirkungen
Glianimon®	Benperidol	Butyrophenone	<ul style="list-style-type: none"> ■ blockiert die prä- und postsynaptischen Dopaminrezeptoren im Gehirn □ geht fast immer mit multiplen motorischen Störungen (genauer: extrapyramidal-motorischen Störungen – EPMS) einher, z.B. feinmotorischen Störungen (Akathisien), Gangstörungen (Dyskinesien) und / oder Muskelzittern (Parkinsonismus); erfordert daher oft die Gabe von Anticholinergika wie Biperiden (⇒ siehe: Akineton®)

¹ Für eine ausführliche Darstellung und Diskussion aller derzeit verfügbaren und eingesetzten Psychopharmaka sowie ihrer Wirkungsweisen siehe Finzen (2003, 2004) und Häfner (2005).

Medikament	Arznei-/Wirkstoff	Stoffgruppe	Wirkung und Nebenwirkungen
Haldol®	Haloperidol	Butyrophenonderivate	<ul style="list-style-type: none"> ▪ blockiert sehr wirksam Dopaminrezeptoren und (weniger ausgeprägt) muscarinische und adrenerge Rezeptoren ▪ wirkt zunächst dämpfend und sedierend, bei längerfristiger Anwendung stark antipsychotisch ▪ wird zur Behandlung akuter psychotischer Syndrome mit Wahn, Halluzinationen, Denk- und Bewusstseinsstörungen eingesetzt; unterdrückt die Symptome auch bei chronisch verlaufenden Psychosen, beugt Rückfällen vor; liegt auch als Depotpräparat vor (vierwöchige Injektionen) □ bewirkt sehr häufig nach Absetzung voll reversible, dosisabhängige EPMS (s.o.): Schluck- und Schlundkrämpfe, unwillkürliche Muskelkontraktionen, Verdrehungen des Körpers oder einzelner Gliedmaßen (dystone Bewegungen); erfordert daher oft die Gabe von Anticholinergika wie Biperiden (⇒ siehe: Akineton®) □ kann zu Müdigkeitserscheinungen führen □ kann Bewegungs- und Sitzunruhe bewirken
Lyogen®	Fluphenazin	Phenothiazine	<ul style="list-style-type: none"> ▪ blockiert stark die Dopamin-, weniger die Serotoninrezeptoren ▪ hat keine anticholinerge Wirkung; liegt auch als Depotpräparat vor (dreiwöchige Injektionen) □ erhöht den Prolaktinspiegel □ führt häufig zu EPMS (s.o.) □ hat nur geringe vegetative Nebenwirkungen
Taxilan®	Perazin		<ul style="list-style-type: none"> ▪ hat einen mittelstarken antipsychotischen und auch einen deutlich psychomotorisch dämpfenden Effekt: wirkt ausgeprägt sedierend, schlafanstößend und vegetativ beruhigend □ führt häufig zu EPMS (s.o.) mit Dyskinesien (s.o.), Akathisien (s.o.) und Parkinson-ähnlichen Symptomen (s.o.) □ kann zu Hypotonie, Blutbildveränderungen, einer Erhöhung der Leberenzyme und des Prolaktinspiegels führen □ kann zu einer medikamenteninduzierten Depression führen

A5.1.2 Atypische Neuroleptika

Medikament	Arznei-/Wirkstoff	Stoffgruppe	Wirkung und Nebenwirkungen
Leponex®	Clozapin	Trizyklikum	<ul style="list-style-type: none"> ▪ interagiert mit verschiedenen Transmittersystemen: beeinflusst das dopaminerge, das adrenerge, das cholinerge, das serotonerge und das histaminerge System; vor allem die Wechselwirkung mit den Dopaminrezeptoren ist von Bedeutung ▪ wirkt sedierend und antipsychotisch ▫ kann lebensgefährliche Blutbildveränderungen hervorrufen ▫ führt zu einem ausgeprägten Speichelfluss
Risperdal®, Risperdal CONSTA®	Risperidon	Benzisoxazol	<ul style="list-style-type: none"> ▪ blockiert die Dopamin- und Serotoninrezeptoren ▪ wirkt primär antipsychotisch; einziges Atypikum, das als Depotpräparat zur Verfügung steht (zweiwöchige Injektionen) ▪ kann auch gegen Zwangsstörungen und während manischer Phasen eingesetzt werden ▫ führt nur zu geringen EPMS (s.o.) ▫ erhöht den Prolaktinspiegel
Seroquel®	Quetiapin	Dibenzothiazepin	<ul style="list-style-type: none"> ▪ blockiert teilweise Dopamin- und Serotonin- bzw. Histaminrezeptoren ▪ wirkt sedierend ▫ führt in geringem Maße zu einer Erhöhung des Prolaktinspiegels ▫ führt zu Fehlregulationen der Körperhaltung
Abilify®	Aripiprazol	Dichlorphenyl-Piperazin	<ul style="list-style-type: none"> ▪ inaktiviert spezielle Dopaminrezeptoren ▪ wirkt sedierend und antipsychotisch ▫ kann psychotische Symptome initial verstärken

A5.2 Anticholinergika (Anti-Parkinson-Medikamente)

Medikament	Arznei-/Wirkstoff	Stoffgruppe	Wirkung und Nebenwirkungen
Akineton®	Biperiden	Anticholinergika	<ul style="list-style-type: none"> ▪ wirkt anticholinerg ▪ wirkt den EPMS-Nebenwirkungen (s.o.) der Neuroleptika entgegen ▫ hat euphorisierende Wirkung und birgt daher ein Missbrauchspotenzial

A5.3 Tranquilizer

Medi- kament	Arznei-/ Wirkstoff	Stoffgruppe	Wirkung und Nebenwirkungen
Tavor [®]	Lor- azepam	Benzo- diazepine	<ul style="list-style-type: none"> ▪ dämpft emotionale Faktoren (Stressreaktionen, Panikattacken) oder schaltet sie aus, wirkt ausgeprägt angstlösend ▪ behebt katatone Zustände ▪ wirkt gegen Schlafstörungen, und gegen Symptome, die mit Alkoholentzügen verbunden sind ▪ wird zur Langzeitbehandlung von Epilepsie eingesetzt ▪ unterstützt bei Unwohlsein / Übelkeit bzw. regelmäßigem Erbrechen (oft in Verbindung mit einer Chemotherapie) □ kann psychisch und / oder physisch abhängig machen; die Wahrscheinlichkeit des Missbrauchs, der Abhängigkeit und der Entzugerscheinungen sind wesentlich höher als bei anderen Benzodiazepinen □ kann bei Langzeiteinnahme zu kognitiven Defiziten führen □ kann in einigen Fällen paradoxe Effekte auslösen, z.B. gesteigerten Antrieb und Aggression; besonders häufig bei Manien und Schizophrenie zu beobachten
Valium [®]	Diazepam		<ul style="list-style-type: none"> ▪ wirkt angstlösend, antiepileptisch, muskelentspannend und sedierend □ kann psychisch und / oder physisch abhängig machen □ wird bei der Alkoholentgiftung (gegen Entzugssymptome) eingesetzt □ birgt ein hohes Missbrauchspotenzial

A5.4 Sonstige Medikamente

Medikament	Arznei-/Wirkstoff	Stoffgruppe	Wirkung und Nebenwirkungen
Stilnox [®]	Zolpidem	Benzo-diazepin-derivate	<ul style="list-style-type: none"> ▪ wird in seiner Eigenschaft als starkes Schlafmittel mit extrem kurzer Halbwertszeit primär bei Einschlafstörungen eingesetzt ▪ hat eine schwache angstlösende, muskelentspannende und antiepileptische Wirkung □ kann zu Halluzinationen, Gedächtnisverlust und schlafwandlerischem Verhalten führen
Fevarin [®]	Fluvoxamin	Selektive Serotonin-rückaufnahme-hemmer	<ul style="list-style-type: none"> ▪ wirkt antidepressiv ▪ ist in hohen Dosierungen auch gegen Zwangsstörungen einsetzbar □ führt zu Schweißausbrüchen, innerer Unruhe und Übelkeit □ bewirkt häufig sexuelle Funktionsstörungen (dosisabhängig)
Valproat HEXAL [®]	Valproinsäure	Antiepileptika	<ul style="list-style-type: none"> ▪ wirkt antiepileptisch ▪ wirkt manischen Zustände bzw. Zuständen hoher Erregtheit entgegen □ führt zu Schläfrigkeit, Zittern und übermäßiger Speichelbildung □ stört die Ernährung durch zu geringen oder zu großen Appetit
Gastrozepin [®]	Pirenzepindihydrochlorid	Magensekretions-hemmer	<ul style="list-style-type: none"> ▪ verringert die Aktivität der salzsäure- und pepsinproduzierenden Zellen in der Magenschleimhaut ▪ erhöht den pH-Wert des Magens □ führt zu einem verstärkten Appetit □ bewirkt Durchfall

Wort- und Sachregister

- Abduktion 18
 adjacency pair *Siehe* Paarsequenz
 aktives Zuhören 56, 148
 Ambivalenz(erfahrungen) 264, 269
 Ambivalenzerfahrungen 86
 Anamnese 81
 Angehörige
 als Kotherapeuten 97
 Schuldgefühle 167
 Teilnehmer an der Untersuchung 108
 Verantwortung(sgefühl) 280
 Apokoinu-Konstruktion 141
 Argumentation 174
 Ärzte
 Schweigepflicht 105
 Arzt-Patienten-Gespräche
 durchschnittliche Dauer 106
 linguistische Forschung 52
 Assertion 137
 Authentizität 19, 56ff., 328
 back-channel behaviour 226
 Bagatellisieren 226
 Belastungen 301f., 305
 Belastungsfolgen 306
 Betreuungsrecht *Siehe* rechtliche Betreuung
 Bewerten 130
 Deagentivierung 228
 Dialog *Siehe* Gespräch
 Diskurs 36
 Dispräferiertheit 235
 DSM-IV 67
 Emotionen 336
 Empathie 177
 Entschuldigung 297
 Ethnomethodologie 11
 Emotionen 87, 183, 206, 258, 262,
 269, 323f.
 Experten-Laien-Kommunikation 52f.
 Expressed-Emotions-Konzept 71, 94
 Extrapositionskonstruktion 212
 Face-threatening act (FTA) 44
 Feld
 Forschungsfeld 14
 Zugang zum Feld 101
 Fragen
 Frage-Antwort-Dialog 53
 indirekte Frage 221
 offene Frage 220
 FTA *Siehe* Face-threatening act
 funktionale Einheiten 41
 Gegenstandskatalog 90f.
 Gespräch 33
 Beobachterverstehen 15
 Gesprächsphase 34
 Partnerverstehen 15
 Redebeitrag 34
 Sequenz 45
 Typologisierung 35
 Gesprächsführung
 angehörigenorientiert 53, 311, 323, 326, 331
 paternalistisch 52, 207, 316f.
 patientenzentriert 52, 227
 Gesundheitskommunikation 94
 Gesundheitsprofessionelle 96
 Institution 47ff.
 totale Institution 48f.
halt 156
 Handlungsmuster 23
 Darstellung 41
 Definition 41
 Indikatoren 124
 Sequenzmuster/Teilhandlungsmuster 40
 Handlungsschema 39
 Siehe auch Gesprächsphase
 Handlungsstrategie 39
 Hermeneutik
 objektive Hermeneutik 12
 Hypotheseindikator 216
 ICD-10 66, 67
 Intention 39
 Jemanden um Rat fragen *Siehe* Rat(schlag)
 Kasuistik 107
 Katamnesegespräche 1, 81ff., 327
 Orientierungsfragen 102
 Kommunikation 37
 konditionale Relevanz 46
 Konjunktiv
 restriktiver Konjunktiv 182
 Konstruktivismus 8
 radikaler Konstruktivismus 8
 Kontext
 linguistischer Kontext 3
 situativer Kontext 3
 Korpus (der Untersuchung)
 Dauer der Gespräche 106
 Gesprächskonstellationen 106
 Kriterien für die Gesprächsauswahl 103
 Umfang 102
 Zeitpunkt der Gespräche 106
 Kritisieren 128, 207
 Macht 52
man
 in der Wissenschaftssprache 170, 171
 Medizinsoziologie 93, 96
 Mehrfachadressierung 41ff.
 Mikro- und Makroebene 32, 230, 336, 337
 Mitmeinen 130
müssen 146
 Natürlichkeit 27ff.
 Organisation 47ff.
 Orientierungsfragen *Siehe* Katamnesegespräche
 Paarsequenz 46
 Parenthese 141, 163
 partizipative Feldforschung 59, 102
 Poststrukturalismus 12
 Präferiertheit 235, 240
 Psychiatrie-Enquête *Siehe* Psychiatriereform

- Psychiatriereform 50
 Psychiatrische Institutsambulanz 51
 Psychotherapie
 Paartherapie 262
 qualitative Forschung 7
 quantitative Forschung 7, 8
 Rat(schlag) 279
 Ratgeberliteratur
 medizinische Ratgeberliteratur 92
 rechtliche Betreuung 83
 Redewiedergabe 154, 155, 212
 Retraktion 142
 Schizophrenie
 Diagnose 70, 81, 120, 331, 335
 Symptome 66ff.
 Therapie 72ff.
 Ursachen 68f., 166
 Schweigepflicht *Siehe* Ärzte
 Selbstkohärenz 139
Sequenz *Siehe* Gespräch
 Sequenzmuster *Siehe* Handlungsmuster
 Signalformeln
 für Belastungsaussagen 300
 für Kritik 207, 308
 für Vorschläge 208
 für Widersprüche 203
sollen 146
 soziale Repräsentation 13
 soziale Wirklichkeit *Siehe* Wirklichkeit
 Sozialmedizin 90, 93, 96
 Soziodemographische Angaben 99
 sprachliches Handeln
 Definition 39
 Sprachpsychologie 94
 Sprecherkonsistenz(annahme) 231
 Sprecherwechsel
 Fuge 221
 Stigmatisierung 65, 69
 subjektive Theorie 10, 11, 13
 symbolischer Interaktionismus 9
 Szenario 55
 Text 12
 Thema-Rhema-Konzept 125, 163
 Turnkonstruktionseinheit 34
 Turn-taking 45
 Verstehen 14
 Beobachterverstehen 15
 Fremdverstehen 14
 Partnerverstehen 15
 Vorschlagen 129, 208
 Vorwerfen 124, 127
 Vulnerabilität 43, 70,
 Widersprechen 126, 204, 422
 Gegenbehauptung 137
 Gegeneinschätzung 140
wir
 exkludierend vs. inkludierend 167, 178
 Wirklichkeit 11
 Wissen
 Vermittlung 53ff.

Versicherung

Hiermit versichere ich, Ruth Müller (geb. 13.02.1974, Erbach im Odenwald), dass ich die als Dissertation vorgelegte Abhandlung:

*„Wie Ärzte und Angehörige miteinander reden.
Gesprächsanalytische Betrachtung von katamnestischen Gesprächen
mit Angehörigen von Schizophreniepatienten“*

in keinem anderen Verfahren zur Erlangung des Doktorgrades oder als Prüfungsarbeit für eine akademische oder staatliche Prüfung eingereicht habe. Darüber hinaus versichere ich, dass ich die Arbeit selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und die den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen kenntlich gemacht habe.

Neu-Isenburg, 2. Dezember 2008

Ruth Müller

